

Proces pielęgnowania – element jakości świadczeń pielęgniarских

***Wyobraźnia jest ważniejsza od wiedzy,
ponieważ wiedza jest ograniczona***

Albert Einstein

Początek ogromnego postępu, jaki dokonał się w pielęgniarstwie datuje się na koniec lat 60 -tych kiedy to rozpoczęto nauczanie pielęgniarek na poziomie wyższym. Teoretycznie przeniesienie na grunt polski założeń zindywidualizowanego nastąpiło pod koniec lat 70 – tych w związku z międzynarodowym programem badawczym nad procesem pielęgnowania prowadzonym pod auspicjami Europejskiego Biura WHO [1].

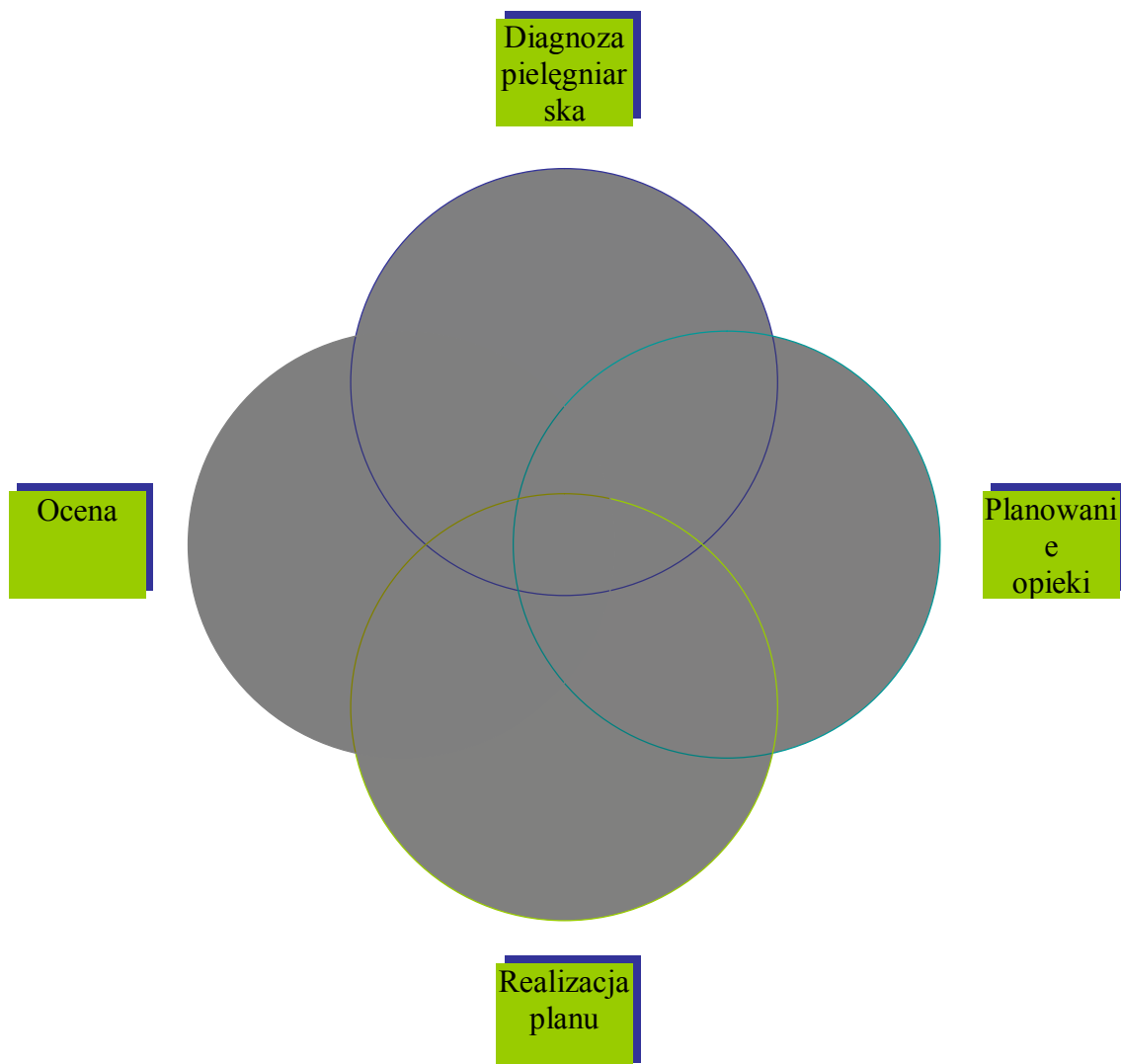
Według definicji Wirginii Henderson proces pielęgnowania to: ***„Uporządkowany i systematyczny sposób określania problemów opiekuńczych człowieka, ustalanie planów ich rozwiązywania, realizowanie tych planów oraz ocenianie stopnia efektywności osiągniętej w rozwiązywaniu zidentyfikowanych problemów”***.

Indywidualizacja w kontekście człowieka oznacza zwracanie uwagi na jego charakterystyczne cechy (czyli cechy indywidualne). Zatem pielęgnowanie zindywidualizowane jest dostosowane do potrzeb i oczekiwań podmiotu opieki oraz do warunków w jakich prowadzona jest opieka. Za najbardziej istotny punkt rozpoczęcia wszelkich działań w tym zakresie uważa się rozpoznanie stanu biopsychospołecznego jednostki, a co za tym idzie postawienie diagnozy pielęgniarской. Zakres gromadzonych danych w wymiarze biologicznym obejmuje kolejno ocenę funkcjonowania: układu krążenia (np. RR, tętno, sinica, duszność), układu oddechowego. Pokarmowego, moczowo – płciowego, kostno – stawowo - mięśniowego czy nerwowego. Natomiast zakres danych w zakresie sfery psychicznej dotyczy głównie oceny procesów poznawczych (zapamiętywania, myślenia, postrzegania itd.). Istotnym coraz częściej jest także wymiar społeczny funkcjonowania człowieka skupiający się głównie na pełnionych rolach w rodzinie, rolach zawodowych czy społecznych

W procesie pielęgnowania pielęgniarka świadomie stosuje diagnozę pielęgniarскую oraz podejmuje celowe i planowe działania mające na celu poprawę stanu lub utrzymania dotychczasowego. Wymaga to od niej nie tylko znakomitego przygotowania merytorycznego ale także doskonałej umiejętności komunikowania oraz prowadzenia dokumentacji [2].

Proces pielęgnowania (załącznik 4) proponowany dla lecznictwa stacjonarnego składa się z następujących po sobie etapów i wchodzących w ich skład faz. W praktyce trudno czasami dostrzec i wyodrębnić poszczególne elementy składowe. Jednakże przyjęto, jak w większości krajów europejskich czteroetapowy proces pielęgnowania (Ryc.1):

1. Etap I – rozpoznanie stanu pacjenta - diagnoza pielęgnarska.
2. Etap II – planowanie opieki
3. Etap III – realizowanie opieki
4. Etap IV – ocena wyników



Ryc.1. Elementy składowe procesu pielęgnowania.

