



Moduł V

Diagnozowanie i rozwiązywanie problemów i potrzeb osoby chorej i niesamodzielnej, prowadzenie dokumentacji

Wprowadzenie

- 1. Podział potrzeb**
- 2. Etapy diagnozy – wywiad, obserwacja, analiza danych**
- 3. Rola opiekuna medycznego w prowadzeniu diagnozy**
- 4. Samoopieka, samo pielęgnacja**
- 5. Tajemnica zawodowa, ochrona danych osobowych**

Bibliografia

Wprowadzenie

Klientem opieki długoterminowej jest osoba przewlekle chora i niesamodzielną, która ma zakończony proces diagnozowania, intensywnego leczenia i nie kwalifikuje się do leczenia szpitalnego. Osoba ta z powodu stanu zdrowia i niesamodzielną potrzebuje opieki i pielęgnacji. Opiekę i pielęgnację zapewnia opiekun medyczny po przeprowadzeniu diagnozy w zakresie potrzeb i problemów podopiecznego. Na podstawie diagnozy ustala sposoby rozwiązywanie problemów i potrzeb osoby chorej i niesamodzielną. Opiekun ustala pielęgnację kompensacyjną.



Źródło: biblioteka zasobów multimedialnych

Według Elżbiety Szwałkiewicz pielęgnacja kompensacyjna jest koncepcją zespołowego postępowania pielęgniarek i opiekunów medycznych, ukierunkowana na pomoc niesamodzielnemu człowiekowi w zaspokajaniu podstawowych potrzeb i adaptacji do warunków życia zmienionych chorobą i niepełnosprawnością.

Jej ideą przewodnią jest zmniejszanie niesamodzielną poprzez kompensację utraconej sprawności. Oznacza to, że podstawowa w systemie ochrony zdrowia zasada deficytu zdrowia zostaje tu zastąpiona zasadą kompensacji. Przedmiotem oddziaływania pielęgniarek i opiekunek nie jest choroba, ale tkwiące w człowieku rezerwy biologiczne, psychiczne, które mogą być wykorzystane do zwiększenia samodzielności. Przedmiotem zainteresowania pielęgniarki i opiekunki staje się każda rzecz, technologia i metoda, która może skutecznie kompensować utraconą sprawność. Te dwa obszary dla pielęgnacji kompensacyjnej są najważniejsze i one decydują w opiece długoterminowej o profesjonalizmie personelu i jakości opieki.

Tak więc koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej ukierunkowana jest na ograniczanie obiektywnie istniejącego lub subiektywnie odczuwanego przez osoby chore i niepełnosprawne deficytu samoopieki i równoważenie go działaniem innym, znoszącym go. Obok pomocy fizycznej i wsparcia psychicznego, istotne znaczenie ma tu wykorzystanie nowoczesnych technologii – środki pomocnicze i sprzęt wspomagający codzienną aktywność i pielęgnację. Pielęgnacja kompensacyjna – jest koncepcją opieki nad osobami niesamodzielnymi i odnosi się do podstawowych potrzeb dotyczących ludzkiej egzystencji i funkcjonalności społecznej.



Założenia koncepcji koncentrują się wokół potrzeb egzystencjalnych i funkcjonalnych związanych z codzienną aktywnością człowieka.

Potrzeby są wspólne dla wszystkich ludzi, jednak na ostateczny ich zakres ma wpływ poziom niesamodzielności. Tak więc, pielęgnacja kompensacyjna to profesjonalne, zespołowe postępowanie pielęgniarek, opiekunek i terapeutów, odnoszące się do podstawowych potrzeb chorego i niesamodzielnego człowieka, pomagające mu w adaptacji do warunków życia zmienionych chorobą i niepełnosprawnością.

1. Podział potrzeb

U podstaw **pielęgnacji kompensacyjnej** leży zmiana w postrzeganiu osoby chorej i niesamodzielnej. Samo słowo pacjent wydaje się zbyt zawężone, gdyż oznacza osobę, która ma deficyt zdrowia, który jest właściwie jedynym przedmiotem rozpoznania i działania leczniczego. Natomiast w pielęgnacji kompensacyjnej na pierwszym miejscu stawia się nie deficyty zdrowotne, ale tkwiące w człowieku rezerwy biologiczne i psychiczne i one są przedmiotem oddziaływania pielęgnacyjnego, adekwatnie do wywołanego chorobą deficytu sprawnościowego.

