



# PROCES PIELEŃNOWANIA W DOKUMENTACJI PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

(wybrane zagadnienia)

Zespół Redakcyjny

Wiesława Bogusz  
Barbara Dresler  
Ewa Józwiak  
Katarzyna Karwicka  
Dorota Kilańska  
Maria Kowalska  
Luiza Koziara  
Joanna Lewandowska  
Justyna Łabuzińska  
Bożena Pawłowska  
Agnieszka Renn-Żurek  
Beata Stokwisz

**Wiesława Bogusz – pielęgniarka**

specjalista w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego  
specjalista ds. średniego personelu medycznego  
Przychodnia Zdrowia nr 11 ZOZ Łódź – Bałuty

**Barbara Dresler – położna**

mgr pedagogiki specjalnej – pedagogika terapeutyczna  
specjalista w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego dla położnych  
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „DDJ-MED” w Pabianicach

**Ewa Józwiak – pielęgniarka**

licencjat pielęgniarstwa  
pielęgniarka koordynująca medycyną szkolną, ZOZ Łódź – Polesie

**Katarzyna Karwicka – pielęgniarka**

mgr pielęgniarstwa  
pielęgniarka oddziałowa, Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Bożego w Łodzi

**Dorota Kilańska – pielęgniarka**

mgr pielęgniarstwa  
specjalista w zakresie organizacji i zarządzania  
nauczyciel akademicki, wykładowca przedmiotu POZ. Pielęgniarstwo Rodzinne. Opieka Domowa.  
Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Maria Kowalska – pielęgniarka**

mgr pielęgniarstwa  
specjalizacja pierwszego stopnia w zakresie medycyny społecznej AM Łódź  
redaktor naczelny „Biuletynu OIPiP” w Łodzi  
wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Luiza Koziara – pielęgniarka**

mgr pielęgniarstwa  
Oddział Chorób Wewnętrznych II, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie

**Joanna Lewandowska – pielęgniarka**

mgr pielęgniarstwa  
zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

**Justyna Łabuzińska – pielęgniarka**

mgr pielęgniarstwa  
Oddział Opieki Paliatywnej, Szpital św. Jana Bożego w Łodzi

**Bożena Pawłowska – położna**

mgr pedagogiki specjalnej  
specjalista w zakresie pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego  
Oddział Położniczo-Ginekologiczny, SPZOZ w Pabianicach

**Agnieszka Renn-Żurek – pielęgniarka**

mgr pielęgniarstwa  
asystent, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Kierunek Pielęgniarstwo

**Beata Stokwicz – pielęgniarka**

mgr pielęgniarstwa  
specjalista w zakresie organizacji i zarządzania  
pełnomocnik dyrektora ds. systemu zarządzania jakością, Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach

# Spis treści

## I. Proces pielęgnowania – jakościowa metoda pracy

M. Kowalska .....	5
-------------------	---

## II. Diagnozowanie w procesie pielęgnowania w opiece niestacjonarnej

### 1. Pielęgniarstwo środowiskowe/rodzinne

W. Bogusz .....	12
-----------------	----

D. Kilańska .....	16
-------------------	----

### 2. Pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania

E. Józwiak .....	19
------------------	----

### 3. Położnictwo rodzinne

B. Dresler .....	21
------------------	----

### 4. Pielęgniarstwo w opiece nad przewlekle chorym

A. Renn-Żurek .....	26
---------------------	----

## III. Diagnozowanie w procesie pielęgnowania w opiece stacjonarnej

### 1. Pielęgniarstwo zachowawcze

K. Karwicka .....	31
-------------------	----

L. Koziara .....	33
------------------	----

### 2. Pielęgniarstwo zabiegowe

J. Lewandowska .....	37
----------------------	----

### 3. Pielęgniarstwo położniczo-ginekologiczne

B. Pawłowska .....	42
--------------------	----

### 4. Pielęgniarstwo w opiece nad pacjentem przewlekle chorym

J. Łabuzińska .....	46
---------------------	----

## IV. Dokumentowanie procesu pielęgnowania

B. Stokwisz .....	49
-------------------	----

### 1. Przewodnik do gromadzenia danych

W. Bogusz, M. Kowalska .....	53
------------------------------	----

### 2. Dokumentacja pielęgniarki rodzinnej

W. Bogusz, M. Kowalska .....	59
------------------------------	----

### 3. Dokumentacja położnej rodzinnej

B. Dresler, B. Stokwisz .....	91
-------------------------------	----

### 4. Dokumentacja pielęgniarki i położnej w opiece stacjonarnej

M. Kowalska, J. Lewandowska, B. Pawłowska, B. Stokwisz .....	105
--	-----

## V. Przykłady diagnoz pielęgniarskich – aktualnych i potencjalnych

W. Bogusz, B. Dresler, E. Józwiak, K. Karwicka, M. Kowalska,

L. Koziara, J. Lewandowska, J. Łabuzińska, B. Pawłowska, A. Renn-Żurek

1. Diagnozy aktualne .....	129
----------------------------	-----

2. Diagnozy potencjalne .....	135
-------------------------------	-----

Szanowni Państwo

Oddajemy w Państwa ręce specjalne wydanie biuletynu skierowane do wszystkich pielęgniarek/położnych chcących podjąć działania na rzecz poprawy efektywności opieki pielęgniarskiej oraz podnieść rangę naszego zawodu, nadając mu profesjonalny charakter.

Publikacja ta jest końcowym etapem prac zespołu trenerów, powołanego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, którego zadaniem było przeprowadzenie szkoleń warsztatowych na temat „Proces pielęgnowania w dokumentacji medycznej”. Warsztaty odbyły się w większości placówek medycznych działających na obszarze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Zgodnie z oczekiwaniami środowiska zawodowego, celem zajęć było poszerzenie wiedzy i utrwalenie umiejętności praktycznych pozwalających na prawidłowe dokumentowanie interwencji pielęgniarskich wynikających z pięciu etapów procesu pielęgnowania.

Przeszkolone osoby stały się liderami w swoich zakładach. Ich zadanie to przekazanie zdobytej wiedzy koleżankom i kolegom oraz nadzór nad tworzeniem wzorów dokumentacji procesu pielęgnowania.

Autorzy niniejszej publikacji, będący jednocześnie członkami zespołu trenerów, dziękują za ogromne zainteresowanie tematem szkoleń, duże zaangażowanie szkolących się liderów, przychylną atmosferę i wyrozumiałość. Kadry kierowniczej placówek oraz pracownikom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, a w szczególności mgr Annie Tasak, za inicjatywę i pomoc w realizacji działań oraz za doskonałą organizację pracy trenerów.

Biuletyn opracowany został jako pomoc dydaktyczna i zawiera opracowania własne autorów, które stanowią propozycję sposobu prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej. Podane wzory możecie Państwo weryfikować, modyfikować i dostosowywać do własnych potrzeb, uwzględniając specyfikę realizowanych świadczeń medycznych.

Publikacja składa się z pięciu rozdziałów, stanowiących logiczną całość i kolejno wprowadzających czytelnika w teoretyczne i praktyczne problemy dokumentowania działań pielęgniarskich.

W części pierwszej omówiony został proces pielęgnowania jako jakościowa metoda pracy współczesnej pielęgniarki. Wyjaśnione zostały podstawowe pojęcia i opisane kolejne etapy procesu pielęgnowania.

Dalsze rozdziały zawierają opisy przypadków w opiece niestacjonarnej i stacjonarnej, w stosunku do których sformułowano diagnozy pielęgniarskie, określono cele opieki i zaproponowano przykłady działań (czynności, interwencji) pielęgniarskich, mających te cele osiągnąć.

Uwadze Państwa polecamy również przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie i jego środowisku. Mamy nadzieję, że będzie on wielce pomocny podczas rozpoznawania problemów pacjentów.

Kolejny rozdział poradnika zawiera w większości autorskie opracowania wzorów formularzy dokumentacji pielęgniarskiej z ich dokładnym opisem. Projekty tej dokumentacji jak również inne dodatkowo proponowane karty znajdują Państwo także na stronie internetowej [www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl)

Całość kończy rozdział, w którym możecie Państwo znaleźć przykłady diagnoz pielęgniarskich – aktualnych i potencjalnych.

Jako autorzy tej publikacji mamy nadzieję, że treści w niej zamieszczone staną się ciekawą lekturą i pomogą we wdrażaniu pielęgniarskiej dokumentacji w Państwa placówkach. Będziemy wdzięczni za wszelkie uwagi krytyczne (również pochlebne) i uzupełnienia, które prosimy przysyłać pod adresem OIPIP w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź) lub pocztą elektroniczną: [biuletyn@oipp.lodz.pl](mailto:biuletyn@oipp.lodz.pl)

Z najlepszymi życzeniami i zachętą do wspólnej pracy.

Autorzy

# Proces pielęgnowania – jakościowa metoda pracy

Maria Kowalska

---

Rozwój światowego pielęgniarstwa jako znaczącej profesji i dyscypliny naukowej skłania polskie pielęgniarki do odchodzenia od modelu pielęgniarstwa tradycyjnego na rzecz nowoczesnej, uniwersalnej i dynamicznej metody całościowej opieki pielęgniarstwiej – procesu pielęgnowania.

W modelu pielęgnowania tradycyjnego pielęgniarka i lekarz pracują dla uzyskania jak najlepszych wyników leczenia. Pielęgniarka występuje w charakterze pomocnika lekarza – osoby, która w pracy z pacjentem jest całkowicie zależna od zleceń lekarskich i przede wszystkim z ich wykonania jest rozliczana, oceniana i nagradzana. W modelu, w którym pielęgniarka głównie wykonuje to, co znajduje zapisane w karcie zleceń lekarskich, nie może być samodzielnym decydem w zakresie szeroko rozumianej opieki nad pacjentem i jego rodziną.

Proces pielęgnowania – „esencja praktyki pielęgniarstwiej” – jest jakościową metodą pracy, która plasuje się znacznie wyżej od pielęgnowania tradycyjnego. W procesie pielęgnowania pielęgniarka rzeczywiście pielęgnuje, jej pielęgnowanie jest uzasadnione a interwencje jakie podejmuje, nie pomagają lekarzowi lecz pacjentowi. W tej nowej metodzie pracy pielęgniarka odchodzi od rutynowych, intuicyjnych, często przypadkowych działań pielęgnacyjnych realizowanych przy okazji wykonywania zleceń lekarskich. Pielęgniarka wyposażona w szeroką wiedzę medyczną, opierając się na doświadczeniu zawodowym oraz wymaganiach jakie niesie proces pielęgnowania, samodzielnie podejmuje celową i planową pracę z pacjentem niezależnie od innych profesjonalistów. To ona odpowiada indywidualnie za realizowaną przez nią opiekę, bo to ona jest twórcą programu pielęgnowania, tak jak lekarz programu leczenia.

Celem procesu pielęgnowania jest odzyskanie przez pacjenta samodzielności w troszczeniu się nie tylko o własne zdrowie, ale także rozwój posiadanych przez niego zdolności koniecznych do opiewowania się sobą oraz innymi osobami. Dzięki interwencjom pielęgniarki pacjent będzie sam mógł zaspokajać własne zapotrzebowanie na samoopiekę. Będzie odzyskiwał niezależność w procesie przystosowania się do różnych ograniczeń w agendzie samoopieki<sup>1</sup> spowodowanych chorobą czy niepełnosprawnością.

Proces pielęgnowania jest różnie definiowany. Wirginia Henderson opisywała go jako uporządkowany i systematyczny sposób określania indywidualnych problemów człowieka, ustalanie planów ich rozwiązywania, realizowanie tych planów oraz ocenianie stopnia efektywności osiągniętej w rozwiązywaniu zdefiniowanych problemów<sup>2</sup>.

Północnoamerykańskie Towarzystwo Diagnoz Pielęgniarskich – North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) – za J. Carpenito (1989) definiuje proces pielęgnowania następująco: „Pielęgnowanie

---

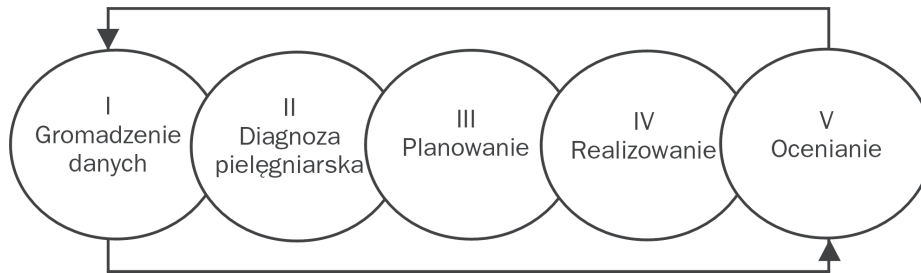
1. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wyd. UJ, Kraków 2001, s. 108.

2. Kawczyńska-Butrym Z.: Pielęgnowanie rodzinne. Teoria i praktyka. Centrum Edukacji Medycznej. Warszawa 1997, s. 58.

jest diagnozą i terapią ludzkich reakcji w stosunku do aktualnych i/albo potencjalnych problemów zdrowotnych”<sup>3</sup>.

Autorzy procesu pielęgnowania tylko dla celów dydaktycznych działania pielęgniarki w tej nowej metodzie pracy podzielili na pięć etapów. W praktyce bardzo często zdarza się tak, że sytuacja zdrowotna pacjenta np. stan zagrożenia życia, wymaga podjęcia przez pielęgniarkę natychmiastowych interwencji a więc działań wynikających z IV etapu i dopiero później realizuje pozostałe zadania. Każdy etap spełnia określoną rolę i jest jednakowo ważny w tworzeniu wartości programu pielęgnowania.

Rys. 1. Etapy procesu pielęgnowania

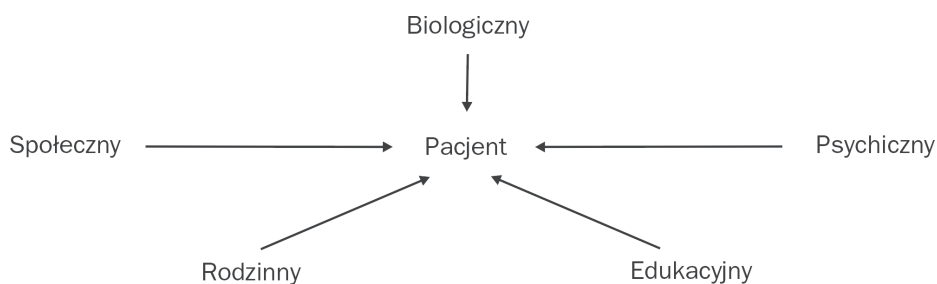


•ródło: opracowanie własne

## Pierwszy etap – gromadzenie danych

W tym etapie pielęgniarka wykorzystując metodykę gromadzenia danych, zbiera informacje o pacjencie i poszczególnych członkach jego rodziny w pięciu zakresach (aspektach): biologicznym, psychicznym, społecznym, edukacyjnym i rodzinnym.

Rys. 2 Zakres informacji o pacjencie



•ródło: opracowanie własne

W zakresie biologicznym pielęgniarka gromadzi informacje dotyczące:

- historii zdrowia pacjenta,
- wydolności poszczególnych układów: nerwowego, sercowo-naczyniowego, oddechowego, trawiennego, kostno-stawowo-mięśniowego, moczowo-płciowego,

3. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2001, s. 24.

- narządów zmysłów,
- reakcji pacjenta na ból,
- czynników alergizujących i reakcji alergicznych pacjenta,
- stylu życia.

Zakres informacji w aspekcie psychicznym niezbędny pielęgniarce do prawidłowego procesu pielęgnowania winien zawierać zbiór danych dotyczących:

- podstawowych możliwości umysłowych pacjenta,
- orientacji co do własnej osoby i najbliższego otoczenia,
- orientacji w jego własnych możliwościach,
- stosunku pacjenta do własnego ciała i aktualnej sytuacji życiowej,
- sposobu reagowania w określonej sytuacji zdrowotnej,
- osobowości pacjenta (aspiracje, dążenia, egocentryzm, altruizm),
- potrzeb duchowych.

Spółeczny zakres wiedzy o pacjencie to zbiór danych określających:

- wiek, płeć, wykształcenie pacjenta,
- zawód, aktywność zawodową, warunki i charakter wykonywanej pracy,
- źródło utrzymania,
- nałogi i przyzwyczajenia pacjenta,
- sposób komunikowania się z otoczeniem,
- role pełnione w życiu oraz wpływ obecnej sytuacji zdrowotnej i życiowej pacjenta na zakres pełnionych dotychczas ról.

Informacje o rodzinie pacjenta gromadzi nie tylko pielęgniarka rodzinna, ale również ta, która pracuje w zakładach stacjonarnej opieki medycznej. Zakres rodzinny obejmuje dane dotyczące:

- cech strukturalnych rodziny,
- historii zdrowia rodziny (choroby dziedziczne),
- więzi emocjonalnych pomiędzy członkami rodziny,
- wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny (funkcjonowanie społeczne),
- sytuacji ekonomicznej rodziny.

Zbiór informacji koniecznych pielęgniarce do podjęcia pracy edukacyjnej z pacjentem i jego rodziną powinien określać:

- poziom wiedzy i umiejętności pacjenta i członków jego rodziny w zakresie utrzymania zdrowia zapobiegania chorobom,
- poziom wiedzy pacjenta i członków rodziny o chorobie/ach występujących w rodzinie,
- zakres umiejętności pacjenta i poszczególnych członków rodziny koniecznych do sprawowania samoopieki i opieki nieprofesjonalnej w stosunku do potrzebujących pomocy w rodzinie np.: dzieci, chorych, starców, niepełnosprawnych.

Zgromadzenie w tak szerokim zakresie danych o pacjencie i jego rodzinie pozwala na holistyczne pojmowanie człowieka. Pielęgniarka poddaje analizie i weryfikacji zbiór wszystkich uzyskanych informacji. Zastanawia się czy w trakcie ich gromadzenia nie doszło do jakiś zakłóceń i czy nie przeoczyła faktów istotnych dla ustalenia planu pielęgnowania. Pozostawia tylko informacje potrzebne dla jej interwencji a więc te, które nie wykraczają poza jej kompetencje i wnoszą rzeczywistą wartość dla procesu pielęgnowania. Tak zinterpretowane dane dają podstawę do wyciągnięcia prawidłowych wniosków i określenia rozpoznawanego stanu (problemu) pacjenta/rodziny, a więc upoważniają pielęgniarkę do podjęcia decyzji o sformułowaniu diagnozy pielęgniarstwiej.

## Drugi etap – diagnoza pielęgniarska

W polskich publikacjach termin „diagnoza pielęgniarska” pojawił się około czterdzieści lat temu i do dziś jest terminem dyskusyjnym i bardzo trudnym do sformułowania w praktyce. Ważny jest do podkreślenia fakt, że w polskim pielęgniarstwie diagnoza przechodzi wyraźną ewolucję. Początkowo pojęcie to obejmowało wyłącznie stany patologiczne, oparte na obserwacji objawów lub niezaspokojonych potrzeb tj.: ból, trudności w oddychaniu, palenie papierosów, mała aktywność fizyczna, itp.

Obecnie pielęgniarki wypełniając indywidualną kartę pielęgnacji podejmują próbę formułowania diagnozy w szerszym pojęciu, zawierającym przyczynę i skutek rozpoznawanego aktualnie stanu/problemu pacjenta. Takie rozumienie diagnozy znajduje odzwierciedlenie w definicji diagnozy pielęgniarskiej według NANDA za J. Carpenito (1989): „>>Diagnoza pielęgniarska jest takim opisem zidentyfikowanych przez pielęgniarkę ludzkich reakcji (zmiany w stanie zdrowia lub w aktualnym/potencjalnym wzorcu interakcji występujących u pojedynczego człowieka lub w grupie ludzi), które pielęgniarka może identyfikować legalnie i w stosunku do których pielęgniarka jest uprawniona do określania w sposób definitywny interwencji, zmierzających do utrzymania stanu zdrowia, albo do redukcji, eliminowania bądź zapobiegania występowaniu w nim zmian>>”. W sprawie formułowania diagnoz pielęgniarskich J. Carpenito sugeruje trzyczęściowe określenie diagnoz aktualnych i dwuczęściowe diagnoz potencjalnych.

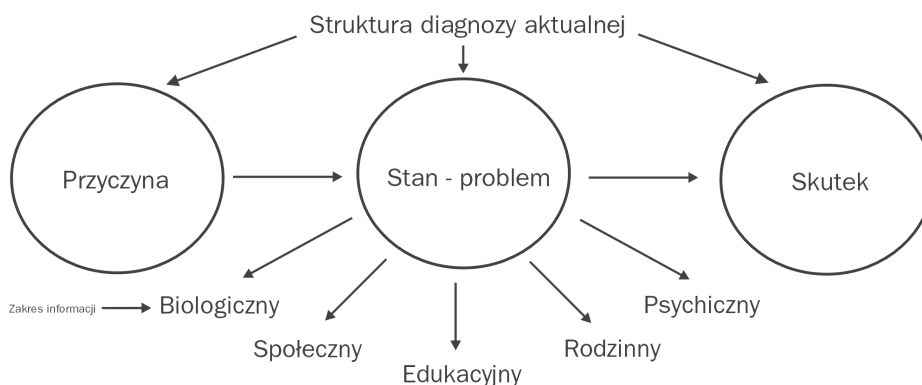
Według tej sugestii diagnozę występującą u pacjenta/rodziny aktualnie budowałoby trzyczęściowe sformułowanie obejmujące:

- określenie problemu pielęgnacyjnego,
- jego etiologię,
- przejawiane symptomy, np.: nietolerowanie aktywności, wywołane niewystarczającym utlenowaniem – przejawiane nieradzeniem sobie w codziennych aktywnościach życiowych”<sup>4</sup>.

Diagnozę potencjalną, taką która może się pojawić u pacjenta/rodziny w przyszłości, tworzyłoby określenie składające się z dwóch części:

- „ – zagrożenia, które mogą wystąpić,
- czynników wskazujących na to zagrożenie, np.: zagrożenie wystąpieniem odleżyny z powodu unieruchomienia i nadwagi”<sup>5</sup>.

Rys. 3. Struktura diagnozy aktualnej



•ródło: opracowanie własne

4. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wyd. UJ. Kraków 2001, s. 25-26.

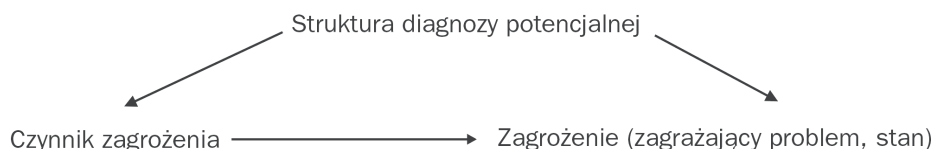
5. Tamże, s. 25-26.



Przykład diagnozy:

1. Trudności w oddychaniu spowodowane katarem i zalegającą wydzieliną uniemożliwiają pacjentowi właściwy sen i wypoczynek.

Rys. 4. Struktura diagnozy potencjalnej



•ródło: opracowanie własne

Przykład diagnozy:

1. Długotrwała, wymuszona pozycja siedząca przy pracy może doprowadzić do wady postawy.

Diagnoza pielęgniarska to jedno zdanie złożone składające się ze wszystkich części właściwych dla danego rodzaju diagnozy, logicznie ze sobą powiązanych.

Należy jednak pamiętać, że przed przystąpieniem do diagnozowania pielęgniarka powinna najpierw zrealizować I etap procesu pielęgnowania, a mianowicie zgromadzić jak najwięcej informacji o pacjencie i jego rodzinie. Wiedza ta umożliwi jej ocenę rozpoznawanego stanu i ułatwi prawidłowe postawienie diagnozy pielęgniarskiej aktualnej jak i potencjalnej.

Pielęgniarka, formułując diagnozę pielęgniarską, nie musi przestrzegać kolejności poszczególnych jej części tzn., że nie zawsze przyczyna stanu pacjenta będzie rozpoczynała „zdanie” – diagnozę i nie zawsze skutek będzie je kończył.

W początkowym okresie zdobywania umiejętności w formułowaniu diagnozy aktualnej pomagają kontrolowanie czy jej poszczególne części znajdują się w tworzonym zdaniu. Można to sprawdzać poprzez podkreślanie np. przyczyny – linią falistą, stanu (problemu) – dwiema liniami prostymi oraz skutku – jedną linią prostą.

przyczyna – stan (problem) – skutek

Np.:

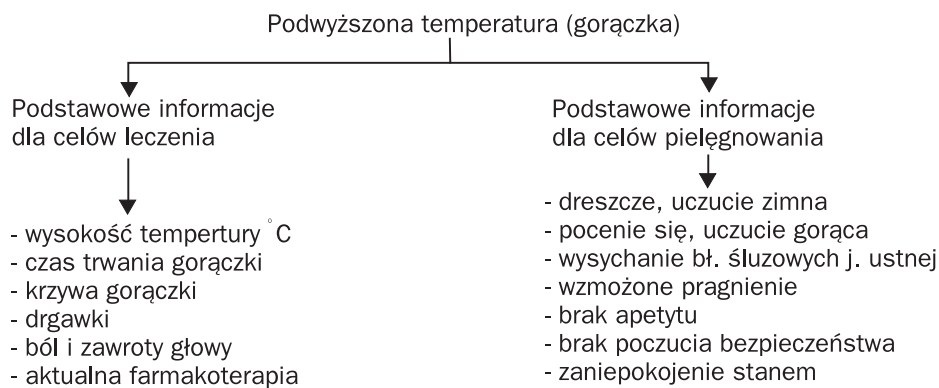
1. Pacjent ma trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb fizjologicznych, ponieważ zabieg operacyjny ograniczył jego agendę samoopieki.

2. Konflikt w rodzinie (rozwód rodziców) wywołuje u M. agresję skierowaną przeciwko sobie, przez co dziewczyna okalecza się.

Pielęgniarka nie wyszukuje u pacjenta problemów „na siłę”. Rozpoznaje tylko te, w których faktycznie możliwa i konieczna jest pomoc pielęgniarska i tylko wtedy formułuje diagnozę, gdy pozna przyczynę i skutek rozpoznawanego stanu. Oczywistym jest, że tych diagnoz może być kilka, a więc należy dokonać ich hierarchizacji tzn. zapisać w dokumentacji w takiej kolejności, aby zacząć od tych, które mają istotny wpływ na zdrowie pacjenta i/lub zagrażają jego życiu. W praktyce pielęgniarskiej np. w izbie przyjęć zdarza się, że stan/problem, który wystąpił u pacjenta nie ma jeszcze wyjaśnionej przyczyny lub/i skutku. Można wtedy zamiast diagnozy pielęgniarskiej zapisać tylko stan/problem pacjenta oraz okoliczności, jakie towarzyszyły jego wystąpieniu.

Pielęgniarka powinna znać diagnozę lekarską, gdyż to ona niejednokrotnie ukierunkowuje dalsze rozpoznanie pielęgniarskie i pozwala przewidzieć niektóre zmiany (sytuacje), jakie mogą wystąpić w stanie pacjenta (rodziny). Nie może jednak diagnoza lekarska pojawiać się w diagnozie pielęgniarskiej. Diagnoza pielęgniarska jest różna i całkowicie inna od diagnozy lekarskiej. Jest ona określana przez pielęgniarkę w pełni samodzielnie i odpowiedzialnie na podstawie zupełnie innych informacji, mimo iż dotyczą one tego samego objawu, problemu czy stanu pacjenta/rodziny. Przedstawia to rysunek 5.

Rys. 5. Podwyższona temperatura



Źródło: opracowanie własne

Rozpoznanie pielęgniarskie wymaga od nas rzetelnej i szerokiej wiedzy nie tylko medycznej oraz niemałego wysiłku umysłowego. Jest jednak niezbędne, ponieważ to ono wyznacza cel (cele) opieki i jest wstępem do projektowania czy też ustalania programu pielęgnacji. Tylko dobrze postawiona diagnoza pielęgniarska umożliwi skuteczną realizację następujących trzech etapów procesu pielęgnowania.

## Trzeci etap – planowanie

Planowanie w procesie pielęgnowania to kolejne decyzje pielęgniarki uwarunkowane sformułowaną wcześniej diagnozą, a wymagające ustalenia priorytetów, określenia celu/celów opieki i zaplanowania interwencji pielęgniarskich. Pielęgniarka ustala cel/cele, jakie chce osiągnąć poprzez swoje zaplanowane działania. Do każdej diagnozy cele ustalane są oddzielnie i tak wyznaczane, aby były osiągalne i znaczące w zaspokajaniu potrzeb pacjenta. Dobiera środki, materiały, odpowiedni sprzęt i osoby potrzebne do pomocy w procesie pielęgnowania. Określa również czas, w jakim założony cel powinien być osiągnięty. Zapoznaje ze swoimi planami pacjenta i jego rodzinę i tylko wtedy, gdy otrzyma ich aprobatę może rozpocząć realizację swoich zamierzeń. Wyraźnie sformułowany i udokumentowany plan opieki pielęgniarskiej daje pacjentowi/rodzinie gwarancję, że zostaną podjęte w stosunku do niego/nich celowe, indywidualne, ciągłe i całościowe działania opiekuńcze.

## Czwarty etap – realizowanie

W tym etapie pielęgniarka poprzez czynności wzmacniające, wspierające i nauczająco-wychowujące, które wynikają ze współczesnych funkcji zawodowych realizuje wcześniej zaplanowaną opiekę pielęgniarską u pacjenta/rodziny. Wykorzystując swoją wiedzę, umiejętności oraz zasoby ludzkie i rzeczowe zachęca pacjenta/rodzinę do przejawiania pożądanej aktywności skierowanej na osiągnięcie założonych celów

opiekuńczych. Jest to etap, w którym pielęgniarka może spełnić się w swoim zawodzie, bo tylko profesjonalne wykonanie planu zapewni efektywność procesu pielęgnowania.

## **Piąty etap – ocenianie**

Piąty i ostatni etap procesu pielęgnowania – ocenianie, odgrywa istotną rolę w tej nowej dynamicznej metodzie pracy. Kończy działania podejmowane dotychczas a jednocześnie rozpoczyna nowe zadania. Pielęgniarka po przeanalizowaniu efektów opieki pielęgniarskiej formułuje ocenę, która jest planowym, systematycznym porównywaniem stanu pacjenta/rodziny z uprzednio założonymi celami opieki.

Pielęgniarka rozważa czy cel sformułowany w III etapie został osiągnięty w całości, częściowo czy w ogóle nie został osiągnięty. Zastanawia się, co stanowiło przeszkodę lub utrudnienie rzutujące na ostateczny wynik opieki nie tylko profesjonalnej, ale również nieprofesjonalnej jak też samoopieki. Każda taka ocena stanowi swego rodzaju rozpoznanie i staje się punktem wyjścia do planowania i podejmowania kolejnych działań na rzecz pacjenta i jego rodziny.

Uzyskanie satysfakcji z efektów samoopieki, opieki nieprofesjonalnej czy też profesjonalnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem i jego rodziną jest możliwe tylko wtedy, kiedy pielęgniarka prawidłowo określi przyczynę i skutek rozpoznanych problemów (stanu) pacjenta i poprzez właściwe planowanie i zrealizowanie własnych interwencji, osiągnie założony wcześniej cel.

Zawodowy obowiązek wynikający z teoretycznych założeń procesu pielęgnowania, jak również z Rozporządzenia Ministra Zdrowia, wymaga prowadzenia przez pielęgniarki określonej dokumentacji w zakładach udzielających świadczeń zdrowotnych. Ma to podstawowe znaczenie dla opieki pielęgniarskiej, ponieważ zgromadzone dane o pacjencie i jego rodzinie, diagnoza pielęgniarska, plan opieki i jego realizacja oraz końcowa ocena, będą miały wartość teoretyczną i praktyczną tylko wówczas, kiedy zostaną udokumentowane.



# Diagnozowanie w procesie pielęgnowania w opiece niestacjonarnej

## 1. Pielęgniarstwo środowiskowe/rodzinne

Wiesława Bogusz

---

### ◆ OPIS PRZYPADKU

Osoba samotna: zajmuje dwupokojowe mieszkanie na IV piętrze z balkonem w blokach spółdzielczych z lat pięćdziesiątych.

Mieszkanie słoneczne i suche, posiada wszystkie media i wyposażone jest w niezbędny sprzęt konieczny do prowadzenia gospodarstwa domowego. Pomieszczenia gustownie urządzone, utrzymane w czystości, w domu okazała biblioteka, sprzęt audio-wizualny.

Sąsiedzi to większość osób w wieku podeszłym, życzliwi, chętni do pomocy, w miarę swoich możliwości. Pani Maria, lat 80: obecnie jest na emeryturze, z wykształcenia jest fizykiem i długoletnim nauczycielem akademickim na politechnice. Obecny status materialny niezbyt wysoki, ale wystarczający na pokrycie istniejących potrzeb.

Pani Maria w dniu wczorajszym została wypisana ze szpitala z oddziału ortopedii, gdzie przebywała przez okres jednego miesiąca z powodu skomplikowanego złamania kości podudzia. Obecnie porusza się przy pomocy „balkonika”. Jest w bardzo dobrym kontakcie słownym, chętnie i logicznie odpowiada na zadawane pytania, jest pogodnego usposobienia.

Obecnie uskarża się, że ma trudności w poruszaniu się i wykonywaniu niektórych czynności ruchowych, a co za tym idzie również higienicznych np. kąpiel w wannie. Bardzo szybko męczy się, a po dłuższym wysiłku odczuwa ból podczas chodzenia. Skóra złamanej kończyny jest słabo napięta, sucha i pomarszczona. Pacjentka przy próbie wstawania z łóżka ma zawroty głowy, średnia wartość zmierzonego w dniu odwiedzin: RR wynosiło 110/70 mm Hg, tętna 90 ud./min.

Od 10 lat jest pod stałą opieką kardiologa, bierze leki nasercowe i stosuje się do jego zaleceń. Jest również pod opieką okulisty, przeszła dwa zabiegi operacyjne usunięcia zaćmy, nosi okulary, ale wzrok bardzo szybko się męczy i w związku z tym ma trudności z czytaniem.

Pani Maria podkreśla, że zawsze starała się dbać o siebie, w miarę możliwości dobrze i regularnie odżywiać się (nie lubi tłustych potraw ani słodczy), nigdy nie paliła papierosów, lubi kawę, ale teraz stara się ją ograniczać.

W przeszłości nie zwracała uwagi na sen i wypoczynek, dużo pracowała w nocy, a teraz kiedy może „wyspać się do woli” budzi się i wcześniej wstaje nie wiedząc co ma ze sobą zrobić.

Lubi teatr, muzykę, ale brakuje jej bezpośredniego kontaktu ze sztuką. Ubolewa że, od dawna nie była w kościele a w obecnej sytuacji nie jest w stanie się do niego sama wybrać.

Mąż podopiecznej zmarł nagle 12 lat temu, a jedyna córka zginęła tragicznie w wypadku samochodowym w wieku 21 lat, będąc jeszcze panną.

Kiedy żył mąż, prowadzili otwarty dom, mieli wielu przyjaciół, własne zainteresowania, pracę, byli aktywni w życiu społecznym. Pozwoliło to im na przetrwanie trudnych chwil związanych z utratą dziecka. Pani Maria mówi że: „iż upłynęło tyle lat od śmierci córki i męża, to nadal za nimi tęskni, szczególnie teraz gdy

potrzebuje pomocy i opieki. Często czuje się samotna, gdyż większość przyjaciół już nie żyje, a ci co pozostali są w podeszłym wieku, mają problemy zdrowotne i ograniczenia, które nie pozwalają na kontakty osobiste. Natomiast często dzwonią, przesyłają kartki okolicznościowe. Cieszy ją fakt, że pamiętają o niej byli studenci, którym poświęciła życie nie tylko zawodowe.

Najbliższą rodziną pani Marii są dzieci brata, na które może liczyć w potrzebie, zdaje sobie jednak sprawę, że pracują, mają własne rodziny i związane z tym ograniczenia czasowe.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA**

Trudności w poruszaniu się, spowodowane stanem po urazie kończyny, doprowadziły u pacjentki do deficytu agendy samoopieki.

##### **Cel opieki:**

Wzmocnienie agendy samoopieki.

##### **Planowane działania:**

1. Wykonanie kąpieli pacjentki w wannie, jeden raz w tygodniu przez okres 1 miesiąca.
2. Nauczenie pacjentki prawidłowej pielęgnacji skóry, kończyny po urazie.
3. Zamówienie wizyty domowej lekarza poz.
4. Wskazanie pomocy instytucjonalnej i zmotywowanie pacjentki do skorzystania z niej.
5. Skontaktowanie się z pracownikiem socjalnym w celu pozyskania środków na wymianę wanny na kabinę prysznicową.
6. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Pacjentka zgłasza poczucie osamotnienia i pustki, bo trudność w samodzielnym opuszczaniu mieszkania, nie pozwala na zaspokojenie potrzeb duchowych i utrudnia jej kontakt z otoczeniem.

##### **Cel opieki:**

Zmniejszenie osamotnienia.

##### **Planowane działania:**

1. Nawiązanie kontaktu z drużyną harcerską z najbliższej położonej szkoły.
2. Skontaktowanie się z księdzem w celu zaspokojenia potrzeb duchowych pacjentki.
3. Nakłonienie najbardziej zaprzyjaźnionej sąsiadki, do towarzyszenia pacjentce w systematycznych spacerach.
4. Zmotywowanie pacjentki do rozmowy z rodziną w celu zorganizowania wyjścia do filharmonii lub teatru.
5. Zastosowanie terapii elementarnej (wsparcie emocjonalne).
6. Inne działania.

#### **◆ OPIS PRZYPADKU**

Rodzina dwupokoleniowa, 3-osobowa, dobrze sytuowana, o wysokim statusie społecznym.

Więzi w rodzinie prawidłowe, stosunki rodzinne ciepłe, serdeczne. Małżonkowie pomagają sobie nawzajem i razem opiekują się ojcem chorym na chorobę Alzheimera. Nie posiadają dzieci.

Pani Zofia ma siostrę mieszkającą poza granicą kraju. Najbliższa rodzina to kuzyni mieszkający w innych odległych miejscowościach. Higiena poszczególnych członków nie budzi zastrzeżeń.

Mieszkanie: w mieście wojewódzkim, pięciopokojowe w skanalizowanym domku jednorodzinny z ładnie utrzymanym ogrodem.

Słoneczne, czyste, wyposażone w media i sprzęt gospodarstwa domowego, sprzęt audiowizualny, komputer z internetem. Usytuowane w osiedlu jednorodzinny wybudowanym w okresie powojennym. Osiedle posiada dużą ilość terenów zielonych i dobrze rozmieszczoną infrastrukturę.

Sąsiedzi utrzymują z sobą sporadyczne kontakty, reagują tylko wtedy, gdy ktoś poprosi o pomoc.

\*

Pani Zofia, lat 53: wykształcenie wyższe ekonomiczne, pracuje jako księgowa.

