

4. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA

Katarzyna Majka, Mirella Sulewska,
Magdalena Musioł, Anna Zera

4.1. CHARAKTERYSTYKA PROCESU PIELĘGNOWANIA JAKO METODY PRACY PIELĘGNIARKI

Katarzyna Majka

W świetle współczesnej praktyki pielęgniarskiej i istniejących trendów duże znaczenie przypisuje się optymalizacji jakości opieki. Zmieniające się jakościowo potrzeby zdrowotne pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi implikują do wdrażania nowych form i metod pracy. W rozwoju pielęgniarstwa ważną rolę odgrywały obserwacja, intuicja i doświadczenie osób wykonujących ten zawód oraz tradycja. Uniwersalną metodą pracy każdej pielęgniarki, wywodzącą się z naukowego podejścia do rozwiązywania problemów i dostosowaną do indywidualnych potrzeb i wymagań chorego, jest **proces pielęgnowania** – złoty standard postępowania pielęgniarskiego. Duże znaczenie w pielęgniarstwie, poza procesem pielęgnowania, przypisuje się **zorganizowanemu systemowi opieki** (ang. *primary nursing*) oraz **modelom opieki pielęgniarskiej**. Współczesne pielęgniarstwo w coraz większym stopniu opiera się na wynikach badań naukowych (pielęgniarstwo oparte na faktach, ang. *evidence based nursing*), które stanowią podstawę teorii pielęgnowania.

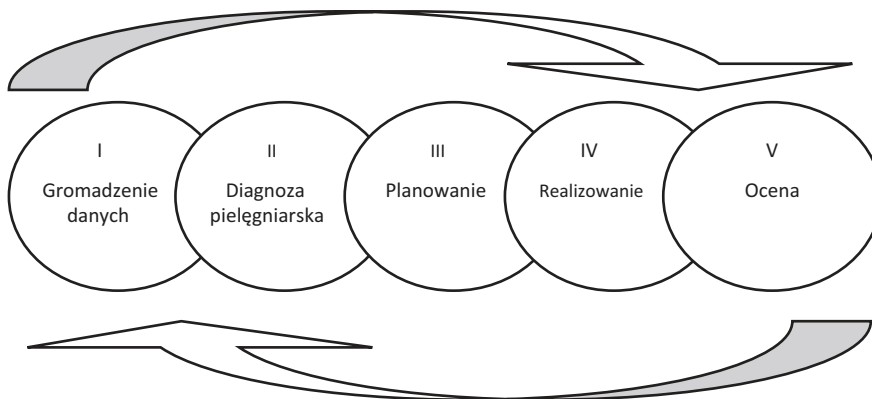
Koncepcja procesu pielęgnowania zrodziła się na gruncie amerykańskim w połowie lat 60. XX wieku. W kręgach polskich pielęgniarek od początku lat 80. XX wieku mówi się i pisze o tym procesie. Od lat stanowi on przedmiot nauczania, nie tylko w szkołach pielęgniarskich, lecz także na studiach pielęgniarskich, i doskonalenia realizowanego na różnych poziomach. Proces pielęgnowania jest propozycją opieki, która wykorzystuje świadome rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego i społecznego podmiotu opieki (pacjent, rodzina, grupa społeczna), a także podejmowanie celowych i świadomych działań, mających przyczynić się do utrzymania lub zmiany

dotychczasowego stanu oraz ocenianie uzyskanych wyników. Opieka oparta na założeniach procesu pielęgnowania jest działalnością złożoną, obiektem jej troski jest bowiem cała osoba, a także rodzina, środowisko nauczania, pracy czy jej wypoczynek.

W procesie pielęgnowania, czyli nowoczesnym i praktykowanym pielęgnowaniu, pielęgniarka nie jest jedyną osobą, która powinna świadczyć opiekę na rzecz podmiotu opieki. Zespół interdyscyplinarny, rodzina, osoby bliskie oraz sam pacjent racjonalnie wspierani przez pielęgniarkę, włączają się w sprawowanie opieki. Pielęgniarka pomaga im w tym, przekazując niezbędną wiedzę i wyposażając w potrzebne umiejętności. Świadomy, planowy udział pacjenta, rodziny i innych profesjonalistów w realizacji procesu pielęgnowania wzbogaca pielęgnowanie, głównie przez ukazywanie nowych możliwości. Pielęgniarka występuje w procesie pielęgnowania jako osoba niezależna od innych członków zespołu terapeutycznego w sprawach związanych z pielęgnowaniem.