Źródło: opracowanie własne

W etapie pierwszym pielęgniarka gromadzi istotne dla przyszłego pielęgnowania dane, dokonuje ich analizy i formułuje diagnozę pielęgniarską. Diagnoza pielęgniarska ma niezwykle istotne znaczenie bowiem wskazuje wyraźnie, w jakim stanie jest pacjent objęty opieką. Stawianie diagnozy jest zadaniem niełatwym, wymagającym od pielęgniarki dobrego przygotowania, praktyki, logicznego myślenia, prawidłowego wyciągania wniosków. Dobrze postawiona diagnoza sugeruje cel pielęgniarskich działań. Przykładowe diagnozy pielęgniarskie: *Niepokój pacjenta spowodowany nową, trudną sytuacją – hospitalizacją;* Dalszym etapem procesu pielęgnowania jest planowanie opieki, w którym pielęgniarka decyduje, co i w jaki sposób powinno być zrobione dla pacjenta, z pacjentem. Pielęgniarka musi tutaj świadomie dokonywać wyboru najbardziej odpowiednich metod i sprzętu niezbędnych do osiągnięcia zamierzonego stanu. Niezbędna jest tutaj ogromna wiedza pielęgniarki i doświadczenie zawodowe. Przykład planu opieki pielęgniarskiej:

Cel pielęgnowania: Zminimalizowanie napięcia emocjonalnego, likwidacja niepokoju

PLAN OPIEKI

- *Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa poprzez zapoznanie z topografią oddziału i szpitala, kartą praw pacjenta, zespołem terapeutycznym, pacjentami*
- *Pomoc w adaptacji do warunków szpitalnych, zapoznanie z regulaminem szpitala, oddziału, organizacją pracy*
- *Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przedstawienie się pacjentowi i jego rodzinie, wskazanie osoby odpowiedzialnej za opiekę pielęgniarską*
- *Szczere, jasne i zrozumiałe przekazywanie komunikaty, informacje, wyjaśnienia, zwłaszcza dotyczące stanu jego zdrowia*
- *Ograniczyć ilość osób przebywających na sali, jeśli pacjent ma takie życzenie*
- *Organizacja czasu wolnego, dostarczenie ulubionych czasopism*

Kolejnym etapem procesu pielęgnowania jest realizowanie planu czyli zastosowanie wcześniej zaplanowanych działań w praktyce. Przykład: *Stala obecność przy chorym jego partnerki i personelu zmniejszyła lęk. Każdorazowo pacjent uzyskuje pełną informację na temat planowanych działań pielęgnacyjnych, diagnostycznych i terapeutycznych. Pacjent został poinformowany o regulaminie szpitala, oddziału, zapoznany z topografią oddziału, poznał prawa pacjenta. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości personel jest do jego dyspozycji. Pacjenta umieszczono na sali 2 – osobowej celem zapewnienia spokoju, ciszy, możliwości wypoczynku. Rodzina dostarczyła pacjentowi ulubioną prasę.*

I etap ostatni ocena uzyskanych wyników. Przykład: *W wyniku podjętych działań pielęgnacyjnych i edukacyjnych stan zdrowia Pana C. poprawił się. Dolegliwości bólowe ustąpiły całkowicie. Obecnie chory przygotowywany jest do wypisu ze szpitala. Zabiegi pielęgnacyjne wykonywano szybko, sprawnie tak aby pacjent mógł jak najwięcej czasu odpoczywać. Niepokój i lęk związany z faktem hospitalizacji ustąpił. Wyjaśniono choremu istotę choroby, pacjent stał się aktywnym członkiem zespołu terapeutycznego. Edukacja z zakresu walki z otyłością, możliwości zaprzestania palenia spotkała się z ogromnym zainteresowaniem pacjenta. Już podczas pobytu w szpitalu chory zminimalizował ilość wypalanych papierosów i bez zastrzeżeń stosował się do zaleceń dietetycznych oferowanych przez szpital. Nie bez znaczenia jest również ogromna motywacja do zmniejszenia masy ciała poprzez stosowanie ćwiczeń dynamicznych. W trakcie pobytu w szpitalu pacjent nauczył się pomiaru wskaźnika masy ciała ciśnienia tętniczego. Obecnie wykazuje większą świadomość związaną z niebezpiecznymi następstwami nadciśnienia i otyłości. Jest w pełni świadom zagrożeń. W pełni zdolny do samoopieki. Dodatkowo uzyskuje wsparcie ze strony partnerki życiowej, która aktywnie uczestniczyła w całym procesie edukacji.*

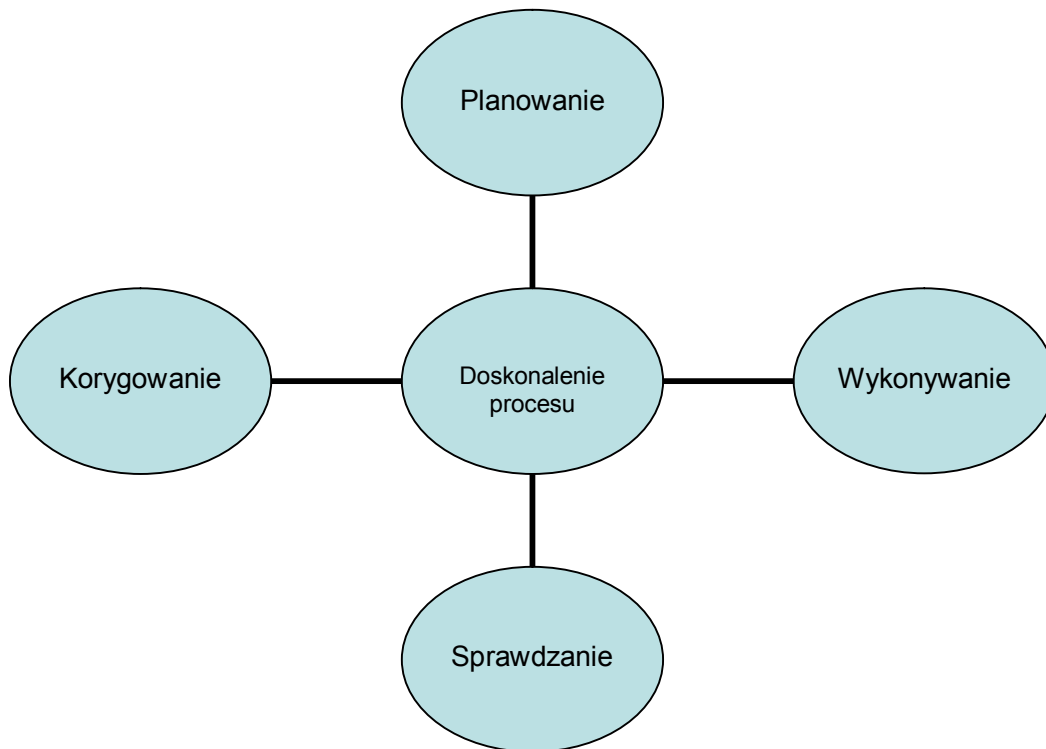
Z punktu widzenia praktycznego istotne znaczenia ma także w sytuacji wypisu pacjenta przekazanie oprócz zaleceń lekarskich także pielęgniarские wskazówki do samoopieki. Przykład: *Zalecenia dietetyczne – opis diety DASH; wskazówki programu rzucenia palenia „Zdecydowanie nie palić”; Kontrola ciśnienia tętniczego krwi 1 x na dobę, prowadzenie dzienniczka kontroli nadciśnienia; Pomiar BMI 1 raz w miesiącu lub 1 x w tygodniu kontrola masy ciała; Aktywność fizyczna – rozkład i intensywność ćwiczeń (1 raz dziennie 30 minut) – pływanie, jazda na rowerze, marsz, spacer.*

