



Moduł I

Planowanie i organizowanie pracy opiekuna medycznego przy łóżku chorego

Wprowadzenie

1. Rozpoznanie potrzeb higieniczno-pielęgnacyjnych pacjenta
2. Planowanie, organizowanie, dokumentowanie pracy opiekuna medycznego przy łóżku chorego
3. Metody, zasady wykonywania zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych
4. Dobór technik i metod
5. Segregacja odpadów medycznych

Bibliografia

Wprowadzenie

Dokładne rozpoznanie potrzeb higieniczno-pielęgnacyjnych pacjenta jest podstawą do ustalenia czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych dla każdego indywidualnie. Aby rozpoznanie było pełne, musimy podjąć dialog z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym. Podjęcie pełnego, poprawnego dialogu ułatwi opiekunowi znajomość zasad komunikacji interpersonalnej oraz przepisów prawa z nią związanych.

Komunikacja jest to proces wzajemnej wymiany informacji, treści między ludźmi. Jest procesem porozumiewania się jednostek, grup lub instytucji. Celem komunikacji jest wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami i ideami. Proces ten odbywa się przy użyciu zróżnicowanych środków i wywołuje określone skutki. W procesie komunikacji bierze udział **nadawca** i **odbiorca**.

Zmienne psychologiczne decydujące o jakości komunikacji:

- osobowość pacjenta i osoby zajmującej się nim,
- działania podejmowane przez pacjenta i osoby zajmujące się nim, mające na celu polepszenie jego sytuacji, stanu zdrowia.

Następstwa kontaktu:

- bezpośrednie – niesienie ulgi, poprawa stanu,
- pośrednie – w sferze uczuć, myśli, mają aspekt regulacyjny, rzutują na kształt dalszych kontaktów.

Wyróżnia się **komunikację werbalną**, polegającą np. na słownym przekazaniu informacji o stanie zdrowia, nawykach i przyzwyczajeniach podopiecznego, przyjmowanych lekach itp., oraz **komunikację niewerbalną** (nazywaną też mową ciała), która, np. poprzez mimikę twarzy, grymas czy gest, mówi o uczuciach i odczuciach pacjenta.



W kontakcie z pacjentem pojawia się pojęcie **komunikacji terapeutycznej**, polegającej na uzyskaniu porozumienia, skłonieniu do aktywności osoby objętej opieką w realizacji wspólnie określonych celów: potęgowania, ochrony lub też naprawy zdrowia, przejęcia za nie odpowiedzialności.



Do najważniejszych elementów poprawnej komunikacji z pacjentem zalicza się następujące czynniki:

- indywidualne podejście,
- dążenie do poznania potrzeb pacjenta i ich zaspokojenie,
- przewaga słuchania i życzliwego bycia z pacjentem,
- okazanie pacjentowi i jego rodzinie zrozumienia,
- zgodności zachowań werbalnych i niewerbalnych,
- posługiwanie się pytaniami otwartymi (np. „Jak pan sypia?” zamiast „Czy dobrze pan sypia?”), które dają możliwość swobodnej wypowiedzi,
- zadawanie pytań dotyczących problemów psychologicznych, a nie tylko somatycznych,
- zachęcanie do wyjaśniania problemów, które pacjent sygnalizuje tylko ogólnikowo,
- umiejętne posługiwanie się ciszą.

1. Rozpoznanie potrzeb higieniczno-pielęgnacyjnych pacjenta

Rozpoznanie potrzeb, w tym potrzeb higieniczno-pielęgnacyjnych, odbywa się w trakcie „procesu pielęgnowania”, który według Jolanty Górajek-Jóźwik jest formą opieki, obejmującej rozpoznanie stanu bio-psycho-społecznego, kulturowego i duchowego podmiotu opieki, postawienie diagnozy, podjęcie celowych działań, które mają doprowadzić do utrzymania lub zmiany rozpoznanego stanu, ocenienie uzyskanych wyników. W Europie obowiązuje 4-etapowy schemat procesu pielęgnowania, który jednocześnie wyznacza przebieg sprawowanej opieki. Jednocześnie należy podkreślić, że proces ten toczy się stale z okresami mniejszego lub większego nasilenia, z reguły rozpoczyna się w momencie objęcia opieką podopiecznego, kończy się w momencie zakończenia – wypis ze szpitala, ustanie opieki, zgon podopiecznego.