Niesamodzielność nie zwalnia z odpowiedzialności za własne zdrowie i życie. Wynika stąd obowiązek osoby niesamodzielnej do aktywnego współdziałania w procesie pielęgnacji i opieki, przeciwdziałania zagrożeniom oraz dążenie do zwiększania własnej samodzielności.

Pielęgnacja kompensacyjna uwzględnia potwierdzoną w badaniach psychologicznych hierarchiczność potrzeb i zakłada, że osoba pielęgnująca w pierwszym rzędzie zajmuje się potrzebami fizjologicznymi osoby objętej opieką i jej bezpieczeństwem, także zdrowotnym (nadzór nad kontynuacją zaleconego leczenia). Tylko wtedy, gdy zabezpieczone są codzienne podstawowe potrzeby fizjologiczne i wyeliminowane bezpośrednio i potencjalne zagrożenia egzystencji, pielęgniarka i opiekun zajmują się zaspokajaniem innych potrzeb. Równolegle, w miarę możliwości pielęgniarka/opiekun mogą wspomagać podopiecznego w realizacji potrzeb wyższego rzędu, np. przynależności, szacunku i uznania, samorealizacji. Ten zakres oddziaływania wykracza jednak poza założenia opisywanej koncepcji, gdyż pielęgnacja kompensacyjna skupia się przede wszystkim na podstawie „piramidy Masłowa” i oznacza kompensację utraconej sprawności, głównie w zakresie podstawowej pielęgnacji, czyli pomoc w niezbędnych, regularnie powtarzanych czynnościach dnia codziennego w zakresie:

- higieny osobistej (kąpiel, prysznic, mycie, mycie zębów, czesanie, golenie, wydalanie),
- żywienia (przygotowanie pokarmów do spożycia, jedzenie i picie),
- poruszania się (opuszczanie i wracanie do łóżka, ubieranie i rozbieranie, wstawanie i chodzenie, chodzenie po schodach, wychodzenie z mieszkania i wracanie do niego) oraz prowadzenia gospodarstwa domowego.

Oprócz podstawowych potrzeb fizjologicznych, w opiece długoterminowej należy uwzględnić podstawowe potrzeby społeczne, czyli regularnie powtarzane czynności, niezbędne w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego i pełnienia ról społecznych (komunikowanie się, zakupy, gotowanie, sprząatanie mieszkania, zmywanie, wymiana i pranie bielizny oraz odzieży, ogrzewanie, załatwianie spraw w urzędach, przy-

chodni, robienie zakupów, dbanie o bezpieczeństwo itp.). Ten zakres świadczeń stanowi domenę opiekunek (<http://niebieskiparasol.org.pl/index.php?id=24>).

Koncepcja pielęgnacji kompensacyjnej (Szwalkiewicz), sformułowana w oparciu o teorię hierarchii potrzeb ludzkich Abrahama Masłowa i teorię potrzeb człowieka Tomasza Kocowskiego, zawiera elementy koncepcji pielęgnowania Dorothy Orem (deficyt samoopieki), Calisty Roy (efekt adaptacji założony i osiągnięty w wyniku pielęgnowania) oraz Moniki Krohwinkel (wspierający proces pielęgnowania).

Potrzeba w pielęgnacji kompensacyjnej oznacza to, bez czego trudno się obejść, czyli wymagania konieczne do życia. Tak rozumiana potrzeba, to odczuwana konieczność, niezbędność i oznacza stan, w którym bez określonego przedmiotu lub określonej osoby nie można normalnie funkcjonować. Pojęcie „hierarchia potrzeb” w psychologii oznacza stopniowanie potrzeb od potrzeb podstawowych do potrzeb wyższego poziomu, które aktywizują się dopiero po zaspokojeniu potrzeb niższych.

Reasumując – opiekun medyczny w swej pracy skupia się na **zaspakajaniu potrzeb podstawowych**. Według Tomasza Kocowskiego są to potrzeby:

- egzystencji (pokarmowe, ekologiczne, rekreacyjne, zdrowotne, bezpieczeństwa, mieszkaniowe, odzieżowe),
- prokreacji rozwoju (reprodukcji, opieki, dydaktyczne, wychowawcze, rodzinne, samorealizacji),
- funkcjonalne (informacyjne, sprawnościowe, instrumentalne, lokalowe, swobody, innowacji, napędowe),
- społeczne (przynależności, łączności, organizacji, więzi emocjonalnej, konformizmu, uspołecznienia, społecznej użyteczności, gratyfikacji, akceptacji, współuczestnictwa, ochrony, autonomii jednostki),
- psychologiczne (subiektywne potrzeby egzystencji, prokreacji, rozwoju, funkcjonalne i społeczne, potrzeby psychoorganizacji, erotyczne, recepcji, kultury, estetyczne, aktywnej rekreacji, ludyczne).