Zmierzone parametry życiowe wynoszą: BMI: 25, RR: 130/80 mm Hg, nie wykazują odchyłań od normy. Do czasu choroby ojca, sama prowadziła gospodarstwo domowe i zajmowała się przydomowym ogrodem. Obecnie w czynnościach tych pomaga jej zatrudniona osoba, ponieważ jak mówi „nie radziła sobie z obowiązkami domowymi”.

Sytuacja zdrowotna ojca zmobilizowała Panią Zofię do wzmożonej uwagi dotyczącej własnego zdrowia, obecnie jest pod stałą opieką lekarza poz i stosuje się do jego zaleceń. Ostatnio u lekarza ginekologa była trzy lata temu. Ma nieregularne miesiączki, ale uważa to za objaw normalny w jej wieku. Obawia się tylko o dalszą sytuację rodziny, gdyż choroba ojca pogłębiła się już w stopniu widocznym, a ona nie zna następstw tej choroby.

Boi się również o własne zdrowie – dziedziczenia choroby. Mówi, że: „do chwili choroby ojca, dużo wspólnie podróżowali po świecie, obecnie nigdzie nie wyjeżdża, jest zmęczona, stała się nerwowa i ma trudności ze snem oraz kłopoty z koncentracją uwagi”.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Postępująca choroba ojca wymusza dodatkowe obowiązki, co powoduje niespełnienie się pacjentki w roli opiekuna.

#### **Cel opieki:**

Wsparcie pacjentki.

#### **Planowane działania:**

1. Uzupełnienie wiedzy pacjentki na temat choroby ojca.
2. Wskazanie adresu ośrodka z grupą wsparcia, zrzeszającą rodziny chorych na chorobę Alzheimera.
3. Zmotywowanie do skorzystania z odbycia wizyty w wymienionym ośrodku.
4. Omówienie znaczenia przestrzegania terminu kontrolnych wizyt ojca w poradni specjalistycznej.
5. Zastosowanie terapii elementarnej.
6. Zmotywowanie pacjentki do skorzystania z wizyty w poradni psychologicznej (wsparcie profesjonalne).
7. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Pacjentka jest nieświadoma zagrożeń wynikających z okresu okołomenopauzalnego, co może doprowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu.

#### **Cel opieki:**

Zapobieganie zagrożeniom zdrowia.

#### **Planowane działania:**

1. Przekazanie informacji na temat istoty okresu menopauzy.
2. Przekazanie zasad zdrowego stylu życia w okresie starzenia się organizmu kobiety.
3. Przekazanie wiedzy na temat samoobserwacji i samokontroli organizmu.
4. Nauczenie pacjentki obserwacji objawów wskazujących na zagrożenie zdrowia.
5. Przeprowadzenie instruktażu samobadania piersi.
7. Zmotywowanie do kontaktu z położną rodzinną oraz podanie informacji o adresach praktyk położnych.
8. Inne działania.

\*

Pan Andrzej, lat 56: inżynier, pracuje w salonie samochodowym. Zadbany, dba o własną kondycję fizyczną i umysłową. Prowadzi racjonalny tryb życia, jeździ na rowerze, należy do klubu płetwonurków, gdzie przechodzi odpowiednie badania wydolności organizmu.

„Jest zadowolony z życia”, w chwilach wolnych od swoich zajęć pomaga żonie w gospodarstwie domowym, obecnie również w opiece nad teściem.

Z opieki lekarza poz nie korzysta.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Brak wiedzy na temat zagrożeń wynikających z fizjologicznego starzenia się organizmu może doprowadzić do zaburzeń zdrowia pacjenta.

#### **Cel opieki:**

Niedopuszczenie do zagrożeń zdrowia.

#### **Planowane działania:**

1. Przekazanie informacji na temat istoty starości oraz zagrożeniach zdrowia w wyniku starzenia się organizmu.
2. Nauczenie zasad samoobserwacji w kierunku przerostu gruczołu krokowego.
3. Zmotywowanie pacjenta do wykonania kontrolnego badania lekarskiego.
4. Wskazanie adresów urologicznych poradni specjalistycznych, które wykonują programy profilaktyczne.
5. Dostarczenia materiałów edukacyjnych wizualnych (ulotka urologiczna).
6. Przekazanie zasad zdrowego stylu życia.
7. Inne działania.

\*

Pan Bolesław, lat 78: emeryt, wcześniej pracował jako nauczyciel w-f w szkole podstawowej. Zadbany, sprawny fizycznie. Od 15 lat wdowiec. Z żoną i córką łączyły go silne więzi emocjonalne. Lubił majsterkować i często spędzał wolny czas z kolegą z pracy przy tych zajęciach. Razem wychodzili na spacer i spotkania ze znajomymi. Obecnie obojętny na otoczenie, małomówny.

Z informacji uzyskanych od córki wynika, że pacjent jest uparty, nie chce spotykać się z innymi osobami, wychodzić z domu, dbać o własną higienę osobistą. Mówi, „że gdyby żyła żona, to nikt by go nie posadzał o jakieś choroby i nie prowadził do lekarza”.

Na podawane leki reaguje złością, czasami jest agresywny w stosunku do córki i wypomina jej, że została go w szpitalu. Z karty wypisu ze szpitala wynika, że choruje na chorobę Alzheimera. Jest pod opieką poradni specjalistycznej. Pod nieobecność domowników zostaje z osobą zatrudnioną do pomocy w gospodarstwie domowym.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Niepełna wiedza rodziny na temat istoty choroby Alzheimera może doprowadzić do przyspieszenia jej rozwoju.

#### **Cel opieki:**

Podniesienie poziomu wiedzy rodziny.

#### **Planowane działania:**

1. Dostarczenie materiałów informacyjnych na temat choroby ojca i przekazanie informacji niezbędnych do opieki nad pacjentem.
2. Omówienie z rodziną znaczenia terapii ruchowej i zajęciowej oraz wpływu muzyki na spowolnienie rozwoju choroby.
3. Zmotywowanie córki pacjenta do skontaktowania się z kolegą ojca celem przywrócenia kontaktu.
4. Zmotywowanie rodziny do wspólnych spacerów z pacjentem.
5. Uświadomienie opiekunom konieczności angażowania pacjenta do prac domowych.
6. Uświadomienie rodzinie znaczenia korzystania z domu dziennego pobytu w terapii pacjenta, wskazanie adresu.
7. Wskazanie źródeł wsparcia informacyjnego na stronie internetowej.
8. Poinstruowanie rodziny pacjenta o zapobieganiu wypadkom domowym.
9. Przeprowadzenie instruktażu udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia.
10. Uświadomienie rodziny o skontaktowaniu się z lekarzem specjalistą w chwili zauważenia zmian zachodzących w zachowaniu się pacjenta.
11. Inne działania.



◆ OPIS PRZYPADKU

Rodzina nuklearna: 4-osobowa: rodzice i dwoje dzieci: dziewczynka 9 miesięcy i chłopiec lat 7.

Mieszkanie: pokój z kuchnią o powierzchni 36 m<sup>2</sup> w starym budownictwie, piętro IV, wyposażone we wszystkie media, w centrum miasta, w otoczeniu sklepy i park miejski. Pokój jest podzielony na dwie części z powierzchnią wydzieloną dla dzieci. Mieszkanie czyste, zadbane, suche. Wyposażone w niezbędny sprzęt gospodarstwa domowego, urządzone skromnie.

Dzieci czyste, ubrane stosownie do temperatury otoczenia. Rodzina nie korzysta z pomocy instytucji opieki społecznej. Czasami w opiece nad dzieckiem pomaga matka kobiety. Sąsiedzi to w większości osoby na emeryturze.

Zofia, lat 27: wykształcenie zawodowe (sprzedawca), obecnie na urlopie wychowawczym, zajmuje się wychowaniem dzieci i prowadzeniem gospodarstwa domowego. Więcej czasu poświęca opiece nad młodszym dzieckiem, „stara się” też spędzać jak najwięcej czasu ze starszym dzieckiem i jeśli to możliwe wspólnie się bawią.

Kobieta jest osobą zadbaną, drobnej budowy ciała, na pytania o zdrowie odpowiada, że: „czuje się dobrze i nic jej nie dolega, a u lekarza POZ nie bywa, bo nie ma takiej potrzeby”. Była badana ginekologicznie 3 miesiące temu. Pytana o samobadanie piersi stwierdziła, iż „położna nauczyła ją badać, ale nie zawsze o tym pamięta, nie ma czasu na takie rzeczy”. Nie pali papierosów, jest też przeciwna paleniu męża, tym bardziej, iż czasami pali on przy dzieciach. Niepokoi ją również samopoczucie męża, który „ostatnio schudł i czuje się osłabiony”, ale nie można go przekonać do wizyty u lekarza.

**DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Niesystematyczne samobadanie piersi może doprowadzić do niewykrycia patologicznych zmian w piersiach.

**Cel opieki:**

Systematyczne badanie piersi przez pacjentkę.

**Planowane działania:**

1. Przeprowadzenie analizy poziomu wiedzy na temat samokontroli piersi.
2. Uzupelnienie wiedzy na temat samobadania piersi.
3. Zmotywowanie do samodzielnego wykonywania badania.
4. Motywowanie do systematycznych wizyt i konsultacji lekarskich.
5. Poinformowanie na temat zagrożeń wynikających z braku systematyczności samobadania piersi.
6. Zachęcenie do współuczestniczenia w profilaktyce męża kobiety
7. Nauczenie wykonywania badania przez współmałżonka.
8. Inne działania.

\*

Mąż Jan, lat 29: wykształcenie technik mechanik samochodowy, zatrudniony na etacie w pełnym wymiarze czasu pracy, podaje że „zarabia 1500 zł”. Dojazd do pracy zajmuje mu 40 minut. Po pracy pomaga żonie w opiece nad dziećmi.

„Martwi się o swoje zdrowie”, bo w ostatnim okresie „sporo schudł”. Od 3 miesięcy czuje się „trochę osłabiony”, czasami ma duszności, zdarza się, że kaszle. Nie chodzi do lekarza, bo nie ma czasu, praca i obowiązki domowe zajmują mu znaczną część dnia.

Ostatni raz był badany podczas badań profilaktycznych przez lekarza medycyny pracy. Jest nałogowym palaczem – wypala dwie paczki papierosów dziennie. Chciałby zerwać z nałogiem, ale jest mu trudno, ponieważ w pracy wszyscy palą.

Posiłki spożywa nieregularnie, po powrocie z pracy w domu zjada przygotowany obiad, natomiast w pracy jego posiłkiem są kanapki i słodkie bułki, które zjada, gdy ma wolny czas.



#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Nadmiar codziennych obowiązków uniemożliwia pacjentowi kontrolę stanu zdrowia przez co jest zaniepokojony towarzyszącymi mu dolegliwościami.

#### **Cel opieki:**

Zlikwidowanie niepokoju pacjenta.

#### **Planowane działania:**

1. Przeprowadzenie rozmowy na temat skutków braku regularnej kontroli stanu zdrowia.
2. Zmotywowanie do wizyty u lekarza rodzinnego.
3. Ułatwienie kontaktu z lekarzem.
4. Wskazanie możliwości uzyskania wsparcia od rodziny.
5. Przeprowadzenie rozmowy z żoną pacjenta na temat wsparcia męża w działaniach prozdrowotnych.
6. Monitorowanie realizacji zaleceń.
7. Inne działania.

\*

Syn Sławek, lat 7: uczęszcza do szkoły podstawowej znajdującej się blisko miejsca zamieszkania. Uczy się dobrze, chętnie uczestniczy w zajęciach szkolnych. Czas wolny spędza w domu, głównie bawiąc się z siostrą lub przy komputerze. Pomaga mamie w opiece nad siostrą. Nie przepada za słodyczami. Z informacji uzyskanych od matki wiemy, iż chłopiec samodzielnie dba o higienę osobistą i chętnie myje zęby po posiłkach, bo „tak jak mówiła pani w szkole”. Jak przekazała pielęgniarka szkolna, badania profilaktyczne w szkole nie wykazały zaburzeń rozwoju dziecka. Matka skarży się, że syn unika zajęć z wychowania fizycznego, symulując chorobę przed lekcją w-f.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA**

Zbyt mała aktywność ruchowa chłopca w czasie wolnym od zajęć może spowodować zaburzenia rozwoju fizycznego.

#### **Cel opieki:**

Niedopuszczenie do zaburzeń rozwoju fizycznego.

#### **Planowane działania:**

1. Motywowanie rodziców do zorganizowania dziecku czynnego wypoczynku wspólnie z rodziną i na zajęciach pozaszkolnych.
2. Zachęcenie dziecka do pozaszkolnej aktywności ruchowej.
3. Wskazanie kontaktu z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania.
4. Współdziałanie z rodziną w zakresie zwiększenia aktywności ruchowej dziecka.
5. Informowanie o formach aktywności ruchowej dostępnych dla rodziny.
6. Monitorowanie realizowanych interwencji.
7. Inne działania.

\*

Córka Monika, 9 miesięcy: według oceny lekarza rozwój fizyczny i psychomotoryczny dziecka prawidłowy. Ostatnia wizyta profilaktyczna u lekarza POZ w 6 miesiącu życia dziecka. W domu dziecko ma wydzielony kącik, bielizna czysta, bawełniana.

Dziecko żywione mieszankami mlecznymi, zupami przygotowanymi oddzielnie dla dziecka zgodnie z zaleceniami, podawane są owoce tj. jabłko, truskawki, od czasu do czasu kawałek czekolady.

Skóra dziecka szorstka, występują pojedyncze wykwyty w okolicy podbrzusza. Dziecko kąpane codziennie, bielizna osobista dziecka czysta. Matka używa pieluch wielorazowych, które pierze w proszkach dla dzieci. Nie używa środków do pielęgnacji skóry dziecka, ponieważ „nie ma na to wystarczających środków finansowych”.

Dziecko spokojne, chętnie bawi się, śmieje, ma 3 zęby. W nocy śpi spokojnie bez przerw, a przed snem „dopajane” jest gotowaną wodą z cukrem. Matka pytana o profilaktykę stomatologiczną, stwierdziła, że „dziecko ma mało zębów i chyba nie potrzeba, aby je myć”.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Niewystarczająca wiedza matki na temat profilaktyki stomatologicznej może spowodować wystąpienie zmian chorobowych jamy ustnej u niemowlęcia.

##### **Cel opieki:**

Stosowanie profilaktyki stomatologicznej.

##### **Planowane działania:**

1. Poinformowanie na temat konieczności stosowania profilaktyki stomatologicznej u niemowlęcia.
2. Przeprowadzenie edukacji na temat zagrożeń niestosowania zaleceń profilaktycznych.
3. Przeprowadzenie edukacji na temat metod profilaktyki stomatologicznej w 9 miesiącu życia.
4. Przeprowadzenie edukacji na temat wpływu żywienia niemowlęcia na stan uzębienia.
5. Zalecenie kontroli u lekarza stomatologa po ukończeniu 12 miesięcy życia niemowlęcia.
6. Przeprowadzenie instruktażu wykonania czyszczenia zębów szczoteczką odpowiednią do wieku.
7. Monitorowanie stosowania profilaktyki stomatologicznej przez matkę.
8. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA RODZINNA**

Niewystarczająca wiedza rodziców na temat zasad żywienia dziecka może doprowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu jego przewodu pokarmowego.

##### **Cel opieki:**

Prawidłowe żywienie dziecka.

##### **Planowane działania:**

1. Przeprowadzenie analizy wiedzy rodziców na temat żywienia dziecka w 9 miesiącu życia.
2. Nakłanianie do prawidłowego żywienia dziecka.
3. Udzielanie porad na temat zasad żywienia dziecka w 9 miesiącu życia.
4. Monitorowanie żywienia dziecka.
5. Zachęcanie do współpracy i kontaktu z pielęgniarką rodzinną.
6. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Palenie papierosów przez ojca może spowodować wystąpienie chorób odtytoniowych u rodziny.

##### **Cel opieki:**

Zaprzestanie palenia tytoniu przez pacjenta.

##### **Planowane działania:**

1. Przeprowadzenie analizy wiedzy pacjenta na temat szkodliwości palenia tytoniu i metod odzwyczajania od palenia.
2. Przeprowadzenie testu uzależnienia od nikotyny Fagerströma.
3. Dostarczenie adresów poradni zajmujących się pomocą w walce z nałogiem palenia.
4. Przeprowadzenie edukacji na temat metod zaprzestania palenia oraz towarzyszących temu „objawów odstawienia”.
5. Przeprowadzenie edukacji na temat sposobów radzenia sobie w przypadku odzwyczajania od palenia.
6. Przeprowadzenie edukacji na temat wpływu palenia tytoniu (biernego i czynnego) na organizm człowieka.
7. Przeprowadzenie edukacji rodziny pacjenta na temat metod wsparcia w sytuacjach kryzysowych wynikających z „rzucania” palenia.
8. Motywowanie pacjenta do zaprzestania palenia.
9. Wskazanie możliwości skorzystania z porady psychologa.
10. Zaangażowanie rodziny we wsparcie emocjonalne pacjenta.
11. Zachęcanie do asertywnych zachowań w pracy.
12. Zachęcanie do kontaktu z grupą wsparcia.
13. Monitorowanie stosowania wydanych zaleceń.
14. Inne działania.

## 2. Pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania

Ewa Józwiak

---

### ◆ OPIS PRZYPADKU

Ania, lat 7: uczennica klasy pierwszej szkoły podstawowej była kilkakrotnie w ciągu miesiąca przyprowadzana przez nauczycielkę do pielęgniarki szkolnej z informacją, że dziecko źle się czuje. Dziewczynka skarżyła się na ból głowy i brzucha. W wyniku przeprowadzanych z dzieckiem rozmów, uzyskałam informację, że nie jada śniadań w domu i rzadko przynosi drugie śniadanie do szkoły. Na pytanie „dlaczego” odpowiada, że jak chodziła do przedszkola, to też nie jadła, a drugiego śniadania nie przynosi, bo późno wstają i mama nie zdąży go zrobić, śpieszy się do pracy. Dostaje pieniądze na bułkę, ale najczęściej kupuje batonika w automacie, potem je obiad na stołówce szkolnej (około godziny 12.30).

Od nauczycielki uzyskałam informację, że Ania w godzinach 7.00 do 17.00 jest w szkole. Na lekcjach często trudno jej się skupić, pracuje wolniej od innych dzieci, zdarza się, że nie wykonuje poleceń. Pytana „dlaczego” odpowiada, że źle się czuje i wtedy jest przyprowadzana do pielęgniarki.

Z matką dziewczynki można się skontaktować telefonicznie.

Nie stwierdzono dodatkowych wyników testów przesiewowych wykonanych do bilansu 6-lątka, również profilaktyczne badanie lekarskie wypadło prawidłowo.

Waga 20 kg (10 C), wzrost 118 cm (10 – 25 C).

### DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:

Zaniedbania matki w żywieniu dziecka doprowadzają do uczucia głodu, co utrudnia uczennicy funkcjonowanie w szkole.

#### Cel opieki:

Zapewnienie prawidłowego odżywiania dziecka.

#### Planowane działania:

1. Skontaktowanie się z matką i poinformowanie o problemie.
2. Poinformowanie nauczycielki o przyczynach zachowania Ani.
3. Zgłoszenie problemu pedagogowi szkolnemu.
4. Omówienie problemu głodnych dzieci z nauczycielem świetlicy.
5. Podjęcie działań w celu likwidacji sprzedaży słodyczy na terenie szkoły.
6. Zaplanowanie wspólnie z wychowawcami klas I działań edukacyjnych dzieci i rodziców na temat żywienia.
7. Inne działania.

### ◆ OPIS PRZYPADKU

Uczennice drugiej klasy liceum ogólnokształcącego zgłosiły pielęgniarce, że ich koleżanka Marta K. okalecza się, ma zranienia na udach i przedramieniu. Prosiły o pomoc, nie chcą, by koleżanka dowiedziała się, że zgłosiły ten problem pielęgniarce. W wyniku przeprowadzonej rozmowy wyrażają zgodę na poinformowanie pedagoga.

### DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:

Informacja o samookaleczaniu się Marty wymaga podjęcia działań wyjaśniających, bo stanowi to zagrożenie dla jej zdrowia.

#### Cel opieki:

Potwierdzenie informacji.

#### **Planowane działania:**

1. Przeprowadzenie rozmowy z koleżankami Marty.
2. Poinformowanie pedagoga o zaistniałym problemie.
3. Zaplanowanie badań przesiewowych klasy wymagających rozebrania się.
4. Wykonanie badań w zaplanowanym terminie.
5. Rozpoznanie problemu.

Marta była ostatnią osobą, która w zapowiedzianym terminie zgłosiła się na badania, bardzo niechętnie rozebrała się. Na przedramieniu ręki lewej stwierdziłam wydrapaną kratkę o wymiarach około 6/6 cm, na udach wydrapane podobne kratki 10–15 cm o różnym stopniu gojenia się, rany na udzie prawym są świeże, miejscami podkrwawiające, w okolicach kostki lewej blizny po dość głębokich zadrapaniach.

Marta rozplakała się, długo nie podejmowała rozmowy. Została poinformowana o konieczności zgłoszenia tego faktu pedagogowi i rodzicom. Po długiej chwili Marta zgodziła się na udział pedagoga w rozmowie.

\*

Marta, lat 16,5: uczennica klasy drugiej, wychowywana przez matkę, rodzice od kilku lat są rozwiedzeni, ojca widuje rzadko (mieszka i pracuje poza granicami kraju). Ma starszego brata, z którym jest bardzo związana, kilka miesięcy wcześniej brat ożenił się i wyprowadził z domu, od tego czasu prawie się nie widują. Marta lubi bratową i bardzo chętnie spotykałaby się z nimi. Powodem niepodjęcia kontaktów jest konflikt bratowej z mamą. Marta boi się, że matka potraktowałaby jej kontakty jako brak lojalności i poparcie bratowej w tym konflikcie.

Uczennica zupełnie sobie z tym problemem nie radzi, czuje się osamotniona i nikomu niepotrzebna. By poprawić sobie nastrój, zjada dużo słodczy, ale to nie pomaga, tylko utyla a to dodatkowo ją „dołuje”. Nie może porozmawiać o problemach z matką, bo ona opowiada wszystkemu swojemu przyjacielowi, który to komentuje i ocenia. Marta akceptuje przyjaciela mamy, ale drażni ją jego wtrącanie się w ich sprawy.

Marta jest dobrą uczennicą, nie sprawiała dotychczas kłopotów wychowawczych, lubi się uczyć. Wolny czas spędza najczęściej przed komputerem. Skarży się, że po paru godzinach bolą ją plecy.

Masa ciała (MC) 75 kg (97 C), wzrost 168 cm (75 C), RR 120/80 mm Hg (90/90 C). Nosi okulary – krótkowzroczność (OP –1.5, OL –1.5), pod stałą opieką okulisty, wizyty co pół roku, ostatnia przed dwoma miesiącami.

W czasie badań przesiewowych przeprowadzonych w klasie pierwszej podejrzewano wadę postawy, lekarz pediatra zlecił konsultację ortopedyczną. Lekarz ortopeda stwierdził u Marty plecy okrągłe i pogłębioną lordozę brzuszną, nadwagę (69,5 kg). Lekarz zalecił wykonywanie ćwiczeń korekcyjnych w domu (otrzymała odpowiednie zestawy ćwiczeń). Marta nie wykonywała ćwiczeń korekcyjnych.

Warunki mieszkaniowe i finansowe rodziny dobre.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Konflikt w rodzinie pogłębiony rozłąką z bratem spowodował osamotnienie Marty, przez co zaczęła się okaleczać.

#### **Cel opieki:**

Wsparcie Marty i niedopuszczenie do dalszych samookaleczeń.

#### **Planowane działania:**

1. Przeprowadzenie rozmowy wspierającej w obecności pedagoga.
2. Skontaktowanie się z matką i poinformowanie o problemie.
3. Skontaktowanie się z koleżankami i zaplanowanie wspólnych działań wspierających Martę.
4. Poinformowanie pielęgniarki rodzinnej o problemach Marty.
5. Monitorowanie zachowań dziewczyny.
6. Wskazanie pomocy instytucjonalnej.
7. Inne działania.

#### DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:

Rany na rękach i udach mogą ulec zakażeniu.

#### Cel opieki:

Niedopuszczenie do infekcji ran.

#### Planowane działania:

1. Założenie opatrunku.
2. Nauczanie Marty pielęgnowania ran.
3. Kontrolowanie procesu gojenia.
4. Uświadomienie zagrożeń.
5. Inne działania.

#### DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:

Marta skarży się, że trudna sytuacja rodzinna spowodowała u niej nadmierne spożywanie słodczy, a to doprowadziło do nadwagi.

#### Cel opieki:

Wsparcie psychiczne Marty.

#### Planowane działania:

1. Wyjaśnienie wpływu stresu na organizm.
2. Nauczanie technik relaksacyjnych.
3. Zapoznanie Marty z zasadami prawidłowego żywienia.
4. Zachęcenie do zwiększenia aktywności fizycznej.
5. Monitorowanie masy ciała.
6. Inne działania

#### DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:

Zaniebywanie zaleconych ćwiczeń korekcyjnych pogłębiło u Marty wadę postawy, przez co skarży się na bóle pleców.

#### Cel opieki:

Niedopuszczenie do pogłębienia się wady postawy.

#### Planowane działania:

1. Omówienie przyczyn i skutków wady postawy.
2. Wskazanie prawidłowych warunków nauki i wypoczynku.
3. Omówienie znaczenia aktywności fizycznej.
4. Motywowanie do systematycznych ćwiczeń korekcyjnych.
5. Inne działania.

### 3. Położnictwo rodzinne

Barbara Dresler

---

#### ◆ OPIS PRZYPADKU

Wizyta patronażowa

Położnica, lat 28: mężatka urodziła SZ Nd, w 34 tygodniu ciąży wysokiego ryzyka. Poród indukowany ze względu na cholestazę ciążową u matki. Urodziła poprzez cięcie cesarskie.

Przeszłość położnicza – poronienie w 2005 roku – przyczyna nieznana. Dziecko bardzo oczekiwane. Od

24 tygodnia ciąży przebywała na oddziale ciąży powikłanej. Wypisana w 4 dobie po cięciu cesarskim. Położnica – podstawowe parametry życiowe w normie. Macica obkurczona, odchody krwiste w miernej ilości. Rana po cięciu cesarskim – widoczne zaczerwienienie i obrzęk wokół rany, nieznaczna bolesność wzbudza niepokój położnicy. Piersi miękkie, laktacja prawidłowa, brodawki chwytny, zmacerowane, bolesne.

Położnica zadaje dużo pytań dotyczących opieki nad noworodkiem, karmienia piersią, diety matki karmiącej. Noworodek, wcześniak: waga urodzeniowa 2000 g, długość 49 cm, skala Apgar 8 pkt. Wypisany w 9 dobie życia z wagą 1920 g, skóra lekko zażółcona, na oddziale – fototerapia, maksymalny poziom bilirubiny – 13,8 mg%. Skóra noworodka delikatna, pokryta meszkiem. Podściółka tłuszczowa słabo wykształcona. Jama ustna czysta. Śluzówki wilgotne. Na skórze śródstopia obu nóg widoczne otarcia pokryte strupem (na łożcu prawej wielkości 0,5 mm) – goją się prawidłowo, ale rodzice martwią się, czy nie staną się źródłem zakażenia. Rodzice nie znają przyczyny powstania otarć. Dziecko zostało wypisane z oddziału bez adnotacji w książeczce zdrowia na temat ran na stopach. Dno pępka suche, kikut pępowinowy odpadł w szpitalu. Noworodek żywotny, odruch ssania prawidłowy, ssie chętnie pierś. Nie wymiotuje, nie ulewa. Stolce prawidłowe. Ma zleconą konsultację okulistyczną i neurologiczną.

Sytuacja rodzinna: mąż, 28 lat, pracuje. Praktycznie cały dzień przebywa poza domem. W czasie wizyty obecny. Wykazuje zainteresowanie rodziną. Warunki mieszkaniowe dobre, mieszkanie samodzielne, duże. Sytuacja materialna dobra. Dochody stałe. Położnica boi się, że nie poradzi sobie sama z opieką nad dzieckiem.

Oboje rodzice zdrowi, bez chorób społecznych i nałogów.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Położnica zaniepokojona, ponieważ stan zapalny rany pooperacyjnej wzbudza obawy o jej prawidłowe gojenie.

#### **Cel opieki:**

Uspokojenie pacjentki.

#### **Planowane działania:**

1. Dokonanie oceny rany pooperacyjnej.
2. Wykonanie opatrunku rany pooperacyjnej.
3. Nauczenie pielęgnacji rany pooperacyjnej.
4. Monitorowanie obkurczania się mięśnia macicy i odchodów.
5. Monitorowanie gojenia się rany pooperacyjnej.
6. Omówienie fizjologii przebiegu połogu.
7. Przeprowadzenie rozmowy na temat higieny połogu.
8. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Nieprawidłowa technika karmienia spowodowała zmacerowanie i bolesność brodawek, co utrudnia matce karmienie piersią.

#### **Cel opieki:**

Ułatwienie karmienia piersią.

#### **Planowane działania:**

1. Dokonanie oceny brodawek.
2. Zdiagnozowanie poziomu wiedzy matki o karmieniu piersią.
3. Przekazanie informacji na temat techniki karmienia.
4. Nauczenie opróżniania piersi z nadmiaru pokarmu.
5. Przeprowadzenie rozmowy na temat zasad karmienia piersią i odżywiania.
6. Zmotywowanie matki do karmienia piersią.
7. Monitorowanie karmienia piersią.
8. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Brak umiejętności matki w opiece i pielęgnacji noworodka może zagrażać bezpieczeństwu dziecka.

#### **Cel opieki:**

Zapewnienie bezpieczeństwa dziecku.

#### **Planowane działania:**

1. Pokazanie i nauczenie kąpieli noworodka.
2. Nauczenie czynności pielęgnacyjnych.
3. Przeprowadzenie rozmowy na temat przestrzegania zasad higieny w opiece nad dzieckiem.
4. Przekazanie informacji na temat fizjologii rozwoju noworodka.
5. Omówienie zasad stosowania środków higienicznych i pielęgnacyjnych u noworodka.
6. Monitorowanie przyrostu masy ciała.
7. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Częste nieobecności męża w domu mogą prowadzić do przemęczenia matki w opiece nad dzieckiem.

#### **Cel opieki:**

Wsparcie pacjentki w opiece nad dzieckiem.

#### **Planowane działania:**

1. Zastosowanie terapii elementarnej.
2. Przygotowanie ojca do opieki nad dzieckiem.
3. Zmotywowanie do zorganizowania pomocy w opiece nad dzieckiem w czasie nieobecności ojca.
4. Przeprowadzenie rozmowy z ojcem dotyczącej roli ojca w opiece i wychowaniu dziecka.
5. Omówienie znaczenia prawidłowych relacji w rodzinie.
6. Monitorowanie sprawowania opieki nad noworodkiem.
7. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Otarcia na skórze śródstopia noworodka mogą stać się źródłem zakażenia.

#### **Cel opieki:**

Zapobieganie zakażeniu.

#### **Planowane działania:**

1. Dokonanie oceny stanu ogólnego noworodka.
2. Dokonanie oceny otarć na skórze noworodka.
3. Omówienie zagrożeń związanych z nieprawidłową pielęgnacją okolic otarć.
4. Pouczenie o konieczności zgłoszenia się do lekarza pediatry w przypadku wystąpienia objawów stanu zapalnego w okolicy ran.
5. Przekazanie lekarzowi informacji o stanie zdrowia noworodka.
6. Monitorowanie gojenia się otarć.
7. Inne działania.

#### **◆ OPIS PRZYPADKU**

Ciężarna, 17 lat, w 36 tygodniu ciąży: Ciąża I. Pod opieką lekarza ginekologa od 7 miesiąca ciąży. Wcześniej nie zgłosiła się do lekarza, ponieważ ukrywała swoją ciążę. Stan ogólny dobry. Badania diagnostyczne w normie. Badanie USG: 34 tydzień ciąży – płód żywy, położenie podłużne główkowe, postawa I, łożysko prawidłowe. Masa ciała (MC) – 68,9 kg, wzrost – 165 cm. Dotychczasowy przyrost masy ciała – 7 kg.

W czasie wizyty ciężarna w stanie ogólnym dobrym, RR – 125/80 mm Hg, tętno 72 ud/min. Tony serca płodu 140 ud/min.



Macica 3 palce powyżej wyrostka mieczykowatego. Obrzęki kończyn dolnych. Skarży się na bóle nóg, które utrudniają jej chodzenie.

Dotychczasowy przebieg ciąży bez powikłań.

Ciężarna mieszka z rodzicami, uczy się w liceum handlowym. Uczęszcza nadal do szkoły. W szkole zaakceptowano jej stan i może liczyć na indywidualną pomoc w nauce po porodzie. Ciężarna nie chce rozmawiać o ojcu dziecka. Zaakceptowała swój stan, chce urodzić dziecko, zadaje dużo pytań dotyczących porodu, połogu, opieki nad dzieckiem.

Rodzina:

Matka, lat 41, nie pracuje. Obecnie bezrobotna bez prawa do zasiłku.

Ojciec, lat 43, pracuje jako robotnik budowlany. Utrzymuje rodzinę.

Siostra, lat 15, uczy się w gimnazjum.

Dochody rodziny niskie – okresowo korzystali z pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Warunki mieszkaniowe: 2 pokoje, kuchnia, w starym budownictwie z wygodami.

Rodzina zdrowa, nie podaje żadnych chorób społecznych.

Mieszkanie zadymione dymem papierosowym, oboje rodzice palą. Mieszkanie niewietrzone.

Rodzice nie zaakceptowali ciąży córki, martwią się o warunki, jakie muszą stworzyć dziecku, zwłaszcza przy ich problemach ekonomicznych. Są rozżaleni, odnoszą się do córki niegrzecznie, często złośliwie. Często podkreślają, że nawet nie wiedzą, kto jest ojcem dziecka.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Trudności w chodzeniu spowodowane obrzękami i bólem nóg utrudniają ciężarnej codzienne funkcjonowanie.

#### **Cel opieki:**

Zapobieganie obrzękom i zmniejszenie dolegliwości bólowych.

#### **Planowane działania:**

1. Dokonanie oceny obręzków kończyn dolnych.
2. Dokonanie oceny przebiegu ciąży.
3. Zalecenie częstego odpoczynku – relaks 2 razy dziennie po 30 minut.
4. Przeprowadzenie rozmowy na temat unikania długotrwałego siedzącego trybu życia.
5. Monitorowanie przebiegu ciąży.
6. Zalecenie wizyty kontrolnej u lekarza prowadzącego w przypadku nasilenia się obręzków.
7. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Brak wiedzy ciężarnej na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem może mieć niekorzystny wpływ na najbliższą przyszłość jej i dziecka.

#### **Cel opieki:**

Wyedukowanie ciężarnej.

#### **Planowane działania:**

1. Przekazanie informacji o fizjologii rozwoju ciąży.
2. Omówienie znaczenia prawidłowej higieny i odżywiania dla rozwoju ciąży.
3. Przeprowadzenie rozmowy dotyczącej przebiegu porodu.
4. Zmotywowanie ciężarnej do uczęszczania na zajęcia do szkoły rodzenia.
5. Omówienie przebiegu połogu.
6. Przygotowanie do opieki nad dzieckiem.
7. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Niespodziewana ciąża pogorszyła relacje rodziców z córką, przez co ciężarna czuje się odrzucona.



**Cel opieki:**

Wsparcie pacjentki.

**Planowane działania:**

1. Przeprowadzenie rozmowy z rodzicami ciężarnej.
2. Przeprowadzenie rozmowy z ciężarną dotyczącej przyszłości jej i dziecka.
3. Zmotywowanie rodziny do wspólnych przygotowań do opieki nad dzieckiem.
4. Zorganizowanie wyprawki dla noworodka.
5. Zorganizowanie pomocy instytucjonalnej.
6. Zgłoszenie problemu rodziny do pracownika socjalnego.
7. Inne działania.

**DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Palenie tytoniu przez rodziców może pogorszyć stan zdrowia rodziny.

**Cel opieki:**

Zapobieganie występowaniu chorób odytoniowych.

**Planowane działania:**

1. Edukowanie na temat szkodliwości palenia papierosów.
2. Poinformowanie o wpływie biernego palenia na rozwój ciąży.
3. Przekazanie informacji o dostępnych środkach wspomagających rzucenie palenia papierosów.
4. Zmotywowanie rodziców do palenia papierosów w oddzielnym pomieszczeniu.
5. Dostarczenie materiałów informacyjnych.
6. Przekazanie informacji o możliwości skorzystania z pomocy instytucjonalnej.
7. Inne działania.

**◆ OPIS PRZYPADKU**

Pacjentka, lat 68: po zabiegu operacyjnym – całkowitym usunięciu narządu rodnego z powodu mięśniaków macicy. Wypisana w 6 dobie po zabiegu. Pobyt na oddziale ginekologicznym bez powikłań. Wypisana w stanie ogólnym dobrym.

Od kilkunastu lat leczy się na nadciśnienie i cukrzycę. Jest pod opieką lekarza POZ.

Zgłosiła się do położnej rodzinnej w 8 dobie po zabiegu z powodu bolesności rany pooperacyjnej, zaczerwienienia wokół rany. Rana pooperacyjna lekko sączy, wokół zaczerwienienie i obrzęk.

Pacjentka skarży się na ból podbrzusza. Ma trudności w poruszaniu się. Odchody z dróg rodnych – wydzielina śluzowa w miernej ilości. Higiena osobista niedostateczna. Pacjentka nie radzi sobie z pielęgnacją ciała i rany pooperacyjnej. Odżywia się nieprawidłowo. Nie przestrzega diety chorych na cukrzycę. W czasie wizyty stan ogólny dobry. RR 140/80 mm Hg, tętno 72 ud/min, nie gorączkuje. Poziom glukozy 142 mg%. Zalecone leki przez lekarza POZ przyjmuje. Insulinę podaje sobie sama.

Na kontrolne pomiary poziomu glukozy i ciśnienia krwi przed zabiegiem zgłaszała się do przychodni POZ. Pacjentka przebywa na emeryturze, jest osobą samotną, kilka lat temu zmarł jej mąż. Ma dwoje dorosłych dzieci, które wraz z rodzinami przebywają za granicą. Dotychczas radziła sobie sama. Obecnie po wyjściu ze szpitala korzysta z okresowej pomocy sąsiadów.

Warunki mieszkaniowe – kawalerka w bloku spółdzielczym z wygodami. W mieszkaniu widać nieład. Jest niewietrzona. Posiłki przygotowuje sobie sama. O zakupy prosi sąsiadów.

Warunki ekonomiczne dostateczne – emerytura wystarcza na podstawowe potrzeby i leki.

Pacjentka rozżalona, zaniepokojona swoim stanem zdrowia. Płacze, bo nie radzi sobie w życiu codziennym.

**DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Nieprawidłowe gojenie się rany pooperacyjnej spowodowało ograniczenie w samoopiece, co skutkuje zaniedbaniem higieny osobistej i otoczenia.

**Cel opieki:**

Zapobieganie zakażeniu rany. Pomoc w samoopiece.

