

Załącznik nr 1.

METODA CASE STUDY W PIELEŃNIARSTWIE

Wprowadzenie do zagadnienia

Pod redakcją:

Małgorzaty Lesińskiej-Sawickiej

Redakcja techniczna: *Monika Dyjak*
Skład komputerowy: *Marzena Gościński*

© Copyright by: **BORGIS® Wydawnictwo Medyczne**

Wszelkie prawa zastrzeżone. Fragmenty niniejszej książki mogą być wykorzystane jako wybór tekstów, streszczenie lub kopia, z powołaniem się na źródło, jednakże nie w celach zarobkowych ani komercyjnych.

ISBN 978-83-85284-85-7

Warszawa 2009
Wydanie I

Wydawca: BORGIS® Wydawnictwo Medyczne

02-798 Warszawa, ul. Ekologiczna 8 lok. 103

tel./fax 0 22 836-96-69

e-mail: wydawnictwo@borgis.pl

www.borgis.pl

S P I S T R E Ś C I

Wprowadzenie	5
Rozdział I	
Case study w świetle literatury przedmiotu	
Małgorzata Lesińska-Sawicka, Wojciech Kapata	9
1. Case study jako metoda badawcza	16
2. Case study jako metoda pracy z jednostką	20
3. Case study jako metoda nauczania	22
4. Techniki gromadzenia informacji o pacjencie wykorzystywane w case study	25
4.1. Wywiad	25
4.2. Obserwacja	29
4.3. Analiza dokumentacji	33
4.4. Podstawowe pomiary/pomiar w pielęgnowaniu	35
Rozdział II	
Wykorzystanie case study w pielęgniarstwie	
Sławomir Chudziński, Agnieszka Kapata, Małgorzata Krześlak, Małgorzata Lesińska-Sawicka, Lidia Lewandowska, Magdalena Litwin, Krystyna Repa, Ewa Tubielewicz, Wojciech Kapata	37
1. Przykłady zastosowań case study w wybranych oddziałach szpitalnych i środowisku	37
2. Metoda case study w pielęgniarstwie z punktu widzenia praktyka zawodu	133
Podsumowanie	138
Bibilografia	141

Wprowadzenie

Pielęgniarstwo, współcześnie rozpatrywane jest jako działalność praktyczna, nauka i wiedza. Wszystkie te elementy składające się na definicję pielęgniarstwa charakteryzują się m.in. swoistymi metodami badania rzeczywistości na użytek szeroko pojętego pielęgniarstwa. Spośród wielości tych metod na wyróżnienie zasługuje metoda indywidualnych przypadków mająca zastosowanie zarówno w teoretycznym, jak i praktycznym pielęgnowaniu.

Metoda indywidualnych przypadków (ang. *case study*) wykorzystywana w różnych dziedzinach nauki jest całościowym sposobem badania, opisywania i prezentowania otaczającej nas rzeczywistości.

W polskiej literaturze pielęgniarstwa wspomina się o case study, poruszając zagadnienia badań w pielęgniarstwie. Jednakże, często oprócz kilku zdań na ten temat nie prezentuje się przykładów jej zastosowania.

Zupełnie inaczej wygląda to w literaturze zagranicznej¹ – autorzy na podstawie wnikliwie dobranego indywidualnego przypadku prezentują sposoby rozwiązań najczęściej spotykanych, jak również tych nietypowych problemów pielęgnacyjnych.

Case study wykorzystywane jest zarówno w nauczaniu pielęgniarstwa, sprawdzaniu efektów nauki, w pracy zawodowej, jak i przy badaniu rzeczywistości metodami naukowymi. Wszechstronność studium przypadku sprawia, że może być ono z dużą korzyścią włączane także do pracy polskich pielęgniarek-praktyków, jak i pielęgniarek-badaczy oraz do nauczania przyszłych adeptów zawodu pielęgniarstwa.

Niniejsze opracowanie składa się z dwóch części.

Pierwsza, ukazuje studium indywidualnego przypadku w świetle literatury przedmiotu. Zaprezentowane zostały przesłanki jej stosowa-

¹Patrz: Spatz L. D. (2005) *The Breastfeeding Case Study: A Model for Educating Nursing Students*. Journal of Nursing Education, September, 44, 9; Whitmore A. B. (2005) *Nursing Distance Education at the Dawn of Digital Broadcasting: A Case Study in Collaboration*. Journal of Nursing Education, August, 44, 8; Karolys A. (1999) *You make the diagnosis: Case study: The role of nurses in the protection of Children and the Importance of Naming the Phenomena of Nursing Concern*. Nursing Diagnosis, July-September, 10, 3; Johnson D. T. (2005) *Intensive Spiritual Care: A Case Study*. Critical Care Nurse, December, 25, 6; Locklin M. (2005) *The Redefinition of Failure To Thrive from a Case Study Perspective*. Pediatric Nursing, November/December, 31, 6; Nauer A. K., Kramer L., Lockard L. K. (2000) *Case study: A patient's survival*. Critical Care Nursing Quarterly, May, 23, 1.

nia i cechy case study jako metody badawczej, pracy z jednostką oraz metody nauczania. Omówiono także najczęstsze techniki gromadzenia danych o podmiocie opieki wykorzystywane w studium przypadku: wywiad, obserwacja, analiza dokumentów i podstawowe pomiary.

Drugą część to ukazanie zastosowania case study w pielęgniarstwie. Przykłady pochodzą z działów szpitalnych, takich jak: pediatria, neonatologia, ortopedia, chirurgia, dermatologia, urologia, neurologia i transplantologia, a także pielęgniarstwo środowiskowo-rodzinne.

Celem zaprezentowanych przykładów case study jest ukazanie praktycznego zastosowania technik gromadzenia danych o podmiocie opieki, ich syntetyczny, spójny zapis, wynikające z nich wnioski dla opieki pielęgniarstwiejskiej będące wyrazem sformułowanej diagnozy i dostosowanych, adekwatnych działań, mających w efekcie doprowadzić do zniwelowania albo zmniejszenia określonego dyskomfortu pacjenta. Uogólniając można powiedzieć, że zaprezentowane przykłady służą uświadomieniu pielęgniarce ułatwienia postępowania pielęgniarstwiejskiego i ujednolicenia zapisu wiedzy o pacjencie i wykonanych interwencjach pielęgniarstwiejskich dzięki metodzie case study.

Zamieszczone w rozdziale drugim przykłady indywidualnych przypadków napisane zostały w oparciu o prawdziwe przypadki i rzeczywiście występujące problemy kliniczne.

Chciałabym w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że zawarte w niniejszym opracowaniu plany opieki pielęgniarstwiejskiej były adekwatne dla danego chorego, w danym czasie i na danym oddziale, uzależnione od wyposażenia oddziału i obecności innych członków zespołu interdyscyplinarnego (oprócz pielęgniarki i lekarza), nie dają więc wiedzy pewnej i obowiązującej w zaprezentowanej sytuacji. Ponadto przykłady owe mają służyć tylko ogólnemu rozeznaniu w stosowaniu omawianej metody. Autorzy opracowań zdają sobie sprawę z tego, że każda pielęgniarka rozpoznając problemy pielęgnacyjne chorego i planując swoje postępowania może podjąć działania różniące się od tych podanych w opracowaniu, nawet wtedy, kiedy dotyczy bardzo podobnego przypadku klinicznego. Należy więc tutaj mocno podkreślić konieczność indywidualnego podejścia do podmiotu opieki.

Część drugą kończą rozważania praktyka zawodu na temat zastosowania metody case study w pielęgniarstwie, korzyści i trudności związanych z wprowadzaniem jej do codziennej pracy pielęgniarki.

Na potrzeby niniejszego opracowania przygotowano autorską dokumentację, która dzieli się na 2 części:

1. Część pierwsza to zbiory informacji o pacjencie pochodzące z wywiadu, analizy dokumentów, badania fizykalnego i obserwacji, uporządkowane w czytelne sfery dotyczące bio-psycho-społecznego funkcjonowania podmiotu opieki; zakończone postawioną diagnozą pielęgniarską.
2. Część druga to tabelaryczne zestawienie problemów pielęgnacyjnych pacjenta w zakresie komunikacji, higieny osobistej, wydalania, aktywności fizycznej, odżywiania, oddychania, snu/zasypiania, dolegliwości bólowych, stanu psychicznego i poziomu wiedzy, kończące się ewaluacją działań pielęgniarских.

Zaprezentowany wzór dokumentacji jest jedynie propozycją dokumentacji pielęgniarской, mogącą ulegać modyfikacji w zależności od potrzeb, preferencji i oczekiwań stron interwencji pielęgniarской.

Mam nadzieję, że przedstawiony materiał wzbogaci wiedzę czytelników o metodzie case study i zachęci do wykorzystania jej wszechstronności w podejściu do podmiotu opieki w ramach prowadzonych prac badawczych, nauczania i organizowania pracy własnej pielęgniarki.

Autorom poszczególnych części opracowania, jak i wszystkim tym osobom, które przyczyniły się do powstania tej książki, serdecznie dziękuję.

ROZDZIAŁ I

CASE STUDY

W ŚWIETLE LITERATURY PRZEDMIOTU

Małgorzata Lesińska-Sawicka, Wojciech Kapała

Istnieje wiele podejść do definiowania i rozumienia studium przypadku (case study). Zgodnie z Davidem B. Bromley można powiedzieć, że jest to systematyczne dochodzenie do pewnych wydarzeń lub zbioru zaprezentowanych sytuacji, opisujących i wyjaśniających dane zjawisko czy fenomen².

Przedmiotem zainteresowania może być jednostka, jak i grupa społeczna. Najczęściej analizie poddawana jest jednak jednostka i wtedy pod rozważę brane są rozważania i wydarzenia dotyczące jej życia osobniczego i zawodowego. David Ben Bromley uważa, że w takiej sytuacji studium przypadku ukazuje źródła, zachowania i okoliczności, z których jednostka wywodzi się oraz według których żyje³. Za Robertem E. Stake można więc powiedzieć, że w studium przypadku każdy badacz ma nieco z biografa skupionego na jakimś etapie albo fragmencie życia⁴.

Autorzy zajmujący się zagadnieniami metodologii studium przypadku kładą w swoich rozważaniach nacisk na aspekty proceduralne studium przypadku, opisując szczegółowo etapy jego przeprowadzania. Według Roberta K. Yin studium przypadku powinno składać się z pięciu elementów⁵:

1. Pytania badawczego.
2. Celu.
3. Elementów poddawanych analizie.
4. Propozycji powiązań uzyskanych danych.
5. Kryteriów interpretowania wniosków.

²Bromley D. B. (1990) *Academic contributions to psychological counselling: I. A philosophy of science for the study of individual cases*. Counselling Psychology Quarterly, 3 (3), s. 302.

³Bromley D. B. (1991) *Academic contributions to psychological counselling. 2. Discourse analysis and the formulation of case-reports*. Counselling Psychology Quarterly, 4 (1), s. 86.

⁴Stake R. E. (1995) *The art of case study research*. CA: Sage Publications, Thousand Oaks.

⁵Yin R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*. CA: Sage Publications, Newbury Park.

Natomiast według Łukasza Lutostańskiego procedurę przeprowadzenia studium przypadku można podzielić na cztery etapy⁶:

1. Przygotowanie planu przeprowadzenia badań.
2. Przeprowadzenie badania studium przypadku.
3. Analizę danych uzyskanych ze studium przypadku.
4. Przygotowanie rekomendacji z przeprowadzonych badań teoretycznych, czyli wyciągnięcie końcowych wniosków.

Celem studium przypadku jest opisanie aktualnej, możliwie najpełniejszej i kompletnej sytuacji, która będzie poddawana analizie. Ważną czynnością jest więc umiejętne i rzetelne zgromadzenie spójnych danych.

Matthew B. Miles i A. Michael Huberman⁷ opisali 13 taktyk służących wydobywaniu znaczenia z poszczególnych wzorów, schematów i konfiguracji danych (tabela 1). Uporządkowane są one od taktyk opisowych do taktyk wyjaśniających, od taktyk konkretnych do ściśle powiązanych z pojęciami, abstrakcyjnych. Zgodnie z autorami, pierwsze trzy sposoby pozwalają dojrzeć „co do czego pasuje”, następne dwa są drogą do pojmowania tego „co się dzieje”, kolejne pomagają „wyostrzyć rozumienie”. Następne cztery są pomocą w „widzeniu rzeczy i ich relacji bardziej abstrakcyjnymi”. W końcu ostatnie dwa pozwalają na „uzyskanie spójnego rozumienia danych”.

Tabela 1. Taktyki generowania znaczenia.

Taktyka	Charakterystyka
Taktyki dostrzegania wzorów, schematów	Dostrzeganie powtarzających się wzorów, tematów lub postaci, które wiążą ze sobą wiele oddzielnych elementów danych.
Taktyki dostrzegania prawdopodobieństwa	Doszukiwanie się prawdopodobieństwa sensowności danych, poddających się weryfikacji.
Taktyki grupowania	Zbieranie rzeczy, które pasują do siebie. Klasyfikowanie danych według przyjętych dla badania kryteriów.

⁶Lutostański Ł. (2005) *Studium przypadku jako metoda badawcza. Dylematy metodologii i praktyki*. MBA, 2, s. 14-20.

⁷Miles M. B., Huberman A. M. (2000) *Analiza danych jakościowych*. Trans Humana, Białystok.

Cd. tabeli 1.

Budowanie metafor	<p>To narzędzia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kondensacji danych, które biorą kilka szczegółów i tworzą ich pojedyncze uogólnienie; – wydobywania wzorców; – decentracji, czyli zmiany punktu widzenia; – wiązania wyników z teorią.
Zliczanie	Pozwala uzyskać szybką orientację, co posiadamy w wielkiej partii danych, do weryfikacji podejrzeń lub hipotez oraz do zachowania uczciwości w trakcie analizy.
Dokonywanie kontrastów/porównań	Metoda wyszukiwania różnic lub podobieństw.
Dzielenie zmiennych	W przypadku braku jasności danych lub gdy zmienna nie ujawnia oczekiwanych relacji z ramami pojęciowymi wyodrębnia się podzmiennie, ułatwiające wyszukiwaniu spójnych i scalonych opisów i wyjaśnień.
Podciąganie przykładów szczegółowych pod uogólnienie	Taktyka ta polega na odpowiedzeniu na pytania: Czego szczególnym przypadkiem jest to konkretne zdarzenie? Czy to należy do bardziej ogólnej klasy?
Wyodrębnianie czynników	Polega na tym, że jeśli pewne fakty, zdarzenia, słowa mają ze sobą coś wspólnego albo współdziałają ze sobą to, to co czynią lub czym są jest „czynnikiem” a proces, poprzez który są wyodrębniane to „faktoryzacja”.
Dostrzeganie relacji między zmiennymi	Polega na wykrywaniu rodzajów związków pomiędzy zmiennymi.
Wyszukiwanie zmiennych pośredniczących	Poszukiwanie związku pomiędzy zmiennymi powiązanymi ze sobą, podczas gdy związek ten jest niezrozumiały.
Budowa logicznego łańcucha dowodów	To taktyka zwana „jeżeli – to”, polega na wyszukiwaniu logicznych czynników i budowaniu z nich ścieżki dowodów.

Cd. tabeli 1.

<p>Starania o pojęciową i teoretyczną spójność</p>	<p>Polega na tym, aby rezultaty działań miały swój pojęciowy odpowiednik, który twierdzeniom i pojęciom, powstałym w wyniku analizowania danych, nadaje większe prawdopodobieństwo, co jest empirycznie ugruntowane w nowym kontekście. Im bardziej spójne wyjaśnienie, tym bardziej „strukturalny” i nie-cząstkowy lub lokalny jego charakter.</p>
---	---

Źródło: Miles M. B., Huberman A. M. (2000) *Analiza danych jakościowych*. Trans Humana, Białystok, s. 252-271.

Zbieranie danych i ich analiza występują w studium przypadku jako proces iteracyjny⁸, w którym badacz porusza się niemalże jednocześnie między literaturą przedmiotu a uzyskanymi danymi po to, aby nie pominąć choćby najmniejszej informacji mogącej mieć znaczenie dla badania.

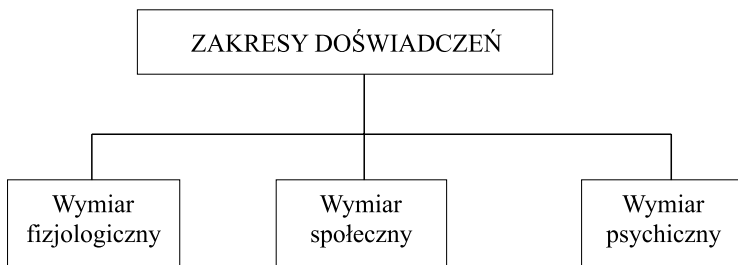
Badacz w swych działaniach pozyskuje, konstruuje i przedstawia dane w celu opracowania interesującego go profilu, sytuacji albo faktu. Im precyzyjniejsze są działania syntetyzujące i wyjaśniające pewne zjawiska, tym bardziej wiarygodna jest analizowana historia, jaśniejsze jej znaczenie i łatwiejsze rozumienie następstw. Aby móc osiągnąć te cechy warto posłużyć się 3 etapami, które są pomocne w wykorzystywaniu gromadzenia danych w ramach metody indywidualnych przypadków⁹:

1. Opisywanie doświadczeń – badacz prowadzący studium przypadku pyta o rodzaje doświadczenia badanej jednostki, mające znaczenie dla badania, sporządza mapę danych pochodzących z różnych źródeł. Doświadczenia poklasyfikowane są według wymiarów: fizjologicznego, socjologicznego i psychologicznego (ryc. 1).
2. Opisywanie znaczeń – określa znaczenie ludzi, rzeczy i wydarzeń w życiu osoby, mających wpływ na badaną sytuację. Opracowanie mapy znaczeń (ryc. 2).

⁸Poprzez iterację należy rozumieć wielokrotne powtarzanie, zwłaszcza z każdorazowym przekształcaniem w analogiczny sposób, za: Kopaliński W. (1989) *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Wiedza Powszechna, Warszawa, s. 236.

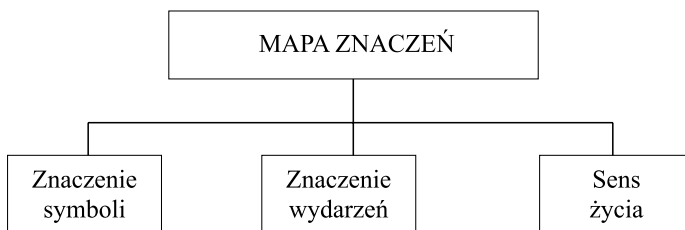
⁹Zucker, D. M (2001, June). *Using case study methodology in nursing research*. The Qualitative Report [On-line serial], 6 (2). Available: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR6-2/zucker.html>.

Ryc. 1. Mapa danych.



Źródło: Zucker, D. M. (2001, June) *Using case study methodology in nursing research*. The Qualitative Report [On-line serial], 6 (2). Available: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR6-2/zucker.html>. (30. 05. 2008 r.).

Ryc. 2. Mapa znaczeń.



Źródło: Zucker, D. M. (2001, June) *Using case study methodology in nursing research*. The Qualitative Report [On-line serial], 6 (2). Available: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR6-2/zucker.html>. (30. 05. 2008 r.).

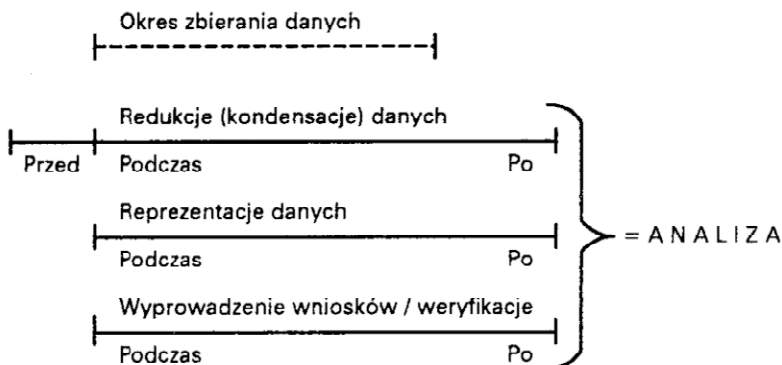
3. Analiza – polegająca na wiązaniu danych z propozycjami i objaśnieniami kryteriów, przez które orzeczenia mają zostać zinterpretowanymi. Analiza jakościowa składa się z trzech współbieżnych działań: redukcji danych, reprezentowania danych, wyprowadzania i weryfikacji danych (ryc. 3).

Z zebranych i poddanych analizie informacji, jako czynność podsumowującą, dokonuje się spisania raportu, będącego streszczeniem z uzyskanych danych. Protokół powinien zawierać następujące elementy¹⁰:

1. Cel i powody prowadzenia studium przypadku.
2. Jednostka analizy i cel badawczy.
3. Zbieranie danych i techniki:

¹⁰Zucker, D. M. (2001, June) *Using case study...*, wyd. cit.

Ryc. 3. Składniki analizy danych.



Źródło: Miles M. B., Huberman A. M. (2004) *Analiza danych jakościowych*. Trans Humana, Białystok, s. 11.

- Wykorzystane metody zbierania danych.
 - Wnioski z notatek, wywiadów, obserwacji itp.
 - Sporządzenie mapy głównych pojęć.
 - Utworzenie typologii danych, np. objawów.
4. Opisanie przypadku.
 5. Skupienie analizy na tematach powiązanych z celem badawczym.
 6. Analiza orzeczenia opartego na celu, powodach i pytaniach badawczych:
 - Perspektywa pacjenta.
 - Perspektywa pielęgniarki.
 - Porównanie z podobnymi przypadkami (etic perspektywa).
 - Opisywać przypadek z emic perspektywy (perspektywa wewnętrzna obiektu badanego – pojęcia i kategorie opisowe badanego. Z faktu niepowtarzalności indywidualnych przypadków wymagana jest indywidualizacja pomiaru).
 - Biografia, autobiografia, relacje.
 7. Wnioski.
 8. Zalecenia.

Metoda definiowana jest jako zbiór wzajemnie spójnych dyrektyw działań, czynności i środków, których właściwe, konsekwentne i zgodne z ustalonymi zasadami stosowanie ma prowadzić do osiągnięcia zaplanowanych i ustanowionych celów¹¹. Zgodnie więc z przyto-

¹¹Olechnicki K., Załęcki P. (2002) *Słownik socjologiczny*. Graffiti BC, Toruń, s. 127.

czoną definicją metodę studium indywidualnego przypadku można rozumieć trojako, jako:

1. metodę badawczą służącą do wszechstronnego poznawania podmiotu badań,
2. metodę pracy z jednostką bądź grupą społeczną,
3. metodę nauczania wykorzystywaną włączeniu teorii z praktyką, nauczaniu prawidłowego postępowania przy wykorzystaniu określonej sytuacji wyimaginowanej bądź rzeczywiście istniejącej.

Jak każda metoda pracy, nauczania czy badania, metoda indywidualnych przypadków ma wady i zalety, swoich zwolenników i przeciwników. Dzięki jednak swej wnikliwości i konieczności dużej precyzji do syntetyzowania danych, wykorzystywana jest z powodzeniem w pielęgniarstwie zarówno tym teoretycznym, jak i w praktyce.

1. CASE STUDY JAKO METODA BADAWCZA

Case study to metoda badawcza zaliczana do metod jakościowych. Dane jakościowe, zwykle w postaci słów, a nie liczb, zawsze były surowcem pewnych obszarów nauk społecznych, głównie antropologii, historii i nauk politycznych. Jednak w ubiegłym dziesięcioleciu narastająca liczba badaczy dyscyplin podstawowych i obszarów nauk stosowanych (psychologii, socjologii, lingwistyki, administracji publicznej, studiów nad organizacją, studiów nad zarządzaniem firmami, służby zdrowia, planowania urbanistycznego, badań edukacyjnych, badań nad rodziną, oceny programów i analiz politycznych), skłania się ku jakościowemu paradygmatowi¹².

Badania jakościowe można prowadzić na różne sposoby, z których wiele ma za sobą długą tradycję, jednakże większość z nich charakteryzuje się m.in. następującymi cechami¹³:

1. przebiegają w trakcie intensywnego i/lub trwającego długo kontaktu z „terenem” lub sytuacją życiową;
2. rolą badacza jest uzyskanie holistycznego oglądu poddanego badaniom kontekstu: jego logiki, jego uporządkowania, jego ukrytych i jawnych zasad;
3. badacz próbuje pochwycić dane o spostrzeżeniach lokalnych aktorów „od wewnątrz”, poprzez napiętą czujność, empatyczne zrozumienie i zawieszanie albo „branie w nawias” uprzednich, z góry przyjętych opinii o omawianych przedmiotach;
4. wczytując się w takie materiały badacz może wydobywać pewne tematy i wyrażenia, które można poddać ocenie informatorów, ale które należy zachowywać w ich oryginalnej formie poprzez cały czas badań;
5. głównym zadaniem jest wyjaśnienie dróg, jakimi ludzie w poszczególnych sytuacjach dochodzą do zrozumienia i wyjaśnienia sytuacji, podejmują działania lub w inny sposób radzą sobie z codziennymi sytuacjami;
6. istnieje wiele możliwych interpretacji tego materiału, ale z powodów teoretycznych albo na gruncie ich wewnętrznej spójności pewne z tych interpretacji są bardziej interesujące;
7. od samego początku używa się w nich względnie mało standa-

¹²Miles M. B., Huberman A. M. (2004) *Analiza...*, wyd. cit., s. 1.

¹³Tamże, s. 7-8.

ryzowanych narzędzi badania. Faktycznie to badacz jest głównym „narzędziem pomiaru” w tego rodzaju badaniach.

Rozpatrując studium przypadku jako metodę badawczą można powiedzieć, że jest to projekt badawczy, w którym obiektem badań jest pojedynczy przypadek lub kilka wybranych bytów społecznych danego typu, np. społeczności lokalne, historie życia, role czy stosunki¹⁴. Studium przypadku definiowane bywa również jako zespół reguł badawczych będących czymś pośrednim między metodą a techniką badawczą¹⁵. Jest to metoda, która co jednostkowe, indywidualne w każdym człowieku, jego losie i najbliższym środowisku, podejmuje i rozwija w celu usprawnienia, wzmocnienia i naprawy jego sytuacji życiowej, bądź traktuje jako źródło wiedzy o zjawiskach szerszych, najogólniejszych bardziej uniwersalnych¹⁶. Natomiast według definicji S. Bowersa studium przypadku to sztuka, w której wiedza życiowa i nauka o człowieku oraz środowisku, a także umiejętność obcowania z ludźmi – są użyte w celu zmobilizowania sił w jednostce i odpowiedniej pomocy w społeczeństwie dla ulepszania wzajemnego przystosowania się jednostki i jej środowiska¹⁷.

Uogólniając można zatem powiedzieć, że studium przypadku jest szczegółowym i wnikliwym opisem charakterystycznych właściwości czy doświadczeń jednostki obejmującym zarówno pojedynczego człowieka, jak i grupę społeczną.

Metodę indywidualnych przypadków wykorzystuje się w nauce wówczas, gdy ogólnie znane prawidłowości wymagają egzemplifikacji. Nie mniej ważne znaczenie pełni ona w procesie odwrotnym – wiedza szczegółowa, jednostkowe doświadczenia, indywidualna diagnoza dają podstawę do uogólnień i obiektywizacji wiedzy¹⁸.

Szerokie zastosowanie metody indywidualnych przypadków znajduje uzasadnienie w celach, które są jej stawiane¹⁹:

- 1) daje możliwość dokładnego ustalenia problemów,
- 2) dostarcza wyjaśnień uzupełniających uogólnienia pochodzące z ilościowej analizy,

¹⁴Marshall G. (2005) *Słownik socjologii i nauk społecznych*. PWN, Warszawa, s. 369.

¹⁵Tyszka Z. (1991) *Z metodologii badań socjologicznych nad rodziną*. Wydano z funduszu przyznanego przez MEN, Poznań, s. 51.

¹⁶Lalak D. (1995) *Teoretyczny i praktyczny sens metody indywidualnych przypadków*. [w:] Pilch T., Lepalczyk I. (red.) *Pedagogika społeczna*. Wydawnictwo Żak, Warszawa, s. 223.