2. Etapy diagnozy – wywiad, obserwacja, analiza danych

Rozróżniamy 4 etapy procesu pielęgnowania:

- **Rozpoznanie (diagnoza pielęgniarstwa/opiekuńcza)** – polega na gromadzeniu danych o pacjencie i środowisku. Dane te, pochodzące z różnych źródeł, stanowią podstawę do sformułowania rozpoznania pielęgniarstwa/opiekuńczego, zwanego inaczej diagnozą pielęgniarstwa/opiekuńczą. Diagnoza stanu pacjenta wyznacza zakres i charakter pracy opiekuńczej z pacjentem i środowiskiem.
- **Planowanie (opieki nad pacjentem i środowiskiem)** – charakteryzuje się decydowaniem o tym, co i w jaki sposób powinno być zrobione dla pacjenta, przez pacjenta lub przy pacjencie, aby można było osiągnąć stan uznany za optymalny. Stan ten zostaje wyrażony w postaci celu (lub celów) opieki pielęgniarstwa/opiekuńczej, dla indywidualnego pacjenta lub środowiska. To z kolei wymaga świadomego dobrania zespołu osób i sprzętu do zrealizowania zadań wynikających z celów opieki. Cel, który został jednoznacznie określony, staje się zadaniem do wykonania.
- **Realizowanie (realizacja planu opieki pielęgniarstwa)** – jest zastosowaniem w praktyce wcześniej ustalonego planu pielęgnowania. W tym etapie procesu pielęgnowania działania opiekuńcze, lecznicze i psychopedagogiczne realizowane na rzecz pacjenta i środowiska są zgodne z wcześniej ustalonym planem. Jeśli z określonych powodów jakaś część z zaplanowanych działań czy też zadań nie zostanie zrealizowana, to fakt ten musi być odnotowany i uzasadniony.
- **Ocenianie (ocenie wyników opieki)** – w etapie tym dochodzi do sformułowania oceny. Stanowi ona wynik porównania stanu rozpoznanego w pierwszym etapie z uzyskanych dzięki podjęciu celowych i planowanych działań profesjonalnych innych niż profesjonalne i samoopiekuńcze.

3. Rola opiekuna medycznego w prowadzeniu diagnozy

Określenie stanu pacjenta – diagnoza pielęgniarstwa/opiekuńcza.

Określenie stanu pacjenta dla potrzeb świadczenia opieki pielęgniarstwa jest jedną z trzech kategorii formułowania diagnoz pielęgniarstwa/opiekuńczych. Diagnoza pielęgniarstwa/opiekuńcza, formułowana jako stan pacjenta, rodziny są to wnioski z danych zgromadzonych o pacjencie (kliencie, rodzinie, grupie, środowisku lokalnym) szacujące jego stan pod względem zakresu i charakteru wymaganego pielęgnowania wraz z uwzględnieniem genezy i prognozy tego stanu.



Źródło: biblioteka zasobów multimedialnych

Czynności:

- gromadzenie danych odzwierciedlających sytuację zdrowotną pacjenta/grupy osób,
- ustalenie źródeł informacji (pacjent, rodzina, opiekun, inni), określenie metod gromadzenia danych (obserwacja, wywiad, lustracja terenowa, analiza dokumentów, pomiary),
- wyodrębnienie obszaru gromadzenia informacji dotyczących odbiorcy usług (wymiar: biologiczny, psychiczny, społeczny, kulturowy, duchowy),
- udokumentowanie zgromadzonych informacji zgodnie z obowiązującymi zasadami,
- analizowanie danych w zakresie ich kompletności i użyteczności dla celów diagnozowania stanu pacjenta, jego rodziny,
- syntetyzowanie zgromadzonych informacji w oparciu o wiedzę zawodową w grupy na podstawie ich podobieństwa ze względu na istotę której dotyczą bądź ich przyczynę,
- sformułowanie i zapisanie wspólnego wniosku – stanu pacjenta dla wyodrębnionych grup danych,
- ustalanie hierarchii stanów pacjenta ze względu na ich znaczenie w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia pacjenta, zgodnie z jego akceptacją,
- określenie genezy i prognozy rozpoznanego stanu (np.: przyczyn zaparć – błędy dietetyczne, następstw odczucia drętwienia kończyn dolnych – narażenie na urazy),

- zapisywanie wyników procesu diagnozowania w formie sformułowanej diagnozy pielęgniarskiej/opiekuńczej.