**Planowane działania:**

1. Dokonanie oceny rany pooperacyjnej.
2. Wykonanie opatrunku rany pooperacyjnej.
3. Poinstruowanie o sposobie prawidłowego postępowania z raną pooperacyjną.
4. Poinformowanie o skutkach nieprawidłowego gojenia się rany pooperacyjnej.
5. Monitorowanie gojenia się rany.
6. Zmobilizowanie pacjentki do ćwiczeń usprawniających.
7. Wykonanie toalety całego ciała.
8. Wykonanie zmiany bielizny osobistej i pościelowej.
9. Zmotywowanie pacjentki do dbania o higienę otoczenia.
10. Zorganizowanie pomocy sąsiedzkiej.
11. Nawiązanie współpracy z pracownikiem socjalnym.
12. Zorganizowanie pomocy instytucjonalnej.
13. Inne działania.

**DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Zaniedbana samokontrola w cukrzycy i nadciśnieniu może być przyczyną powikłań.

**Cel opieki:**

Zapobieganie pogorszeniu się stanu zdrowia.

**Planowane działania:**

1. Badanie poziomu glukozy systematyczne 2 razy w tygodniu.
2. Monitorowanie RR – 2 razy w tygodniu.
3. Monitorowanie przyjmowania insuliny.
4. Nadzorowanie przyjmowania pozostałych leków zaleconych przez lekarza.
5. Współpracowanie z pielęgniarką rodzinną i lekarzem POZ.
6. Omówienie znaczenia prawidłowego odżywiania się w cukrzycy.
7. Inne działania.

## 4. Pielęgniarstwo w opiece nad przewlekle chorym

Agnieszka Renn-Żurek

---

**◆ OPIS PRZYPADKU**

Rodzina R. składała się z małżonków i dwójki dorosłych dzieci. Rodzice mieszkają wspólnie, dzieci prowadzą samodzielne życie, nie mieszkają z rodzicami.

Pacjentka Anna R., lat 60, od 13 lat choruje na stwardnienie rozsiane. W miarę postępu choroby, jej stan ulega stałemu pogorszeniu.

Obecnie jest osobą leżącą bez możliwości samodzielnego wykonywania jakiejkolwiek czynności, w 100 procentach zależna od pomocy innych osób.

Kontakt słowny z pacjentką jest bardzo utrudniony. Z otoczeniem porozumiewa się za pomocą gestów i pojedynczych sylab. Występują problemy ze słuchem – do pani Anny należy mówić głośno i powoli. Na lewe oko nie widzi.

U pacjentki występują trudności z przełykaniem, należy ją karmić w pozycji półsiedzącej, powoli, pokarmy podawać w postaci półpłynnej.

Występują także problemy z wypróżnianiem – pacjentka cierpi na zaparcia stolca trwające do kilku dni, czasem dochodzi do biegunki z przepełnienia i konieczności wykonania ręcznego wydobycia stolca.

Pacjentka ma założony na stałe cewnik do pęcherza moczowego – okresowo w okolicy krocza występuje świąd i pieczenie.

Skóra czysta, bardzo sucha, na kości krzyżowej niewielka odleżyna w stadium gojenia. Pani Anna leży na materacu zmiennociśnieniowym.

Pacjentka jest smutna, przygnębiona, obojętnie poddaje się czynnościom pielęgnacyjno-higienicznym.

Pani Anna wraz z mężem mieszka w blokach, z windą, w dwupokojowym mieszkaniu. Mąż kilka lat temu przeszedł operację wszczepienia by-pasów, obecnie jest na rencie chorobowej, lecz ze względu na bardzo trudną sytuację materialną musi dorabiać. Pracuje w prywatnej firmie – z domu wychodzi o godz. 7.00 wraca o 16.00.

Pan R. przed wyjściem do pracy przebiera żonę, układa w wygodnej pozycji. Jest bardzo zaangażowany w opiekę nad żoną, chętny do pomocy i współpracy. Mąż sygnalizuje zmęczenie fizyczne i psychiczne, twierdzi, że są chwile kiedy „jest bliski załamania”. Na skutek choroby żony wszyscy znajomi i rodzina odsunęli się od nich a cały ciężar opieki spoczywa na jego barkach. Doskwiera mu uczucie osamotnienia i opuszczenia, zwłaszcza w dni wolne i święta, które od kilku lat spędzają samotnie.

Przed pojawieniem się objawów choroby pani Ania była bardzo aktywną osobą. Przez wiele lat wychowywała dzieci, nie pracując zawodowo, dom był zadbane i pełen życia. W późniejszym okresie pani Ania pracowała jako sekretarka – jak twierdzi „lubiła zadbać o siebie”.

Dzieci – córka mężatka i syn kawaler mieszkają oddzielnie, matkę odwiedzają sporadycznie, nie pomagają.

Na tym tle pomiędzy ojcem i dziećmi dochodzi do konfliktów – ojciec oczekuje pomocy i większego zaangażowania, dzieci unikają kontaktu z chorą matką. Twierdzą, że mają swoje obowiązki, absorbującą pracę, mało czasu. Nawet jeśli pojawiają się w domu nie uczestniczą w procesie pielęgnacji i opieki nad matką.

Do chorej codziennie na 3 godziny (10.00 – 13.00) przychodzi opiekunka społeczna, która robi zakupy, sprząta, karmi pacjentkę.

Mąż przebywa poza domem około 9 godzin, chora przebywa w domu samotnie przez około 6 godzin dziennie.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Długotrwałe unieruchomienie w łóżku uniemożliwia pacjentce zaspokajanie potrzeb życiowych, co stanowi ryzyko powikłań.

#### **Cel opieki:**

Pomoc w zaspokojeniu wszystkich potrzeb życiowych.

#### **Planowane działania:**

1. Wykonanie toalety całego ciała w łóżku 2 razy dziennie.
2. Wykonanie toalety jamy ustnej 2 razy dziennie.
3. Natłuszczanie suchej skóry 1 raz dziennie.
4. Zmianieanie bielizny osobistej i pościelowej wg potrzeb.
5. Stosowanie udogodnień wg potrzeb.
6. Stosowanie środków ochrony skóry po każdym podmyciu.
7. Nacieranie, oklepywanie 2 razy dziennie.
8. Stosowanie elementów gimnastyki oddechowej 2 razy dziennie.
9. Pomaganie w spożywaniu posiłków i płynów – karmienie w pozycji półsiedzącej.
10. Monitorowanie wypróżnień.
11. Stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej.

12. Wykonywanie ćwiczeń biernych kończyn dolnych i górnych.
13. Przestrzeganie terminu wymiany cewników.
14. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Niewydolność opiekuńcza rodziny wynikająca z zaburzonych więzi w rodzinie doprowadza do wielogodzinnego osamotnienia chorej.

#### **Cel opieki:**

Zapewnienie chorej ciągłości w opiece w czasie samotnego pobytu w domu.

#### **Planowane działania:**

1. Objęcie psychoterapią elementarną wszystkich członków rodziny.
2. Zachęcenie dzieci do współpracy w opiece nad chorą.
3. Ustalenie wizyt opiekunki społecznej i pielęgniarki z zastosowaniem godzinowego harmonogramu.
4. Podjęcie z mężem chorej rozmowy na temat metod relaksacji i walki ze stresem.
5. Wskazanie źródeł wsparcia instytucjonalnego.
6. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Chora odczuwa przygnębienie i smutek, gdyż całkowita niepełnosprawność doprowadziła do utraty autonomii i izolacji społecznej.

#### **Cel opieki:**

Poprawa samopoczucia pacjentki.

#### **Planowane działania:**

1. Udzielenie chorej wsparcia psychicznego i duchowego.
2. Zorganizowanie wizyt wolontaryjnych.
3. Zorganizowanie wizyt sąsiedzkich.
4. Umożliwienie chorej bardziej aktywnego uczestniczenia w życiu domowym.
5. Stworzenie możliwości oglądania TV, słuchania radia lub innych środków audio-wizualnych.
6. Inne działania.

#### **◆ OPIS PRZYPADKU**

Rodzina C. składa się z trzech osób – małżeństwa i dorosłego syna.

Pani Bronisława C. ma 68 lat. Jest osobą chorującą od wielu lat na gościec przewlekle postępujący. W związku z tym jest osobą niesprawną fizycznie – ma bardzo zniekształcone stawy kończyn górnych i dolnych, palce u dłoni i stóp, z trudem się porusza i wykonuje najprostsze czynności życia codziennego. Pacjentka nie może samodzielnie wykonać toalety ciała, ubrać się, przygotować i zjeść posiłku.

Pani Bronisława całymi godzinami przesiaduje na taborecie w kuchni wyglądając przez okno i rozmawiając z mężem. Przed rozwojem choroby pani Bronisława była aktywna zawodowo i towarzysko, dlatego też obecna sytuacja i uzależnienie od pomocy osób trzecich, bardzo ją denerwuje i przygnębia.

Na skutek zaburzeń krążenia obwodowego przed dwoma laty na kończynach dolnych powstały owrzodzenia podudzi, które na skutek złej pielęgnacji stały się głębokie, rozległe, z trudem poddające się leczeniu. Pacjentka skarży się na dolegliwości bólowe i uciążliwość związaną z obfitym wysiękiem oraz bezsenność. Owrzodzenia wymagają codziennej pielęgnacji i zmiany opatrunków – obecnie na zlecenie dermatologa pacjentka przykłada na rany maść przygotowywaną w aptece, jednak w ramach oszczędności jako opatrunków używa podartych prześcieradeł.

Pacjentka zajmuje 3-pokojowe mieszkanie, na drugim piętrze, w bloku bez windy. Od wielu miesięcy nie wychodziła na zewnątrz, znajomi także rzadko goszczą w domu pani Bronisławy. Chora czuje się osamotniona, często jest smutna, powtarza że „ma wszystkiego dość”.

Pacjentka mieszka z mężem, który przejął większość obowiązków żony. Mąż robi zakupy, gotuje, pierze i sprząta. Ponadto pomaga żonie w zaspokajaniu potrzeb życiowych, zmianie opatrunków, przemieszczaniu. Głośno wyraża swoje zmęczenie i irytację. Czasem okazuje złość na zaistniałą sytuację, twierdząc że jest to dla niego duże obciążenie fizyczne i psychiczne.

W mieszkaniu przebywa również syn, bezrobotny, nadużywający alkoholu, który nie interesuje się rodzicami. Większą część czasu spędza zamknięty w swoim pokoju, czasem wychodzi z domu na kilka lub kilkanaście godzin i wraca pod wpływem alkoholu. Nie uczestniczy w kosztach utrzymania mieszkania, korzysta z posiłków przygotowanych przez ojca. Państwo C. bardzo irytują się tą sytuacją, często dochodzi na tym tle do konfliktów słownych pomiędzy domownikami.

Sytuacja finansowa rodziny jest trudna (dwie emerytury), wynika z konieczności utrzymania mieszkania, zakupu produktów spożywczych i czystościowych, leków, środków opatrunkowych oraz utrzymania bezrobotnego syna.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Chora ma trudności w zaspokajaniu potrzeb życiowych, gdyż niepełnosprawność znacznie ograniczyła jej agendę samoopieki.

##### **Cel opieki:**

Wzmocnienie agendy samoopieki.

##### **Planowane działania:**

1. Pomaganie pacjentce w wykonywaniu toalety ciała w łazience 2 razy dziennie.
2. Wykonywanie mycia głowy w łazience 2 razy w tygodniu.
3. Wykonanie kąpeli całego ciała w wannie 1 raz w tygodniu.
4. Obcinanie paznokci dłoni i stóp co 2 tygodnie.
5. Pomaganie w zmianie bielizny osobistej 1 raz dziennie.
6. Pomaganie w zmianie bielizny pościelowej.
7. Pomaganie w przemieszczaniu np. do toalety.
8. Zastosowanie pomocniczego sprzętu rehabilitacyjnego.
9. Zastosowanie sprzętu ułatwiającego wykonywanie czynności dnia codziennego.
10. Zastosowanie ćwiczeń poprawiających sprawność manualną.
11. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Niesprawność fizyczna uniemożliwia pacjentce wychodzenie z domu, przez co czuje się osamotniona.

##### **Cel opieki:**

Poprawa samopoczucia pacjentki.

##### **Planowane działania:**

1. Zastosowanie psychoterapii elementarnej.
2. Wprowadzenie elementów terapii zajęciowej.
3. Umożliwienie pacjentce aktywnego uczestniczenia w życiu domowym.
4. Zachęcenie pacjentki do opuszczenia domu.
5. Zorganizowanie sprzętu np. wózka inwalidzkiego z wypożyczalni.
6. Zaangażowanie opiekunki społecznej, sąsiadów, wolontariuszy w opiekę nad pacjentką.
7. Wskazanie źródeł wsparcia instytucjonalnego.
8. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Pacjentka zmęczona i osłabiona, bo konieczność częstej zmiany opatrunków zaburza jej sen i wypoczynek.

##### **Cel opieki:**

Wzmocnienie fizyczne.

**Planowane działania:**

1. Dokonanie oceny rozległości i charakteru zmian.
2. Doprowadzenie do wizyty u dermatologa.
3. Zastosowanie specjalistycznych opatrunków.
4. Nauczenie opiekuna prawidłowej techniki zmiany opatrunków.
5. Monitorowanie skuteczności stosowanych środków pielęgnacyjnych i opatrunkowych.
6. Pomaganie w zmianie opatrunków.
7. Wskazanie pozycji ciała zmniejszającej obrzęk kończyn itp.
8. Zapewnienie komfortowych warunków snu i wypoczynku.
9. Inne działania.

**DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Brak pomocy w opiece nad żoną spowodował przeciążenie obowiązkami domowymi męża, co wywołuje u niego złość i irytację.

**Cel opieki:**

Odciążenie męża pacjentki w opiece.

**Planowane działania:**

1. Objęcie psychoterapią elementarną wszystkich członków rodziny.
2. Zachęcenie syna i ojca do współpracy w opiece nad chorą.
3. Uściślenie współpracy z pielęgniarką rodzinną w celu objęcia opieką syna.
4. Zaangażowanie wolontariuszy.
5. Podjęcie współpracy z opiekunką społeczną.
6. Wskazanie metod relaksacji i sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej.
7. Wskazanie źródeł wsparcia instytucjonalnego.
8. Inne działania.



# Diagnozowanie w procesie pielęgnowania w opiece stacjonarnej

## 1. Pielęgniarstwo zachowawcze

Katarzyna Karwicka

---

### ◆ OPIS PRZYPADKU

Dziecko przyjęte do oddziału w trybie nagłym z domu rodzinnego. Wiek siedem miesięcy. Płeć żeńska. Niemowlę jest trzecim najmłodszym dzieckiem w rodzinie. Najstarsze dziecko – syn lat 4 oraz 6-letnia córka.

Przywiezione karetką pogotowia bez obecności rodziców. W domu opiekowała się dzieckiem babcia. Wstępne rozpoznanie lekarskie: zachłystowe zapalenie płuc. Personel pogotowia przekazał informację, iż ojciec dziecka po powrocie z pracy osobiście skontaktuje się z oddziałem.

W chwili przywiezienia dziecko na oddechu własnym. Oddech przyspieszony, płytki i wilgotny. Widoczna sinica wokół ust i nosa, duszność, wciąganie międzyżebrowe, zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych. W jamie ustnej pleśniawki. Odruch ssania zachowany, dziecko karmione sztucznie. Babcia dziecka poinformowała lekarza pogotowia, że od kiedy dziecko jest pod jej opieką (matka dziecka w szpitalu), podczas karmienia krztusi się i męczy. Często ulewa a nawet wymiotuje po posiłkach.

Napięcie mięśniowe prawidłowe. Ciemiączko zapadnięte.

Moczy się prawidłowo. Skóra sucha, pośladki odparzone, na skórze liczne potówki.

Dziecko jest płaczliwe. Rodzina pełna, składa się z małżeństwa i trójki dzieci. Warunki mieszkaniowe: dwa pokoje z kuchnią w starym budownictwie. Sanitariaty w lokalu. Ojciec pracuje, ma stałą pracę i na nim spoczywa ciężar utrzymania rodziny. Głównym źródłem utrzymania rodziny są dochody ojca. Rodzice nie są zadowoleni z sytuacji finansowej. Według relacji wystarcza na podstawowe zabezpieczenie potrzeb rodziny. Ojciec pali papierosy, nigdy nie próbował rzucić nałogu. Matka dzieci prowadzi dom i sprawuje opiekę nad dziećmi. Aktualnie przebywa w szpitalu i jest po zabiegu operacyjnym.

Obecnie opiekę nad dzieckiem sprawuje ojciec z pomocą babci.

Oboje interesują się dzieckiem i oczekują na informacje o jego stanie zdrowia od personelu medycznego. W rodzinie nie występowały alergie. Obecnie ojciec rodziny obciążony nadmierną ilością obowiązków. Jest przerażony jak poradzi sobie w zaistniałej sytuacji. Jest nerwowy, reaguje impulsywnie.

W izbie przyjęć wykonano następujące czynności:

- odessano wydzielinę z górnych dróg oddechowych,
- zmierzono temperaturę 38,2°C oraz tętno 140 ud/min,
- podano tlen do oddychania,
- pobrano materiał do badań biochemicznych,
- założono obwodową kaniulę i podano na zlecenie lekarza leki.

### DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:

Hospitalizacja matki pozbawiła niemowlę prawidłowej opieki, co doprowadziło do pogorszenia jego stanu zdrowia i zaniedbań higienicznych.



**Cel opieki:**

Zapewnienie prawidłowej pielęgnacji dziecka.

**Planowane działania:**

1. Wykonywanie toalety krocza i pośladków – minimum 3 razy w ciągu dyżuru.
2. Kąpanie dziecka 3 razy w trakcie dyżuru i w razie potrzeby.
3. Ubieranie dziecka odpowiednio do temperatury otoczenia.
4. Kontrolowanie parametrów życiowych – 2 razy na dobę.
5. Dopajanie.
6. Omówienie z opiekunami znaczenia czystości skóry dla zdrowia i rozwoju dziecka.
7. Nauczenie opiekunów prawidłowej techniki kąpieli.
8. Omówienie znaczenia prawidłowego żywienia niemowlęcia.
9. Nauczenie prawidłowej techniki karmienia.
10. Inne działania.

**DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Ojciec dziecka rozdrażniony, bo nie radzi sobie z nadmierną ilością obowiązków spowodowanych chorobą żony i dziecka.

**Cel opieki:**

Wsparcie ojca.

**Planowane działania:**

1. Zapewnienie ojcu nieograniczonego kontaktu z dzieckiem.
2. Informowanie opiekunów o planowanych i podejmowanych działaniach pielęgnacyjnych.
3. Przeprowadzenie rozmowy uspokajającej.
4. Przekazanie materiałów dydaktycznych z zakresu radzenia sobie w sytuacji trudnej.
5. Udzielenie porady w zakresie prawidłowej organizacji dnia codziennego.
6. Inne działania.

**◆ OPIS PRZYPADKU**

Pacjentka, lat 48, zgłosiła się do izby przyjęć szpitala z bardzo silnym bólem głowy i uczuciem nudności. Ciśnienie zmierzone na izbie przyjęć wynosiło 190/100 mm Hg. Zdecydowano o hospitalizacji pacjentki w celu dalszej diagnostyki i leczenia z wstępnym rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego.

Jak twierdzi pacjentka, to będzie jej pierwsza hospitalizacja. Swoje zdrowie określa jako bardzo dobre i zdziwiona jest wysokim ciśnieniem oraz koniecznością pozostania w szpitalu. Kobieta przyznaje, że do lekarza chodziła bardzo rzadko. Ma widoczną nadwagę. Pali papierosy w dużych ilościach do dwóch paczek dziennie. Kilkakrotnie próbowała rzucić palenie, bez rezultatu. Pozostali domownicy nie palą. Pacjentka przyznaje, iż w chwilach stresu i zmęczenia sięga po alkohol. Jest praktykującą katoliczką.

U pacjentki widać przygnębienie z powodu wstępnego rozpoznania oraz konieczności pozostania w szpitalu. Mieszka z rodziną w bloku na trzecim piętrze bez windy. Mieszkanie składa się z dwóch pokoi i kuchni. Mieszkanie nie jest przystosowane dla osoby niepełnosprawnej.

W domu pozostawiła męża (lat 50) oraz syna w wieku 22 lat. Mąż po przebytym udarze, wymagający opieki i wsparcia osób trzecich, ponieważ ma niedowład połowiczny. Większość obowiązków opiekuńczych spoczywa na barkach pacjentki. Syn zdrowy, studiuje na wydziale prawa. Jest obciążony zajęciami. Ojcem zajmuje się sporadycznie.

W izbie przyjęć wykonano następujące czynności:

- wykonano pomiary: waga 80 kg, wzrost 164 cm,
- podano leki wg zlecenia lekarskiego,
- założono kaniulę obwodową,
- pobrano materiał do badań diagnostycznych.



#### DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:

Pacjentka zaniepokojona koniecznością hospitalizacji, bo ta uniemożliwia jej sprawowanie opieki nad chorym mężem.

#### Cel opieki:

Uspokojenie pacjentki.

#### Planowane działania:

1. Zdiagnozowanie wydolności opiekuńczej rodziny.
2. Zaproponowanie pacjentce pomocy instytucjonalnej w opiece nad chorym mężem.
3. Skontaktowanie syna z pielęgniarką rodzinną.
4. Przeprowadzenie rozmowy terapeutycznej.
5. Umożliwienie zaspokajania potrzeb duchowych.
6. Inne działania.

#### DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:

Choroba męża i zła sytuacja finansowa powodują, że pacjentka nie radzi sobie w trudnych sytuacjach, przez co sięga po używki.

#### Cel opieki:

Wsparcie pacjentki.

#### Planowane działania:

1. Uświadomienie pacjentki, że dotychczasowy tryb życia przyczynił się do obecnej sytuacji zdrowotnej.
2. Omówienie znaczenia prawidłowego żywienia.
3. Przekazanie pacjentce przykładowych jadłospisów.
4. Omówienie znaczenia aktywności fizycznej.
5. Wskazanie dozwolonych form aktywności fizycznej.
6. Zmotywowanie do systematycznej kontroli masy ciała.
7. Przekazanie informacji na temat higieny snu i wypoczynku.
8. Przekazanie informacji na temat szkodliwości palenia tytoniu.
9. Przekazanie informacji na temat szkodliwości picia alkoholu.
10. Inne działania.

Luiza Koziara

---

#### ◆ OPIS PRZYPADKU

Pan P.D. 1,5 roku temu z powodu nasilonej chrypy i zaburzeń połykania zgłosił się do lekarza rodzinnego. Lekarz po wstępnych badaniach skierował pacjenta do szpitala, gdzie rozpoznano nowotwór tarczycy z przerzutami do płuca lewego. Przeprowadzono zabieg operacyjny. Po trzech miesiącach od rozpoznania choroby pacjent miał wykonaną radioterapię i chemioterapię.

Pan P.D. od dwóch tygodni ma trudności z oddychaniem przy najmniejszym wysiłku, występują duże zalegania wydzieliny w drogach oddechowych oraz stany podgorączkowe do 37,8°C. Żona zauważyła, że pan P.D. ma trudności z połykaniem, skarżąc się na ból w jamie ustnej, przez co nie chce przyjmować pokarmów i płynów. Objawy te utrzymywały się przez następnych kilka dni z nasilającym brakiem łaknienia i osłabieniem. Ponieważ stan pana P.D. z dnia na dzień pogarszał się, żona postanowiła zgłosić się z chorym do izby przyjęć. W izbie przyjęć:

- wykonano podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, elektrolity, kreatynina, cukier),
- wykonano pomiary podstawowych parametrów życiowych (tętno: 42 ud./min., RR: 70/40 mm Hg),
- wykonano EKG,

- założono kaniulę dożylną,
- podłączono płyny dożylne.

Pacjenta przyjęto na oddział chorób wewnętrznych z nasiloną dusznością spoczynkową. Pacjent jest okresowo pobudzony, niespokojny, chwilami nielogiczny (odkręca krany, zdejmuje lustro ze ściany, błądzi po oddziale, kładzie się na sąsiednie łóżka).

Pacjent ma założoną rurkę tracheostomijną. Występują u niego duże zalegania wydzieliny w drogach oddechowych, wskutek czego zgłasza trudności w mówieniu i oddychaniu. Pacjent jest wychudzony, osłabiony, porusza się chwiejnym krokiem i z trudem. Skóra jest blado-woskowa, odwodniona, mało elastyczna. Błona śluzowa jamy ustnej jest zaczerwieniona, popękana oraz wysuszona. Chory nie chce przyjmować płynów doustnych, pokarmów miksowanych ani leków, ponieważ skarży się na ból jamy ustnej. Samodzielnie nie wykonuje toalety ciała oraz ma trudności z wykonywaniem mycia i pielęgnacji rurki tracheostomijnej. Pacjent bez zmian odleżynowych, wymagający pomocy w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych.

Podstawowe parametry na oddziale: temperatura 37,3°C, RR 85/40 mm Hg, tętno 42 ud./min., oddech 35 na minutę.

Pomiary antropometryczne: wzrost: 168 cm, masa ciała: 42 kg.

Informacje od żony pacjenta:

Pan P. D., lat 42: mieszka w mieście z żoną i dwojgiem dzieci. Mieszkanie w blokach składa się z 3 pokoi i kuchni, gdzie są zapewnione wszystkie udogodnienia (woda, światło, ogrzewanie). Dzieci pana P. D. są wieku szkolnym, żona pracuje zawodowo jako księgowa w firmie prywatnej. Pan P. D. był wcześniej bardzo aktywny zawodowo, pracował jako spawacz. Po redukcji stanowisk pracy został zwolniony. Następnie prowadził działalność gospodarczą (kiosk ruchu).

Pan P. D. prowadził niezdrowy tryb życia (palił papierosy – około jednej paczki dziennie). Rodzina ma problemy w zapewnieniu prawidłowej pielęgnacji rurki tracheostomijnej, gdyż do tej pory tą pielęgnację wykonywał sam pacjent. Praca zawodowa żony utrudnia całodobową opiekę nad pacjentem.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Pacjent pobudzony, niespokojny, bo zalegająca wydzielina w rurce tracheostomijnej utrudnia mu oddychanie.

#### **Cel opieki:**

Ułatwienie oddychania.

#### **Planowane działania:**

1. Układanie chorego w wygodnej pozycji (wysokiej, półwysokiej).
2. Stosowanie udogodnień (poduszki, wałek) itd.
3. Odsysanie wydzieliny 3 – 4 razy dziennie.
4. Zapewnianie prawidłowego mikroklimatu sali (wietrzenie, nawilżanie, utrzymanie temperatury).
5. Nacieranie pleców spirytusem 2 – 4 razy dziennie.
6. Podawanie pacjentowi miski nerkowatej oraz ligniny.
7. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Wyniszczenie organizmu ogranicza sprawność fizyczną pacjenta, przez co nie jest w stanie zaspokoić swoich potrzeb.

#### **Cel opieki:**

Zapewnienie bezpieczeństwa i pomoc w zaspokojeniu potrzeb.

#### **Planowane działania:**

1. Wykonywanie toalety 2 razy dziennie.
2. Zmienianie bielizny pościelowej 1 razy dziennie.
3. Zakładanie pampersa 2 razy dziennie.

4. Ścielenie łóżka 2 razy dziennie.
5. Zmienianie i zapewnianie wygodnej pozycji co 2 – 4 godziny.
6. Wykonywanie toalety jamy ustnej 2 razy dziennie.
7. Podawanie przegotowanej wody lub z dodatkiem środka antyseptycznego do płukania jamy ustnej 4 – 5 razy dziennie.
8. Pouczanie pacjenta o konieczności częstego płukania jamy ustnej.
9. Nawilżanie, natłuszczenie błon śluzowych jamy ustnej 2 – 4 razy dziennie.
10. Podawanie pokarmów i płynów 3 razy dziennie.
11. Asekurowanie pacjenta podczas wstawania z łóżka.
12. Zabezpieczenie łóżka chorego drabinkami.
13. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Pacjent ma trudności w porozumiewaniu się z otoczeniem, gdyż rurka tracheostomijna ogranicza mu mówienie.

#### **Cel opieki:**

Ułatwienie pacjentowi komunikacji.

#### **Planowane działania:**

1. Poinstruowanie pacjenta o sposobie mówienia przez rurkę tracheostomijną.
2. Wskazanie innych metod komunikowania się.
3. Dostarczenie pacjentowi prasy, książek.
4. Stosowanie u pacjenta muzyki uspakajającej lub aktywizującej.
5. Informowanie chorego o wszystkich zabiegach.
6. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Brak wiedzy rodziny na temat pielęgnacji rurki tracheostomijnej może doprowadzić do powikłań u pacjenta.

#### **Cel opieki:**

Zapobieganie powikłaniom.

#### **Planowane działania:**

1. Omówienie wskazań założenia rurki tracheostomijnej.
2. Przekazanie informacji dotyczącej powikłań z założonej rurki tracheostomijnej.
3. Przekazanie informacji dotyczących prawidłowych zasad pielęgnacji rurki tracheostomijnej.
4. Nauczenie rodziny podstawowych zasad pielęgnacji rurki tracheostomijnej.
5. Przeprowadzenie instruktażu dotyczącego sposobu umocowywania rurki tracheostomijnej wokół szyi.
6. Monitorowanie rodziny z zakresu pielęgnacji rurki tracheostomijnej.
7. Nauczenie rodziny zabiegów wspomagających ewakuację wydzieliny w zalegającej rurce tracheostomijnej.
8. Edukowanie rodziny w kierunku prawidłowego postępowania z odkrztuszoną wydzieliną.
9. Inne działania.

#### **◆ OPIS PRZYPADKU**

Kilka dni temu pani F. J. wstając z łóżka z zamiarem udania się do ubikacji, upadła i nie była w stanie podnieść się z podłogi. Leżała tam dopóki nie pojawił się jej wnuczek, który zaniepokojony faktem, że babcia nie odbiera telefonu, udał się do jej domu. Wnuczek znalazł panią F. J. półprzytomną i bardzo wyziębioną, gdyż była tylko w nocnej koszuli. Szybko wezwał pogotowie ratunkowe.

W izbie przyjęć:

- wykonano podstawowe badania laboratoryjne (poziom cukru powyżej 650 mg%),
- wykonano pomiary podstawowych parametrów życiowych: tętno 145 ud./min., RR 70/40 mm Hg,

- założono kaniulę dożylną,
- podano leki dożylnie.

Pacjentkę przewieziono na salę intensywnego nadzoru w oddziale chorób wewnętrznych. Pacjentka nadal w stanie zamroczenia, z przyśpieszonym, pogłębionym oddechem o charakterystycznym zapachu acetonu. Tętno przyspieszone do 140 uderzeń na minutę, niskie wartości RR 75/40 mm Hg oraz temperatura 38,3°C. Analiza moczu wykazała obecność glukozy i związków ketonowych.

Pacjentka nie przyjmuje samodzielnie płynów, pokarmów oraz nie zmienia pozycji łożeniowej.

Pani F. J. jest osobą z dużą nadwagą (67 kg przy wzroście 164 cm, BMI = 41,8) poruszającą się za pomocą laski.

Rodzina ma problemy z zapewnieniem opieki nad panią F. J. w godz. od 7.00 do 16.00. Syn prosi o pogłębienie wiedzy dotyczącej choroby matki. Pani F. J., lat 84, jest osobą samotną, od 5 lat wdową mieszkającą na wsi. Ma dwóch żonatych synów oraz dwoje wnucząt, którzy mieszkają niedaleko niej. Dzieci nie odwiedzają matki systematycznie, najczęściej są u niej w weekendy.

Pani F. J. zamieszkuje zbyt duży jak na jej potrzeby dom, który wymaga remontu.

Z wywiadu uzyskanego od wnuczka wiemy, że pani F. J. od 15 lat choruje na cukrzycę. Jest pod stałą opieką poradni ogólnej. Zlecone leki przyjmowała niesystematycznie. Słaby wzrok oraz problemy manualne utrudniały jej obsługę wstrzykiwacza (brak systematycznego przyjmowania dawki insuliny).

Wnuczek przekazał nam też, że pacjentka nie stosowała diety, zaniedbywała podstawowe zasady samokontroli. Także w ostatnich dniach pacjentka skarżyła się na bóle głowy i brzucha oraz na ogólne osłabienie, nadmierne pragnienie, częste oddawanie moczu.

Pacjentka wcześniej zgłaszała problem rodzinie, że nie może sobie poradzić z podstawowymi czynnościami domowymi (utrzymanie porządku w domu, zadbanie o higienę osobistą, problemy z poruszaniem się).

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA**

Stan zamroczenia unieruchomił pacjentkę w łóżku, przez co nie może zapewnić podstawowych potrzeb.

##### **Cel opieki:**

Zaspokojenie potrzeb.

##### **Planowane działania:**

1. Wykonanie toalety ciała 2 razy dziennie.
2. Zmienianie bielizny pościelowej i osobistej 2 razy dziennie.
3. Słanie łóżka 2 razy dziennie.
4. Zmienianie chorej pozycji co 2 – 4 godziny.
5. Stosowanie udogodnień (wałek, poduszka, krążki).
6. Wykonanie toalety jamy ustnej 2 razy dziennie.
7. Nawilżanie, natłuszczenie jamy ustnej 2 – 4 razy dziennie.
8. Wykonywanie toalety krocza, cewnika i odbytu.
9. Zakładanie pampersa 2 razy dziennie.
10. Kontrolowanie ilości wypróżnień.
11. Natłuszczenie i nawilżanie całej skóry oraz pośladków 2 – 4 razy dziennie.
12. Karmienie i pojenie chorej strzykawką przez zgłębnik żołądkowy.
13. Nacieranie i oklepywanie klatki piersiowej 2 – 4 razy dziennie.
14. Zapewnianie prawidłowego mikroklimatu sali (wietrzenie, utrzymanie wilgotności, utrzymanie temperatury).
15. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Brak wiedzy rodziny na temat cukrzycy może doprowadzić do kolejnych powikłań u pacjentki.

##### **Cel opieki:**

Zapobieganie powikłaniom.

### Planowane działania:

1. Przekazanie rodzinie informacji na temat objawów, powikłań oraz zasad postępowania w stanach nagłych w cukrzycy.
2. Dostarczenie rodzinie informacji z zakresu samokontroli i zasad żywienia.
3. Przedstawienie techniki wstrzyknięć insuliny.
4. Monitorowanie rodziny z zakresu prawidłowości wykonywania iniekcji.
5. Przeprowadzenie instruktażu rodzinie z zakresu obsługi glukometru i interpretowania wyników.
6. Monitorowanie rodziny z zakresu obsługi glukometru i interpretowania wyników poziomu cukru.
7. Przeprowadzenie pokazu techniki pomiaru ciśnienia tętniczego, tętna i interpretowania wyników.
8. Monitorowanie rodziny z zakresu pomiaru ciśnienia tętniczego i tętna.
9. Nauczenie rodziny prawidłowej pielęgnacji całego ciała i stóp.
10. Nauczenie rodziny sposobów wspierania chorego w chorobie.
11. Dostarczenie rodzinie książek, ulotek z zakresu cukrzycy.
12. Wskazanie konieczności kontaktu rodziny z pielęgniarką rodzinną i z pracownikiem socjalnym.
13. Inne działania.

## 2. Pielęgniarstwo zabiegowe

Joanna Lewandowska

---

### ◆ OPIS PRZYPADKU

Nazwisko i imię, wiek: A. B., lat 50

Rozpoznanie lekarskie: rak odbytnicy.

Pacjent przyjęty do szpitala planowo. Od miesiąca diagnozowany i leczony w poradni proktologicznej. Do lekarza zgłosił się pod naciskiem żony, sam niechętnie korzysta z usług służby zdrowia. Uważał się za człowieka zdrowego i nie kontrolował systematycznie swojego zdrowia.

Kłopoty z wypróżnieniem bagatelizował do chwili gdy w stolcu pokazała się krew. Obecnie najbardziej dokuczają mu wzdęcia i zaparcia. Stolec oddaje co 4 - 5 dni, twarde, cienki zawsze z dużym wysiłkiem. Uczucie pełności w brzuchu powoduje brak łaknienia. Dotychczas pacjent radził sobie stosując coraz większe dawki środków przeczyszczających. Nie stosował żadnej diety, jadł to co lubi. Przeważały potrawy mięsne, pieczone, grillowane, dobrze przyprawione. Jadał mało owoców i warzyw.

Nie lubi pić wody mineralnej, wypija dziennie kilka filiżanek kawy. Nigdy nie palił nałogowo, alkohol pije okazjonalnie. Pacjent nie wyobraża sobie, że będzie musiał zmienić swój sposób odżywiania.

Pacjent jest osobą aktywną, w pełni samodzielną. Dba o kondycję fizyczną, lubi ruch. Dużą wagę przywiązuje do wyglądu własnej sylwetki, ciała, sprawności i wrażeń cielesnych, dlatego nie może pogodzić się z czekającym go okaleczeniem.

Dla pacjenta bardzo ważną sprawą jest aktywność seksualna, jak podaje, nie mógłby pogodzić się z dysfunkcją w tym zakresie.

Od momentu rozpoznania choroby pacjent ma problemy ze snem, bo jak mówi „ma nad czym myśleć”, dlatego jest niewyspany i zmęczony. Pacjent jest świadomy sytuacji, w jakiej się znalazł, ale nie może się z nią pogodzić. Jest zły, ale swojej złości nie kieruje do konkretnych osób. Czuje się oszukany przez los. Nie jest w stanie zaakceptować swojego wyglądu po zabiegu operacyjnym, obawia się, że będzie czuł do siebie wstręt, boi się reakcji żony i znajomych. Odczuwa również strach przed samą operacją, boi się bólu, bo nie ma w tym zakresie żadnych doświadczeń i nie zna swoich możliwości.

Pacjent zdenerwowany, reaguje na błahe rzeczy rozdrażnieniem, mówi głośno, czasami podniesionym tonem. Ma świadomość swojego zachowania – często przeprasza.

Pacjent jest żonaty po raz drugi, pierwsza żona zmarła, obecna jest młodsza o 15 lat. Ma córkę, zamężną, samodzielną. Stosunki w rodzinie układają się dobrze. Największym zmartwieniem pacjenta są przyszłe stosunki z żoną. Boi się, że żona nie zaakceptuje jego wyglądu, kalectwa i że ucierpi na tym ich życie intymne a może i małżeństwo. Boi się rozmawiać o tym z żoną.

Pacjent w szpitalu jest po raz pierwszy, dlatego czuje się zagubiony i dezorientowany. Ma świadomość diagnozy, ale wiedza na temat schorzenia jest bardzo pobieżna. Czuje potrzebę informacji, łatwo nawiązuje kontakt, jest jego inicjatorem. Posługuje się bogatym słownictwem, rozumie pojęcia, którymi posługuje się personel. Dobre możliwości w zakresie rozumienia, zapamiętywania, sprawność manualna i pozytywny stosunek do personelu ułatwią proces edukacyjny.

Jest aktywny zawodowo, prowadzi własną działalność. Obecna sytuacja nie pozwala na bezpośredni udział w zarządzaniu firmą. Martwi to pacjenta, bo taki stan może przyczynić się do pogorszenia jej kondycji. Swoją sytuację materialną określa jako bardzo dobrą.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Decyzja o wyłonieniu stomii wzbudza u pacjenta lęk o przyszłe rokowanie a to jest przyczyną jego chwiejności emocjonalnej.