Pielęgnowanie zindywidualizowane jest istotne z punktu widzenia jakości świadczeń pielęgniarских ponieważ pozwala nie tylko na szybkie i wnikliwe rozpoznanie problemów pacjenta ale prowadzony w sposób prawidłowy zapewnia całościową i ciągłą opiekę. W praktyce to wszystkie zadania, które obecnie wykonujemy tyle, że zapisane i nieco rozszerzone. Wprowadzenie procesu pielęgnowania wraz z kartą historii pielęgnowania daje pielęgniarce poczucie spełnionej misji, jest także wyrazem jej pracy włożonej w proces zdrowienia pacjenta. Taka dokumentacja daje czytelny dla każdego członka zespołu terapeutycznego obraz tego, co i dlaczego w zakresie opieki jest aktualnie zrobione lub będzie realizowane na następnej zmianie dyżurowej w stosunku do pacjenta. Jest również jedną ze skutecznych metod komunikowania się personelu w sprawach opieki.

Zatem, jak w dzisiejszych realiach wdrożyć proces pielęgnowania? Proponuję na początek uzgodnić z decydentami wprowadzenie tzw. pilotażu, czyli wcześniej przygotowany

zestaw dokumentów poprzedzony szkoleniami personelu wdrożyć na jednym oddziale. Wzór historii pielęgnowania, karty na podstawie której oceniany będzie stan pacjenta w chwili przyjęcia, a potem zapisywane wyniki obserwacji, rozpoznane problemy i na koniec wskazówki do samoopieki, czyli de facto proces pielęgnowania można opracować sobie dowolnie (zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania). Rozporządzenie nie nakreśla jednak formy oraz zawartości karty indywidualnej pielęgnacji [2]. Leży to raczej w gestii osób odpowiedzialnych za jej formę bezpośrednio w placówce, której ona dotyczy. Należy jednak pamiętać, że zwrot “indywidualna pielęgnacja” wskazuje, że dokumentacja powinna uwzględniać indywidualizm pacjenta, jego stan bio- psycho- społeczny, jego potrzeby, jego postawę pro- lub antyzdrowotną. Aby móc wprowadzić taki model pielęgnowania konieczna jest także zmiana organizacji pracy w oddziale. Pielęgniarka powinna być odpowiedzialna za opiekę nad konkretnymi pacjentami, a nie wszystkimi. Podział na grupy czy sale jest tutaj absolutnie pożądany. Zatem w proponowanym modelu jedna pielęgniarka opiekuje się średnio 10 pacjentami w oddziale. W sytuacjach kryzysowych może korzystać z pomocy koleżanki. Osoba odpowiedzialną za całość pielęgnowania jest pielęgniarka oddziałowa. Taka organizacja pracy daje indywidualne poczucie odpowiedzialności każdej ze stron.

O tym, że proces pielęgnowania stanowi swego rodzaju miernik jakości świadczy to, że w normie ISO 9001 : 2000 model PDCA (planuj, wykonuj, sprawdzaj, działaj), odnoszący się zarówno do pojedynczego procesu, jak również do sieci procesów, do złudzenia przypomina etapy procesu pielęgnowania (Ryc.2).



Ryc. 2. Elementy modelu PDCA

Źródło: opracowanie własne w oparciu o Krymska B.: Dokumentacja pielęgniarska – ale jaka? [w:] Szlachetne zdrowie, 2003.

Natomiast w standardach akredytacyjnych żaden z piętnastu standardów nie opisuje w szczególności, jaka powinna być dokumentacja pielęgniarska. Niemniej jednak niektóre standardy rzucają nieco światła na tę kwestię. Oto kilka przykładów: Zarządzanie informacją (ZI): *W dokumentacji medycznej powinny znaleźć się zarówno informacje dotyczące leczenia i pielęgnowania. Dokumentacja medyczna powinna zawierać wnioski i zalecenia końcowe.* Zatem jeśli dokumentacja pielęgniarska jest częścią dokumentacji medycznej, tworzonej przez zespół multidyscyplinarny, to wnioski i zalecenia powinny dotyczyć też sfery dalszego pielęgnowania. Tak jest właśnie w założeniach dokumentacji procesu pielęgnowania. *Dokumentacja medyczna musi być czytelna, kompletna i autoryzowana.* W związku z powyższym właśnie dokumentacja procesu pielęgnowania zmusza pielęgniarki do systematycznego jej prowadzenia. W każdej chwili możliwe jest uzyskanie pełnej i aktualnej informacji o pacjencie i zawsze każdy wpis jest autoryzowany. I dalej w ocenie stanu pacjenta (OS): *Kolejne oceny pielęgniarskie muszą być dokonywane na koniec każdego dyżuru.* Właśnie ten standard spełnia dokumentacja procesu pielęgnowania albowiem systematyczne oceny pielęgniarskie stanowią istotne źródło informacji o pacjencie, pozwalają również na

systematyczne modyfikowanie planu opieki pielęgniarskiej. Standard ten mówi również, że ocena działań pielęgniarskich powinna być dołączona do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. I dalej - opieka nad pacjentem (OP): *Indywidualne cele opieki muszą być zidentyfikowane.* W dokumentacji procesu pielęgnowania cele opieki pielęgniarskiej są zapisywane. *Pacjent musi mieć opracowany indywidualny plan opieki.* W dokumentacji procesu pielęgnowania pielęgniarka opracowuje swój plan opieki na podstawie oceny stanu bio- psycho- społecznego w bardzo szerokim zakresie. *Indywidualny plan opieki musi być opracowywany przez cały zespół terapeutyczny.* Pielęgniarka jest częścią takiego zespołu i szereg jej zaleceń omawia w gronie członków zespołu, w tym głównie z podmiotem opieki. Poprzez opracowywanie planu opieki pielęgniarskiej przyczynia się do utworzenia wieloaspektowego podejścia do leczenia i zharmonizowania poszczególnych działań na rzecz pacjenta. *Plan musi być modyfikowany w zależności od potrzeb.* W dokumentacji procesu pielęgnowania plan opieki pielęgniarskiej nieustannie ewaluuje. Jest modyfikowany codziennie zależnie od zmieniającego się stanu pacjenta, jego potrzeb, czy osiągniętych bądź nie celów opieki [3]

A zatem prowadzenie procesu pielęgnowania daje możliwości podniesienia jakości świadczeń, daje większą samodzielność zawodową i satysfakcję z pracy. Istnieje wiele propozycji prowadzenia procesu pielęgnowania w postaci chociażby proponowanej np. przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych Karty Procesu Pielęgnowania pacjenta w opiece stacjonarnej, jednakże należy tu zaznaczyć, że stanowi ona jedynie fragment procesu. Indywidualna karta pielęgnacji - opracowana przez autora na potrzeby konferencji (Załącznik 5) - może stanowić pewien element procesu dokumentujący głównie czynności wykonywane przez pielęgniarkę. Nie zawiera ona jednak elementów planowania czy wskazówek do dalszej pielęgnacji. W oparciu o nią nie jesteśmy także w stanie określić skuteczności chociażby prowadzonego postępowania edukacyjnego.