¹⁷Lalak D., Pilch T. (red.) (1999) *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Wydawnictwo Żak, Warszawa, s. 105.

¹⁸Lalak D. (1995) *Teoretyczny i praktyczny sens...*, wyd. cit., s. 223.

¹⁹Tyszka Z. (1991) *Z metodologii...*, wyd. cit., s. 52.

- 3) ukazuje wskaźniki pewnych zmiennych, które można badać nie mierząc bezpośrednio,
- 4) daje podstawę do wykrywania mechanizmów społecznych bez orzekania częstotliwości ich zachodzenia.

Wśród badaczy nie ma zgody na temat tego, co może tworzyć „przypadek” i termin ten jest stosowany szeroko. Za Danutą Lalak można powiedzieć, że „przypadek” to coś, co istnieje w rzeczywistości. Nie jest on więc konstruktem teoretycznym, zjawiskiem semantycznym, ani modelem spreparowanym w umysłach uczonych czy też przy pomocy procesorów komputerowych i aby go poznać i zrozumieć nie wystarczy sięgnąć do wiedzy, a zwłaszcza do wiedzy z jednej dziedziny. Koniecznością staje się tutaj odwołanie do doświadczenia i praktycznych możliwości, czasem nawet do wiedzy wymykającej się schematom racjonalnego myślenia a czasem do intuicji²⁰.

Słownik Języka Polskiego definiuje „przypadek” jako m.in. pojedynczy wypadek, jedno zdarzenie spośród wielu podobnych²¹. W naukach społecznych natomiast przyjmuje się, że badanym przypadkiem może być jakiś okres, a nie jakaś określona grupa ludzi²², choć może być on postrzegany również jako jednostki ludzkie, instytucje lub osiedla.

Badawcze studium przypadku dzieli się, w zależności od celów jego przeprowadzenia, na trzy podstawowe grupy:

1. studium eksploracyjne (*exploratory*),
2. wyjaśniające (*explanatory*),
3. opisowo-wyjaśniające (*descriptive*).

Przeprowadzenie określonego typu case study wymaga od badacza świadomości odmiennych uwarunkowań/decyzji metodologicznych. Studium przypadku eksploracyjne jest badaniem zdecydowanie indukcyjnym – badacz „wchodząc w dany przypadek” nie dokonuje wcześniej analizy teoretycznej, nie wie, co może spotkać w badanej rzeczywistości. W przypadku tej metody wskazane więc będzie wykorzystanie niestrukturalizowanych i niestandardyzowanych narzędzi badawczych, wywiadów swobodnych bez standaryzowanych odpowiedzi, pytań o otwarte komentarze. Celem przeprowadzenia deskryptywnego studium przypadku (czyli opisowo-wyjaśniającego) jest

²⁰Tyszką Z. (1991) *Z metodologii...*, wyd. cit., s. 223.

²¹Sobol E. (2002) *Nowy Słownik Języka Polskiego*. PWN, Warszawa, s. 803.

²²Babbie E. (2004) *Badania społeczne w praktyce*. PWN, Warszawa, s. 320.

ustalenie przyczyn różnych zjawisk, przeprowadzenie badań różnych konkurencyjnych teorii tak, aby wyjaśnić zachodzące zjawiska. Studium przypadku deskryptywno-teoretyczne wymaga z kolei, aby przed przystąpieniem do jego przeprowadzania badacz wykonał teoretyczny opis zjawiska. Badane przypadki porównuje się z idealnym teoretycznym ich wzorcem (*patern matching procedure*). Studia takie umożliwiają sformułowanie hipotez odnoszących się do relacji przyczynowo-skutkowych. Możliwe jest więc, pisze Łukasz Lutostański, ściśle dedukcyjne podchodzenie do badanego zjawiska, polegające na wcześniejszym sformułowaniu hipotez badawczych w oparciu o teoretyczny opis badanego zjawiska. W tego rodzaju studium przypadku wskazane jest używanie narzędzi badawczych o większym stopniu strukturalizacji i standaryzacji, oczywiście przy zachowaniu głównych zasad teorii ugruntowanej i szkoły jakościowej. Przykładowo, pisze Łukasz Lutostański, niedopuszczalne byłoby w takim przypadku stosowanie narzędzia badawczego w postaci ankiety zawierającej wyłącznie pytania zamknięte i wymuszanie na osobie „ankietowanej” udzielania odpowiedzi wyłącznie na wskazane kwestie. Takie nadużycie byłoby ewidentnym naruszeniem zasad badań jakościowych. Czym innym byłoby oczywiście wykorzystywanie ilościowych narzędzi badawczych w ilościowej części badania, którego celem jest analiza ilościowych aspektów badanego zjawiska, uzupełnianego w późniejszej fazie o głębszą analizę wybranych jednostek zbiorowości statystycznej w wymiarze jakościowym²³.

Część badaczy jest zadania, że do tworzenia (ale także do analizowania) case'ów nie ma sztywnych reguł i zasad, których należy się bezwzględnie trzymać, lepiej jest jednak – zarówno dla badającego, jak i w późniejszym okresie dla analizującego ów przypadek – żeby był on napisany w miarę ujednolicony sposób (takie zdanie podziela druga część badaczy stosujących metodę case study).

Podsumowując można powiedzieć, że metoda case study charakteryzuje się holistycznym podejściem do badanego przypadku, ukazując go we wszystkich wymiarach jego funkcjonowania i dopiero wypadkowa dogłębnych analiz sfer życia daje pogląd na całość zagadnienia i występujące problemy.

²³Lutostański Ł. (2005) *Studium przypadku...*, wyd. cit., s. 14-20.

2. CASE STUDY JAKO METODA PRACY Z JEDNOSTKĄ

Metoda indywidualnych przypadków jako metoda pracy swym rodowodem zakorzeniona jest w pedagogice społecznej i pracy socjalnej. Jej tradycja sięga do przełomu wieku, wiąże się z postacią Mary Richmond, a w Polsce z Heleną Radlińską – pielęgniarką i profesorką pedagogiki społecznej w okresie dwudziestolecia międzywojennego oraz z Aleksandrem Kamińskim²⁴. Wyrosła ona z nurtu praktycznych działań opiekuńczych, polegających na pracy z jednostką i rodziną.

Metoda indywidualnego przypadku oparta jest na możliwościach tkwiących w jednostce dla poprawy jej indywidualnej kondycji. Owe możliwości wyeksponowane zostają dla mobilizowania, w celu wprowadzania pozytywnych zmian w bio-psycho-społeczne funkcjonowanie odbiorcy opieki. Metoda ta znajduje więc zastosowanie w głównych sytuacjach:

1. kiedy pojawiają się niedobory wiedzy objawiające się nieprawidłowymi zachowaniami w sferach bio-psycho-społecznego funkcjonowania lub brak jest świadomości doprowadzający do powstawania problemów,
2. kiedy zostały wyczerpane indywidualne zasoby sił i możliwości rozwiązania problemu przerastającego możliwości jednostki zarówno pod względem ilościowym (bardzo duże zapotrzebowanie na opiekę), jak i pod względem jakościowym (nie umie sam poradzić sobie z różnymi problemami),
3. kiedy występują ograniczone zdolności do samoopieki i samopielęgnacji u osób z powodu niedostatecznych możliwości psycho-fizycznych,
4. kiedy w wyniku uwarunkowań socjokulturowych pojawia się stres związany np. z przewlekłą chorobą czy przywracaniem sprawności.

Praca tą metodą polega na zebraniu przy zastosowaniu odpowiednich technik (wywiadu, obserwacji, analizy dokumentów urzędowych, pomiarów) wyczerpujących informacji, będących podstawą do postawienia diagnozy i zaplanowania odpowiednich działań, zmierzających do rozwiązania dostrzeżonych lub zgłoszonych problemów. Praca metodą indywidualnych przypadków może więc śmiało być opierana na metodzie pracy pielęgniarki, jaką jest proces pielęgnowania.

²⁴Kawczyńska-Butrym Z. (2001) *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*. Lublin, Czelej, s. 100.

Zastosowanie case study wymaga przyjęcia przez osobę udzielającą pomocy głównych zasad²⁵:

1. akceptacja, czyli respektowanie odbiorcy opieki jako osoby takiej jaką jest,
2. komunikacja, czyli osoby wchodzące w interakcje ze sobą mają prawo nie zgadzać się ze sobą w dyskusji ale muszą respektować swe odmienne zdania i rozumieć swoje intencje,
3. indywidualizacja, czyli indywidualne podejście do każdego odbiorcy opieki w całokształcie jego przyzwyczajzeń, zachowań, poglądów, wierzeń itp.,
4. uczestnictwo, czyli podmiot opieki musi od samego początku aktywnie i świadomie uczestniczyć w procesie udzielania pomocy,
5. zaufanie i poszanowanie prywatności,
6. samoświadomość, czyli świadomość własnych postaw, systemu wartości, umiejętność oddzielenia zawodowych obowiązków od osobistych preferencji czy uprzedzeń.

W podsumowaniu metody studium przypadku jako sposobu pracy z odbiorcą usług należy podkreślić jak ważna jest wzajemna komunikacja oddziaływających na siebie stron interakcji, poszanowanie odmienności i pozyskanie do współpracy podmiotu opieki. Na uwagę zasługuje również fakt, że stosując omawianą metodę nie można pozwolić sobie na fragmentaryczność w działaniach a także, że dopiero całościowe objęcie życia odbiorcy usług daje możliwość obiektywnego poglądu i zaplanowania precyzyjnych działań zmierzających do jak najlepszego rozwiązania problemów.

²⁵Lalak D. (1995) *Teoretyczny i praktyczny sens...*, wyd. cit., s. 231-233.

3. CASE STUDY JAKO METODA NAUCZANIA

Studium przypadku jako metoda nauczania wprowadzona została do nauczania w 1912 roku na uniwersytecie harwardzkim²⁶, początkowo na wydziały medycyny i prawa. Stanowi ona formę uczenia się poprzez symulowanie rzeczywistych sytuacji i procesów. Stosowana jest przede wszystkim do nabywania umiejętności przy rozwiązywaniu złożonych i nieustrukturalizowanych problemów²⁷. Jest to słowne bądź za pomocą nagrania magnetowidowego lub DVD przedstawienie pewnej sytuacji opisującej specyficzne cechy mające znaczenia dla uzasadnienia podejmowanej decyzji. Proponowane rozwiązania są analizowane, dyskutowane i omawiane w parach, małych grupach, czy większych sesjach plenarnych²⁸. Metoda ta pozwala podejść do problemu w sposób prosty i przystępny, dając możliwość wykorzystania teoretycznej wiedzy w praktyce.

Typowy przypadek do analizy zawiera szczegółowy opis sytuacji, w której znajdują się informacje prezentujące jak doszło do powstania obecnej sytuacji oraz problemy, z którymi zmagają się obecnie główni bohaterowie. Dużą wartość mają również załączone tabele z danymi, diagramy, schematy, rysunki, dzięki którym obraz sytuacji jest pełniejszy. Ważne jest także, aby tekst był najprostszy, bez niejasnych słów i zwrotów – taki, który byłby jednoznacznie zrozumiały²⁹.

Istnieje wiele odmian metody analizy przypadków zależących od stopnia trudności, skomplikowania a także sposobu prezentowania sytuacji.

Za Georgem Easton można wyróżnić przypadki³⁰:

1. „Żywe” – informacje podawane są uczącym się w odstępach czasowych,
2. „Martwe” – to taki przypadek, w którym wszystkie informacje podaje się uczącym na początku analizy.

²⁶Za: Burgoyne J., Mumford A. (2001) *Learning from the Case Method. Report to the European Case Clearing House*. The European Case Clearing House, Lancaster, s. 15.

²⁷Łaguna M. (2004) *Szkolenia*. GWP, Gdańsk, s. 155.

²⁸Za: Burgoyne J., Mumford A. (2001) *Learning...*, wyd. cit., s. 9.

²⁹Łaguna M. (2004) *Szkolenia...*, wyd. cit., s. 156

³⁰Easton G. (1992) *Learning from case study*. Prentice Hall, New York, s. 4-5.

Literatura przedmiotu opisuje sześć innych typów metody przypadku³¹:

1. Incydentalny przypadek – krótkie, jednostkowe wydarzenie.
2. Środowiskowy przypadek – przypadek opisywany ze szczególnymi charakterystycznymi dla danego zdarzenia cechami, badanymi tylko, nie wykorzystywanymi poza daną sytuacją.
3. Ćwiczeniowy przypadek – studenci próbują wykorzystywać specyficzne techniki, np. analiza jakościowa.
4. Sytuacja, której towarzyszy pytanie – „Co złego zostało zrobione?”
5. Skomplikowany przypadek – znaczące wydarzenia mogące być ukryte w różnych innych danych.
6. Decyzyjny przypadek – w którym student decyduje co zrobiłby i formułuje odpowiedni do tego plan.

Wśród innych podziałów wymienić należy interpersonalne przypadki zogniskowane na zagadnieniach przywództwa, konfliktu, władzy, poglądów politycznych itp. oraz nie-personalne dotyczące spraw polityki, strategii, marketingu, finansów, organizacji itp.

Metoda analizy przypadków pozwala bardziej na doskonalenie umiejętności niż na przyswojenie wiedzy teoretycznej. Wśród kształconych umiejętności przy jej wykorzystaniu, można wymienić³²:

1. Umiejętności poszukiwania informacji.
2. Umiejętności analitycznego myślenia.
3. Umiejętności twórczego myślenia.
4. Umiejętności zastosowania znanych technik i metod.
5. Umiejętności podejmowania decyzji.
6. Umiejętności komunikowania się.
7. Umiejętności poznawania i weryfikowania własnych postaw i zachowań.

Metoda analizy przypadków może być stosowana również przy egzaminowaniu, wykorzystując następujące metody³³:

1. Uczący się otrzymują opis przypadku, zapoznają się z nim, sporządzają notatki, z których będą mogli skorzystać w czasie egzaminu; podczas egzaminu odpowiadają na nieznane wcześniej pytania.
2. Podczas egzaminu uczący się analizują krótki, nieznany wcześniej przypadek.

³¹Burgoyne J., Mumford A. (2001) *Learning...*, wyd. cit., s. 17.

³²Łaguna M. (2004) *Szkolenia...*, wyd. cit., s. 158-159.

³³Easton G. (1992) *Learning from...*, wyd. cit., s. 3-6.

Podsumowując można powiedzieć, że studium przypadku jest metodą nauczania, która łączy praktykę z teorią, ułatwiając zastosowanie wiedzy w rozwiązywaniu problemów odbiorcy opieki. Daje więc ona szansę na wykorzystanie wiedzy z różnych dziedzin nauki, mających zastosowanie w dokładnym poznaniu podmiotu opieki i dopasowaniu interwencji zmierzających do zniwelowania dyskomfortu. Metoda ta pozwala także, aby przyswajana wiedza nie miała charakteru encyklopedycznego lecz dawała pogląd na pracę pielęgniarki, czy położnej.

4. TECHNIKI GROMADZENIA INFORMACJI O PACJENCIE WYKORZYSTYWANE W CASE STUDY

Wśród technik wykorzystywanych w metodzie indywidualnych przypadków najczęściej wykorzystywane są³⁴:

1. Wywiad.
2. Obserwacja.
3. Analiza dokumentacji.
4. Podstawowe pomiary.

4. 1. W Y W I A D

Wywiad to ukierunkowana rozmowa, w której biorą udział co najmniej dwie osoby: prowadzący wywiad i respondent. Wywiad jest więc pewnym procesem, w czasie którego badający zadając pytania stara się oddziaływać na badanego i skłonić go do udzielenia odpowiedzi na temat będący przedmiotem jego zainteresowań. Prowadząc wywiad można pytać o zdarzenia sprawdzalne, czyli takie które można sprawdzić; stany o charakterze obiektywnym i o opinie, które odzwierciedlają subiektywne nastawienie. Podstawowym problemem w stosowaniu wywiadu jest uzyskanie szczerych odpowiedzi.

Ze względu na formę wypowiedziania się respondentów, sposobu przeprowadzania wywiadu, a także ze względu na zachowanie się badającego i ilość uczestników można wyróżnić kilka typów wywiadu (tabela 2):

- ustne i pisemne,
- skategoryzowane i nieskategoryzowane,
- jawne i ukryte,
- indywidualne i zbiorowe,
- przeprowadzane w warunkach sztucznych i naturalnych,
- panelowe.

Wywiad jest zwykle pierwszą techniką zbierania danych, stosowaną w metodzie case study. Dzięki ukierunkowanej rozmowie można uzyskać większość informacji, na podstawie których opiera się diagnoza pielęgniarska, dowiedzieć się kim jest podmiot opieki, jak odbie-

³⁴Patrz: Yin K. R. (1994). *Case study research...*, wyd. cit.; Taylor C., Lillis C., LeMone P. (1993) *Fundamentals of Nursing. The art and science of nursing care*. Lippincott Company, Philadelphia.

ra swoje objawy, tłumaczy chorobę oraz jest to początek budowania współpracy poprzez zdobywanie zaufania pacjentów.

Tabela 2. Charakterystyka typów wywiadu.

TYP WYWIADU	CECHY CHARAKTERYZUJĄCE
Ustny	Pytania zadawane są ustnie i w ten sam sposób uzyskiwane są odpowiedzi.
Pisemny	Pytania zadawane są na piśmie (np. w ankiecie) i odpowiedzi są także udzielane na piśmie.
Skategoryzowany	Tzw. „kwestionariuszowy”, przeprowadzany jest ściśle według wcześniej przygotowanego kwestionariusza. Celem jest uchwycenie możliwie wszystkich szczegółów dotyczących wypowiedzi i zachowań respondenta, w związku ze stawianymi pytaniami oraz zebranie takich danych, które będzie można porównać z tymi, jakie uzyskano od innych respondentów na ten sam temat.
Częściowo skategoryzowany	To taki wywiad, w którym badający korzysta z wykazu problemów, które powinien poruszyć w trakcie wywiadu: listy pytań, wykazu przedmiotów, jakie należy ewentualnie okazać badanemu itp. środków. Ten rodzaj wywiadu daje większą możliwość manewru w trakcie przeprowadzania, a równocześnie pozwala na pewne ujednolicenie danych, jakie uzyskuje się w wywiadach na ten sam temat.
Nieskategoryzowany	To wywiad prowadzony w sposób swobodny, w którym badający ma pełną inicjatywę co do tego, jak prowadzić rozmowę, jakie stawiać pytania itd., kierując się jedynie celem, jaki określa dane przedsięwzięcia badawcze. Wywiad ten nie pozwala na uzyskanie danych porównywalnych, czyli danych o charakterze ilościowym.
Jawny	Respondent jest poinformowany o tym, że prowadzi się z nim wywiad, o celu badania. Najczęściej jest on wywiadem kwestionariuszowym.
Jawny nieformalny	Respondent poinformowany jest o prowadzeniu z nim wywiadu ale nie zna roli badającego albo celu danych badań.
Ukryty	Respondent nie wie, że przeprowadzany jest z nim wywiad, w trakcie którego zbierane są od niego informacje interesującego prowadzącego badanie.

Cd. tabeli 2.

Naturalny	Zwany również środowiskowym, polega na tym, że jest on przeprowadzany w warunkach naturalnych respondenta.
Sztuczny	Respondent znajduje się poza swoim naturalnym środowiskiem codziennego funkcjonowania.
Indywidualny	Wywiad przeprowadzany jest z jedną osobą.
Zbiorowy	Wywiad prowadzony jest z większą liczbą osób. Umożliwia w krótkim czasie pozyskać bardziej wiarygodne dane ponieważ uczestnicy korygują i uzupełniają nawzajem swoje wypowiedzi.
Panelowy	Celem tego wywiadu jest stwierdzenie, jaki wpływ na prezentowane opinie i postawy respondenta ma wpływ czasu oraz inne oddziaływania środowiskowe. Może występować w dwóch formach, polegających na: <ol style="list-style-type: none"> 1. Zadawaniu pytań przez kilku badających jednemu respondentowi, na co najmniej dwóch kolejnych spotkaniach, odbywających się po pewnej przerwie. 2. Zadawaniu pytań przez jednego badającego kilku respondentom, również na co najmniej dwóch kolejnych spotkaniach, odbywających się po pewnej przerwie.

Źródło: Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Śląsk, Katowice, 1999; Podgórski R. A., *Metodologia badań socjologicznych*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Olsztyn, 2007.

Wywiad pielęgniariski (*nursing interview*) to zaplanowana, ukierunkowana rozmowa z pojedynczym pacjentem lub grupą osób (np. rodziną), mająca doprowadzić do zgromadzenia wiarygodnych danych o podmiocie opieki. Prowadząc wywiad pielęgniariski można pytać o fakty, zdarzenia sprawdzalne, dotyczące samego pacjenta (np. wiek, zawód) albo innych znanych mu osób (np. zawód syna). Pytania o opinie pozwalają na poznanie subiektywnych nastawień pacjenta i środowiska (np. postawy określonych zachowań zdrowotnych). Tam, gdzie można uzyskać dane o pacjencie z obserwacji, nie należy posługiwać się wywiadem pielęgniariskim³⁵.

Celem bezpośrednim wywiadu jest zebranie wiarygodnych informacji o pacjencie i jego środowisku. Służy poznaniu faktów, zdarzeń,

³⁵Widomska-Czekajka T. (1996) *Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek*. PZWL, Warszawa, s. 699.

opinii i postaw dotyczących przebiegu procesu leczenia oraz pozwala na ustalenie, wraz z pacjentem i jego rodziną, kierunku dalszego postępowania pielęgniarskiego. Czynnikiem warunkującym prawdziwość gromadzonych informacji jest umiejętność pozyskania zaufania pacjenta i wytworzenie atmosfery szczerości podczas rozmowy. Ważne jest również ustalenie miejsca wywiadu i zapewnienie takich warunków, które będą wpływać na szczerość i prawdziwość odpowiedzi.

Zbieranie wywiadu należy zacząć od przedstawienia się oraz zapewniania intymności i spokoju podczas przeprowadzania rozmowy. Wywiad powinno rozpoczynać się od zadawania pytań otwartych typu: „Co sprowadza Panią do szpitala?”, „Czy coś jeszcze chciałby Pan dodać?”, „Proszę mi o tym opowiedzieć”. Ponadto wymienia się jeszcze inne sposoby do zachęcenia pacjentów do opowiedzenia o swojej sytuacji³⁶:

- Ułatwianie – poprzez przyjęcie zachęcającej i wzbudzającej zaufanie pozycji ciała, podjęcie działania lub użycia odpowiednich słów.
- Refleksja – polega na powtórzeniu słowa lub zdania, którego podmiot opieki wcześniej użył.
- Wyjaśnianie – prośba o wytłumaczenie słowa lub zdania, którego pacjent użył.
- Odpowiedzi wyrażające empatię – okazywanie przez gesty lub słowa zrozumienia uczuć pacjenta.
- Pytanie o odczucia pacjenta względem objawów, zdarzeń lub innych spraw.
- Konfrontacja – stwierdzenie czegoś na temat sposobu zachowania się bądź uczuć pacjenta nie wyrażonych słownie lub najwyraźniej niezgodnych z tym co opowiada.
- Interpretacja – ujęcie w słowa tego, co osoba badająca wywnioskowała na temat uczuć pacjenta lub znaczenia, jakie mają dla niego objawy, zdarzenia lub inne sprawy.

Najczęściej przeprowadzanym wywiadem z pacjentem jest wywiad jawny, polegający na swobodnej rozmowie i wymianie zdań³⁷. Opiera się on na przygotowanych pytaniach, zarówno zamkniętych, jak i otwartych, na które pacjent odpowiada w sposób nieskrępowany po-

³⁶Bates B., Bickley L. S., Hoekelman R. A. (1997) *Wywiad i badanie fizykalne. Kieszonkowy przewodnik*. Springer PWN, Warszawa, s. 17-18.

³⁷Ciechaniewicz W. (2000) *Pedagogika – podręcznik dla szkół medycznych*. PZWL, Warszawa, s. 125.

danymi możliwościami do wyboru. Pozwala to na osiągnięcie większej otwartości i szczerości pacjenta w czasie przeprowadzanego wywiadu, co umożliwi pielęgniarce uzyskanie cennych, właściwych odpowiedzi, istotnych dla postawienia diagnozy pielęgniarstwiej i zaplanowania działań związanych z dalszym pielęgnowaniem pacjenta³⁸.

4. 2. O B S E R W A C J A

Obserwacja jest to technika zbierania informacji o podmiocie opieki polegająca na celowym, planowym, ukierunkowanym i systematycznym spostrzeganiu osoby, zjawiska lub procesu³⁹. Mówiąc jeszcze inaczej obserwacja to dochodzenie do sądów spostrzeżeniowych, które polega na szukaniu i znajdowaniu w postrzeganiu odpowiedzi na pewne z góry postawione pytania⁴⁰.

Ze względu na sposoby dokonywania obserwacji możemy wyróżnić jej rodzaje (tabela 3):

- bezpośrednia;
- pośrednia;
- kontrolowana;
- niekontrolowana;
- jawna;
- ukryta;
- bezprzrytowa;
- przerytowa;
- fotograficzna;
- próbki czasowej;
- próbki zdarzeń.

Obserwacja powinna charakteryzować się⁴¹:

- Premedytacją, czyli obserwacja powinna być przeprowadzona w celu rozwiązania ściśle i w pełni określonego zadania sformułowanego dokładnie i szczegółowo.
- Planowością, polegającą na tym, że obserwacja powinna być robiona zgodnie z planem, odpowiadającym celowi badania.

³⁸Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (2004) *Podstawy pielęgniarstwa. Tom I*. Czelej, Lublin, s. 240.

³⁹Patrz: Sztumski J., *Wstęp do...*, wyd. cit., s. 122; Bogusz J. (red), *Encyklopedia dla pielęgniarzek*. PZWL, Warszawa, 1987, s. 307.

⁴⁰Podgórski R. A. (2007) *Metodologia badań socjologicznych*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Olsztyn, s. 191.

⁴¹Tamże, s. 191-192.

- Celowością, dzięki, której obserwator skupia się tylko na interesujących go elementach przedmiotu obserwacji.
- Aktywnością, polegającą na tym, że obserwator dokonuje selekcji spostrzeżeń, nie rejestruje wszystkich, które docierają do niego.
- Systematycznością, czyli obserwacja powinna być ciągła i przeprowadzona tak, aby obiekt mógł być obserwowany wielokrotnie i w różnych warunkach jego funkcjonowania.

Tabela 3. Charakterystyka typów obserwacji.

TYP OBSERWACJI	CECHY CHARAKTERYZUJĄCE
Bezpośrednia	Polega na jednoczesnym zbieraniu informacji i sprawdzaniu ich wiarygodności, odwołując się do innych technik, np. wywiadu.
Pośrednia	Polega na tym, że badacz nie uczestniczy w zbieraniu danych i nie ma wpływu na ich powstanie. Ogranicza się on tylko do tego, aby wykorzystać do swoich celów badawczych wcześniej zgromadzone dane, które zawarte są, np. w sprawozdaniach, archiwach, dokumentach itp.
Uczestnicząca	Polega na tym, że obserwator na okres badań stara się wejść do badanej zbiorowości aby obserwować ją od wewnątrz, tzn. jako jeden z tych uczestników, którzy ją współtworzą. Jest to obserwacja prowadzona z pozycji uczestnika.
Nieuczestnicząca	Polega na tym, że badacz pozostaje na zewnątrz funkcjonowania grupy lecz ma on swobodę poruszania się w badanym środowisku.
Kontrolowana	Inaczej skategoryzowana, polega na tym, że prowadzona jest w oparciu o określone narzędzia systematyzujące, np. kwestionariusze, schematy, normy itp. Ten typ obserwacji wykorzystuje się do zebrania danych o charakterze ilościowym.
Niekontrolowana	Polega na swobodnym postępowaniu osoby badającej, czyli prowadzący badanie może uznać za właściwy każdy konkretny przypadek. Możliwość względnie swobodnego postępowania badającego powoduje trudności powtórzenia tak przeprowadzonej obserwacji i skontrolowania jej wyników.

Cd. tabeli 3.