#### **Cel opieki:**

Właściwe przygotowanie psychiczne i fizyczne do zabiegu operacyjnego.

#### **Planowane działania:**

1. Poinformowanie pacjenta o planie działań pielęgniarских przygotowujących bezpośrednio do operacji.
2. Przekonanie pacjenta o konieczności prowadzonych przygotowań i dokładnego wykonania zaleceń.
3. Pozyskanie pacjenta do współpracy.
4. Przygotowanie fizyczne do zabiegu:
  - a) uzasadnienie zastosowania diety płynnej,
  - b) przygotowanie przewodu pokarmowego – instrukcja picia płynu czyszczącego,
  - c) przygotowanie pola operacyjnego (kąpiel, golenie),
  - d) wyznaczenie miejsca stomii (przez pielęgniarkę stomijną z certyfikatem).
5. Zapewnienie warunków do odpoczynku i snu.
6. Stworzenie życzliwej atmosfery.
7. Umożliwienie kontaktu z innymi pacjentami po operacji.
8. Umożliwienie kontaktu z psychologiem.
9. Umożliwienie nieograniczonego kontaktu z żoną.
10. Zapewnienie warunków intymności podczas rozmów z lekarzem, psychologiem, żoną.
11. Poinformowanie o sposobach zapewnienia komfortu i bezpieczeństwa w okresie pooperacyjnym.
12. Poinformowanie pacjenta o standardowych działaniach pielęgniarских po zabiegu operacyjnym.
13. Nauczenie pacjenta przed zabiegiem operacyjnym wszystkich ćwiczeń jakie będzie musiał wykonać po operacji.
14. Poinformowanie żony pacjenta o planie dnia i możliwościach kontaktu.
15. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:**

Rana pooperacyjna stanowi zagrożenie zakażenia organizmu.

#### **Cel opieki:**

Zapobieganie zakażeniu.

#### **Planowane działania:**

1. Obserwowanie stanu ogólnego pacjenta.
2. Obserwowanie rany pooperacyjnej.

3. Obserwowanie drenażu co do ilości i charakteru wycieku.
4. Zmiana opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki.
5. Monitorowanie bólu.
6. Zapewnienie wygody i usunięcie czynników nasilających ból.
7. Zmiana bielizny pościelowej i osobistej.
8. Obserwowanie perystaltyki jelit.
9. Obserwowanie stomii i skóry wokół wyłoniętego jelita.
10. Zmienianie worka stomijnego.
11. Pielęgnowanie skóry wokół stomii.
12. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Rozległość zabiegu operacyjnego ograniczyła pacjentowi agendę samoopieki, co stanowi zagrożenie wystąpienia powikłań.

#### **Cel opieki:**

Zapobieganie powikłaniom.

#### **Planowane działania:**

1. Przebywanie przy pacjencie w pierwszych godzinach po zabiegu operacyjnym.
2. Ułożenie pacjenta w pozycji bezpiecznej.
3. Zapewnienie pomocy w przypadku wymiotów.
4. Prowadzenie rehabilitacji oddechowej wg standardu w oddziale.
5. Zapewnienie właściwego mikroklimatu.
6. Stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej i przeciwodleżynowej wg standardu obowiązującego w oddziale.
7. Wczesne uruchamianie.
8. Prowadzenie bilansu płynów.
9. Wykonywanie toalety całego ciała, później pomoc w czynnościach higienicznych.
10. Wykonywanie toalety jamy ustnej.
11. Zniwelowanie uczucia suchości jamy ustnej poprzez jej nawilżanie.
12. Zapewnienie warunków do snu i odpoczynku.
13. Monitorowanie stopniowo rozszerzonej diety.
14. Zwiększanie zakresu czynności związanych z samoobsługą.
15. Określenie zapotrzebowania na wsparcie (psycholog, ksiądz, inne osoby).
16. Stworzenie atmosfery bezpieczeństwa.
17. Zachęcanie do wyrażania wątpliwości i pytań.
18. Prowadzenie rozmów na temat życia ze stomią.
19. Mobilizowanie do aktywnego współdziałania w procesie terapii.
20. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA**

Pacjent obawia się o trwałość związku z żoną, bo stomia stanowi zagrożenie dla jego aktywności seksualnej.

#### **Cel opieki:**

Wsparcie pacjenta.

#### **Planowane działania:**

1. Zapewnienie pełnej informacji przed operacją pacjentowi jak i jego żonie czym jest stomia, jaki może mieć wpływ, szczególnie w pierwszym okresie po operacji, na seksualność i jakie są możliwości leczenia dysfunkcji seksualnych.
2. Zachęcanie pacjenta i jego żony do rozmów na ten temat.
3. Zapewnienie atmosfery intymności i spokoju.
4. Dobranie i stworzenie możliwości zaopatrzenia we właściwy sprzęt stomijny.



5. Informowanie partnerów o innych formach kontaktów seksualnych zapobiegających wygaszeniu popędu seksualnego.
6. Udzielenie informacji o stowarzyszeniach dla chorych ze stomią.
7. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Niepewność o przyszłość wynikająca z braku wiedzy i umiejętności na temat życia ze stomią powoduje, że pacjent obawia się powrotu do domu.

##### **Cel opieki:**

Uzupełnienie wiedzy.

##### **Planowane działania:**

1. Zapoznanie pacjenta z:
  - a) zasadami pielęgnacji stomii, regulacji wypróżnień (broszury, ulotki), odżywiania (konsultacja dietetyka),
  - b) sposobami przeciwdziałania przykremu zapachowi i głośnemu odchodzeniu gazów,
  - c) sprzętem stomijnym (wykaz, zasady refundacji).
2. Nauczenie samodzielnej zmiany worka stomijnego i utrwalanie techniki pielęgnacji skóry.
3. Przygotowanie żony pacjenta do współdziałania w opiece.
4. Nauczenie przeprowadzania irygacji.
5. Prowadzenie rozmowy o najczęściej pojawiających się problemach pacjentów ze stomią.
6. Udzielenie pełnej informacji na temat towarzyszącej opieki nad chorymi ze stomią.
7. Inne działania.

#### **◆ OPIS PRZYPADKU**

Nazwisko i imię, wiek: C. D., lat 25

Rozpoznanie lekarskie: Złamanie zamknięte kości udowej.

Pacjent przyjęty w trybie nagłym do szpitalnego oddziału ratunkowego. Uraz nastąpił podczas prac na budowie. Pacjent został uderzony rurą podczas demontażu rusztowania. Przywieziony karetką. Nie posiada dokumentów. Złamana kończyna ustabilizowana przy użyciu szyny unieruchamiającej. W miejscu uderzenia duży krwiak i obrzęk. Pacjent cierpiący, boi się zmienić pozycję, gdyż każdy ruch nasila ból złamanej kończyny. U pacjenta będzie wykonany zabieg operacyjny zespolenia uda płytą kątową.

Pacjent zaniepokojony, zdezorientowany. Boi się kalectwa i zabiegu operacyjnego. Ma wiele wątpliwości dotyczących znieczulenia zewnątrzoponowego.

Do szpitala trafił brudny, w roboczym kombinezonie.

Pacjent mieszka z rodzicami, z którymi udało się skontaktować.

Dotychczas nigdy poważnie nie chorował, to pierwszy pobyt w szpitalu.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Zagrożenie kalectwem z powodu złamania kończyny wywołuje u pacjenta strach przed zabiegiem operacyjnym.

##### **Cel opieki:**

Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

##### **Planowane działania:**

1. Informowanie na bieżąco o podejmowanych działaniach pielęgniarstkich przygotowujących do zabiegu operacyjnego.
2. Przekonanie pacjenta o konieczności podjętych przygotowań.
3. Zachęcanie do wyrażania wątpliwości i pytań.
4. Zachęcanie do współpracy w całym procesie terapii.
5. Przygotowanie pola operacyjnego (toaleta ciała).
6. Poinformowanie o zapewnieniu komfortu i bezpieczeństwa po zabiegu operacyjnym.



7. Zapewnienie życzliwej atmosfery.
8. Poinformowanie lekarza o obawach pacjenta.
9. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Rana pooperacyjna stanowi zagrożenie zakażenia organizmu.

##### **Cel opieki:**

Zapobieganie zakażeniu.

##### **Planowane działania:**

1. Obserwowanie stanu ogólnego pacjenta.
2. Obserwowanie opatrunku na ranie pooperacyjnej.
3. Obserwowanie drenażu co do ilości i charakteru wycieku.
4. Zmienianie opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki.
5. Monitorowanie bólu.
6. Zapewnienie wygody i usunięcie czynników nasilających ból.
7. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA**

Pacjent ma trudności w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych, ponieważ zabieg operacyjny ograniczył jego agendę samoopieki.

##### **Cel opieki:**

Pomoc w zaspakajaniu potrzeb.

##### **Planowane działania:**

1. Wykonanie toalety całego ciała, później pomoc w czynnościach higienicznych.
2. Zniwelowanie uczucia suchości jamy ustnej – okres 2 godzin po zabiegu.
3. Podawanie płynów do picia – po 2 godzinach.
4. Pomaganie w wykonaniu toalety jamy ustnej.
5. Pomaganie w załatwianiu potrzeb fizjologicznych (basen, kaczka, później przewiezienie do toalety).
6. Pomaganie w przygotowaniu i spożywaniu posiłków.
7. Zapewnienie warunków do snu i odpoczynku.
8. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Nieprzestrzeganie zasad uruchamiania może wydłużyć okres rekonwalescencji.

##### **Cel opieki:**

Zapewnienie prawidłowego przebiegu zdrowienia.

##### **Planowane działania:**

1. Ułożenie pacjenta w pozycji płaskiej na jedną dobę.
2. Ułożenie operowanej kończyny w odwiedzeniu z derotatorem.
3. Ułożenie wałka między kończynami.
4. Okresowe stosowanie wałka pod kolano.
5. Stopniowe uruchamianie:
  - a) druga doba – siadanie w łóżku,
  - b) trzecia doba – siadanie w łóżku ze spuszczonej nogami,
  - c) czwarta doba i dalsze – stawanie przy łóżku bez obciążenia operowanej nogi, nauka chodzenia o kulach łokciowych.
6. Przekazanie pacjentowi wszystkich zaleceń na piśmie.
7. Dostarczenie informacji dotyczących zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny.
8. Inne działania.

### 3. Pielęgniarstwo położniczo-ginekologiczne

Bożena Pawłowska

---

#### ◆ OPIS PRZYPADKU

Położnica, lat 24: w 3 dobie po porodzie fizjologicznym z nacięciem krocza (urodziła pierwsze dziecko). Samodzielna w zaspokajaniu czynności dnia codziennego. Wykazuje się umiejętnościami w opiece nad noworodkiem. Uczęszczała na zajęcia w szkole rodzenia. Dziecko karmi piersią, technika karmienia prawidłowa. Aktualnie zgłasza obrzmienie i bolesność obu piersi, dziecko nie chce ssać. Położnica jest spocowana, jest jej zimno, jest zdenerwowana i płacziwa, przestraszona zaistniałą sytuacją. Noworodek – niespokojny, płacze.

Parametry ogólne: temperatura ciała: 38°C, tętno: 86 ud./min.

Parametry położnicze:

- piersi obrzmiałe, bardzo tkliwe, brodawki wykształcone, suche,
- dno macicy na wysokości dwóch palców poniżej pępka,
- odchody z dróg rodnych krwiste w miernej ilości,
- rana krocza goi się dobrze.

#### DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:

Położnica jest zdenerwowana i płacziwa, bo nawet pokarmu utrudnia jej karmienie noworodka.

#### Cel opieki:

Zlikwidowanie nawału pokarmu.

#### Planowanie działania:

1. Przeprowadzenie rozmowy wyjaśniającej powikłania połogu.
2. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych.
3. Zastosowanie okładów na piersi.
4. Wykonanie masażu piersi.
5. Przeprowadzenie ręcznego odciągania pokarmu.
6. Nauczenie położnicy ręcznego odciągania pokarmu.
7. Pomaganie położnicy w przystawianiu noworodka do piersi.
8. Zapewnienie podaży ciepłych płynów.
9. Zmianienie bielizny osobistej i pościelowej w razie potrzeby.
10. Dodatkowe okrycie pacjentki.
11. Pośrednie wietrzenie pomieszczenia.
12. Umożliwienie pacjentce kontaktu z rodziną.
13. Wzmocnienie agendy samoopieki.
14. Inne działania.

#### ◆ OPIS PRZYPADKU

Noworodek płci męskiej, w trzeciej dobie życia: urodzony siłami natury w 40 tygodniu ciąży. Masa ciała przy urodzeniu 3560 g, długość ciała 57 cm, Apg 9. Karmiony piersią. Matka, lat 32, świadomie podjęła decyzję o karmieniu naturalnym, uczęszczała na zajęcia w szkole rodzenia razem z mężem. Posiada wiedzę na temat pielęgnacji noworodka. Dziecko pierwsze w rodzinie.

Noworodek przebywa na sali wspólnie z matką. Powłoki skórne zażółcone. Aktualnie dziecko niechętnie ssie pierś, jest apatyczne. Oddaje stolce przejściowe, brunatno-żółte w ilości odpowiadającej ilości kar-

mień. Diureza zachowana, barwa moczu słomkowa. Kikut pępowinowy suchy. Ciepłota ciała 36,6°C. Spadek masy ciała do 3300 g, który przekroczył 20 procent masy urodzeniowej.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Nasilające się objawy żółtaczki spowodowały, że dziecko jest apatyczne i nie chce jeść, co zagraża jego zdrowiu.

#### **Cel opieki:**

Niedopuszczenie do dalszego spadku masy ciała noworodka.

#### **Planowane działania:**

1. Poinformowanie lekarza.
2. Obserwowanie noworodka.
3. Kontrolowanie masy ciała noworodka.
4. Przekazanie wiedzy matce na temat znaczenia karmienia piersią.
5. Pokaz techniki karmienia piersią.
6. Motywowanie matki do częstego przystawiania noworodka do piersi.
7. Monitorowanie karmienia piersią.
8. Inne działania.

#### **◆ OPIS PRZYPADKU**

Pacjentka, lat 28: przywieziona z bloku operacyjnego, po nagłym zabiegu operacyjnym z powodu pękniętej ciąży pozamacicznej. Zabieg wykonano przez powłoki brzuszne. Rana pooperacyjna zabezpieczona jałowym opatrunkiem ma wyprowadzone obustronnie drenaży. Do pęcherza założony cewnik Foleya.

Pacjentka wybudzona, zaskoczona zaistniałą sytuacją.

Do szpitala przywieziona przez pogotowie ratunkowe po omdleniu z powodu nagłego, silnego bólu brzucha. Prosto z izby przyjęć trafiła na blok operacyjny.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Rana pooperacyjna z drenami stanowi zagrożenie zakażeniem organizmu.

#### **Cel opieki:**

Zapobieganie zakażeniom.

#### **Planowane działania:**

1. Monitorowanie parametrów życiowych.
2. Obserwowanie pacjentki.
3. Obserwowanie opatrunku na ranie pooperacyjnej.
4. Zmienianie opatrunku w razie potrzeby.
5. Obserwowanie krwawienia z dróg rodnych.
6. Monitorowanie charakteru bólu.
7. Inne działania.

#### **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Pacjentka nie może zaspokajać swoich potrzeb fizjologicznych, bo zabieg operacyjny ograniczył jej agendę samoopieki.

#### **Cel opieki:**

Pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych pacjentki.

#### **Planowane działania:**

1. Zapewnienie warunków do spokojnego snu.
2. Asystowanie przy toalecie jamy ustnej.
3. Podanie do mycia miski z wodą i pomoc w toalecie ciała.

4. Wykonanie toalety krocza w razie potrzeby.
5. Zmianianie bielizny osobistej i pościelowej w razie potrzeby.
6. Ścielenie łóżka.
7. Uruchamianie pacjentki.
8. Inne działania.

#### ◆ OPIS PRZYPADKU

Ciężarna w pierwszej ciąży, 36 tygodni, lat 26: zgłosiła się ze skierowaniem z poradni „K”. Rozpoznanie lekarskie: zatrucie ciążowe. Pod opieką poradni „K” była od 3 miesiąca ciąży. Na wizyty zgłaszała się co miesiąc. Widoczna nadwaga, 105 kg przy wzroście 165 cm, przed ciążą 85 kg.

Pomiar RR 160/110 mm Hg, temperatura – 36,8°C, tony serca płodu około 140 u/m, ruchy płodu czuje dobrze.

Widoczne obrzęki twarzy, dłoni, kończyn dolnych. Aktualnie ciężarna skarży się na ociężałość, ospałość, tzw. „ciężkie nogi” i uczucie pieczenia w przetyku tzw. „zgałę”. Ulgę przynosi jej picie Coca-Coli. Codziennie wypija około 1 l tego napoju.

Pacjentka ma braki w uzębieniu. Jej strój sprawia wrażenie nieświeżego, daje się wyczuć zapach potu. Na pytania odpowiada logicznie, ale w sposób spowolniony.

Posiada wykształcenie zawodowe, pracuje jako szwaczka. Mąż jest spawaczem. Mieszkają w mieszkaniu komunalnym (kamienica, I piętro, w mieszkaniu jest kanalizacja i centralne ogrzewanie lokalne). Są niezależni finansowo. Ciężarna nie pali papierosów, natomiast jej mąż tak, dziennie wypala około 30 sztuk.

#### DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:

Nieprawidłowe zachowania zdrowotne pacjentki wynikające z niewiedzy doprowadziły do otyłości i zaniedbań higienicznych.

##### Cel opieki:

Wykształcenie zachowań prozdrowotnych.

##### Planowane działania:

1. Przeprowadzenie analizy poziomu wiedzy pacjentki na temat zachowań prozdrowotnych.
2. Edukowanie dotyczące zasad higieny osobistej.
3. Monitorowanie zabiegów higienicznych.
4. Edukowanie ciężarnej dotyczące zasad prawidłowego odżywiania się.
5. Edukowanie na temat znaczenia utrzymania prawidłowej masy ciała.
6. Edukowanie dotyczące roli aktywności ruchowej.
7. Inne działania.

#### DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:

Bierny nikotynizm kobiety ciężarnej może być zagrożeniem dla jej zdrowia i rozwoju psychofizycznego jej dziecka.

##### Cel opieki:

Zapobieganie zagrożeniu zdrowia matki i dziecka.

##### Planowanie działania:

1. Przeprowadzenie analizy poziomu wiedzy pacjentki na temat skutków (biernego i czynnego) palenia papierosów.
2. Przeprowadzenie edukacji na temat wpływu palenia papierosów (czynnego i biernego) na żywy organizm.
3. Dostarczanie broszur, ulotek na temat palenia papierosów.
4. Przeprowadzenie edukacji na temat zachowań prozdrowotnych.
5. Przeprowadzenie rozmowy z mężem na temat skutków palenia papierosów (biernego i czynnego) na organizm człowieka.

6. Przeprowadzenie edukacji na temat sposobów radzenia sobie w przypadku odzwyczajania się od palenia.
7. Motywowanie męża pacjentki do zaprzestania palenia.
8. Wskazanie możliwości skorzystania z porady psychologa.
9. Inne działania.

#### ◆ OPIS PRZYPADKU

Położnica, lat 27: po porodzie fizjologicznym z nacięciem krocza. Ciąża pierwsza. Urodziła siłami natury o godz. 14.45 noworodka płci męskiej, masa urodzeniowa 3450 g, długość 58 cm. Macica obkurczona prawidłowo, krwawienie z dróg rodnych w normie.

Parametry ogólne: temperatura ciała 37,0°C, ciśnienie tętnicze krwi 115/70 mm Hg.

Położnica zmęczona, ale zadowolona i szczęśliwa. Leży na sali razem z noworodkiem. Nie chodziła do szkoły rodzenia, ale znaczną wiedzę na temat położu posiada. Ma wyższe wykształcenie, pracuje jako urzędnik. Zainteresowana swoim stanem zdrowia, chce uzupełnić wiadomości szczególnie w zakresie pielęgnacji noworodka.

Mąż pacjentki, lat 30, pracuje jako nauczyciel matematyki w gimnazjum. Wykazuje duże zainteresowanie żoną i dzieckiem. Mieszkają sami w segmencie rodzinnym. Mieszkanie wyposażone we wszystkie media. Najbliższa rodzina mieszka w innym mieście w związku z czym pacjentka będzie „zdana na siebie i męża”. Przekonana o karmieniu naturalnym swojego nowonarodzonego dziecka.

#### DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:

Rana poporodowa stanowi zagrożenie zakażeniem organizmu.

##### Cel opieki:

Zapobieganie zakażeniom.

##### Planowanie działania:

1. Pomiar podstawowych parametrów życiowych.
2. Obserwowanie krwawienia z dróg rodnych.
3. Obserwowanie rany po szyciu naciętego krocza.
4. Poinstruowanie na temat prawidłowej techniki siadania i wstawania w związku z założonymi szwami na krocze.
5. Motywowanie położnicy do uruchamiania.
6. Przeprowadzenie edukacji na temat higieny osobistej w położu.
7. Wykonanie toalety krocza.
8. Inne działania.

#### DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:

Przebyty poród fizjologiczny spowodował osłabienie i zmęczenie położnicy, co ogranicza jej możliwości samoopieki.

##### Cel opieki:

Wzmacnianie agendy samoopieki.

##### Planowanie działania:

1. Pomaganie przy pierwszym wstawaniu.
2. Pomaganie przy przemieszczaniu się do łazienki.
3. Asekurowanie przy kąpielach.
4. Pomaganie przy przystawianiu noworodka do piersi.
5. Pomaganie przy zmianie bielizny osobistej i pościelowej.
6. Ścielenie łóżka.
7. Inne działania.

#### DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:

Brak wiedzy położnicy na temat położenia może zaburzyć jego prawidłowy przebieg.

#### Cel opieki:

Zapobieganie powikłaniom w położeniu.

#### Planowanie działania:

1. Poinstruowanie na temat ćwiczeń fizycznych wzmacniających i uelastyczniających mięśnie krocza.
2. Przeprowadzenie edukacji położnicy dotyczące higieny w położeniu.
3. Przeprowadzenie edukacji położnicy na temat karmienia naturalnego.
4. Pokazanie prawidłowej techniki karmienia piersią.
5. Monitorowanie karmienia piersią.
6. Motywowanie położnicy do karmienia naturalnego.
7. Przeprowadzenie edukacji położnicy na temat diety matki karmiącej.
8. Przeprowadzenie edukacji rodziny na temat prawidłowej pielęgnacji noworodka.
9. Inne działania.

## 4. Pielęgniarstwo w opiece nad pacjentem przewlekle chorym

Justyna Łabuzińska

---

#### ◆ OPIS PRZYPADKU

Pani Janina, lat 80: przeniesiona do oddziału opieki paliatywnej z rejonowego oddziału internistycznego, w którym przebywała około 3 tygodni.

Podczas wywiadu zebranego od rodziny przy przyjęciu pacjentki okazało się, że oprócz rozsianej choroby nowotworowej – ognisko pierwotne w piersi, ma także cukrzycę i jest po świeżo przeżytym udarze.

Pacjentka w pełnym kontakcie słowno-logicznym, zorientowana co do miejsca, w którym się znajduje oraz czasu, wolno odpowiada na zadawane pytania. Jest osobą, która nie porusza się samodzielnie.

Pani Janina ma nadwagę, na kończynach dolnych duży obrzęk limfatyczny z widocznym przesięciem, który dodatkowo niepokoi chorą.

W trakcie oglądania skóry zaobserwowano na prawej pięcie i w okolicy kości krzyżowej odleżyny (II stopień), powodują one dodatkowe dolegliwości bólowe, szczególnie przy czynnościach higienicznych.

Na prawej piersi widoczna zmiana o charakterze nowotworowym – kalafiorowaty guz wielkości 10 x 10 cm, z którego sączy się surowiczokrwista wydzielina o nieprzyjemnym zapachu.

Wyraz twarzy chorej smutny, pacjentka zamyślona, od początku negatywnie nastawiona do nowego otoczenia i personelu, niechętna do współpracy, okresowo agresywna (słownie).

W trakcie jednej z rozmów powiedziała, że w tamtej placówce nic jej nie pomogli i nie wierzy, że jej stan może ulec poprawie. Marzy o tym, aby „pobyć trochę we własnym domu”, bowiem nie była tam od wielu tygodni.

Rodzina pomimo iż przychodzi do chorej, częściej jest „obok” niż z samą pacjentką.

Córka poinformowana przez personel o prośbie matki, stwierdziła że nie ma możliwości opiekania się nią w domu, ponieważ pracuje zawodowo. Jest jednak sama i nie ma własnej rodziny.

#### DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:

Odleżyny i zmiana na piersi stanowią zagrożenie zakażenia organizmu.

#### Cel opieki:

Zapobieganie zakażeniu.

**Planowane działania:**

1. Pielęgnowanie miejsc narażonych na powstanie odleżyn.
2. Wykonanie toalety całego ciała dwa razy dziennie.
3. Zmienianie opatrunków w zależności od potrzeb.
4. Edukowanie i włączanie rodziny do pielęgnowania pacjentki.
5. Przygotowanie opiekunów do sprawowania samodzielnej opieki nad chorą w domu.
6. Obserwowanie miejsc potencjalnie narażonych na powstanie odleżyn.
7. Umożliwienie kontaktu z psychologiem.
8. Stworzenie atmosfery wyrozumiałości i życzliwości.
9. Obserwowanie i właściwe interpretowanie objawów mogących świadczyć o rozwijającej się depresji.
10. Zastosowanie zasad psychoterapii elementarnej.
11. Inne działania.

**DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Pogłębiające się osłabienie unieruchomiło pacjentkę w łóżku, co stanowi ryzyko powstania dalszych powikłań.

**Cel opieki:**

Zapobieganie powikłaniom.

**Planowane działania:**

1. Wykonanie toalety całego ciała 2 razy dziennie.
2. Wykonanie toalety jamy ustnej (płukanie jamy ustnej po każdym posiłku, obserwacja w kierunku grzybiczy, nadżerek).
3. Obserwowanie skóry pod kątem zmian (otarc, odparzeń, odleżyn) przy każdorazowej toalecie.
4. Zastosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej – zmiana pozycji co dwie godziny.
5. Nauczenie i monitorowanie gimnastyki oddechowej.
6. Usprawnianie stopniowe chorej.
7. Edukowanie pacjentki w zakresie istoty i przyczyn obrzęku limfatycznego.
8. Włączenie rodziny w proces rehabilitacji pacjentki.
9. Inne działania.

**DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:**

Brak efektów dotychczasowego leczenia spowodował utratę wiary w wyzdrowienie, przez co pacjentka jest niechętna do współpracy z personelem.

**Cel opieki:**

Wsparcie pacjentki.

**Planowane działania:**

1. Informowanie chorej o celowości i przebiegu każdego zabiegu.
2. Wzbudzanie zaufania poprzez prezentowanie właściwej postawy pielęgniarskiej.
3. Reagowanie na wszystkie dolegliwości i konsultowanie ich z lekarzem prowadzącym.
4. Przeprowadzanie rozmów wspierających z członkami zespołu terapeutycznego.
5. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.
6. Zorganizowanie czasu wolnego.
7. Inne działania.

**DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA**

Konieczność stałej opieki nad matką jest przyczyną zmęczenia córki, co skutkuje jej niechęcią do dalszych czynności pielęgnacyjnych.

**Cel opieki:**

Wsparcie córki.



**Planowane działania:**

1. Umożliwienie nawiązania kontaktu z psychologiem.
2. Umożliwienie kontaktu z kapłanem.
3. Przeprowadzenie rozmowy wyjaśniającej sytuację zdrowotną jej matki.
4. Uświadomienie córce znaczenia jej bliskiego kontaktu z matką podczas odwiedzin.
5. Wskazanie córce technik relaksacyjnych w celu wzmocnienia sił witalnych.
6. Wskazanie instytucjonalnych form pomocy socjalnej.
7. Inne działania.

# IV

## Dokumentowanie procesu pielęgnowania

Beata Stokwisz

---

Dokumentacja tworzona w związku z realizacją procesu pielęgnowania jest jedną z części dokumentacji określonej ogólnie jako dokumentacja medyczna. Jej zasadniczym celem jest zapisanie wszystkich informacji, które odzwierciedlałyby w sposób chronologiczny rozpoznawane przez pielęgniarkę lub położną problemy pielęgnacyjne oraz podjęte przez nią działania mające przyczynić się do utrzymania lub zmiany dotychczasowego stanu pacjenta i/lub środowiska.

Obowiązek dokumentowania procesu pielęgnowania wynika przede wszystkim z Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, przepisów prawnych, a także wymagań normy ISO 9001-2000<sup>1</sup> (jeżeli w zakładzie opieki zdrowotnej wdrożony został system zarządzania jakością) oraz standardów akredytacyjnych (jeżeli zakład opieki zdrowotnej posiada lub ubiega się o certyfikat akredytacyjny). Dokumentacja pielęgniarki powinna być również zgodna z osiągnięciami pielęgniarstwa jako nauki uznającej proces pielęgnowania za podstawową metodę opieki pielęgniarskiej, która daje się dostosować do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz warunków, w jakich ma być realizowana.

### I. Dokumentacja medyczna pacjenta w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych składa się z:

1) indywidualnej dokumentacji wewnętrznej (wyrażenie „dokumentacja indywidualna” wskazuje, że jest ona prowadzona oddzielnie dla każdego hospitalizowanego pacjenta) – co w przypadku dokumentacji pielęgniarstwa oznacza prowadzenie kart indywidualnej pielęgnacji<sup>2</sup>.

Należy jednak pamiętać, że we współczesnym systemie opieki zdrowotnej pielęgniarka jest członkiem zespołu terapeutycznego, w ramach którego samodzielnie dokonuje wyboru metod i sposobów realizacji zadań związanych z procesem pielęgnowania (zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, kompetencjami oraz doświadczeniem zawodowym), ale także współpracuje z innymi profesjonalistami w zakresie świadczeń podejmowanych na rzecz pacjenta i środowiska. Konsekwencją takiego usytuowania pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej jest konieczność prowadzenia przez nią także dokumentacji wspólnej z innymi członkami zespołu terapeutycznego (np. karta gorączkowa, karty obserwacji, karty intensywnego nadzoru, karty zleceń lekarskich, karty SOR, itp.). Dopiero połączona w całość indywidualna dokumentacja medyczna odzwierciedla rzeczywisty wkład pracy pielęgniarki w opiekę nad pacjentem, a zapisy w niej dokonywane przez wszystkich członków zespołu wzajemnie się uzupełniają.

2) zbiorczej dokumentacji wewnętrznej – co w przypadku dokumentacji pielęgniarstwa oznacza raport pielęgniarstwa<sup>2</sup>.

---

1. Wymagania dotyczące Systemu Zarządzania Jakością PN-EN ISO 9001-2000.

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej 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).

Raport pielęgniarski wobec obowiązku prowadzenia kart indywidualnej pielęgnacji staje się dokumentem informacyjno-statystycznym. W książce raportów nie należy opisywać czynności wynikających z realizacji procesu pielęgnowania odnotowywanych w karcie indywidualnej pielęgnacji, a jedynie szczególne zdarzenia związane z pacjentem.

Obecnie proponuje się następującą treść do raportu pielęgniarskiego obowiązującego z kartą indywidualnej pielęgnacji:

- numer kolejny raportu,
- określenie dyżuru,
- data,
- stan chorych: ilość przyjętych, ilość wypisanych, ilość zgonów (dane osobowe),
- ilościowa kategoryzacja pacjentów: kat IV ..., kat III ...,
- ilość gorączkujących; imię i nazwisko, wysokość temperatury,
- wykaz chorych przygotowanych do zabiegu operacyjnego i badań specjalistycznych,
- zdarzenia i konfliktowe sytuacje: z pacjentem, rodziną, personelem, osobami postronnymi, kradzieże, awarie aparatury, braki w oddziale np. leków, sprzętu, itp.,
- nieusprawiedliwione nieobecności personelu,
- podpisy pielęgniarek zdających i przejmujących dyżur,
- podpis pielęgniarki oddziałowej.

UWAGA! Raport powinna pisać pielęgniarka odpowiedzialna za dyżur.

## **II. Dokumentacja prowadzona przez pielęgniarki i położne środowiskowe/rodzinne stanowi część historii zdrowia i choroby dotyczącej opieki środowiskowej i powinna zawierać m.in.:**

- rodzaj i zakres czynności pielęgniarki/położnej obejmujących pacjenta i jego środowisko, a w szczególności: rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan działania pielęgniarki/położnej oraz adnotacje związane z wykonaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich<sup>3</sup>.

Określona w ten sposób dokumentacja pielęgniarki i położnej środowiskowej/rodzinnej powinna służyć pielęgniarce do zbierania danych o jednostce i środowisku rodzinnym, ich analizowania i segregowania, a następnie do planowania i realizowania zaplanowanych, celowych działań oraz umożliwiać ich ocenę zgodnie z przyjętym przez polskie pielęgniarstwo procesem pielęgnowania. Ze względu na charakter sprawowanej opieki dokumentacja ta powinna pozostawać w bezpośredniej dyspozycji pielęgniarek i położnych sprawujących opiekę. Po zakończeniu opieki dokumentacja ta powinna być dołączona do historii zdrowia i choroby pacjenta celem jej archiwizacji.

## **III. Dokumentację profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarkę nad dziećmi i młodzieżą stanowi karta zdrowia ucznia zawierająca m.in.: obserwacje pielęgniarskie i wydane zalecenia<sup>4</sup>.**

---

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej 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).

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. Nr 282 z 2004 poz. 2814 z późn. zm.).

#### **IV. Pielęgniarka lub położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki lub grupowej praktyki pielęgniarek i położnych prowadzi dokumentację wewnętrzną pacjenta składającą się z:**

- karty indywidualnej pielęgnacji,
- karty wizyty patronażowej,
- karty wywiadu środowiskowo-rodzinnego.

Dokumentacja ta powinna zawierać pogrupowane dane dotyczące stanu zdrowia i istotnych chorób oraz problemów zdrowotnych pacjenta, a także udzielonych przez pielęgniarkę lub położną świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych w zakresie opieki nad pacjentem, kobietą w ciąży, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem<sup>5</sup>.

W celu zapewnienia ciągłości opieki oraz prawidłowej komunikacji między członkami zespołu terapeutycznego wszystkie etapy procesu pielęgnowania powinny zostać odpowiednio udokumentowane. Etap I procesu pielęgnowania (gromadzenie danych) realizowany jest przez pielęgniarkę/położną w oparciu o „Przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie i rodzinie” (wzór przewodnika przedstawiono w dalszej części rozdziału). Działania pielęgniarki/położnej wynikające z realizacji pozostałych etapów procesu pielęgnowania (II – V) zapisywane są w karcie indywidualnej pielęgnacji. W powyższej karcie znajduje się miejsce na odnotowanie:

- diagnozy pielęgniarskiej,
- zaplanowanie celowych działań pielęgniarskich wynikających z diagnozy,
- potwierdzenie ich realizacji oraz
- ocenę, czy wcześniej założone cele zostały osiągnięte.

Karta indywidualnej pielęgnacji umożliwia również zapisanie kodów procedur opieki pielęgniarskiej (w chwili obecnej są one w trakcie opracowywania).

Obowiązujące przepisy prawne nie narzucają określonych wzorów formularzy (z wyjątkiem dokumentacji medycznej ucznia<sup>6</sup>). Oznacza to, że każdy zakład opieki zdrowotnej zobowiązany jest do opracowania własnej dokumentacji uwzględniającej wszystkie omawiane wcześniej elementy procesu pielęgnowania oraz dostosowanej do wymagań określonych w regulacjach prawnych.

W tym momencie należy podkreślić, iż za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej odpowiada każdy pracownik zakładu zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w zakładzie zakresem czynności. Naruszenie prawa pacjenta, polegające na zaniechaniu prowadzenia dokumentacji, błędach lub brakach w dokumentacji może być podstawą do żądania przez niego zadośćuczynienia pieniężnego. Pacjent może żądać także przeproszenia o określonej treści oraz oświadczenia, które sprostuje błędy lub uzupełni braki w dokumentacji, a także zapobiegnie naruszeniu jego praw w przyszłości.

W związku z powyższym dokumentację należy prowadzić czytelnie. Żaden wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia, krótkim omówieniem skreślenia (podać przyczynę) oraz podpisem osoby dokonującej skreślenia. Wpisy w dokumentacji pielęgniarskiej powinny być dokonywane na bieżąco przez pielęgniarkę lub położną sprawującą opiekę nad pacjentem, natomiast zadaniem osoby realizującej plan opieki jest

---

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1.08.2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz.U. Nr 147 z 2003 poz. 1437).

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. Nr 282 z 2004 poz. 2814 z późn. zm.)

dokonanie adnotacji o wykonaniu zlecenia lub czynności pielęgniarstwa i potwierdzenie jej wykonania podpisem<sup>7</sup>.

W praktyce udokumentowanie procesu pielęgnowania wymaga od pielęgniarek i położnych zwiększonego wysiłku intelektualnego oraz szerokiej wiedzy niezbędnej do poprawnego sformułowania diagnozy pielęgniarstwa, jak również zaplanowania odpowiednich działań.

Zakres wiedzy powinien dotyczyć nie tylko metod i sposobów pielęgnowania, ale także wielu innych dziedzin (m.in.: medycyny, psychologii, socjologii, pedagogiki, itp.)

Ponadto prowadzenie indywidualnej dokumentacji oddzielnie dla każdego pacjenta związane jest z dodatkowym nakładem pracy, co w sytuacji malejącej liczby pielęgniarek i położnych budzi znaczny opór tej grupy do wprowadzania zmian.

W obecnej chwili w zakładach opieki zdrowotnej prowadzona jest szeroka gama dokumentacji pielęgniarstwa. Stosowane są różnego rodzaju formularze – głównie w postaci indywidualnej karty pielęgnacji oraz kart obserwacji – które odzwierciedlają najczęściej czwarty etap procesu pielęgnowania – realizację. W szpitalach dodatkowo prowadzone są obszernie zapisy w raportach pielęgniarstwa powielające często dane zawarte w kartach indywidualnej pielęgnacji.

Skompletowanie informacji na temat całego procesu pielęgnowania pacjenta od momentu jego przybycia do szpitala, aż do wypisu wymaga niejednokrotnie dużego wysiłku związanego m.in.: z wyszukiwaniem w raportach pielęgniarstwa wpisów z poszczególnych dyżurów, odszukiwania w stosie kart indywidualnej pielęgnacji i kart obserwacji oraz księżkach izby przyjęć itp.

Taka forma dokumentowania utrudnia również odszukanie wszystkich zapisów dotyczących pacjenta, w celu udostępnienia ich uprawnionym organom lub samemu pacjentowi, posiadającemu zgodnie z Kartą Praw Pacjenta prawo wglądu do dokumentacji w zakresie dotyczącym jego leczenia i pielęgnowania<sup>8</sup>.