W nowoczesnym pielęgniarstwie podstawowymi dokumentami pielęgniarskimi prezentowanymi szeroko w literaturze pielęgniarskiej powinny być: karta gromadzenia danych o pacjencie (załącznik 1) wraz z karą bieżącej oceny stanu zdrowia (załącznik 2) oraz karta zaleceń pielęgniarskich (załącznik 3). To te dokumenty stanowią historię pielęgnowania pacjenta. Wdrożenie jej do praktyki wymaga zmiany organizacji ale przede wszystkim myślenia pielęgniarek o nich samych. Dzięki tak prowadzonej dokumentacji jesteśmy w stanie nie tylko doskonale rozpoznać problemy pacjenta i je rozwiązać ale także dokładnie opisując swoją pracę bronimy siebie w sytuacji zdarzających się coraz częściej sądowych roszczeń pacjentów wynikających z popełnionych błędów pielęgniarskich.

Literatura:

1. Górąjek – Jóźwik J.: Wybrane wzory pielęgnowania.[w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa t.1. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2004,s. 195-260.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. nr.247,poz.1819).
3. Krymska B.: Dokumentacja pielęgniarstwa – ale jaka? [w:] Szlachetne zdrowie, 2003.
4. Zespół ds. pielęgniarstwa w lecznictwie stacjonarnym prze NRPiP: Propozycje indywidualnej dokumentacji pielęgniarstwa pacjenta w lecznictwie stacjonarnym. [w:] NRPiP: Propozycje dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez pielęgniarki i położne. Warszawa, grudzień 2007.

Załącznik 1. Karta gromadzenia danych o pacjencie

I. Dane personalne

Nazwisko i imię.....wiek.....

Stan cywilny.....Wykształcenie.....

Zawód.....

Miejsce zamieszkania.....

II. Sytuacja zdrowotna

Przebyte choroby.....

Choroby aktualnie współistniejące.....

Uczulenia.....

Czynniki ryzyka (palenie tytoniu, alkohol, nadwaga, otyłość, HTZ, ...)......

Data przyjęcia do szpitala.....tryb: nagły.....planowy.....

Rozpoznanie lekarskie.....

III. Informacje o funkcjonowaniu poszczególnych układów:

Układ krążenia

RR

Tętno (częstość, miarowość,)

Układ oddechowy

Oddech: częstość.....charakter: prawidłowy.....patologiczny.....

Tor oddychania.....

Duszność.....wysiłkowa.....spoczynkowa.....

Drożność dróg oddechowych.....prawidłowa.....zaleganie wydzieliny

Układ nerwowy:

Stan świadomości (według skali Glasgow)

Kontakt werbalny: prawidłowy.....zaburzony.....brak.....

Narządy zmysłów

Wzrok: prawidłowy.....niedowidzenie.....niewidomy.....okulary.....soczewki....

Słuch: prawidłowy.....niedosłuch.....brak słuchu.....aparatusłuchowy.....

Dotyk: prawidłowy.....zaburzenia czucia.....brak czucia.....

Ból: brak.....występuje.....charakter.....umiejscowienie.....stopień nasilenia bólu.....

Układ pokarmowy

Łaknienie: prawidłowe.....zmniejszone.....wzmózone.....brak....

Pragnienie: prawidłowe.....zmniejszone.....wzmózone.....brak.....

Jama ustna: prawidłowa.....ubytki zębowe.....bezzębie.....protezy.....implanty.....inne..

Połykanie: prawidłowe.....utrudnione.....

Wydalenie;
 prawidłowe.....zaparcia.....biegunka.....inne.....
 Zaburzenia dyspeptyczne (rodzaj i nasilenie).....

Układ moczowy

Wydalenie moczu: prawidłowe.....samodzielne.....nie
 samodzielne.....pieluchomajtki.....basen.....cewnik.....
 Wzmoczone wydalenie moczu.....zmniejszone.....brak.....

Skóra:

Czystość.....zmiany na skórze (opis).....

Przydatki skóry - Włosy i paznokcie:

Czystość.....zmiany.....

Stan odżywienia

Waga.....wzrost.....wskaźnik BMI.....
 Prawidłowe.....nadwaga.....otyłość.....niedożywienie....
 Ocena zagrożenia odleżynami.....
 Kategoria opieki.....

IV. Stan psychiczny

Nastroj: wyrównany.....obniżony.....wzmoczony.....
 Kontakt werbalny: logiczny.....nie logiczny.....
 Orientacja co miejsca i czasu: zachowana.....zaburzona.....

V. Wymiar społeczny

Mieszka: sam.....z rodziną.....bezdomy.....inne.....
 Praca: pracuje.....nie pracuje.....pracuje okresowo.....
 Pomoc: OPS.....opiekunka.....nie korzysta.....

Załącznik 2. Karta opieki pielęgniarzkiej

Data	Diagnoza pielęgniarzka		
	Cel opieki:		Realizacja – podpis
Planowane czynności			
	Ocena		

Załącznik 3. Karta zaleceń pielęgniarских

Imię i nazwisko pacjenta.....wiek.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie pielęgniarские.....

Zalecenia dla pacjenta

.....

.....

Zalecenia dla opiekunów pacjenta

.....

.....

Załącznik 4. Przykładowy proces pielęgnowania pacjenta z nadciśnieniem tętniczym.

Problemy pielęgnacyjne (diagnoza), cel i plan opieki.

