

OLD CART



► Opis

Schemat OLD CART jest narzędziem wykorzystywanym do pogłębionej oceny objawów zgłaszanych przez pacjenta podczas zbierania wywiadu. Umożliwia szczegółową analizę dolegliwości, uwzględniając ich początek, lokalizację, czas trwania, charakter, czynniki nasilające i łagodzące oraz zastosowane leczenie.

► Schemat

O	Początek (onset)	Od kiedy pacjent odczuwa dolegliwość? Czy pojawiła się nagle? Czy ma związek z wykonywaniem określonej czynności? O jakiej porze dnia występuje?
L	Lokalizacja (location)	Gdzie zlokalizowana jest dolegliwość?
D	Czas trwania (duration)	Jak długo pacjent odczuwa dolegliwość?
C	Charakter dolegliwości (characteristics)	Jaki charakter ma dana dolegliwość? Czy ból jest ostry, tępy, ćmiący, piekący, pulsujący, przeszywający, opasujący lub narastający? Czy pojawia się nagle czy stopniowo? Czy jest okresowy czy stały?
A	Czynniki nasilające (Aggravating factors)	Czy występują czynniki nasilające dolegliwość?
R	Czynniki łagodzące (Relieving factors)	Czy występują czynniki zmniejszające nasilenie dolegliwości?
T	Leczenie (treatment)	Co pacjent stosował leczenie w celu zmniejszenia dolegliwości? Czy przyjmował leki, stosował zimno, ciepło lub inne metody łagodzenia objawów?





Opis

Schemat FIFE jest strategią prowadzenia wywiadu, która pozwala lepiej poznać pacjenta, jego dolegliwości oraz doświadczenia związane z chorobą. Obejmuje ocenę odczuć (feelings), wyobrażeń dotyczących choroby (ideas), wpływu choroby na funkcjonowanie pacjenta (function) oraz jego oczekiwań wobec leczenia (expectations). Zastosowanie schematu sprzyja budowaniu relacji terapeutycznej oraz umożliwia bardziej indywidualne podejście do pacjenta.

Schemat

F	Uczucia (feelings)	Jakie uczucia, obawy lub wątpliwości towarzyszą pacjentowi w związku z chorobą? „Czy ma Pan/i szczególne obawy, niepokoje lub wątpliwości?” „Czego Pan/i najbardziej się boi?”
I	Wyobrażenia (Ideas)	Jak pacjent postrzega przyczynę i charakter choroby „Jak Pan/i myśli, co może być przyczyną choroby?” „Co według Pana/i mogło spowodować zaburzenia, chorobę?” „Co Pan/i sądzi o bólu?” „Jaki jest najlepszy sposób eliminowania bólu?”
F	Funkcjonowanie (function)	W jaki sposób choroba wpływa na codzienne funkcjonowanie pacjenta „W jaki sposób choroba zmieniła Pana/i funkcjonowanie?” „Jakie zmiany spowodowała choroba?” „Z czego musiał Pan/i zrezygnować?” „Jakie cele ma Pan/i teraz w życiu?” „W jaki sposób choroba wpływa na Pana/i cele?” „W jaki sposób choroba wpływa na Pana/i relacje?”
E	Oczekiwania (expectations)	Jakie są oczekiwania pacjenta wobec personelu medycznego i leczenia „Czego oczekuje Pan/i od lekarza/pielęgniarki/położnej?” „Co mogą dla Pana/i zrobić?” „Czego Pan/i oczekuje w zakresie leczenia/pielęgnowania?”

SAMPLE



Opis

Schemat SAMPLE jest ustrukturyzowanym narzędziem wykorzystywanym do zbierania wywiadu medycznego u pacjentów w stanie nagłego zdarzenia. Umożliwia szybkie zgromadzenie najważniejszych informacji dotyczących objawów, alergii, chorób współistniejących, przyjmowanych leków oraz okoliczności zdarzenia.

