

# Proces pielęgnowania pacjenta



# Proces pielęgnowania pacjenta - co to jest?

- ➔ Proces pielęgnowania to jakościowa metoda pracy pielęgniarki, której początki sięgają lat 60. XX wieku w Stanach Zjednoczonych.
- ➔ Celem tej metody jest podnoszenie jakości i skuteczności opieki oraz dostosowanie działań do indywidualnych potrzeb pacjenta w zakresie przywracania, utrzymywania i wzmacniania zdrowia.
- ➔ Proces ten obejmuje działania zdrowotne ukierunkowane na jednostkę, rodzinę oraz całe społeczeństwo.
- ➔ Umożliwia zapewnienie indywidualnej, zaplanowanej i ciągłej opieki nad pacjentem, a także wspiera jego samodzielność.
- ➔ Zakres działań pielęgniarских obejmuje identyfikację potrzeb zdrowotnych oraz dążenie do ich zaspokojenia w możliwie najwyższym stopniu.
- ➔ Istotnym elementem procesu pielęgnowania jest dokumentowanie jego poszczególnych etapów, co pozwala na ocenę jakości podejmowanych interwencji.



# Wzory pielęgnowania

- ➔ Jest ograniczone (zazwyczaj do zleceń lekarskich) i zależne (od lekarza).
- ➔ Działania pielęgniarskie są uzależnione od diagnozy lekarskiej.
- ➔ Pielęgniarka działa zgodnie z zaleceniami lekarza.
- ➔ Pielęgnowanie = pomoc lekarzowi w leczeniu i wykonywanie zleceń lekarskich, w celu powrotu pacjenta do zdrowia.

## Pielęgniarstwo tradycyjne

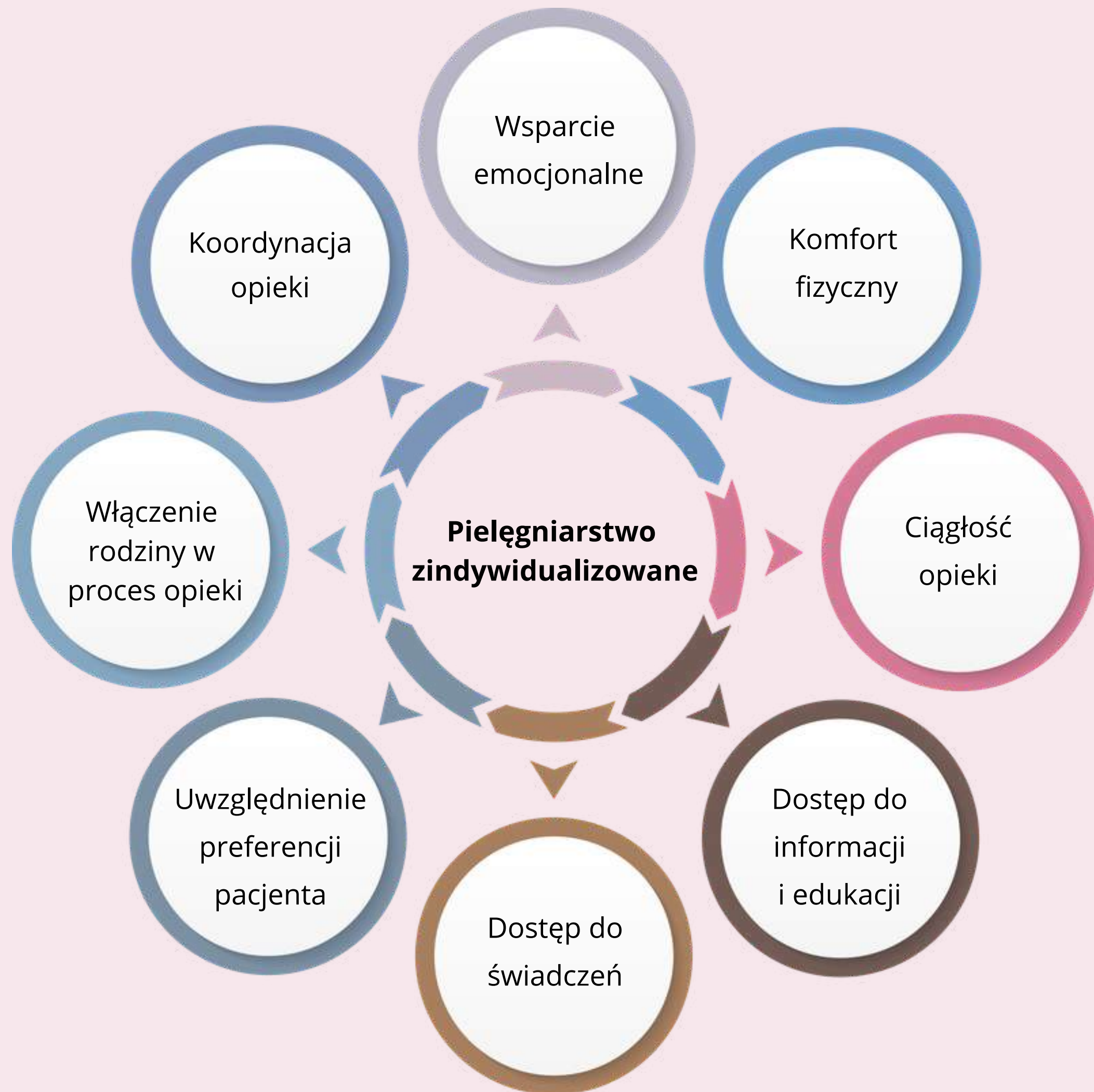
## Pielęgnowanie podporządkowane „specjalizacji” czynnościowej pielęgniarki

- ➔ O działaniach pielęgniarki decyduje pielęgniarka oddziałowa.
- ➔ Pielęgniarka ma z góry przydzielone zadania.
- ➔ Charakter i zakres działań jest określony w zleceniach lekarskich.