Etapy procesu pielęgnowania

I etap – określenie/ocena stanu zdrowia pacjenta

1. **Zbieranie/pozyskanie informacji** o pacjencie według stanu biologicznego, psychicznego, społecznego, kulturowego i duchowego. Przy pomocy następujących narzędzi: obserwacji, wystandaryzowanego wywiadu, rozmowy z podopiecznym, rodziną, zespołem terapeutycznym i innymi, kwestionariuszy, analizy dokumentów i wytworów podopiecznego (Talarska, Wieczorowska-Tobis 2009, s. 39).
2. **Analiza pozyskanych danych** według sfer: biologiczno-fizycznych, psychicznych, społecznych, określa zdolność pacjenta do samodzielnego funkcjonowania (zaspokojenia potrzeb życiowych), zakres niezbędnej pomocy (tamże, s. 124, 401).
3. Definiowanie właściwych/aktualnych i potencjalnych potrzeb i problemów pielęgnacyjnych podopiecznego, na których opiera się diagnozę pielęgnacyjną.

Tabela 1.1. Diagnoza potrzeb i problemów

Dane w sferze biologiczno-fizycznej		Potrzeba	Problem	Niezbędna pomoc	Podjąć działania (zmierzające do zaspokojenia potrzeby, rozwiązania problemu)
Może	Nie może				
...
Dane w sferze psychicznej		Potrzeba	Problem	Niezbędna pomoc	Podjąć działania (zmierzające do zaspokojenia potrzeby, rozwiązania problemu)
Może	Nie może				
...
Dane w sferze społecznej		Potrzeba	Problem	Niezbędna pomoc	Podjąć działania (zmierzające do zaspokojenia potrzeby, rozwiązania problemu)
Może	Nie może				
...

Źródło: opracowanie własne autora

II etap – planowanie opieki

1. Ustalenie celów opieki, które nawiązują do wcześniej rozpoznanych, niezaspokojonych potrzeb życiowych podopiecznego, rozwiązujących problemy. Cele informują, co powinniśmy osiągnąć podczas sprawowania opieki, określają także zakres działań.
2. Ustalenie kontraktu z podopiecznym, jego rodziną na zakres wykonywanych czynności higieniczno-opiekuńczych, przyjęcie zlecenia od lekarza, pielęgniarki.
3. Współpraca w zespole terapeutycznym – ustalenie planu pracy z podopiecznym.
4. Ustalenie metod, technik, narzędzi, częstotliwości wykonywanych zabiegów.

W planie opieki uwzględnia się udział różnych osób z zespołu terapeutycznego, pacjenta i jego rodzinę.

III etap – realizacja planu opieki

Realizacja planu opieki polega na wykonaniu czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, zmierzających do zaspokojenia potrzeb oraz rozwiązania problemów istotnych dla podopiecznego. Aby możliwe było osiągnięcie założonych celów, opieka powinna być do-

stosowywana za każdym razem do aktualnego stanu i cech osobniczych pacjenta. Realizując zadania, opiekun mobilizuje pacjenta/podopiecznego i jego najbliższych do współpracy, na ile oczywiście to jest możliwe. Uczy podopiecznego samoopieki.

Zadania opiekuna w ramach funkcji higieniczno-pielęgnacyjnej (wykonanie lub pomoc):

- kąpiel pacjenta leżącego w łóżku,
- kąpiel pod nadzorem w łazience,
- wykonanie toalety porannej lub wieczornej u pacjenta leżącego,
- pomoc pacjentowi przy wykonaniu toalety porannej lub wieczornej,
- poślanie łóżka pacjentowi leżącemu,
- toaleta jamy ustnej,
- golenie zarostu twarzy,
- mycie głowy w łóżku pacjentowi leżącemu,
- zakładanie czepca w przypadku wszawicy,
- zmiana lub pomoc przy zmianie bielizny osobistej.