Ponadto dokumentacja pielęgniarstwa w postaci kart indywidualnej pielęgnacji zakładana jest najczęściej dopiero w oddziale, a przecież proces pielęgnowania rozpoczyna się już w izbie przyjęć. Zapisy z wykonanych przez pielęgniarkę izby przyjęć czynności pielęgnacyjnych odnotowywane są tylko w raporcie pielęgniarstwa izby przyjęć, natomiast informacje sporadycznie (zazwyczaj telefonicznie) przekazywane do oddziału. Warto tutaj podkreślić, że zaburzenia powstające w komunikacji pomiędzy izbą przyjęć a oddziałem mogą być zagrożeniem dla życia lub zdrowia pacjenta.

Opisana sytuacja stanowi „wąskie gardło” w wielu szpitalach, dlatego też konieczne jest wdrożenie takich kart indywidualnej pielęgnacji, które dawałyby pielęgniarsce izby przyjęć możliwość dokonania adnotacji o rozpoznanych problemach pielęgnacyjnych pacjenta i podjętych przez nią działaniach. Pozostałe wpisy dotyczące prowadzenia procesu pielęgnowania powinny być dokonywane przez pielęgniarkę sprawującą opiekę nad pacjentem w oddziale szpitalnym.

Stworzenie formularza karty indywidualnej pielęgnacji, który umożliwiłby opisanie wszystkich etapów procesu pielęgnowania pacjenta od momentu jego zgłoszenia się do szpitala lub innego zakładu opieki stacjonarnej, aż do czasu wypisu lub zgonu staje się zadaniem bardzo trudnym.

Idąc tropem doświadczeń pielęgniarek i położnych, na co dzień dokumentujących swoją pracę na dotychczasowych formularzach oraz uwzględniając ich opinie i uwagi opracowano udoskonalony projekt karty indywidualnej pielęgnacji oraz wiele nowatorskich projektów kart dodatkowych stanowiących uzu-

---

7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. Nr 282 z 2004 poz. 2814 z późn. zm.).

8. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (DzU z 1991 Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

pełnienie dokumentacji np. karta profilaktyki i leczenia odleżyn, karta kontroli tonów serca i ruchów płodu, karta obserwacyjno-bilansowa, karta obserwacji położnicy, karta obserwacji ciężarnej itp.

W niniejszym opracowaniu prezentujemy projekty dokumentacji pielęgniarki i położnej, które posiadają następujące zalety:

- są dostosowane do wymagań określonych w przepisach prawnych,
- służą pielęgniarstwu jako nauce,
- obrazują praktyczne wykorzystanie wiedzy teoretycznej,
- dają możliwość zapisania wszystkich czynności wynikających z procesu pielęgnowania,
- odzwierciedlają rzeczywisty wkład pracy pielęgniarki w opiece nad pacjentem,
- zapewniają udokumentowanie ciągłości opieki pielęgniarskiej,
- uwidaczniają odpowiedzialność za podejmowane działania,
- eliminują zakłócenia w informowaniu członków zespołu terapeutycznego o podejmowanych działaniach związanych z opieką pielęgniarską nad pacjentem,

ponad to:

- są łatwe w wypełnianiu,
- niezbyt czasochłonne,
- czytelne oraz tanie.

Dla zapewnienia przejrzystości wzory dokumentów i zasady ich wypełniania zostały pogrupowane w cztery zakresy tematyczne, a mianowicie:

1. Przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie i jego rodzinie.
2. Dokumentacja pielęgniarki rodzinnej.
3. Dokumentacja położnej rodzinnej.
4. Dokumentacja pielęgniarki i położnej w opiece stacjonarnej.

Na końcu każdej części zawierającej wzory dokumentów, zostały zamieszczone przykładowo wypełnione formularze „Karty indywidualnej pielęgnacji” przedstawiające zapisy działań ze wszystkich etapów procesu pielęgnowania. Wzory formularzy będą dostępne na stronie internetowej OIPIP w Łodzi ([www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl))

Zaproponowane w publikacji wzory stanowią jedynie propozycję dokumentacji, która może być modyfikowana i dostosowywana do potrzeb określonego zakładu opieki zdrowotnej i specyfiki realizowanych w nim świadczeń medycznych.

## 1. Przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie i jego rodzinie

Wiesława Bogusz, Maria Kowalska \_\_\_\_\_

### I. Metodyka gromadzenia danych<sup>1</sup>

Gromadzenie danych następuje przy wykorzystaniu różnych źródeł i technik gromadzenia z uwzględnieniem różnych zakresów i charakteru danych.

---

1. Anna Piątek (red.): Standardy praktyki w zawodzie pielęgniarki i położnej – Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1997.

### 1. Źródła danych:

- a) pacjent,
- b) rodzina,
- c) inni zorientowani,
- d) członkowie zespołu środowiskowego oraz pracownicy socjalni,
- e) bezpośrednie badanie, pomiar,
- f) dokumenty,
- g) wiedza i doświadczenie pielęgniarki.

### 2. Techniki zbierania danych:

- a) werbalne (wywiad, rozmowa, dyskusja),
- b) pozawerbalne:
  - obserwacja, lustracja terenowa,
  - analiza danych z dokumentacji,
- c) pomiar (np. RR, temperatura ciała, wzrost),
- d) badanie (np. przedlekarskie badanie piersi, obręzków, zmian na skórze).

### 3. Rodzaje danych:

- a) subiektywne,
- b) obiektywne.

### 4. Zakres gromadzonych danych:

- a) gromadzenie danych o całości sytuacji zdrowotnej pacjenta/rodziny,
- b) gromadzenie danych ukierunkowanych na problemy zdrowotne.

## II. Zakres gromadzonych informacji o pacjencie i rodzinie

### 1. Informacje w aspekcie biologicznym

Istniejące choroby, przebyte zabiegi operacyjne, diagnoza lekarska, wady.

Podstawowe parametry życiowe.

Masa ciała, wzrost, BMI, typ tycia, ocena np. w centylach.

Informacje dotyczące funkcjonowania układu:

**Nerwowego np.:**

- świadomość: pełna, ograniczona, brak świadomości, zamroczenie, senność, stan przedśpiączkowy, śpiączka, omdlenia: okoliczności w których się zdarzają, częstotliwość występowania,
- równowaga ciała: zachowana, zaburzona, odruchy mimowolne,
- mimika i gestykulacja: opanowana, żywa, uboga, tiki, grymasy, gesty.

**Oddechowego np.:**

- oddech prawidłowy, przyspieszony, zwolniony, spłycony, pogłębiony, stridor, przez nos/usta, liczba oddechów, sapka,
- płwocina: śluzowa, pienista, ropna, krwista,
- kaszel: suchy, wilgotny, stały, napadowy – kiedy?
- duszność: spoczynkowa, wysiłkowa,
- tracheostomia: należy zwrócić uwagę na prawidłową pielęgnację rurki,
- higiena: gdzie odpluwa, co robi kaszląc?



#### **Krążenia np.:**

- tętno: prawidłowe, zaburzenia rytmu,
- ciśnienie tętnicze,
- omdlenia: częstość, okoliczności,
- perfuzja obwodowa: prawidłowa, zaburzona, zimny pot, ochłodzenie ciała, ciepota,
- obrzęki: uogólnione, miejscowe – gdzie?, stałe, okresowe – okoliczności występowania,
- żylaki: nie, tak, umiejscowienie,
- rozrusznik, stenty, bypass.

#### **Trawiennego np.:**

- jama ustna: bez zmian, zmiany w śluzówce – owrzodzenia, pleśniawki, suchość w jamie ustnej, język obłożony, geograficzny,
- zgryz: prawidłowy, przodozgryz, tyłozgryz, uzębienie pełne, ubytki, liczba zębów: dotyczy dzieci, proteza,
- apetyt: prawidłowy, brak apetytu, wzmożony, zmniejszony, napady głodu,
- pragnienie: prawidłowe zmniejszone, wzmożone,
- wydalanie: prawidłowe, niekontrolowane, stolce: zaparcia, luźne – jak często, wygląd/ kształt, bóle przy oddawaniu, śluz, krwawienia, nadmierne wydalanie gazów,
- dolegliwości: zgaga, pieczenie, nudności, ulewianie, kolka, wymioty – chlustające, okoliczności występowania,
- gastrostomia, ileostomia, sztuczny odbył.

#### **Moczowo-płciowego np.:**

- mocz: wygląd: przejrzysty, mętny, z domieszką krwi, norma, wielomocz, bezmocz, skąpomocz, ilość ml/dobę,
- sposób oddawania: prawidłowy, niekontrolowany, oddawany kroplami, cewnik, przetoka, nietrzymanie moczu,
- dolegliwości: ból przy oddawaniu, dolegliwości związane z założonym cewnikiem, stan zapalny przetoki,
- cewnik, cystostomia: należy zwrócić uwagę na prawidłową pielęgnację,
- ostatnie badanie ginekologiczne – data, kontakt z położną rodzinną,
- cykl miesięczkowy: regularny, nieregularny, pierwsza i ostatnia miesiączka,
- przeszłość położnicza: porody, poronienia,
- dolegliwości: upławy, krwawienia, ból, pieczenie, świąd sromu, związane z okresem menopauzalnym, wypadanie narządu rodnego,
- piersi: czy badane przez lekarza, położną usunięcie gruczołu/ów piersiowych, proteza/y, implanty, obrzęk limfatyczny,
- aktywność seksualna, inicjacja seksualna.

#### **Kostno-mięśniowo-szkieletowy np.:**

- ruchomość w stawach: pełna, ograniczona – jakich stawów dotyczy,
- postawa ciała: prawidłowa, pochylona, skrzywienia kręgosłupa, płaskostopie,
- porażenia: hemiplegia, paraplegia, tetraplegia,
- urazy, złamania, wady kończyn np.: brak kończyny,
- proteza: spełnia swoją funkcję, nie spełnia funkcji – w jakim zakresie,
- unieruchomienie, zniekształcenia ciała, przykurcze, itp.

#### **Narządów zmysłów np.:**

- wzrok: prawidłowy, krótkowzroczność, dalekowzroczność, ślepotą, niewidzenie, okulary: zaznaczyć czy spełniają swoją funkcję,
- słuch: prawidłowy, zaburzony, niedosłuch, głuchota, aparat słuchowy: czy spełnia swoją funkcję,

- smak: prawidłowy, zaburzony: czuje gorycz, itp.,
- węch: prawidłowy, zaburzony: nie wyczuwa zapachów, itp.,
- dotyk: nadwrażliwość, brak czucia, itp.,
- zaburzenia równowagi.

#### **Mowa:**

- prawidłowa, nieprawidłowa, głośna, cicha, powolna, szybka, niewyraźna, trudności wymowy, brak mowy, porozumiewanie się na piśmie/język migowy, jąkanie.

#### **Skóra:**

- czysta, brudna (wszawica, ciemieniucha), sucha, wzmożona potliwość, zmiany, zabarwienie: biała, zaczerwieniona, zażółcona, sinicza, marmurkowa,
- tkanka podskórna: dobrze, źle rozwinięta, oparzenia, odmrożenia,
- stan paznokci, włosów,
- odleżyny: ocenić ryzyko wystąpienia np. wg przyjętej skali.

**Alergia:** czego dotyczy.

**Ból:** jeżeli pacjent zgłosi dolegliwości bólowe z ww. układów należy opisać trudności, ograniczenia związane z występowaniem bólu.

#### **Elementy stylu życia:**

**Sen:** liczba godzin, cechy: spokojny, przerywany, zaburzony, bezdech w czasie snu.

**Wypoczynek:** bierny, czynny, dostosowany do charakteru pracy/nauki, relaks.

**Odżywianie:** samodzielne, z pomocą (sonda, łyżeczka), karmienie (butelką, piersią).

**Żywnienie:** racjonalne, błędy żywieniowe (czego dotyczą: częste, obfite, nieregularne, szybkie jedzenie, zbyt gorące/zimne).

**Uzależnienia:** nadużywanie alkoholu, leków, tytoniu, przyjmowanie narkotyków.

**Sprawność fizyczna:** nieograniczona, ograniczona, zależność (ocenić wg skali Barthel).

**Pomocnicze środki rehabilitacyjne:** proteza, wózek, kule, balkonik, podpórki, obuwie ortopedyczne, materac przeciwodleżynowy, łóżko rehabilitacyjne, inne (czy spełniają funkcje).

**Inne informacje np.:** niepełnosprawność: znaczna, umiarkowana, lekka (ma zastosowanie w opiece pielęgniarce środowiskowej/rodzinnej).

## **2. Informacje w aspekcie psychicznym**

**Kontakt słowny:** rzeczowy, wymuszony, powierzchowny, ograniczony, bez kontaktu, uwaga: skupiona, trudności, dekoncentracja.

**Forma wypowiedzi:** poprawna, pojedyncze wyrazy, trudności w budowie zdań, oderwane od treści rozmowy.

**Zachowanie:** spokojne, swobodne, niespokojne, nieufne, lękliwe, płacliwe, agresywne, apatyczne, drażliwe, zamknięcie w sobie, zmienny nastrój (podwyższony, obniżony, obojętny), choroba sieroca.

**Podstawowe możliwości umysłowe pacjenta:** zapamiętywanie, rozumienie treści przekazu, myślenie logiczne, przyswajanie nowych wiadomości, przypominanie zdarzeń przeszłych, świeżych, luki pamięciowe, konfabulacje.

**Orientacja:** co do własnej osoby i najbliższego otoczenia, stanu swojego zdrowia, miejsca, czasu, możliwości, jeśli jest nieprawidłowa, to czego dotyczy.

**Stosunek:** do wyglądu własnego ciała, do aktualnej sytuacji życiowej, do pracowników ochrony zdrowia, do hospitalizacji;

**Reakcja na sytuacje trudne:** jak chorobę widzi pacjent, (zaprzecza, pomniejsza, wyolbrzymia, akceptuje), czym jest choroba dla pacjenta (stratą, korzyścią, ulgą, wartością), jaką strategię przejawia pacjent (walczy, rezygnuje, naprzemiennie).

**Osobowość pacjenta:** jakie są istotne właściwości charakteryzujące osobowość pacjenta (aspiracje, dążenia, egocentryzm, prospołeczność).

### 3. Informacje w aspekcie społecznym

**Stan cywilny:** wolny, zamężna, żonaty, rozwiedziony: rok, wdowiec/a: rok, inne.

**Wykształcenie:** podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe zawodowe (licencjat), wyższe.

**Zawód:** wyuczony, wykonywany; zagrożenia w miejscu pracy/nauki: hałas, pyły, zapachy.

**Charakter wykonywanej pracy:** obciążenia psychiczne (stres, wyczerpanie), fizyczne (ciężka) oraz społeczne (system ciągły: soboty, niedziele, święta, z dala od domu, zmianowość, liczba godz. pracy/nauki, czas na dojazdy: liczba godzin).

• **ródło utrzymania:** pensja, emerytura, renta, alimenty, zasiłki/zapomogi, dochody: stałe, okresowe, brak dochodów.

**Pomoc instytucjonalna:** ośrodek pomocy społecznej, PKPS, PCK, itp.

**Sposób komunikowania się z otoczeniem:** zakres i charakter słownictwa (grypsy), mimika, gesty.

**Pełnienie ról:** rodzinnych: nie spełnia się w roli ojca, matki, syna, córki, teściowej itp.,

zawodowych: nie spełnia się: częsta absencja (powód), niespełnione oczekiwania,

społecznych: nie spełnia się w roli sąsiadki, wolontariusza, koleżanki, członka zespołu itp.

**Potrzeby duchowe.**

### 4. Informacje w aspekcie rodzinnym

**Struktura rodziny:** rodzina duża, mała, jednopokoleniowa, wielopokoleniowa, rozbita, konkubinat, inne.

**Rodzinne występowanie chorób:** skłonności do zachorowania, dziedziczenie chorób.

**Zagrożenia ekologiczne:** w środowisku zamieszkania, nauki, pracy np.: hałas, CO<sub>2</sub>, pyły, opary, zapachy, rtęć, azbest.

**Przyzwyczajenia:** w zakresie jedzenia, picia, zachowania.

**Higiena w rodzinie:** dotyczy mieszkania, bielizny osobistej i pościelowej, miejsca do nauki, pracy, zabawy, naczyń kuchennych itp.

**Więzi w rodzinie:** funkcjonowanie emocjonalne: prawidłowe, konflikt z kim – czego dotyczy, akceptacja, odrzucenie, nadmierna/toksyczna/opieka.

**Funkcjonowanie społeczne:** wydolność pielęgnacyjno-opiekuńcza rodziny (w tym jakie jest zapotrzebowanie na opiekę, liczba godzin opieki: jeśli deficyt – określić w jakich godzinach).

**Sytuacja bytowa:** zasoby finansowe, rzeczowe.

### 5. Informacje w aspekcie edukacyjnym

**Wiedza o zdrowym stylu życia:** pełna, brak, częściowa: określić zakres deficytu.

**Wiedza o profilaktyce chorób występujących w rodzinie:** pełna, brak, częściowa: określić zakres deficytu.

**Wiedza o własnej chorobie:** pełna, brak, częściowa: określić zakres deficytu.

**Wiedza o samokontroli i samoopiece:** pełna, brak wiedzy: np. o konieczności badania piersi i okresach kontroli u lekarza ginekologa, częściowa: np. czy wie, jak i kiedy badać piersi.

**Umiejętności w samokontroli i samoopiece:** posiada, nie posiada, częściowo: określić zakres deficytu np.: pacjentka niedokładnie bada piersi.

UWAGA! Zgromadzone o pacjencie i jego rodzinie informacje nie są przedstawione wyczerpująco i mogą być uzupełniane bądź modyfikowane.

Do diagnozy pielęgniarskiej przechodzą tylko elementy, które stanowią dla pacjenta trudność w zakresie utrzymania agendy samoopieki.

## 2. Dokumentacja pielęgniarstwa rodzinnej

Wiesława Bogusz, Maria Kowalska

---

### I. Wzory dokumentacji

1. Koperta zbiorcza rodziny.
2. Dokumentacja pielęgniarstwa rodzinnej w opiece nad osobą dorosłą:
  - Karta indywidualnej pielęgnacji w środowisku rodzinnym,
  - Karta indywidualnej pielęgnacji cd.
3. Dokumentacja pielęgniarstwa rodzinnej w opiece nad dzieckiem:
  - Karta indywidualnej pielęgnacji dziecka w środowisku rodzinnym,
  - Karta indywidualnej pielęgnacji cd.
4. Dokumentacja uzupełniająca:
  - Karta informacyjna pielęgniarstwa rodzinnej z wizyty profilaktycznej u dziecka,
  - Karta informacyjna pielęgniarstwa/położnej rodzinnej,
5. Dokumentacja zewnętrzna:
  - Karta zleceń lekarskich.

### II. Zasady dokumentowania

Koperta zbiorcza rodziny

Koperta zakładana jest dla całego środowiska (rodziny) objętego opieką przez pielęgniarkę. Na kopercie zamieszczane są dane osobowe poszczególnych członków rodziny i warunki zamieszkania. Ważnym elementem jest umieszczenie graficznego zapisu (genogramu) struktury i cech zdrowia rodziny, odzwierciedlającego więzi pomiędzy poszczególnymi członkami, występujące choroby, niepełnosprawność oraz ewentualną patologię społeczną (opis środowiska epidemiologicznego).

Dokumentacja pielęgniarstwa w opiece nad osobą dorosłą i dzieckiem

Karta indywidualnej pielęgnacji w środowisku rodzinnym: strony: 1, 2, 3 – służą do gromadzenia informacji o pacjencie i jego rodzinie (I etap procesu pielęgnowania). Pielęgniarka wypełnia je podczas pierwszych odwiedzin w środowisku rodzinnym, a w wyjątkowych sytuacjach podczas drugich odwiedzin.

Na poszczególnych stronach dokumentacji, dotyczących gromadzenia danych, pielęgniarka zakreśla ocenę pozytywną lub oznacza i wpisuje nieprawidłowości dla określonej cechy.

Pielęgniarka wykorzystując metodykę gromadzenia danych powinna uzyskać wyczerpujące informacje o pacjencie i jego rodzinie w zakresach: biologicznym z elementami stylu życia, psychicznym, społecznym, rodzinnym i edukacyjnym.

Zgromadzone dane powinny być uzupełnione o diagnozę lekarską zapisaną w języku polskim oraz przeprowadzone przedlekarskie badanie fizykalne np. badanie piersi, obrzęków, pomiar RR (zapisuje się średnią wartość z trzech pomiarów).

Kończąc gromadzenie danych o pacjencie i rodzinie, pielęgniarka powinna pamiętać o własnym podpisie oraz podpisie pacjenta, który jest jego zgodą lub odmową na kontynuowanie procesu pielęgnowania.

Strona czwarta (wolna) służy do dopinania następnych kart lub wpisywania istotnych informacji mających wpływ na proces pielęgnowania, a nie wynikających z diagnozy pielęgniarstwa (np. w dniach od... do... pacjent miał wykonywane zabiegi w innej przychodni: adres, podpis pacjenta).

Właściwa interpretacja zgromadzonych informacji, zaobserwowanych zmian rzutujących na wydolność bio-psycho-społeczną pacjenta i jego rodziny, prowadzi do postawienia diagnozy pielęgniarstwa indywidualnej i rodzinnej, którą pielęgniarka odnotowuje w „Karcie indywidualnej pielęgnacji cd.”. Karta ta służy również do zapisania celu opieki, zaplanowanych działań oraz oceny celu opieki (II – V etap procesu pielęgnowania).

Po sformułowaniu diagnozy i określeniu celu opieki (w rubryce „cel”), pielęgniarka planuje wykonanie określonych interwencji pielęgniarstwa, które zapisuje w rubryce „planowanie”. Dla zaplanowanego działania pielęgniarka stawia kreski pionowe w rubryce „realizacja” pod wyznaczonymi datami. Zrealizowanie czynności potwierdza poprzez dostawienie (do wcześniejszej kreski pionowej) kreski poziomej, aby powstał znak „+”

Jeżeli działanie nie będzie kontynuowane, pielęgniarka powinna postawić po jego zakończeniu znak „>>” oznaczający zakończenie działania. Jeżeli dana czynność została zaplanowana, a z określonych przyczyn nie wykonana, pielęgniarka w miejscu, w którym znajduje się kreska pionowa (oznaczająca plan) – stawia znak „>>”.

W rubryce „ocena celu opieki” pielęgniarka wpisuje stopień osiągnięcia celu (osiągnięty, osiągnięty częściowo, nieosiągnięty). Jeżeli cel nie został osiągnięty pielęgniarka powinna podać przyczynę jego niezrealizowania (np. krótki czas realizacji, niestosowanie się pacjenta do ustalonych działań). Ze względu na ciągłość i dynamiczność procesu pielęgnowania cele niezrealizowane powinny być w miarę możliwości ponawiane po uwzględnieniu czynników, które wpłynęły na zaburzenie realizacji procesu. Karta indywidualnej pielęgnacji posiada również miejsce na wpisanie kodów procedur pielęgniarstwa, które obecnie są w trakcie opracowywania.

**UWAGA!** „Karta indywidualnej pielęgnacji dziecka w środowisku rodzinnym” różni się od „Karty indywidualnej pielęgnacji w środowisku rodzinnym” zbiorem informacji, lecz zasada uzupełniania danych jest taka sama.

#### Dokumentacja uzupełniająca

Karta informacyjna pielęgniarstwa rodzinnej z wizyty profilaktycznej u dziecka jest zbiorem danych o rozwoju psychofizycznym, pielęgnacji i sytuacji bytowej dziecka, może również służyć do przekazywania informacji lekarzowi opiekującemu się dzieckiem.

Karta informacyjna pielęgniarstwa/położnej rodzinnej służy do przekazania informacji o wykonaniu zlecenia, lekarzowi wystawiającemu kartę zleceń zabiegów pielęgniarstwa bądź niezbędnych informacji o pacjencie/rodzinie innemu członkowi zespołu terapeutycznego.

#### Dokumentacja zewnętrzna

Karta zleceń lekarskich służy lekarzowi do zlecenia zabiegów wykonywanych przez pielęgniarkę/położną. Pielęgniarka/położna potwierdza podpisem wykonanie zlecenia. Po wykonaniu zlecenia lekarskiego, w rubryce „ocena” zapisuje „wykonano bez powikłań, powikłania ..., przyczyna ...”.

Karta zleceń lekarskich powinna w oryginale pozostać w dokumentacji pielęgniarstwa rodzinnej.

**UWAGA!** Każdy wpis powinien zawierać dane identyfikujące pielęgniarkę (nazwisko i imię, posiadany tytuł zawodowy/naukowy i aktualny numer prawa wykonywania zawodu) oraz podpis pielęgniarstwa rodzinnej.

Ze względu na ograniczenie pól pozwalających na umieszczenie pieczętki, pielęgniarka może przystawić ją jednorazowo w wyznaczonym na karcie miejscu. Takie rozwiązanie pozwala na późniejsze wpisanie tylko swojego imienia i nazwiska w rubrykach przeznaczonych na pieczętkę.

### **III. Wyposażenie pielęgniarki rodzinnej w materiały pomocnicze**

Dokumentowanie procesu pielęgnowania może być bardziej efektywne dzięki wykorzystaniu dostępnych dla pielęgniarki materiałów pomocniczych m.in.:

- oznaczenia zapisu graficznego środowisk epidemiologicznych,
- wskaźniki w ocenie zagrożeń zdrowia,
- siatki centylowe dla dzieci,
- zakres i terminy świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży,
- aktualny kalendarz szczepień ochronnych,
- skala punktowa oceny ryzyka odleżyn NORTON lub DOUGLAS itp.,
- skala punktowa do oceny sprawności ruchowej pacjenta BARTHEL,
- kody międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10,
- wykaz świadczeń pielęgniarki rodzinnej (do czasu utworzenia katalogu procedur medycznych w opiece pielęgniarskiej),
- dziennik pracy pielęgniarki rodzinnej (może służyć do planowania pracy, fotografii dnia oraz do gromadzenia danych statystyczno-sprawozdawczych),
- literatura i materiały edukacyjne – w zależności od potrzeb.



## KOPERTA ZBIORCZA RODZINY

ADRES ZAMELDOWANIA					
Kod poczt.	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania	Telefon
DANE OSOBOWE - OSÓB ZDEKLAROWANYCH					
L.p	Nazwisko	Imię	Data urodzenia (dz., m -c, rok)	Stopień pokrewieństwa*	Kod ICD 10**
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
ZAMIESZKANIE					
Liczba osób zamieszkających:					
Budynek: jednorodzinny ..... , wielorodzinny .....					
piętro: ..... , winda: ..... , balkon: .....					
Mieszkanie: metraż ..... m <sup>2</sup> , liczba izb: ..... , liczba posłań: .....					
liczba okien: ..... <b>jest warsztatem pracy:</b> .....					
Cechy:.....					
Zaopatrzenie w wodę: .....					
Ogrzewanie: .....					
Kanalizacja: .....					
VC: .....					
Inne: .....					
Objaśnienia: * w stosunku do 1 osoby, ** choroby przewlekłej					
Graficzny zapis struktury i cech zdrowia rodziny					

ZOZ Ł-B II  
ul. Motylowa 4

## KOPERTA ZBIORCZA RODZINY

ADRES ZAMELDOWANIA					
Kod poczt.	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania	Telefon
91-312	Łódź	Lipowa	15	17	042-99-99-99

### DANE OSOBOWE - OSÓB ZDEKLAROWANYCH

L.p	Nazwisko	Imię	Data urodzenia (dz., m -c, rok)	Stopień pokrewieństwa*	Kod ICD 10**
1.	Kalinowska	Iga	14.11.1977	—	—
2.	Kalinowska	Anna	12.05.2001	córka	—
3.	Kalinowski	Bartosz	31.09.2001	syn	—
4.					
5.					
6.					

### ZAMIESZKANIE

Liczba osób zamieszkałych: 4

Budynek: *jednorodzinny*

piętro: *nie* winda: *nie* balkon: *taras*

Mieszkanie: metraż 120 m<sup>2</sup>, liczba izb: 7, liczba postać: 4

liczba okien: 7 **jest warsztatem pracy: nie**

Cechy: *suche, widne, słoneczne*

Zaopatrzenie w wodę: *studnia głębinowa*

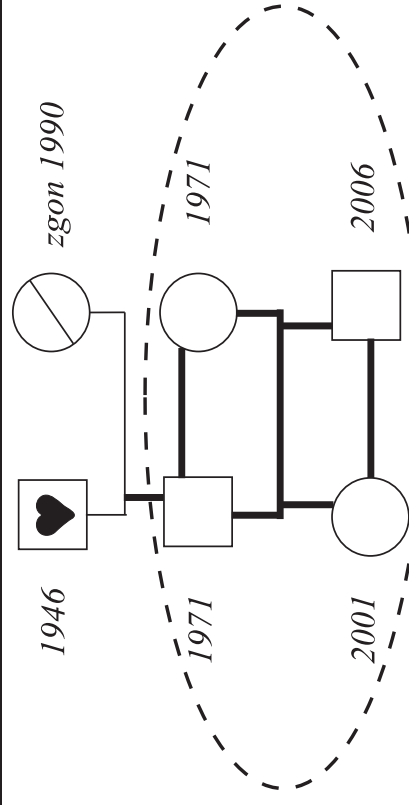
Ogrzewanie: *centralne*

Kanalizacja: *szambo*

VC: *w mieszkaniu*

Inne: *nie*

### Graficzny zapis struktury i cech zdrowia rodziny



Objaśnienia: \* w stosunku do 1 osoby, \*\* choroby przewlekłej

Pieczęć zoz/praktyki pielęgniarskiej		KARTA INDYWIDUALNEJ PIELĘGNACJI W ŚRODOWISKU RODZINNYM				Data rejestracji	
						Data urodzenia	
		Imię					
Nazwisko							
		Adres zameldowania					
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania	Telefon		
		Adres zamieszkania					
<b>Lekarz poz:</b>		<b>Opiekun - stopień pokrewieństwa:</b>					
Nazwisko: .....		Nazwisko: .....					
Imię: .....		Imię: .....					
<b>Adres ZOZ/praktyki lekarskiej:</b>		<b>Adres zameldowania:</b>					
Kod pocztowy		-		Kod pocztowy			
Miejscowość: .....		Miejscowość: .....					
Ulica: .....		nr		nr..... m.....			
Telefon: .....		Telefon: .....					
		Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie informacji dotyczącej diagnozy pielęgniarskiej wyżej wskazanej osobie					
		..... podpis pacjenta					

INFORMACJE W ASPEKTACH:	
Biologicznym	
Istniejące choroby: dgn. lekarska: .....	.....
Pomiary: RR: ...../..... mm Hg, tętno: ..... Masa ciała: ..... kg, wzrost: ..... cm , BMI: ..... Szczepienia: .....	liczba uderzeń/min., cechy: ..... ..... ..... typ tycia: .....
Zętasane dolegliwości i zaburzenia funkcjonowania organizmu w układów:	Nerwowego: .....
	Krażenia: .....
	Trawiennego: .....
	Moczowego: .....
	Płciowego: .....
	Alergie: .....
	Sen: liczba godzin: .....
	Oddechowego: .....
	Zmysły: .....
	Dokrewnego: .....
Kostno-m-szkieletowego: .....	
Skóra: .....	
Mowa: .....	
Ból: .....	
Odżywianie: .....	żywnie: .....
Uzależnienia: .....	przywyczajenia: .....
Wypoczynek: .....	..... pkt (ocenić wg skali Barthel): .....
Sprawność fizyczna: .....	spełniają funkcje: .....
Pomocnicze środki rehabilitacyjne: .....	Kontakt z lekarzem poz: .....
Kontakt z położną: .....	.....
Psychologicznym	
Kontakt słowny: .....	Forma wypowiedzi: ..... Zachowanie: .....
Podstawowe możliwości umysłowe: .....	.....
Orientacja: .....	Osobowość: .....
Ocena sytuacji życiowej: .....	Reakcja na sytuacje trudne: .....
* właściwe zakreślić/opisać	

Społecznym	
Stan cywilny: .....	Wykształcenie: ..... Źródło utrzymania: .....
Zawód wyuczony: .....	Zawód wykonywany: .....
Charakter pracy: .....	Liczba godzin pracy/nauki: ..... Czas na dojazdy - godz. ....
Zagrożenia w miejscu pracy/nauki: .....	
Pełnienie ról: .....	Sposób komunikowania się z otoczeniem: .....
Rodzinnym	
Rodzinne występowanie chorób: .....	Zagrożenia ekologiczne: .....
Uzależnienia: .....	
Warunki materialne: .....	
Wyposażenie mieszkania: .....	
Higiena w rodzinie: .....	
Więzi w rodzinie: .....	
Wydolność opiekuńczo-pielęgniarska: .....	godz. deficytu opieki od ..... do .....
Edukacyjnym	
Wiedza o zdrowym stylu życia: .....	Wiedza o samokontroli i samoopiece: .....
Wiedza o profilaktyce chorób występujących w rodzinie: .....	
Wiedza o własnej chorobie: .....	Umiejętności w samokontroli i samoopiece: .....
Data wywiadu:	Nr prawa wyk. zawodu: ..... Podpis pielęgniarki:
* właściwie zakreślić/opisać	

Miejsce na dokończenie "Karty indywidualnej pielęgnacji cd."

KARTA INDYWIDUALNEJ PIELĘGNACJI CD.																	
Nazwisko i imię pacjenta								PESEL									
Data Nr dgn	Diagnoza							Cel					Planowane działania				

Uwaga! Każdej diagnozie nadaj liczbę porządkową, oddziel kolejną diagnozę wyrażną linią, po planowaniu







INFORMACJE W ASPEKTACH:

**Biologicznym**

Istniejące choroby: **dgn. lekarska: usunięcie migdałków podniebiennych - 1992 r.**  
 Pomiary: RR: 120/80 mm Hg, **tętno: 74** uderzeń/min., **cechy: miarowe, dobrze napięte**  
 Masa ciała: 62,500 kg, wzrost: 170 cm, BMI: 22 Ocena: *norma*, WHR: 0,58, **typ tycia: gruszkowy**  
 Szczepienia: *trzykrotnie WZW w 1992 r.*

Zgłaszane dolegliwości i zaburzenia funkcjonowania organizmu

**Nerwowego: nie zgłasza**  
**Krażenia: guzki krwawnicze odbytu - w trakcie leczenia**  
**Trawiennego: nie zgłasza**  
**Moczowego: nie zgłasza**  
**Pciowego: nie zgłasza**  
**Alergie: nie zgłasza**  
**Sen: spokojny liczba godzin: 8,**  
**Oddechowego: nie zgłasza**  
**Zmysły: nie zgłasza**  
**Dokrewnego: nie zgłasza**  
**Kostno-m-szkielestowego: nie zgłasza**  
**Skóra: bez zauważalnych zmian**  
**Mowa: prawidłowa**  
**Ból: nie zgłasza**

**Odżywianie: racjonalne, obecnie dostosowane dla potrzeb karmienia piersią żywienie: samodzielne**  
**Uzależnienia: nie, przyzwyczajenia: mocna herbata w ciągu dnia**  
**Wypoczynek: racjonalny, czynny**  
**Sprawność fizyczna: pełna, pkt (ocenić wg skali Barthel): nie dotyczy**  
**Pomocnicze środki rehabilitacyjne: nie dotyczy, spełniają funkcje: nie dotyczy**  
**Kontakt z położną: utrzymamy, ostatnia wizyta 26.10.2006 r.. Kontakt z lekarzem poz: utrzymamy, obecnie w trakcie leczenia**

**Psychologicznym**

**Kontakt słowny: prawidłowy - logiczny**      **Forma wypowiedzi: poprawna**      **Zachowanie: spokojne, swobodne**  
**Podstawowe możliwości umysłowe: bez zastrzeżeń**  
**Orientacja: prawidłowa**      **Osobowość: pacjentka określa się jako osoba prospołeczna**  
**Ocena sytuacji życiowej: prawidłowa**      **Reakcja na sytuacje trudne: pacjentka radzi sobie w sytuacjach stresowych**

\* właściwie zakreślić/opisać

Społecznym	
Stan cywilny: <i>zamężna</i>	Wykształcenie: <i>wyższe ekonomiczne</i> Źródło utrzymania: <i>stata pensja wystarczająca na pokrycie potrzeb</i>
Zawód wyuczony: <i>mgr organizacji i zarządzania</i>	Zawód wykonywany: <i>kierownik kadr</i>
Charakter pracy: <i>stanowisko pracy stresujące, obecnie pacjentka przebywa na urlopie macierzyńskim</i>	
Liczba godzin pracy/nauki: <i>8 - 10</i>	Czas na dojazdy - <i>godz. 2</i>
Zagrożenia w miejscu pracy/nauki: <i>nie ma</i>	
Pełnienie ról: <i>spełnia się w roli matki, żony, córki, sąsiadki</i>	Sposób komunikowania się z otoczeniem: <i>poprawny</i>
Rodzinnym	
Rodzinne występowanie chorób: <i>nie</i>	Zagrożenia ekologiczne: <i>nie</i>
Uzależnienia: <i>mąż wypala 20 papierosów dziennie, pacjentka bierny palacz</i>	
Warunki materialne: <i>dobrze</i>	
Wyposażenie mieszkania: <i>w sprzęt gospodarstwa domowego i użytku kulturalnego</i>	
Higiena w rodzinie: <i>prawidłowa</i>	
Więzi w rodzinie: <i>cieple, serdeczne, rodzina wspiera się w sytuacjach trudnych</i>	
Wydolność opiekuńczo-pielęgniacyjna: <i>pełna</i>	godz. deficytu opieki: <i>obecnie nie dotyczy</i>
Edukacyjnym	
Wiedza o zdrowym stylu życia: <i>wystarczająca</i>	Wiedza o samokontroli i samoopiece: <i>wystarczająca</i>
Wiedza o profilaktyce chorób występujących w rodzinie: <i>częściowa</i>	
Wiedza o własnej chorobie: <i>wystarczająca</i>	Umiejętności w samokontroli i samoopiece: <i>wystarczające</i>
Data wywiadu: <i>02.11.2006</i>	Nr prawa wyk. zawodu: <i>00-00-00000000 P</i>
	Podpis pielęgniarki: <i>Wiestawa Bogusz</i>
właściwie zakreślić/opisać	
Str. 3	

KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI CD.													
Nazwisko i imię pacjenta		Kalinowska Iga											
Data Nr dgh		Diagnoza				Cel				Planowane działania			
13.12.2006		I. Choroba teścia (cukrzyca) i palenie papierosów przez męża mogą zagrażać zdrowiu rodziny				I/1. Uświadomienie zagrożeń zdrowia				Wyjaśnienie istoty choroby			
										Uwrażliwienie na pojawiające się symptomy cukrzycy			
										Omówienie znaczenia żywienia i ruchu w zapobieganiu cukrzycy			
										Zmotywowanie do systematycznych wizyt lekarskich członków rodziny			
										Dostarczenie literatury (broszur) na temat zdrowego stylu życia oraz cukrzycy			
										Uświadomienie o szkodliwości palenia papierosów dla zdrowia rodziny			
										Zmotywowanie pacjentki do rozmowy z mężem na temat rzucenia palenia papierosów			
										Wskazanie środków zastępczych w paleniu oraz adresów placówek wsparcia instytucjonalnego			
										Monitorowanie zachowań prozdrowotnych w rodzinie			

Uwaga! Każdej diagnozie nadaj liczbę porządkową, oddziel kolejną diagnozę wyraźną linią, po planowaniu

Str.