Jawna	Polega na tym, że badani wiedzą o tym, że są przedmiotem zainteresowań obserwatora, chociaż nie są dokładnie poinformowani o celach badań lub ich przedmiocie. Trudnością mogą być nieprawdziwe dane powstające na skutek nieautentyczności zachowań obserwowanych osób.
Ukryta	Pozwala na uchwycenie naturalnych zachowań obserwowanych osób, wyeliminowanie cech sztuczności.
Bezprzrządowa	Obserwacja dokonywana jest za pomocą narządu wzroku osoby obserwującej.
Przrządowa	Polega na jednoczesnym obserwowaniu i zapisywaniu spostrzeżeń, np. na taśmie video.
Fotograficzna	Wiąże się ze ściśle określonym czasem obserwacji danej cechy lub zjawiska.
Próbki czasowe	Polega na obserwowaniu danej cechy lub zjawiska przez dłuższy okres czasu, np. tydzień, miesiąc.
Próbki zdarzeń	Polega na rejestrowaniu zachowań świadczących o danym objawie u pacjenta, np. lęku.

Źródło: Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Śląsk, Katowice, 1999; Podgórski R. A., *Metodologia badań socjologicznych*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Olsztyn, 2007; Formański J. *Psychologia*. PZWL, Warszawa, 1998.

Obserwacja pielęgniariska (*nursing observation*) to najstarsza metoda gromadzenia danych o pacjencie i środowisku, którą posługuje się pielęgniarstwo. Polega na zamierzonym spostrzeganiu tego, co obserwowany robi, jak się zachowuje, jak reaguje w danej sytuacji zdrowotnej i/lub opiekuńczej. Może być wykorzystywana w celu uzupełnienia posiadanych już informacji o podmiocie opieki, potwierdzenia tego, co już wiadomo, sprawdzenia rzetelności zgromadzonych danych, a pochodzących z wywiadu pielęgniarzkiego⁴². Inaczej można powiedzieć też, że obserwacja pielęgniarzka jest uważnym przyglądaniem się pacjentowi bez wywoływania u niego uczuć bycia inwigilowanym⁴³.

⁴²Widomska-Czekajska T. (1996) *Przewodnik...* wyd. cit., s. 385.

⁴³SNMAC (1999) *Mental Health Nursing: Addressing Acute Concerns*. Report by the Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee, D.o.H., London.

W pielęgnowaniu obserwacja to świadome dostrzeganie wyglądu zewnętrznego podmiotu opieki, zachowania, funkcjonowania poszczególnych układów i narządów w różnych stanach zdrowia i choroby. Celem obserwacji jest pozyskanie informacji o pacjencie oraz jego rodzinie, natomiast istotą obserwacji jest obiektywne spostrzeganie objawów i zmian w zachowaniu u podmiotu opieki, których nie można uzyskać drogą wywiadu czy analizy dokumentacji⁴⁴.

Obserwacja ma bardzo szeroki zakres ponieważ jest źródłem istotnych danych o pacjencie i jego rodzinie dla całego personelu medycznego. W przypadku pacjentów, których stan zdrowia uniemożliwia werbalny kontakt, obserwacja niejednokrotnie jest podstawową metodą, od której w dużej mierze zależy postępowanie pielęgniarskie i terapeutyczne pozwalające na ratowanie zdrowia i życia pacjenta. Stąd obserwacja może być traktowana jako odrębna metoda zbierania danych oraz jako metoda wspomagająca lub uzupełniająca podczas opieki pielęgniarskiej. W tym rozumieniu stanowić ona będzie środek do nawiązania kontaktu i wypracowania metod współpracy pomiędzy pielęgniarką a podmiotem opieki.

W celu ułatwienia sprawowania opieki nad pacjentem wyodrębnione zostały 4 poziomy obserwacji⁴⁵:

1. Ogólna obserwacja stosowana wobec wszystkich podmiotów opieki, cechująca się najmniejszą koniecznością podejmowania działań przez pielęgniarki. Pacjenci nie potrzebują ciągłego kontaktu, nawet wzrokowego z personelem, jednakże co jakiś czas pielęgniarka powinna zainteresować się stanem psycho-fizycznym pacjentów i odnotować swoje wnioski w dokumentacji.
2. Obserwacja przerywana polegająca na obserwacji pacjenta w równych odstępach czasowych, co 15-30 minut. Ten poziom obserwacji wykorzystywany jest wobec pacjentów, u których mogą wystąpić określone zaburzenia lecz nie wymagają one natychmiastowej interwencji.
3. Obserwacja polegająca na tym, że pacjenci pozostają cały czas w obrębie wzroku pielęgniarki po to, aby nie wyrządzili krzywdy sobie lub innym, np. pozostałym chorym lub personelowi.
4. Obserwacja pacjenta będącego w odległości od pielęgniarki na „wyciągnięcie ręki”. Tym rodzajem obserwacji objęci są pacjen-

⁴⁴Za: Widomska-Czekajska T. (1996) *Przewodnik...* wyd. cit., s. 236.

⁴⁵Barre T. (2002) *Nursing observations in the acute in-patient setting: a contribution to the debate*. Mental Health Practice, 5:10, 10-14.

ci, którzy stanowią duże zagrożenie dla innych lub ich stan nakazuje na bliski kontakt z pielęgniarką.

Niniejsze poziomy obserwacji stosowane są w opiece nad pacjentem psychiatrycznym, jednakże mogą one znaleźć zastosowanie i w innych dziedzinach pielęgniarstwa, np. na oddziale pediatrycznym, geriatrycznym czy OIOMie.

Dla celów pielęgnowania, obserwacja podmiotu opieki i jego rodziny obejmuje następujące elementy⁴⁶:

1. Wygląd ogólny – budowa ciała, proporcje, stan higieny, wady budowy, ubiór, sposób poruszania się.
2. Mowa ciała – w tym mimika twarzy.
3. Zmiany patologiczne na skórze i jej wytworach – zmiany zabarwienia, patologiczne wytwory skóry.
4. Zachowanie pacjenta i jego rodziny – cechy temperamentu.
5. Emocje – ekspresyjne cechy mimiki, fizjologiczne cechy napięcia.
6. Zachowanie się pacjenta w czasie rozmowy – intensywność głosu, dynamika, tembr, cechy artykulacji słów.
7. Reakcje pacjenta i jego rodziny w różnych sytuacjach.
8. Aktywność życiowa pacjenta.

4. 3. ANALIZA DOKUMENTACJI

„Dokument” w myśl *Słownika wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych* to dowód, świadectwo prawdziwości, tożsamości⁴⁷. Jednakże spośród wielu znaczeń słowa „dokument” do celów niniejszego opracowania ograniczymy się do dwóch:

1. Dokument jako występujący w dowolnej postaci dowód istnienia określonych faktów i wydarzeń, np. przedmioty codziennego użytku, filmy, wytwory artystyczne.
2. Dokument jako pisemne świadectwo zasłanych faktów i wydarzeń społecznych, np. inskrypcje, publikacje o charakterze książkowym, sprawozdania prywatne, urzędowe⁴⁸.

W literaturze przedmiotu wyróżnić możemy różne podziały typów dokumentów. Jedną z nich wymienia⁴⁹:

1. Dokumenty zebrane w sposób systematyczny:
 - a) dokumenty naukowe,

⁴⁶Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (2004) *Podstawy...*, wyd. cit., s. 237.

⁴⁷Kopaliński W. (1989) *Słownik wyrazów...*, wyd. cit., s. 125.

⁴⁸Sztumski J. (1999) *Wstęp...*, wyd. cit., s. 153.

⁴⁹Tamże, s. 154-158.

- b) opracowania statystyczne,
 - c) przeróżne dokumenty kompilacyjne.
2. Dokumenty okolicznościowe:
- a) dokumenty osobiste,
 - b) notatki,
 - c) sprawozdania.

Ze względu na formę, czyli sposób wyrażania zawartych w nich treści, wyróżniamy dokumenty⁵⁰:

1. Pisane (werbalne):
- a) protokoły i sprawozdania z posiedzeń, protokoły pokontrolne, sprawozdania naukowe, meldunki, raporty;
 - b) opinie i orzeczenia wychowawców;
 - c) prace pisemne, artykuły, opracowania, listy, autobiografie, pamiętniki, dzienniki, wywiady;
 - d) artykuły prasowe o badanej instytucji, środowisku.
2. Cyfrowe (statystyczne).
3. Obrazowo-dźwiękowe (pozapisemne i pozacyfrowe).

Natomiast ze względu na pochodzenie dokumentów możemy podzielić je na:

1. Zastane, przypadkowe, powstające w wyniku własnej inicjatywy lub w ramach zajęć programowych, bez towarzyszącej temu intencji badawczych, są to np.: indywidualne notatki, listy, kroniki, sprawozdania z różnych spotkań lub zebrań.
2. Intencjonalnie tworzone, systematyczne, obejmujące zasięgiem wszystkie wytwory działania, które powstały z zamiarem podania ich analizie naukowej.

Analiza dokumentów jest techniką badawczą, która służy do gromadzenia informacji o pacjencie na podstawie różnych dokumentów⁵¹, z którymi człowiek wchodzi w system ochrony zdrowia. Dokumenty z którymi pielęgniarka może mieć do czynienia są wytworem działalności pracowników ochrony zdrowia, np. historia choroby, pielęgowania, które w sposób zmaterializowany prezentują jego stan⁵².

Na podstawie zebranych dokumentów, którymi dysponuje pacjent, pielęgniarka może określić zakres i charakter opieki, której potrzebuje podmiot opieki. Dokumentacja pacjenta jest źródłem informacji o pacjencie i jego rodzinie, zawiera również informacje

⁵⁰Podgórski R. A. (2007) *Metodologia...*, wyd. cit., 200-201.

⁵¹Ciechaniewicz W. (2000) *Pedagogika...*, wyd. cit., s. 98.

⁵²Ciechaniewicz W. (2002) *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*. PZWL, Warszawa, s. 240-241.

dotyczące metod i środków terapeutycznych zalecanych u danego pacjenta⁵³. W trakcie gromadzenia danych i ich dokumentowania ważne jest dokładne ich sprawdzenie, co pozwoli pielęgniarce na określenie:

- które z danych są istotne dla opieki pielęgniarstwiej,
- które ze zgromadzonych informacji przez pielęgniarkę stanowią wartość dla innych członków zespołu terapeutycznego (lekarz, psycholog, rehabilitant itd.).

Dokumentacja pacjenta obejmuje historię choroby, która składa się z: karty obserwacji, karty gorączkowej, wyników badań diagnostycznych, karty zleceń lekarskich oraz wyników konsultacji. Znaczenie dokumentacji dla pielęgniarki wiąże się z tym, że jest ona:

- źródłem informacji o pacjencie i jego rodzinie;
- źródłem informacji o metodach i środkach terapeutycznych;
- narzędziem do przekazywania informacji o pacjencie i jego rodzinie wśród członków zespołu opiekuńczego.

Do dokumentacji chorego należy także karta indywidualnej pielęgnacji pacjenta⁵⁴.

4. 4. P O D S T A W O W E P O M I A R Y / P O M I A R W P I E L Ę G N O W A N I U

Pomiar według *Nowego Słownika Języka Polskiego* to porównanie danej wielkości fizycznej z wielkością tego samego rodzaju przyjętą za jednostkę, to określanie wielkości, nasilenia itp. Istotą pomiaru jest przedstawienie zależności jakościowych między badanymi obiektami materialnymi w postaci zależności ilościowych między liczbami⁵⁵.

Pomiary w pielęgnowaniu (*survey in nursing*) to określone czynności podejmowane przez pielęgniarkę w celu opisu pewnej cechy (np. temperatura ciała, tętno, ciśnienie, liczba oddechów), występującej u danego pacjenta. Pomiar służy do ilościowego opisu stanu zdrowia lub choroby podmiotu opieki oraz szczegółowych wyznaczników tego stanu, np. objawów, dolegliwości, sprawności, świadomości pacjenta, jak również wydolności opiekuńczej środowiska.

Określenie wyznaczników stosowania pomiaru w pielęgnowaniu to szukanie odpowiedzi na 3 główne pytania: Co mierzyć?, Kiedy mierzyć?, Czym mierzyć?

⁵³Ciechaniewicz W. (2002) *Pielęgniarstwo...*, wyd. cit., s. 242.

⁵⁴Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dziennik Ustaw Nr 247 z 28 grudnia 2006 r.).

⁵⁵Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (2004) *Podstawy...*, wyd. cit., s. 243.

Wynik uzyskanego pomiaru porównywany jest z:

- przyjętym wzorcem ustalonym dla danej populacji, grupy ludzi, uwzględniając ich przedział wiekowy (np. siatki centylowe), tzw. pomiar pośredni,
- odwzorowanymi wynikami na „przyrządzie pomiarowym” (np. termometr), tzw. pomiar bezpośredni.

Zbiór informacji uzyskanych w wyniku dokonywanych przez pielęgniarkę pomiarów pozwala na wyciągnięcie wniosków o badanym pacjencie lub zbiorowości pacjentów, a to ma bezpośredni związek z rozwojem nauki o pielęgnowaniu⁵⁶.

⁵⁶Górajek–Jóźwik J. (1993) *Proces pielęgnowania*. S*PRINT, Warszawa, s. 80-81.

R O Z D Z I A ł I I

WYKORZYSTANIE CASE STUDY W PIELEŃNIARSTWIE

*Sławomir Chudziński, Agnieszka Kapała, Małgorzata Krześlak,
Małgorzata Lesińska-Sawicka, Lidia Lewandowska,
Magdalena Litwin, Krystyna Repa, Ewa Tubielewicz*

1. PRZYKŁADY ZASTOSOWAŃ CASE STUDY W WYBRANYCH ODDZIAŁACH SZPITALNYCH I ŚRODOWISKU

ONKOLOGIA⁵⁷

<i>Imię i nazwisko (inicjały):</i>	K. R.
<i>Data urodzenia:</i> 10.02.1954 r.	<i>Stan cywilny:</i> mężatka
<i>Aktywność zawodowa:</i> pracuje	<i>Wykonywany zawód:</i> księgowa
<i>Data zbierania wywiadu:</i> 05.09.2005 r.	

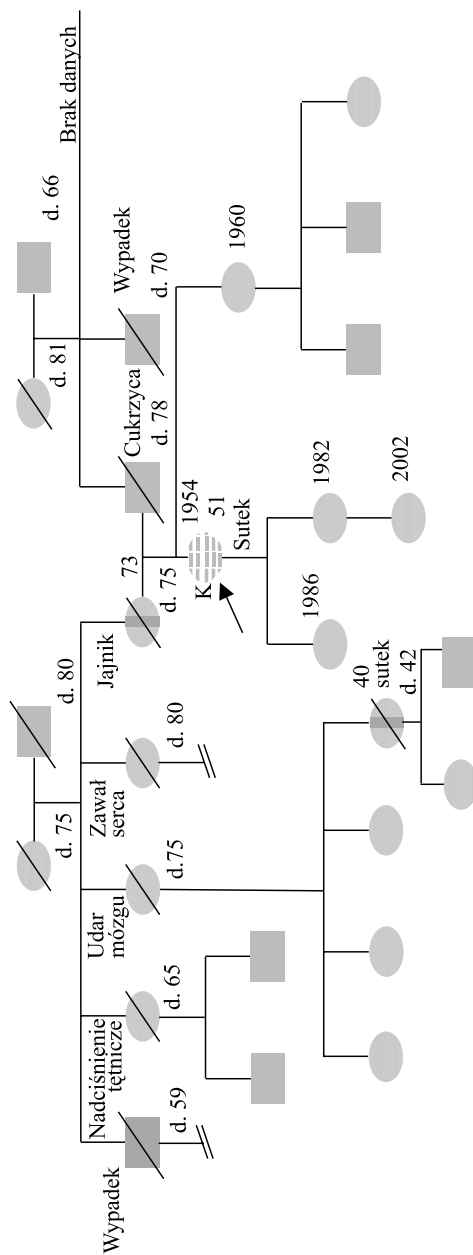
HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
Rozpoznanie lekarskie: nowotwór piersi prawej	Temperatura: 36,8°C
Przyjmowane leki: nie podaje	Tętno: 120 uderzeń/min
Przebyte choroby: nie podaje	Oddechy: 16 razy/min
Pobyty w szpitalu: 08.08.2005 r. – 12.08.2005 r. Szpital Wojewódzki w Koszalinie – Oddział Chirurgii Ogólnej 30.01.2006 r. – 28.02.2006 r. Regionalny Szpital Onkologiczny w Szczecinie – Oddział Radiologii	Ciepłota ciała: 37,9°C Ciśnienie tętnicze: 130/90 mmHg

⁵⁷Tubielewicz E. (2006) *Pielęgnowanie pacjentki po mastektomii w czasie leczenia uzupełniającego*. Słupsk, niepublikowana praca licencjacka, promotor: M. Lesińska-Sawicka.
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 7779093A63376431

<i>Przebyte zabiegi operacyjne:</i> amputacja piersi prawej – 09.08.2005 r.	<i>Waga ciała:</i> 65 kg
<i>Przebyte urazy/wypadki:</i> nie podaje	<i>Wzrost:</i> 164 cm

WYWIAD RODZINNY
<i>Członkowie rodziny:</i> mąż – Jerzy, lat 54 córkę – Dominika, lat 20 Katarzyna, lat 25
<i>Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:</i> śmierć matki pacjentki w 2000 roku, narodziny wnuczki Pani K. w 2002 roku
<i>Choroby występujące w rodzinie:</i> nie podaje
<i>Hobby/zainteresowania:</i> czytanie książek, gotowanie i pieczenie ciast
<i>Formy spędzania czasu wolnego:</i> spacery i wspólne spotkania z najbliższą rodziną, wyjścia do kina z mężem, spotkania z przyjaciółmi w dni wolne od pracy (najczęściej w soboty)
<i>Nałogi w rodzinie, używki:</i> nie podaje
<i>Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:</i> nie podaje
<i>Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne:</i> nie podaje
<i>Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:</i> nie podaje

ZAPIS GRAFICZNY RODZINY



LEGENDA:

- K → osoba, od której pobrano krew do badania genetycznego,
- osoba z rozpoznanym rakiem i pełną dokumentacją medyczną na temat choroby,
- kobieta,
- mężczyzna,
- osoba nieżyjąca,

d. 75 — wiek w którym dana osoba zmarła,
1986 — rok urodzenia,

- niepełna dokumentacja na temat choroby nowotworowej,
- osoba bezdzietna,
- sutek ← lokalizacja nowotworu złośliwego (raka)
Np. cukrzyca ← przyczyna zgonu.
- wiek zachorowania.

WYWIAD ŚRODOWISKOWY
<p><i>Miejsce zamieszkania:</i> Koszalin</p> <p><i>Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego:</i> mieszkanie trzypokojowe – 72 m²</p> <p><i>Ilość zajmowanych pomieszczeń:</i> 3 pokoje, łazienka, kuchnia</p> <p><i>Ilość osób mieszkających wspólnie:</i> 3 osoby – pacjentka, mąż, młodsza córka</p> <p><i>Stan higieniczno-sanitarny mieszkania:</i> bardzo dobry</p> <p><i>System pracy:</i> jednozmianowa od 7.00-15.00</p> <p><i>Ilość godzin spędzanych w pracy/szkole:</i> 8 godzin</p> <p><i>Zagrożenia zdrowia:</i> <i>w domu:</i> nie podaje <i>w pracy/szkole:</i> praca przy komputerze</p>

<p><i>Komunikacja:</i> nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z najbliższym otoczeniem prawidłowe</p> <p><i>Higiena osobista:</i> pacjentka czysta, zadbana, wygląd zewnętrzny estetyczny</p> <p><i>Aktywność fizyczna:</i> ogólna sprawność fizyczna dobra, chora zgłasza ograniczoną sprawność kończyny górnej po stronie operowanej</p> <p><i>Wydalanie:</i> wypróżnienia regularne, poza występowaniem zaparć podczas chemioterapii</p> <p><i>Odżywianie:</i> pacjentka dostosowuje posiłki pod względem jakościowym i ilościowym do swoich potrzeb, jednak w czasie leczenia chemioterapią zgłasza brak apetytu</p> <p><i>Sen/zasypianie:</i> nie zgłasza problemów związanych z zasypianiem i snem</p>

BADANIE FIZYKALNE – przeprowadzone dnia 12.09.2005 r.

Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA			
napięcie	temperatura	wilgotność	inne objawy
prawidłowe	36,6°C	prawidłowa	świąd i pieczenie skóry okolicy napromienianej po przebytej radioterapii

Stan biologiczny podopiecznego

UKŁAD ODDECHOWY			
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy
16 razy/minutę	piersiowy	nie występuje	nie podaje

UKŁAD KRAŻENIA					
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy
130/80 mmHg	80 razy/ /minutę	nie występuje	nie występują	nie występuje	obrzęk limfatyczny kończyny górnej prawej spowodowany usunięciem węzłów chłonnych pachowych

UKŁAD POKARMOWY		
łaknienie	stolec	inne objawy
dobre poza chemioterapią	zaparcia występujące podczas leczenia cytostatykami	nie podaje

UKŁAD MOCZOWY		
ilość	jakość	inne objawy
1500 ml/dobę	barwa słomkowo-żółta	nie podaje

UKŁAD PŁCIOWY	
cykl płciowy	inne objawy
krwawienia miesięczne nieregularne, ostatnia miesiączka: 01.05.2005 r.	nie podaje

UKŁAD NERWOWY		
świadomość	niedowłady/drżenia	inne objawy
zachowana	brak	nie podaje

Stan biologiczny podopiecznego

NARZĄD RUCHU		
zakres ruchów	sylwetka	inne objawy
ograniczenie ruchów kończyną górną prawą z powodu bólu i obrzęku limfatycznego	prawidłowa	nie zgłasza

NARZĄDY ZMYŚŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLGICZNY				
wzrok	słuch	czucie	układ hormonalny	inne objawy
dobry	dobry	prawidłowe	nie podaje	nie podaje

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

stopień przytomności	stopień świadomości	nastrój	inne objawy
przytomna	świadoma	w normie	nie zgłasza

pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy
dobra	logiczne	pozytywny	pacjentka nastawiona do własnej sytuacji pozytywnie, zmotywowana do walki z chorobą	nie zgłasza

charakter kontaktów z innymi			odczuwane problemy
domownicy	osoby z rodziny	inni	psychiczne i społeczne
bardzo dobry	dobry	dobry	pomimo pozytywnego nastawienia do walki z chorobą pacjentka przeżywa lęk i smutek, którego przyczyną jest choroba nowotworowa

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy
pacjentka posiada szczegółową wiedzę na temat swojej choroby	posiada umiejętności potrzebne do samoopieki i samopielęgnacji	chora chce walczyć z chorobą, jej motywacja wzmocniona jest wsparciem ze strony bliskiej jej rodziny oraz przyjaciół	obawy, czy poradzi sobie z procesem leczenia uzupełniającego chemioterapią i radioterapią i ich objawami ubocznymi; niedostateczna wiedza na temat leczenia promieniami jonizującymi

DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

Pacjentka po zabiegu operacyjnym – amputacji piersi prawej z powodu nowotworu. Stan psychofizyczny pacjentki niezadowolający – chora przeżywa lęk, smutek i niepokój związany z chorobą. Ograniczona aktywność ruchowa kończyny górnej po stronie operowanej związana z bólem i obrzękiem. Dyskomfort spowodowany zaparciami występującymi podczas chemioterapii. Świąd i pieczenie skóry okolicy napromienianej, będące skutkiem odczynu popromiennego. Posiada wiedzę na temat swojej choroby oraz umiejętności potrzebne do samoopieki i samopielęgnacji. Obawa przed radzeniem sobie z procesem leczenia uzupełniającego. Brak dostatecznej wiedzy na temat chemioterapii i radioterapii.

PLAN OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ

<i>Stan psychiczny:</i> PRZEŻYWANIE LĘKU I SMUTKU NA SKUTEK CHOROBY NOWOTWOROWEJ Cel: dobre samopoczucie psychiczne chorej	
Plan opieki	Data
Zapewnienie pacjentce bezpieczeństwa psychicznego poprzez: <ul style="list-style-type: none"> • gotowość wysłuchania pacjentki, • zapewnienie ciszy i spokoju w czasie pobytu w przychodni onkologicznej, • stworzenie atmosfery bezpieczeństwa, • obecność przy pacjentce w czasie leczenia chemioterapią, • wzbudzanie wiary we własne siły i możliwości walki z chorobą, • mobilizowanie chorej do aktywności, • wyjaśnianie wątpliwości i udzielanie informacji związanych z leczeniem. 	16.09.2005 r.

<i>Ból:</i> BÓL KOŃCZYNY GÓRNEJ PO STRONIE OPEROWANEJ Cel: zniwelowanie lub zmniejszenie dolegliwości bólowych kończyny górnej	
Plan opieki	Data
Poinformowanie o układaniu w ciągu dnia i nocy kończyny górnej po stronie operowanej na klinie rehabilitacyjnym. Ograniczenie wysiłku fizycznego. Zachęcenie pacjentki do wczesnych i systematycznych ćwiczeń rehabilitacyjnych. Poinformowanie o noszeniu nieuciskającej odzieży. Zalecenie przyjmowania środków przeciwbólowych zleconych przez lekarza.	05.09.2005 r.

<i>Aktywność fizyczna:</i> UTRUDNIONE PORUSZANIE KOŃCZYNĄ GÓRNĄ PRAWĄ Z POWODU OBRZĘKU LIMFATYCZNEGO PO USUNIĘCIU WĘZŁÓW CHŁONNYCH Cel: przywrócenie wydolności w zakresie samoobsługi	
Plan opieki	Data
Poinformowanie chorej o układaniu kończyny górnej po stronie operowanej z wykorzystaniem klina rehabilitacyjnego, celem zmniejszenia obrzęku, wystąpienia przykurczy i odbarczania ciężaru kończyny. Nauczenie pacjentki zasad automasażu w celu usprawnienia przepływu chłonki w kończynie górnej po stronie operowanej. Poinformowanie chorej o ochronie kończyny przed: <ul style="list-style-type: none">• przeciążaniem kończyny długotrwałą pracą fizyczną,• dźwiganiem,• wykonywaniem wkłuc dożylnych w kończynę po stronie operowanej,• uciskiem kończyny: noszenie zbyt ciasnej odzieży, uciskającego zegarka, mierzenia ciśnienia krwi,• urazami w obrębie kończyny tj. skaleczeniami, oparzeniami, nakłuciami, ukąszeniami owadów,• opalaniem na słońcu i solarium,• przegrzewaniem kończyny (gorące kąpiele, stosowanie maści rozgrzewających). Poinformowanie o prawidłowym dobraniu protezy piersi i stanika, kierując pacjentkę do dobrze wyspecjalizowanego sklepu z fachowym personelem przygotowanym do współpracy z kobietami, które są po amputacji piersi. Skierowanie chorej na rehabilitację ambulatoryjną do przychodni rehabilitacyjnej realizującej program ćwiczeń dla kobiet po mastektomii.	09.09.2005 r.

<p><i>Odżywianie:</i></p> <p>BRAK APETYTU SPOWODOWANY CHEMIOTERAPIĄ</p> <p>Cel: niedopuszczenie do powstanie niedoborów jakościowych i ilościowych w diecie pacjentki; poprawa apetytu</p>	
Plan opieki	Data
<p>Poinformowanie pacjentki, że utrata apetytu może występować jako objaw niepożądany w przebiegu leczenia cytostatykami ponieważ zmienia się odczuwanie smaku niektórych potraw.</p> <p>Wyjaśnienie chorej jak ważne jest prawidłowe odżywianie w czasie chemioterapii.</p> <p>Zalecenie spożywania posiłków częściej i w małych ilościach.</p> <p>Rozmowa z rodziną na temat urozmaicenia diety dla pacjentki.</p> <p>Udzielenie informacji o potrzebie spaceru przed posiłkiem jeżeli jest to możliwe, aby nasilić uczucie głodu.</p> <p>Po jedzeniu zalecenie odpoczynku przynajmniej przez 2 godziny w pozycji siedzącej.</p> <p>Wykonywanie toalety jamy ustnej przed posiłkami.</p>	14.11.2005 r.