# Wzory pielęgnowania

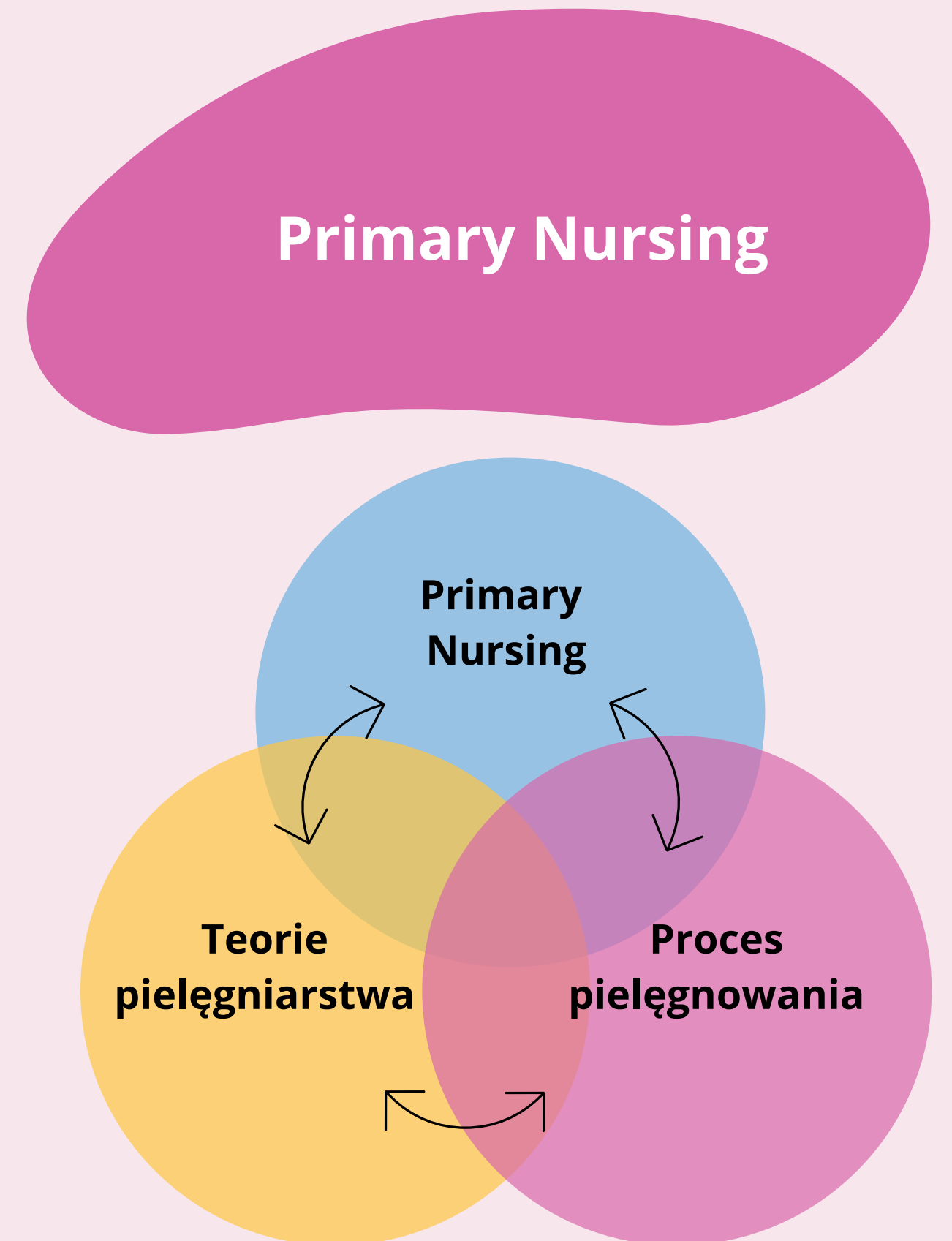
- ➔ Opis koncepcji – Balint – w połowie lat 50. XX w.
- ➔ Początki w Polsce – koniec lat 70. XX wieku.
- ➔ Pielęgnowania zindywidualizowane – uznanie pacjenta za pełnoprawnego partnera i stronę decydującą w procesie świadczenia skoordynowanej i empatycznej opieki.
- ➔ Opieka opiera się na poszanowaniu preferencji, wartości i potrzeb pacjenta.
- ➔ Proces pielęgnowania = założenia dla profesjonalnej praktyki pielęgniarstwa.
- ➔ Evidence-Based Nursing (EBN) – koncepcja uzupełniająca proces pielęgnowania – praktyka pielęgniarstwa oparta na badaniach naukowych i krytycznej ocenie.
- ➔ Indywidualizacja człowieka – cechy charakterystyczne wyróżniające jednostkę na tle innych.
- ➔ Pielęgnowanie zindywidualizowane to obszar pielęgnowania racjonalnego.
- ➔ Jest dostosowane do wymagań i oczekiwań podmiotu opieki i warunków w jakich opieka jest realizowana.
- ➔ Działalność pielęgniarki jest samodzielna, oparta na racjonalnych podstawach teoretycznych, ogólnych zasadach postępowania i zasadach etycznych.

**Pielęgniarstwo  
zindywidualizowane**



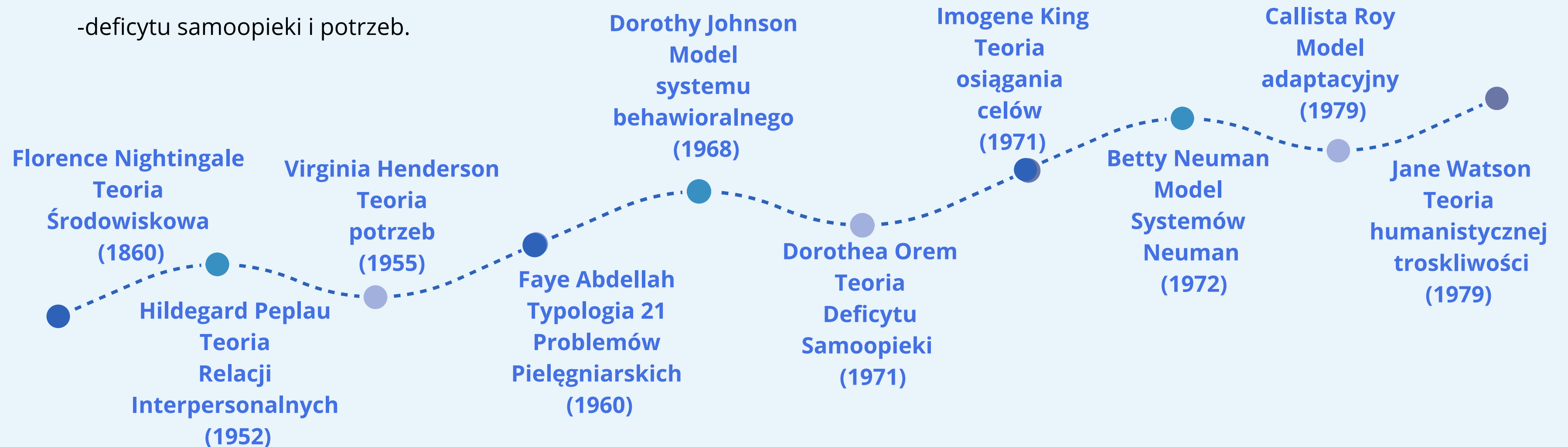
# Wzory pielęgnowania

- ➔ Autonomia pielęgniarstwa.
- ➔ Występuje relacja między Primary Nursing, procesem pielęgnowania i teoriami pielęgnowania.
- ➔ Marie Manthey – autorka definicji Primary Nursing.
- ➔ Primary Nurse – pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem w trakcie hospitalizacji (od przyjęcia do wypisu).
- ➔ Primary Nurse ma do dyspozycji kilkusobowy zespół pielęgniarek, którym deleguje zadania, również do wykonania podczas swojej nieobecności.
- ➔ Wymagania wobec Primary Nurse:
  - umiejętność współpracy z pacjentem i jego rodziną,
  - posiadanie wysokich kwalifikacji i kompetencji zawodowych,
  - akceptowanie odpowiedzialności zawodowej wynikającej z założeń Primary Nursing.
  - pielęgniarka oddziałowa – odpowiada za jakość opieki pielęgniarstwiej i rozwój zespołu.



# Teorie pielęgnowania

- ➔ Proces pielęgnowania jest oparty o modele pielęgnowania.
- ➔ W pielęgniarstwie światowym wyróżnia się ponad 20 modeli opieki pielęgniarzkiej. Można podzielić je na 4 kategorie, w tym modele:
  - środowiskowe,
  - potrzeb,
  - systemu oraz współdziałania,
  - deficytu samoopieki i potrzeb.



# Etapy procesu pielęgnowania

- ① **Assessment** - Ocena
- ② **Diagnosis** - Diagnoza
- ③ **Planning** - Planowanie
- ④ **Implementation** - Realizacja
- ⑤ **Evaluation** - Ewaluacja



# Etapy procesu pielęgnowania

Etap	Działania
Ocenianie	<ul style="list-style-type: none"><li>-gromadzenie, weryfikowanie i przekazywanie danych,</li><li>-ocena potrzeb pacjenta,</li><li>-ocena problemów zdrowotnych,</li><li>-rodzaje oceny: wstępna, skoncentrowana na problemie, w nagłych przypadkach, długoterminowa</li></ul>
Diagnoza	<ul style="list-style-type: none"><li>-diagnoza aktualna,</li><li>-diagnoza ryzyka,</li><li>-diagnoza promocji zdrowia,</li><li>-diagnoza objawów albo</li><li>-diagnoza aktualna,</li><li>-diagnoza potencjalna,</li><li>-diagnoza możliwa</li></ul>
Planowanie	Określenie celu działań, czasu i środków koniecznych do realizacji planu
Implementacja	Wdrożenie interwencji pielęgniarских zgodnie z planem
Ewaluacja	Ocena podjętych działań – czy cel został osiągnięty?