Przeprowadzenie wywiadu rodzinnego

Wywiad rodzinny to element badania podmiotowego pozwalającego na określenie w zaplanowanej, ukierunkowanej rozmowie z pacjentem lub jego rodziną wpływu rodziny na stan zdrowia pacjenta oraz możliwości rodziny w zakresie pomagania pacjentowi w powrocie do zdrowia. W czasie wywiadu gromadzimy takie informacje, które nie są dostępne w bezpośredniej obserwacji.

Czynności:

- określenie celu wywiadu (na przykład gromadzenie informacji w zakresie: profilaktyki i promocji zdrowia, opieki nad chorym i niepełnosprawnym),
- ustalenie zakresu i szczegółowego charakteru danych o pacjencie, które zakładamy pozyskać w wywiadzie rodzinnym – całość sytuacji zdrowotnej wszystkich członków rodziny, ukierunkowanie na określony problem zdrowotny,
- przyjęcie określonego wzoru zapisu danych gromadzonych w wywiadzie rodzinnym,
- zaplanowanie czasu, miejsca i osoby przeprowadzającej wywiad rodzinny,
- gromadzenie informacji o rodzinie pacjenta i jej związku z zapewnianiem optymalnego stanu zdrowia, zgodnie z zaplanowaną strukturą,
- udokumentowanie zgromadzonych danych.

Pomiaru tętna

Pomiar tętna to badanie wyczuwalnych, spowodowanych przez skurcz serca, uderzeń o ścianę naczynia fali krwi przepływającej przez układ tętniczy. Pomiaru tętna dokonuje się najczęściej na tętnicy promieniowej w okolicy nadgarstka, a także na tętnicach: skroniowej, szyjnej, kątowej, pachowej, ramiennej, udowej, podkolanowej grzbietowej stopy. Prawidłowe tętno powinno być miarowe, dobrze napięte, o częstości od 60 do 90 uderzeń na minutę. Badanie tętna jest pomiarem powszechnie stosowanym w ocenie



Źródło: biblioteka zasobów multimedialnych

stanu ogólnego pacjenta oraz szczególnie u osób z chorobami układu krążenia.

Czynności:

- poinformowanie pacjenta o celu i przebiegu badania,
- uzyskanie zgody na wykonanie pomiaru,
- eliminowanie czynników, które mogą negatywnie wpływać na wynik pomiaru (aktywność fizyczna, czynniki emocjonalne, używki),
- przygotowanie sprzętu i warunków otoczenia do wykonania pomiaru tętna (sekundnik, zegarek z sekundnikiem),
- stosowanie uniwersalnych środków ostrożności profilaktyki zakażeń (umycie rąk opiekuna),
- ułożenie pacjenta w odpowiedniej pozycji pozwalającej na badanie tętna (wygodnej, adekwatnej do stanu pacjenta i planowanego miejsca badania),
- wybranie miejsca badania tętna (najczęściej na tętnicy promieniowej lub szyjnej),
- badanie tętna (trzema środkowymi palcami dłoni, ułożonymi wzdłuż przebiegu naczynia),
- liczenie liczby uderzeń tętna przez 15 s (tętno miarowe) lub 1 min (tętno niemiarowe) oraz ocena innych cech tętna (wypełnienie, miarowość),
- zapisanie wyniku pomiaru w dokumentacji pacjenta. Interpretacja wyniku oceny.

Pomiaru oddechu

Pomiar oddechu polega na liczeniu czynności oddechowej płuc, w czasie której płuca zaopatrują organizm w tlen oraz wydalają dwutlenek węgla. Pomiaru dokonujemy poprzez obserwację ruchów klatki piersiowej lub wyczuwanie jej ruchów za pomocą dłoni przylegającej do klatki piersiowej, w czasie 1 min, podczas spoczynku pacjenta. Prawidłowy oddech u osoby dorosłej jest miarowy, średnio-głęboki, z częstością około 12 do 20 w ciągu min, niesłyszalny, bezwonny oraz wydech jest nieco dłuższy niż wdech. Badanie oddechu jest częścią badania ogólnego pacjenta.