<p><i>Wydalenie:</i></p> <p>DYSKOMFORT SPOWODOWANY ZAPARCAMI PODCZAS CHEMIOTERAPII</p> <p>Cel: regularne wypróżnienia</p>	
Plan opieki	Data
<p>Poinformowanie pacjentki o metodach radzenia sobie z zaparciami, stosując dietę wysokobiałkową:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gruboziarniste pieczywo i zboża, • świeże surowe lub gotowane warzywa, • świeże surowe owoce, • suszone śliwki lub kompot z suszonych śliwek, • orzechy i prażona kukurydza, • unikanie serów i białego pieczywa. <p>Zalecanie wypijania dużych ilości płynów, a przed śniadaniem jednej szklanki przegotowanej ciepłej wody.</p> <p>Zachęcenie chorej do częstszych spacerów.</p> <p>Po konsultacji z lekarzem prowadzącym zaproponowanie przyjmowania łagodnych ziół przeczyszczających, a w przypadku braku wypróżnienia zastosowanie środków farmakologicznych przeczyszczających i preparatów rozluźniających stolec.</p>	09.12.2005 r.

<p><i>Poziom wiedzy:</i></p> <p style="text-align: center;">BRAK DOSTATECZNEJ WIEDZY NA TEMAT LECZENIA PROMIENIAMI JONIZUJĄCYMI</p> <p>Cel: podniesienie poziomu wiedzy na temat radioterapii</p>	
Plan opieki	Data
<p>Poinformowanie pacjentki jak długo będzie trwało leczenie. Udzielenie informacji dotyczących leczenia promieniami jonizującymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jak działa radioterapia, • w jaki sposób stosuje się radioterapię (zewnętrznie lub wewnętrznie). <p>Dostarczenie odpowiednich materiałów edukacyjnych – „Radioterapia Poradnik dla Pacjenta”.</p> <p>Poinformowanie pacjentki o możliwości wystąpienia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • skutków ubocznych (zmęczenie, utrata apetytu), • odczynu popromiennego. <p>Zalecenie podczas radioterapii oszczędzającego trybu życia oraz przestrzegania diety.</p> <p>Pouczenie o konieczności noszenia miękkiego, bawełnianego biustonosza bez fiszbinów lub chodzić bez biustonosza, kiedy tylko jest to możliwe w trakcie leczenia, aby uniknąć podrażnienia skóry w napromienianym obszarze.</p>	20.01.2006 r.

<p><i>Skóra:</i></p> <p style="text-align: center;">ŚWIĄD I PIECZENIE SKÓRY OKOLICY NAPROMIENIANEJ PO ZAKOŃCZONYM LECZENIU PROMIENIAMI JONIZUJĄCYMI</p> <p>Cel: zmniejszenie lub zniwelowanie dyskomfortu po radioterapii</p>	
Plan opieki	Data
<p>Udzielenie pacjentce wskazówek dotyczących ochrony skóry napromienianej po zakończonej radioterapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • unikać mycia wodą skóry okolicy napromienianej od 4-6 tygodni po zakończonej terapii tj. do czasu ustąpienia odczynu popromiennego, • noszenie możliwie najbardziej przewiewnych ubrań z materiałów naturalnych (bawełna, jedwab), • chronić skórę przed słońcem, wiatrem, zimnem, • przed wyjściem na dwór należy skórę natłuścić używając Linomag, Wazelinę, • nie stosować na skórę dezodorantów, balsamów, perfum, kosmetyków, okładów, kompresów, • nie używać termoforów, worków z lodem, nie naklejać plastrów samoprzylepnych, • nie smarować skóry spirytusem, kremami kosmetycznymi, • unikać golenia skóry okolic napromienianych maszynką z ostrzem z powodu zagrożenia urazem i infekcją, dozwolone jest stosowanie maszynki elektrycznej tzw. golenie na sucho, 	03.03.2006 r.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • unikanie noszenia odzieży krochmalonej, • skórę traktować bardzo delikatnie, nie drapać, nie ocierać, nie wyciskać. <p>Poinformowanie chorej o wnikliwym obserwowaniu skóry w kierunku pogłębiania się odczynu.</p> | |
|--|--|

EWALUACJA DZIAŁAŃ PIELĘGNIARSKICH

W wyniku zaplanowanych działań pielęgniarских osiągnięto następujące cele:

- U chorej nastąpiła poprawa samopoczucia i nastroju.
- Pacjentka pozytywnie jest nastawiona do leczenia uzupełniającego i konsekwentnie kontynuuje chemioterapię.
- Objawy uboczne leczenia cytostatykami, typu wymioty, nudności uległy zmniejszeniu.
- Chora zna zasady żywienia w czasie chemioterapii, zgłasza poprawę apetytu.
- Pacjentka wypróżnia się prawidłowo i regularnie.
- Zmniejszyły się dolegliwości bólowe kończyny górnej po stronie operowanej.
- Pacjentka chętnie współpracuje z rehabilitantem, jest przygotowana do samoopieki i samoobserwacji dzięki temu obrzęk kończyny górnej po usunięciu węzłów chłonnych pachowych zmniejsza się.
- Chora posiada wiedzę na temat leczenia promieniami jonizującymi, przekazane informacje pozwolą prawidłowo przygotować się do radioterapii.
- Pacjentka zna zasady postępowania w przypadku wystąpienia odczynu popromiennego.
- Chora myśli pozytywnie i ma perspektywę powrotu do normalnego życia.

Prezentowane działania pielęgniarские przyczyniły się przede wszystkim do złagodzenia cierpienia pacjentki zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej. Pomimo odczuwanych problemów związanych z chorobą i jej dalszym leczeniem uzupełniającym, osobowość pacjentki, w tym wola walki, zdolność radzenia sobie w sytuacjach trudnych korzystnie wpłynęła na leczenie. Chora jest zaangażowana w proces leczenia, a także powrót do zdrowia.

ORTOPEDIA

<i>Imię i nazwisko (inicjały):</i>	K. P.
<i>Data urodzenia:</i> 12.10.1975 r.	<i>Stan cywilny:</i> kawaler
<i>Aktywność zawodowa:</i> pracuje	<i>Wykonywany zawód:</i> dekarz
<i>Data zbierania wywiadu:</i> 10.02.2006 r.	

HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
<i>Rozpoznanie lekarskie:</i> wielofragmentowe złamanie kości udowej prawej, uszkodzenia mięśnia czworogłowego uda, oparzenie goleni prawej	<i>Temperatura:</i> 36,8°C
<i>Przyprzyjmowane leki:</i> Tefrazolin iv Gentamycyna iv Venescin po Fraxiparyna sc	<i>Tętno:</i> 76 uderzeń/min
<i>Przebyte/obecne choroby:</i> alergia pokarmowa	<i>Oddech:</i> 17 razy/min
<i>Pobyty w szpitalu:</i> nie podaje	<i>Ciepłota ciała:</i> 120/85 mmHg
<i>Przebyte zabiegi operacyjne:</i> zespolecie kości udowej prawej gwoździem śródszpikowym, przeszczep skóry w miejscu oparzenia	<i>Waga ciała:</i> 72 kg
<i>Przebyte urazy/wypadki:</i> wypadek komunikacyjny	<i>Wzrost:</i> 167 cm

WYWIAD RODZINNY
<i>Członkowie rodziny:</i> ojciec, 58 lat matka, 52 lata siostra, 26 lat <i>Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:</i> zamążpójście siostry w 2004 roku <i>Choroby występujące w rodzinie:</i> alergia pokarmowa u ojca, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy u matki

Hobby/zainteresowania:

sport, motoryzacja

Formy spędzania czasu wolnego:

gra w piłkę nożną,
spotkania z rodziną i przyjaciółmi

Nałogi w rodzinie:

nikotynizm

Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:

nieprzestrzeganie diety, spożywanie produktów uczulających – czekolada

Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne:

nie podaje

Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:

nie podaje

WYWIAD ŚRODOWISKOWY*Miejsce zamieszkania:* Poznań

Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: dom jednorodzinny

Ilość zajmowanych pomieszczeń: 4 pokoje, kuchnia, łazienka

Ilość osób mieszkających wspólnie: 4

Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: dobry

System pracy: jednozmianowy

Ilość godzin spędzanych w pracy: 8-10 godzin, od poniedziałku do soboty

Zagrożenia zdrowia

w domu: nikotynizm, nieprawidłowa dieta

w pracy: praca na wysokości, możliwość upadku

Komunikacja:

pacjent komunikatywny, łatwo nawiązuje kontakt z personelem oddziału i innymi pacjentami

Higiena osobista:

trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych, pacjent czysty, bez zaniedbań higienicznych

Aktywność fizyczna:

ograniczona unieruchomieniem w łóżku, wyciąg szkieletowy

Wydalanie:

prawidłowe, stolec regularny

Odżywianie:

łaknienie prawidłowe, pacjent spożywa produkty niedozwolone w alergii pokarmowej

Sen/zasypianie:

pacjent nie zgłasza problemów z zasypianiem

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 15.02.2006 r.**Stan biologiczny podopiecznego**

SKÓRA			
napięcie	temperatura	wilgotność	inne objawy
prawidłowe	36,6°C	prawidłowa	oparzenie goleni prawej III°

UKŁAD ODDECHOWY			
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy
16 razy/minutę	prawidłowy	nie podaje	nie podaje

UKŁAD KRAŻENIA					
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy
115/80 mmHg	76 uderzeń/ /minutę	nie występuje	nie występują	nie występuje	nie podaje

UKŁAD POKARMOWY		
łaknienie	stolec	inne objawy
prawidłowe	regularny	uczulenie na czekoladę

UKŁAD MOCZOWY		
ilość	jakość	inne objawy
prawidłowa	prawidłowa	nie podaje

UKŁAD PŁCIOWY	
cykl płciowy	inne objawy
nie dotyczy	nie podaje

UKŁAD NERWOWY		
świadomość	niedowłady/drżenia	inne objawy
pełna	nie występują	nie podaje

Stan biologiczny podopiecznego

NARZĄD RUCHU		
zakres ruchów	sylwetka	inne objawy
ograniczony	prawidłowa	wyciąg szkieletowy, unieruchomienie w łóżku

NARZĄDY ZMYŚŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY				
wzrok	słuch	czucie	układ hormonalny	inne objawy
prawidłowy	prawidłowy	prawidłowe	prawidłowy	nie podaje

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

stopień przytomności	stopień świadomości	nastrój	inne objawy
pełna	pełna	obniżony	nie podaje

pamięć	myślenie	do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy
dobra	logiczne	pozytywny	akceptacja	nie podaje

Charakter kontaktów z innymi			Odczuwane problemy
domownicy	osoby z rodziny	inni	psychiczne i społeczne
dobry	dobry	dobry	„zmęczenie” długotrwałym leżeniem w łóżku, dyskomfort spowodowany faktem bycia sprawcą wypadku

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy
posiada wiedzę na temat konieczności unieruchomienia, możliwości wystąpienia ewentualnych powikłań	samodzielne wykonywanie czynności samoobsługowych w łóżku	posiada do jak najszybszego odzyskania sprawności w zakresie samoobsługi	uzależnienie od innych, ograniczona samoobsługa

DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

Ból złamanej kończyny, unieruchomienie spowodowane złamaniem, obniżony nastrój psychiczny wynikający ze świadomości bycia sprawcą wypadku komunikacyjnego, możliwość wystąpienia powikłań spowodowanych ograniczoną aktywnością.

PLAN OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ

<i>Higiena osobista:</i> TRUDNOŚCI W WYKONYWANIU CZYNNOŚCI ŻYCIOWYCH SPOWODOWANE UNIERUCHOMIENIEM W ŁÓŻKU Cel: zapewnienie realizacji podstawowych potrzeb życiowych	
Plan opieki	Data
Dostarczenie pacjentowi na stolik przyłóżkowy wszystkich niezbędnych przyborów do codziennego funkcjonowania. Pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności higienicznych (podanie miski z wodą, przyborów toaletowych, pomoc w myciu pleców). Zaangażowanie członków rodziny do pomocy w wykonywaniu toalety ciała. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i intymności podczas wykonywania czynności higienicznych.	16.02.2006 r.

<p><i>Wydalenie:</i> MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA ZAPARĆ SPOWODOWANYCH UNIERUCHOMIENIEM W ŁÓŻKU Cel: niedopuszczenie do powstania zaparć</p>	
Plan opieki	Data
<p>Zapewnienie pacjentowi odpowiedniej pod względem jakościowym i ilościowym diety. Unikanie produktów zapierających, wzdymających. Dostarczenie odpowiedniej ilości płynów do picia. Poinformowanie rodziny, jakich składników odżywczych nie powinni przynosić pacjentowi, a które są pożądane. Poinformowanie pacjenta o niekorzystnym wpływie podjadania między posiłkami. Namawianie pacjenta do wykonywania ćwiczeń w łóżku.</p>	19.02.2006 r.

<p><i>Aktywność fizyczna:</i> OGRANICZONA SAMOOBSŁUGA SPOWODOWANA UNIERUCHOMIENIEM W ŁÓŻKU Cel: zapewnienie realizacji podstawowych potrzeb życiowych; niepodpuszczenie do powstania powikłań spowodowanych unieruchomieniem w łóżku</p>	
Plan opieki	Data
<p>Dostarczenie pacjentowi na stolik przyłóżkowy wszystkich niezbędnych przyborów do codziennego funkcjonowania. Prowadzenie ćwiczeń rehabilitacyjnych (ćwiczenia bierne, czynne, czynne z obciążeniem lub bez, czynno-bierne, izometryczne, oddechowe). Stosowanie udogodnień (łóżko ortopedyczne, drabinki, górne uchwyty, barierki). Pomoc w wykonywaniu czynności samoobsługowych. Obserwacja miejsc narażonych na powstanie odleżyn podczas toalety ciała.</p>	16.02.2006 r.

<p><i>Oddychanie:</i> MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA ZAPALENIA PŁUC SPOWODOWANA DŁUGOTRWAŁYM POBYTEM PACJENTA W ŁÓŻKU Cel: niedopuszczenie do powstania zapalenia płuc</p>	
Plan opieki	Data
<p>Prowadzenie ćwiczeń oddechowych i ruchowych. Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali. Zapewnienie pacjentowi wygodnego ułożenia w łóżku. Dostarczenie pacjentowi odpowiedniej ilości płynów do picia.</p>	17.02.2006 r.

<i>Ból:</i> DYSKOMFORT SPOWODOWANY DOLEGLIWOŚCIAMI BÓLOWYMI POCHODZĄCYMI OD ZŁAMANEGO UDA I OPARZONEJ GOLENI Cel: zniwelowanie lub zmniejszenie dolegliwości bólowych	
Plan opieki	Data
Stosowanie udogodnień poprzez wykorzystanie podpórek, wygodne ułożenie pacjenta w łóżku. Eliminowanie dyskomfortu wywołanego założonym wyciągiem. Regularna zmiana opatrunków na miejscach oparzonych. Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunków. Obserwacja rany oparzeniowej podczas zmiany opatrunków. Obserwacja stanu ogólnego pacjenta. Podawanie środków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.	15.02.2006 r.

<i>Stan psychiczny:</i> OBNIŻONY NASTRÓJ SPOWODOWANY KONIECZNOŚCIĄ UNIERUCHOMIENIA I ŚWIADOMOŚCIĄ BYCIA SPRAWCĄ WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO Cel: poprawa samopoczucia psychicznego	
Plan opieki	Data
Namawianie pacjenta do werbalizowania niepokoju. Rozmowy z personelem mające na celu wyjaśnianie wątpliwości, a także konieczności wymuszonego leżenia w łóżku. Zaangażowanie rodziny w organizację czasu wolnego pacjenta. Kontakt z psychologiem.	11.02.2006 r.

EWALUACJA DZIAŁAŃ

W wyniku zrealizowania zaplanowanych działań osiągnięto następujące cele:

1. Pacjent samodzielnie lub przy pomocy wykonuje czynności dnia codziennego i realizuje swoje potrzeby.
2. Pacjent i rodzina zastosowali się do zaleceń personelu dotyczących przestrzegania diety; zaparcia nie wystąpiły.
3. Zapalenie płuc nie wystąpiło; pacjent chętnie wykonywał ćwiczenia oddechowe.
4. Dolegliwości bólowe pochodzące od złamanego uda i oparzonej goleni zmniejszyły się.
5. Pomimo aktywnej postawy pacjenta, nastrój pozostał obniżony.

CHIRURGIA

<i>Imię i nazwisko (inicjały):</i>	J. W.
<i>Data urodzenia:</i> 12.09.1949 r.	<i>Stan cywilny:</i> żonaty
<i>Aktywność zawodowa:</i> pracuje	<i>Wykonywany zawód:</i> fizjoterapeuta
<i>Data zbierania wywiadu:</i> 17.01.2006 r.	

HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
<i>Rozpoznanie lekarskie:</i> cukrzyca I, stopa cukrzycowa, stan po amputacji palców stopy lewej	<i>Temperatura:</i> 36,6°C
<i>Przyjmowane leki:</i> Biodacyna Mixtard Proxacin Gentamycyna Tazocin Tritace Doxepin Vivacor Spironal Furosemid	<i>Tętno:</i> 80 uderzeń/min
<i>Przebyte/obecne choroby:</i> cukrzyca, kardiomiopatia, nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia	<i>Oddechy:</i> 18 razy/min
<i>Pobyty w szpitalu:</i> Oddział Kardiologii – 1963 rok	<i>Ciśnienie tętnicze:</i> 130/75 mmHg
<i>Przebyte zabiegi operacyjne:</i> amputacja palców stopy lewej	<i>Waga ciała:</i> 66 kg
<i>Przebyte urazy/wypadki:</i> nie podaje	<i>Wzrost:</i> 178 cm

WYWIAD RODZINNY

Członkowie rodziny:

żona, syn

Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:

śmierć ojca, wyjazd żony za granicę, egzamin maturalny syna, choroba własna

Choroby występujące w rodzinie:

choroba niedokrwienna serca, choroba reumatyczna, żylaki kończyn dolnych
– matka pacjenta

Hobby/zainteresowania:

wędkarstwo, rybołówstwo

Formy spędzania czasu wolnego:

łowienie ryb, wycieczki rowerowe

Nałogi w rodzinie:

nikotynizm syna

Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:

dieta bogatokaloryczna, mała ilość owoców i warzyw, nadużywanie soli

Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne:

dolegliwości fizyczne nastrojają pacjenta pesymistycznie

Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:

sporadyczny kontakt z żoną, utrudniony kontakt z sąsiadami, złe relacje
ze współpracownikami od momentu rozpoznania choroby

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania: małe miasto

Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: mieszkanie własnościowe

Ilość zajmowanych pomieszczeń: 3 pokoje, kuchnia, łazienka

Ilość osób mieszkających wspólnie: 2

Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: dobry

System pracy: jednozmianowy

Ilość godzin spędzanych w pracy: 5 godzin

Zagrożenia zdrowia

w domu: nikotynizm

w pracy: narażenie na pole elektromagnetyczne, światło podczerwone i laserowe

Komunikacja:

pacjent komunikatywny, chętnie i wyczerpująco odpowiada na pytania personelu

Higiena osobista:

chory czysty, dba o stan swojej higieny, ma właściwe nawyki higieniczne

Aktywność fizyczna:

trudności w chodzeniu, chód powolny chwiejny, aktywność fizyczna ograniczona do codziennej planowej rehabilitacji

Wydalenie:

częste zaparcia

Odżywianie:

zmniejszone łaknienie, pacjent skarży się na uczucie pełności w żołądku, posiłki spożywa często w małych ilościach, stosuje zasady diety cukrzycowej

Sen/zasypianie:

pacjent skarży się na trudności w zasypianiu, sen ma płytki, często budzi się w nocy, zażywa łagodne środki nasenne

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 17.01.2006 r.**Stan biologiczny podopiecznego**

SKÓRA			
napięcie	temperatura	wilgotność	inne objawy
obniżone	36,6°C	sucha	nie podaje

UKŁAD ODDECHOWY			
liczba oddechów	typ oddechu	kaszlel	inne objawy
18 razy/minutę	brzuszny	nie podaje	nie podaje

UKŁAD KRAŻENIA					
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy
130/80 mmHg	80 uderzeń/ /minutę	zasinienie powłok skórnych	nie występują	nie występuje	nie podaje

Stan biologiczny podopiecznego

UKŁAD POKARMOWY		
łaknienie	stolec	inne objawy
obniżone	zaparcia	nie podaje

UKŁAD MOCZOWY		
ilość	jakość	inne objawy
prawidłowa	prawidłowa	nie podaje

UKŁAD PŁCIOWY	
cykl płciowy	inne objawy
nie dotyczy	nie podaje

UKŁAD NERWOWY		
świadomość	niedowłady/drżenia	inne objawy
zachowana	nie występują	nie podaje

NARZĄD RUCHU		
zakres ruchów	sylwetka	inne objawy
prawidłowy	prawidłowa	utrudniony chód

NARZĄDY ZMYŚŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLGICZNY				
wzrok	Słuch	czucie	układ hormonalny	inne objawy
+ 3,5 O.P; + 2,5 O.L	prawidłowy	prawidłowe	andropauza	nie podaje

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

stopień przytomności	stopień świadomości	nastrój	inne objawy
pełny	pełna	obniżony	trudności w zasypianiu

pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy
dobra	logiczne	pesymistyczny	negatywny	nie podaje

Charakter kontaktów z innymi			Odczuwane problemy psychiczne i społeczne
domownicy	osoby z rodziny	inni	
dobry z synem, ograniczony z żoną	–	utrudniony z sąsiadami i współpracownikami	lęk przed przyszłością z chorobą, samotność

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy
niedostateczna wiedza na temat cukrzycy, postępowania profilaktycznego	samodzielnie wykonuje iniekcje, kontroluje poziom cukru we krwi	duża motywacja do lepszego poznania istoty choroby	trudności w poruszaniu się

DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

Pacjent wykazuje obniżony nastrój spowodowany lękiem o przyszłość, zaniepokojony długim pobytem w szpitalu, zniecierpliwiony z tego powodu. Odczuwa dyskomfort z powodu trudno i długo gojącej się rany oraz bólem przy chodzeniu. Chory zgłasza niedobór wiedzy na temat samoopieki w cukrzycy. Ma potrzebę werbalizowania swych obaw i niepokojów.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

<i>Wydalenie:</i> PROBLEMY Z WYPRÓŻNIENIEM SPOWODOWANE OGRANICZONĄ AKTYWNOŚCIĄ I NIEPRAWIDŁOWĄ DIETĄ Cel: regularne wypróżnianie	
Plan opieki	Data
Zapewnienie pacjentowi odpowiedniej pod względem jakościowym i ilościowym diety. Unikanie produktów zapierających, wzdymających. Dostarczenie odpowiedniej ilości płynów do picia. Poinformowanie rodziny, których składników odżywczych nie powinni przynosić pacjentowi, a które są pożądane. Namawianie pacjenta do poruszania się. Wykonanie lewatywy.	19.01.2006 r.

<i>Aktywność fizyczna:</i> TRUDNOŚCI W PORUSZANIU SIĘ SPOWODOWANE BÓLEM PRZY CHODZENIU Cel: zmniejszenie dolegliwości bólowych; samodzielne poruszanie się chorego	
Plan opieki	Data
Prowadzenie ćwiczeń rehabilitacyjnych w łóżku i poza łóżkiem. Podanie leków przeciwbólowych przed podejmowaną aktywnością ruchową. Zachęcanie do częstych spacerów po korytarzu. Zaangażowanie syna do aktywizowania ojca. Pomoc przy czynnościach wymagających znacznego wysiłku fizycznego.	17.01.2006 r.

<i>Ból:</i> DYSKOMFORT SPOWODOWANY BÓLEM KIKUTA STOPY LEWEJ Cel: zmniejszenie dolegliwości bólowych kikuta stopy lewej	
Plan opieki	Data
Stosowanie udogodnień poprzez wykorzystanie podpórek, wygodne ułożenie pacjenta w łóżku. Podejmowanie działań podwyższających próg bólowy, np. zapewnienie ciszy, spokoju. Regularna zmiana opatrunku na kikucie. Obserwacja rany oparzeniowej podczas zmiany opatrunków. Obserwacja stanu ogólnego pacjenta, charakteru i natężenia bólu. Podawanie środków przeciwbólowych na zlecenie lekarza. Racjonalne dawkowanie ruchu. Pomoc przy wykonywaniu czynności wymagających wysiłku.	16.01.2006 r.

<i>Zasypianie/sen:</i> TRUDNOŚCI Z ZASYPANIEM I CIĄGŁOŚCIĄ SNU SPOWODOWANE HOSPITALIZACJĄ Cel: przesypianie całej nocy; sen spokojny	
Plan opieki	Data
Zapewnienie właściwych warunków do snu i odpoczynku. Niwelowanie dolegliwości bólowych. Namawianie pacjenta do podejmowania aktywności fizycznej. Zmniejszenie niepokoju pacjenta, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Namawianie pacjenta do nie podsypiania w ciągu dnia.	21.01.2006 r.

<i>Stan psychiczny:</i> OBNIŻONY NASTRÓJ SPOWODOWANY PRZEDŁUŻAJĄCYM SIĘ POBYTEM W SZPITALU Cel: dobre samopoczucie chorego; akceptacja konieczności pobytu w szpitalu	
Plan opieki	Data
Zainicjowanie rozmowy z lekarzem prowadzącym. Rozmowy z personelem mające na celu wyjaśnianie wątpliwości, a także konieczności pobytu w szpitalu. Zaangażowanie syna w organizację czasu wolnego pacjenta. Zapoznanie chorego z innymi pacjentami z podobnym schorzeniem.	28.01.2006 r.
PACJENT ZGŁASZA BRAK POCZUCIA BEZPIECZEŃSTWA, ODCZUWA LĘK I OBAWY PRZED ŻYCIEM Z CHOROBA Cel: akceptacja sytuacji zdrowotnej	
Plan opieki	Data
Namawianie pacjenta do werbalizowania niepokoju. Informowanie o wykonywanych zabiegach i czynnościach przy pacjencie. Rozmowy z chorym o sposobach radzenia sobie z uciążliwościami choroby. Zapoznanie chorego z innymi pacjentami z podobnym schorzeniem. Ułatwienie kontaktu z synem. Kontakt z psychologiem.	18.01.2006 r.

<i>Poziom wiedzy:</i> DYSKOMFORT PACJENTA SPOWODOWANY NIEDOSTATECZNĄ WIEDZĄ NA TEMAT ISTOTY CHOROBY I SAMOPIĘLEGNACJI Cel: podniesienie poziomu wiedzy pacjenta na temat istoty choroby	
Plan opieki	Data
Rozmowy z personelem mające na celu wyjaśnianie istoty choroby, sposobów zapobiegania powstawaniu powikłań cukrzycowym. Kontakt z dietetyczką. Dostarczenie odpowiedniej lektury dotyczącej postępowania w cukrzycy. Kontakt z grupą wsparcia. Omówienie z chorym i synem najważniejszych problemów opieki domowej.	17.01.2006 r.

EWALUACJA DZIAŁAŃ

W wyniku przeprowadzonych działań osiągnięto następujące cele pielęgnacyjne:

1. Pacjent niechętnie podejmuje aktywność fizyczną.
2. Problemy z wypróżnianiem się utrzymują się mimo stosowania się do zaleceń dietetycznych.
3. Dolegliwości bólowe kikuta stopy lewej zmniejszyły się.
4. Pacjent stara się nie spać w ciągu dnia ale trudności z zasypianiem nie ustąpiły.
5. Nastrój pacjenta uległ poprawie po wyjaśniającej rozmowie z personelem oddziału.
6. Poczucie bezpieczeństwa pacjenta poprawiło się.
7. Lęk i obawy przed życiem z chorobą zmniejszyły się po przeprowadzonej edukacji i nauce samopielęgnacji.

DERMATOLOGIA

<i>Imię i nazwisko (inicjały):</i>	B. C.
<i>Data urodzenia:</i> 22.11.1955 r.	<i>Stan cywilny:</i> żonaty
<i>Aktywność zawodowa:</i> renta	<i>Wykonywany zawód:</i> –
<i>Data zbierania wywiadu:</i> 06.02.2006 r.	

HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
<i>Rozpoznanie lekarskie:</i> łuszczyca zwykła, łuszczyca stawowa, cukrzyca II, nadciśnienie tętnicze, otyłość	<i>Temperatura:</i> 36,7°C
<i>Przyjmowane leki:</i> Efox Long Dilatreno Tertensif Molsidomina Betaserc Diphergan Cignolina 2% Locasalen Polocard Tritace Spironol Siofor Ranigast Metothrexate Psorisan 20%	<i>Tętno:</i> 90 uderzeń/min
<i>Przebyte/obecne choroby:</i> ospa w wieku 30 lat	<i>Oddechy:</i> 13 razy/min
<i>Pobyty w szpitalu:</i> wielokrotne z powodu łuszczycy	<i>Ciepłota ciała:</i> 36,7°C
<i>Przebyte zabiegi operacyjne:</i> nie podaje	<i>Waga ciała:</i> 140 kg
<i>Przebyte urazy/wypadki:</i> skręcenie stawu skokowego lewego i prawego	<i>Wzrost:</i> 176 cm

WYWIAD RODZINNY

Członkowie rodziny:

żona, 52 lata

syn, 26 lat

córka, 22 lata

Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:

zerwanie kontaktu z bratem z powodu kłótni rodzinnej

Choroby występujące w rodzinie:

nadciśnienie tętnicze – żona

reumatoidalne zapalenie stawów – syn

Hobby/zainteresowania:

wędkarstwo, myślistwo

Formy spędzania czasu wolnego:

łowienie ryb, polowanie, spacer

Nalogi w rodzinie:

nie podaje

Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:

dieta bogatokaloryczna, mała ilość owoców i warzyw, nadużywanie soli

Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne:

nie podaje

Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:

brak kontaktu z bratem

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania: wioska podmiejska

Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: domek jednorodzinny

Ilość zajmowanych pomieszczeń: 4 pokoje, kuchnia, łazienka

Ilość osób mieszkających wspólnie: 4

Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: dobry

System pracy: renta

Ilość godzin spędzanych w pracy: nie dotyczy

Zagrożenia zdrowia

w domu: nie podaje

w pracy: nie dotyczy

Komunikacja:

pacjent komunikatywny, chętnie odpowiada na pytania personelu, łatwo nawiązuje kontakty z innymi chorymi

Higiena osobista:

chory czysty, dba o stan swojej higieny, ma właściwe nawyki higieniczne

Aktywność fizyczna:

ograniczona z powodu zmian stawowych, pacjent chętnie chodzi na krótkie spacer, sporadycznie jeździ na rowerze pokojowym

Wydalanie:

regularne

Odżywianie:

pacjent odżywia się nieregularnie, posiłki nie są urozmaicone, spożywa bardzo mało warzyw i owoców, produktów mlecznych, posiłków gotowanych, w diecie dominuje białe pieczywo, słodczy. Pacjent podaje, że stosuje się do zaleceń dietetycznych obowiązujących w cukrzycy

Sen/zasypianie:

pacjent nie ma problemów ze snem, głośno chrapie

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 06.02.2006 r.

Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA			
napięcie	temperatura	wilgotność	inne objawy
prawidłowe	36,7°C	sucha, ściągnięta	skóra pokryta grudkami łuszczykowymi i łuskami

UKŁAD ODDECHOWY			
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy
13 razy/minutę	brzuszny	nie podaje	nie podaje

UKŁAD KRAŻENIA					
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy
150/100 mmHg	90 uderzeń/ /minutę	nie występuje	nie występują	przy niewielkim wysiłku fizycznym	nie podaje

Stan biologiczny podopiecznego

UKŁAD POKARMOWY		
łaknienie	stolec	inne objawy
wzmoczone	regularny	zgaga, nadkwaśność

UKŁAD MOCZOWY		
ilość	jakość	inne objawy
prawidłowa	prawidłowa	nie podaje

UKŁAD PŁCIOWY	
cykl płciowy	inne objawy
nie dotyczy	nie podaje

UKŁAD NERWOWY		
świadomość	niedowłady/drżenia	inne objawy
zachowana	nie występują	nie podaje

NARZĄD RUCHU		
zakres ruchów	sylwetka	inne objawy
ograniczony	otyłość brzuszna	zmiany w stawach wywołane łuszczycą stawową

NARZĄDY ZMYŚŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLGICZNY				
wzrok	sluch	czucie	układ hormonalny	inne objawy
zmiany na dnie oka	prawidłowy	prawidłowe	andropauza	nie podaje

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

stopień przytomności	stopień świadomości	nastrój	inne objawy
pełny	pełna	obniżony	nie podaje

pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy
dobra	logiczne	dobry	nie do końca akceptuje swoją chorobę	nie podaje

Charakter kontaktów z innymi			Odczuwane problemy psychiczne i społeczne
domownicy	osoby z rodziny	inni	
dobry	brak kontaktu z bratem	dobry	pacjent wstydzi się swojego wyglądu, ogranicza wyjścia w miejsca publiczne, zwłaszcza w sezonie letnim

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielegnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy
niedostateczna na temat zdrowego stylu żywienia	dostateczna do sprawowania optymalnej samoopieki	mała motywacja do podejmowania leczenia z powodu braku możliwości wyleczenia łuszczycy	niechęć do stosowania się do zaleceń lekarskich z powodu braku wiary w wyleczenie

DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

Pacjent wykazuje obniżony nastrój spowodowany brakiem możliwości wyleczenia choroby i nieatrakcyjnym wyglądem; mała motywacja pacjenta do współpracy; ograniczona aktywność spowodowana zmianami w stawach i otyłością; błędy żywieniowe.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

<i>Aktywność fizyczna:</i> MAŁA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA WYWOŁANA BRAKIEM MOTYWACJI PACJENTA DO PORUSZANIA SIĘ Cel: samodzielne poruszanie się pacjenta	
Plan opieki	Data
Przekonywanie i motywowanie pacjenta do zwiększenia aktywności ruchowej. Przedstawienie pacjentowi różnych możliwości aktywności fizycznej. Przedstawienie zalet i korzyści aktywności fizycznej, jej wpływu na zdrowie i kondycję psycho-fizyczną. Kontakt z rehabilitantem w celu doboru odpowiedniego zestawu ćwiczeń. Zaangażowanie rodziny do aktywizowania pacjenta.	08.02.2006 r.

<i>Odżywianie:</i> NIEPRZESTRZEGANIE DIETY SPOWODOWANE NIEDOSTATECZNĄ WIEDZĄ PACJENTA O ZDROWYM ODŻYWIANIU I BRAKIEM CHĘCI ZMIANY NIEPRAWIDŁOWYCH NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH Cel: świadomość pacjenta o wpływie diety na stan zdrowia; podniesienie poziomu wiedzy na temat prawidłowych zasad odżywiania	
Plan opieki	Data
Przekonywanie i motywowanie pacjenta i rodziny do zmiany złych nawyków żywieniowych. Przedstawienie zalet i korzyści wynikających z wprowadzenia w życie zasad zdrowego odżywiania. Uświadomienie pacjentowi konsekwencji nieprzestrzegania odpowiedniej dla jego stanu zdrowia diety. Kontakt z dietetykiem w celu doboru odpowiedniej diety. Poinformowanie rodziny o nieprzynoszeniu do szpitala produktów niewskazanych pacjentowi.	06.02.2006 r.

<i>Stan psychiczny:</i> DYSKOMFORT PACJENTA SPOWODOWANY ZMIANAMI SKÓRNYMI Cel: akceptacja swojego wyglądu	
Plan opieki	Data
Proponowanie pacjentowi stosowania ubiorów zakrywających zmiany skórne, np. długi rękaw, chustka na głowę. Częsta zmiana bielizny pościelowej, osobistej i ubrań. Przestrzeganie zasad higieny – kąpiele całego ciała, nawilżanie skóry. Regularne stosowanie, wg zleceń lekarskich, leków zmniejszających zmiany łuszczycowe. Wyjaśnienie pacjentowi korzyści wynikających z systematycznego stosowania naświetlań promieniami UVA.	07.02.2006 r.

<i>Poziom wiedzy:</i> NIEDOSTATECZNA WIEDZA NA TEMAT ISTOTY CHOROBY I SAMOPIELĘGNACJI WYWOŁUJĄCA NIEPOKÓJ PACJENTA Cel: podniesienie poziomu wiedzy na temat choroby, uspokojenie chorego	
Plan opieki	Data
Rozmowy z personelem mające na celu wyjaśnianie istoty choroby, sposobów zapobiegania powstawaniu powikłań cukrzycowym. Kontakt z dietetyczką. Dostarczenie odpowiedniej lektury dotyczącej postępowania w cukrzycy. Kontakt z grupą wsparcia. Omówienie z chorym i synem najważniejszych problemów opieki domowej.	08.02.2006 r.

EWALUACJA DZIAŁAŃ

W wyniku przeprowadzenia zaplanowanych działań osiągnięto następujące cele:

1. Pacjent niechętnie wykazuje aktywność fizyczną pomimo dużego zaangażowania rodziny w uruchamianie chorego.
2. Pacjent niechętnie stosuje się do zaleceń dietetycznych; przestrzega tylko wybranych wskazówek; rodzina, mimo dużego sprzeciwu chorego, stosuje się do zaleceń personelu.
3. Dyskomfort pacjenta związany ze zmianami skórnymi nie zmniejszył się.
4. Niepokój pacjenta z powodu niedostatecznej wiedzy o istocie cukrzycy i samopielęgnacji zmniejszył się po przeprowadzeniu edukacji i wyuczeniu czynności samoobsługowych.

UROLOGIA

<i>Imię i nazwisko (inicjały):</i>	J. K.
<i>Data urodzenia:</i> 17.01.1939 r.	<i>Stan cywilny:</i> żonaty
<i>Aktywność zawodowa:</i> emerytura	<i>Wykonywany zawód:</i> –
<i>Data zbierania wywiadu:</i> 19.01.2006 r.	

HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
<i>Rozpoznanie lekarskie:</i> nowotwór gruczołu krokowego	<i>Temperatura:</i> 36,9°C
<i>Przyjmowane leki:</i> Tramal Furosemid Dolantyna Tialorid	<i>Tętno:</i> 82 uderzeń/min
<i>Przebyte/obecne choroby:</i> nie podaje	<i>Oddechy:</i> 20 razy/min
<i>Pobyty w szpitalu:</i> Oddział Chirurgii, zapalenie wyrostka robaczkowego w 1969 r.	<i>Ciepłota ciała:</i> 145/90 mmHg
<i>Przebyte zabiegi:</i> operacyjne usunięcie wyrostka robaczkowego	<i>Waga ciała:</i> 65 kg
<i>Przebyte urazy/wypadki:</i> nie podaje	<i>Wzrost:</i> 180 cm

WYWIAD RODZINNY

Członkowie rodziny:

żona, 61 lat
syn, 38 lat
synowa, 35 lat
wnuczka, 10 lat

Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:

pobyt żony w szpitalu w lutym 2005 r. z powodu złamania podudzia prawego,
otwarcie przez syna sklepu odzieżowego

Choroby występujące w rodzinie:

otyłość – żona

Hobby/zainteresowania:

wędkarstwo

Formy spędzania czasu wolnego:

praca na działce rekreacyjnej, szaradziarstwo

Nałogi w rodzinie:

nikotynizm

Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:

posiłki mało urozmaicone, w niedostatecznych ilościach, przewaga tłuszczu zwierzęcych

Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne:

żona mało zaradna życiowo

Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:

nie podaje

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania: Koszalin

Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: mieszkanie w bloku

Ilość zajmowanych pomieszczeń: 3 pokoje, kuchnia, łazienka

Ilość osób mieszkających wspólnie: 2

Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: dobry

System pracy: emerytura

Ilość godzin spędzanych w pracy: nie dotyczy

Zagrożenia zdrowia

w domu: nie podaje

w pracy: nie dotyczy

Komunikacja:

pacjent niechętnie odpowiada na zadawane pytania, komunikacja utrudniona z powodu przygnębienia wywołanego chorobą

Higiena osobista:

stan higieniczny niedostateczny, pacjent ma niewłaściwe nawyki higieniczne

Aktywność fizyczna:

ograniczona z powodu częstych dolegliwości bólowych w podbrzuszu

Wydalanie:

zaparcia, założony cewnik do pęcherza moczowego

Odżywianie:

posiłki pacjenta nie są urozmaicone, spożywa bardzo mało warzyw i owoców, w diecie dominują tłuszcze zwierzęce

Sen/zasypianie:

pacjent ma problemy z zasypianiem, sen płytki, z przerwami

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 19.01.2006 r.**Stan biologiczny podopiecznego**

SKÓRA			
napięcie	temperatura	wilgotność	inne objawy
wiotka	prawidłowa	sucha	nie podaje

UKŁAD ODDECHOWY			
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy
20 razy/minutę	brzuszny	nie podaje	nie podaje

UKŁAD KRAŻENIA					
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy
145/90 mmHg	82 uderzeń/ /minutę	nie występuje	nie występują	nie występuje	nie podaje

UKŁAD POKARMOWY		
łaknienie	stolec	inne objawy
obniżone	zaparcia	nie podaje

UKŁAD MOCZOWY		
ilość	jakość	inne objawy
1500 ml/dobę	podbarwiony krwią	nie podaje

UKŁAD PŁCIOWY	
cykl płciowy	inne objawy
nie dotyczy	nie podaje

UKŁAD NERWOWY		
świadomość	niedowłady/drżenia	inne objawy
zachowana	nie występują	nie podaje

Stan biologiczny podopiecznego

NARZĄD RUCHU		
zakres ruchów	sylwetka	inne objawy
zachowany	pochylona	nie podaje

NARZĄDY ZMYŚŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLGICZNY				
wzrok	słuch	czucie	układ hormonalny	inne objawy
krótkowzroczność	prawidłowy	prawidłowe	prawidłowy	nie podaje

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

stopień przytomności	stopień świadomości	nastrój	inne objawy
pełny	pełna	obniżony	nie podaje

pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy
dobra	logiczne	pozytywny	nie do końca akceptuje swoją chorobę	odczuwa lęk z powodu swojego stanu zdrowia

Charakter kontaktów z innymi			Odczuwane problemy psychiczne i społeczne
domownicy	osoby z rodziny	inni	
dobry	dobry	dobry	zmartwiony z powodu pozostawienia żony samej w domu

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy
niedostateczna na temat zdrowego stylu życia	niewystarczające do sprawowania optymalnej samoopieki	mała motywacja do podejmowania współpracy w zakresie leczenia i pielęgnacji	nie podaje

DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA

Pacjent hospitalizowany z powodu pogorszenia stanu zdrowia w przebiegu nowotworu gruczołu krokowego. Pacjent wymaga wsparcia psychicznego i pomocy w wykonywaniu niektórych czynności higienicznych. Świadomy jest swojego stanu zdrowia i jego konsekwencji. Logicznie relacjonuje swoje dolegliwości, niechętnie odpowiada na pytania, wyraża niechęć do współpracy. Z powodu częstych bólów wykazuje małą aktywność fizyczną. Niedostatecznie dba o higienę osobistą, wykazuje złe nawyki żywieniowe. Nie posiada wiedzy, umiejętności i motywacji do samoopieki i samopielęgnacji. Niepokoi się o pozostawioną w domu żonę.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

<i>Komunikacja:</i> UTRUDNIONA KOMUNIKACJA Z POWODU PRZYGNĘBIENIA WYWOŁANEGO ZAOSTRŻONĄ CHOROBA Cel: poprawa samopoczucia chorego	
Plan opieki	Data
Zachęcanie do współpracy z personelem oddziału. Prowadzenie rozmów dotyczących dalszego postępowania w chorobie. Okazywanie życzliwości, stwarzanie przyjaznej atmosfery. Ułożenie na sali z chorymi z podobnym rozpoznaniem i w podobnym wieku oraz stanie zdrowia.	19.01.2006 r.

<i>Higiena osobista:</i> NIEDOSTATECZNE PRZESTRZEGANIE HIGIENY OSOBISTEJ Z POWODU NIEPRAWIDŁOWYCH NAWYKÓW HIGIENICZNYCH Cel: zachowana higiena osobista, chory czysty	
Plan opieki	Data
Poinformowanie pacjenta o zaletach regularnie stosowanych zabiegów higienicznych. Wdrażanie prawidłowych nawyków higienicznych – toaleta poranna i wieczorna. W razie konieczności pomoc przy toalecie. Skompletowanie pacjentowi przyborów higienicznych. Zachęcanie do używania odpowiednich do stanu i wieku chorego środków pielęgnacyjno-higienicznych.	21.01.2006 r.

<i>Wydalenie:</i> ZAPARCIA SPOWODOWANE NIEODPOWIEDNIM STYLEM ŻYCIA Cel: regularne wypróżnienia	
Plan opieki	Data
Omówienie pacjentowi zasad zdrowego odżywiania. Wyjaśnienie konieczności wyeliminowania z diety potraw smażonych, wzdymających i ciężkostrawnych. Zachęcanie pacjenta do spożywania większej ilości warzyw, owoców, produktów bogatych w błonnik, przyjmowania odpowiedniej ilości płynów. Kontakt z dietetyczką. Zachęcenie pacjenta do większej aktywności fizycznej.	19.01.2006 r.
MOŻLIWOŚĆ INFЕКCJI DRÓG MOCZOWYCH Z POWODU ZAŁOŻONEGO CEWNIKA DO PECHERZA MOCZOWEGO Cel: niedopuszczenie do powstania infekcji dróg moczowych	
Plan opieki	Data
Obserwacja drożności cewnika moczowego. Przestrzeganie aseptyki i antyseptyki podczas czynności pielęgnacyjnych np. wymiana worka, płukanie pęcherza. Zalecenie pacjentowi przyjmowania odpowiedniej ilości płynów. Prowadzenie dobowej zbiórki moczu. Poinformowanie pacjenta o pielęgnacji cewki moczowej podczas toalety.	17.01.2006 r.

<i>Odżywianie:</i> NIEDOWAGA SPOWODOWANA ZMNIEJSZONYM APETYTEM PACJENTA Cel: poprawa łaknienia; niedopuszczenie do pogłębienia niedoborów jakościowych i ilościowych w diecie	
Plan opieki	Data
Podawanie pacjentowi posiłków urozmaiconych i produktów, które pacjent lubi. Podawanie posiłków częściej, w mniejszej ilości. Wprowadzenie diety wysokobiałkowej przy jednoczesnym ograniczeniu posiłków ciężkostrawnych.	17.01.2006 r.

<i>Ból:</i> BÓL PODBRZUSZA UTRUDNIAJĄCY CODZIENNE FUNKCJONOWANIE Cel: zniwelowanie dolegliwości bólowych; zapewnienie realizacji czynności dnia codziennego	
Plan opieki	Data
Zorganizowanie pacjentowi czasu wolnego, aby oddalić myśli od bólu. Pomoc pacjentowi podczas wykonywania czynności sprawiających trudność. Ułożenie pacjenta w pozycji na boku z podgiętymi kończynami. Zastosowanie okładów z lodu na podbrzusze w okolicy pęcherza moczowego. Podawanie środków przeciwbólowych według zleceń lekarza.	17.01.2006 r.

<i>Zasypianie/sen:</i> UTRUDNIONY ODPOCZYNEK NOCNY SPOWODOWANY HOSPITALIZACJĄ Cel: spokojny odpoczynek nocny	
Plan opieki	Data
Zapewnienie pacjentowi warunków do dobrego odpoczynku nocnego – ciszy, spokoju, wywietrzenie sali chorych. Zachęcenie pacjenta do niewielkiej aktywności fizycznej w godzinach popołudniowych i wieczornych. Ograniczenie bądź wyeliminowanie z godzin popołudniowych i wieczornych sytuacji stresujących pacjenta, wpływających na stan emocjonalny. Podanie środków nasennych na zlecenie lekarza.	18.01.2006 r.

<i>Stan psychiczny:</i> PRZYGNEBIENIE Z POWODU HOSPITALIZACJI I ROZSTANIA Z RODZINĄ Cel: poprawa samopoczucia chorego	
Plan opieki	Data
Umożliwienie pacjentowi kontaktu z rodziną poprzez podanie numeru telefonu na oddział, godzin odwiedzin. Umożliwienie dostępu do telefonu. Wyjaśnienie konieczności poddania się hospitalizacji. Zorganizowanie pacjentowi czasu wolnego.	16.01.2006 r.

EWALUACJA DZIAŁAŃ

W wyniku przeprowadzenia zaplanowanych działań osiągnięto następujące cele:

1. Nastrój pacjenta nie poprawił się.
2. Pacjent stosował się do zaleceń higienicznych, poprosił rodzinę o dostarczenie mu przyborów higienicznych.
3. Zaparcia nie zostały wyeliminowane.
4. Infekcja dróg moczowych nie wystąpiła.
5. Pacjent przesypiał całą noc.
6. Apetyt pacjenta nieznacznie poprawił się.
7. Dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

NEUROLOGIA

<i>Imię i nazwisko (inicjały):</i>	M. K.
<i>Data urodzenia:</i> 17.10.1930 r.	<i>Stan cywilny:</i> wdowa
<i>Aktywność zawodowa:</i> emerytura	<i>Wykonywany zawód:</i> –
<i>Data zbierania wywiadu:</i> 10.01.2006 r.	

HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
<i>Rozpoznanie lekarskie:</i> udar niedokrwienny mózgu, nadciśnienie tętnicze	<i>Temperatura:</i> 36,8°C
<i>Przyjmowane leki:</i> Nootropil Acard Polphilin Enarenal	<i>Tętno:</i> 80 uderzeń/min
<i>Przebyte/obecne choroby:</i> jaskra	<i>Oddechy:</i> 16 razy/min
<i>Pobyty w szpitalu:</i> Oddział Neurologiczny, Oddział Oczny	<i>Ciepłota ciała:</i> 180/100 mmHg
<i>Przebyte zabiegi operacyjne:</i> usunięcie zaćmy	<i>Waga ciała:</i> 70 kg
<i>Przebyte urazy/wypadki:</i> nie podaje	<i>Wzrost:</i> 155 cm

WYWIAD RODZINNY
<p><i>Członkowie rodziny:</i> córnka, zięć, wnuk, prawnuk</p> <p><i>Ważne wydarzenia w rodzinie:</i> ostatnie lata – ślub wnuka, narodziny prawnuczki</p> <p><i>Choroby występujące w rodzinie:</i> nie podaje</p> <p><i>Hobby/zainteresowania:</i> nie podaje</p> <p><i>Formy spędzania czasu wolnego:</i> słuchanie radia</p> <p><i>Nałogi w rodzinie:</i> nikotynizm</p> <p><i>Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:</i> dieta uboga w jarzyny i owoce, przewaga tłuszczu zwierzęcych</p> <p><i>Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne:</i> zaburzenia widzenia, porażenie</p> <p><i>Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:</i> nie podaje</p>

WYWIAD ŚRODOWISKOWY
<p><i>Miejsce zamieszkania:</i> Gryfice</p> <p><i>Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego:</i> mieszkanie w bloku</p> <p><i>Ilość zajmowanych pomieszczeń:</i> kawalerka, kuchnia, łazienka</p> <p><i>Ilość osób mieszkających wspólnie:</i> 1</p> <p><i>Stan higieniczno-sanitarny mieszkania:</i> dobry</p> <p><i>System pracy:</i> emerytura</p> <p><i>Ilość godzin spędzanych w pracy:</i> nie dotyczy</p> <p><i>Zagrożenia zdrowia</i> <i>w domu:</i> nie podaje <i>w pracy:</i> nie dotyczy</p>

Komunikacja:

pacjentka kontaktowa, logiczna, niechętnie odpowiada na zadawane pytania

Higiena osobista:

stan higieniczny dobry, pacjentka czysta, zadbana

Aktywność fizyczna:

ograniczona z powodu niedowładu, porusza się o lasce

Wydalenie:

zaparcia

Odżywianie:

poiski pacjentki nie są urozmaicone, spożywa bardzo mało warzyw i owoców, w diecie dominują tłuszcze zwierzęce

Sen/zasypianie:

pacjentka ma problemy z zasypianiem

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 10.01.2006 r.

Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA			
napięcie	temperatura	wilgotność	inne objawy
wiotka	prawidłowa	sucha	nie podaje

UKŁAD ODDECHOWY			
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy
16 razy/minutę	piersiowy	nie podaje	niedrożność nosa, suchość w jamie ustnej

UKŁAD KRAŻENIA					
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy
170/100 mmHg	80 uderzeń/ /minutę	nie występuje	nie występują	nie występuje	nie podaje

UKŁAD POKARMOWY		
łaknienie	stolec	inne objawy
obniżone	zaparcia	uczucie pełności, wzdęcia

Stan biologiczny podopiecznego

UKŁAD MOCZOWY		
ilość	jakość	inne objawy
1500 ml/dobę	słomkowy	sporadyczne nietrzymanie moczu

UKŁAD PŁCIOWY	
cykl płciowy	inne objawy
odpowiedni do wieku	nie podaje

UKŁAD NERWOWY		
świadomość	niedowłady/drżenia	inne objawy
zachowana	niedowład połowiczylewostronny	zaburzenia czucia

NARZĄD RUCHU		
zakres ruchów	sylwetka	inne objawy
ograniczony	wyprostowana	niedowład lewostronny

NARZĄDY ZMYŚŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLGICZNY				
wzrok	słuch	czucie	układ hormonalny	inne objawy
niedowidzenie	niedosłuch	zaburzone	prawidłowy	nie podaje

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

stopień przytomności	stopień świadomości	nastrój	inne objawy
pełny	pełna	obniżony	nie podaje

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy
dobra	logiczne	pozytywny	nie akceptuje swojej choroby	odczuwa lęk z powodu swojego stanu zdrowia

Charakter kontaktów z innymi			Odczuwane problemy psychiczne i społeczne
domownicy	osoby z rodziny	inni	
dobry	dobry	dobry	ograniczone kontakty z rodziną i sąsiadami

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy
dostateczna na temat stylu życia w obecnej sytuacji zdrowotnej	wystarczające do sprawowania optymalnej samoopieki	duża motywacja do podejmowania współpracy w zakresie leczenia, pielęgnacji i usprawniania	obawa przed samodzielnością po powrocie do domu

DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA

Pacjentka zorientowana co do stanu własnego zdrowia i ograniczeń wynikających z choroby, podejmująca działania zapewniające samopielęgnację. Obniżony nastrój oraz lęk spowodowany chorobą oraz dysfunkcją narządu ruchu. Pacjentka martwi się powrotem do domu ze szpitala, jest osobą mieszkającą samotnie, może liczyć na pomoc oraz wsparcie rodziny i sąsiadów.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

<i>Komunikacja:</i> UTRUDNIONA KOMUNIKACJA Z POWODU PRZYGNĘBIENIA WYWOŁANEGO ZAOSTRZONĄ CHOROBA Cel: akceptacja swojej sytuacji zdrowotnej; poprawa samopoczucia	
Plan opieki	Data
Zachęcanie do współpracy z personelem oddziału. Prowadzenie rozmów dotyczących dalszego postępowania w chorobie. Okazywanie życzliwości, cierpliwości, stwarzanie przyjaznej atmosfery podczas wykonywania wszelkich czynności. Ułożenie na sali z chorymi z podobnym rozpoznaniem i w podobnym wieku oraz stanie zdrowia. Umożliwienie kontaktu z rodziną i sąsiadami.	09.01.2006 r.

<i>Wydalenie:</i> ZAPARCIA SPOWODOWANE NIEPRAWIDŁOWĄ DIETĄ Cel: regularne wypróżnienia	
Plan opieki	Data
Omówienie pacjentce zasad zdrowego odżywiania. Wyjaśnienie konieczności wyeliminowania z diety potraw smażonych, wzdymających i ciężkostrawnych. Zachęcanie pacjentki do spożywania większej ilości warzyw, owoców, produktów bogatych w błonnik, przyjmowania odpowiedniej ilości płynów. Kontakt z dietetyczką. Poinformowanie rodziny o nieprzynoszeniu produktów spożywczych niedozwolonych dla pacjentki.	10.01.2006 r.

<i>Odżywianie:</i> OBNIŻONE ŁAKNIENIE SPOWODOWANE KONIECZNOŚCIĄ HOSPITALIZACJI Cel: poprawa łaknienia; niedopuszczenie do powstania niedoborów jakościowych i ilościowych niewłaściwym odżywianiem	
Plan opieki	Data
Podawanie pacjentce posiłków urozmaiconych i produktów, które lubi. Podawanie posiłków częściej, w mniejszej ilości. Wprowadzenie diety wysokobiałkowej przy jednoczesnym ograniczeniu posiłków ciężkostrawnych. Dostarczenie pacjentce odpowiedniej ilości płynów.	11.01.2006 r.

<i>Oddychanie:</i> TRUDNOŚCI W ODDYCHANIU SPOWODOWANE NIEŻYTEM NOSA Cel: ułatwienie oddychania	
Plan opieki	Data
Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali – temperatura 18-19°C, wilgotność 70-80%. Dostarczenie pacjentce odpowiedniej ilości płynów do picia. Nawilżanie błon śluzowych nosa, np. preparatami zawierającymi sól fizjologiczną. Nakłanianie pacjentki do częstego oczyszczania nosa.	09.01.2006 r.