IV ETAP – ocena

Ocenie podlega stopień realizacji celów opieki, praca zespołu terapeutycznego, współpraca pacjenta i jego rodziny. W przypadku gdy potrzeby i problemy pacjenta/podopiecznego nie zostaną zaspokojone/rozwiązane, opiekun medyczny powinien zastanowić się nad poprawnością planu opieki, biorąc pod uwagę rozpoznane niezaspokojone potrzeby, uwzględniając problemy, zakres samodzielności podopiecznego, cele opieki, podjęte działania i dobór osób. Podczas ponownego planowania uwzględnia sformułowane na tym etapie wnioski, aktualny stan zdrowia/aktywność podopiecznego oraz warunki, w jakich przebiega opieka.

Na wszystkich etapach sprawowanej opieki bardzo ważna jest współpraca opiekuna medycznego z pielęgniarką, zespołem terapeutycznym, pacjentem, rodziną. Konieczna jest również ciągła obserwacja podopiecznego, przekazywanie informacji zwrotnych dotyczących zmian w funkcjonowaniu chorego/pacjenta/podopiecznego w całym zespole terapeutycznym.

2. Planowanie, organizowanie, dokumentowanie pracy opiekuna medycznego przy łóżku chorego

Jednym z podstawowych warunków dobrego samopoczucia chorego/pacjenta/podopiecznego jest zapewnienie mu wygody i czystości.

Najbliższe otoczenie pacjenta stanowi łóżko i szafka przyłóżkowa. Pacjenci mniej sprawni wymagają pomocy w zakresie zmiany bielizny pościelowej, przesłania łóżka, uporządkowania przedmiotów na szafce przyłóżkowej oraz w takim ich ustawieniu, by było to zgodne z życzeniem i potrzebami pacjenta. Pacjent powinien sam decydować, które rzeczy będą mu najpotrzebniejsze i w związku z tym powinny być na zewnątrz szafki, a które należy schować do wewnątrz.

Przystępując do wykonywania zabiegów higienicznych przy pacjencie, należy pamiętać o następujących zasadach:



Źródło: biblioteka zasobów multimedialnych

- Poznaj stan pacjenta – stan fizyczny wskaże na stopień niezależności przy wykonywaniu zabiegów higienicznych i pozwoli ustalić zakres samopielęgnacji. Znajomość możliwości pacjenta ochroni go przed nadmiernym wysiłkiem, zachęci do samodzielnego wykonywania określonych czynności. Poznanie stanu psychicznego pacjenta, jego stosunku do własnego zdrowia i choroby pozwoli na porozumienie się i pozyskanie go do udziału w planowaniu i realizowaniu opieki. Stan społeczny, czyli nawyki, zwyczaje kulturowe i warunki materialne pacjenta, mogą mieć wpływ na rodzaj i sposób wykonywania zabiegów higienicznych. Może się to przejawiać w niechęci do korzystania ze wspólnych łazienek lub toalet, pacjenci mogą nie mieć własnych przyborów toaletowych.
- Wyjaśnij istotę zabiegu oraz uzyskaj zgodę na jego wykonanie.
- Jeśli jest to możliwe, uzgodnij porę wykonywania zabiegu.
- Ustal zakres wykonywania czynności przez pacjenta i opiekuna.
- Ustal z pacjentem kolejność i technikę wykonywanych czynności tak, aby sposób wykonywania był zgodny z jego życzeniami i przyzwyczajeniami, uzgodnij ewentualne odstępstwa.
- Przygotuj miejsce wykonywania zabiegu – zadбай o temperaturę, unikaj przeciągu, zamknij okna, drzwi.
- Przygotuj niezbędny sprzęt.