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. Północnoamerykańskie Towarzystwo ds. Diagnoz Pielęgniarskich (North American Nursing Diagnosis Association –NANDA) za J. Carpenito (1989) następująco definiuje proces pielęgnowania: „Pielęgnowanie jest diagnozą i terapią ludzkich reakcji w stosunku do aktualnych i/albo potencjalnych problemów zdrowotnych”¹. Autorzy procesu pielęgnowania podzielili działania pielęgniarki dla celów dydaktycznych na pięć etapów (ryc. 4.1). W praktyce zdarzają się sytuacje, np. stan zagrożenia życia, że wymagają one podjęcia przez pielęgniarkę natychmiastowych interwencji, a więc działań wynikających z IV etapu i dopiero później realizuje pozostałe zadania. Każdy etap odgrywa określone role i jest jednakowo ważny w tworzeniu wartości programu pielęgnowania.

¹ S. Poznańska, L. Płaszewska-Żywko: *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 24.



Rycina 4.1. Etapy procesu pielęgnowania.

Do cech procesu pielęgnowania należą:

- **wieloetapowość** – proces pielęgnowania składa się z kilku kolejno następujących po sobie etapów;
- **ciągłość i dynamika** – cykl czterech etapów może być powtarzany wielokrotnie, liczba powtórzeń zależy od zmian w stanie podmiotu opieki oraz skuteczności podejmowanych działań opiekuńczych;
- **logiczność i następstwo czasowe** – uzasadnione, konsekwentne przechodzenie od fazy do fazy; przestrzeganie zasady logiczności i następstwa czasowego jest ważne, ponieważ wyklucza, a przynajmniej minimalizuje możliwość wystąpienia chaosu w pielęgnowaniu.

Etapy procesu pielęgnowania:

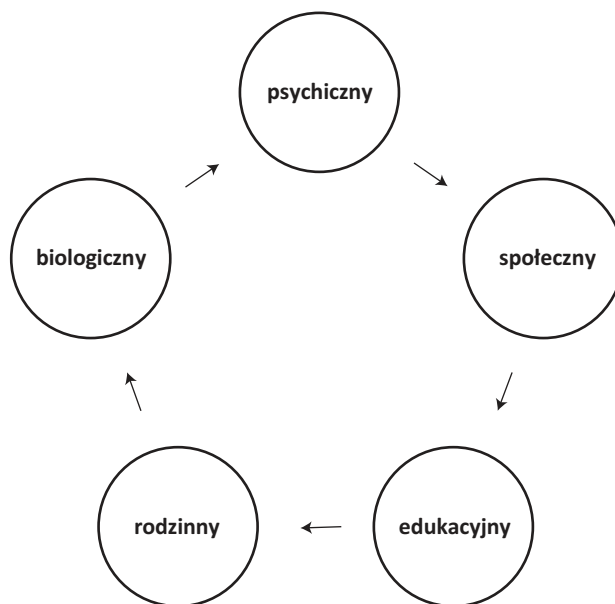
- I. Gromadzenie danych** – dokonuje się, opierając się na zgromadzonych informacjach, pochodzących z różnych źródeł (obserwacja, wywiad, pomiar, analiza dokumentów), a następnie formułuje.
- II. Diagnostyka pielęgniarska** – rozpoznanie pielęgniarskie.
- III. Planowanie pielęgnowania** – na tym etapie ustala się, jaka opieka będzie świadczona pacjentowi (i/lub rodzinie) oraz kto, co i jak wykona zaplanowane czynności.

IV. **Realizowanie planu pielęgnowania** – na tym etapie wprowadza się do praktyki to, co zostało zaplanowane i odzwierciedlone w planie pielęgnowania.

V. **Ocena wyników pielęgnowania** – ocena formułowana w V etapie stanowi wynik porównania stanu rozpoznanego w etapie I, z uzyskanym po podjęciu celowych i planowych działań.