<i>Zasypianie/sen:</i> UTRUDNIONY ODPOCZYNEK NOCNY SPOWODOWANY HOSPITALIZACJĄ Cel: spokojny sen całonocny	
Plan opieki	Data
Zapewnienie pacjentce warunków do dobrego odpoczynku nocnego – ciszy, spokoju, wywietrzenie sali chorych przed nocą. Zachęcenie pacjentki do niewielkiej aktywności fizycznej w godzinach popołudniowych i wieczornych. Poinformowanie pacjentki, aby zrezygnowała z drzemki popołudniowej. Ograniczenie bądź wyeliminowanie z godzin popołudniowych i wieczornych sytuacji stresujących pacjentkę, wpływających na stan emocjonalny. Podanie środków nasennych na zlecenie lekarza.	10.01.2006 r.

<i>Stan psychiczny:</i> PRZYGNĘBIENIE Z POWODU STANU ZDROWIA I DYSFUNKCJI NARZĄDU RUCHU PO UDARZE Cel: poprawa samopoczucia; akceptacja stanu zdrowia	
Plan opieki	Data
Umożliwienie pacjentce kontaktu z najbliższymi. Rozmowy z rodziną na temat zorganizowania pomocy pacjentce po wyjściu ze szpitala. Namawianie do czynnego uczestnictwa w rehabilitacji. Namawianie pacjenta do werbalizowania swego niepokoju. Rozmowy z chorą o sposobach radzenia sobie z uciążliwościami choroby. Zapoznanie chorej z innymi pacjentami z podobnym schorzeniem.	11.01.2006 r.

EWALUACJA DZIAŁAŃ

1. Pacjentka stopniowo wykazuje chęć współpracy, zaczyna nabierać wiary we własne możliwości.
2. Samopoczucie pacjentki uległo poprawie, chociaż miewa chwilowe zwątpienia w powrót do zdrowia.
3. Mimo zmodyfikowania diety, pacjentka wciąż skarży się na zaparcia.
4. Apetyt nieznacznie poprawił się, pacjentka zjada posiłki w całości.
5. Nieżyt nosa zmniejszył się, wskutek czego poprawiło się oddychanie.
6. Pacjentka przesypia większość nocy.

TRANSPLANTOLOGIA

Imię i nazwisko (inicjały):	P. K.
Data urodzenia: 06.04.1975 r.	Stan cywilny: panna
Aktywność zawodowa: pracuje	Wykonywany zawód: sekretarka
Data zbierania wywiadu: 15.02.2006 r.	

HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
<i>Rozpoznanie lekarskie:</i> stan po allogenicznym przeszczepie nerki, nefropatia BKV, cukrzyca typu I, nadciśnienie tętnicze, grzybica jamy ustnej, zakażenie w drogach moczowych	<i>Temperatura:</i> 37,3°C
<i>Przyjmowane leki:</i> Prograf 1 mg-1 mg Rapamycyna 4 mg Encorton 5 mg Furosemid 2x1 tabl Humalog Hu Mulin N Dopegyt 1x1 tabl Lacidofil 2x1 kaps Dilzem 60 mg Sorbifer 1x2 tabl Alfadiol 1x1 mg Ranigast 1x1 tabl Augumentin 1,2 g Fluconazol 100 mg Amlozek 2x5 mg	<i>Tętno:</i> 84 uderzeń/min
<i>Przebyte/obecne choroby:</i> zespół hemolityczno-mocznicowy w 1976 r. niewydolność nerek w 1994 r. zapalenie otrzewnej	<i>Oddechy:</i> 18 razy/min
<i>Pobyty w szpitalu:</i> wielokrotne pobyty na oddziale: wewnętrznym, urologicznym, transplantacyjnym	<i>Ciepłota ciała:</i> 37,3°C
<i>Przebyte zabiegi operacyjne:</i> założenie cewnika Tencoffa do dializy otrzewnowej w 2003 r. usunięcie cewnika Tencoffa w 2004 r. przeszczep nerki w 2004 r. biopsja nerki przeszczepionej	<i>Waga ciała:</i> 47 kg
<i>Przebyte urazy/wypadki:</i> nie podaje	<i>Wzrost:</i> 158 cm

WYWIAD RODZINNY

Członkowie rodziny:

ojciec, 50 lat

matka, 50 lat

siostra, 30 lat

narzeczony, 31 lat

Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:

nie podaje

Choroby występujące w rodzinie:

ojciec – żylaki kończyn dolnych

matka – nadczynność tarczycy

siostra – zespół złego wchłaniania

Hobby/zainteresowania:

ogrodnictwo, czytanie, film, muzyka

Formy spędzania czasu wolnego:

praca w ogrodzie, spacer, słuchanie muzyki, czytanie

Nalogi w rodzinie:

nie podaje

Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:

nie występują

Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne:

fizycznych nie podaje, psychiczne – częste hospitalizacje, obawa o funkcjonowanie przeszczepionego organu

Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:

nie podaje

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania: Inowrocław*Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego:* dom jednorodzinny*Ilość zajmowanych pomieszczeń:* 5 pokoi, salon, kuchnia, 2 łazienki*Ilość osób mieszkających wspólnie:* 5*Stan higieniczno-sanitarny mieszkania:* dobry*System pracy:* jednozmianowy*Ilość godzin spędzanych w pracy:* 8-10 godzin, od poniedziałku do piątku*Zagrożenia zdrowia**w domu:* nie podaje*w pracy:* nie podaje

Komunikacja:

pacjentka komunikatywna, łatwo nawiązuje kontakt z personelem oddziału i innymi pacjentami, otwarta, szybko adaptuje się do nowych trudnych sytuacji

Higiena osobista:

pacjentka utrzymuje wysoki standard higieny osobistej. Dbłość o ogólną higienę osobistą pomaga jej zmniejszyć ryzyko wystąpienia zakażeń z powodu obniżenia odporności z powodu przyjmowania leków immunosupresyjnych

Aktywność fizyczna:

aktywność fizyczna zachowana – spacerowanie, pływanie, praca w ogrodzie, ograniczenie wysiłku

Wydalenie:

prawidłowe, stolec regularny. Chora prowadzi bilans płynów – mocz oddaje w ilości 2300 ml/d i przyjmuje 2800-2900 ml/d płynów

Odżywianie:

dieta cukrzycowa z ograniczeniem białka potasu. Pacjentka zorientowana w stosowaniu diety, regularnie przyjmuje posiłki z uwzględnieniem wymienników węglowodanowych

Sen/zasypianie:

pacjentka nie zgłasza problemów z zasypianiem, przesypia 7-8 godzin

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 15.02.2006 r.

Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA			
napięcie	temperatura	wilgotność	inne objawy
prawidłowe	37,3°C	prawidłowa	brodawki w okolicy paliczków kończyn górnych

UKŁAD ODDECHOWY			
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy
18 razy/min	miarowy	nie podaje	nie podaje

UKŁAD KRAŻENIA					
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy
130/90 mmHg	76 uderzeń/ /minutę	nie występuje	nie występują	nie występuje	nie podaje

Stan biologiczny podopiecznego

UKŁAD POKARMOWY		
łaknienie	stolec	inne objawy
prawidłowe	regularny co 2-3 dni	infekcja grzybicza jamy ustnej, bolesne owrzodzenie śluzówki, wygładzenie brodawek na grzbiecie języka, obrzęk i zaczerwienie spowodowane antybiotykoterapią

UKŁAD MOCZOWY		
ilość	jakość	inne objawy
2300 ml/d	mętny	częste, nawracające zakażenia układu moczowego, pieczenie podczas oddawania miki

UKŁAD PŁCIOWY	
cykl płciowy	inne objawy
miesiączkuje	silne krwawienia trwające 5-7 dni, miesiączki nieregularne, niebolesne

UKŁAD NERWOWY		
świadomość	niedowłady/drżenia	inne objawy
pełna	nie występują	nie podaje

NARZĄD RUCHU		
zakres ruchów	sylwetka	inne objawy
pełny	prawidłowa	nie podaje

NARZĄDY ZMYŚŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLGICZNY				
wzrok	słuch	czucie	układ hormonalny	inne objawy
prawidłowy	prawidłowy	prawidłowe	zaburzony na skutek sterydoterapii	nie podaje

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

stopień przytomności	stopień świadomości	nastrój	inne objawy
pełna	pełna	prawidłowy, czasami obniżony	nie podaje

pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy
bez cech zaburzeń	tok myślenia i treści prawidłowe	pozytywny	akceptacja własnej choroby i sytuacji	nie podaje

Charakter kontaktów z innymi			Odczuwane problemy psychiczne i społeczne
domownicy	osoby z rodziny	inni	
bardzo dobry	bardzo dobry	dobry	obawa o funkcjonowanie przeszczepionego organu; częste hospitalizacje powodujące konieczność wyłączenia od życia zawodowego i rodzinnego

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy
bardzo dobra	samodzielne wykonywanie czynności z zakresu samopielęgnacji i samoopieki	wysoka	nawracające infekcje pomimo utrzymywania prawidłowej higieny osobistej

Diagnoza pielęgniarstwa

Sklonność do częstych, nawracających infekcji dróg moczowych spowodowanych obniżeniem odporności jako objawu ubocznego terapii immunosupresyjnej i obecnością wirusa BK w przeszczepionej nerce. Trudności w spożywaniu posiłków z powodu grzybicy jamy

ustnej. Dyskomfort spowodowany pikami temperatury do 39,0°C z powodu infekcji w drogach moczowych. Obawy o wypełnianie roli zawodowej i funkcjonowanie przeszczepu z powodu częstych hospitalizacji. Możliwość wystąpienia hiper- i hipoglikemii wynikająca z rozpoznanej cukrzycy.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

<p><i>Wydalenie:</i> MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA ZMNIEJSZONEJ ILOŚCI MOCZU Z POWODU DYSFUNKCJI PRZESZCZEPIONEGO ORGANU Cel: prawidłowa diureza</p>	
Plan opieki	Data
Prowadzenie dobowego bilansu płynów. Codzienna kontrola wagi ciała na czczo. Obserwacja pod kątem wystąpienia obrzęków. Kontrola ciśnienia tętniczego. Pouczenie chorej o konieczności zgłaszania wszystkich niepokojących ją objawów. Przygotowanie pacjentki do kontrolnego badania USG nerki. Pobranie krwi na zlecone przez lekarza badania laboratoryjne.	15.02.2006 r.- -18.03.2006 r. 15.02.2006 r. 17.02.2006 r.
<p>NAWRACAJĄCE ZAKAŻENIA UKŁADU MOCZOWEGO SPOWODOWANE OBNIŻENIEM ODPORNOŚCI NA SKUTEK PRZYJMOWANIA LEKÓW IMMUNOSUPRESYJNYCH Cel: niedopuszczenie do nawrotów zakażeń układu moczowego</p>	
Plan opieki	Data
Kontrola stanu ogólnego: pomiar temperatury ciała, tętna. Pobranie moczu na badanie ogólne. Pobranie krwi na posiew w przypadku wystąpienia trzykrotnego wzrostu temperatury powyżej 38,5°C. Podanie leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza. Stosowanie antybiotyku według antybiotylogramu. Zalecenie pacjentce brania kąpeli pod prysznicem i używanie mydła w płynie z dozownikiem.	15.02.2006 r.- -18.03.2006 r. 17.02.2006 r.

<i>Odżywianie:</i> TRUDNOŚCI W PRZYJMOWANIU POŚILKÓW SPOWODOWANE OBECNOŚCIĄ ZMIAN GRZYBICZYCH W JAMIE USTNEJ Cel: ułatwienie przyjmowania pożytków; niedopuszczenie do powstania niedoborów w organizmie pacjentki	
Plan opieki	Data
Zalecenie pacjentce używania miękkiej szczoteczki do mycia zębów w celu uniknięcia podrażnień	15.02.2006 r.
Podawanie pożytków lekkich, nie drażniących o papkowatej konsystencji i letniej temperaturze.	15.02.2006 r.- -01.03.2006 r.
Pędzlowanie jamy ustnej Nystatyną 3x dziennie w celu złagodzenia objawów grzybiczych.	
Podawanie Fluconazolu według karty zleceń.	
Stosowanie osłonowo Lacidofilu przy antybiotykoterapii.	

<i>Ból:</i> PIECZENIE PRZY ODDAWANIU MOCZU WYNIKAJĄCE Z INFЕКCJI DRÓG MOCZOWYCH Cel: zniwelowanie dolegliwości	
Plan opieki	Data
Poinformowanie pacjentki o dokładnej higienie okolicy krocza 2x dziennie i każdorazowo po oddaniu stolca.	15.02.2006 r.
Poinformowanie pacjentki o konieczności wypijania odpowiednich ilości płynów, w zależności od ilości wydalanego moczu.	
Prowadzenie bilansu płynów.	15.02.2006 r.- -18.03.2006 r.
Zalecenie stosowania nasiadówek z zastosowaniem środków przeciwzapalnych, np. rumianku.	
Antybiotykoterapii celowana według posiewu moczu.	15.02.2006 r.- -01.03.2006 r.
Stosowanie Furosemidu w celu mechanicznego przepłukiwania dróg moczowych i zapewnienia prawidłowej pracy nerki.	

<i>Stan psychiczny:</i> OKRESOWO OBNIŻONY NASTRÓJ SPOWODOWANY MOŻLIWOŚCIĄ UTRATY PRZESZCZEPIONEJ NERKI Cel: poprawa samopoczucia; akceptacja sytuacji zdrowotnej	
Plan opieki	Data
Stosowanie psychoterapii niekierowanej przez personel pielęgniarski polegający na: <ul style="list-style-type: none"> • namawianiu pacjentki do werbalizowania niepokoju, • wysłuchanie pacjentki, • wyjaśnienie wątpliwości, • kształtowanie pożądanych zachowań – wiara w siebie, przekonanie o własnej przydatności, • uświadomienie chorej możliwości ponownego przeszczepu w przypadku dysfunkcji obecnie przeszczepionej nerki. Zaangażowanie rodziny i narzeczonego we wsparcie emocjonalne chorej. Kontakt z psychologiem – psychoterapia kierowana.	15.02.2006 r.- -19.02.2006 r. 18.02.2006 r.

EWALUACJA DZIAŁAŃ

W wyniku przeprowadzonych działań u pacjentki zaobserwowano:

1. Brak objawów świadczących o dysfunkcji nerki, nie wystąpiła zmniejszona ilość wydalanego moczu i obrzęki.
2. Cofnięcie się zmian grzybiczych w jamie ustnej i zwiększenie łaknienia.
3. Zniwelowanie dolegliwości spowodowanych infekcją układu moczowego.
4. Brak poprawy w samopoczuciu chorej.

ŚRODOWISKO RODZINNE⁵⁸

<i>Imię i nazwisko (inicjały):</i>	Z. O.
<i>Data urodzenia:</i> 28.04.1946 r.	<i>Stan cywilny:</i> mężatka
<i>Aktywność zawodowa:</i> renta	<i>Wykonywany zawód:</i> renta
<i>Data zbierania wywiadu:</i> 01.07.2005 r.	

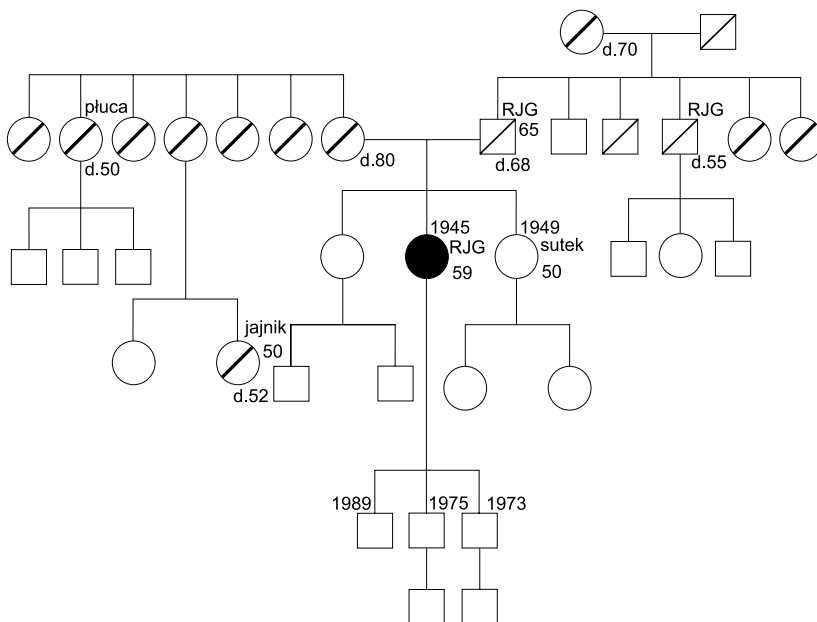
HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
<i>Rozpoznanie lekarskie:</i> nowotwór odbytnicy – stan po operacji	<i>Temperatura:</i> 37,0°C
<i>Przyjmowane leki:</i> Haloperidol – 5 kropli 2xdz MST – co 8 godz. a 200 mg Calperos 2xdz 1 tab. a 1g Durogesic 100 ug/72 godz	<i>Tętno:</i> 70 uderzeń/min
<i>Przebyte choroby:</i> nie podaje	<i>Oddechy:</i> 20 razy/min
<i>Pobyty w szpitalu:</i> 30.06.2005-20.07.2005 – Szpital Wojewódzki w Koszalinie, Oddział Chirurgii Ogólnej	<i>Ciepłota ciała:</i> 37,0°C
<i>Przebyte zabiegi operacyjne:</i> 02.07.2005 r. – wyłonienie sztucznego odbytu	<i>Waga ciała:</i> 55 kg

⁵⁸Krześlak M. (2006) *Opieka pielęgniarska w środowisku zamieszkania nad pacjentką z wyłonią stomią jelitową*. Słupsk, niepublikowana praca licencjacka, promotor: M. Lesińska-Sawicka.

WYWIAD RODZINNY
<p><i>Członkowie rodziny:</i> mąż, 61 lat syn, 17 lat syn, 31 lat syn, 32 lata</p> <p><i>Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:</i> 2004 rok – ślub syna 2005 rok – wyjazd syna za granicę</p> <p><i>Choroby występujące w rodzinie:</i> dziecięce porażenie mózgowie – syn</p> <p><i>Hobby/zainteresowania:</i> nie podaje</p> <p><i>Formy spędzania czasu wolnego:</i> nie podaje</p> <p><i>Nałogi w rodzinie:</i> używki, alkoholizm – męża nikotynizm – pacjentki</p> <p><i>Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:</i> nieznajomość zasad zdrowego żywienia, spożywanie produktów tłustych, produktów na bazie konserwantów oraz mrożonek</p> <p><i>Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne:</i> nie występują</p> <p><i>Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:</i> odizolowanie od środowiska, zerwane kontakty z dalszą rodziną, znajomymi, koleżankami</p>

WYWIAD ŚRODOWISKOWY
<p><i>Miejsce zamieszkania:</i> wieś</p> <p><i>Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego:</i> dom jednorodzinny</p> <p><i>Ilość zajmowanych pomieszczeń:</i> cztery – dwa pokoje, kuchnia i łazienka</p> <p><i>Ilość osób mieszkających wspólnie:</i> 3</p> <p><i>Stan higieniczno-sanitarny mieszkania:</i> dobry</p> <p><i>System pracy:</i> nie pracuje</p> <p><i>Ilość godzin spędzanych w pracy/szkole:</i> nie dotyczy</p> <p><i>Zagrożenia zdrowia</i> <i>w domu:</i> nikotynizm <i>w pracy/szkole:</i> nie dotyczy</p>

ZAPIS GRAFICZNY RODZINY



Legenda:



→ Kobieta



→ Mężczyzna

RJG

→ Rak jelita grubego



→ Rok życia, kiedy pacjent(ka) zachorowała

1946

→ Rok urodzenia



→ Rok życia, kiedy pacjent(ka) zmarł(a)

d.68

→ Rak, pełna dokumentacja na temat choroby



→ Rak, brak pełnej dokumentacji na temat choroby



→ Pacjent(ka) nie żyje

Komunikacja:

pacjentka zamknięta w sobie, komunikacja utrudniona

Higiena osobista:

czysta, zadbana, zdaje sobie sprawę z konieczności dbania o higienę osobistą i sumiennie tego przestrzega

Aktywność fizyczna:

ograniczona z powodu: obrzęków kończyn dolnych, dolegliwości bólowych kończyn dolnych, brzucha i okolicy lędźwiowo-krzyżowej

Wydalanie:

sztuczny odbył

Odżywianie:

nieprawidłowe: nieodpowiednie do stanu zdrowia – chora nie przestrzega zalecanej diety lekkostrawnej, spożywa produkty wywołujące zwiększone wydalenie gazów oraz biegunki: kapusta, gazowane napoje, groch, produkty mrożone, konserwy, produkty mleczne (kefir)

Sen/zasypianie:

zbyttnia senność z powodu nieprawidłowo przyjmowanych leków analgetycznych (morfina)

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 25.07.2005 r.

Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA			
napięcie	temperatura	wilgotność	inne objawy
prawidłowe	37,3°C	sucha	wokół stomii podrażnienie i zaczerwienienie

UKŁAD ODDECHOWY			
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy
18 razy/min	brzuszny	suchy	nie podaje

UKŁAD KRAŻENIA					
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy
110/70 mmHg	68 uderzeń/ /min	brak	podudzia, stopy	nie podaje	nie podaje

Stan biologiczny podopiecznego

UKŁAD POKARMOWY		
łaknienie	stolec	inne objawy
obniżone	luźny	sztuczny odbyt

UKŁAD MOCZOWY		
ilość	jakość	inne objawy
1500 ml/dobę	słomkowy	nieutrzymanie moczu (pieluchomajtki)

UKŁAD PŁCIOWY	
cykl płciowy	inne objawy
ostatnia miesiączka 2000 rok	nie podaje

UKŁAD NERWOWY		
świadomość	niedowłady/drżenia	inne objawy
zachowana	brak	nie podaje

NARZĄD RUCHU		
zakres ruchów	sylwetka	inne objawy
ograniczony	prawidłowa	ból kończyn dolnych

NARZĄDY ZMYŚŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLGICZNY				
wzrok	słuch	czucie	układ hormonalny	inne objawy
starczo-wzroczność	prawidłowy	prawidłowe	prawidłowy	nie podaje

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

stopień przytomności	stopień świadomości	nastrój	inne objawy
przytomna	pełny	obniżony	płaczliwość

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy
prawidłowa	logiczne	negatywny	negatywne	lęk związany z postrzeganiem własnej osoby

Charakter kontaktów z innymi			Odczuwane problemy psychiczne i społeczne
domownicy	osoby z rodziny	inni	
obojętny	nie utrzymuje	nie utrzymuje	utrudnione kontakty społeczne z powodu stomii (uwrażliwienie na neutralizację zapachów)

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy
niedostateczna w zakresie: diety, samopielęgnacji stomii, wykonania irygacji, wymiany worków, zasad zaopatrywania się w sprzęt, szkodliwości palenia tytoniu, radzenia sobie z emocjami	brak umiejętności w zakresie wymiany sprzętu stomijnego, wykonania irygacji stomii i samopielęgnacji	brak motywacji do nauki czynności: samopielęgnacji stomii	brak wiary w skuteczność terapii

Diagnoza pielęgnarska

Pacjentka po zabiegu operacyjnym wyłonienia sztucznego odbytu. Obniżony nastrój, ciągłe zmęczenie, płaczliwość, lęk, obrzęk i ból kończyn dolnych, ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej i brzucha, zmiany skórne wokół stomii, związane z podrażnieniem przez kał, uciążliwy

suchy kaszel. Brak dostatecznej wiedzy na temat czynności pielęgnacyjnych stomii, techniki irygacji i wymiany worków, odczuwa niepokój z powodu zmian wokół stomii, dyskomfort z powodu używania pieluchomajtek. Brak chęci do przygotowywania domowych posiłków. Obawa o bezpieczeństwo syna, brak pomocy ze strony męża w opiece nad dzieckiem oraz pomocy w obowiązkach domowych, brak wsparcia ze strony męża. Pacjentka zna rokowanie choroby, przez co trudno jest jej się mobilizować, do normalnego funkcjonowania w środowisku.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

<i>Komunikacja:</i> NIECHĘĆ PACJENTKI DO KONTAKTÓW Z OTOCZENIEM Z POWODU OBNIŻONEGO NASTROJU ZWIĄZANEGO Z TRWAJĄCĄ CHOROBA Cel: poprawa samopoczucia; akceptacja sytuacji zdrowotnej	
Plan opieki	Data
Zachęcanie chorej do rozmowy niezwiązanej z chorobą. Ukazanie pacjentce pozytywnych aspektów jej obecnej sytuacji. Wytłumaczenie mężowi pacjentki, jak istotny jest w tej chwili problem nadużywania przez niego alkoholu – taki stan rzeczy wywołuje u chorej większy żal, smutek.	30.07.2005 r.

<i>Wydalanie:</i> STRACH ZWIĄZANY Z UTRATĄ KONTROLI NAD WYDALANIEM Cel: poprawa samopoczucia; prawidłowa samopielęgnacja	
Plan opieki	Data
Udzielanie chorej informacji o spodziewanym funkcjonowaniu jelita w nowej sytuacji (cechy charakterystyczne wydalania przez stomię, częstość wydalania).	01.08.2005 r.
Nauczenie chorej i jej opiekunki, jak dopasować woreczek do stomii.	12.08.2005 r.
Demonstracja techniki irygacji stomii.	15.08.2005 r.
Informacja o częstości wymiany woreczków (w zależności od potrzeby).	
Pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych stomii.	

<p><i>Aktywność fizyczna:</i> OGRANICZONA AKTYWNOŚĆ SPOWODOWANA OBRZĘKAMI I DOLEGLIWOŚCIAMI BÓLOWYMI KOŃCZYN DOLNYCH Cel: zniwelowanie dyskomfortu; zapewnienie realizacji czynności życia codziennego</p>	
Plan opieki	Data
<p>Udzielenie chorej informacji o możliwości usprawniania, nie narażając kończyn dolnych na powstawanie obrzęków tj. podczas chodzenia robić przerwy, w czasie których kończyny unosić wyżej. Obserwowanie obrzęków i pory dnia nasilania się. Założenie karty bilansu płynów. Kontrolowanie wagi ciała. Kontrola ciśnienia tętniczego krwi. Walka z bólem – konsultacja lekarza z hospicjum w domu pacjentki w celu ustalenia leczenia bólu.</p>	03.08.2005 r.
	04.08.2005 r.
	10.08.2005 r.

<p><i>Odżywianie:</i> LEK PRZED SPOŻYWANIEM POSIŁKÓW, KTÓRE POWODUJĄ WZDECIA, WZMAGAJĄ PERYSTALTYKE, JELIT Cel: poprawa samopoczucia chorej, podniesienie poziomu wiedzy na temat prawidłowej diety</p>	
Plan opieki	Data
<p>Dokonano oceny diety, aby określić jakie pożywienie może wzmacniać perystaltykę jelit. Zalecono umiarkowane spożywanie produktów gotowych. Doradzano pacjentce, aby unikała produktów żywnościowych na bazie celulozy lub chemicelulozy (orzechy, nasiona), produkty te nie są trawione z powodu odjęcia części jelita. Zalecono ograniczenie spożywania owoców podrażniających, takich jak: gruszki, śliwki. Dostarczono materiały edukacyjne na temat diety, jak zaklasyfikować poszczególne rodzaje produktów spożywczych do zastosowania w przypadku pojawienia się biegunk lub zaparć. Przećwiczone z pacjentką układanie jadłospisu.</p>	01.08.2005 r.
	03.08.2005 r.

<p><i>Oddychanie:</i> DYSKOMFORT Z POWODU UCIAŻLIWEGO, SUCHEGO KASZLU Cel: poprawa samopoczucia, wyeliminowanie kaszlu</p>	
Plan opieki	Data
<p>Poinformowano o konieczności zmniejszenia ilości wypalanych papierosów. Zaproponowano pacjentce stosowanie profilaktyki zapobiegającej powstaniu zapalenia płuc tj. ćwiczenia oddechowe, oklepywanie pleców. Zgłoszono lekarzowi rodzinemu o konieczności osłuchania chorej.</p>	28.08.2005 r.
	02.09.2005 r.