# Dane subiektywne i obiektywne

Pierwszym krokiem procesu pielęgnowania jest zgromadzenie danych na temat pacjenta. Dane można podzielić na subiektywne i obiektywne.

➔ **Dane subiektywne** – uzyskane od chorego.

➔ **Dane obiektywne** – uzyskane od rodziny, członków zespołu, z pomiarów i wyników badań diagnostycznych.

Rodzaj danych	Opis	Przykłady
<b>Dane subiektywne</b>	-Informacje przedstawiane z punktu widzenia pacjenta lub opisywane przez niego. -Informacje podawane przez członków rodziny oraz innych pracowników opieki zdrowotnej.	Ból, zawroty głowy, szумы uszne
<b>Dane obiektywne</b>	-Dane obserwowane, mierzone, badane. -Uzyskiwane na podstawie porównania wyników z normami.	Bładość, pocenie się, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienie skóry

# Źródła danych

Rodzaj źródeł danych	Opis
Źródła pierwotne	<ul style="list-style-type: none"><li>-Zebrane bezpośrednio od pacjenta.</li><li>-Pochodzą z badania podmiotowego i przedmiotowego.</li></ul>
Źródła wtórne	<ul style="list-style-type: none"><li>-Zebrane od członków rodziny pacjenta.</li><li>-Pochodzące z dokumentacji medycznej.</li><li>-Informacje od innych pracowników opieki zdrowotnej.</li><li>-Pochodzące z literatury przedmiotu.</li></ul>

# Etap 1. Gromadzenie danych – ocena

Ocena = obserwacja pacjenta + wywiad (pacjent, rodzina, opiekun)  
+ badanie fizykalne + analiza dokumentacji medycznej

## → Etapy oceny:

1. Zebranie danych.
2. Weryfikacja danych.
3. Organizowanie danych.
4. Analiza danych.
5. Dokumentowanie danych.

Etap procesu pielęgnowania	Technika	Charakterystyka
<b>Gromadzenie danych – ocena</b>	Wywiad pielęgniarski	Rozmowa – nawiązanie kontaktu, uzyskanie danych obiektywnych i subiektywnych.
	Obserwacja	Uważna i wnikliwa, uzupełnia i weryfikuje zebrane dane.
	Analiza dokumentacji medycznej	Karty leczenia, wyniki badań diagnostycznych itd.
	Analiza informacji od innych osób	Rodziny i członków zespołu
	Badanie fizykalne	Przedmiotowe
	Pomiary	Np. temperatura ciała, tętno, oddech, RR

# Wywiad pielęgniariski

- ➔ Wywiad pielęgniariski to ustrukturyzowana technika zbierania danych na temat pacjenta i jego historii zdrowia.
- ➔ Należy zebrać dane na temat stanu biologicznego, psychicznego, społecznego oraz duchowego pacjenta.

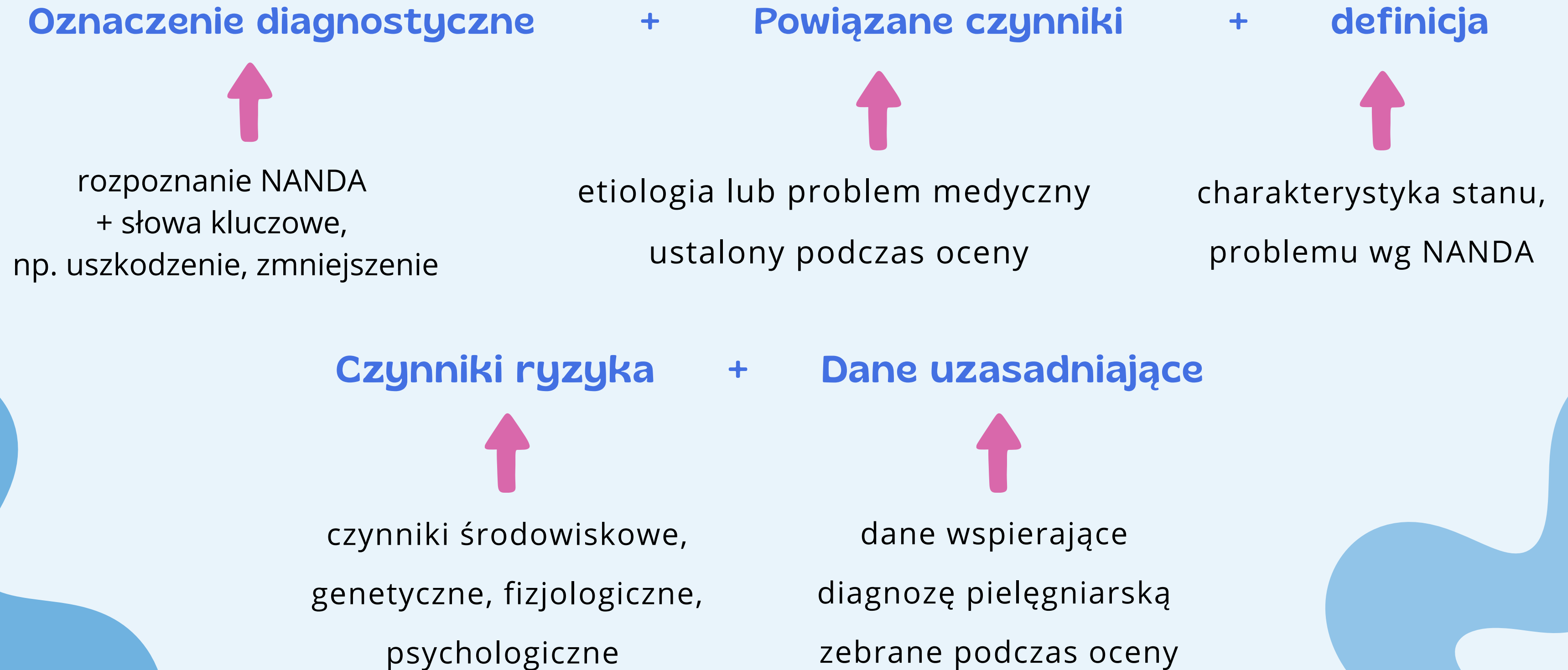
Element wywiadu	Zakres informacji
Dane biograficzne	Imię i nazwisko, adres, wiek, płeć, stan cywilny, zawód, wyznanie.
Powód wizyty / skarga główna	Główny powód zgłoszenia się pacjenta do lekarza lub szpitala.
Historia dotychczasowej choroby	Stan zdrowia, historia przebytych chorób w porządku chronologicznym, wywiad rodzinny, ocena sprawności.
Historia leczenia	Szczepienia, dotychczasowe leczenie, doświadczenia pacjenta związane z chorobami.
Wywiad rodzinny	Czynniki ryzyka występowania chorób: cukrzycy, nadciśnienia, nowotworów, chorób umysłowych.
Stan fizjologiczny	Ocena problemów zdrowotnych związanych z funkcjonowaniem poszczególnych układów ciała.
Stan psychiczny	Informacje o emocjach, nastroju, procesach poznawczych, poczuciu tożsamości, percepcji siebie, zachowaniu.
Styl życia	Nawyki, sposób odżywiania, używki, sen i odpoczynek, czynności dnia codziennego, radzenie sobie ze stresem, zachowania seksualne, aktywność rekreacyjna, zainteresowania.
Sytuacja społeczna	Relacje rodzinne, pochodzenie etniczne, wykształcenie, sytuacja materialna, warunki mieszkaniowe i środowiskowe.
Schemat opieki zdrowotnej	Instytucje opieki zdrowotnej, z których pacjent korzysta: szpitale, przychodnie, gabinety lekarzy rodzinnych.