ETAP I - GROMADZENIE DANYCH

W pierwszym etapie pielęgniarka zbiera informacje o pacjencie i poszczególnych jego członkach rodziny w pięciu aspektach: bio-psycho-społecznym oraz edukacyjnym i rodzinnym (ryc. 4.2).



Rycina 4.2. Zakres informacji o pacjencie.

W zakresie biologicznym pielęgniarka gromadzi informacje dotyczące:

- historii choroby pacjenta,
- wydolności poszczególnych układów: nerwowego, sercowo-naczyniowego, oddechowego, pokarmowego, kostno-stawowo-mięśniowego, moczowo-płciowego, narządów zmysłu,
- czynników alergizujących i reakcji alergicznych pacjenta.

W zakresie psychicznym pielęgniarka gromadzi informacje dotyczące:

- podstawowych możliwości umysłowych pacjenta,
- orientacji co do własnej osoby i najbliższego otoczenia, czasu oraz miejsca,
- stosunku pacjenta do własnego ciała i aktualnej sytuacji życiowej,
- sposobu reagowania w określonej sytuacji zdrowotnej,
- potrzeb duchowych.

W zakresie społecznym pielęgniarka gromadzi informacje dotyczące:

- wieku, płci, wykształcenia pacjenta,
- zawodu, aktywności zawodowej, warunków i charakteru wykonywanej pracy,
- nałogów i przyzwyczajzeń pacjenta,
- sposobu komunikowania się z otoczeniem,
- ról odgrywanych w życiu oraz wpływu obecnej sytuacji zdrowotnej i życiowej pacjenta na zakres dotychczas odgrywanych ról.

W zakresie informacji o rodzinie pacjenta pielęgniarka gromadzi informacje dotyczące:

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

W zakresie podjęcia pracy edukacyjnej z pacjentem i jego rodziną pielęgniarka gromadzi informacje dotyczące:

- poziomu wiedzy oraz umiejętności pacjenta i członków jego rodziny w zakresie utrzymania zdrowia, a także zapobiegania chorobom,
- poziomu wiedzy pacjenta i członków rodziny o chorobie/-ach występujących w rodzinie,
- zakresu 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.

ETAP II - DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA

„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”². Definicja diagnozy pielęgniarskiej wg NANDA zawiera przyczynę i skutek rozpoznawanego aktualnie stanu/problemu pacjenta. Pielęgniarki, wypełniając indywidualną kartę opieki pielęgniarskiej, podejmują próbę formułowania diagnozy pielęgniarskiej w szerszym pojęciu, zwracając uwagę na: określenie problemu pielęgniarskiego, etiologię problemu oraz pojawiające się objawy.

„Diagnoza pielęgniarska” to pojęcie składające się ze wszystkich części właściwych dla danego rodzaju diagnozy (przyczyna–problem–skutek), logicznie ze sobą powiązanych. Należy zwrócić uwagę, 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 ocenę rozpoznawanego stanu i ułatwi prawidłowe postawienie diagnozy pielęgniarskiej.

² Tamże, s. 24.

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. Oczywiście 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.

Pielęgniarka powinna znać diagnozę lekarską, gdyż to ona niejednokrotnie ukierunkowuje dalsze rozpoznanie pielęgniarskie i pozwala przewidzieć niektóre 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 że dotyczą one tego samego objawu, problemu czy stanu pacjenta (tab. 4.1). Diagnoza lekarska dotyczy stanu klinicznego pacjenta, diagnozą lekarską jest na przykład choroba wrzodowa żołądka. Natomiast towarzyszą jej ból, wymioty, nudności, a tymi objawami zajmują się pielęgniarki.

Tabela 4.1. Różnica między diagnozą lekarską a pielęgniarską na przykładzie choroby wrzodowej żołądka

DIAGNOZA	
LEKARSKA	PIELĘGNIARSKA
Choroba wrzodowa żołądka	ból
	wymioty
	nudności
	zgaga
	odbijanie
	pragnienie

ICNP jest Międzynarodową Klasyfikacją Praktyki Pielęgniarskiej (International Classification for Nursing Practice), koordynowaną przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (International Council of Nurses – ICN), która skupia ludzi z całego świata i tworzy diagnozy pielęgniarskie. Klasyfikacja ICNP jest narzędziem pracy pielęgniarek i położnych wyłącznie w formie elektronicz-