<i>Ból:</i> NIEPOKÓJ Z POWODU NASILAJĄCYCH SIĘ DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH BRZUCHA, KOŃCZYN DOLNYCH I OKOLICY ŁĘDŹWIOWO-KRZYŹOWEJ Cel: zmniejszenie lub zniwelowanie dolegliwości bólowych; poprawa samopoczucia	
Plan opieki	Data
Walka z bólem: zniwelowanie bólu przez zastosowanie środków zaleconych przez lekarza z hospicjum. Wybór leku dokonany indywidualnie dla chorej na podstawie drabiny analgetycznej. Wybór drogi podania leku, który nie będzie przysparzał chorej dodatkowych trudności (plastry, krople, tabletki). Założenie karty godzin przyjmowania leków. Pomoc chorej w zakresie czynności dnia codziennego, opieka nad synem (wystąpienie do opieki społecznej z prośbą o pomoc: opiekunka społeczna)	10.08.2005 r. 01.09.2005 r. 10.09.2005 r.

<i>Zасыпianie/sen:</i> DYSKOMFORT Z POWODU ZBYTNIEJ SENNOŚCI, NIEWŁĄŚCIWEGO PRZYJMOWANIA ZALECONYCH LEKÓW ANALGETYCZNYCH, KTÓRE POWODUJĄ SENNOŚĆ Cel: prawidłowe przyjmowanie leków	
Plan opieki	Data
Założono kartę godzin przyjmowania leków. Poinformowano pacjentkę o konieczności ścisłego przestrzegania godzin przyjmowania leków. Zachęcano chorą do zajmowania się czynnościami dnia codziennego, do korzystania ze świeżego powietrza (krótkie spacery)	01.09.2005 r.

<i>Stan psychiczny:</i> OBNIŻONY NASTRÓJ I PŁACZLIWOŚĆ ZWIĄZANE Z POSTRZEGANIEM WŁASNEJ OSOBY Cel: akceptacja sytuacji zdrowotnej i wyglądu ciała	
Plan opieki	Data
Zachęcano pacjentkę do wypowiadania swoich odczuć dotyczących stomii. Zorganizowano spotkanie z osobą, która ma wylonioną stomię. Nawiązano współpracę z psychologiem. Zachęcano chorą do korzystania z wkładek anatomicznych zamiast pieluch, które również może otrzymać w ramach refundacji.	01.08.2005 r. 05.08.2005 r. 01.09.2005 r.

<p><i>Poziom wiedzy:</i> BRAK WIEDZY NA TEMAT: SAMOPIĘLEGNACJI STOMII, DIETY, REGULACJI WYPRÓŻNIEŃ, SPOSOBU ZAOPATRYWANIA SIĘ W SPRZĘT STOMIJNY, SZKODLIWOŚCI PALENIA TYTONIU Cel: podniesienie poziomu wiedzy na temat samopielęgnacji</p>	
Plan opieki	Data
Przekazano wiedzę i informacje na temat: postępowania dietetycznego, wymiany sprzętu i pielęgnacji skóry, regulacji wypróżnień za pomocą irygacji, radzenia sobie z emocjami, sposobu otrzymania bezpłatnie sprzętu i środków do pielęgnacji skóry wokół stomii (rozmowa, materiały edukacyjne tj. broszury, ulotki, poradniki).	09.08.2005 r.
Poinformowano o możliwości otrzymywania prenumeraty czasopism tj. „Nasza troska”. Przekazano informacje o możliwości uzyskania potrzebnej wiedzy w istniejących regionalnych towarzystwach i poradniach stomijnych oraz na stronach internetowych tych towarzystw. Dostarczono wiedzy na temat: palenie tytoniu a uciążliwy kaszel.	14.08.2005 r.

EWALUACJA DZIAŁAŃ PIEŁĘGNIARSKICH

Najbardziej odczuwane problemy przez pacjentkę to problemy natury psychicznej i z zakresu komunikacji, które w wyniku działań pielęgniarskich, niestety nie uległy całkowitemu zniwelowaniu, pacjentka w dalszym ciągu odczuwa niechęć do kontaktów z otoczeniem z powodu złego nastroju, negatywnego postrzegania własnej osoby związanego z trwającym procesem chorobowym, przyczyną tego jest również brak wsparcia ze strony męża-alkoholika. Chora odmówiła przyjęcia pomocy psychologicznej. Po spotkaniu z inną chorą, której wcześniej wyłoniono sztuczny odbyt, pacjentka przyjęła zaproszenie na spotkanie grupy wsparcia przy poradni stomijnej. Skorzystała z możliwości zamiany pieluch na wkładki anatomiczne, przez co zmniejszył się jej dyskomfort z tego powodu.

Bardzo dobry efekt działań pielęgniarskich uzyskano w zakresie wydalania, odżywiania, posiadanego poziomu wiedzy, pozyskaną wiedzę na temat samopielęgnacji, odżywiania, wydalania – potrafi wykorzystać praktycznie.

Znacznie ograniczyła ilość wypalanych papierosów, dzięki czemu kaszel jest mniej uciążliwy.

Chora dostosowała się do wskazań zapobiegających obrzękom i bólowi – dolegliwość ta nie utrudnia już w tak dużym stopniu aktywności fizycznej, jak przed podjęciem działań pielęgniarskich, co pozwala pa-

pacjentce częściej korzystać z krótkich spacerów na świeżym powietrzu. Pacjentka przyjęła pomoc zaoferowaną przez opiekę społeczną w celu odciążenia ją od obowiązków opieki nad niepełnosprawnym synem.

PEDIATRIA⁵⁹

<i>Imię i nazwisko (inicjały)/zdrobnienia:</i>	L. S. Sylwus
<i>Data urodzenia:</i> 01.01.2000 r.	<i>Dane rodziców:</i> Matka Grażyna, 30 lat Ojciec Zygmunt, 41 lat
<i>Aktywność zawodowa rodziców:</i> Matka – nie pracuje Ojciec – bezrobotny	<i>Wykonywany zawód rodziców:</i> Matka – bez zawodu Ojciec – spawacz
<i>Data zbierania wywiadu:</i> 12.10.2006 r.	

WYWIAD DOTYCZĄCY NARODZIN I KARMIENTA*Okres przedporodowy:*

przebieg ciąży nieprawidłowy, ciąża zagrożona poronieniem, matka przebywała w 15. tygodniu ciąży w oddziale ginekologii z powodu krwawienia w 20. tygodniu ciąży przebyła infekcję dróg oddechowych, otrzymywała Duomox, Flegaminę oraz Rutinoscorbin przez cały okres ciąży paliła papierosy wizyty u ginekologa były niesystematyczne, w przebiegu ciąży matka była 5 razy u ginekologa

Okres porodu:

ciąża VI, poród IV, HBD 34
poród przedwczesny z powodu wystąpienia czynności skurczowej macicy, siłami natury

Okres poporodowy:

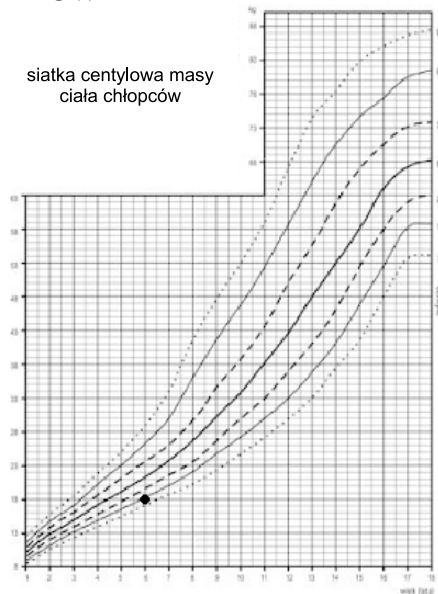
noworodek urodzony z objawami niedotlenienia, oceniony w skali apgar 6/7/8/8 pkt masa ciała urodzeniowa – 2100 g, długość – 45 cm, obwód głowy – 29 cm, obwód klatki piersiowej – 27 cm w pierwszych godzinach po porodzie wystąpiły objawy niewydolności oddechowej zastosowano oddychanie wspomagane przy pomocy CPAP z uwagi na brak poprawy stanu zdrowia dziecka i objawy wcześniactwa, przewieziono noworodka do oddziału wyższego stopnia referencji (OIOM Noworodkowy)

Sposób karmienia:

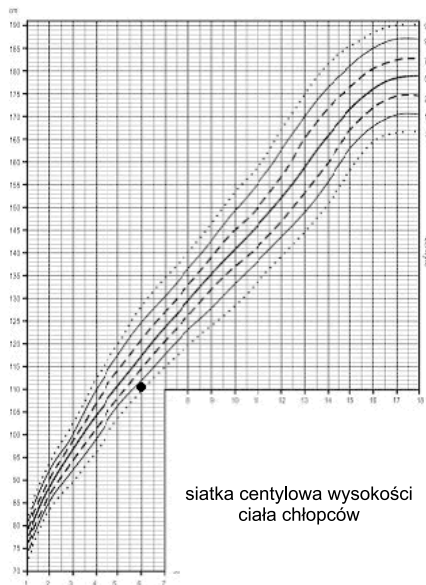
w szpitalu noworodek karmiony mieszanką Alprem, później Nan 1 po wypisie ze szpitala matka karmiła Nan 1, później Nan 2. od 5. miesiąca życia, dziecko karmione mlekiem krowim

⁵⁹Litwin M. (2007) *Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z zapaleniem płuc*. Słupsk, niepublikowana praca licencjacka, promotor: M. Lesińska-Sawicka.

SIATKI CENTYLOWE



Siatka centylowa masy ciała chłopców. Opracowanie: Palczewska J., Niedźwiecka Z., Instytut Matki i Dziecka, 1999 r.



Siatka centylowa masy ciała chłopców. Opracowanie: Palczewska J., Niedźwiecka Z., Instytut Matki i Dziecka, 1999 r.

HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
<i>Rozpoznanie lekarskie:</i> obustronne zapalenie płuc obturacyjne zapalenie oskrzeli	<i>Temperatura:</i> 38,8°C
<i>Przyjmowane leki:</i> doraźnie – Paracetamol 7,5 ml, Apittusic 3x5 ml, Nasivin 3xdz.	<i>Tętno:</i> 95 uderzeń/min
<i>Przebyte choroby:</i> zapalenie płuc – w 12. dobie życia; niedokrwistość z niedoboru żelaza – w okresie niemowlęcym; zapalenie ucha środkowego – w 15. miesiącu życia	<i>Oddechy:</i> 25 razy/min
<i>Pobyty w szpitalu:</i> 2. rok życia – zapalenie oskrzeli 4. rok życia – nieżyt żołądkowo-jelitowy	<i>Ciepłota ciała:</i> 90/55 mmHg
<i>Przebyte zabiegi operacyjne:</i> nie podaje	<i>Waga ciała:</i> 18 kg
<i>Przebyte urazy/wypadki:</i> nie podaje	<i>Wzrost:</i> 109 cm
<i>Uczulenia:</i> nie podaje	
<i>Szczepienia:</i> według obowiązującego kalendarza szczepień	
<i>Badania przesiewowe:</i> w okresie noworodkowym miał wykonane badanie w kierunku fenyloketonurii, hipotyreozy, mukowiscydozy, z wynikiem prawidłowym badanie słuchu metodą otoemisji akustycznej zostało wykonane dwukrotnie z wynikiem prawidłowym z uwagi na czynniki ryzyka (wczesniactwo, zaburzenia oddychania, przyjmowane leki) w 8. tygodniu życia wykonano badanie w kierunku niedorozwoju panewki stawu biodrowego, wynik prawidłowy bilans zdrowia 2-lotka i 4-lotka – prawidłowy	

WYWIAD RODZINNY

Członkowie rodziny:

babcia ze strony matki, 63 lata

matka, 30 lat; ojciec, 41 lat

rodzeństwo: brat, 11 lat; brat, 10 lat; siostra, 3 lata

Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:

mierć brata – wrzesień 2002 rok

narodziny siostry – lipiec 2003 rok

ojciec stracił pracę – listopad 2005 rok

Choroby występujące w rodzinie:

nervica – matka

alergia pokarmowa – siostra

Hobby/zainteresowania:

bardzo lubi układać puzzle, które ma w przedszkolu

Formy spędzania czasu wolnego:

oglądanie telewizji

Nałogi w rodzinie/używki:

matka pali 10-15 papierosów dziennie

ojciec pali 30 papierosów dziennie, pije piwo codziennie

Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:

odżywianie pod względem ilościowym odpowiednie, dieta uboga w owoce

i warzywa, zbyt mało pokarmów bogatobiałkowych (jogurt, twaróg, ryby),

od 5. miesiąca życia karmiony mlekiem krowim

Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne:

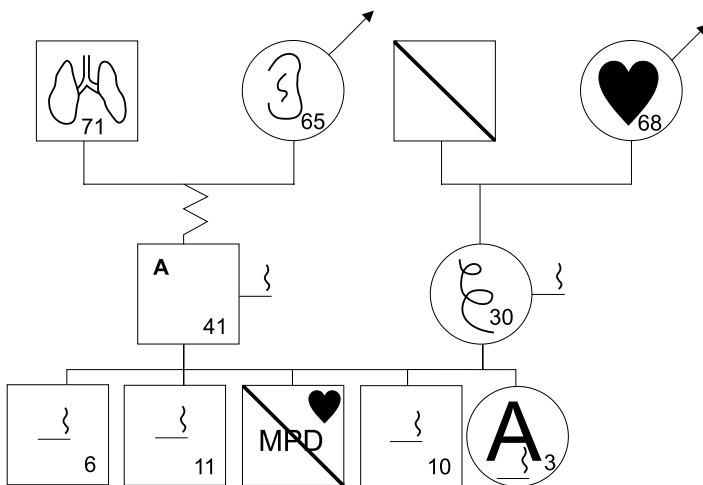
brak środków finansowych na zabezpieczenie potrzeb bieżących rodziny

(wyżywienie, zakup środków czystości, opłata rachunków itp.), konflikt z rodziną ojca

Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:

pomoc z opieki społecznej zbyt mała, aby zabezpieczyć potrzeby rodziny

GRAFICZNY ZAPIS RODZINY



Legenda:



– Palenie bierne



– Choroby serca



– Zgon



– Nadciśnienie tętnicze



– Nerwica



– Alergia pokarmowa



– Wspólne gospodarstwo domowe



– POCHP



– Głuchota



– Palenie papierosów



– Mózgowe Porażenie Dziecięce



– Picie alkoholu



– Silna więź rodzinna



– Konflikt rodzinny

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania: wieś – 250 mieszkańców

Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: dom 4-rodzinny

Ilość zajmowanych pomieszczeń: 3 pokoje i kuchnia

Ilość osób mieszkających wspólnie: 7 osób

Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: mieszkanie jasne, ale wilgotne, brak łazienki, tylko wc w domu

System pracy rodziców: matka nie pracuje, ojciec pracuje dorywczo, kilka lub kilkanaście godzin dziennie

Ilość godzin spędzanych w przedszkolu/szkole: 5 godzin dziennie

Zagrożenia zdrowia

w domu: dym papierosowy, wilgoć, złe warunki sanitarno-higieniczne
w żłobku/przedszkolu/szkole: nie ma zagrożeń

Higiena osobista:

brak nawyku utrzymania higieny osobistej i otoczenia

Aktywność fizyczna:

ruch na świeżym powietrzu w przedszkolu i w domu, gra w piłkę z kolegami

Wydalanie:

bez odchyień od normy – regularnie, 1x dziennie

Odżywianie:

dieta z przewagą węglowodanów i tłuszczu zwierzęcych, mało owoców i warzyw

Sen/zasypianie:

dziecko zasypia tylko ze swoją „szmatką” i w obecności matki, która głaska go po głowie

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 12.10.2006 r.

Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA			
napięcie	temperatura	wilgotność	inne objawy
prawidłowe	38,8°C	skóra sucha	wypieki na twarzy, na górnej wardze opryszczka

UKŁAD ODDECHOWY			
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy
25 razy/min	oddech utrudniony	wilgotny	zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym

Stan biologiczny podopiecznego

UKŁAD KRAŻENIA					
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy
90/55 mmHg	95 uderzeń/ /min	nie wstępuje	nie występuje	wydechowa	nie występują

UKŁAD POKARMOWY		
łaknienie	stolec	inne objawy
obniżone	prawidłowy	nie występują

UKŁAD MOCZOWY		
ilość	jakość	inne objawy
800 ml	słomkowy	nie występują

UKŁAD PŁCIOWY	
cykl płciowy	inne objawy
nie dotyczy	narządy płciowe odpowiednie do płci i wieku

UKŁAD NERWOWY		
świadomość	niedowłady/drżenia	inne objawy
mała	nie występują	niepokój, płacz

NARZĄD RUCHU		
zakres ruchów	sylwetka	inne objawy
prawidłowy	nieprawidłowa	odstające łopatki, zaokrąglone plecy, wypukły brzuch

Stan biologiczny podopiecznego

NARZĄDY ZMYŚŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLGICZNY				
wzrok	słuch	czucie	układ hormonalny	inne objawy
prawidłowy	prawidłowy	dobrze	prawidłowy	nie występują

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

stopień przytomności	stopień świadomości	nastrój	inne objawy
przytomny	zorientowany w czasie i miejscu	obniżony	obawa przed pozostaniem bez matki

pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy
dobra	logiczne	pesymistyczny	przygnębiony z powodu hospitalizacji	nie występują

Charakter kontaktów z innymi			Odczuwane problemy psychiczne i społeczne
domownicy	osoby z rodziny	inni	
dobry	dobry	dobry	brak akceptacji pobytu w szpitalu; niepokój związany z brakiem wiedzy o zabiegach diagnostycznych i leczniczych; tęsknota za domem

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy
brak wiedzy dotyczącej: – pielęgnacji ciała; – zasad prawidłowej postawy; – prawidłowego oczyszczania nosa	potrafi odkrztuszać i odpluwać zalegającą wydzielinę	obniżona, spowodowana brakiem wiedzy	niepokój związany z brakiem umiejętności zadbania o higienę osobistą i otoczenia

DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

Chłopiec, lat 6, przyjęty na oddział z powodu kaszlu oraz gorączki do 39°C, trwającej od trzech dni. Dziecko od kilku dni leczone w domu, bez poprawy. Przy przyjęciu dziecka na oddział wystąpiła duszność wydechowa oraz wilgotny napadowy kaszel z odpluwaniem gęstej wydzieliny. Chłopiec bardzo niespokojny, płaczący, kurczowo trzyma się ręki matki. Powłoki skórne różowe, suche, wypieki na twarzy, oczy błyszczące, na górnej wardze opryszczka, język suchy pokryty białym nalotem. Dziecko jest szczupłej budowy ciała, ma odstające łopatki, zaokrąglone plecy. Posiłki przyjmuje niechętnie, w małych ilościach. Widoczna próchnica na pojedynczych zębach mlecznych.

PLAN OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ

<i>Komunikacja:</i> NIEPOKÓJ I PŁACZ DZIECKA SPOWODOWANY FAKTEM HOSPITALIZACJI I ROZŁĄKĄ Z DOMEM I RODZĘŃSTWEM Cel: uspokojenie dziecka	
Plan opieki	Data
Stworzenie spokojnej i przyjaznej atmosfery na oddziale. Pozyskanie zaufania dziecka i jego rodziny poprzez rozmowę z dzieckiem, wytłumaczenie dziecku konieczności pozostania w szpitalu. Zapoznanie dziecka i matki z topografią oddziału. Stworzenie własną postawą atmosfery troski, życzliwości i zaufania. Dbanie o poszanowanie godności osobistej dziecka i rodziców. Umożliwienie dziecku kontaktu telefonicznego z rodziną – nauczanie korzystania z „Telefonu do mamy”. Organizowanie czasu wolnego i pomoc w kontaktach z innymi dziećmi.	12.10.2006 r.

<p><i>Higiena osobista:</i> OBNIŻONY NASTRÓJ Z POWODU TRUDNOŚCI W UTRZYMANIU HIGIENY OSOBISTEJ I OTOCZENIA Cel: zapewnienie realizacji podstawowych potrzeb; poprawa samopoczucia dziecka</p>	
Plan opieki	Data
<p>Pomoc przy wykonywaniu toalety porannej i wieczornej całego ciała dziecka. Stworzenie intymnych warunków do wykonywania toalety. Zapewnienie przyborów do mycia oraz ręcznika. Codzienna, lub w zależności od potrzeb, zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Mycie miękką szczoteczką zębów po każdym posiłku. Porządkowanie i dopilnowanie czystości szafek przyłóżkowych. Dbanie o prawidłowy mikroklimat sali – temperatura 18-19°C, wilgotność 70-80%, wietrzenie pośrednie. Edukacja zdrowotna dziecka i matki o możliwych sposobach pielęgnacji dziecka.</p>	13.10.2006 r.

<p>DYSKOMFORT SPOWODOWANY WYSOKĄ GORĄCZKĄ Cel: prawidłowa temperatura ciała</p>	
Plan opieki	Data
<p>Stosowanie chłodnych okładów na głowę i okładów żelowych na brzuch i kończyny. Podawanie zaleconych środków przeciwgorączkowych. Podawanie zwiększonej ilości płynów do picia, częste przepajanie małymi porcjami. Ubieranie dziecka w lekką, przewiewną, bawełnianą piżamę, okrycie lekką, przewiewną kołdrą. Częsta kontrola temperatury ciała, zapisywanie w karcie gorączkowej. Utrzymanie odpowiedniej wilgotności i temperatury pomieszczenia. Natłuszczanie spierzchniętych warg. Zmiana bielizny osobistej i pościelowej w przypadku przepocenia.</p>	12-14.10.2006 r.

<p><i>Aktywność fizyczna:</i> OBNIŻONY NASTRÓJ DZIECKA WYWOŁANY OGRANICZENIEM RUCHOWYM Z POWODU DUSZNOŚCI Cel: poprawa samopoczucia dziecka; ułatwienie oddychania</p>	
Plan opieki	Data
Zapobieganie gromadzeniu się wydzieliny poprzez nakłanianie do odksztuszania. Prowadzenie w łóżku czynnej gimnastyki. Wykonywanie ćwiczeń oddechowych 3xdziennie przed posiłkiem. Nakłanianie do częstej zmiany pozycji dziecka. Szybkie uruchamianie dziecka (po ustąpieniu duszności). Organizowanie czasu wolnego w trakcie leżenia w łóżku.	13.10.2006 r.

<p><i>Odżywianie:</i> OBNIŻONE ŁAKNIENIE Z POWODU STANU ZDROWIA (GORĄCZKI, ZALEGANIA WYDZIELINY W GÓRNYCH DROGACH ODDECHOWYCH) Cel: poprawa łaknienia</p>	
Plan opieki	Data
Planowanie jadłospisu w zależności od fazy choroby. Wykonywanie toalety jamy ustnej przed posiłkiem. Umożliwić wygodną pozycję przy przyjmowaniu posiłków. odawać posiłki częściej, ale w małych ilościach. Wybierać ulubione posiłki dziecka i dbać o ich estetyczne podanie. Zapoznanie dziecka i rodziców z dietą lekkostrawną i jej znaczeniem w przebiegu choroby. Usunąć czynniki wpływające ujemnie na łaknienie, np. nieprzyjemne zapachy. Wywietrzyć salę przed posiłkiem. Przekonanie o konieczności zmiany nawyków żywieniowych, wyrobienie u dziecka i jego rodziców prozdrowotnych nawyków związanych z przyjmowaniem posiłków.	12-14.10.2006 r.

<p><i>Oddychanie:</i> TRUDNOŚCI W ODDYCHANIU SPOWODOWANE DUSZNOŚCIĄ I ZALEGANIEM WYDZIELINY W DROGACH ODDECHOWYCH Cel: ułatwienie oddychania; zwiększenie powierzchni oddechowej</p>	
Plan opieki	Data
<p>Ułożenie dziecka w wygodnej, wybranej pozycji z zastosowaniem udogodnień. Zapewnienie ciszy i spokoju. Zapewnienie prawidłowego mikroklimatu pomieszczenia, czyli wietrzenie sali, temperatura pomieszczenia 18-20°C, wilgotność powietrza w granicach 50-70%. Nauka i zachęcanie do gimnastyki oddechowej przez 5-10 min co 3 godz. Wykonywanie nebulizacji wg zleceń lekarskich:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mucosolvan 2 x dziennie do godziny 17:00, – Ventolin 4 x dziennie, – Flixotide 2 x dziennie. <p>Stosowanie leków wziewnych przez „baby-holer”, jedno dmuchnięcie, 30 sekund przerwy i kolejne. Oklepywanie 15-20 razy po wykonanej nebulizacji. Pomoc przy odkrztuszaniu i odpluwaniu wydzieliny. Zapewnienie dostatecznej ilości chusteczek. Pouczenie o płukaniu jamy ustnej po każdej inhalacji przegotowaną wodą. Wykonanie drenażu ułożeniowego po inhalacji z Mucosolvanu. Oszczędzanie dziecku wysiłku poprzez pomoc w wykonywanych czynnościach. Podanie tlenu na zlecenie lekarza. Zapewnienie luźnej bielizny osobistej. Obserwacja regularności wypróżnień. Odwracanie uwagi dziecka od odczuwanych objawów.</p>	12.10.2006 r.
<p>PŁACZ I NIEPOKÓJ Z POWODU WILGOTNEGO KASZLU Z ODKRZTUSZANIEM WYDZIELINY Cel: zniwelowanie kaszlu</p>	
Plan opieki	Data
<p>Wyjaśnienie dziecku, że kaszel i odpluwanie wydzieliny są niezbędnymi elementami do wyzdrowienia. Stosowanie inhalacji i drenażu złożeniowego. Oklepywanie klatki piersiowej. Częste pojenie dziecka. Nauczenie i zachęcanie do gimnastyki oddechowej przez 5-10 min, co 3 godz. i kaszlu z odpluwaniem wydzieliny. Pouczenie dziecka, aby zasłaniało usta i nos w czasie kaszlu i używało tylko chusteczek jednorazowych, nie połykało wydzieliny. Zapewnienie dostatecznej ilości chusteczek higienicznych lub ligniny. Obserwacja charakteru odkrztuszonej wydzieliny. Pouczenie dziecka o potrzebie płukania jamy ustnej środkiem antyseptycznym lub przegotowaną wodą.</p>	13.10.2006 r.

<i>Ból:</i> NIEPOKÓJ DZIECKA I JEGO MATKI PRZED ZAŁOŻENIEM KONIECZNEGO WKŁUCIA DOŻYLNIEGO Cel: uspokojenie matki i dziecka	
Plan opieki	Data
Przygotowanie psychiczne dziecka do założenia wkłucia poprzez nawiązanie kontaktu słownego oraz unikanie sytuacji, które mogą go przestraszyć lub zawstydić. Poinformowanie matki i dziecka o czynnościach, które muszą być wykonane, o ich celowości i konieczności w sposób zrozumiały i odpowiedni do wieku dziecka. Utrzymanie drożności wkłucia. Zabezpieczenie wenflonu przed wyciągnięciem przez dziecko. Zapobieganie odczynom zapalnym w okolicy wkłucia.	12.10.2006 r.

<i>Zasypianie/sen:</i> TRUDNOŚCI W ZASYPIANIU SPOWODOWANE HOSPITALIZACJĄ Cel: spokojny całonocny sen	
Plan opieki	Data
Stworzenie warunków, aby dziecko mogło zasypiać w wygodnej dla siebie pozycji i przy bliskiej obecności matki. Zapewnienie pokoju do pobytu tylko matki z dzieckiem. Zapewnienie intymności zasypiania.	12-15.10.2006 r.

<i>Stan psychiczny:</i> NIEPOKÓJ DZIECKA I JEGO MATKI PRZED ZABIEGAMI LECZNICZYM, DIAGNOSTYCZNYM I FIZYKOTERAPEUTYCZNYM Cel: uspokojenie matki i dziecka; współudział w działaniach diagnostyczno-leczniczo-fzykoterapeutycznych	
Plan opieki	Data
Wyjaśnienie dziecku i jego rodzicom celu badań i zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych. Przygotowanie psychiczne dziecka do planowanego zabiegu diagnostycznego i leczniczego poprzez: – rozmowę z dzieckiem, – dostarczenie informacji na temat wykonywanych przy nim czynności, o ich celowości, przebiegu, sposobie zachowania w trakcie ich przebiegu w sposób zrozumiały, – unikanie sytuacji, które mogą przestraszyć dziecko lub zawstydić. Właściwa interpretacja zachowań dziecka w trudnej dla niego sytuacji. Pozyskanie dziecka do współpracy, zaproponowanie udziału w wykonywaniu niektórych czynności porządkowych i organizacyjnych np. (uzupełnianie potrzebnych środków opatrunkowych i higienicznych).	12-15.10.2006 r.