Problem/ diagnoza	Cel	Plan opieki
1. Ból o charakterze napadowym w odcinku piersiowym kręgosłupa promieniujący do klatki piersiowej	Złagodzenie bólu	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Monitorowanie parametrów życiowych ◆ Zapewnienie ciszy i spokoju ◆ Ograniczenie wysiłku fizycznego ◆ Leki p/ bólowe (Majamil) na zlecenie lekarza ◆ Nacieranie pleców maścią z dodatkiem leku p/ bólowego (Venoruton)
2. Niepokój związany z hospitalizacją	Zminimalizowanie napięcia emocjonalnego, likwidacja niepokoju	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa ◆ Pomoc w adaptacji do warunków szpitalnych ◆ Nawiązanie kontaktu z pacjentem ◆ Szczere informacje, wyjaśnienia ◆ Ograniczyć ilość osób przebywających na sali ◆ Organizacja czasu wolnego
3. Nadmierna potliwość	Utrzymanie ciała w czystości	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Toaleta całego ciała przynajmniej 2 razy dziennie ◆ Zmiana bielizny osobistej, pościelowej ◆ Zapewnienie bielizny osobistej luźnej, przewiewnej, z naturalnych włókien ◆ Zapewnienie płynów do picia ◆ Zapewnienie mikroklimatu sali– wilgotność 50-70%, temperatura 17-20°C ◆ Prowadzenie bilansu wodnego
4. Brak motywacji do zaprzestania palenia i ograniczenia spożycia alkoholu	Zmobilizowanie chorego do całkowitej rezygnacji z nałogów	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ocena poziomu wiedzy chorego na temat szkodliwości nikotyny ◆ Edukacja w zakresie negatywnego wpływu palenia papierosów na układ krążenia i cały organizm ◆ Zapoznanie z możliwościami stosowania środków ułatwiających rzucenie palenia: plastry , akupunktura
5. Otyłość stanowiąca zagrożenie wystąpienia powikłań	Zmniejszenie masy ciała	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Edukacja na temat wpływu nadmiernej masy ciała na funkcjonowanie poszczególnych narządów i układów ◆ Przedstawienie zasad stosowania diety niskotłuszczowej ◆ Wykazanie pozytywnych skutków zmniejszenia masy ciała ◆ Nauczanie dokonywania pomiaru BMI ◆ Zachęcanie do codziennej kontroli masy ciała ◆ Edukacja z zakresu zasad prawidłowego odżywiania
6. Całkowity brak ruchu	Aktywizacja chorego	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zapoznanie z pozytywnym wpływem ruchu na funkcjonowanie organizmu ◆ Przedstawienie zestawu ćwiczeń nie pochłaniających zbyt dużo czasu ◆ Mobilizowanie do codziennych spacerów, korzystania z basenu
7. Brak wiedzy o chorobie i skutkach jej lekceważenia	Uzyskanie szerszej wiedzy na temat choroby	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Edukacja w zakresie przyczyny, objawów i następstw nadciśnienia ◆ Zapoznanie z czynnikami ryzyka zawału i udaru mózgu, rozpoznania objawów zwiastujących ◆ Przedstawienie pozytywnego wpływu obniżenia masy ciała, aktywności fizycznej na spadek ciśnienia tętniczego ◆ Przekazanie informacji na temat zasad farmakoterapii w leczeniu nadciśnienia ◆ Nauka dokonywania samodzielnego pomiaru RR i prowadzenia karty obserwacyjnej w domu

Realizacja zaplanowanych działań

Problem	Realizacja zaplanowanych działań
Ból o charakterze napadowym w odcinku piersiowym kręgosłupa, promieniujący do klatki piersiowej	Pacjent ma założoną kartę obserwacyjną, pomiary podstawowych parametrów życiowych dokonywane są nadal 4x dziennie. Otrzymuje zgodnie z kartą zleceń lek p/ bólowy Majamil 2x dziennie. Zalecono również stosowanie żelu z dodatkiem leku p/ bólowego (Venoruton) – zabieg nacierania nim pleców wykonuje partnerka pacjenta 2x dziennie. Pacjenta pouczono o konieczności ograniczenia wysiłku a w późniejszym okresie zakazie uprawiania sportów wyczynowych czy ćwiczeń statycznych.
Niepokój związany z hospitalizacją	Stała obecność przy chorym jego partnerki i personelu zmniejszyła lęk. Każdorazowo uzyskuje pełną informację na temat planowanych działań pielęgnacyjnych, diagnostycznych i terapeutycznych. Pacjent został poinformowany o regulaminie szpitala, zapoznany z topografią oddziału, poznał prawa pacjenta. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości personel jest do jego dyspozycji. Pacjenta umieszczono na sali 2 – osobowej celem zapewnienia spokoju, ciszy, możliwości wypoczynku.
Nadmierna potliwość	Pacjent korzysta z natrysku 2 x dziennie. Zalecono również wietrzenie sali i stosowanie bielizny bawełnianej. Chory ma założony bilans płynów, w którym uwzględnia się również utratę płynów przez skórę. Pacjent wypija około 2l płynów/ na dobę (woda niegazowana).
Brak motywacji do zaprzestania palenia i ograniczenia spożycia alkoholu	W rozwiązaniu problemu skupiono się tu głównie na edukacji chorego. Zapoznano pacjenta z negatywnym wpływem nikotyny na układ krążenia, zwłaszcza z jej właściwościami podwyższania ciśnienia tętniczego krwi. Przedstawiono choremu możliwości zastosowania środków wspomagających zaprzestanie palenia, tych które nie mają w ogóle lub mają niewielki wpływ na ciśnienie tętnicze np. gumi Nicorette, plastry NiQuitin w małych dawkach. Przedstawiono możliwość zastosowania akupunktury jako zabiegu pomagającego w pozbyciu się nałogu. Pacjent otrzymał broszury i ulotki przedstawiającego korzyści zaprzestania palenia a także propozycję planu rzucenia palenia „Zdecydowanie nie palić”. Chorego pouczono również o wpływie alkoholu nie tylko na wzrost ciśnienia ale także o tym, że jego eliminacja powoduje znaczący spadek RR o 5 – 10 mmHg i ułatwia obniżenie masy ciała (1g czystego alkoholu to 7 kcal natomiast 1 g cukru to 5 kcal).
Otyłość stanowiąca zagrożenie wystąpienia powikłań	Pacjenta zapoznano z wpływem otyłości na organizm, z chorobami jakie stanowią konsekwencję nadmiernej masy ciała, w tym: cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, udar mózgu, niewydolność serca, choroba wieńcowa, kamica pęcherzyka żółciowego, zmiany zwyrodnieniowe stawów, nowotwory, zaburzenia oddychania w czasie snu, żylaki kończyn dolnych, zespół polimetaboliczny. Przedstawiono propozycję diety stworzoną indywidualnie dla niego z uwzględnieniem produktów, które lubi (zalecenia dołączono do karty zaleceń pielęgnacyjnych). Choremu zaproponowano również konsultację z lekarzem w kwestii dotyczącej możliwości stosowania preparatów, które posiadają udowodnioną skuteczność w leczeniu otyłości (Orlistat i Sibutramina). Pacjenta edukowano również w zakresie samodzielnego obliczania wskaźnika masy ciała (BMI) = masa ciała w kg / (wzrost) ² w m ² i interpretacji wyników – otrzymał ulotkę dołączoną do karty zaleceń pielęgnacyjnych).
Całkowity brak ruchu	Chorego zapoznano z ogromnym znaczeniem ruchu zwłaszcza przy leczeniu nadciśnienia i otyłości (utrata energii, wyrównanie zaburzeń metabolicznych, zapobieganiu efektowi jo – jo przy odchudzaniu). Pacjentowi zaproponowano zestaw ćwiczeń głównie dynamicznych takich jak jazda na rowerze, codzienny 15 minutowy marsz oraz pływanie. Ćwiczenia, których nie powinien wykonywać mają charakter statyczny np. podnoszenie ciężarów, czy inne ćwiczenia siłowe lub charakter wyczynowy. Chorego pouczono iż wysiłek fizyczny powinien być stopniowany, rozpocząć je należy od minimalnej dawki 30 – 45 min 3 razy w tygodniu.
Brak wiedzy o chorobie i skutkach jej lekceważenia	Pacjenta edukowano w zakresie przyczyn, objawów i następstw nadciśnienia. Wskazywano istotne znaczenie systematycznego stosowania zleconych leków przy jednoczesnym wzroście aktywności fizycznej, zaprzestaniu palenia i picia alkoholu i konieczności absolutnego stosowania diety ze zmniejszoną zawartością soli (zaproponowano działania mające na celu obniżenie ilości soli w diecie – załącznik zaleceń pielęgnacyjnych). Chorego przeszkolono również w temacie zasad i umiejętności samodzielnego pomiaru RR (pomiar po odpoczynku w pozycji leżącej, ręka z podpartym łokciem, ramię na wysokości serca, dolny brzeg mankietu zawsze 2-3 cm powyżej zgięcia łokciowego, pomiaru dokonywać 1 x dobę i zawsze w sytuacji złego samopoczucia) oraz interpretacji wyników i konieczności prowadzenia dzienniczka

Ocena i wnioski do dalszej pielęgnacji.