INFORMACJE W ASPEKTACH:	
Biologicznym	Wiek dziecka: .....
Istniejące choroby, wady, zabiegi operacyjne, dgn. lekarska: .....	
Szczepienia ochronne: .....	
Rozwój fizyczny: .....	
Jama ustna: .....	Liczba zębów: .....
mowa: .....	
Wygląd skóry: .....	
Informacje uzyskane od rodziców/opiekunów	
Karmienie/pojenie/ żywienie: .....	
Soki/owoce: .....	odżywianie: .....
Wydalenie: mocza: .....	stolec: .....
Dolegliwości: .....	Sen: .....
Inne uwagi: .....	
Spacery: .....	wypoczynek: .....
Pielęgnacja i higiena dziecka	
Higiena i wyposażenie kąpieliska dziecka	
* właściwie zakreślić/opisać	



Psychicznym	
Rozwój psychiczny: .....	.....
Reakcja na bodźce: .....	.....
Rozwój mowy: .....	Zachowanie: .....
Społecznym	
Rodzina: .....	Warunki materialne: .....
Dane rodziców: matka - rok ur.: .....	ojciec - rok ur.: .....
Wykształcenie: .....	wykształcenie: .....
Źródło utrzymania: .....	.....
Miejsce bytowania dziecka: .....	.....
Liczba godzin przebywania: .....	czas na dojazdy: .....
Rodzinnym	
Rodzinne występowanie chorób: .....	Zagrożenia ekologiczne: .....
Uzależnienia/przyzwyczajenia: .....	.....
Higiena w rodzinie: .....	.....
.....	.....
Więzi w rodzinie: .....	.....
Wydolność opiekuńczo-pielęgniacyjna: .....	.....
.....	.....
Liczba godzin deficytu opieki: .....	.....
Edukacyjnym: rodzica (opiekuna) dziecka	
Wiedza o rozwoju psychofizycznym dziecka: .....	Wiedza o żywieniu dziecka: .....
Wiedza o pielęgnacji dziecka: .....	Wiedza o profilaktyce chorób występujących w rodzinie: .....
Wiedza o szczepieniach i badaniach profilaktycznych: .....	Wiedza o chorobie dziecka: .....
Umiejętności w opiece nad dzieckiem: .....	Wiedza o zdrowym stylu życia: .....
Kontakt z lekarzem:	
Zalecenia lekarskie wydane rodzicom/opiekunom	Witaminy, leki: .....
	podawane wg wskazań lekarza: .....
	inne: .....
	..... wykonane: .....
Data wywiadu:	Nr prawa wyk. zawodu:
	Podpis pielęgniarki:

Miejsce na doklejenie "Karty indywidualnej pielęgnacji cd."


KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI CD.																
Nazwisko i imię pacjenta					PESEL						Planowane działania					
Data Nr dgh					Cel											
Diagnoza																

Uwaga! Każdej diagnozie nadaj liczbę porządkową, oddziel kolejną diagnozę wyraźną linią, po planowaniu

Str.

<b>KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI CD.</b>																
Kod procedury	Realizacja															
	Data															
Ocena osiągniętego celu Data																
Czytelny podpis pielęgniarki																

Legenda: I - czynność zaplanowana    + czynność wykonana    >> zakończenie działania    Str.

<b>ZOZ Ł-B 11</b> ul. Motylowa 4 piel. Bogusz Wiestawa Pieczęć zoz/praktyki pielęgniarskiej		<b>KARTA INDYWIDUALNEJ          PIELEGNACJI DZIECKA          W ŚRODOWISKU          RODZINNYM</b>				Data rejestracji <i>02.11.2006 r.</i>																							
		Nazwisko <i>Kalinowski</i>		Imię <i>Bartosz</i>		Data urodzenia <i>31.09.2006 r.</i>																							
		Miejsowość <i>Łódź</i>		Nr domu <i>15</i>		Nr mieszkania <i>17</i>																							
		Kod pocztowy <i>91-312</i>		Adres zameldowania Ulica <i>Lipowa</i>		Telefon <i>042-99-99-99</i>																							
		Adres zamieszkania 		Adres zamieszkania 																									
<b>Lekarz poz:</b> Nazwisko: <i>Kisielewska</i> Imię: <i>Aleksandra</i>		<b>Rodzic - opiekun prawny:</b> Nazwisko: <i>Kalinowski</i> Imię: <i>Adam</i>																											
<b>Adres ZOZ/praktyki lekarskiej:</b> Kod pocztowy <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>1</td><td>-</td><td>3</td><td>6</td><td>2</td></tr></table> Miejsowość: <i>Łódź</i> Ulica: <i>Piękna 12</i> Telefon: <i>042-10-10-10</i>		9	1	-	3	6	2	PESEL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>7</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table> <b>Adres zameldowania:</b> Kod pocztowy <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>1</td><td>-</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td></tr></table> Miejsowość: <i>Łódź</i> Ulica: <i>Lipowa 15 m. 17</i> Telefon: <i>042-99-99-99 lub kom. 600-000-000</i>						7	1	1	1	1	1	0	0	0	0	9	1	-	3	1	2
9	1	-	3	6	2																								
7	1	1	1	1	1	0	0	0	0																				
9	1	-	3	1	2																								
		Podpis 																											
		..... Podpis																											
		* właściwe zakreślić/opisać																											

INFORMACJE W ASPEKTACH:		Wiek dziecka: .....
Biologicznym		
Istniejące choroby, wady, zabiegi operacyjne, dgn. lekarska: <i>nie</i>		
Szczepienia ochronne: <i>zgodne z kalendarzem szczepień</i>		
Rozwój fizyczny: <i>utrzymuje głowę przy podciąganiu do pozycji siedzącej</i>		
Jama ustna:	<i>śluzówka jamy ustnej różowa, bez zauważalnych zmian, higiena prawidłowa</i>	liczba zębów: <i>0</i>
mowa: <i>nie dotyczy</i>		
Wygląd skóry: <i>czysta, różowa, bez wykwitów patologicznych, dobrze napięta</i>		
Informacje uzyskane od rodziców/opiekunów		
<b>Karmienie/pojenie/żywienie:</b> <i>karmione mlekiem matki na żądanie, czasem dopajane wodą z glukozą, po karmieniu dziecko ulewa twarożkiem, matka karmi w pozycji leżącej</i>		
Soki/owoce:	<i>nie otrzymuje</i>	odżywianie: <b><i>nie dotyczy</i></b>
Wydalanie: mocz:	<i>oddaje bez powikłań</i>	<b>stolec:</b> <i>papkowaty 3 - 4 razy na dobę</i>
Dolegliwości:	<i>matka nie zgłasza</i>	sen: <i>liczba godzin 20, spokojny, budzi się na karmienie i gdy ma mokro</i>
Inne uwagi:	<i>matka nie zgłasza</i>	wypoczynek: <i>nie dotyczy</i>
Spacery: <i>wychodzi codziennie na 2 - 3 godziny</i>		
<b>Pielęgnacja i higiena dziecka</b>	<i>Prawidłowa, dziecko kąpane codziennie we własnej wanience, bielizna osobista czysta, prasowana, dziecko ma zakładane pieluchy wiele i jednorazowe, często zmieniane</i>	
<b>Higiena i wyposażenie kąpielni dziecka</b>	<i>Ma wydzielony kąpielniczek, śpi we własnym łóżeczku, bielizna pościelowa czysta, kąpiel wyposażony odpowiednio do wieku w kolorowe zabawki, łatwe do utrzymania w czystości - myte</i>	
* właściwie zakreślić/opisać		

<b>Psychicznym</b>	
<b>Rozwój psychiczny:</b> śledzi wzrokiem osobę poruszającą się	
<b>Reakcja na bodźce:</b> reaguje mimiką na kontakt z badającym, na klasnięcie w dłonie, odruch na dźwięk - prawidłowy	
<b>Rozwój mowy:</b> wydaje różne dźwięki - głuzy	<b>Zachowanie:</b> w okresie czuwania dziecko spokojne, pogodne
<b>Společnym</b>	
<b>Rodzina:</b> pełna	Warunki materialne:
<b>Dane rodziców:</b> matka - rok ur.: 1971 wykształcenie: wyższe ekonomiczne	ojciec - rok ur.: 1971 wykształcenie: wyższe techniczne
<b>Źródło utrzymania:</b> dochody stałe, wystarczające na pokrycie potrzeb rodziny	
<b>Miejsce bytowania dziecka:</b> dom, opiekę nad dzieckiem sprawuje matka	
<b>Liczba godzin przebywania:</b> nie dotyczy	czas na dojazdy: nie dotyczy
<b>Rodzinnym</b>	
<b>Rodzinne występowanie chorób:</b> w rodzinie cukrzyca	<b>Zagrożenia ekologiczne:</b> nie
<b>Uzależnienia/przywyczenia:</b> ojciec pali papierosy wychodząc do innego pomieszczenia	
<b>Higiena w rodzinie:</b> mieszkanie czyste, wietrzne, bielizna pościelowa i osobista domowników czysta, miejsce do przygotowywania posiłków nie budzi zastrzeżeń	
<b>Więzi w rodzinie:</b> tak, ciepłe, serdeczne, rodzice dziecka odnoszą się do siebie z szacunkiem	
<b>Wydolność opiekuńczo-pielęgniarska:</b> pełna, matka przebywa na urlopie macierzyńskim, ojciec zajmuje się robieniem zakupów, załatwianiem spraw, pomaga w pracach domowych i opiece nad dziećmi	
<b>Liczba godzin deficytu opieki:</b> nie występuje	
<b>Edukacyjnym: rodzica (opiekuna) dziecka</b>	
<b>Wiedza o rozwoju psychofizycznym dziecka:</b> obecnie wystarczająca	<b>Wiedza o żywieniu dziecka:</b> niewystarczająca
<b>Wiedza o pielęgnacji dziecka:</b> wystarczająca	<b>Wiedza o profilaktyce chorób występujących w rodzinie:</b> częściowa
<b>Wiedza o szczepieniach i badaniach profilaktycznych:</b> obecnie wystarczająca	<b>Wiedza o chorobie dziecka:</b> nie dotyczy
<b>Umiejętności w opiece nad dzieckiem:</b> wystarczające	<b>Wiedza o zdrowym stylu życia:</b> wystarczająca
<b>Kontakt z lekarzem: utrzymany - ostatnia wizyta 20.11.2006</b>	
<b>Zalecenia lekarskie wydane rodzicom/opiekunom</b>	<b>Witaminy, leki:</b> Vigantol 1 x 1 kropla na noc co dwa dni, Cebion 1 x 10 kropli <b>podawane wg wskazań lekarza: tak</b> <b>Inne: nie ma wykonane: nie dotyczy</b>
<b>Data wywiadu:</b> 02.11.2006	<b>Nr prawa wyk. zawodu:</b> 00-00-00000000 P <b>Podpis pielęgniarki:</b> Wiesława Bogusz

KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI CD.													
Nazwisko i imię pacjenta		Kalinowski Bartosz											
Data Nr dgn		Diagnoza			Cel			PESEL					
12.12.2006		I. Matka nie posiada pełnej wiedzy z zakresu prawidłowej techniki karmienia, przez co dziecko ulewa a to zagraża jego zdrowiu.			1. Likwidacja ulewań.			0 0 6 0 9 3 1 0 0 0 0					
14.12.2006		II. Niepełna wiedza matki dotycząca rozwoju psychofizycznego dziecka oraz szczepień ochronnych może być przyczyną zagrożeń zdrowia.			1. Zapobieganie zagrożeniu zdrowia.			0 0 6 0 9 3 1 0 0 0 0					
								Planowane działania					
								Omówienie zasad żywienia niemowlęcia.					
								Dostarczenie literatury dotyczącej znaczenia karmienia piersią.					
								Nauczenie matki techniki karmienia.					
								Monitorowanie karmienia piersią.					
								Uzupełnienie wiedzy matki na temat szczepień ochronnych.					
								Dostarczenie i omówienie kalendarza szczepień.					
								Omówienie profilaktyki stomatologicznej.					
								Monitorowanie rozwoju psycho-fizycznego dziecka.					
Uwaga! Każdej diagnozie nadaj liczbę porządkową, oddziel kolejną diagnozę wyraźną linią, po planowaniu													



KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI CD.

Realizacja

Kod procedury	Data													Ocena osiągniętego celu Data				
	12.12. 2006	13.12. 2006	14.12. 2006	15.12. 2006	02.03 2007													
	>>>+																	
		>>+																
	>>+																	
		+	+	-	-	-	-	-	-									
czytelny podpis pielęgniarki																		

Legenda: I - czynność zaplanowana + czynność wykonana >> zakończenie działania

KARTA INFORMACYJNA PIEŁĘGIARKI RODZINNEJ Z WIZYTY PROFILAKTYCZNEJ U DZIECKA\*

Nazwisko i imię		Adres zameldowania										
Data wizyty	Data urodzenia	Wiek dziecka	PESEL									
<p>Witaminy/leki: .....</p> <p>Inne: .....</p> <p>Podawane wg wskazań lekarza: .....</p>												
<p>Karmienie: .....</p> <p>.....</p> <p>Pojenie: .....</p> <p>Soki/owoce: .....</p> <p>Wydalenie: mocz: ..... stolec: .....</p> <p>Dolegliwości: .....</p> <p>Zachowanie: ..... sen: .....</p> <p>Spacer: .....</p> <p>Inne: .....</p>												
<p>Informacje uzyskane od rodziców /opiekunów</p>												
<p>*Właściwe zakreślić/opisać</p>												

Jama ustna		stan:	liczba zębów:
Skóra		stan:	
Reakcja na bodźce	sluchowe		
	wzrokowe		
	dotyk		
Rozwój psycho-fizyczny i rozwój mowy dziecka			
Pielęgnacja i higiena dziecka			
Higiena i wyposażenie kąpieliska dziecka			
Temat przeprowadzonej rozmowy edukacyjnej			
Zalecenia wydane rodzicom/opiekunom			
Podpis rodziców/opiekunów		Nr prawa wyk. zawodu: Podpis pielęgniarki:	Data i podpis lekarza
*właściwie zakreślić/opisać			

Pieczęć zoz/praktyki pielęgniarskiej	<b>KARTA INFORMACYJNA PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ RODZINNEJ</b>										Data wystawienia karty
<b>Dane pacjenta</b>											
Nazwisko	Imię	Nr PESEL					Nr NFZ				
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica					Nr mieszkania				
<b>Informacje</b>											
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>											
Data przekazania karty:						Nr prawa wykonywania zawodu:					
						Podpis pielęgniarki/położnej:					

Pieczeńć zakładu		<b>KARTA ZLECENÍ LEKARSKICH</b> – w gabinecie zabiegowym* – w domu chorego*										Data wystawienia zlecenia	
<b>DANE PACJENTA</b>													
Nazwisko		Imię		Nr PESEL				Kod NFZ					
Kod pocztowy		Miejscowość		Ulica				Nr domu		Nr lokalu			
<b>NAZWA ZLECENIA</b>													
– nazwa i miejsce podania leku, – badania diagnostyczne, – inne czynności pielęgniarskie:		Dawka jednorazowa		Ilość zabiegów na dobę		Łączna ilość zabiegów		Data rozpoczęcia		Kod usługi			
Kod ICD-10		Zabieg wykonać należy: w obecności lekarza, bez obecności lekarza*										Pieczeńć i podpis lekarza zlecającego	
		Inne zalecenia: .....											
<b>*Wyrażenie zgody na proponowane leczenie:</b> Wyrażam zgodę na proponowane leczenie, jestem poinformowana/y o celu leczenia, postępowania przed, w trakcie i po wykonanym zabiegu.													
.....										data wyrażenia zgody		.....	
.....										podpis pacjenta/opiekuna prawnego*		.....	
Objaśnienia: *właściwe zakreślić													
												Str. 1	



### 3. Dokumentacja położnej rodzinnej

Barbara Dresler, Beata Stokwisz

---

#### I. Wzory dokumentacji

1. Karta wizyt u kobiety ciężarnej.
2. Karta wizyt u położnicy.
3. Karta wizyt patronażowych u noworodka.
4. Karta wizyt u kobiety ze schorzeniem ginekologicznym.
5. Karta indywidualnej pielęgnacji (stanowi ona drugą stronę kart wizyt).

#### II. Zasady dokumentowania

Każda karta wizyt różni się zbiorem informacji, lecz zasada uzupełniania jest taka sama. Na stronie pierwszej położna rodzinna gromadzi dane o podopiecznej/novorodku/niemowlęciu oraz zakreśla, przy każdej kolejnej wizycie, ocenę pozytywną lub oznacza i wpisuje nieprawidłowości dla danej cechy (I etap procesu pielęgnowania). Właściwa interpretacja zgromadzonych informacji, zaobserwowanych zmian rzutuujących na wydolność bio-psycho-społeczną podopiecznej/novorodka/niemowlęcia i jego rodziny, prowadzi do postawienia diagnozy indywidualnej i rodziny, którą odnotowuje w karcie indywidualnej pielęgnacji (stanowi ona drugą stronę kart wizyt). Karta indywidualnej pielęgnacji służy do zapisywania diagnozy, planowania oraz realizacji podejmowanych działań i ich oceny (II - V etap procesu pielęgnowania).

W momencie rozpoznania problemu pielęgnacyjnego położna stawia diagnozę pielęgniarzką. Po sformułowaniu diagnozy i określeniu celu opieki (w rubryce „cel”), położna planuje wykonanie określonych interwencji i wpisuje je w rubrykę „planowanie”. Dla zaplanowanego działania położna stawia kreski pionowe w rubryce „realizacja” pod wyznaczonymi datami. Zrealizowanie czynności potwierdza poprzez dostawienie (do wcześniejszej kreski pionowej) kreski poziomej tak, aby powstał znak „+”.

Jeżeli działanie nie będzie dalej kontynuowane, położna powinna postawić po jego zakończeniu znak „>>” oznaczający zakończenie działania. Jeżeli dana czynność została zaplanowana, a z określonych przyczyn nie wykonana, położna w miejscu, w którym znajduje się kreska pionowa (oznaczająca plan) – stawia znak „>>”.

W rubryce „ocena celu opieki” położna wpisuje stopień osiągnięcia celu (osiągnięty, osiągnięty częściowo, nieosiągnięty). Jeżeli cel nie został osiągnięty położna powinna podać przyczynę jego niezrealizowania (np. krótki czas realizacji, niestosowanie się pacjenta do ustalonych działań). Należy pamiętać, że ze względu na ciągłość i dynamiczność procesu pielęgnowania cele niezrealizowane powinny być w miarę możliwości ponawiane po uwzględnieniu czynników, które wpłynęły na zaburzenie realizacji procesu.

Karta indywidualnej pielęgnacji zawiera również miejsce na wpisanie istotnych informacji mających wpływ na proces pielęgnowania, a nie wynikających z diagnozy pielęgniarzkiej oraz kodów procedur pielęgniarzskich, które obecnie są w trakcie opracowywania.

Do karty wizyt połączonej z kartą indywidualnej pielęgnacji (strona 1 i 2) mogą być dopinane następne karty indywidualnej pielęgnacji. W celu zapewnienia chronologiczności zapisów jej kolejne strony powinny być numerowane.

**UWAGA!** Każdy wpis powinien zawierać dane identyfikujące położną (nazwisko i imię, posiadany tytuł zawodowy/naukowy i aktualny numer prawa wykonywania zawodu) oraz podpis położnej rodzinnej. Ze względu na ograniczenie pól pozwalających na umieszczenie pieczętki, położna może przystawić ją jednorazowo w wyznaczonym na karcie miejscu. Takie rozwiązanie pozwala położnej na późniejsze wpisanie tylko swojego imienia i nazwiska w rubrykach przeznaczonych na pieczętkę.



## KARTA WIZYT U KOBIETY CIĘŻARNEJ\*

**Nazwisko:** ..... **Imiona:** ..... **Adres:** zameldowania: ..... **Zamieszkania:** ..... **Tel.:** .....  
**PESEL:** ..... **Stan cywilny:** ..... **Wykształcenie:** podstawowe  średnie  wyższe  **Zawód wykonywany:** .....  
**Czynna zawodowo**  **niepracująca**  **renta**  **stopień niepełnosprawności ...** **Sytuacja ekonomiczna rodziny:** dochody stałe  okresowe  brak dochodu   
**Warunki mieszkaniowe:** liczba izb: ..... z wygodami  bez wygod  **Zamieszkuje:** sama  z rodziną  liczba osób: .....  
**Higiena osobista i w rodzinie:** bez zastrzeżeń  zastrzeżenia  (jakie?) ..... zależna  ograniczona  ..... **Wzrost:** ..... **BMI:** .....  
**Ocena sprawności fizycznej:** samodzielna  ograniczona  ..... **Zagrożenia w środowisku:** tak/nie (jakie?) .....  
**Zagrożenia rodziny (choroby, uzależnienia):** ..... **Porody (liczba):** siłami natury  przedwczesne  cięcia cesarskie  kleszcze   
**Przeszłość położnicza: Liczba ciąż:** ..... **Liczba poronień:** ..... **Przebieg poprzednich ciąż:** prawidłowy  nieprawidłowy: ..... **Ciąża:** ..... **Poród:** .....  
**Urodzenia (liczba):** żywe  martwe  z wadami rozwojowymi  **Przebieg poprzednich ciąż:** prawidłowy  nieprawidłowy: ..... **Dotychczasowy przebieg ciąży (choroby współistniejące z ciążą, pobyty w szpitalu):** .....  
**Choroby przebyte, trwałe, zabiegi operacyjne, alergie:** ..... **Termin porodu:** ..... **USG:** ..... **Budowa miednicy:** prawidłowa  nieprawidłowa   
**Data ostatniej miesiączki:** ..... **Termin porodu:** ..... **WR:** ujemny  dodatni  **Hbs:** ujemny  dodatni   
**Grupa krwi i Rh:** ..... **Odczyn Coombs'a:** ujemny  dodatni  **Lekarz POZ/Rodzinny:** ..... **Lekarz POZ/Rodzinny:** ..... (imię i nazwisko/zakład/telefon)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie informacji dotyczącej diagnozy pielęgniarstwa wskazanej osobie: (imię i nazwisko/ew. stopień pokrewieństwa) ..... (data) ..... podpis pacjentki

Data wizyty														Brak																
	Tydzień ciąży													Występują																
Parametry	Temp.													Prawidłowa																
	RR													Wydzielina z pochwy	Plamienie															
	Tętno														Krwawienie															
Położenie płodu														Uplawy																
Napjęcie mięśnia macicy														Czytelny podpis położnej																
Ruch płodu														Dodatkowe informacje:																
Tony serca płodu ud./min.																														
Dolegliwości														Brak																
														Nudności																
														Wymioty																
														Żylaki																
														Inne																

\* właściwe zaznaczyć X/opisać



**KARTA WIZYT U POŁOŻNICZY\***

Kod oddziału NFZ: .....

**Nazwisko:** ..... **Imiona:** ..... **Adres:** zameldowania: ..... **Zamieszkania:** ..... **Tel.:** .....  
**PESEL:** ..... **Stan cywilny:** ..... **Wykształcenie:** podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe  **Zawód wykonywany:** .....  
**Czynna zawodowo**  **niepracująca**  **renta**  **stopień niepełnosprawności ...** **Sytuacja ekonomiczna rodziny:** dochody stałe  okresowe  brak dochodu   
**Warunki mieszkaniowe:** liczba izb: ..... z wygodami  bez wygod  **Zamieszkuje:** sama  z rodziną  liczba osób: .....  
**Higiena osobista i w rodzinie:** bez zastrzeżeń  zastrzeżenia  (jakie?) ..... **Poziom wiedzy zdrowotnej:** pełny  częściowy  brak   
**Zagrożenia rodziny (choroby, uzależnienia):** .....  
**Ciąża:** ..... **Poród:** ..... **Data porodu:** ..... **Miejsce porodu:** ..... **Płeć dziecka:** ..... **Masa ciała/długość:** .....  
**Przebieg ciąży i porodu:** ciąża fizjologiczna  wysokiego ryzyka  **Poród:** o czasie  przedwczesny  siłami natury  cięcie cesarskie  kleszcze   
**Urodzenie:** żywe  martwe  **Data wypisu:** ..... **Data otrzymania zgłoszenia:** ..... **Ocena sprawności fizycznej:** samodzielna  ograniczona  zależna   
**Diagnoza lekarska (zalecenia):** .....  
**Lekarz ginekolog/położna:** ..... **Lekarz POZ/Rodzinny:** .....  
 (imię i nazwisko/zakład/telefon) (imię i nazwisko/zakład/telefon)

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie informacji dotyczącej diagnozy pielęgniarzkiej wskazanej osobie:** ..... (imię i nazwisko/ew. stopień pokrewieństwa) (data) podpis pacjentki)

Data wizyty																			
Tydzień pogodu/doba																			
Podstawowe parametry życiowe	Temperatura																		
	RR																		
	Tętno																		
	Miękkie																		
Piersi	Twarde																		
	Objawy zapalne																		
	Prawidłowe																		
Brodawki	Płaskie																		
	Wciągnięte																		
	Zmacerowane																		
	Prawidłowa																		
Laktacja	Słaba																		
	Nadmierna																		
	Zastój pokarmu																		
	Brak																		
		Obkurczenie macy	Prawidłowe tak/nie																
		Odchody	Prawidłowe tak/nie																
			Brak																
		Rana kroczna/ pooperacyjna	Prawidłowe gojenie																
			Nieprawidł. gojenie																
		Brak																	
		Czytelny podpis położnej																	
		Dodatkowe informacje:																	

\* wiaściwe zaznaczyć X/opisać

**KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI**

Nazwisko i imię: .....

Data wizyty	Diagnoza/cel opieki	Planowane działania (interwencje)	Kod proc.	Realizacja					Ocena celu opieki (data i podpis położnej)
				Data					
Czytelny podpis położnej									

UWAGA! Każdą diagnozę oddziel wyraźną linią LEGENDA: I - czynność zaplanowana + czynność wykonana >> zakończenie działania

Nazwisko: *Kowalska* Imiona: *Joanna* Adres: zameldowania: *Łódź, ul. Orla 805* Zamieszkania: *j.p.* Tel.: *602 000 000*  
 PESEL: *7904200000* Stan cywilny: *mężatka* Wykształcenie: podstawowe  zawodowe  wyższe  **Zawód wykonywany:** *rejestratorka medyczna*  
 Czynna zawodowo  niepracująca  renta  stopień niepełnosprawności ... Sytuacja ekonomiczna rodziny: dochody stałe  okresowe  brak dochodu   
 Warunki mieszkaniowe: liczba izb: *4* z wygodami  bez wygod  Zamieszkuje: sama  z rodziną  liczba osób: *3*  
 Higiena osobista i w rodzinie: bez zastrzeżeń  zastrzeżenia  (jakie?) ..... Poziom wiedzy zdrowotnej: pełny  częściowy  brak   
 Zagrożenia rodziny (choroby, uzależnienia): .....

Ciąża: *II* Poród: *I* Data porodu: *24.09.2007* Miejsce porodu: *ICZMP w Łodzi* Płeć dziecka: *"M"* Masa ciała/długość: *2000g/49 cm*  
 Przebieg ciąży i porodu: ciąża fizjologiczna  wysokiego ryzyka  Poród: o czasie  przedwczesny  siłami natury  cięcie cesarskie  kleszcze   
 Urodzenie: żywe  martwe  Data wypisu: *03.10.2007* Data otrzymania zgłoszenia: *04.10.2007* Ocena sprawności fizycznej: samodzielna  ograniczona  zależna   
 Diagnoza lekarska (zalecenia): *Poród pojedynczy przez cięcie cesarskie (wskazanie: cholestaza ciążowa)*

Lekarz ginekolog/położna: *NZOZ Eskulap Stanisław Walczak/Barbara Dresler (tel. 622-00-00)* Lekarz POZ/Rodzinny: *NZOZ Eskulap Anna Kamińska (tel. 643-00-00)*  
 (imię i nazwisko/zakład/telefon) (imię i nazwisko/zakład/telefon)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie informacji dotyczącej diagnozy pielęgniarzkiej wskazanej osobie: *maż Piotr Kowalski* (imię i nazwisko/ew. stopień pokrewieństwa) *04.10.2007* (data) *SDW* (podpis pacjentki)

Data wizyty	04.10	05.10	10.10	18.10.	25.10	07.11	20.11	Obkurczanie macicy	Prawidłowe tak/nie	tak	tak	tak			
Tydzień potogu/doba															
Podstawowe parametry życiowe	Temperatura	<i>norma</i>	<i>norma</i>												
	RR	<i>120/70</i>	<i>125/70</i>	<i>115/75</i>						<i>tak</i>	<i>tak</i>	<i>tak</i>			
	Tętno	<i>72</i>	<i>74</i>	<i>72</i>											
	Miękkie	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>											
Piersi	Twarde														
	Objawy zapalne														
	Prawidłowe			<i>X</i>						<i>X</i>	<i>X</i>				
	Płaskie														
Brodawki	Wciągnięte														
	Zmacerowane	<i>X</i>	<i>X</i>												
	Prawidłowa	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>											
	Słaba														
Laktacja	Nadmierna														
	Zastój pokarmu														
	Brak														
	Czytelny podpis położnej									<i>Barbara Dresler</i>	<i>Barbara Dresler</i>	<i>Barbara Dresler</i>			
Dodatkowe informacje:															

\* właściwe zaznaczyć X/opisać

## KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI

Data wizyty	Diagnoza/cel opieki	Planowane działania (Interwencje)	Kod proc.	Realizacja					Ocena celu opieki (data i podpis położnej)		
				Data							
				04.10.	05.10.	10.10.	18.10.	25.10.	07.11.	20.11.	
4.10. 2007	Położnica zaniepokojona, ponieważ stan zapalny rany pooperacyjnej wzbudza obawy o prawidłowe gojenie się rany. Cel: 1. Zlikwidowanie stanu zapalnego. 2. Uspokojenie pacjentki.	1. Dokonanie oceny rany pooperacyjnej.		+	+	>>					10.10.2007
		2. Założenie opatrunku na ranę pooperacyjną.		+	>>						Cel osiągnięty: rana pooperacyjna goi się prawidłowo
		3. Nauczenie prawidłowej pielęgnacji rany pooperacyjnej.		>>							Barbara Dresler
		4. Monitorowanie gojenia się rany pooperacyjnej.		+	+	>					
		5. Omówienie fizjologii przebiegu porodu.		>>							
		6. Rozmowa na temat higieny porodu.		+	>>	+					
	Nieprawidłowa technika karmienia spowodowała zmacerowanie i bolesność brodawek. Cel: Ułatwienie karmienia piersią.	1. Dokonanie oceny stanu brodawek.		+	+	+	+	+			
		2. Nauczenie prawidłowej techniki karmienia piersią.		>>							
		3. Nauczenie sposobu opróżniania nadmiaru pokarmu z piersi.		>>							
		4. Omówienie zasad prawidłowej pielęgnacji piersi.		>>							
		5. Motywowanie do karmienia piersią.		+	+	+	+	+	+	+	+
		6. Monitorowanie karmienia piersią.		+	+	+	+	+	+	+	+
	Częste nieobecności męża w domu mogą prowadzić do przemoczenia matki w opiece nad dzieckiem. Cel: Wsparcie pacjentki w opiece nad dzieckiem	1. Zastosowanie psychoterapii elementarnej.		+	+	>>					
		2. Przygotowanie ojca do opieki nad dzieckiem.		+	+	>>					
		3. Omówienie znaczenia prawidłowych relacji w rodzinie.		>>							
		4. Zmotywowanie do zorganizowania pomocy w opiece nad dzieckiem w czasie nieobecności ojca.		+	>>	+					
		5. Monitorowanie sprawowania opieki nad dzieckiem.		+	+	+	+	+	+	+	+
Czytelny podpis położnej				Barbara Dresler	Barbara Dresler	Barbara Dresler					

## KARTA WIZYT PATRONAŻOWYCH U NOWORODKA\*

Kod oddziału NFZ: .....

**Nazwisko:** ..... **Imię:** ..... **Data ur.:** ..... **Pieć:** ..... **Adres zameldowania:** ..... **Zamieszkania:** .....  
**Miejsce urodzenia:** ..... **Pesel matki:** ..... **Sytuacja ekonomiczna rodziny:** dochody state  okresowe  bez dochodu

Imię i nazwisko	Wiek	Wykształcenie	Zawód wyk.
Matka			
Ojciec			
Opiekun prawny			

**Szczeplenia - data - seria: WZW:** ..... **BCG:** ..... **Odczyn po szczepieniu BCG/6 tyg.:** .....  
**Test na TSH i FK (data pobrania):** ..... **Ciężar ciała:** ..... **Długość ciała:** ..... **Pkt Apgar:** ..... **Donoszony**  **Wcześniak**  **Dystrofia**   
**Rozpoznanie okołoporodowe/zalecenia:** .....  
**Data wypisu:** ..... **Data otrzymania zgłoszenia:** ..... **Lekarz POZ/Rodzinny:** .....

<b>Data wizyty</b>																			
<b>Tydzień życia</b>																			
<b>Zachowanie</b>	Spokojny																		
	Pobudzony																		
	Apatyczny																		
<b>Ciepłota ciała</b>	Prawidłowa																		
	Niepprawidłowa																		
	Prawidłowy																		
<b>Oddech</b>	Niepprawidłowy																		
	Sapka																		
	Prawidłowa																		
<b>Skóra</b>	Biała																		
	Zażółcona																		
	Zasiniona																		
	Czysta																		
	Zmiany chorobowe																		
<b>Jama ustna</b>	Czysta tak/nie																		
	Suchy																		
	Wilgotny																		
<b>Kikut pępowiny</b>	Stan zapalny																		
	Brak																		
	Suche																		
<b>Dno pępka</b>	Wilgotne																		
	Ziarninujące																		
	Przepuklina																		
<b>Dodatkowe informacje:</b>																			

\* właściwie zaznaczyć X/opisać





Nazwisko: Kowalski Imię: Adam Data ur.: 24.09.2007 Płeć: "M" Adres zameldowania: Łódź, ul. Orła 805 Zamieszkania: j.p.  
 Miejsce urodzenia: ICZMP w Łodzi Pesel matki: 79042000000 Sytuacja ekonomiczna rodziny: dochody state  okresowe  bez dochodu

	Imię i nazwisko	Wiek	Wykształcenie	Zawód wyk.
Matka	Joanna Kowalska	28 lat	średnie	rej. medyczna
Ojciec	Piotr Kowalski	32 lata	średnie	kierowca
Opiekun prawny				

Szczepienia - data - seria: WZW: s.4085 - 25.09.2007 BCG: s. 3736 - 25.09.2007 Odczyn po szczepieniu BCG/6 tyg.: prawidłowy  
 Test na TSH i FK (data pobrania): 27.09.2007 Ciężar ciała: 2000 g Długość ciała: 49 cm Pkt Apgar: 8 Donoszony  Wcześniak  Dystrofia   
 Rozpoznanie okotoprodowe/zalecenia: Wcześniak urodzony w st. og. db. W oddziale żółtaczka fizjologiczna (max p. bil. 13,8 mg%). Zalecone: konsultacja neurologiczna, okulistyczna  
 Data wypisu: 03.10.2007 Data otrzymania zgłoszenia: 04.10.2007 Lekarz POZ/Rodzinny: NZOZ Eskulap - Wojciechowski Paweł (tel. 633-00-00)

Data wizyty	04.10	05.10	10.10	18.10	25.10	07.11	20.11	Spojówki	Bez zmian tak/nie	tak	tak	tak	tak
<b>Tydzień życia</b>	2	2	2	4	5	7	8		Prawidłowe	X	X	X	X
<b>Zachowanie</b>								Sutki	Obrzęk				
									Zaczerwienienie				
									Wydzielina				
<b>Ciepłota ciała</b>								Narządy płciowe	Zaburzenia tak/nie	tak	tak	tak	tak
								Stawy biodrowe	Kontr. USG tak/nie	tak	tak	tak	tak
<b>Oddech</b>									Naturalne	X	X	X	X
								Karmienie	Mieszane				
									Sztuczne				
									Dopajane				
<b>Skóra</b>								Mocz	Zaburzenia tak/nie	nie	nie	nie	nie
								Stolce	Prawidłowe	X	X	X	X
									Nieprawidłowe				
									Ulewanie tak/nie	nie	nie	nie	nie
									Wymioty tak/nie	nie	nie	nie	nie
<b>Jama ustna</b>									Kolka jelitowa tak/nie	nie	nie	nie	nie
									Witamina D 3 kropli/dobę	nie	nie	nie	nie
									Prawidłowa	X	X	X	X
<b>Kikut pępowiny</b>									Nieprawidłowa				
									Spacer				
									Rozwój psychoruchowy	X	X	X	X
<b>Dno pępka</b>									Nieprawidłowy				
									Czytelny podpis położnej	Barbara Dresler	Barbara Dresler	Barbara Dresler	Barbara Dresler

Dodatkowe informacje:

\* właściwie zaznaczyć X/opisać

## KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI

Data wizyty	Diagnoza/cel opieki	Planowane działania (interwencje)	Kod proc.	Realizacja						Ocena celu opieki (data i podpis połoźnej)		
				Data								
				04.10.07	05.10.07	10.10.07	18.10.07	25.10.07	07.11.07	20.11.07		
4.10.2007	<i>Brak umiejętności matki w zakresie opieki nad noworodkiem może zagrazać bezpieczeństwu dziecka. Cel: Zapewnienie bezpieczeństwa dziecku</i>	1. Pokazanie i nauczenie kąpielii noworodka.		+	>>							
		2. Nauczenie wykonywania czynności pielęgnacyjnych.		+	>>							
		3. Przeprowadzenie rozmowy nt. przestrzegania zasad higieny w opiece nad noworodkiem.		>>								
		4. Przekazanie informacji nt. rozwoju fizjologicznego noworodka.		>>								
		5. Omówienie i monitorowanie kamienia piersią.		+	+							
		6. Omówienie zasad bezpiecznego stosowania środków higienicznych i pielęgnacyjnych u noworodka.		>>								
		7. Omówienie zasad przygotowania dziecka do spacerów.				>	>	+				
		8. Omówienie znaczenia szczepień ochronnych.										
		9. Omówienie zasad podawania witamin.										
				1. Dokonanie oceny otarć.		+	+	>>				
4.10.2007	<i>Otarcia na skórze źródłem zakażenia. Cel: Zapobieganie zakażeniu</i>	2. Omówienie zagrożeń związanych z nieprawidłową pielęgnacją okolicy otarć...		>>								
		3. Pouczenie rodziców o konieczności zgłoszenia się do lekarza w przypadku wystąpienia stanu zapalnego w okolicy otarć.		>>								
		4. Monitorowanie gojenia się ran.		+	+	>>						
		5. Przekazanie lekarskiej informacji o stanie zdrowia noworodka.		>>								
Czytelny podpis połoźnej				Barbara Dresler	Barbara Dresler	Barbara Dresler	Barbara Dresler					

## KARTA WIZYT U CHOREJ ZE SCHORZENIEM GINEKOLOGICZNYM\*

Kod oddziału NFZ: .....