Schemat

S	Symptoms	Objawy
A	Allergies	Uczulenia
M	Medication	Przyjmowane leki
P	Past Medical History / Pregnancy	Przebyte choroby / ciąża
L	Last Meal	Ostatni posiłek
E	Environment / Events Preceding the Incident	Środowisko / wydarzenia poprzedzające wypadek



Proces pielęgnowania

- Pomaga identyfikować i ustalać priorytety problemów pacjenta
- Określa kolejne etapy postępowania z danym problemem – od początku do końca
- Skoncentrowany na pacjencie i dostosowany indywidualnie do jego potrzeb
- Elastyczny i dynamiczny – zmienia się wraz ze stanem i potrzebami pacjenta
- Opiera się na ocenie klinicznej i wiedzy pielęgniarstwiej
- Oparty na zasadach procesu pielęgnowania
- Cel: przywracanie, utrzymanie i wzmacnianie zdrowia
- Indywidualna, zaplanowana i ciągła opieka
- Wspieranie samodzielności pacjenta
- Zaspokojenie potrzeb pacjenta w jak najwyższym stopniu



Etapy procesu opieki pielęgniarstwiej

A	Assessment	Gromadzenie danych	→ zebranie danych → weryfikacja danych → organizowanie danych → analiza danych → ocena potrzeb pacjenta → ocena stanu zdrowia	
D	Diagnosis	Diagnoza	→ interpretacja zebranych danych → identyfikacja problemów → ustalenie priorytetów opieki	
P	Planning	Planowanie	→ ustalenie celów opieki → przygotowanie planu opieki → określenie czasu i środków	
I	Implementation	Implementacja	→ realizacja planu opieki → interwencje pielęgniarstwiej	
E	Evaluation	Ewaluacja	→ ocena podjętych działań → czy cel został osiągnięty? → odpowiedź pacjenta	

A D P I E



Proces pielęgnowania

Etapy procesu opieki pielęgniariskiej

A

Assessment **Gromadzenie danych**

- Ocena:**
- obserwacja
 - badanie fizyczne
 - wywiad pielęgniariski
 - analiza dokumentacji medycznej
- **Wywiad**
SAMPLE
FIFE
OLD CART
- **Dane subiektywne**
pacjent, rodzina, opiekun
- **Dane obiektywne**
badanie fizyczne, pomiary, wyniki badań

D

Diagnosis **Diagnoza**

- NANDA-I
- ICNP
- Aktualna Ryzyka** ← **Diagnozy** → **Aktualna Potencjalna**
- Promocji zdrowia**
- Zespołu objawów**
- Możliwa**

P

Planning **Planowanie**

- **Cel - realistyczny, skoncentrowany na pacjencie**
- S**pecific - precyzyjny
 - M**easurable - mierzalny
 - A**chievable - realny do osiągnięcia
 - R**elevant - indywidualnie ustalony
 - T**ime frame - określony w czasie
- **Plan** - określenie czasu i środków niezbędnych do realizacji
- **Priorytet opieki** - stany zagrażające życiu
- A**irways - drożność dróg oddechowych
 - B**reathing - oddychanie
 - C**irculation - krążenie

I

Implementation **Implementacja**

- realizacja planu opieki
- interwencje pielęgniariskie

E

Evaluation **Ewaluacja**

- ocena podjętych działań
- czy cel został osiągnięty?
- odpowiedź pacjenta
- Klasyfikacja Wyników Opieki Pielęgniariskiej wg NOC (ang. Nursing Outcomes Classification)
- **Rodzaje:**
- Diagnostyczna - przed rozpoczęciem i w trakcie
 - Formatywna - w trakcie
 - Sumatywna - na końcu

+ dokumentacja działań na każdym etapie opieki



Diagnozy pielęgniarskie



- ➔ **NANDA-I** - ang. North American Nursing Diagnosis Association
- Północnoamerykańskie Stowarzyszenie Diagnoz Pielęgniarskich
- ➔ **ICNP** - ang. International Classification for Nursing Practice
- Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska wg ICNP