Zaplanowanie procesu pielęgnowania i postępowanie według niego pozwala na wykonanie planu opieki z większą precyzją. W wyniku podjętych działań pielęgnacyjnych i edukacyjnych stan zdrowia Pana Cezarego poprawił się. Dolegliwości bólowe ustąpiły całkowicie. Obecnie chory przygotowujący jest do wypisu ze szpitala. Zabiegi pielęgnacyjne wykonywano szybko, sprawnie tak aby pacjent mógł jak najwięcej czasu odpoczywać. Niepokój i lęk związany z faktem hospitalizacji ustąpił. Wyjaśniono choremu istotę choroby, pacjent stał się aktywnym członkiem zespołu terapeutycznego. Edukacja z zakresu walki z otyłością, możliwości zaprzestania palenia spotkała się z ogromnym zainteresowaniem pacjenta. Już podczas pobytu w szpitalu chory zminimalizował ilość wypalanych papierosów i bez zastrzeżeń stosował się do zaleceń dietetycznych oferowanych przez szpital. Nie bez znaczenia jest również ogromna motywacja do zmniejszenia masy ciała poprzez stosowanie ćwiczeń dynamicznych. W trakcie pobytu w szpitalu pacjent nauczył się pomiaru wskaźnika masy ciała ciśnienia tętniczego.

Wykazuje większą świadomość związaną z niebezpiecznymi następstwami nadciśnienia i otyłości. Jest w pełni świadom zagrożeń. W pełni zdolny do samoopieki. Dodatkowo uzyskuje wsparcie ze strony partnerki życiowej, która aktywnie uczestniczyła w całym procesie edukacji.

Wskazówki do samoopieki.

1. Zalecenia dietetyczne

1. Ograniczenie spożycia soli poniżej 6g/ dobę poprzez:

- ◆ nie dosalanie potraw,
- ◆ jedzenie chleba ze zmniejszoną zawartością soli,
- ◆ zastąpienie soli kuchennej przyprawami (wszystkie suszone zioła, chrzan, curry, przecier pomidorowy).
- ◆ Sól zawierają: woda morską, mieszanki warzywne, kostki rosołowe, ekstrakty sosów, musztarda, ketchup, maggi, majonez, sosy do przyprawiania potraw
- ◆ Wszystkie świeże potrawy zawierają znikome ilości soli: 100mg sodu zawiera- 1300g świeżych pomidorów, 125 g świeżej ryby, 2500 g suszonych warzyw strączkowych, 160 g surowego mięsa wieprzowego, 135 g surowego steku, 200 ml mleka. Mniej niż 100 g sodu znajduje się w : 3100 g surowych ziemniaków, 4700 g orzeszków ziemnych w łuskach, 5000 g świeżych warzyw.
- ◆ Konserwy i dania gotowe zawierają bardzo dużo soli

2. Dieta w nadciśnieniu

- ◆ Zalecenia energetyczne dla osób pracujących: 1700 kcal dziennie

- ◆ Białko podaje się w granicach normy fizjologicznej jednak nie mniej niż 1g na 1 kg należnej wagi ciała. Połowa ilości białka powinna pochodzić z produktów pochodzenia zwierzęcego: mleko, twaróg, chude mięso, białko kurzego jaja.
- ◆ Ogólna ilość tłuszczu nie powinna przekraczać 20 – 25 % dobowego zapotrzebowania energetycznego. Polecany jest olej sojowy, słonecznikowy, tłuszcz z ryb morskich.
- ◆ Zapotrzebowanie energetyczne pokrywają węglowodany.
- ◆ Zaleca się spożywanie zwiększonej ilości składników mineralnych i witamin, szczególnie witaminy C, z powodu stosowania leku o działaniu moczopędnym: owoce jagodowe, cytrusowe, owoce dzikiej róży, kwaśne jabłka, pomidory, chrzan, zieloną pietruszkę.
- ◆ Produkty p/ wskazane: mocna, pita w dużych ilościach kawa, mocna herbata, alkohol, potrawy smażone, ostre i pikantne, tłuste zupy i sosy, konserwy, żółte sery, pakowane wędliny.
- ◆ Produkty zalecane: warzywa i owoce, chude mięsa cielęcina, ryby, kura, wołowina, ryż, kasze,
- ◆ Posiłki należy spożywać częściej ale w mniejszych ilościach 4 – 5 razy dziennie, ostatni posiłek 2 – 3 godziny przed snem.
- ◆ Potrawy gotowane na wodzie i na parze, duszone bez tłuszczu, pieczone w folii lub pergaminie, bez dodatku soli
- ◆ Jadłospis: śniadanie – płatki owsiane na mleku, pasta z twarogu z pomidorami, sok z czarnej porzeczki; II śniadanie – jabłko; obiad – zupa szpinakowa z grzankami, pieczona w folii aluminiowej rolada z mięsa z jarzynami, ćwikła, ziemniaki puree, surówka owocowa; podwieczorek – galaretką owocowa; kolacja – pulpety z kaszy manny, surówka warzywna, napój z dzikiej róży.

Program rzucenia palenia „Zdecydowanie nie palić”

- ◆ Wybierz konkretny dzień, w którym przestaniesz palić i trzymaj się go, stwórz listę powodów dla których to robisz
- ◆ Wyrzuć z domu, samochodu i miejsca pracy wszystkie papierosy, popielniczki, zapalniczki i wszystkie inne rzeczy, które kojarzą ci się z paleniem
- ◆ Powiedz swojej rodzinie i przyjaciołom, że rzucasz palenie
- ◆ Spróbuj znaleźć przyjaciela lub członka rodziny, który rzuciłby palenie razem z tobą
- ◆ Bądź przygotowany na sytuacje, w których odczujesz największą ochotę na papierosa i staraj się ich unikać. Jeżeli nie możesz zaplanuj wcześniej co zrobisz zamiast zapalenia papierosa
- ◆ Zaczynaj ćwiczyć
- ◆ Przypominaj sobie ciągle dlaczego rzucasz palenie
- ◆ Pamiętaj, że rzucenie palenia jest trudne ale z czasem jest coraz łatwiej
- ◆ Mierz swoje sukcesy każdego dnia i o każdej porze
- ◆ Nagradzaj siebie

Kontrola ciśnienia tętniczego krwi 1 x na dobę, prowadzenie dzienniczka

Pomiar BMI 1 raz w miesiącu lub 1 x w tygodniu kontrola masy ciała

Aktywność fizyczna

- ◆ Codziennie 20 minutowy marsz
- ◆ 2 razy w tygodniu pływanie lub jazda na rowerze
- ◆ przerwy w pracy wykorzystane na spacer

Załącznik 4. INDYWIDUALNA KARTA PIELEGNOWANIA PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO.....NR. HIST. CHOROBY.....