Nazwisko: ..... Imiona: ..... Adres: zameldowania: ..... Zamieszkania: ..... Tel.: .....

PESEL: ..... Stan cywilny: ..... Wykształcenie: podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe  Zawód wykonywany: .....

Czynna zawodowo  niepracująca  renta  stopień niepełnosprawności ... Sytuacja ekonomiczna rodziny: dochody stałe  okresowe  brak dochodu

Warunki mieszkaniowe: liczba izb: ..... z wygodami  bez wygod  Zamieszkuje: sama  z rodziną  liczba osób: .....

Higiena osobista i w rodzinie: bez zastrzeżeń  zastrzeżenia  (jakie?) ..... Poziom wiedzy zdrowotnej: pełny  częściowy  brak

Ocena sprawności fizycznej: samodzielna  ograniczona  zależna  Masa ciała: ..... Wzrost: ..... BMI: .....

Zagrożenia rodziny (choroby, uzależnienia): .....

Przeszłość położniczo-ginekologiczna: Cykl miesiączkowy: regularny  nieregularny  brak  Krwawienia miesiączkowe: w normie  niebolesne  bolesne  obfite  skape

Pierwsza miesiączka - rok życia: ..... Ostatnia miesiączka - data/rok życia ..... Liczba ciąż: ..... Liczba poronień: .....

Porody (liczba): siłami natury  cięcia cesarskie  kleszcze  martwe  Choroby przebyte, trwate, zabiegi operacyjne, alergie: .....

Doustne środki antykoncepcyjne: tak  nie  IUD: tak  nie  HTZ: tak  nie  Badania kontrolne-przesiewowe: Samobadanie piersi: wykonuje  jak często: .....

nie wykonuje  USG piersi: nie  tak  data/wynik: ..... Mammografia: nie  tak  data/wynik: ..... Bad. cytologiczne: nie  tak  data/wynik: .....

Desyntometria: nie  tak  data/wynik: ..... Inne badania diagnostyczne: .....

Diagnoza lekarska (zalecenia): .....

Lekarz ginekolog: ..... (imię i nazwisko/zakład/telefon) ..... Lekarz POZ/Rodzinny: ..... (imię i nazwisko/zakład/telefon) .....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie informacji dotyczącej diagnozy pielęgniarzkiej wskazanej osobie: ..... (imię i nazwisko/ew. stopień pokrewieństwa) ..... (data) ..... podpis pacjentki

Data wizyty		Ból		Nie występuje		Występuje	
Parametry	Temperatura						
	RR						
	Tętno						
	Układ krążenia	W normie tak/nie					
	Układ oddechowy	W normie tak/nie					
	Układ nerwowy	W normie tak/nie					
Układ pokarmowy	W normie tak/nie						
Układ moczowy	W normie tak/nie						
Układ płciowy	W normie tak/nie						
Dodatkowe informacje:		Czytelny podpis położnej					

\* właściwie zaznaczyć X/opisać

Nazwisko i imię: .....

Data wizyty	Diagnoza/cel opieki	Planowane działania (interwencje)	Kod proc.	Realizacja					Ocena celu opieki (data i podpis położnej)
				Data					
Czytelny podpis położnej									

UWAGA! Każdą diagnozę oddziel wyrażną linią

LEGENDA: I - czynność zaplanowana

+ czynność wykonana

&gt;&gt; zakończenie działania

## 4. Dokumentacja pielęgniarki i położnej w opiece stacjonarnej

Maria Kowalska, Joanna Lewandowska  
Bożena Pawłowska, Beata Stokwisz

---

### I. Wzory dokumentacji

1. Karta indywidualnej pielęgnacji + wkładka.
2. Karta indywidualnej pielęgnacji noworodka.
3. Karta zleceń lekarskich – leki.
4. Karta zleceń lekarskich – badania/zabiegi.
5. Dokumentacja uzupełniająca:
  - Karta obserwacyjno-bilansowa,
  - Karta profilaktyki i pielęgnacji odleżyn,
  - Karta kontroli tonów serca i ruchów płodu,
  - Karta podawania leków w pompach infuzyjnych,
  - Karta zmiany pozycji,
  - Karta dobowego profilu glukozy we krwi,
  - Karta obserwacji noworodka,
  - Karta obserwacji położnicy,
  - Karta obserwacji ciąży.

### II. Zasady dokumentowania

#### 1. Dokumentacja pielęgniarki i położnej w opiece stacjonarnej

Gromadzenie danych (I etap procesu pielęgnowania) należy przeprowadzić w oparciu o „Przewodnik gromadzenia danych o pacjencie i jego rodzinie”, który powinien być dostępny na stanowisku pracy pielęgniarki/położnej.

Karta indywidualnej pielęgnacji – ogólna

Wzór karty indywidualnej pielęgnacji, który odzwierciedla pozostałe etapy procesu pielęgnowania (II – V) może być wykorzystany w większości oddziałów szpitalnych, w których hospitalizowane są osoby dorosłe i dzieci oraz stacjonarnej i domowej długoterminowej opiece nad chorym.

Na stronie pierwszej znajduje się miejsce na wpisanie: danych identyfikujących pacjenta (nazwisko i imię, wiek, PESEL, nr książki głównej), rozpoznania lekarskiego, daty przyjęcia i wypisu lub zgonu pacjenta, adnotacji o założeniu znaku tożsamości (identyfikatora) dziecku do lat 7, adnotacji o przyjęciu rzeczy pacjenta do depozytu szpitala oraz wskazanie osoby upoważnionej do kontaktu. Na stronie tej pielęgniarka izby przyjęć odnotowuje problemy pacjenta rozpoznane przy przyjęciu oraz czynności pielęgnacyjne wykonane w izbie przyjęć. Na stronie pierwszej zostało również uwzględnione miejsce na dokonanie przez

pielęgniarkę/położną adnotacji o wskazówkach udzielonych pacjentowi/rodzinie w dniu wypisu dotyczących kontynuacji procesu pielęgnowania oraz dalszego trybu życia. Wskazania te powinny zostać uwzględnione przez lekarza prowadzącego w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

Strona druga „karty indywidualnej pielęgnacji cd.” służy do wpisania diagnozy pielęgniarstwa, określenia celu opieki oraz dokonania przez pielęgniarkę oceny, czy założony cel został osiągnięty.

Strona druga zawiera również katalog najczęściej wykonywanych przez pielęgniarkę czynności w opiece nad pacjentem. W momencie sformułowania diagnozy pielęgniarka planuje wykonanie określonych czynności stawiając w odpowiedniej rubryce „Planowanie i realizacja” kreskę pionową, po wykonaniu działania w tej samej rubryce stawia kreskę poziomą w taki sposób, aby powstał znak „+”. Jeżeli działanie nie będzie dalej kontynuowane należy postawić po jego zakończeniu znak „>”. W przypadku, gdy zaplanowane czynności będą kontynuowane podczas następnego dyżuru, pielęgniarka stawia kolejną kreskę pionową dla określonej czynności (zlecenie pielęgniarstwa) w rubryce następnego dyżuru – jako plan dalszej opieki. Stopień osiągnięcia celu pielęgniarstwa/położna wpisuje na stronie drugiej w rubryce „ocena celu opieki” np. cel osiągnięty całkowicie, osiągnięty częściowo lub nieosiągnięty. Pielęgniarka/położna zapisaną ocenę opatruje czytelnym podpisem.

W przypadku wykonania czynności nieuwzględnionych w katalogu pielęgniarka może zapisać tę czynność w wolnej rubryce. Niezwykle ważne jest również udokumentowanie ile razy dana interwencja (czynność) została wykonana. W przypadku proponowanej dokumentacji w rubryce „Planowanie i realizacja” należy wykazać liczbę wykonanych czynności w postaci cyfry arabskiej np. „2 +”. Bieżące informacje mające wpływ na proces pielęgnowania, a nie wynikające z diagnozy pielęgniarstwa mogą być odnotowywane w rubryce „ocena celu opieki”.

Należy pamiętać, że nie powinno się pozostawiać dłuższych okresów bez żadnych wpisów, nawet, gdy pielęgniarka/położna nie rozpoznaje nowego problemu pielęgnacyjnego wymagającego jej interwencji – można wówczas dokonać oceny stanu pacjenta.

Strona druga „Karty indywidualnej pielęgnacji c.d.” może służyć jako kolejna wkładka, jeżeli pacjent przebywa dłużej niż 7 dni lub gdy, zabraknie miejsca na stawianie kolejnych diagnoz pielęgniarstwa. W celu zapewnienia chronologiczności poszczególnych wkładek należy numerować kolejne strony.

Pielęgniarka oddziałowa przed włączeniem karty indywidualnej pielęgnacji do historii choroby i przekazaniem jej do właściwego działu zajmującego się archiwizacją dokumentacji, przegląda kartę pod kątem prawidłowości prowadzenia oraz kompletności sporządzonych załączników. Sprawdzenie dokumentacji potwierdza podpisem na pierwszej stronie karty.

**UWAGA!** Ze względu na różnorodność świadczeń medycznych (specjalności) realizowanych w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej w proponowanych wzorach nie wyodrębniono wszystkich możliwych działań (interwencji pielęgniarstwa) indywidualnych dla danej placówki. Katalog czynności można modyfikować według własnych potrzeb i specyfiki wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej świadczeń medycznych.

#### Karta indywidualnej pielęgnacji noworodka

Karta indywidualnej pielęgnacji noworodka zakładana jest przez położną bloku porodowego, która zapisuje na stronie pierwszej problemy pielęgnacyjne i działania (interwencje) wykonane w bloku porodowym. Jeżeli noworodek jest przyjmowany z domu karta ta zakładana jest przez pielęgniarkę/położną oddziału noworodkowego.

Na stronie pierwszej karty pielęgniarka/położna oddziału noworodkowego zapisuje informacje o stanie noworodka w chwili przyjęcia. Na stronie pierwszej, podobnie jak w karcie indywidualnej pielęgnacji – ogólnej, zostało również uwzględnione miejsce na dokonanie przez pielęgniarkę/położną adnotacji

o wskazówkach udzielonych matce/rodzicom w dniu wypisu noworodka. Wskazania te powinny zostać uwzględnione przez lekarza prowadzącego w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.

Druga strona karty indywidualnej pielęgnacji noworodka umożliwia udokumentowanie I – IV etapu procesu pielęgnowania. Zasada dokonywania wpisów jest taka sama jak w karcie indywidualnej pielęgnacji – ogólnej.

## **2. Indywidualna karta zleceń lekarskich – leki oraz indywidualna karta zleceń lekarskich – badania/zabiegi**

Pielęgniarka/położna opiekując się pacjentem realizuje także czynności zlecone przez lekarza np. podaje leki, wykonuje zabiegi, pobiera materiał diagnostyczny do badania.

Zgodnie z Kodeksem Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej: *Pielęgniarsce/położnej nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację lekarza i pacjenta z wyjątkiem sytuacji nagłych, stanowiących zagrożenie życia pacjenta* (Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”).

Indywidualna karta zleceń lekarskich – leki służy do udokumentowania procesu leczenia związanego z podawaniem pacjentowi środków farmakologicznych.

Lekarz prowadzący lub sprawujący opiekę nad pacjentem zapisuje w karcie nazwę leku, który ma zostać podany pacjentowi, jego dawkę, częstotliwość i drogę podania. Sporządzone w ten sposób zlecenie opatruje podpisem w odpowiedniej rubryce. Zastosowanie przez lekarza skróconego podpisu, w proponowanej karcie, jest możliwe tylko wtedy, jeżeli umieści on wcześniej w górnej części karty swoją pieczęć (zawierającą dane identyfikujące: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu) oraz wzór stosowanego podpisu. Pielęgniarka/położna wykonująca zlecenie potwierdza jego wykonanie czytelnym podpisem we właściwej rubryce. Dla uniknięcia powikłań związanych z podawaniem leków powinniśmy pamiętać o dokonaniu w karcie adnotacji o ewentualnych alergiach występujących u pacjenta (rodzaj alergii można zapisać np. kolorem czerwonym). Ważne jest również zapisanie w karcie masy ciała pacjenta, ponieważ w przypadku niektórych leków (szczególnie podawanych dzieciom) od jej wartości zależy wielkość dawka zleconego przez lekarza leku.

Indywidualna karta zleceń lekarskich – badania/zabiegi służy do zapisywania przez lekarza zleconych badań diagnostycznych oraz zabiegów wykonywanych przez pielęgniarki np. cewnikowanie pęcherza moczowego, zgłębnikowanie żołądka, podawanie tlenu, itp. Na pierwszej stronie karty zostały wymienione najczęściej wykonywane u pacjentów badania diagnostyczne. Takie rozwiązanie pozwala na zobrazowanie procesu diagnostycznego u pacjenta przez cały okres jego hospitalizacji np. w odniesieniu do konkretnego badania.

Druga strona karty umożliwia zlecenie badań diagnostycznych nie wymienionych na stronie pierwszej, jak również wspomnianych wcześniej zabiegów wykonywanych przez pielęgniarkę na zlecenie lekarza. Zlecenie badania/zabiegu powinno zostać opatrzone skróconym podpisem lekarza zlecającego oraz czytelnym podpisem pielęgniarki wykonującej. Na stronie tej zostało również uwzględnione miejsce na zapisanie przez pielęgniarkę/położną ewentualnych uwag np. pacjent nie wyraził zgody na pobranie krwi lub wykonanie zabiegu, brak odczynnika w laboratorium itp.

## **3. Dokumentacja uzupełniająca**

Prowadząc karty z dokumentacji uzupełniającej należy stosować się do zawartych w nich objaśnień w zakresie symboliki lub wymagań określonych w tabelach.



KARTA INDYWIDUALNEJ PIELĘGNACJI												Strona	1		
Piecątka oddziału	NAZWIŚKO I IMIĘ PACJENTA				WIEK				NUMER PESEL				Nr sali	Nr księgi głównej	
	PRZYJĘCIA				OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU				DIAGNOZA LEKARSKA				Depozyt szpitala*	identyfikator**	
data	godz.					telefon				tak	nie	tak	nie		
										WYPIS*	ZGON*				
										data	godz.				
PROBLEMY PACJENTA W CHWILI PRZYJĘCIA (wypełnia izba przyjęć)												WSKAZÓWKI PIELĘGNACYJNE PRZY WYPISIE (wypełnia oddział)			
Czynności pielęgnacyjne															
Data												Czytelny podpis pielęgniarki/położnej udzielającej wskazówek		Załączniki do karty:	
Czytelny podpis pielęgniarki/położnej												Piecątka i podpis pielęgniarki/położnej oddziałowej			
Data												Czytelny podpis pielęgniarki/położnej			

\* właściwe zaznacz X

\*\* dotyczy dzieci do lat 7



## KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI CD.

Strona 2

Pieczątką oddziału ..... Nazwisko i imię: .....

Data Godz.	Diagnoza pielęgniarstwa/ cel opieki	Ocena celu opieki		Kod proc.	Interwencje pielęgniarstwa (czynności pielęgnacyjne)	Planowanie i realizacja opieki																
		Data	Ocena słowna + podpis pielęgniarki/położnej			DATA																
		Godz.				D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	
					Przyjęcie do oddziału wg standardu /kategoria opieki																	
					Toaleta częściowa w łóżku																	
					Toaleta całkowita w łóżku																	
					Toaleta kroczna																	
					Toaleta jamy ustnej																	
					Kąpiel																	
					Ścielenie łóżka																	
					Zmiana bielizny pościelowej																	
					Zmiana bielizny osobistej																	
					Zmiana (P-pieluchomajtek, W-wkładki)																	
					Podanie (k-kaczki, B-basenu, N-nocnika)																	
					N-nacieranie, O-oklepywanie pleców																	
					Obserwacja cewnika - k. obserwacyjna																	
					Obserwacja kaniuli - k. obserwacyjna																	
					Profilaktyka p/odleżynowa - k. profilaktyki																	
					Pomoc przy karmieniu																	
					Karmienie																	
					Pojenie																	
					Elementy rehabilitacji przyłożkowej																	
					Pomoc w chodzeniu																	
					Gimnastyka oddechowa																	
					Kontrola tętna i ruchów płodów - k. kontroli																	
					O-opróźnianie piersi, H-hramowanie laktacji																	
					Kontrola piersi																	
					Badanie ginekologiczne (przez położną)																	
					Wymiana worka stomijnego																	
					Bilans płynów - k. obs.-bilans.																	
					Zmiana pozycji ułożeniowej - k. zmiany																	
					Czytelne podpisy pielęgniarzek/położnych																	

UWAGA! Każdą diagnozę oddziel wyrażną linią. LEGENDA: 1 - czynność zaplanowana + czynność wykonana 2,3,.....krotność wykonania czynności >>> zakończenie działania

KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI													Strona	1						
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej		NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA						NUMER PESEL				Nr sali	Nr księgi głównej							
		N	O	W	A	K	O	W	S	K	I					7	1254/07			
PRZYJĘCIE		J	A	C	E	K										Depozyt szpitala*	tak	nie	nie	identyfikator**
data		OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU						DIAGNOZA LEKARSKA				tak	nie	tak	nie					
23.09.2007 19:30		Nowakowska Jadwiga - żona						Złamanie kości piszczelowej prawej				X								
		PROBLEMY PACJENTA W CHWILI PRZYJĘCIA (wypełnia izba przyjęć)						WSKAZÓWKI PIELEGNACYJNE PRZY WYPISIE (wypełnia oddział)				WYPIS*	X	ZGON*						
1. Pacjent osłabiony - miał trudności z samodzielną zmianą bielizny osobistej oraz zdjęciem obuwia.		1. Pacjent osłabiony - miał trudności z samodzielną zmianą bielizny osobistej oraz zdjęciem obuwia.						1. Chodzenie bez obciążenia złamanej kończyny.				Data	09.10.2007	godz.	13:40					
2. Pacjent cierpiący, każda zmiana pozycji wywołuje ból złamanej kończyny.		2. Pacjent cierpiący, każda zmiana pozycji wywołuje ból złamanej kończyny.						2. Unikanie zakładania nogi na nogę i krzyżowania nóg w czasie siedzenia, stania lub leżenia.												
		Czynności pielęgnacyjne						3. Unikanie skręcania kolan do wewnątrz.												
								4. Unikanie siadania na dnie wanny (lepiej korzystać z siedziska pod prysznicem).												
								5. Unikanie siedzenia dłużej niż przez jedną godzinę.												
								6. Wstając z krzesła wysuwać chorą nogę do przodu, aby ciężar ciała dźwigała zdrowa noga.												
								7. W miarę możliwości zainstalować w toalecie podwyższoną deskę sedesową. W toaletach publicznych korzystać z urządzeń dla osób niepełnosprawnych.												
								8. Wchodząc po schodach stawiać najpierw zdrową nogę, a następnie kulę i chorą nogę												
								9. Chodzić często na krótkie spacerki, by poprawić kondycję.												
								Data				Załączniki do karty:								
								01.10.2007				Czytelny podpis pielęgniarki/położnej udzielającej wskazówek								
								Pieczęć i podpis pielęgniarki/położnej oddziałowej				Załączniki do karty:								
								PIELEGNIARKA ODDZIAŁOWA				1. Karta obserwacji wklucia obwodowego.								
								Oddziału Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej				2. Karta obserwacji rany pooperacyjnej.								
								mgr Barbara Aleksandrowicz												
Data		23.09.2007		Czytelny podpis pielęgniarki/położnej		Kowalska Lidia														

\* właściwe oznacz X

\*\* dotyczy dzieci do lat 7

## KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI CD.

Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
Oddział Chirurgii  
Ortopedyczno-Urazowej

Nazwisko i imię: *Nowakowski Jacek*

Strona 2

Data Godz.	Diagnoza pielęgniarstwa/ cel opieki	Ocena celu opieki		Kod proc.	Interwencje pielęgniarstwa (czynności pielęgnacyjne)	Planowanie i realizacja opieki													
		Data Godz.	Ocena słowna + podpis pielęgniarki/położnej			23.09.07						31.09.07							
23.09. 2007 g. 23.40	<i>Lęk przed zabiegiem operacyjnym wywołuje u pacjenta trudności W zaspokajaniu. Cel: zapewnienie poczucia bezpieczeństwa</i>	23.09. 2007 g. 23.40	<i>osiągnięty</i>  Edyta Kwaśniewska		Przyjęcie do oddziału wg standardu /kategoria opieki  Toaleta całkowita w łóżku  Toaleta częściowa w łóżku  Toaleta kroczka  Toaleta jamy ustnej  Mycie głowy  Kąpiel  Ścieplenie łóżka  Zmiana białej pościelowej  Zmiana białej osobistej  Zmiana: (Pieluchomajtek W-wkładki)  Podanie: (K-kaczki, B-basenu, N-nocnika)  N-nacieranie, O-oklepywanie pleców  Obserwacja cewnika - k. obs.  Obserwacja kaniuli - k. obs.  Profilaktyki p/odleżynowa - k. prof.  Pomoc przy karmieniu  Karmienie  Pojenie  Elementy rehabilitacji przyłożkowej  Pomoc w chodzeniu (asekurowanie)  Gimnastyka oddechowa  Rozmowa terapeutyczna  Edukacja (P-pacjenta R-rodziny)  Bilans płynów - k. obs-bilans.  Zmiana pozycji ułożeniowej - k. zmiany  Obserwacja rany pooperacyjnej - k. obs.  Przygotowanie do zabiegu oper. wg standardu	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
24.09. 2007 g. 11.30	<i>Rana pooperacyjna stanowi zagrożenie zakażeniem. Cel: zapobieganie zakażeniu</i>					D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N		
26.09. 2007 g. 8.00	<i>Nieprzestrzeganie zasad uruchamiania może spowodować powikłania, wydłużać czas hospitalizacji i rekonwalescencji. Cel: Zapewnienie prawidłowego procesu usprawniania.</i>					D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N		
Czytelne podpisy pielęgniariek/położnych					Edyta Kwaśniewska	Katarzyna Borowiak	Anna Wiśniewska	Joanna Węzorek	Barbara Maj										

UWAGA! Każdą diagnozę oddziel wyrażną linią.

LEGENDA: I - czynność zaplanowana + czynność wykonana

2, 3, .....krotność wykonania czynności >>> zakończenie działania

KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI												Strona	1		
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA										Nr sali	Nr księgi głównej		
		K	O	W	A	L	S	K	A				3	1291/07	
PRZYJĘCIE		J	A	N	I	N	A					Depozyt szpitala*	identyfikator**		
data	godz.	OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU										tak	nie	tak	nie
28.08.2007	12:15	Jan Kowalski - mąż										X			
PROBLEMY PACJENTA W CHWILI PRZYJĘCIA (wypełnia izba przyjęć)												WYPIS*	X	ZGON*	
1. Pacjentka odczuwa lęk przed porodem.												data	31.08.2007	godz.	10:00
1. Stale obserwowane odchodów z dróg rodnych, szczególnie w okresie pierwszych 2 - 3 tygodni.												WSKAZÓWKI PIELEGNACYJNE PRZY WYPISIE (wypełnia oddział)			
2. Przesirzanie odpowiedniej higieny krocza.												1. Stale obserwowane odchodów z dróg rodnych, szczególnie w okresie pierwszych 2 - 3 tygodni.			
3. Karmienie noworodka "na życzenie".												2. Przesirzanie odpowiedniej higieny krocza.			
4. Przesirzanie zasad prawidłowego odżywiania się matki karmiącej piersią.												3. Karmienie noworodka "na życzenie".			
5. Stosowanie racjonalnego trybu życia.												4. Przesirzanie zasad prawidłowego odżywiania się matki karmiącej piersią.			
6. Przesirzanie zasad pielęgnacji noworodka.												5. Stosowanie racjonalnego trybu życia.			
7. Konieczność zgłoszenia się do położnej środowiskowej.												6. Przesirzanie zasad pielęgnacji noworodka.			
7. Konieczność zgłoszenia się do położnej środowiskowej.												7. Konieczność zgłoszenia się do położnej środowiskowej.			
Czynności pielęgnacyjne												Załączniki do karty:			
Data		Czytelny podpis pielęgniarki/położnej udzielającej wskazówek										1. Partogram.			
31.08.2007		Joanna Wiśniewska										2. Karta obserwacji położnicy.			
		Pieczęć i podpis pielęgniarki/położnej oddziałowej													
		PIELEGNIARKA ODDZIAŁOWA													
		Oddziału Położniczo-Ginekologicznego													
		mgr Hanna Nowakowska													
Data	28.08.2007	Czytelny podpis pielęgniarki/położnej										Bożena Pawłowska			

\* właściwe zaznacz X

\*\* dotyczy dzieci do lat 7

**KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI CD.**

Nazwisko i imię: *Kowalska Janina* Strona 2

Data Godz.		Diagnoza pielęgniarska/ cel opieki	Ocena celu opieki		Kod proc.	Interwencje pielęgniarskie (czynności pielęgnacyjne)	Sala porodowa		Planowanie i realizacja opieki (w oddziale)																														
			Data Godz.	Ocena słowna + podpis pielęgniarki/położnej			28.08.07	29.08.07	DATA																														
							D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D																
28.08.2007	g. 13.00	Rana kroczka stanowi zagrożenie zakażeniem. Cel: Zapobieganie zakażeniu.				Przyjęcie do oddziału wg standardu /kategoria opieki	Kat.I																																
28.08.2007	g. 17.00	Przebieg poród spowodował osłabienie i zmęczenie położnicy; Co ogranicza jej samoopiekę. Cel: Wzmocnienie samoopieki.				Toaleta całkowita w łóżku	+>>																																
						Toaleta częściowa w łóżku																																	
						Toaleta kroczka																																	
						Toaleta jamy ustnej																																	
						Golenie kroczka																																	
						Kąpiel																																	
						Ścienienie łóżka																																	
						Zmiana bielizny pościelowej																																	
						Zmiana bielizny osobistej																																	
						Zmiana wkładki																																	
						Podanie basenu																																	
						Nnacieranie, O-oklepywanie pleców																																	
						Observacja cewnika - k. obs.																																	
						Observacja kaniuli - k. obs.																																	
						Kontrola piersi																																	
						Monitorowanie karmienia piersią																																	
						Pomoc przy przystawianiu noworodka do piersi																																	
						Opróżnianie piersi																																	
						Instruktaż prawidłowej techniki siadania																																	
						Uruchamianie pacjentki																																	
						Pomoc w chodzeniu/asekurowanie																																	
						Gimnastyka oddechowa																																	
						Kontrola tonów serca i ruchów płodu - k. kontroli																																	
						Przygotowanie do zabiegu																																	
						Badanie ginekologiczne (przez położną)																																	
						Bilans płynów - k. Obs.-bilans.																																	
						Edukacja (P-pacjentki, P-rodziny)																																	
						Prowadzenie karty obserwacji P-położnicy, Cołożnej																																	
						Gimnastyka wzmacniająca mięśnie miednicy małej																																	
						Czynne podpisy pielęgniarek/położnych																																	

UWAGA! Każdą diagnozę oddziel wyraźną linią. LEGENDA: I - czynność zaplanowana + czynność wykonana 2,3,.....krotność wykonania czynności >> zakończenie działania

KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI NOWORODKA												Strona	1					
Pieczętka oddziału	NAZWISKO										DATA URODZENIA	godz.	Imię matki	Nr Księgi Głównej matki				
												M				Ż		
WSKAZÓWKI PIELEGNACYJNE PRZY WYPISIE (wypełnia oddział noworodkowy)																		
BLOK PORODOWY*																		
Poród	PSN	CC	Inny															
Zabieg Credego			TAK											NIE				
Znaki tożsamości	założono		TAK											liczba				
Skala Apgar	liczba punktów																	
Masa ciała		g	Długość											cm				
Smółka	TAK		NIE											Urazy porodowe/zmiany skórne				
Mocz	TAK		NIE															
Odśluszczenie	TAK		NIE															
Tlenoterapia	TAK		NIE															
Przystawianie do piersi	TAK		NIE															
Transport do oddziału	w inkubatorze													z matką				
Problemy pielęgnacyjne i podjęte działania (interwencje)																		
Zgłoszenie noworodka do poradni dziecięcej												Nazwa poradni, do której zgłoszono urodzenie noworodka						
wypisany do:												domu	innej instytucji					
Data	Czytelny podpis położnej bloku porodowego		Czytelny podpis położnej noworodkowy)*		Nr sali		Załączniki do karty:											
	godz.	z bloku porodowego	godz.	z domu														
Informacje o stanie noworodka w chwili przyjęcia												Pieczętka i podpis pielęgniarki/położnej oddziałowej						
Data	Czytelny podpis pielęgniarki/położnej przyjmującej		ZGON NOWORODKA															
			Data	godz.														

\* właściwie zaznaczyć X/opisać

## KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI NOWORODKA CD.

Strona 2

Pieczątka oddziału Nazwisko i imię: .....

Data Godz.	Diagnoza pielęgnarska/ cel opieki	Ocena celu opieki		Interwencje pielęgnarskie (czynności pielęgnacyjne)	Planowanie i realizacja opieki													
		Ocena słowna + podpis pielęgniarki/położnej	Kod proc.		DATA													
Godz.	Data Godz.				D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
				Przyjęcie do oddziału wg standardu														
				Kąpiel														
				Kąpiel lecznicza														
				Toaleta częściowa														
				Zmiana bielizny														
				Przewijanie/Zmiana pieluchomajtek														
				Pielęgnacja kikutu pępowinowego														
				Pielęgnacja skóry														
				Pielęgnacja jamy ustnej														
				Pielęgnacja oczu														
				Pielęgnacja nosa														
				Udrażnianie nosa														
				Odsłuzowanie														
				Przystawianie i pomoc przy karmieniu pierśią														
				Karmienie butelką (P-pomoc przy karmieniu, k-karmienie)														
				Dokarmianie														
				Pojenie														
				CPAP - k. intensywnego nadzoru														
				Observacja kaniuli - k. obserwacji														
				Opróżnianie piersi u położnicy														
				Edukacja (M-matki, R-rodziców)														
				Rozmowa terapeutyczna														
				Przygotowanie noworodka do wypisu														
				Poinformowanie lekarza														
				Czytelne podpisy pielęgniarek/położnych														

UWAGA! Każdą diagnozę oddziel wyraźną linią.      LEGENDA: I - czynność zaplanowana      + czynność wykonana      2,3,.....krotność wykonania czynności      >> zakończenie działania

## INDYWIDUALNA KARTA ZLECENÍ LEKARSKICH - LEKI

Nazwisko i imię: ..... Wiek: ..... Waga: .....  
 Dieta: ..... Alergie: .....  
 Identyfikacja lekarzy (pieczętka i podpis)

Nazwa leku - dawka, częstotliwość, droga podania	Kod proc	Data:			Data:			Data:			Data:			Uwagi np. lek pacjenta
		zlecąjący (podpis)	Godz.	pieł/poż.	zlecąjący (podpis)	Godz.	pieł/poż.	zlecąjący (podpis)	Godz.	pieł/poż.	zlecąjący (podpis)	Godz.	pieł/poż.	

>> Lek został odstawiony



## INDYWIDUALNA KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH - BADANIA/ZABIEGI

Nr księgi głównej: .....

Nazwisko i imię pacjenta: ..... Nr sali: ..... PESEL: .....

Rodzaj badania	kod proc	Data		Data		Data		Data		Data	
		godz.	podpis lekarza	godz.	podpis pielęgniarki	godz.	podpis lekarza	godz.	podpis pielęgniarki	godz.	podpis lekarza
Morfologia											
Morfologia z rozmazem											
RKZ											
OB.											
Wskaźnik protrombinowy											
Układ krzepnięcia											
Grupa krwi + Rh											
ALAT											
ASPAT											
CK											
CK-MB											
Bilirubina											
Glukoza											
Kreatynina											
Mocznik											
Elektrolyty (sód,potas)											
Cholesterol											
HDL-cholesterol											
LDL-cholesterol											
Trójglicerydy											
Żelazo											
Troponina											
Białko											
Elektroforeza											
CRP											
TSH											
PSA											
HBS - antygen											
Mocz - posiew											
Mocz bad. ogólne											
USG jamy brzusznej											
RTG klatki piersiowej											
Tomografia komputerowa											
EKG											



## KARTA OBSERWACYJNO-BILANSOWA

Nazwisko i imię: ..... Nr sali: .....

Data	Płyny przyjęte		Płyny wydalone				Parametry				Czytelny podpis pielęgniarki			
	Płyny dożyłne	Płyny doustne	Sonda	Dreny	Mocz	Wymioty		Godz.	RR	Tętno		Oddech	Temp.	
	Dz.													
	N													
Razem														
	Dz.													
	N													
Razem														
	Dz.													
	N													
Razem														



## KARTA OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ODLEŻYN WG SKALI NORTON

Nazwisko i imię: .....

Data wystąpienia ryzyka: .....

Wskazana częstotliwość oceny ryzyka/odleżyny: .....

Czynnik ryzyka		Data					
		Wartość punktowa	Ilość punktów	Ilość punktów	Ilość punktów	Ilość punktów	Ilość punktów
Stan fizyczny	bardzo dobry	4					
	dobry	3					
	średni	2					
	bardzo ciężki	1					
Stan świadomości	pełna przytomność/świadomość	4					
	apatia	3					
	zaburzenia świadomości	2					
	stupor lub śpiączka	1					
Zdolność przemieszczania	chodzi samodzielnie	4					
	chodzi z asystą	3					
	porusza się na wózku	2					
	stale pozostaje w łóżku	1					
Samodzielność przy zmianie pozycji	pełna	4					
	ograniczona	3					
	bardzo ograniczona	2					
	całkowita niesprawność	1					
Czynności zwieraczy odbytu i cewki	pełna sprawność	4					
	sporadyczne moczenie	3					
	częste moczenie	2					
	całkowite nietrzymanie moczu	1					
Suma punktów							
Podpis osoby oceniającej							

Ryzyko odleżyn stwierdza się u pacjentów z wynikiem równym 14 punktów lub mniejszym.

Odleżyna	stopień zaawansowania					
	lokalizacja					
	średnica					
	wyciek					
	martwica					
	inne.....					
Podpis pielęgniarki						

### KARTA KONTROLI TONÓW SERCA I RUCHÓW PŁODU

Nazwisko i imię: ..... Nr sali: .....

Data	Tętno		Podpis	Ruchy płodu	Podpis
	Godz.	Pomiar			



## KARTA ZMIANY POZYCJI

Nazwisko i imię: ..... Nr sali: .....

Data	Godzina	Czytelny podpis pielęgniarce	Data	Godzina	Czytelny podpis pielęgniarce
	6.00			6.00	
	8.00			8.00	
	10.00			10.00	
	12.00			12.00	
	14.00			14.00	
	16.00			16.00	
	18.00			18.00	
	20.00			20.00	
	22.00			22.00	
	24.00			24.00	
	2.00			2.00	
	4.00			4.00	
	6.00			6.00	
	8.00			8.00	
	10.00			10.00	
	12.00			12.00	
	14.00			14.00	
	16.00			16.00	
	18.00			18.00	
	20.00			20.00	
	22.00			22.00	
	24.00			24.00	
	2.00			2.00	
	4.00			4.00	



## KARTA DOBOWEGO PROFILU GLUKOZY WE KRWI

Nazwisko i imię: ..... Nr sali: .....

Data	Godzina	Poziom glukozy	Dawka doraźnie zleconej insuliny	Uwagi	Czytelny podpis pielęgniarki
	6.00				
	12.00				
	17.00				
	22.00				
	6.00				
	12.00				
	17.00				
	22.00				
	6.00				
	12.00				
	17.00				
	22.00				
	6.00				
	12.00				
	17.00				
	22.00				
	6.00				
	12.00				
	17.00				
	22.00				
	6.00				
	12.00				
	17.00				
	22.00				
	6.00				
	12.00				
	17.00				
	22.00				
	6.00				
	12.00				
	17.00				
	22.00				

Karta służy pielęgniarce do monitorowania u pacjenta poziomu glukozy we krwi. Zlecane przez lekarza dorażne dawki insuliny muszą być odnotowane w "Indywidualnej karcie zleceń lekarskich - leki".

## KARTA OBSERWACJI NOWORODKA

Nazwisko: ..... "płeć" ..... Imię matki: .....

DATA														
Dyżur	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Obserwacje noworodka	Wpisz symbol		Wpisz symbol		Wpisz symbol		Wpisz symbol		Wpisz symbol		Wpisz symbol		Wpisz symbol	
<b>Żywotność</b> (Ż - żywotny, Mż - małożywotny, A - apatyczny)														
<b>Napięcie mięśniowe</b> (P - prawidłowe, O - obniżone, W - wzmożone)														
<b>Skóra</b> (R - różowa, Br - bladoróżowa, Z - zażółcona, M - marmurkowa, Sz - szara, So - sinica obwodowa, Ts - trójkąt sinicy)														
<b>Zmiany na skórze</b> (Bz - bez zmian, P - potówki, R - rumień, N - naczyniaki)														
<b>Miarowość oddechu</b> (R - regularny, Nr - nieregularny, P - przyspieszony, B - bezdech)														
<b>Wysięk oddechowy</b> (N - w normie, Rs - ruchy skrzydełek nosa, Wm - wciąganie mostka i międzyżebra, Sw - stękanie wydechowe)														
<b>Sapka sucha</b> - Ss, sapka z wydzieliną - Sw (w przypadku obserwacji objawu w odpowiedniej rubryce wpisz symbol)														
<b>Zmiana typu alergicznego</b> (w przypadku obserwacji objawu w odpowiedniej rubryce wpisz X)														
<b>Obrzęki</b> (w przypadku obserwacji objawu w odpowiedniej rubryce wpisz X)														
<b>Drżenie kończyn</b> (w przypadku obserwacji objawu w odpowiedniej rubryce wpisz X)														
<b>Karmienie</b> (N-naturalne, S-sztuczne, M-mieszane)														
<b>Stolec</b> (S-smółka, P-przejściowy, Pp-papkowaty, L-luźny, Z-zielony, I-inny)														
<b>Mocz</b> (O - oddaje, N - nie oddaje)														
<b>Ulewania</b> - U, Wymioty - W (w przypadku obserwacji objawu w odpowiedniej rubryce wpisz symbol)														
<b>Wzdęcia brzucha</b> (w przypadku obserwacji objawu w odpowiedniej rubryce wpisz X)														
<b>Noworodek przebywa</b> (M - z matką, OIOM - sala intensywnej opieki, W - sala wcześniaków)														
<b>Obserwacja miejsca wkłucia</b> (wpisz symbol z legendy)														
<b>Założenie kaniuli</b> - Z, Usunięcie kaniuli - U, Miejsce założenia kaniuli - (wpisz symbol z legendy oraz podaj godzinę)														
Czytelny podpis pielęgniarki/położnej														

**1. Legenda do obserwacji miejsca wkłucia**

0-miejsce wkłucia bez zmian

1 - wystąpienie co najmniej jednego z wymienionych objawów: stały ból w okolicy wkłucia, lekkie zaczerwienienie w okolicy wkłucia

2 - wystąpienie co najmniej dwóch z wymienionych objawów: stały ból w okolicy wkłucia, rumień, obrzęk

3 - wystąpienie następujących objawów: ból wzdłuż kaniuli, stwardnienie w okolicy miejsca wkłucia

4 - wystąpienie następujących objawów: ból żyły na całej długości kaniuli, zaczerwienienie, namacalne stwardnienie żyły poza końcówką kaniuli

5 - wystąpienie następujących objawów: ból żyły na całej długości kaniuli, zaczerwienienie, twarde nacieki w okolicy wkłucia, namacalne stwardnienie żyły poza końcówką kaniuli, gorączka

6 - wydzielina ropna w miejscu wkłucia

7 - zniszczenie wkłucia samoczynne lub przez pacjenta

**2. Legenda do miejsca założenia kaniuli**

I - grzbiet dłoni prawej

II - grzbiet dłoni lewej

III - prawy dół łokciowy

IV - lewy dół łokciowy

V - prawe przedramię

VI - lewe przedramię

VII - grzbiet stopy prawej

VIII - grzbiet stopy lewej

IX - prawe podudzie

X - lewe podudzie

XI - naczynia głowy

XII - inne

## KARTA OBSERWACJI POŁOŻNICY

Nazwisko: ..... Imię: ..... Nr sali: .....