Klient – Client (C) (pacjent)
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	description
10000262	F	aborcja
zaburzony proces układu rozrodczego: przerwanie lub zakończenie ciąży i wydalenie płodu, przerwanie lub zakończenie ciąży i wydalenie płodu niezdanego do przeżycia/przeżyła		
10018646	F	aborcja samistnia
aborcja: występuje bez oczekiwanej przyczyny lub interwencji		
10001741	F	adaptacja
radzenie sobie: radzenie sobie w nowych sytuacjach		
10027112	DC	adekwatna wiedza
10024242	F	adekwatne nawodnienie
10045064	DC	adekwatne nawodnienie
10045724	DC	adekwatne zaopatrzenie w pokarm
10038359	F	adekwatne zaopatrzenie w wodę
10014939	F	adekwatny sen
10024930	DC	adekwatny sen
10017772	A	administrowanie
10013294	J	normalny
stan normalności: zgodny z normą, typowy, standardowy, stan zwyczajowy lub oczekiwany		
10013314	L	nos
10013187	C	noworodek
10011019	M	nóż
10017263	M	nożyce
10000889	DC	nudności
10012453	F	nudności
zaburzona percepcja: odczuwanie mdłości i		

Rodzaje diagnoz pielęgniarskich

- ➔ **Skoncentrowane na problemie (aktualne) (ang. problem-focused nursing diagnoses)**
Stwierdzony, istniejący problem zdrowotny pacjenta.
Np. Dolegliwości bólowe jamy brzusznej spowodowane raną pooperacyjną oceniane na 6 w skali NRS.
- ➔ **Ryzyka (potencjalne) (ang. risk nursing diagnoses)**
Problem, który może wystąpić, jeśli nie zostaną podjęte działania zapobiegawcze.
Np. Ryzyko rozwoju odleżyn związane z długotrwałym unieruchomieniem.
- ➔ **Związane z promocją zdrowia (ang. health promotion diagnoses)**
Gotowość pacjenta do poprawy zdrowia, zmiany stylu życia lub poszerzania wiedzy.
- ➔ **Zespołu objawów (ang. syndrom diagnoses)**
Diagnoza obejmująca grupę objawów charakterystycznych dla określonych zaburzeń lub choroby.

- ➔ **Aktualne**
Stwierdzony, istniejący problem zdrowotny pacjenta.
- ➔ **Potencjalne – ryzyka**
Problem, który może wystąpić, jeśli nie zostaną podjęte działania zapobiegawcze.
- ➔ **Możliwe**
Możliwe, że problem jest obecny, ale nie ma wystarczających danych potwierdzających. Wymagane dalsze badania i obserwacja.

Metoda PES – tworzenie diagnozy pielęgniarskiej

P

PROBLEM (ang. problem)

E

ETIOLOGIA/PRZYCZYNA (ang. etiology)

S

SYMPTOMY/OBJAWY (ang. symptoms/signs)



Badanie fizykalne

Badanie podmiotowe

Wywiad - narzędzie komunikacji z pacjentem

Gromadzenie informacji o stanie zdrowia

Rozpoznanie potrzeb i ustalenie problemu

Podstawa diagnozy pielęgniarskiej

Zdobycie zaufania i zachęcenie do współpracy

Badanie przedmiotowe

Badanie fizykalne

Badanie całego ciała, narządów i czynności

Metody - oglądanie, dotykanie (palpacja), opukiwanie, osłuchiwanie

Uzupełnienie informacji z wywiadu

Ocena budowy struktur i funkcji anatomicznych

**OCENA STANU
BIOLOGICZNEGO,
PSYCHICZNEGO,
SPOŁECZNEGO,
DUCHOWEGO**

S

Subjective
Dane subiektywne

O

Objective
Dane obiektywne

A

Assessment
Ocena

P

Plan
Planowanie

I

Implementation
Implementacja

E

Evaluation
Ewaluacja

R

Review
Rewizja postępowania



Techniki badania fizykalnego



Oglądanie

obserwacja wyglądu i zachowania, wyrazu twarzy, nastroju, budowy i postawy ciała, higieny ciała



Palpacja

badanie za pomocą dotyku powłok ciała lub narządów



Opukiwanie

ocena zmian na podstawie odgłosu opukowego w tkankach i jamach ciała (płynu, powietrza)



Osluchiwanie

osłuchiwanie narządu za pomocą stetoskopu