KRYTERIA OPIEKI	DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE	REALIZA DZIAŁAŃ							
		DYŻUR		DYŻUR		DYŻUR		DYŻUR	
		D	N	D	N	D	N	D	N
Zapoznanie pacjenta z topografią oddziału, regulaminem i kartą praw pacjenta									
Podpis pielęgniarki									
PACJENT CAŁKOWICIE ZDOLNY DO SAMOOPIEKI									
Pacjent samodzielny, tylko sporadycznie wymagający pomocy zwłaszcza informacyjnej.									
Aktywność fizyczna – pacjent samodzielny	Pacjent samodzielny								
Podpis pielęgniarki									
Higiena – pacjent czynności higieniczne wykonuje we własnym zakresie	We własnym zakresie								
	Nadzór nad samodzielnym sianiem łóżka								
Podpis pielęgniarki									
Ożywianie - samodzielne	Samodzielne bez diety								
	Samodzielne z dietą								
Podpis pielęgniarki									
Wydalenie - samodzielne	Samodzielne								
Podpis pielęgniarki									
Pomiar podstawowych parametrów życiowych	Oddech								

	RR i tętno								
	Temperatura ciała								
	Nadzór nad samodzielnym pomiarem masy ciała								
	Samodzielne po instruktażu prowadzenie DZM, bilansu płynów								
	Pobieranie krwi do badania								
	Pobieranie moczu do badania								
	Pobieranie wymazów								
	Pomiar poziomu cukru glukometrem								
Podpis pielęgniarki									
Leczenie – ograniczona ilość iniekcji i skomplikowanych zabiegów leczniczych	Podawanie leków doustnych								
	Wykonywanie iniekcji dożylnych								
	Wykonywanie iniekcji domięśniowych								
	Wykonywanie iniekcji podskórnych								
	Wykonywanie iniekcji śródskórnych								
	Podawanie kropli do uszu								
	Podawanie kropli do oczu								
	Nadzór nad samodzielnym stosowaniem zasypek, maści, kremów								

	Zmiana opatrunku								
	Przygotowanie i nadzór nad samodzielnym stosowaniem inhalacji								
	Nadzór nad samodzielnym podawaniem tlenu								
	Nadzór nad samodzielnym stosowaniem leków doodbytniczo lub douchowo								
Podpis pielęgniarki									
Edukacja i wsparcie psychiczne – z reguły zorientowany na temat zdrowia i choroby	Przekazanie podstawowych informacji z zakresu organizacji pracy w oddziale, uprawnieniach pacjenta,								
	Przedstawienie planowanego postępowania pielęgnacyjnego								
	Przekazywanie informacji o celu, przebiegu, zachowaniu się przed w czasie i po wykonaniu zabiegu								
	Przekazywanie informacji z zakresu zapobiegania nawrotom choroby								
	Przekazywanie informacji z zakresu właściwego odżywiania, diety								
	Edukacja rodziny								
Podpis pielęgniarki									
Przygotowanie fizyczne do..									
Podpis pielęgniarki									
Przekazywanie informacji o celu,									

Podpis pielęgniarki									
Asystowanie przy zabiegu									
Podpis pielęgniarki									
Przygotowanie stanowiska dla pacjenta									
Podpis pielęgniarki									
PACJENT CZĘŚCIOWO NIEZDOLNY DO SAMOOPIEKI – wymaga pomocy przy wykonywaniu większości czynności									
Aktywność fizyczna – wymaga pomocy, stosuje środki ortopedyczne	Pomoc choremu podczas poruszania się								
	Asystowanie pacjentowi stosującemu przedmioty ortopedyczne np.: laski, kule, obuwie ort., balkoniki								
	Asystowanie pacjentowi podczas wstawania z łóżka								
	Asystowanie podczas wstawania z krzesła, taboretu, leżanki								
Podpis pielęgniarki									
Higiena – większość czynności pacjent wykonuje samodzielnie	Słanie łóżka ze zmianą bielizny								
	Słanie łóżka bez zmiany bielizny								
	Pomoc w wykonaniu toalety całego ciała								
	Pomoc w wykonaniu kąpieli całego ciała								
	Pomoc w umyciu głowy								
	Pomoc w wyjściu z wanny								
	Podawanie płynów do picia								
Podpis pielęgniarki									
Odżywianie – pacjent wymaga z reguły	Pomoc z rozdrobnieniu posiłku								

	Nadzór nad stosowaniem diety																		
	Dostarczenie sztućców, szklanki																		
Podpis pielęgniarki																			
Wydalenie	Pomoc w zaprowadzeniu do WC																		
	Podanie basenu, kaczki																		
	Założenie cewnika do pęcherza moczowego																		
	Pielęgnacja cewnika moczowego																		
	Sporadyczne zakładanie pieluchomajtek																		
	Wykonanie lewatywy																		
	Prowadzenie DZM																		
	Prowadzenie bilansu płynów																		
Podpis pielęgniarki																			
Pomiar parametrów życiowych	Pomiar temperatury																		
	Pomiar tętna																		
	Pomiar RR																		
	Pomiar masy ciała																		
	Pomiar obwodów ciała																		
	Pobieranie krwi do badania																		
	Pomiar poziomu cukru glukometrem																		

	Pobieranie moczu do badania																		
	Pobieranie innych wydzielin i wydalin do badania																		
	Pobieranie wymazów																		
Podpis pielęgniarki																			
Leczenie	Podawanie leków doustnych																		
	Podawanie leków domięśniowo																		
	Podawanie infuzji																		
	Kaniulacja naczyń obwodowych																		
	Pielęgnacja kaniuli																		
	Wykonanie iniekcji podskórnych																		
	Wykonywanie iniekcji śródskórnych																		
	Wykonywanie iniekcji dożylnych																		
	Założenie sondy dwunastniczej																		
	Założenie sondy do żołądka																		
	Zmiana opatrunku																		
	Pędzlowanie skóry																		
	Stosowanie maści, kremów, zasypek leczniczych																		
	Podawanie kropli do oczu																		

	Podawanie kropli do uszu																	
	Podawanie kropli do nosa																	
	Stosowanie kompresów, okładów, przymoczek																	
	Stosowanie plastrów leczniczych																	
	Asystowanie przy inhalacjach																	
	Nadzór nad podawaniem tlenu																	
Podpis pielęgniarki																		
Edukacja, wsparcie psychiczne	Informowanie pacjenta o postępowaniu pielęgnacyjnym																	
	Informowanie pacjenta o diecie																	
	Informowanie pacjenta o stylu życia w chorobą																	
	Rozmowa psychoterapeutyczna																	
	Zapewnienie kontaktu z rodziną																	
	Edukacja rodziny																	
	Edukacja pacjenta z zakresu promocji zdrowia																	
	Edukacja rodziny pacjenta z zakresu promocji zdrowia																	
Podpis pielęgniarki																		
Przygotowanie fizyczne do..																		