# Etap 2. Diagnoza pielęgniarska

- ➔ Najczęściej stawia się rozpoznania wg klasyfikacji NANDA (ang. North American Nursing Diagnosis Association) lub ICNP.
- ➔ Diagnozy:
  - ➔ skoncentrowane na problemie (aktualne) (problem-focused nursing diagnoses)
  - ➔ ryzyka (potencjalne) (risk nursing diagnoses)
  - ➔ związane z promocją zdrowia (health promotion diagnoses)
  - ➔ zespołu objawów (syndrom diagnoses)

Rodzaj diagnozy	Opis	Przykład
<b>Diagnoza aktualna</b>	Stwierdzony, istniejący problem zdrowotny pacjenta.	Ból brzucha związany z procesem zapalnym jelit.
<b>Diagnoza ryzyka</b>	Problem, który może wystąpić, jeśli nie zostaną podjęte działania zapobiegawcze.	Ryzyko infekcji związane z raną pooperacyjną.
<b>Diagnoza promocji zdrowia</b>	Gotowość pacjenta do poprawy zdrowia, zmiany stylu życia lub poszerzania wiedzy.	Gotowość do poszerzenia wiedzy na temat zdrowego żywienia w celu poprawy samopoczucia.
<b>Diagnoza zespołu chorobowego (objawów choroby)</b>	Diagnoza obejmująca grupę objawów charakterystycznych dla określonych zaburzeń lub choroby.	Zespół objawów odwodnienia: suchość śluzówek, obniżona elastyczność skóry, ciemne i skoncentrowane moczenie, osłabienie.

# Komponenty diagnozy pielęgniarskiej



# Etap 2. Diagnoza pielęgniarska

## **Jednoczłonowe**

Gotowość do rzucenia nałogu tytoniowego.

## **Dwuczłonowe**

Ryzyko infekcji spowodowane raną operacyjną.

## **Trzyczłonowe**

Ból głowy spowodowany urazem oceniany jako 8/10 w skali NRS.

# Kategorie diagnostyczne

## Wg NANDA

Promocja zdrowia  
Odżywianie  
Eliminacja i wymiana  
Aktywność/odpoczynek  
Zdolności poznawcze  
Percepcja siebie  
Role społeczne  
Seksualność  
Radzenie sobie ze stresem  
Zasady życiowe  
Bezpieczeństwo  
Komfort  
Rozwój

## Rozpoznania pielęgniarские - funkcjonalne wzory wg Gordon

### Kategoria diagnozy pielęgniarskiej

Wzorzec postrzegania zdrowia - zarządzania zdrowiem

Wzorce żywieniowo-metaboliczne

Schemat wypróżniania

Wzorzec aktywności fizycznej - wykonywania ćwiczeń

Wzorzec snu i czuwania

Wzorce poznawcze - postrzeganie

Wzorzec postrzegania własnej osoby - koncepcji własnej osoby

Wzorzec zachowań seksualno-rozrodczych

Wzorce radzenia sobie ze stresem oraz tolerancji

Wzorzec wiary - przekonań

# Kategorie diagnostyczne wg NANDA

Domena	Klasa (EN)	Klasa (PL)
<b>1. Promocja zdrowia</b>	Health Awareness	Świadomość zdrowotna
	Health Management	Zarządzanie zdrowiem
<b>2. Żywienie</b>	Ingestion	Przyjmowanie pokarmu
	Digestion	Trawienie
	Absorption	Wchłanianie
	Metabolism	Metabolizm
	Hydration	Nawodnienie
<b>3. Wydalanie i wymiana</b>	Urinary function	Funkcje układu moczowego
	Gastrointestinal function	Funkcje przewodu pokarmowego
	Integumentary function	Funkcje skóry
	Respiratory function	Funkcje układu oddechowego
<b>4. Aktywność/Odpoczynek</b>	Sleep/Rest	Sen/Odpoczynek
	Activity/Exercise	Aktywność/Ćwiczenia
	Energy balance	Równowaga energetyczna
	Cardiovascular/Pulmonary responses	Reakcje sercowo-płucne
	Self-care	Samobsługa

# Kategorie diagnostyczne wg NANDA

<b>5. Percepcja</b>	Attention	Uwaga
	Orientation	Orientacja
	Sensation/Perception	Czucie/Percepcja
	Cognition	Poznanie
	Communication	Komunikacja
<b>6. Postrzeganie siebie</b>	Self-concept	Koncepcja siebie
	Self-esteem	Samooceana
	Body image	Obraz ciała
<b>7. Relacje roli</b>	Caregiving roles	Role opiekuńcze
	Family relationships	Relacje rodzinne
	Role performance	Wykonywanie ról
<b>8. Seksualność</b>	Sexual identity	Tożsamość seksualna
	Sexual function	Funkcje seksualne
	Reproduction	Reprodukcja
<b>9. Radzenie sobie / tolerancja stresu</b>	Post-trauma responses	Reakcje po urazie
	Coping responses	Reakcje radzenia sobie
	Neurobehavioral stress	Stres neurobehawioralny

# Kategorie diagnostyczne wg NANDA

<b>10. Zasady życiowe</b>	Values	Wartości
	Beliefs	Przekonania
	Value/Belief/Action congruence	Spójność wartości, przekonań i działań
<b>11. Bezpieczeństwo/Ochrona</b>	Infection	Infekcja
	Physical injury	Urazy fizyczne
	Violence	Przemoc
	Environmental hazards	Zagrożenia środowiskowe
	Defensive processes	Mechanizmy obronne
	Thermoregulation	Termoregulacja
<b>12. Komfort</b>	Physical comfort	Komfort fizyczny
	Environmental comfort	Komfort środowiskowy
	Social comfort	Komfort społeczny
<b>13. Wzrost/Rozwój</b>	Growth	Wzrost
	Development	Rozwój

# Diagnoza skoncentrowana na problemie

- ➔ Aby stworzyć diagnozę skoncentrowaną na problemie, należy użyć metody PES (problem-etiology-symptom).
- ➔ Ten schemat pokazuje związek przyczynowo-skutkowy.



**P** – PROBLEM / STAN (ang. problem)

**E** – ETIOLOGIA / PRZYCZYNA (ang. etiology)

**S** – SYMPTOMY / OBJAWY (ang. symptoms/signs)

# Struktura diagnozy PES



# Struktura diagnozy PES

Ograniczony zakres ruchu na skutek zabiegu operacyjnego utrudniający samoopiekę.

**STAN**  
**- PROBLEM**

**PRZYCZYNA**

**SKUTEK**

# Diagnoza ryzyka

- **Diagnozę ryzyka** należy poprzeć informacjami na temat czynników ryzyka występujących u pacjenta, które mogą przyczynić się do rozwoju problemu pielęgnacyjnego.

Ryzyko zakażenia  
spowodowane wkłuciem dożylnym.

**CZYNNIK RYZYKA**

**RYZYKO**

# Diagnozy promocji zdrowia i zespołu objawów

➔ **Diagnoza promocji zdrowia** zawiera problem (P) i cechy definiujące (S).