Czynności:

- poznanie wskazań do wykonania pomiaru bądź okresowego monitorowania oddechu u pacjenta,
- przygotowanie informacyjne pacjenta (cel, przebieg badania),
- zapewnienie warunków otoczenia do wykonania pomiaru,
- liczenie ruchów oddechowych przez 1 min (metodą przyłożenia dłoni do klatki piersiowej lub trzymania ręki pacjenta w nadgarstku po zbadaniu tętna i dyskretną obserwację ruchów klatki piersiowej),
- zapisanie wyniku w dokumentacji pacjenta; interpretacja wyniku oceny.

Mierzenia ciepłoty ciała

Mierzenie temperatury ciała jest to określanie za pomocą skali termometru ciepłoty ciała człowieka. Temperaturę ciała można mierzyć metodami zewnętrznymi (pomiar pod pachą i w pachwinie) i metodami wewnętrznymi (pomiar w odbycie, ustach, przewodzie słuchowym zewnętrznym). Pomiaru temperatury dokonuje się w celu ustalenia wysokości aktualnej ciepłoty ciała i stwierdzenia ewentualnych zaburzeń w zakresie termoregulacji organizmu. Najczęściej w praktyce opiekuńczej pielęgniarstwa spotyka się ze stanami podwyższonej temperatury ciała (stan podgorączkowy, gorączka umiarkowana, wysoka).

Czynności:

- poinformowanie pacjenta o przebiegu, metodzie i czasie trwania pomiaru temperatury,
- uzyskanie zgody na wykonanie pomiaru,
- przygotowanie sprzętu i materiałów potrzebnych do pomiaru temperatury,
- stosowanie uniwersalnych środków ostrożności profilaktyki zakażeń (termometr indywidualny lub elektroniczny),
- wybór miejsca pomiaru temperatury,
- ułożenie pacjenta w pozycji stosownej do wybranego miejsca pomiaru,
- dokonanie pomiaru zgodnie z instrukcją dołączoną do aparatu pomiarowego,
- odczytanie wyniku pomiaru i zapisanie w indywidualnej dokumentacji pacjenta,
- interpretacja otrzymanego wyniku i udzielanie wskazówek postępowania pacjentowi zależnie od wyniku pomiaru.

Bilansu wodnego

Pomiar ilościowy wody pobranej i traconej przez ustrój/organizm w czasie 24 godzin w celu oceny gospodarki wodnej organizmu.

Czynności:

- poinformowanie chorego o zabiegu,
- przygotowanie zestawu (opisany słój z podziałką „Tulipan”),
- przygotowanie karty bilansu płynów,
- przygotowanie chorego do współdziałania prowadzenia (poinstruowanie o przebiegu badania),
- zapisanie przyjętych przez chorego płynów w postaci przyjmowanych płynów, pokarmów stałych oraz wytworzonych w wyniku procesów metabolicznych przez organizm (300 ml/dobę) z oznaczeniem godziny podania i objętości płynów,

- zapisanie wydalonych przez chorego płynów w formie potu, w postaci moczu, z kałem oraz przez drogi oddechowe, a także objętości płynów pochodzących z drenaży, przesięków do opatrunków z oznaczeniem godziny,
- uwzględnienie stanów zwiększających zapotrzebowanie organizmu na wodę, tj. wysokiej temperatury otoczenia, dużej wilgotności powietrza, stanów gorączkowych, przyspieszonej czynności oddychania, wymiotów, biegunek, podsumowanie po 24 godzinach objętości przyjętych płynów i wydalonych z organizmu i określenie bilansu (dodatni, ujemny lub zerowy),
- uporządkowanie zestawu po zabiegu,
- udokumentowanie wykonania zabiegu.

Ocena należnej masy ciała

Masę ciała określa się ważąc pacjenta na wadze bez ubrania i butów (tylko w piżamie), na czczo (najlepiej po oddaniu moczu i stolca). Pomiar masy ciała i jego ocena jest częścią badania ogólnego pacjenta. Oceny masy ciała dokonuje się w odniesieniu do wzrostu pacjenta oraz zawsze szacuje się zmiany masy ciała w ciągu roku (znaczenie zdrowotne mają zmiany w tym czasie o 7–10%).