Podpis pielęgniarki																		
Przekazywanie informacji o celu, przebiegu, zachowaniu się przed w czasie i po wykonaniu zabiegu.....																		
Podpis pielęgniarki																		
Asystowanie przy zabiegu																		
Podpis pielęgniarki																		
Przygotowanie stanowiska dla pacjenta																		
Podpis pielęgniarki																		
Uwagi																		
PACJENT CAŁKOWICIE NIEZDOLNY DO SAMOOPIEKI – pacjent leżący, wymagający pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności, dominujące działania pielęgniarki : „za i dla pacjenta”																		
Aktywność fizyczna – pacjent leżący	Pomoc w zmianie pozycji w łóżku																	
	Przemieszczanie pacjenta na wózku lub noszach																	
	Pomoc w pionizacji																	
	Pomoc w siadaniu w łóżku																	

	Stosowanie udogodnień																
	Wykonywanie ćwiczeń rehabilitacyjnych biernych																
	Pomoc w ćwiczeniach rehabilitacyjnych czynnych																
	Nadzór i pomoc w gimnastyce oddechowej czynnej																
	Stosowanie zabiegów gimnastyki biernej																
	Pomoc przy wstawaniu z łóżka																
	Pomoc przy siadaniu na fotel, taboret, wózek																
Podpis pielęgniarki																	
Uwagi																	
Higiena – wymaga pomocy przy wykonywaniu wszystkich zabiegów higienicznych	Słanie łóżka ze zmianą bielizny pościelowej																
	Słanie łóżka bez zmiany bielizny pościelowej																
	Zmiana bielizny osobistej pacjenta																
	Wykonanie toalety całego ciała w łóżku																

	Wykonanie kąpieli całego ciała w łóżku																
	Wykonanie kąpieli całego ciała w wannie lub pod natryskiem																
	Mycie włosów w łóżku																
	Obcinanie paznokci																
	Pielęgnacja p/ odleżynowa																
	Dostarczenie przyborów do toalety w łóżku																
	Golenie twarzy																
	Nacieranie, oklepywanie, stosowanie maści kremów pielęgnacyjnych																
	Wykonanie toalety jamy ustnej																
	Wykonanie toalety drzewa oskrzelowego																
Podpis pielęgniarki																	
Uwagi																	
Ożywianie – wymaga karmienia, często stosowane karmienie przez sondę lub pozajelitowe	Zwilżanie ust																
	Karmienie chorego doustnie																
	Karmienie chorego przez zgłębnik dożołądkowy																
	Karmienie pozajelitowe																

	Dopajanie pacjenta																	
	Stosowanie diety np. zmiksowanej																	
Podpis pielęgniarki																		
Uwagi																		
Wydalenie	Podanie basenu																	
	Podanie kaczki																	
	Zakładanie pieluchoamjtek																	
	Zmiana pieluchomajtek																	
	Zakładanie cewnika do pęcherza moczowego																	
	Prowadzenie DZM																	
	Prowadzenie bilansu płynów																	
	Wykonanie lewatyw																	
	Wykonanie szybkiego wlewu doodbytniczo																	
	Zakładanie cewnika zewnętrznego																	
	Pielęgnowanie cewnika moczowego																	
Pielęgnowanie stomii																		
Podpis pielęgniarki																		
Uwagi																		
Pomiar podstawowych parametrów życiowych	Pomiar tętna																	
	Pomiar temperatury																	
	Pomiar RR																	
	Pomiar OCŻ																	

	Pomiar masy ciała																	
	Pomiar obwodów ciała																	
	Pomiar wydzieliny z rany																	
	Monitorowanie czynne chorego																	
	Pobieranie próbek krwi do badania																	
	Pomiar poziomu cukru glukometrem																	
	Pobieranie moczu do badań																	
	Pobieranie innych wydzielin i wydaliny do badania																	
	Pobieranie wymazów																	
Podpis pielęgniarki																		
Uwagi																		
Leczenie	Podawanie leków doustnych																	
	Podawanie leków domięśniowo																	
	Podawanie infuzji																	
	Kaniulacja naczyń obwodowych																	
	Pielęgnacja kaniuli																	
	Kaniulacja naczyń centralnych																	

Pielęgnowanie cewnika naczyniowego																
Kaniulacja tętnicy																
Pielęgnowanie kaniuli tętniczej																
Wykonanie iniekcji podskórnych																
Wykonywanie iniekcji śródskórnych																
Wykonywanie iniekcji dożylnych																
Założenie sondy dwunastniczej																
Założenie sondy do żołądka																
Pielęgnowanie sondy żołądkowej																
Założenie rurki intubacyjnej																
Pielęgnowanie rurki intubacyjnej																
Założenie rurki trachetomijnej																

Pielęgnowanie rurki tracheotomijnej																			
Założenie rurki ustno gardłowej																			
Pielęgnowanie rurki ustno gardłowej																			
Zmiana opatrunku																			
Pędzlowanie skóry																			
Stosowanie maści, kremów, zasypek leczniczych																			
Podawanie kropli do oczu																			
Podawanie kropli do uszu																			
Podawanie kropli do nosa																			
Stosowanie kompresów, okładów, przymoczek																			
Stosowanie plastrów leczniczych																			
Inhalacje																			
Stosowanie tlenoterapii																			
Odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego																			
Zakładanie drenażu opłucnej																			

	Pielęgnowanie drenażu opłucnej													
	Pielęgnowanie drenażu rany pooperacyjnej													
Podpis pielęgniarki														
Uwagi														
Edukacja, wsparcie psychiczne	Informowanie pacjenta o postępowaniu pielęgnacyjnym													
	Informowanie pacjenta o stosowanym postępowaniu leczniczym													
	Informowanie pacjenta o stylu życia w chorobą													
	Rozmowa psychoterapeutyczna													
	Zapewnienie kontaktu z rodziną													
	Edukacja rodziny													
	Edukacja pacjenta z zakresu promocji zdrowia													
	Edukacja rodziny pacjenta z zakresu promocji zdrowia													
	Obecność w okresie terminalnym choroby													
Podpis pielęgniarki														
Uwagi														
Przygotowanie fizyczne do..														

Podpis pielęgniarki									
Uwagi									
Przekazywanie informacji o celu, przebiegu, zachowaniu się przed w czasie i po									
Podpis pielęgniarki									
Uwagi									
Asystowanie przy zabiegu									
Podpis pielęgniarki									
Przygotowanie stanowiska dla pacjenta									
Podpis pielęgniarki									
Uwagi									

***Tomaszewska Monika** – mgr pielęgniarstwa, doktorantka I Wydziału Lekarskiego Warszawski Uniwersytet Medyczny, Przewodnicząca Rady Fundacji Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego, Warszawa.