**Problem (P): Gotowość do podejmowania działań zdrowotnych**

**Objawy (S): Wyrażenie chęci nabycia informacji na temat zachowań zdrowotnych, aby móc lepiej o siebie zadbać**

➔ Aby utworzyć **diagnozę zespołu objawów**, należy użyć dwóch lub więcej diagnoz pielęgniarskich jako cech definiujących (S), które tworzą zespół.

**Problem (P) – Zespół objawów niewydolności oddechowej,  
manifestujący się dusznością, bólem w klatce piersiowej i sinicą. (S)**

# Diagnoza aktualna, potencjalna i możliwa

➔ **Diagnoza aktualna** dotyczy potwierdzonych problemów, które zostały zidentyfikowane na podstawie obserwacji, wywiadu i wyników badań.

Pacjent już doświadcza tego problemu w chwili, gdy diagnoza jest stawiana.

💡 **Przykład: „Dolegliwości bólowe spowodowane zabiegiem operacyjnym oceniane przez pacjenta na 6 w skali NRS”.**

➔ **Diagnoza potencjalna** odnosi się do problemów zdrowotnych, które mogą wystąpić, ale nie są jeszcze obecne.

Pielęgniarka identyfikuje czynniki ryzyka lub przewiduje możliwość wystąpienia problemu, w wyniku aktualnego stanu zdrowia pacjenta.

💡 **Przykład: „Ryzyko upadku związane z osłabieniem mięśniowym w wyniku długotrwałego unieruchomienia pacjenta”.**

➔ **Diagnoza możliwa** odnosi się do problemów zdrowotnych, które mogą być obecne, ale nie zostały jeszcze potwierdzone i wymagają dalszej obserwacji.

Pielęgniarka stawia diagnozę na podstawie niepełnych danych lub objawów, które mogą wskazywać na możliwość pojawienia się danego problemu zdrowotnego.

💡 **Przykład: „Możliwe zaburzenia oddychania związane z obrzękiem płuc, wymagające monitorowania i dalszych badań”.**

# Diagnoza pielęgniarska wg ICNP

Klient - Client (C)

Przedmiot - Diagnosis (DC), Focus (F)

Działanie - Intervention (IC), Action (A)

Środki - Means (M),

Czas - Time (T)

Lokalizacja - Location (L)

Ocena - Judgement (J)

## ICNP® - polski

code	axis	term	description
<u>10000262</u>	F	aborcja	zaburzony proces układu rozrodczego: przerwanie lub zakończenie ciąży i wydalenie płodu; przerwanie lub zakończenie ciąży i wydalenie płodu niezdolnego do przetrwania/przeżycia
<u>10018646</u>	F	aborcja samoistna	aborcja: występuje bez oczywistej przyczyny lub interwencji
<u>10001741</u>	F	adaptacja	radzenie sobie: radzenie sobie w nowych sytuacjach
<u>10027112</u>	DC	adekwatna wiedza	adekwatna wiedza
<u>10042342</u>	F	adekwatne nawodnienie	nawodnienie adekwatne
<u>10042065</u>	DC	adekwatne nawodnienie	adekwatne nawodnienie
<u>10045725</u>	DC	adekwatne zaopatrzenie w pokarm	zaopatrzenie w pokarm
<u>10038359</u>	F	adekwatne zaopatrzenie w wodę	zaopatrzenie w wodę
<u>10014939</u>	F	adekwatny sen	sen
<u>10024930</u>	DC	adekwatny sen	adekwatny sen
<u>10001773</u>	A	administrowanie	dystrybucja: dostarczenie lub zapewnienie czegoś
<u>10013295</u>	J	normalny	stan normalności: zgodny z normą, typowy, standardowy, stan zwyczajowy lub oczekiwany
<u>10013314</u>	L	nos	element układu sensorycznego
<u>10013187</u>	C	noworodek	jednostka
<u>10011019</u>	M	nóż	urządzenie do karmienia
<u>10017563</u>	M	nożyce	urządzenie chirurgiczne
<u>10000859</u>	DC	nudności	nudności
<u>10012453</u>	F	nudności	zaburzona percepcja: odczuwanie mdłości i

# Diagnoza pielęgniarska wg ICNP

💡 Przykład:

Pacjent	Client (C)	10014132
Ból	Diagnosis (DC)	10023130
Administrowanie lekiem przeciwbólowym	Intervention (IC)	10023084
Lek	Środki (M)	10011866
Dzień	Czas (T)	10005502
Głowa	Location (L)	10008688
Efektywny (pozytywnie oceniony stan)	Judgement (J)	10014956

# Diagnoza pielęgniarska wg ICNP

💡 Przykład:

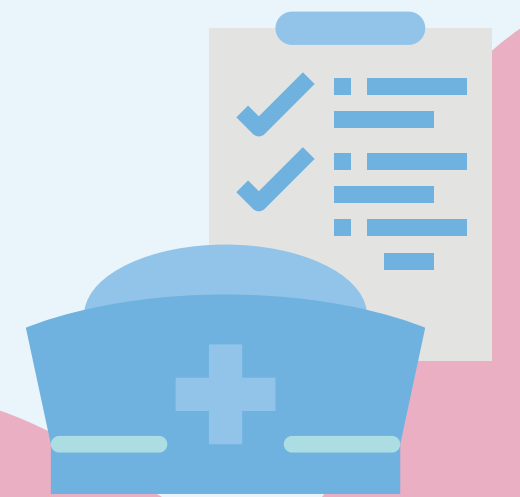
Problem pielęgnacyjny	Cel działań pielęgniarskich	Działania pielęgniarskie	Ewaluacja działań pielęgniarskich
Dolegliwości bólowe spowodowane zabiegiem operacyjnym oceniane jako 6 w skali NRS.	Wyeliminowanie dolegliwości bólowych spowodowanych zabiegiem operacyjnym.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ocena dolegliwości bólowych za pomocą skali NRS.</li> <li>Podanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza.</li> <li>Regularne kontrolowanie stanu pacjenta.</li> <li>Odnotowanie podjętych działań.</li> </ol>	Pacjent zgłosił ustąpienie dolegliwości bólowych
<b>Diagnoza negatywna wg ICNP®+ kod</b>	<b>Interwencje pielęgniarskie wg ICNP®+ kod</b>		<b>Diagnoza negatywna/pozytywna wg ICNP®+ kod</b>
[10023130 – ból] [10021243 – ból spowodowany raną]	[10009654 – identyfikowanie postawy wobec bólu] [10005157 – kontrola bólu] [10025444 – administrowanie lekiem] [10034053 – ewaluacja odpowiedzi na zarządzanie bólem] [10025831 – kontrolowanie bólu][10006173 – dokumentowanie]		[10029008 – bez bólu]

## Etap 3. - Planowanie

- ➔ Plan opieki pielęgniarskiej powinien określać czynności, które pielęgniarka podejmie, w celu osiągnięcia założonego celu opieki.
- ➔ Plan powinien być określony w czasie i osiągalny.
- ➔ W planie należy określić zasoby ludzkie i materialne potrzebne do jego realizacji.
- ➔ Działaniom należy nadać odpowiedni priorytet.
- ➔ Planowanie opieki wg NIC - Pierwsza zatwierdzona lista interwencji znajduje się w Klasyfikacji Interwencji Pielęgniarskich i wyróżnia 3 poziomy: domena, klasa, interwencja.
- ➔ Domena – ogólny termin – np. bezpieczeństwo.
- ➔ Klasa – 30 klas – kategorie kliniczne interwencji.
- ➔ Interwencje – działania pielęgniarki.

## Etap 4. - Realizacja

- ➔ Na podstawie wcześniej przygotowanego planu opieki, pielęgniarka realizuje zaplanowane działania.
- ➔ Ważnym elementem jest dokumentowanie podejmowanych czynności.