Czynności:

- poinformowanie pacjenta o celu i przebiegu pomiaru, uzyskanie zgody pacjenta,
- przygotowanie wagi i wzrostomierza (tarowanie wagi),
- ważenie pacjenta bez obuwia i ciężkich ubrań wierzchnich,
- wyznaczanie wzrostu pacjenta przy pełnym wyproście ciała w odniesieniu do najwyższego punktu głowy,
- zapisanie wyników pomiaru,
- wyznaczenie należnej masy ciała na podstawie wyników rzeczywistej masy ciała i wysokości w oparciu o wzór Broca lub wskaźnik masy ciała –BMI bądź odczytując wartości z tabel należnej masy ciała – normogramy,
- interpretowanie wyników oceny i omówienie ich z pacjentem,
- dokumentowanie wyników oceny masy ciała,
- pomiary prowadzimy według ustalonych procedur, algorytmów.

4. Samoopieka, samo pielęgnacja

Samoopieka – podjęcie odpowiedzialności za siebie, czyli troskę o swoje zdrowie. Dotyczy to dokonywania wyboru i kształtowania przez nas nawyków zdrowotnych, jak: regularne uprawianie gimnastyki, przestrzeganie zbilansowanej diety, powstrzymywanie się od palenia papierosów, radzenie sobie ze stresem czy odpowiedzialne stosowanie leków, zarówno zalecanych przez lekarza czy pielęgniarkę, jak i nabywanych na własną rękę. Samoopieka oznacza w praktyce zapobieganie wypadkom, aktywne kontrolowanie swojego zdrowia, w celu uchwycenia wczesnych objawów choroby i orientowanie się, kiedy należy szukać profesjonalnej pomocy. Dla tych, którzy są chorzy na choroby przewlekłe, takie, jak cukrzyca, nowotwór czy są zakażeni ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV), oznacza nauczenie się radzenia sobie z objawami i terapią oraz zmniejszania możliwych komplikacji.

Samoopieka, troska, dbałość o siebie oznacza, że zawsze możemy w sprawach zdrowia zadawać pytania i uzyskiwać wyczerpujące odpowiedzi, mamy też możliwość podejmowania najlepszych dla nas decyzji.

(http://www.pum.edu.pl/_data/assets/pdf_file/0016/6217/PT_19_Samoopieka_powszechnym_priorytetem.pdf)

Pojęcie „samoopieki” według Dorothy Orem

Podejmowanie w codziennym życiu decyzji oraz działań, które ludzie inicjują i realizują osobiście w stosunku do samych siebie, aby utrzymać własne życie i zdrowie oraz zapewnić sobie dobre samopoczucie. W sytuacji, kiedy zapotrzebowanie na takie działania jest większe niż możliwości, jakimi dysponuje pacjent, pojawia się problem „deficytu samoopieki”, który jest podstawowym uzasadnieniem dla zapewnienia pomocy pielęgniarskiej.

W myśl przedstawianej koncepcji staramy się przede wszystkim odnaleźć i uaktywnić to, co można określić jako siły „samouzdrawiania” pacjenta.

Pielęgnacja – w medycynie stosowanie zasad medycznych i humanitarnych przez odpowiednio przeszkolone osoby w celu utrzymania zdrowia i sprawności chorego, pomocy choremu w powrocie do zdrowia oraz zmniejszenia dolegliwości bólowych i strachu u chorego.

Pojęcie pielęgnowania według Orem

Pielęgnowanie jest to asystowanie człowiekowi w samopielęgnowaniu wówczas, gdy on sam z jakichś przyczyn tego robić nie może. To troszczenie się o drugiego człowieka i

pomaganie mu. To tworzenie takiej relacji międzyludzkiej, aby pacjent osiągnął stan zdrowia, będący synonimem samodzielności.

Orem mówi o „sztuce pielęgnacji”, w której reaguje się na ograniczenia zdrowotne pacjenta: robiąc coś dla niego, pomagając mu, aby sam zrobił coś dla siebie, ucząc go, jak można sobie pomóc.

Samopielęgnacja – samodzielne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych, higienicznych, samoobsługowych. Pacjent jest w stanie wykonać samodzielnie czynności pielęgnacyjne.