DATA																
Dyżur		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	
Observacje położnicy		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość		
Wysokość dna macicy (wpisać ocenę i godzinę)																
Krwawienie (N-w normie, B-brak, O-obfite, S-skąpe) wpisać symbol i godzinę																
Laktacja (P-prawidłowa, NP-nawał pokarmu, HL-hamowanie laktacji, OP-oprózniczenie piersi, SP-śląd pokarmu, B-brak pokarmu)																
Karmienie (K-karmi, N-nie karmi)																
Bilans płynów	Płyny przyjęte	dożylnie														
		doustne														
		razem														
	Płyny wydalone	mocz														
		dreny														
		opatrunek														
		wymioty														
		razem														
Ciśnienie (wpisz wartość i godzinę)																
Tętno (wpisz wartość i godzinę)																
Temperatura (wpisz wartość i godzinę)																
Observacja: RP-rany pooperacyjnej, RK-rany kroczca) wpisz symbol z legendy																
Usunięcie: SZ-szwów, D-drenów																
Observacja cewnika założonego do pęcherza (wpisz symbol z legendy)																
Z-założenie cewnika, U-usunięcie cewnika																
Observacja miejsca wkłucia (wpisz symbol z legendy)																
Czytelny podpis pielęgniarki/położnej																

**Legenda:****1. Obserwacja rany pooperacyjnej/kroczca**

- 0-gojenie prawidłowe
- 1-ból
- 2-zaczerwienienie brzegów
- 3-zwiększone napięcie
- 4-obrzęk
- 5-rozejście się brzegów
- 6-wysięk, wydzielina z rany/drenu (S-surowicza, K-krwista, R-ropna)
- 7-podwyższona ciepłota ciała w okolicy rany
- 8-gorączka (rozwiązująca się między 4-8 dobą pooperacyjną)
- 9-penetracja zakażenia do mięśni i powięzi
- 10-zakażenie głębokie (bakteriemia, ropne ogniska)
- 11-silne krwawienie, krwiak

**2. Obserwacja cewnika założonego do pęcherza moczowego**

- 0-bez objawów/dolegliwości
- 1-uczucie dyskomfortu/parcia

2-ból, pieczenie

3-zaczerwienienie ujścia cewki

4-krwista wydzielina z cewki

5-ropna wydzielina z cewki

6-mocz krwisty

7-mocz krwisty ze skrzepami

8-mocz mętny

9-brak odpływu moczu

10-podwyższona temp. nieuzasadniona inną przyczyną

11-inne

**3. Obserwacja miejsca wkłucia**

- 0-miejsce wkłucia bez zmian
- 1-wystąpienie co najmniej jednego z wymienionych objawów: stały ból w okolicy wkłucia, lekkie zaczerwienienie w okolicy wkłucia
- 2-wystąpienie co najmniej dwóch z wymienionych objawów: stały ból w okolicy wkłucia, rumień, obrzęk
- 3-wystąpienie następujących objawów: ból wzdłuż kaniuli, stwardnienia w okolicy miejsca wkłucia

4-wystąpienie następujących objawów: ból żyły na całej długości kaniuli, zaczerwienienie, namacalne stwardnienie żyły poza końcówką kaniuli

5-wystąpienie następujących objawów: ból żyły na całej długości kaniuli, zaczerwienienie, twarde nacieki w okolicy wkłucia, namacalne stwardnienie żyły

6-wydzielina ropna w miejscu wkłucia

7-zniszczenie wkłucia samoczynne lub przez pacjenta

**4. Miejsce założenia kaniuli**

- I-prawe przedramię
- II-prawy dół łokciowy
- III-grzbiet prawej dłoni
- IV-lewe przedramię
- V-lewy dół łokciowy
- VI-grzbiet dłoni lewej
- VII-grzbiet stopy prawej
- VIII-prawe podudzie
- IX-grzbiet stopy lewej
- X-lewe podudzie
- XI-inne

## KARTA OBSERWACJI CIĘŻARNEJ

Nazwisko: ..... Imię: ..... Nr sali: .....

DATA															
Dyżur		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
<b>Obserwacje ciężarnej</b>		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość		Wpisz symbol/wartość	
<b>Zapis KTG</b> (w dniu wykonania podaj godzinę wykonania zapisu)															
<b>Krwawienie</b> (N-w normie, B-brak, O-obfite, S-skąpe) wpisz symbol i podaj godzinę															
<b>Skurcze macicy</b> (S-silne, M-mierne, Sł-słabe, N-nie występują) - wpisz symbol i podaj godzinę															
<b>Obserwacja odpływania wód płodowych</b> (S-sączenie, O-odpłynięcie, N-nie odpływają, Z-zielone, PK-podbarwione krwią, H-inne) wpisz symbol i podaj godzinę															
<b>Pomiary</b> (M-masa ciała, OB-obwód brzucha, OK-obwód kończyn) wpisz symbol i wartość															
<b>Bilans płynów</b>	<b>Płyny przyjęte</b>														
	dożylnie														
	doustne														
	razem														
	<b>Płyny wydalone</b>														
	mocz														
	dreny														
	opatrunek														
wymioty															
razem															
<b>Ciśnienie</b> (wpisz wartość i godzinę)															
<b>Tętno</b> (wpisz wartość i godzinę)															
<b>Temperatura</b> (wpisz wartość i godzinę)															
<b>Obserwacja cewnika założonego do pęcherza</b> (wpisz symbol z legendy)															
<b>Z-założenie cewnika, U-usunięcie cewnika</b>															
<b>Obserwacja miejsca wkłucia</b> (wpisz symbol z legendy)															
<b>Z-Założenie kaniuli, K-usunięcie kaniuli, Miejsce wkłucia</b> (wpisz symbol z legendy)															
Czytelny podpis pielęgniarki/położnej															

**Legenda:****1. Obserwacja cewnika założonego do pęcherza moczowego**

- 0-bez objawów/dolegliwości
- 1-uczucie dyskomfortu/parcia
- 2-ból, pieczenie
- 3-zaczerwienienie ujścia cewki
- 4-krwista wydzielina z cewki
- 5-ropna wydzielina z cewki
- 6-mocz krwisty
- 7-mocz krwisty ze skrzepami
- 8-mocz mętny
- 9-brak odpływu moczu
- 10-podwyższona temp. nieuzasadniona inną przyczyną
- 11-inne

**2. Obserwacja miejsca wkłucia**

- 0-miejsce wkłucia bez zmian
- 1-wystąpienie co najmniej jednego z wymienionych objawów: stały ból w okolicy wkłucia, lekkie zaczerwienienie w okolicy wkłucia
- 2-wystąpienie co najmniej dwóch z wymienionych objawów: stały ból w okolicy wkłucia, rumień, obrzęk
- 3-wystąpienie następujących objawów: ból wzdłuż kaniuli, stwardnienia w okolicy miejsca wkłucia
- 4-wystąpienie następujących objawów: ból żyły na całej długości kaniuli, zaczerwienienie, namacalne stwardnienie żyły poza końcówką kaniuli
- 5-wystąpienie następujących objawów: ból żyły na całej długości kaniuli, zaczerwienienie, twardy naciek w okolicy wkłucia, namacalne stwardnienie żyły
- 6-wydzielina ropna w miejscu wkłucia
- 7-zniszczenie wkłucia samoczynne lub przez pacjenta

**3. Miejsce założenia kaniuli**

- I-prawe przedramię
- II-prawy dół łokciowy
- III-grzbiet prawej dłoni
- IV-lewe przedramię
- V-lewy dół łokciowy
- VI-grzbiet dłoni lewej
- VII-grzbiet stopy prawej
- VIII-prawe podudzie
- IX-grzbiet stopy lewej
- X-lewe podudzie
- XI-inne

# V

## Przykłady diagnoz pielęgniarskich – aktualnych i potencjalnych

Wiesława Bogusz, Barbara Dresler  
Ewa Józwiak, Katarzyna Karwicka  
Maria Kowalska, Luiza Koziara  
Joanna Lewandowska, Justyna Łabuzińska  
Bożena Pawłowska, Agnieszka Renn-Żurek

---

### 1. Diagnozy aktualne

1. Niepełnosprawność doprowadziła u pacjenta do poczucia wyobcowania i osamotnienia przez co stracił chęć do życia.
2. Brak poczucia użyteczności wynikające z niepełnosprawności spowodowało, że pacjent przestał się interesować otoczeniem, nie chce jeść i pić
3. Pacjent prosi o śmierć, bo niepełnosprawność pozbawiła go wiary w wyzdrowienie.
4. Bezsilność i obawa przed współczuciem spowodowały, iż rodzice niepełnosprawnej dziewczynki unikają kontaktu z otoczeniem.
5. Brak wsparcia żony odebrało pacjentowi wolę i siłę do walki z chorobą przez co prosi o przyspieszenie śmierci.
6. Ogólne wyniszczenie organizmu unieruchomiło całkowicie pacjentkę w łóżku, przez co wymaga stałej i całościowej opieki.
7. Pacjent nie przyjmuje leków i nie chce jeść, bo utrata zdolności do samoobsługi i cierpienie cielesne wywołały u niego poczucie beznadziejności.
8. Zrozpaczona i bezsilna rodzina uruchamia mechanizmy obronne wypierające rzeczywistość, bo nie wyobraża sobie przyszłości bez umierającego.
9. Brak akceptacji w rodzinie i niezaspokojona potrzeba miłości wywołały u nastolatka niskie poczucie własnej wartości, a to ograniczyło jego aktywność życiową.
10. Chłopiec opuszcza lekcje w.f., bo nie radzi sobie z wykonywaniem ćwiczeń, a to naraża go na przykre przeżycia i upokorzenie ze strony kolegów.
11. Dziecko płacliwe i rozdrażnione, bo katar utrudnia mu oddychanie i ssanie pokarmu.
12. Nawał mleczny doprowadził do zastoju pokarmu, co spowodowało stan zapalny gruczołu mlekowego.
13. Matka często poi dziecko przez co nie odczuwa ono głodu, a to powoduje niechęć do ssania.
14. Pacjentka nie posiada dostatecznej wiedzy na temat świadomego planowania rodziny, przez co unika kontaktów seksualnych z obawy przed kolejną ciążą.
15. Brak miesiączki po porodzie (5 miesięcy) wywołuje u pacjentki strach przed kolejną ciążą, a to powoduje stan ciągłego napięcia nerwowego.
16. Nieregularne miesiączki wywołują u pacjentki strach przed kolejną ciążą, przez co ogranicza swoje kontakty seksualne.
17. Niechęć pacjentki do współżycia z mężem spowodowana strachem przed kolejną ciążą doprowadza do częstych kłótni małżeńskich.

18. Amputacja piersi wprowadziła pacjentkę w stan przygnębienia, bo nie posiada wiedzy na temat możliwości protezowania.
19. Pacjentka przygnębiona, bo nie akceptuje swojej sylwetki po amputacji piersi.
20. Pacjentka nie czuje się „w pełni kobietą”, bo jest przekonana, że utrata piersi pozbawiła ją atrakcyjności.
21. Amputacja piersi wywołała u pacjentki obawę o własne życie i lęk o przyszłość rodziny przez co poszukuje wsparcia i pomocy.
22. Pacjentka po amputacji piersi ma trudności w zaakceptowaniu swojego wyglądu przez co izoluje się od otoczenia.
23. Obrzęknięta kończyna górna ogranicza pacjentce sprawność ruchową co powoduje trudności w realizacji czynności dnia codziennego.
24. Pacjentka z zawstydzienia ograniczyła kontakt z otoczeniem, bo brak środków finansowych uniemożliwił jej zakup peruki.
25. Pacjentka martwi się, bo wydatki związane z jej chorobą zmuszają rodzinę do coraz skromniejszego życia.
26. Wdowieństwo pacjentki wywołało u niej poczucie opuszczenia i beznadziejności przez co odizolowała się od otoczenia.
27. Pacjent osłabiony i apatyczny bo nie toleruje diety z powodu utrzymującej gorączki i zaburzeń oddechowych.
28. Nadmierne wytwarzanie wydzieliny zmusza pacjenta do ciągłego odkrztuszania co powoduje, że jest zmęczony i nie może spać.
29. Pacjent rozdrażniony i pobudzony, bo nasilające się zaburzenia w oddychaniu wzbudzają w nim strach o własne życie.
30. Pacjent ma trudności w zaspakajaniu swoich podstawowych potrzeb, ponieważ zabieg operacyjny ograniczył jego agendę samoopieki.
31. Pacjent naraża swoje zdrowie, bo z powodu nałogu palenia zbyt wcześnie wstaje z łóżka po zabiegu operacyjnym.
32. Obawa pacjenta o ranę pooperacyjną powoduje niechęć do wczesnego uruchamiania a to stanowi ryzyko wystąpienia powikłań.
33. Pacjent nie ma motywacji do zaprzestania palenia papierosów bo jest całkowicie podporządkowany nałogowi przez co pogarsza zdrowie swoje i rodziny.
34. Nagła decyzja o operacji wywołała u pacjenta strach przed śmiercią, przez co nie wyraża zgody na zabieg.
35. Pacjent bardzo źle się czuje, bo uporczywe wymioty treścią kałową pozostawiają nieprzyjemny zapach i smak w jamie ustnej.
36. Utrzymujące się zaburzenia w oddychaniu spowodowały osłabienie i zmęczenie pacjenta przez co nie jest w stanie zadbać o swoje potrzeby.
37. Pacjent rozdrażniony i małomówny, bo utrudniony oddech uniemożliwia mu komunikację z otoczeniem.
38. Nasilające się zaburzenia w oddychaniu utrudniają pacjentowi kontakt z otoczeniem przez co nie może komunikować swoich potrzeb.
39. Bezsensowność powoduje ospałość w ciągu dnia przez co pacjentka ma trudność z orientacją w czasie i planowaniem czynności codziennych.
40. Niewyraźna, bełkotliwa mowa pacjenta zaburza komunikację z otoczeniem przez co nie może wyrażać swoich potrzeb.
41. Pacjent rozdrażniony i zrezygnowany, ponieważ jego niezrozumiała, niewyraźna mowa utrudnia mu kontakt z otoczeniem.
42. Brak najbliższej rodziny wywołuje u pacjenta poczucie smutku i samotności, bo nie może liczyć na ich wsparcie i pomoc w chorobie.
43. Pacjentka jest zaniepokojona koniecznością hospitalizacji, ponieważ uniemożliwi jej to sprawowanie opieki nad nieletnimi dziećmi.

44. Poczucie zawstydzenia i upokorzenia związane z ograniczeniem samodzielności spowodowało, że pacjent przestał zgłaszać potrzebę wydalania.
45. Higiena osobista i otoczenia budzi wiele zastrzeżeń, bo z powodu otyłości pacjentka ma trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego.
46. Trudności w poruszaniu się spowodowane otyłością znacznie ograniczają pacjentce realizację samoobsługi.
47. Pacjentka skarży się na przemęczenie, bo nadmiar obowiązków uniemożliwia jej właściwy sen i odpoczynek.
48. Trudności w poruszaniu się spowodowane amputacją kończyny dolnej ograniczają pacjentowi realizację samoopieki oraz kontakt z otoczeniem.
49. Pacjent przygnębiony, osamotniony, bo amputacja kończyny dolnej nie pozwala mu wychodzić z domu.
50. Pacjent poprzez lekceważący stosunek do zdrowia prowadził zły styl życia a to spowodowało pogorszenie jego zdrowia.
51. Pogorszenie wyników w nauce, wynikające z zaniedbanego leczenia wady wzroku, spowodowało poczucie mniejszej wartości i izolowanie się z grupy rówieśniczej.
52. Zaniedbane leczenie wady wzroku doprowadziło do pogorszenia widzenia dziecka, przez co ma ono gorsze wyniki w nauce.
53. Brak kontaktu z biologicznym ojcem wywołuje agresję u dziecka, bo czuje się niekochane i odrzucone, przez co zachowuje się agresywnie.
54. Wzmożone pragnienie, w wyniku wysokiej temperatury i pocenia się, doprowadziło do wysychania i pęknięcia błony śluzowej ust pacjentki.
55. Pacjentka czuje się zawstydzona, bo z powodu osłabienia, nie jest w stanie należycie zadbać o prawidłową higienę mieszkania.
56. Pacjentka zgłasza poczucie osamotnienia i pustki, ponieważ niesprawność fizyczna utrudnia jej funkcjonowanie w życiu społecznym.
57. Niewydolność opiekuńcza rodziny wynikająca z odległego miejsca zamieszkania powoduje u pacjentki brak poczucia bezpieczeństwa.
58. Pacjentka ubolewa, że z powodu swojej niepełnosprawności, nie jest w stanie w pełni zaspokoić potrzeb duchowych i intelektualnych.
59. Pacjentka rozżalona, ponieważ śmierć córki i męża, odebrała jej możliwość pomocy i wsparcia.
60. Stan po złamaniu kończyny dolnej, utrudnia pacjentce funkcjonowanie społeczne, ponieważ nie może opuszczać własnego mieszkania.
61. Pacjentka zgłasza uczucie pustki i osamotnienia, bo stan po złamaniu kończyny dolnej nie pozwala na samodzielne wyjście z domu.
62. Strach przed następną ciążą, wynikający z braku wiedzy na temat świadomego planowania rodziny, powoduje ograniczenia kontaktów seksualnych.
63. Strach przed następną ciążą, spowodowany brakiem wiedzy o metodach zapobiegania ciąży, powodują u pacjentki zdenerwowanie i niekontrolowanie emocji.
64. Pacjent zaniepokojony przyszłością swojej rodziny, ponieważ jego bezrobocie pogarsza sytuację bytową.
65. Pogorszenie sytuacji finansowej w wyniku bezrobocia i choroby pacjenta utrudnia zaspokojenie podstawowych potrzeb rodziny.
66. Częste ulewianie pokarmu z niewyjaśnionej przyczyny, powoduje obawy matki o zdrowie dziecka.
67. Nieprawidłowa pielęgnacja skóry dziecka, spowodowana brakiem wiedzy matki na temat higieny, doprowadziła do odparzeń pośladków.
68. Wyśmiewanie przez rówieśników rodziców nadużywających alkoholu powoduje, że uczeń czuje się poniżony, a to wyzwała w nim agresję.
69. Uczennica unika zajęć lekcyjnych, ponieważ ma zaległości w nauce spowodowane długotrwałą absencją chorobową.



70. Chęć odchudzenia się spowodowała ograniczenia w przyjmowaniu posiłków, przez co uczennica skarży się na osłabienie i trudności z koncentracją.
71. Niekontrolowane korzystanie z komputera doprowadziło do zaburzenia widzenia, przez co uczeń ma trudności z czytaniem.
72. Dziecko czuje się odrzucone, bo alkoholizm rodziców powoduje zaniedbania i brak zainteresowania jego potrzebami.
73. Uczeń nie akceptuje swojej sylwetki, bo nadmierne spożywanie słodczy spowodowało przyrost masy ciała.
74. Przyjmowane leki powodują senność i obniżenie koncentracji, a to utrudnia naukę dziecku.
75. Błędy żywieniowe spowodowały nadwagę (73,5 kg), która jest źródłem kompleksów uczennicy.
76. Brak wiedzy nauczyciela na temat choroby u ucznia powoduje niedostosowanie wymagań do jego możliwości, przez co dziecko ma zaległości w nauce.
77. Chłopiec odczuwa złość, zaniedbuje terminy badań i podawania insuliny, ponieważ choroba (cukrzyca) uniemożliwiła mu realizację planów życiowych (zostanie lotnikiem).
78. Okres dojrzewania zaostrzył zmiany trądzikowe, przez co chłopiec unika kontaktów z rówieśnikami.
79. Pacjentka zgłasza bolesność nabrzmiatych piersi, bo nieumiejętne ich opróżnianie spowodowało zaleganie pokarmu.
80. Ciężarna uskarża się na trudności w wykonywaniu codziennych czynności, ponieważ obrzęki, bóle nóg utrudniają jej sprawność.
81. Małoletnia ciężarna jest rozżalona, ponieważ rodzice nie akceptują jej ciąży, a to wywołuje częste konflikty w rodzinie.
82. Pacjentka martwi się o dalsze życie, ponieważ jej sytuacja socjalno-ekonomiczna stanowi zagrożenie dla zapewnienia przyszłości dziecka.
83. Rodzice są rozżaleni, niegrzeczni w stosunku do nieletniej córki, ponieważ jej ciąża wpływa na pogorszenie sytuacji ekonomicznej rodziny.
84. Nasilające się objawy żółtaczki fizjologicznej powodują, że noworodek jest apatyczny i nie chce jeść, co skutkuje spadkiem masy ciała.
85. Dziecko apatyczne, wiotkie, bo luźne stolce i wymioty doprowadziły do znacznego osłabienia dziecka.
86. Dziecko niespokojne, płaczące, ponieważ kaszel i trudności w oddychaniu utrudniają sen i wypoczynek.
87. Noworodek niespokojny, płaczący, ponieważ nieumiejętność karmienia piersią przez matkę powoduje, że dziecko jest głodne.
88. Odleżyny wywołane długotrwałym unieruchomieniem stanowią źródło zakażenia.
89. Matka zaniepokojona, ponieważ pleśniawki w jamie ustnej utrudniają jej karmienie dziecka.
90. Noworodek niespokojny, płaczący, ponieważ słaba laktacja u matki powoduje, że nie najada się.
91. Obrzęk i zaczerwienienie rany krocza ogranicza możliwość w poruszaniu się przez co pacjentka ma trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego.
92. Brak wiedzy na temat porodu wywołuje u ciężarnej lęk i obawy o jego przebieg, przez co zadaje dużo pytań.
93. Pacjent niechętnie poddaje się czynnościom pielęgnacyjnym, ponieważ długotrwała choroba wywołała poczucie rezygnacji i zubożenia.
94. Noworodek niespokojny, płaczący, ponieważ zapalenie jamy ustnej utrudnia mu przyjmowanie pokarmu.
95. Stan zamroczenia uniemożliwia pacjentowi zaspokajanie potrzeb, co stanowi zagrożenie dla jego życia.
96. Pacjent ma trudności w zaspokajaniu potrzeb życiowych, gdyż niepełnosprawność znacznie ograniczyła jego agendę samoopieki.
97. Długotrwałe unieruchomienie pacjenta doprowadziło do rozległych odleżyn, co stanowi zagrożenie dla jego życia.
98. Nieumiejętna pielęgnacja pacjenta przez rodzinę doprowadziła do rozległych odleżyn, co stanowi źródło cierpienia pacjenta.



99. Nietrzymanie moczu w przebiegu przewlekłej choroby jest przyczyną zmian skórnych okolicy krocza u pacjenta.
100. Zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym spowodowane długotrwałym unieruchomieniem pacjenta doprowadziło do trudności w oddychaniu.
101. Trudności w połykaniu pokarmów spowodowały niedożywienie organizmu pacjenta, co pogłębiło jego wyniszczenie.
102. Pacjentka zaniedbana, wyniszczona, gdyż brak wiedzy opiekunów doprowadził do nieprawidłowej pielęgnacji i żywienia.
103. Nasilające się zaburzenia oddechowe powodują lęk przed śmiercią, przez co pacjent jest niespokojny i pobudzony.
104. Ból wszechogarniający związany z okresem terminalnym choroby objawia się odmową współpracy z personelem.
105. Pacjent świadomy zbliżającej się śmierci domaga się zaspokojenia potrzeb duchowych.
106. Niepełnosprawność uniemożliwia pełnienie roli zawodowej przez co pacjent jest przygnębiony.
107. Pacjent obawia się o byt najbliższych, ponieważ brak możliwości wykonywania pracy zawodowej pogorszył sytuację ekonomiczną rodziny.
108. Pacjent zmęczony, obolały gdyż napady suchego kaszlu uniemożliwiają mu sen i wypoczynek.
109. Zawroty głowy uniemożliwiają pacjentowi samodzielne poruszanie się, przez co ma zagrożone poczucie bezpieczeństwa.
110. Pacjent zmęczony, gdyż częste oddawanie moczu w nocy uniemożliwia mu spokojny sen.
111. Pacjentka przygnębiona z powodu utraty włosów (po chemioterapii) nie chce opuszczać sali.
112. Pacjent nadwrażliwy, pobudzony, gdyż nagła hospitalizacja uniemożliwia kontynuowanie kariery zawodowej.
113. Uczucie wyczerpania z powodu uporczywych wymiotów (po chemioterapii) zmusza pacjenta do pozostania w łóżku.
114. Pacjent zmęczony, bo strach przed śmiercią uniemożliwia mu spokojny sen.
115. Z powodu skrępowania i wstydu pacjentka nie chce rozmawiać o sprawach intymnych, co utrudnia poznanie jej problemów i obaw.
116. Trudności w utrzymaniu higieny intymnej z powodu nietrzymania moczu powodują, że pacjentka czuje się zakłopotana.
117. Trudności w poruszaniu spowodowane zniekształceniami w obrębie stawów kończyn utrudniają pacjentce samoobsługę.
118. Konieczność tymczasowej rezygnacji z pracy zawodowej z powodu przebytego zawału mięśnia sercowego powoduje silną frustrację i obawę o dalszy rozwój kariery zawodowej.
119. Pęknięcie naskórka spowodowane utrzymującymi się obrzękami kończyn dolnych, zwiększają ryzyko zakażenia.
120. Dolegliwości kręgosłupa unieruchomiły pacjenta w łóżku, przez co ma deficyt samoopieki.
121. Pacjent przerażony, bo silny ból w klatce piersiowej powoduje obawę o utratę życia.
122. niesprawność prawej połowy ciała utrudnia pacjentowi zaspokojenie potrzeb, co powoduje u niego napady złości.
123. Zmiany zapalne w jamie ustnej uniemożliwiają przyjmowanie pokarmów przez pacjenta, co stanowi zagrożenie dalszego wyniszczenia organizmu.
124. Pacjent jest rozdrażniony, ponieważ ból gardła utrudnia mu spożywanie posiłków.
125. Dziecko jest płaczliwe, bo oddawanie moczu powoduje pieczenie w cewce moczowej.
126. Trudności w oddychaniu powodują ograniczenie sprawności ruchowej, przez co pacjent nie jest w stanie zaspokoić swoich potrzeb.
127. Pacjent zmartwiony, bo hospitalizacja uniemożliwiła mu realizację ról zawodowych.
128. Strach i niepokój wywołany nagłą decyzją o zabiegu utrudnia komunikowanie pacjenta z otoczeniem.

129. Osłabienie pacjenta w wyniku męczącego kaszlu pogłębia niechęć do poruszania się i wykonywania codziennych czynności higienicznych.
130. Dziecko jest niespokojne, bo zalegająca wydzielina w drogach oddechowych utrudnia mu oddychanie.
131. Pacjent jest przygnębiony, bo dolegliwości bólowe biodra utrudniają mu odwracanie się na boki.
132. Nasilające się zaburzenia w oddychaniu unieruchomiły pacjenta w łóżku, przez co utracił zdolność do samoopieki.
133. Niewłaściwe dawki podawanej insuliny z powodu ograniczeń manualnych i słabego wzroku pacjenta doprowadziły do utraty przytomności i stanu bezpośredniego zagrożenia życia.
134. Pacjentka nie akceptuje swojego wyglądu, przez co bardzo ograniczyła przyjmowanie pokarmów a to stanowi zagrożenie zdrowia.
135. Pacjentka z powodu obniżonej aktywności fizycznej i nieprawidłowego odżywiania jest otyła, a to utrudnia jej utrzymanie higieny ciała i otoczenia.
136. Opatrunek gipsowy unieruchomił pacjentkę w łóżku, przez co ma ograniczoną agendę samoopieki.
137. Brak wiary w powodzenie leczenia operacyjnego spowodowane przykrymi doświadczeniami z poprzednich pobytów w szpitalu, utrudnia współpracę z pacjentem.
138. Konieczność wyłonienia przetoki jest powodem buntu pacjenta, co utrudnia uzyskanie zgody na zabieg operacyjny.
139. Poczucie krzywdy, związane z przedłużającym się leczeniem i niepewnością rokowania powoduje, że pacjent jest niecierpliwy czasem agresywny.
140. Zaburzony kontakt z pacjentem spowodowany szokiem pourazowym i nagłym przyjęciem do szpitala, utrudnia choremu zrozumienie przekazywanych wskazówek i zaleceń.
141. Przygnębienie pacjenta spowodowane kalectwem (amputacja) jest przyczyną odosobnienia i utrudnionego kontaktu.
142. Poczucie wstydu wynikające z konieczności zdania się na pomoc drugiej osoby, powoduje trudności w załatwianiu potrzeb fizjologicznych.
143. Zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym spowodowane niechęcią do odkrztuszania, zwiększa ryzyko wystąpienia wczesnych powikłań pooperacyjnych.
144. Wzrost niepokoju pacjenta w przeddzień zabiegu operacyjnego jest powodem trudności w zasypianiu.
145. Konieczność tymczasowej rezygnacji z pracy z powodu przebytego zabiegu operacyjnego powoduje obawę o dalszy rozwój kariery zawodowej.
146. Brak możliwości uzyskania pomocy wynikający z faktu, że hospitalizowana pacjentka jest osobą samotną powoduje lęk przed powrotem do domu.
147. Brak akceptacji wyglądu własnego ciała po okaleczającym zabiegu operacyjnym powoduje utratę motywacji do należytego realizowania programu rehabilitacji.
148. Zniechęcenie pacjenta wynikające z braku widocznej poprawy w stanie zdrowia jest powodem niesystematycznego przyjmowania leków.
149. Pacjent niespokojny, bo zatrzymanie moczu po zabiegu operacyjnym wywołuje uczucie silnego rozpierania w dole brzucha.
150. Nawał pokarmu u położnicy spowodował trudności z karmieniem noworodka, co wywołało jej zdenerwowanie i płaczliwość.
151. Ciężarna odczuwa żal z powodu utraty dziecka przez co odmawia współpracy z personelem.
152. Przebyty poród spowodował osłabienie i zmęczenie położnicy co ograniczyło jej zdolności do samoopieki.
153. Dziecko ma trudności w ssaniu i połykaniu z powodu niewykształconego odruchu ssania co prowadzi do ubytku masy ciała.
154. Nieprawidłowe odżywianie ciężarnej doprowadziło do znacznej otyłości a to utrudnia jej wykonywanie czynności higienicznych.
155. Bezradność spowodowana unieruchomieniem w łóżku powoduje u pacjentki rozdrażnienie i złe samopoczucie.

156. Pacjentka zgłasza ból i silne uczucie parcia, ponieważ nie może samoistnie oddać moczu po usunięciu cewnika Foleya.
157. Pacjent brudny, zawszony z powodu zaniedbań higienicznych, co stanowi zagrożenie dla środowiska (szpitalnego).
158. Strach dziecka spowodowany hospitalizacją utrudnia nawiązanie kontaktu i współpracę z dzieckiem.
159. Pacjent agresywny, pobudzony, bo duszność utrudnia mu komunikowanie się z otoczeniem.
160. Kłopoty z zapamiętywaniem i trudności w kojarzeniu faktów spowodowane starzeniem organizmu pacjenta doprowadziły do nieporozumień i konfliktów w rodzinie.
161. Utrata sił spowodowała ograniczenie aktywności co doprowadziło do zupełnego odizolowania się od ludzi.
162. Długotrwała hospitalizacja spowodowała utratę wiary w wyzdrowienie, w wyniku czego pacjentka jest niechętna do rehabilitowania się.
163. Uporczywe wymioty spowodowały odwodnienie organizmu, w wyniku czego ciężarna jest osłabiona.
164. Strach o nienarodzone dziecko spowodowany przedwczesnymi skurczami mięśnia macicy wywołał u ciężarnej silne zdenerwowanie.
165. Osłabienie spowodowane postępowaniem choroby nowotworowej utrudnia pacjentowi samodzielne zaspakajanie potrzeb.
166. Obrzęk limfatyczny kończyny ogranicza sprawność ruchową pacjentce, co utrudnia zaspakajanie potrzeb.
167. Masywny nalot w jamie ustnej spowodowany długotrwałą antybiotykoterapią utrudnia pacjentowi przyjmowanie pokarmów.
168. Osłabienie pacjentki spowodowane uciążliwymi wymiotami zniechęca ją do kontaktu z otoczeniem.
169. Nieprawidłowe podawanie leków przeciwbólowych spowodowane niewiedzą doprowadziło do nasilenia się dolegliwości u chorego.
170. Lęk przed śmiercią wynikający z postępującego osłabienia mobilizuje pacjenta do poszukiwania niekonwencjonalnych metod leczenia.
171. Narastająca duszność spowodowana postępowaniem choroby wywołuje lęk i niepokój pacjenta.
172. Znaczne pogorszenie się stanu zdrowia przejawiające się nasilającym osłabieniem wywołuje utratę poczucia bezpieczeństwa u pacjenta.
173. Chory niespokojny, pobudzony, gdyż zalegająca wydzielina w rurce tracheostomijnej utrudnia mu prawidłowe oddychanie.
174. Ograniczenie aktywności ruchowej spowodowane postępowaniem choroby skutkuje wystąpieniem zaparć u pacjenta.

## 2. Diagnozy potencjalne

1. Brak wsparcia najbliższej rodziny może doprowadzić do utraty wiary w wyzdrowienie.
2. Otarcie i pęknięcie brodawek może doprowadzić do infekcji sutka.
3. Niewłaściwe opróżnianie piersi może doprowadzić do zapalenia gruczołu sutkowego.
4. Założony cewnik moczowy może doprowadzić do zakażenia.
5. Izolowanie się dziecka z grupy rówieśniczej może spowodować zaburzenia w kontaktach społecznych.
6. Brak ćwiczeń fizycznych i ruchu na świeżym powietrzu może spowodować zaburzenia zdrowia dziecka.
7. Długotrwałe przebywanie przed komputerem i przyjęta nieprawidłowa pozycja ciała dziecka może doprowadzić do pogorszenia stanu widzenia i wady postawy.
8. Dziedziczna choroba ojca może być czynnikiem zagrażającym zdrowiu dziecka.
9. Nieprawidłowe odżywianie się pacjenta może opóźnić proces zdrowienia.

10. Pacjent nie posiada wiedzy dotyczącej kontroli poziomu cukru we krwi, co może doprowadzić do powikłań w cukrzycy.
11. Brak właściwej higieny jamy ustnej może doprowadzić do próchnicy zębów.
12. Nieprawidłowa długotrwała pozycja ciała podczas nauki i zabawy może doprowadzić do wady postawy.
13. Złe oświetlenie w sali lekcyjnej może przyczynić się do pogorszenia wzroku u uczniów.
14. Noszenie nadmiernie przeciążonych tornistrów przez uczniów może przyczynić się do powstania wady postawy.
15. Nieprawidłowe odżywianie i niska aktywność ruchowa może doprowadzić do nadwagi/otyłości.
16. Eksperymentowanie przez młodzież z substancjami psychoaktywnymi może doprowadzić do uzależnienia.
17. Nieumiejętna pielęgnacja kikutu pępowinowego przez matkę może być przyczyną zakażenia.
18. Brak wiedzy matki na temat pielęgnacji noworodka z żółtaczką fizjologiczną może spowodować zagrożenie dla dalszego rozwoju dziecka.
19. Palenie tytoniu może doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.
20. Nieprawidłowa technika karmienia może doprowadzić do uszkodzenia brodawek sutkowych.
21. Nasilająca się żółtaczka fizjologiczna może doprowadzić do zaburzeń w rozwoju dziecka.
22. Nieprawidłowa pielęgnacja rany pooperacyjnej może doprowadzić do zakażenia organizmu.
23. Rurka tracheostomijna może być przyczyną zakażenia.
24. Długotrwałe unieruchomienie pacjenta może doprowadzić do stanu zagrożenia życia.
25. Bezwiedne wypróżnienia pacjenta mogą doprowadzić do zmian skórnych.
26. Zaburzenia orientacji mogą zagrozić bezpieczeństwu pacjenta.
27. Nieśmiałość pacjenta może utrudniać nawiązanie kontaktu.
28. Niechęć pacjenta do wysiłku fizycznego może utrudniać proces uruchamiania.
29. Brak systematyczności w wykonywaniu ćwiczeń przez pacjenta może prowadzić do przykurczy i zaników mięśniowych.
30. Brak nawyku dbania o czystość narządów płciowych u dziecka może doprowadzić do infekcji dróg moczowych.
31. Brak wiedzy matki na temat prawidłowej higieny jamy ustnej u niemowlęcia może doprowadzić do próchnicy i chorób przyzębia.
32. Nadmierne łakomstwo pacjenta może doprowadzić do rozregulowania gospodarki metabolicznej.
33. Długotrwałe unieruchomienie pacjenta w łóżku może doprowadzić do powikłań.
34. Lekceważący stosunek do objawów chorobowych może utrudniać współpracę z pacjentem.
35. Rozległy zabieg i unieruchomienie może być przyczyną powikłań pooperacyjnych.
36. Nieprzestrzeganie zasad uruchamiania może wydłużyć okres rekonwalescencji.
37. Brak współpracy ze strony pacjenta podczas przygotowania do zabiegu operacyjnego może utrudnić proces zdrowienia.
38. Brak wiedzy położnicy na temat położu może zaburzyć jego prawidłowy przebieg.
39. Nieumiejętność rodziców w opiece i pielęgnacji noworodka może zagrażać bezpieczeństwu dziecka.
40. Bierny nikotynizm matki może być przyczyną zaburzeń w rozwoju psychofizycznym dziecka.
41. Nie leczona cukrzyca może być przyczyną powikłań.
42. Brak wiedzy na temat zasad prawidłowego podawania leków przeciwbólowych może skutkować zaburzeniami snu u chorego.
43. Niedostateczna wiedza opiekunów dotycząca celowości utrzymywania higieny jamy ustnej u chorego może skutkować powstaniem stanów zapalnych.
44. Mimowolne oddawanie moczu może skutkować maceracją skóry.