- Zadbaj o bezpieczeństwo i wygodną pozycję pacjenta.
- Przed zabiegiem i po jego zakończeniu umyj ręce.
- Szanuj godność osobistą pacjenta, zapewnij intymność przy wykonywaniu czynności higienicznych.
- Obserwuj pacjenta, w razie potrzeby kształtuj prawidłowe nawyki higieniczne.
- Wykonuj zabiegi sprawnie, dokładnie, delikatnie i estetycznie.
- Po zabiegu upewnij się czy pacjentowi jest wygodnie, jak się czuje i sprzątnij sprzęt.
- Udokumentuj wykonanie zabiegu w obowiązującej dokumentacji.

Informacje dotyczące dokumentowanie pracy opiekuna medycznego znajdują się w jednej z pozycji literatury obowiązkowej (tamże, s. 124, 401–414).

3. Metody, zasady wykonywania zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych

Dobór metod, zasad wykonywania zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych zależy od:

- stanu podopiecznego/pacjenta/chorego/klienta, diagnozy potrzeb i problemów i odnosi się do trzech poziomów funkcjonowania człowieka:
 - samodzielny (**S**),
 - przy pomocy (**P**),
 - niesamodzielny (**N**),
- planu pracy opiekuna medycznego (tzw. „Plan pielęgnowania i opieki”), uwzględniającego czynności opiekuńcze w pięciu kategoriach:
 - pielęgnacja podstawowa,
 - obserwacja,
 - komunikowanie się,
 - współpraca z zespołem terapeutycznym,
 - opieka – usługi opiekuńcze, higieniczne,
- warunków i miejsca wykonywania świadczeń (dom podopiecznego, szpital, hospicjum, Dom Pomocy Społecznej),
- możliwości finansowych podopiecznego, placówek służby zdrowia i opieki społecznej,
- zasad prawnych w opiece długoterminowej.

Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z: pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno-hospicyjną.

Świadczenie to wykonywanie czegoś na czyjąś rzecz, stąd świadczeniem pielęgniarstwowym jest każda usługa wykonana przez pielęgniarkę/opiekuna medycznego na rzecz podopiecznego (człowieka zdrowego, chorego, niepełnosprawnego), związana ze sprawowaną nad nim opieką zdrowotną.

Zgodnie z art. 15 ust. 1. *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest: zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.



Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu: świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej (Żurawska 2010).

4. Dobór technik i metod

Dobór technik i metod zależy od stanu zdrowia podopiecznego, warunków wykonywania zabiegu, zasobów finansowych, przepisów i zarządzeń NFZ i opieki społecznej.

Metody pracy opiekuna medycznego:

- obserwacja,
- wywiad standaryzowany,
- rozmowa,
- analiza wytworów (np. robótek ręcznych, namalowanego obrazu, wykonanej laurki),
- analiza dokumentów,
- opieka/pielęgnacja,
- usprawnianie.

Techniki pielęgnowania:

- techniki mycia w łóżku, pod prysznicem,
- przenoszenie chorego, transport,
- techniki karmienia,
- gimnastyka usprawniająca,
- gimnastyka oddechowa.

Rysunek 1.1. Dokumentacja zastosowanych metod i technik – przykładowy formularz

PLAN DZIAŁANIA

1. Wykaz problemów higienicznych i opiekuńczych chorego:

.....
.....

2. Wykaz zaplanowanych czynności niezbędnych do wykonania zadania:

.....
.....

3. Wykaz materiałów i środków potrzebnych do wykonania zadania:

.....
.....

4. Wykaz przyborów i sprzętu potrzebnych do wykonania zadania:

.....
.....

Źródło: opracowanie własne autora

5. Segregacja odpadów medycznych

Zgodnie z nowym rozporządzeniem, które obowiązuje od 23 września 2013 r., odpady medyczne mają być w miejscu ich powstawania dzielone na trzy grupy: zakaźne, specjalne i pozostałe. W zależności od rodzaju, odpady medyczne powinny trafić do worka o odpowiednim kolorze: **zakaźne do czerwonego, specjalne do żółtego, a pozostałe – do niebieskiego**. Odpady z ostrymi krawędziami lub końcami powinny być wkładane do sztywnych i odpornych na wilgoć pojemników (zob. <http://pulsmedycyny.pl/2581293,26153,segregacja-odpadow-medycznych>).