# Etap 5. - Ewaluacja

- ➔ Ostatnim krokiem procesu jest ocena działań. Należy odnieść się tutaj do wcześniej określonego celu oraz zweryfikować czy został osiągnięty (osiągnięty, osiągnięty częściowo, nieosiągnięty).
- ➔ Ocena stanu wyjściowego, skuteczności i efektywności w porównaniu ze stanem końcowym.
- ➔ Etapy ewaluacji : 1. Analiza wyników opieki. 2. Formułowanie osądu pielęgniarskiego.
- ➔ Klasyfikacja Wyników Opieki Pielęgniarskiej wg NOC (ang. Nursing Outcomes Classification)  
Klasyfikacja 490 wyników w porządku alfabetycznym (32 klasy, 7 domen).  
5-stopniowa skala oceny według Likerta – 1 – wynik najgorszy, 5 – wynik najlepszy.

Rodzaj ewaluacji	Kiedy jest prowadzona?	Cel / Charakterystyka
<b>Ewaluacja diagnostyczna</b>	Przed rozpoczęciem procesu oraz w jego trakcie	-Określenie celów opieki. -Ocena wstępna stanu pacjenta. -Identyfikacja problemów zdrowotnych.
<b>Ewaluacja formacyjna</b>	W trakcie procesu pielęgnowania	-Monitorowanie realizowanych interwencji -Umożliwia doskonalenie procedur na podstawie zebranych danych i ich analizy. -Pozwala modyfikować plan opieki w czasie
<b>Ewaluacja sumacyjna</b>	Po zakończeniu procesu pielęgnowania	-Ostateczna ocena efektów opieki. -Formułowanie wniosków i zaleceń na przyszłość. -Ocena osiągnięcia celów.



# Opis przypadku - wzór

➔ Arkusz indywidualnego opisu przypadku

Imię i nazwisko (inicjały): XY
Wiek
Aktywność zawodowa:
HISTORIA CHOROBY
Rozpoznanie lekarskie: Przyjmowane leki: Przebyte choroby: Pobyty w szpitalu: Przebyte zabiegi operacyjne:
STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
Temperatura: Tętno:(liczba / napięcie / rytm) Oddechy: Ciśnienie tętnicze: Masa ciała: Wzrost: BMI: WHR:

# Opis przypadku - wzór

➔ Arkusz indywidualnego opisu przypadku

## WYWIAD RODZINNY

Członkowie rodziny:  
Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:  
Choroby występujące w rodzinie:  
Hobby/ zainteresowania:  
Formy spędzania czasu wolnego:  
Nałogi w rodzinie:  
Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:  
Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne:  
Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:

## WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania: (miasto/wieś):  
Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego:  
Ilość zajmowanych pomieszczeń:  
Ilość osób mieszkających wspólnie:  
Stan higieniczno-sanitarny mieszkania:  
System pracy:  
Ilość godzin spędzonych w pracy/szkole:  
Zagrożenia zdrowia  
w domu:  
w pracy/szkole:  
Komunikacja:  
Higiena osobista:  
Aktywność fizyczna:  
Wydalenie:  
Odżywianie:  
Sen/zasypianie:

# Opis przypadku - wzór

➔ Badanie fizykalne

SKÓRA						
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieny	inne objawy	stan rany pooperacyjnej
UKŁAD ODDECHOWY						
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel		inne objawy	wyroby medyczne	
UKŁAD KRAŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	saturacja
UKŁAD POKARMOWY						
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta		inne objawy	sposób odżywiania
UKŁAD MOCZOWY						
objętość		jakość		inne objawy		wyroby medyczne
UKŁAD PŁCIOWY						
cykl płciowy		inne objawy				

UKŁAD NERWOWY					
świadomość wg skali Glasgow		niedowładny/ drżenia		mowa	inne objawy
UKŁAD RUCHU					
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy	wyroby medyczne	ryzyko upadku ocenione wg skali
NARZĄDY ZMYŚLÓW/UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY					
wzrok	słuch	smak	czucie	układ hormonalny	inne objawy
STAN PSYCHICZNY I SPOŁECZNY PODOPIECZNEGO					
sen		nastroj		inne objawy	ocena ryzyka depresji wg skali GDS - dotyczy seniorów

# Opis przypadku - wzór ICNP

Problem pielęgnacyjny	Cel działań pielęgniarских	Działania pielęgniarские	Ewaluacja działań pielęgniarских
Diagnoza negatywna wg ICNP®+ kod	Interwencje pielęgniarские wg ICNP®+ kod		Diagnoza negatywna/pozytywna wg ICNP®+ kod

Problem pielęgnacyjny	Cel działań pielęgniarских	Planowane interwencje	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej	Ewaluacja działań pielęgniarских
Diagnoza negatywna ICNP + kod	Interwencje pielęgniarские ICNP + kod			Diagnoza negatywna/ wynik ICNP + kod

# Opis przypadku - wzór model IV i V-etapowy

## Model IV- etapowy

**Diagnoza pielęgniarstwa.**

**Cel opieki:**

**Działania pielęgniarstwa:**

**Wynik:**

## Model V- etapowy

**Diagnoza pielęgniarstwa.**

**Cel opieki:**

**Plan opieki:**

**Realizacja:**

**Wynik/ocena podjętych działań:**

# Błędy w procesie pielęgnowania

- ➔ **Brak pełnej diagnozy pielęgniarstwa** – opisywanie problemu pacjenta w sposób zbyt ogólny (np. „ból”) zamiast według standardów diagnoz pielęgniarstwa (np. wg ICNP/NANDA) – ostry ból jamy brzusznej spowodowany zabiegiem oceniany na 7 w skali NRS.
- ➔ **Brak hierarchizacji problemów** – problemy pielęgnacyjne należy opisać według priorytetów opieki (np. zagrożenie życia powinno być opisane przed obniżonym nastrojem).
- ➔ **Niedokładne cele opieki** – cele są zbyt ogólne, zamiast konkretne, mierzalne i określone w czasie.  
Rozbieżność między diagnozą a celem – cel opieki nie wynika bezpośrednio z diagnozy pielęgniarstwa.
- ➔ **Zbyt ogólny plan opieki** – brak szczegółowych działań, które pokazują, jak pielęgniarka będzie realizować opiekę („opieka nad pacjentem” zamiast: „codzienna kontrola poziomu glikemii, edukacja dotycząca diety”).
- ➔ **Brak indywidualizacji działań** – stosowanie szablonowych planów bez uwzględnienia wieku, stanu zdrowia, możliwości pacjenta i jego rodziny.
- ➔ **Brak oceny efektów lub niewłaściwa ocena** – „cel został osiągnięty”, bez wyjaśnienia, w jaki sposób i po czym to widać „pacjent zgłosił ustąpienie dolegliwości bólowych po podaniu leku”.