Rodzaje samo-pielęgnowania według Orem:

Uniwersalne – podejmowane jest przez wszystkich ludzi i zmierza do zaspokajania potrzeb znaczących dla zdrowia i życia człowieka. Oznacza korzystanie z następujących zróżnicowanych czynników i możliwości: powietrze, woda, pożywienie, wydalanie, aktywność, odpoczynek, dobrowolna samotność, interakcja socjalna, unikanie niebezpieczeństw, wspomaganie funkcjonowania jako osoby.

Rozwojowe – odgrywa istotną rolę w procesach rozwojowych człowieka. Dzieli się na dwie kategorie:

- zapewnienie takich warunków, które wspierają procesy życia i promują procesy rozwoju, tj. osiągnięcia coraz wyższego poziomu organizacji ludzkich struktur i dojrzałości (od życia wewnątrzmacicznego, przez wszystkie stadia życia człowieka),
- zapewnienie opieki zmierzającej do zapobiegania tym czynnikom, które mogą wpływać ujemnie na ludzki rozwój albo przezwyciężenie skutków takich ograniczeń, jak: pozbawienie możliwości edukacji, problemy adaptacji socjalnej, braki w zakresie kształtowania zdrowej indywidualności, utrata bliskich, utrata pracy, własności, nagłe przeniesienie do nieznanego środowiska, problemy związane ze statusem społecznym, złe zdrowie i różne ułomności, trudne warunki życiowe, choroba terminalna i zbliżająca się śmierć.

W dewiacjach

Wymaga: poszukiwania i zapewniania właściwego asystowania medycznego w wypadku narażania na działanie czynników szkodliwych.

Uświadczenia sobie i dostosowania się do skutków wywoływanych przez czynniki patologiczne. Właściwego wykonywania zleceń medycznych. Uświadczenia sobie i do stosowania się do różnych skutków leczenia. Modyfikowania koncepcji siebie.



Uczenia się takiego życia ze wszystkimi ujemnymi następstwami choroby i leczenia, aby zapewnić sobie dalszy rozwój. W ramach poszerzenia wiadomości:

Zapoznaj się z publikacją na stronach internetowych:

- http://www.ujk.edu.pl/studiamedyczne/doc/SM_tom_26/Praktyczne%20zastosowanie%20modelu%20piel%C4%99gnowania.pdf,
- http://www.pofam.poznan.pl/menu7/docs/poradnik_urologiczny.pdf,
- http://www.wco.pl/media/files/file/5/6/poradnik_pielegnacja_internet_final1354715326.pdf.

5. Tajemnica zawodowa, ochrona danych osobowych

Tajemnica – dane lub informacje, których ujawnienie osobom nieuprawnionym jest zakazane ze względu na normy społeczne lub prawne. Ochrona informacji niejawnych w Rzeczypospolitej Polskiej – *Ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych*.

Art. 1 ust 3, stanowi: „Przepisy ustawy o ochronie informacji niejawnych nie naruszają przepisów innych ustaw o ochronie tajemnicy zawodowej lub innych tajemnic prawnie chronionych, z zastrzeżeniem art. 5, regulującego klasyfikację informacji niejawnych”.

Rodzaje informacji niejawnych – art. 5 ustawy o ochronie informacji niejawnych klasyfikuje je na kategorie:

- ściśle tajne,
- tajne,
- poufne,
- zastrzeżone.

Tajemnica zdrowia psychicznego – termin prawniczy wprowadzony *Ustawą z dnia z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*.

Rozdział 6 (art. 50-52) – obowiązek ochrony tajemnicy dotyczy wszelkich informacji jak również i osób wykonujących czynności wynikające z ustawy.

Ochrona danych osobowych pacjenta

Udostępnianie, przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych Świadczeniobiorców, objętych dokumentacją medyczną, musi odbywać się w sposób zapewniający zachowanie poufności i ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami. Zgodnie z art. 6 *Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych* za dane osobowe uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej.