Pełną nową ustawę o odpadach medycznych można znaleźć w Dzienniku Ustaw z 2013 r. pod pozycją 21 (*Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach*).

Ponadto w placówkach używane są worki:

- czarne – odpady komunalne
- niebieskie – brudna bielizna, rękawiczki (dwa oddzielne worki)
- czerwone/różowe – na odpady medyczne zakaźne (odpady zabrudzone wydalaminami pacjenta).

Odpady medyczne stanowią kłopotliwą i niebezpieczną grupę odpadów z uwagi na ich zakaźne właściwości i źródło pochodzenia. Niewłaściwa klasyfikacja, a co za tym idzie – gromadzenie i segregacja odpadów medycznych, stanowi powszechny problem w naszym kraju. Niewłaściwe są często również metody i warunki ich unieszkodliwiania. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest niska świadomość ryzyka związanego z nieprawidłowym postępowaniem z odpadami medycznymi. Wbrew powszechnemu mniemaniu, gospodarowanie odpadami medycznymi jest poważnym wyzwaniem nie tylko dla szpitali i przychodni – przepisy nakładają obowiązek bezpiecznego składowania i pozbywania się odpadów medycznych zarówno na placówki ochrony zdrowia, jak i na wszelkie inne zakłady, w których powstają odpady mające potencjalne właściwości zakaźne, takie, jak zakłady kosmetyczne czy studia tatuażu.

Podstawowym aktem prawnym określającym sposób postępowania z odpadami medycznymi jest ustawa o odpadach oraz wydane na jej podstawie rozporządzenia:

- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi* (Dz. U. nr 139, poz. 940).



Źródło: biblioteka zasobów multimedialnych



- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie rodzajów odpadów medycznych i weterynaryjnych, których poddawanie odzyskowi jest zakazane (Dz. U. z 2003 r. nr 8, poz. 103).*
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych (Dz. U. z 2003 r. nr 8, poz. 104 ze zm.).*

Odpady medyczne, zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ust. 3 pkt 5 *Ustawy o odpadach*, to odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w dziedzinie medycyny (zob. http://bklegal.pl/download.php?id_file=5).

Bibliografia

Literatura obowiązkowa

Szwałkiewicz E., *Opiekun Medyczny w praktyce*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.

Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., *Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.

Wołynka S., *Pielęgniarstwo ogólne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.

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

Literatura dodatkowa

Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2007.

Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Pank W., *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie rodzajów odpadów medycznych i weterynaryjnych, których poddawanie odzyskowi jest zakazane (Dz.U. z 2003 r. nr 8, poz. 103).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych (Dz.U. z 2003 r. nr 8, poz. 104 ze zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. nr 139, poz. 940).

Steciwko A., Żurawicka D., Wojtal M., *Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia*, t. 2, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009.

Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. 2013 poz. 21).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).



Netografia

[http://www.sciaga.pl/tekst/44038-45-](http://www.sciaga.pl/tekst/44038-45-wybrane_metody_i_tehniki_komunikowania_sie_w_pracy_pielegniarki)

[wybrane_metody_i_tehniki_komunikowania_sie_w_pracy_pielegniarki](http://www.sciaga.pl/tekst/44038-45-wybrane_metody_i_tehniki_komunikowania_sie_w_pracy_pielegniarki)

http://www.poloznictwo.cba.pl/download/Irok/ki/komunikacja_interpersonalna.pdf

<http://bi.gazeta.pl/im/4/10135/m10135204,LECZYC-BROSZURA.pdf>

<https://sites.google.com/site/omedyczny/poradnik-om>

<http://pulsmedycyny.pl/2581293,26153,segregacja-odpadow-medycznych>