# Proces pielęgnowania - przykład

Imię i nazwisko (inicjały): P.B.
Wiek 61
Aktywność zawodowa: Pracownik fizyczny
<b>HISTORIA CHOROBY</b>
Rozpoznanie lekarskie: I64 - Udar mózgu, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy Przyjmowane leki: <del>Prinyil</del> Przebyte choroby: Nadciśnienie tętnicze Pobyty w szpitalu: 11.12.2024-18.12.2024 Przebyte zabiegi operacyjne: brak Przebyte urazy/wypadki: brak
<b>STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)</b>
Temperatura: 37,9°C Tętno: 95/min (rytm zatokowy) Oddechy: 18/min. Ciśnienie tętnicze: 179/95 mmHg Masa ciała: 89 kg Wzrost: 177 cm BMI: 28,41 (nadwaga) WHR: 0,96 – otyłość brzuszna
<b>WYWIAD RODZINNY</b>
Członkowie rodziny: żona, dwójka dorosłych synów Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: brak Choroby występujące w rodzinie: udar niedokrwienny mózgu (ojciec) Hobby/ zainteresowania: prace domowe oraz ogrodowe Formy spędzania czasu wolnego: aktywne oraz bierne Nałogi w rodzinie: nikotynizm Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe: spożywanie dużych ilości soli i tłuszczu Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: szybka męczliwość spowodowana nadwagą. Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: brak
<b>WYWIAD ŚRODOWISKOWY</b>

Miejsce zamieszkania: (miasto/wieś:) Miasto  
Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: Mieszkanie w bloku  
Ilość zajmowanych pomieszczeń: 5  
Ilość osób mieszkających wspólnie: 2  
Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: dobry  
System pracy: jednozmianowy  
Ilość godzin spędzonych w pracy/szkole: 40 tygodniowo  
Zagrożenia zdrowia  
    w domu: brak  
    w pracy/szkole: brak  
Komunikacja: trudności w z wypowiedzianiem słów  
Higiena osobista: dobra  
Aktywność fizyczna: niska  
Wydalenie: zaburzone  
Odżywianie: zaburzone  
Sen/zasypianie: prawidłowe

# Proces pielęgnowania - przykład

Do Poradni Onkologicznej zgłosił się 45-letni pacjent z powodu utrzymujących się **dolegliwości bólowych jamy brzusznej** oraz **zmiany rytmu wypróżnień**. Wykonano badanie endoskopowe z biopsją. Stwierdzono guz zajmujący 1/2 obwodu jelita oraz polip. Postawiono rozpoznanie – Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego. Wykonano przednią resekcję odbytnicy metodą laparoskopową. Po zabiegu pacjent zgłosił **dolegliwości bólowe**, które ocenił na 6 w skali NRS – ból umiarkowany.

## **Diagnoza pielęgnarska:**

Dolegliwości bólowe spowodowane zabiegiem operacyjnym oceniane jako 6 w skali NRS.

## **Cel opieki pielęgnarskiej:**

Wyeliminowanie dolegliwości bólowych spowodowanych zabiegiem operacyjnym.

## **Plan opieki pielęgnarskiej:**

1. Ocena dolegliwości bólowych za pomocą skali NRS
2. Podanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza.
3. Regularne kontrolowanie nasilenia dolegliwości bólowych u pacjenta po podaniu leku.
5. Odnotowanie podjętych działań.

## **Realizacja planu opieki pielęgnarskiej:**

1. Pacjent zgłosił dolegliwości bólowe jamy brzusznej po przeprowadzonym zabiegu laparoskopowym. Ocenił nasilenie dolegliwości bólowych na 6 w skali NRS.
2. Podano Tramadol 50 mg doustnie zgodnie z zaleceniami lekarza.
3. Regularnie oceniano nasilenie dolegliwości bólowych z zastosowaniem skali NRS.
4. Odnotowano podjęte działania w Karcie Obserwacji Pielęgnarskich.

## **Ocena podjętych działań:**

Pacjent zgłosił ustąpienie dolegliwości bólowych związanych z zabiegiem operacyjnym po podaniu środków przeciwbólowych.

# Proces pielęgnowania - przykład

Stwierdzono **deficyt wiedzy pacjenta na temat choroby i samoopieki**.

<b>Problem pielęgnacyjny</b>	<b>Cel działań pielęgniarских</b>	<b>Działania pielęgniarских</b>	<b>Ewaluacja działań pielęgniarских</b>
Deficyt wiedzy pacjenta na temat choroby i samoopieki.	Nabycie przez pacjenta wiedzy na temat choroby i samoopieki.	1. Ocena wiedzy na temat choroby i umiejętności samoopieki. 2. Edukacja w zakresie choroby. 3. Edukacja i instruktaż w zakresie samoopieki. 4. Odnotowanie podjętych działań.	Pacjent nabył wiedzę na temat choroby i samoopieki.
<b>Diagnoza negatywna wg ICNP®+ kod</b>	<b>Interwencje pielęgniarских wg ICNP®+ kod</b>		<b>Diagnoza negatywna/pozytywna wg ICNP®+ kod</b>
Brak wiedzy o chorobie [10021994]	Ocenianie wiedzy [10033882] Ocenianie samoopieki [10021844] Nauczanie o samoopiece [10045014] [10006173 – dokumentowanie]		Wiedza adekwatna [10014885]

# Proces pielęgnowania - przykład

**Diagnoza pielęgniarska:** Ryzyko odleżyny [10027337]

## **Interwencje:**

1. Asystowanie w czynnościach toaletowych [10023531]
2. Asystowanie w higienie [10030821]
3. Nauczanie o prewencji odleżyn [10036861]
4. Ocenianie ryzyka odleżyny [10030710]
5. Pozycjonowanie pacjenta [10014761]
6. Prewencja odleżyny [10040224]
7. Używanie (wykorzystywanie) wsparcia do pozycjonowania [10035467]

## **Wynik:**

Bez odleżyny [10029065]/ Ryzyko odleżyny [10027337]/ Odleżyna [10025798]

# Proces pielęgnowania - przykład

**Diagnoza pielęgniarska.** Obniżony nastrój związany z pogarszającym się stanem zdrowia.

## **Cel opieki:**

Poprawa samopoczucia psychicznego pacjenta.

## **Plan opieki:**

1. Obserwacja i ocena nastroju pacjenta z wykorzystaniem skali Becka.
2. Nawiązanie relacji terapeutycznej i zapewnienie wsparcia emocjonalnego.
3. Rozmowy indywidualne z pacjentem, mające na celu wyrażenie emocji i potrzeb.
4. Motywowanie pacjenta do podejmowania zachowań zdrowotnych.
5. Włączenie rodziny w proces opieki.
6. Poinformowanie o metodach wsparcia psychicznego.
7. Odnotowanie działań w Karcie Obserwacji Pielęgniarskich.

## **Realizacja planu:**

1. Wynik skali Becka wskazał na umiarkowane nasilenie objawów depresji.
2. Zbudowano relację opartą na zaufaniu, wdrożono aktywne słuchanie i empatię.
3. Regularnie prowadzono rozmowy indywidualne z pacjentem, podczas których wyrażał swoje obawy dotycząca choroby, powikłań i lęku o przyszłość.
4. Zachęcano pacjenta do przestrzegania zaleceń lekarskich i pielęgniarskich, które mogą poprawić stan jego bio-psycho-społeczny.
5. Współpracowano z żoną i dziećmi pacjenta, zalecono wsparcie emocjonalne i motywowanie do przestrzegania zaleceń.
6. Pacjenta poinformowano, że może skorzystać ze specjalistycznej pomocy psychologicznej lub grup wsparcia.
7. Odnotowano podjęte działania w Karcie Obserwacji Pielęgniarskich.

## **Ocena działań:**

Pacjent zgłosił lepszy nastrój oraz wykazywał większe zaangażowanie w proces leczenia.