Szczególne znaczenie ma ochrona danych znajdujących się w dokumentacji indywidualnej pacjenta – odnoszącej się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu opieki zdrowotnej. Na podstawie *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania* dokumentacja ta zawiera w szczególności:

- dane identyfikujące pacjenta: nazwisko i imię (imiona), datę urodzenia, oznaczenie płci, adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu, numer PESEL – jeśli został nadany,
- przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamości,
- istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego uzyskane w toku badania lub konsultacji,
- informacje dotyczące udzielonych pacjentowi świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja musi być prowadzona, w odniesieniu do każdego pacjenta, w formie pisemnej. Zbiory informacji objętych dokumentacją medyczną mogą być również sporządzane w postaci elektronicznej pod warunkiem:

- zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji,
- zabezpieczenia zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych,
- zabezpieczenia zbioru informacji przed zniszczeniem, uszkodzeniem i utratą,
- rejestrowania historii zmian i ich autorów.

Udostępnianie dokumentacji

Lekarz udostępnia dokumentację na wniosek: pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej przez pacjenta lub uprawnionych podmiotów w rozumieniu odrębnych przepisów, a w razie jego śmierci – osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu. Dokumentacja pacjenta udostępniana jest do wglądu lub umożliwia się sporządzenie z niej wypisów, odpisów lub kopii, na koszt wnioskodawcy. Udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli udostępnia się oryginał dokumentacji. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w zakładzie należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji (nie dotyczy w sytuacji, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby narazić pacjenta na szkodę). Lekarz jest zobowiązany wyjaśnić w sposób przystępny i zrozumiały treść wpisów zawartych w dokumentacji. Odmowa wydania dokumentacji wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

Udostępnianie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej następuje przez:

- przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną kopią dokumentacji,
- dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji,
- przekazanie papierowych wydruków – na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów.



Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych.

Dokumentacja udostępniana uprawnionym podmiotom lub organom, powinna być opatrzona bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą kwalifikowanego certyfikatu. Dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej, a udostępniana uprawnionym podmiotom lub organom w formie papierowych wydruków, powinna być opatrzona podpisem odręcznym osoby uprawnionej. Podmiot, któremu udostępniono dokumentację potwierdza otrzymanie tej dokumentacji podpisem odręcznym lub podpisem elektronicznym.

Odpowiedzialność karna

Zgodnie z art. 51 *Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych*, kto administrując zbiorem danych lub będąc obowiązany do ochrony danych osobowych udostępnia je lub umożliwia dostęp do nich osobom nieupoważnionym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Jeśli sprawca działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Bibliografia

Literatura obowiązkowa

Ciechaniewicz W., *Pielęgniarstwo – ćwiczenia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.

Huber A., Karasek-Kreutzinger B., Jobin-Howald U., *Kompendium pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.

Kirschnick O., *Pielęgniarstwo*, Urban & Partner, Wrocław 1997.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2006r. nr 247 poz. 1819 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz.U. z 2010 r. Nr 182, poz. 1228).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535).

Sapiński A., *Sfigmomanometria*, DHN-PAN, Poznań 1991.

Zahradniczek K., *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.

Literatura dodatkowa

Kawczyńska-Butrym Z. (red.), *Diagnoza pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.

Kawczyńska-Butrym Z. (red.), *Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.

Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzinny kontekst zdrowia i choroby*, CEM, Warszawa 1995.

Czasopisma

Cybulska I., *Pomiar ciśnienia tętniczego krwi*, „Pielęgniarka i Położna” 1989, nr 5, s. 11–13.



Reeves R. A., *Czy ten pacjent choruje na nadciśnienie?* „Medycyna Praktyczna” 1997, nr 7–8, 35–47.

Netografia

<http://www.igichp.edu.pl/Marek/Klaspoz/zabiegi3.htm>

<http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/dr-elzbieta-szwac582kiewicz-uwarunkowania-dostepnosci-do-opieki-dc582ugoterminowej-w-polsce.pdf>

http://www.pofam.poznan.pl/menu7/docs/poradnik_urologiczny.pdf

http://www.psom.olsztyn.pl/zawod.php?subaction=showfull&id=1243760568&archive=&start_from=&ucat=3&

http://www.pum.edu.pl/_data/assets/pdf_file/0016/6217/PT_19_Samoopieka_powszechnym_priorytetem.pdf

http://www.ujk.edu.pl/studiamedyczne/doc/SM_tom_26/Praktyczne%20zastosowanie%20modelu%20pielęgowania.pdf

<http://www.wattpad.com/388292-psychologia-wychowawcza-gierowska-wlodarski?p=46#.Uj9LENLBpKg>

http://www.wco.pl/media/files/file/5/6/poradnik_pielegnacja_internet_final1354715326.pdf