# Proces pielęgnowania - przykład

Problem pielęgnacyjny	Cel działań pielęgniarzkich	Działania pielęgniarzkie	Ewaluacja działań pielęgniarzkich
Dyskomfort na skutek założenia cewnika do pęcherza moczowego, objawiający się pieczeniem.	Wyeliminowanie pieczenia i dyskomfortu.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Założenie cewnika do pęcherza moczowego.</li> <li>2. Przeprowadzenie wywiadu pielęgniarzkiego na temat przyczyn dyskomfortu.</li> <li>3. Wytłumaczenie konieczności cewnikowania oraz możliwych dolegliwości związanych z założeniem cewnika.</li> <li>4. Prowadzenie bilansu diurezy, ocena moczu pod kątem objętości i jakości.</li> <li>5. Wykonywanie czynności higienicznych i pielęgnacyjnych cewnika oraz skóry w jego obrębie.</li> <li>6. Edukacja pacjenta oraz instruktaz w zakresie higieny oraz pielęgnacji cewnika oraz skóry w jego okolicy.</li> <li>6. Odnotowanie podjętych działań.</li> </ol>	Pacjent zgłosił ustąpienia pieczenia oraz zwiększenie komfortu.
Diagnoza negatywna wg ICNP®+ kod	Interwencje pielęgniarzkie wg ICNP®+ kod		Diagnoza negatywna/pozytywna wg ICNP®+ kod
10023066 DC dyskomfort	10030884 IC cewnikowanie pęcherza 10037295 IC ocenianie w kierunku oznak dyskomfortu 10033277 IC pielęgnacja cewnika urologicznego 10039705 IC implementacja pielęgnacji zapewniającej komfort 10045165 IC nauczanie o pielęgnacji krocza		10025574 DC komfortowy

# Proces pielęgnowania - przykład

Problem pielęgnacyjny	Cel działań pielęgniarских	Działania pielęgniarских	Ewaluacja działań pielęgniarских
Zwiększone ryzyko infekcji związane z obecnością dostępu naczyniowego.	Niedopuszczenie do rozwoju infekcji.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena oznak infekcji w miejscu dostępu naczyniowego.</li> <li>2. Regularna obserwacja oraz higiena i pielęgnacja miejsc wkłucia i skóry wokół wkłucia, z zastosowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.</li> <li>3. Regularna ocena w kierunku oznak infekcji wkłucia i zapalenia żyły.</li> <li>4. Ocena komfortu pacjenta oraz dolegliwości bólowych związana z wkłuciem.</li> <li>5. Edukacja pacjenta w zakresie objawów zakażenia oraz prewencji infekcji.</li> <li>6. Odnotowanie podjętych działań.</li> </ol>	U pacjenta nie doszło do rozwoju infekcji w miejscu wkłucia.
Diagnoza negatywna wg ICNP®+ kod	Interwencje pielęgniarских wg ICNP®+ kod		Diagnoza negatywna/pozytywna wg ICNP®+ kod
10015133 DC ryzyko infekcji	10044182 IC ocenianie oznak i symptomów infekcji 10036916 IC prewencja infekcji 10012203 IC monitorowanie objawów przedmiotowych i objawów podmiotowych infekcji		10028945 DC bez infekcji

# Proces pielęgnowania - przykład

**Diagnoza pielęgnarska.** Ryzyko odwodnienia spowodowane wymiotami i nudnościami po zabiegu operacyjnym.

**Cel opieki pielęgnarskiej:**

Wyeliminowanie ryzyka odwodnienia.

**Plan opieki pielęgnarskiej:**

1. Przygotowanie miski nerkowatej i ligniny przy łóżku pacjentki.
2. Toaleta jamy ustnej po wymiotach.
3. Podanie leków przeciwwymiotnych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
4. Obserwacja pacjentki pod kątem odwodnienia.
5. Płynoterapia zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
6. Regularne monitorowanie parametrów życiowych.
7. Udokumentowanie podjętych czynności.

**Realizacja opieki pielęgnarskiej:**

1. Przygotowano miskę nerkowatą i ligninę na szafce przy łóżku.
2. Wykonano toaletę jamy ustnej każdorazowo po wymiotach.
3. Podano Ondansetron 4 mg w powolnym dożylnym wstrzyknięciu.
4. Obserwowano pacjentkę pod kątem objawów odwodnienia - ocena błon śluzowych, prowadzono bilans płynów oraz diurezy (oceniano ilość i zabarwienie moczu). Nie stwierdzono oznak odwodnienia.
5. Wdrożono płynoterapię zgodnie z zaleceniami lekarza - 2000 ml płynów doustnie oraz PWE 500 ml we wlewie dożylnym.
6. Regularnie monitorowano temperaturę ciała, tętno, ciśnienie tętnicze, saturację. Parametry w normie.
7. Udokumentowano podjęte czynności w Karcie Obserwacji Pielęgnarskich.

**Ocena podjętych działań pielęgnarskich:**

Nie doszło do odwodnienia.

# Proces pielęgnowania - przykład

**Diagnoza pielęgnarska:** Brak akceptacji własnego ciała związany z blizną pooperacyjną objawiający się obniżonym nastrojem.

**Cel opieki pielęgnarskiej:**

Pomoc w akceptacji własnego ciała i wizerunku.

**Plan opieki pielęgnarskiej:**

1. Aktywne słuchanie.
2. Udzielenie wsparcia emocjonalnego.
3. Poinformowanie o możliwości konsultacji z psychologiem.
4. Zachęcenie pacjentki do szczerzej rozmowy z mężem.
5. Edukacja męża pacjentki.
6. Odnotowanie podjętych działań w Karcie Obserwacji Pielęgnarskich.

**Realizacja planu opieki pielęgnarskiej:**

1. Pacjentka wyraziła obawę, że nie zaakceptuje własnego ciała po zabiegu. Bała się oszpecenia blizną oraz obniżenia jakości życia intymnego.
2. Pacjentce udzielono wsparcia emocjonalnego. Wytłumaczono, iż zmiany cielesne nie mają wpływu na wartość pacjentki. Przekazano, że blizna po zabiegu nie będzie duża.
3. Przekazano informację na temat możliwości konsultacji psychologicznej.
4. Zachęcono pacjentkę do szczerzej rozmowy z mężem na temat obaw.
5. Przeprowadzono rozmowę z mężem pacjentki na temat jej stanu emocjonalnego oraz obaw. Wskazano kluczowe znaczenie wsparcia emocjonalnego, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i akceptacji.
6. Odnotowano podjęte działania w Karcie Obserwacji Pielęgnarskich.

**Ocena opieki pielęgnarskiej:**

Pacjentka zwiększyła poziom akceptacji własnego ciała oraz zgłosiła lepsze samopoczucie.

# Proces pielęgnowania - przykład

**Diagnoza pielęgnarska.** Wahania parametrów ciśnienia tętniczego

**Cel opieki:** Unormowanie parametrów ciśnienia tętniczego.

## **Działania pielęgnarskie:**

- Dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego.
- Podanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Wdrożenie płynoterapii zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Regularne dokonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego.
- Przeprowadzenie rozmowy na temat sytuacji stresowych oraz możliwego wzrostu ciśnienia tętniczego.
- Edukacja pacjenta w zakresie czynników ryzyka i profilaktyki nadciśnienia tętniczego.
- Odnotowanie działań w Karcie Obserwacji Pielęgnarskich.

## **Ewaluacja podjętych działań:**

Obniżono ciśnienie tętnicze do prawidłowej wartości.

## **Źródła:**

Ernstmeyer K., Christman E. Nursing Fundamentals. Chapter 4 Nursing Process.; Appendix A: Sample NANDA-I Diagnoses.

Kózka M., Płaszewska-Żywko L. Diagnozy i Interwencje Pielęgniarskie. PZWL.

Zarzycka D., Ślusarska B. Podstawy pielęgniarstwa Tom 1. PZWL, Warszawa 2017.

Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A. Podstawy Pielęgniarstwa Tom 2. PZWL, Warszawa 2017.

Babska K. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej — ICNP® — przyszłość polskiego pielęgniarstwa nefrologicznego. Forum Nefrologiczne 2015;8(1):49-54.

Szewczyk M., Cierzniakowska K., Ślusarz R., Cwajda J., Stodolska A. Modele opieki pielęgniarskiej. Przewodnik Lekarza 2005;2:82-86.

Kózka M., Płaszewska-Żywko L. Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010.

Kopczyńska E., Hornik B. 3.Proces pielęgnowania.

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej – ICNP.. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-polski\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-polski_translation.pdf)