EWALUACJA DZIAŁAŃ

W wyniku przeprowadzonych działań osiągnięto następujące rezultaty:

1. Poczucie leku i niepewności związane z hospitalizacją zmniejszyły się ale nie ustąpiły całkowicie.
2. Dziecko i jego matka chętnie brali udział w czynnościach terapeutycznych, przekonani o słuszności ich stosowania.
3. Powrót apetytu dziecka, chęć do rozmowy i zabawy z rówieśnikami.
4. Nawilżanie powietrza, częste inhalacje, oczyszczanie nosa dziecka, odkrztuszanie wydzieliny oraz edukacja zdrowotna matki znacznie poprawiły samopoczucie dziecka.
5. Kaszel u dziecka całkowicie ustąpił.
6. Dziecko przespiało spokojnie całą noc.

Pomocne okazały się również zaplanowane działania pielęgniarские w kierunku zaspokajania potrzeb biologicznych. Matka została poinformowana o właściwym odżywianiu i nawadnianiu dziecka w chorobie, aktywności ruchowej, utrzymania czystości ciała i otoczenia, odpowiedniej ilości snu i wypoczynku.

Matka po opuszczeniu szpitala wraz ze swoim dzieckiem, posiadała wiedzę i umiejętności potrzebne do kontynuowania opieki nad dzieckiem w warunkach domowych, a dziecko do samoopieki i samokontroli. Matka została poinformowana o korzyściach płynących ze zdrowego stylu życia rodziny oraz kształtowania właściwych nawyków higienicznych w rodzinie. Otrzymała wskazówki oraz ulotki informujące o żywieniu dzieci szkolnych oraz konieczności kontynuowania szczepień ochronnych obowiązujących i możliwości zastosowania szczepień zalecanych.

Pouczono również matkę o sposobach i warunkach utrzymania zdrowia, unikania przezięgnięć, unikania osób chorych, ubiorze dziecka właściwego do pory roku i dnia, nie przegrzewaniu dziecka, nie oziębianiu po kąpeli, a także czynnikach zagrożenia, a w szczególności o szkodliwym działaniu dymu tytoniowego na zdrowie całej rodziny i możliwości nawrotu infekcji dróg oddechowych w przyszłości.

NEONATOLOGIA⁶⁰

<i>Imię i nazwisko (inicjały):</i>		E. W.
<i>Data urodzenia:</i> 09.05.2005 r. <i>Wiek:</i> 6 miesięcy	<i>Dane rodziców:</i> Matka K. P., Ojciec W. W. <i>Wiek rodziców:</i> Matka, 23 lata Ojciec, 33 lata	
<i>Aktywność zawodowa rodziców, wykonywany zawód:</i> Matka nie pracuje Ojciec pracuje – stolarz		
<i>Data zbierania wywiadu:</i> 15.11.2005 r.		

WYWIAD RODZINNY
<p><i>Członkowie rodziny:</i> matka, ojciec, dziecko</p> <p><i>Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata:</i> nie podaje</p> <p><i>Choroby występujące w rodzinie:</i> niedokrwistość, nadciśnienie, astygmatyzm, otyłość</p> <p><i>Hobby/zainteresowania:</i> w wolnym czasie matka uczy się języka angielskiego</p> <p><i>Formy spędzania czasu wolnego:</i> spacery, wycieczki rowerowe, czytanie książek</p> <p><i>Nałogi w rodzinie/użytki:</i> matka i ojciec bez nałogów, członkowie dalszej rodziny palą papierosy</p> <p><i>Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe:</i> nie występują</p> <p><i>Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne:</i> ojciec pracuje ciężko fizycznie w tartaku</p> <p><i>Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:</i> rodzice dziecka nie utrzymują kontaktu ze swoimi ojcami</p>

⁶⁰Repa K. (2006) *Rola pielęgniarki w opiece nad wcześniakiem i jego rodziną*. Słupsk, niepublikowana praca licencjacka, promotor: M. Lesińska-Sawicka.

WYWIAD DOTYCZĄCY NARODZIN I KARMIENTA

Okres przedporodowy:

ciężarna była pod stałą kontrolą lekarza ginekologa i położnej w stanie ogólnym zadowolającym. Nie podaje chorób i operacji w wywiadzie. Pierwsze badanie ginekologiczne wykonano w 12 tyg. ciąży. Ruchy płodu poczuła około 22 tyg. ciąży. Pierwsze USG wykonano w 12 tyg., kolejne w 18, 26, 31, 33. Wyniki laboratoryjne w czasie ciąży wykazały białkomoc i zakażenie dróg moczowych. W 20 tyg. stwierdzono gestozę. Ciężarna leczyła się na nadciśnienie, które wahało się w granicach 160/100. Systematycznie przyjmowała Folik, Relanium oraz Dopegyt. Na nogach występowały obrzęki, które nasilały się przy dłuższym chodzeniu, ustępowały po odpoczynku nocnym. W 23 tyg. ciąży włączono leczenie Hydroxyzyną, Magnesin, Relanium. Hospitalizowana była w oddziale patologii ciąży z powodu omdlenia w wywiadzie (charakter ortostatyczny). Po jednodniowej obserwacji ciężarna wypisana została do domu w stanie ogólnym dobrym. W 28 tyg. ciąży założono Krążek Pessara na szyjkę z powodu powstającego rozwarcia i zagrożenia porodem przedwczesnym. W 31 tyg. hospitalizacja z powodu złego stanu ogólnego: podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi, nieprawidłowych wyników morfologicznych i badania ogólnego moczu. Zlecono leki hypotensyjne – Dopegyt. Na podstawie wykonanego UDG stwierdzono, że dziecko jest przygotowane do wcześniejszego narodzenia. Ciężarnej zalecono leżenie w łóżku, ograniczenie ruchu. Podano: Diprophos w celu przyspieszenia rozwoju płuc dziecka oraz Fenoterol i Isoptin we wlewie kroplowym na powstrzymanie skurczów mięśnia macicy. Kontrolnie 2x dziennie wykonywano zapis KTG. Ciśnienie tętnicze wahało się w granicach 165/110, w moczu stwierdzono białko i liczne bakterie. Nastrój ciężarnej był obniżony.

Okres porodu:

w 33 tygodniu ciąży na podstawie badań przeprowadzonych przez ginekologa stwierdzono zakażenie wewnątrzmaciczne, zagrożenie porodem przedwczesnym i usunięto Krążek Pessara. W nocy z 08.05.2005 r. na 09.05.2005 r. u ciężarnej wystąpiły zaburzenia oddychania, RR 200/150, liczba ruchów płodu zmniejszyła się, o godz. 23.30 ruchy ustały, zapis KTG był nieprawidłowy. Ciężarną przewieziono na salę porodową. Wykonano cięcie cesarskie ze wskazań: gestozą, zanik tętna płodu, niestabilny stan matki, zagrożenie rzucawką. Zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe. Dziecko wydobyto o godzinie 0.50., córka żywa w stanie ogólnym dobrym. Otrzymała 8 punktów w skali Apgar. Ciężar ciała 1450 g., długość 41 cm., obwód głowy 27 cm., obwód klatki piersiowej 24 cm.

*Sposób karmienia dziecka:**karmienie sztuczne:*

w pierwszej dobie życia żywienie dożołądkowe. Początkowo 5% glukoza, następnie pokarm matki podawany pipetą. Dnia 02.06.2005 r. podjęto pierwszą próbę karmienia piersią;

karmienie piersią:

początkowo bardzo nieudane. Kolejne od dnia 12.06.2005 r. skuteczniejsze, dziecko było przystawiane do piersi około 10-13 razy na dobę po 10-20 minut. Nie najadało się, matka miała za mało pokarmu. Położna zaproponowała dokarmianie dziecka. Wprowadzono Bebiko HA

INWENTARZ ROZWOJU PSYCHORUCHOWEGO DZIECKA

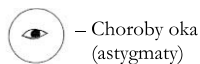
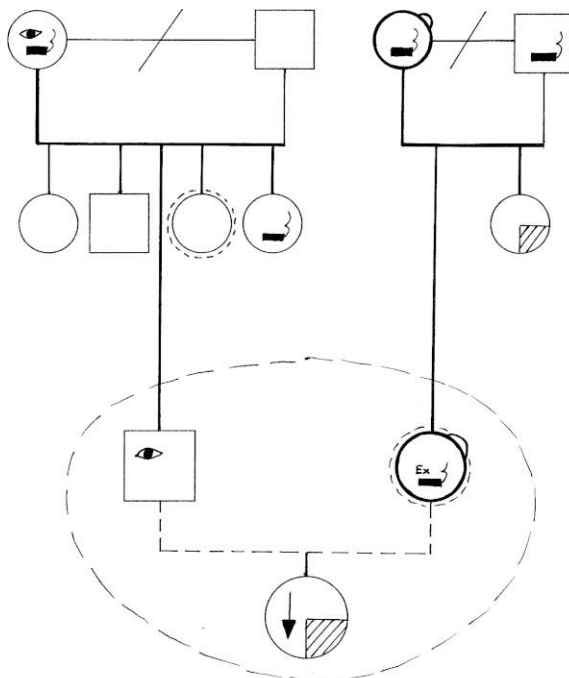
Karta rozwoju psychicznego dziecka do 6. miesiąca życia							
Oczekiwane osiągnięcia dziecka w kolejnych miesiącach życia		Stwierdzone osiągnięcia					
		1	2	3	4	5	6
1.	W pozycji na brzuchu unosi głowę chwiejnie				X		
	Skupia wzrok na twarzy badającego przez chwilę			X			
	Wydaje krótkie dźwięki gardłowe			X			
2.	Utrzymuje główkę przy podciąganiu do pozycji siedzącej				X		
	Śledzi wzrokiem osobę poruszającą się				X		
	Reaguje mimiką na kontakt z badającym				X		
3.	W pozycji na brzuchu opiera się na przedramieniu					X	
	Utrzymuje głowę prosto w pozycji siedzącej						X
	Bawi się rękami, odpowiada uśmiechem na uśmiech					X	
4.	W pozycji na brzuchu nogi proste lub pół wyprostowane						X
	Podciągane do pozycji siedzącej unosi głowę i ramiona						X
	W odpowiedzi śmieje się głośno i gaworzy					X	
5.	W pozycji na brzuchu opiera się na dłoniach						
	Chwyta grzechotkę leżącą w zasięgu ręki i obraca nią						X
	Wydaje okrzyki radości						X
6.	Odwraca się z pleców na brzuch i na odwrot						
	Trzymane pionowo utrzymuje częściowo ciężar ciała						
	Siedząc z oparciem, chwyta pewnie grzechotkę jedną ręką						
7.	Siedzi przez moment bez podtrzymania						
	Pelza okrężnie i do tyłu						
	Gaworzy, wymawiając sylaby						

PRZYROST MASY I DŁUGOŚCI CIAŁA. CENTYLE

Data	Wiek (w miesiącach)	Wzrost (w cm)	Centyle wysokości ciała	Waga (w kg)	Centyle masy ciała
09.05.2005 r.	urodzona	41	>3	1,450	>3
30.07.2005 r.	2	50	>3	3,200	>3
19.08.2005 r.	3	53	>3	3,665	>3
10.09.2005 r.	4	55	>3	4,350	>3
30.10.2005 r.	5	60	>3	5,375	>3
15.11.2005 r.	6	60,5	>3	5,702	>3

HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
<i>Rozpoznanie lekarskie:</i> wczesniactwo (33 HBD)	<i>Temperatura:</i> 36,4°C
<i>Zastosowane leczenie:</i> tlenoterapia n-CPAP (4 doby): Biotaksym Vitacon Lakcid 10% Glukoza Jony Witamina A, E, D3 Hemofer Expres Fototerapia wczesna rehabilitacja, szeroko pieluszkowano	<i>Oddechy:</i> prawidłowe, regularne, 26 razy/min
<i>Przebyte badania, zabiegi:</i> 09.05.2005 r. – RTG płuc i serca (przywłokowe płuca o zmniejszonej powietrzności, serce w normie) 10.05.2005 r. – RTG płuc i serca kontrolne – w normie, USG mózgowia (2x) odpowiednie do wieku, USG jamy brzusznej – w normie 30.05.2005 r. – konsultacja okulistyczna – dno oka: w normie 16.08.2005 r. – USG bioder – prawidłowe	<i>Ciepłota:</i> nie mierzono
<i>Przebyte choroby:</i> brak	<i>Tętno:</i> prawidłowe, miarowe, dobrze napięte 132 uderzeń/min
<i>Uczulenia:</i> nie wykryto	<i>Waga ciała:</i> 5,702 kg
<i>Szczepienia:</i> 17.06.2005 r. – BCG, WZW-B, Eurax B 10.09.2005 r. – DTP, WZW-B 22.10.2005 r. – DTP, Imovax Badania przesiewowe. Fenyloketonuria, Hypotyreoza (15.05.2005 r.) wynik prawidłowy, badanie słuchu, wzroku (01.06.2005 r.) prawidłowe, USG bioder (16.08.2005 r.) prawidłowe	<i>Wzrost:</i> 60,5 cm

ZAPIS GRAFICZNY RODZINY



– Choroby oka
(astygmaty)



– Opóźniony
rozwoj
psychoruchowy



– Otyłość



– Nadciśnienie



– Były palacz



– Bóle głowy



– Palenie
papierosów



– Choroby
hematologiczne
(niedokrwistość)



– Kobieta



– Mężczyzna



– Małżeństwo



– Konkubinaty



– Separacja



– Silne więzi

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania: miasto

Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: mieszkanie własnościowe w starej kamienicy

Ilość zajmowanych pomieszczeń: 2 pokoje, kuchnia, łazienka i przedpokój

Ilość osób mieszkających wspólnie: 3

Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: dobry, mieszkanie jest suche i słoneczne

System pracy rodziców: ojciec pracuje od poniedziałku do piątku po 8-10 godzin

Zagrożenia zdrowia w domu: mieszkanie ogrzewane jest piecem kaflowym, występuje ryzyko zaproszenia ognia, zacczadzenia

Komunikacja: dziecko zgłasza swoje potrzeby zmianą zachowania, płaczem, grymasem twarzy, matka potrafi je rozpoznawać i zaspokajać

Higiena osobista: stan higieniczny dobry, rodzice dbają o higienę ciała dziecka

Aktywność fizyczna: dziecko stymulowane jest do aktywności fizycznej poprzez zabawę, rehabilitację oraz podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych

Wydalenie: okresowe zaparcia

Odżywianie: dziecko karmione jest piersią na żądanie i dokarmiane butelką Nan 1 ok. 4x120-140 ml

Sen/zasypianie: bez problemów, przesypia całą noc, w dzień śpi ok. 4 godzin

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 16.11.2005 r.

Stan biologiczny dziecka

SKÓRA			
napięcie	temperatura	wilgotność	inne objawy
prawidłowe	36,4°C	sucha	zaczzerwienione pośladki

UKŁAD ODDECHOWY			
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy
26 razy/min	regularny	nie występuje	nie występują

UKŁAD KRAŻENIA					
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy
nie zmierzono	132 uderzeń/ /min	nie występuje	nie występują	nie występuje	nie występują

Stan biologiczny dziecka

UKŁAD POKARMOWY		
łaknienie	stolec	inne objawy
zmniejszone	prawidłowy	okresowo występują zaparcia

UKŁAD MOCZOWY		
ilość	jakość	inne objawy
ilość zmienianych pieluch około 8	kolor słomkowy	nie występują

NARZĄD RUCHU		
zakres ruchów	sylwetka	inne objawy
ruchomość w stawach zmniejszona, przykurcze w stawach skokowych	charakterystyczna dla wcześniaka	słabe napięcie mięśniowe

UKŁAD NERWOWY		
świadomość	niedowłady/drżenia	inne objawy
zachowania prawidłowe, charakterystyczne dla wcześniaka	nie występują	nie występują

NARZĄDY ZMYŚŁÓW			
wzrok	sluch	czucie	węch
prawidłowy	prawidłowy	prawidłowe	prawidłowa reakcja

Stan psychiczny i społeczny

stopień przytomności	stopień świadomości	nastrój	inne objawy
adekwatny do wieku rozwojowego	adekwatny do wieku rozwojowego	prawidłowy	nie występują

Stan psychiczny i społeczny

pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy
zapamiętuje i rozróżnia osoby z rodziny i obce	reaguje na ludzką twarz, dźwięki, głos, uśmiech i pieszczotliwy ton	reaguje na bodźce słuchowe, wzrokowe, dotykowe i smakowe; krzyczy, piszczy; wyraża niezadowolenie, gdy nie zwracamy na nią uwagi	obojętność, nieświadomość adekwatna do wieku rozwojowego	nie występują

Charakter kontaktów z innymi			Odczuwane problemy psychiczne i społeczne
domownicy	osoby z rodziny	inni	
rozpoznaje rodziców, na ich widok reaguje uśmiechem, piszczy, śmieje się, gdy do niej mówią	na ich widok okazuje zadowolenie, odpowiada uśmiechem na uśmiech	początkowo jest nieufna, mimiką twarzy okazuje zaniepokojenie	nie występują

STAN WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI DO OPIEKI I PIELĘGNACJI – MATKA

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy
zna podstawowe potrzeby pielęgnacyjne i zdrowotne dziecka, wie i rozumie, że wymaga ono specjalnej opieki i troski	umie zaspokajać podstawowe potrzeby pielęgnacyjne i zdrowotne dziecka	wyraża zainteresowanie i chęć współpracy z pielęgniarką, angażuje się w czynności pielęgnacyjne	brak wiedzy na temat specyfiki rozwoju wcześniaka, i jego rehabilitacji

DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

Dziecko z powodu niedojrzałości organizmu nie umie regulować ciepłoty własnego ciała, jest nieustannie narażone na wyziębienie organizmu. Napięcie mięśniowe jest obniżone, występują przykurcze w stawach skokowych. Pośladki są zaczerwienione. Periodycznie pojawiają się zaburzenia w oddychaniu. Wcześniak ma problemy z przyjmowaniem pokarmów, okresowo występują zaparcia. Nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb. Ma trudności w zasypianiu. Silnie odczuwa bodźce bólowe.

PLAN OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ

<i>Komunikacja:</i> MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA NIEPOKOJĄCYCH OBJAWÓW, SPOWODOWANYCH BRAKIEM WERBALIZACJI PROBLEMÓW PRZEZ DZIECKO Cel: niedopuszczenie do wystąpienia niepokojących objawów	
Plan opieki	Data
Dokładna obserwacja zachowań dziecka w ciągu dnia. Obserwacja skóry dziecka. Różnicowanie płaczu i mimiki w zależności od zaistniałej sytuacji. Właściwe interpretowanie zachowań dziecka. Zaspokajanie potrzeb dziecka według występujących zachowań.	od 09.05.2005 r. do 15.11.2005 r.

<i>Higiena osobista:</i> RYZYKO WYSTĄPIENIA ZMIAN SKÓRNYCH SPOWODOWANYCH BRAKIEM UMIEJĘTNOŚCI PROWADZENIA SAMOPIELEGNACJI Cel: niedopuszczenie do wystąpienia zmian skórnych	
Plan opieki	Data
Codziennie wykonywanie toalety całego ciała oraz, w razie potrzeby, zmiana pampersów. Codziennie lub w razie potrzeby zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Mycie i pielęgnacja skóry pośladków po każdej defekacji, mikcji. Stosowanie bielizny osobistej luźnej, nie krępującej ruchów, z naturalnych surowców. Wykonywanie toalety jamy ustnej. Nawilżanie skóry np. oliwką, chusteczkami z balsamem. Stała kontrola stanu skóry. Pielęgnacja pępka i skóry w jego okolicy.	od 09.05.2005 r. do 15.11.2005 r.

<i>Aktywność fizyczna:</i> RYZYSKO DEFORMACJI W STAWACH Z POWODU OPÓŹNIONEGO ROZWOJU RUCHOWEGO Cel: niedopuszczenie do powstania deformacji stawów	
Plan opieki	Data
Prowadzenie w łóżeczku czynnej i biernej gimnastyki. Wykonywanie masażu całego ciała. Prowadzenie działań rehabilitacyjnych. Częsta zmiana pozycji ułożeniowej dziecka, stosowanie podpórek, pobudzanie aktywności ruchowej poprzez zabawę.	od 16.05.2005 r. do 15.11.2005 r.

<i>Wydalenie:</i> DYSKOMFORT FIZYCZNY I PSYCHICZNY SPOWODOWANY ZAPARCMIAMI Cel: regularne wypróżnienia	
Plan opieki	Data
Zmodyfikowanie karmienia, zmiana mleka z Babilon HA na Nan 1. Podawanie dziecku przegotowanej wody przed każdym karmieniem. Dopajanie dziecka herbatą rumiankową 2 razy dziennie. Obserwacja regularności wypróżnień. Zapewnienie ciszy i spokoju. Masowanie brzuszka. Pobudzanie do aktywności ruchowej.	od 18.08.2005 r. do 15.11.2005 r.

<i>Odżywianie:</i> MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA ODWODNIENIA, NIEDOŻYWIENIA SPOWODOWANEGO BRAKIEM MOŻLIWOŚCI SAMODZIELNEGO ZASPOKAJANIA POTRZEBY ODŻYWIANIA Cel: niedopuszczenie do powstania niedoborów jakościowych i ilościowych	
Plan opieki	Data
Karmienie dziecka piersią, mlekiem Nan 1 o stałych porach. Dokarmianie w razie potrzeby, dopajanie herbatką. Kontrola częstości i ilości karmień. Zapewnienie wygodnej pozycji ułożeniowej podczas karmienia. Dbanie o właściwy nastrój otoczenia podczas karmienia. Okazanie cierpliwości dziecku podczas karmienia.	od 19.06.2005 r. do 15.11.2005 r.

<i>Oddychanie:</i> MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA HIPOKSJI SPOWODOWANEJ NIEDOJRZAŁOŚCIĄ UKŁADU ODDECHOWEGO Cel: niedopuszczenie do niedotlenienia	
Plan opieki	Data
Podłączenie aparatury wspomagającej oddech n-CPAP. Zapewnienie właściwego mikroklimatu w pomieszczeniu: temp. 19-22°C, wilgotność 57%. Podawanie tlenu na zlecenie lekarza poprzez rurkę do nosa, nawilżanie powietrza poprzez zastosowanie nawilżacza. Zapewnienie ciszy i spokoju.	od 09.05.2005 r. do 30.05.2005 r.

<i>Ból:</i> MOŻLIWOŚĆ SILNEGO BÓLU PODCZAS WYKONYWANIA CZYNNOŚCI PIELĘGNACYJNO-LECZNICZYCH SPOWODOWANEGO NADMIERNĄ WRAŻLIWOŚCIĄ ORGANIZMU Cel: zminimalizowanie dolegliwości bólowych	
Plan opieki	Data
Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych delikatnie, bez pośpiechu, ograniczenie hałasu, ostrego światła. Respektowanie rytmu dnia i nocy w planowaniu czynności pielęgnacyjnych przez pielęgniarkę. Założenie odpowiedniego dostępu do żyły, aby nie kłóć dziecka wiele razy. Stosowanie gniazdek, w których dziecko czuje się bezpiecznie i komfortowo. Zachęcanie matki do kangurowania. Układanie dziecka na materacyku z ciepłą wodą.	od 09.05.2005 r. do 17.06.2005 r.

<i>Zasypianie/sen:</i> UTRUDNIONE ZASYPIANIE SPOWODOWANE NIEKORZYSTNYMI WARUNKAMI PANUJĄCYMI W OTOCZENIU Cel: spokojny, całonocny sen	
Plan opieki	Data
Zapewnienie ciszy i spokoju w otoczeniu. Zapewnienie właściwego mikroklimatu w pomieszczeniu, gdzie śpi dziecko. Ograniczenie światła, przyciemnienie okien. Eliminacja hałasu. Przestrzeganie pory snu i czuwania. Przed snem staramy się wyciszyć dziecko: odpowiedni ton głosu, unikanie głośnych zachowań.	od 18.06.2005 r. do 15.11.2005 r.

<i>Termoregulacja:</i> TRUDNOŚĆ W UTRZYMANIU STAŁEJ TEMPERATURY CIAŁA SPOWODOWANA NIEDOJRZAŁOŚCIĄ OŚRODKA TERMOREGULACJI Cel: niedopuszczenie do powikłań termoregulacji	
Plan opieki	Data
Umieszczenie dziecka w cieplarni, jeśli nie będzie utrzymywało temperatury ciała na stałym poziomie 36-37°C. Ubieranie dziecka stosownie do temperatury otoczenia, stosowanie dodatkowych okryć w razie potrzeby. Stała kontrola temperatury ciała, pomiar 2 razy dziennie. Kontrola temperatury pomieszczenia, w którym przebywa wcześniak. Unikanie przeciągów, nadmiernego oziębienia pomieszczenia.	od 09.05.2005 r. do 17.06.2005 r.

<i>Poziom wiedzy:</i> NIEPOKÓJ MAMY SPOWODOWANY NIEDOSTATECZNYM POZIOMEM WIEDZY NA TEMAT PIELĘGNACJI DZIECKA Cel: uspokojenie mamy; podniesienie poziomu wiedzy na temat pielęgnacji dziecka	
Plan opieki	Data
Rozmowa z matką, wyjaśnienie wszelkich wątpliwości, poinformowanie jej o sposobach radzenia sobie w określonych sytuacjach. Dostarczenie informacji o specyfice rozwoju wcześniaka, jego potrzebach i sposobach ich zaspokajania.	od 09.05.2005 r. do 16.06.2005 r.

EWALUACJA DZIAŁAŃ

Sprawując opiekę nad wcześniakiem oraz wspierając matkę w realizacji planu opieki pielęgniarstwiej zrealizowano szereg działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia i samopoczucia dziecka.

Ze względu na wysoki stopień jego wrażliwości na ból wszystkie czynności w oddziale były wykonywane delikatnie i sprawnie.

Dziecko było budzone do karmienia, dbano o stan higieniczny jego ciała i otoczenia, chroniono przed nadmiernym wyziębieniem organizmu, utrzymując stałą temperaturę w sali. Zapewniono mu odpowiednie warunki do snu i wypoczynku. Z powodu okresowych trudności w oddychaniu przez cały czas dbano o prawidłowy mikroklimat pomieszczenia, gdzie przebywało dziecko, nawilżano powietrze.

Matka została poinstruowana na temat rozpoznawania potrzeb dziecka i jego pielęgnacji, przekazano jej niezbędne informacje na temat specyfiki rozwoju wcześniaka.

Dzięki zaproponowanym planom opieki, przekazanych informacjom matka nauczyła się rozpoznawać potrzeby swojego dziecka i je zaspokajać. Jest w stanie określić, kiedy dziecko zmarzło, jest głodne, ma mokro, coś je boli i szybko zareagować poprzez odpowiednie działania. Potrafi zorganizować odpowiednie warunki do snu i wypoczynku. Umie zaplanować czas czuwania i wie, w jaki sposób uaktywniać dziecko, zaspokajać jego potrzebę ruchu podczas czuwania. Dzięki temu, że zna specyfikę rozwoju swojego dziecka rozumie, jak wrażliwe jest ono na ból, jak silne bodźce odbiera ze świata zewnętrznego, wszystkie czynności nauczyła się wykonywać sprawnie i łagodnie. W wyniku powtarzających się zapać matce zaproponowano wizytę kontrolną u specjalisty.

2. METODA CASE STUDY W PIELĘGNIARSTWIE Z PUNKTU WIDZENIA PRAKTYKA ZAWODU

Wojciech Kapała

Metoda analizy przypadku (studium przypadku), jakim jest case study jest powszechnie stosowana na całym świecie w różnych dziedzinach naukowych (np. nauki humanistyczne, ekonomiczne, medyczne), także w pielęgniarstwie. W Polsce do tej pory metoda case study była i jest obecna w różnych publikacjach naukowych z zakresu medycyny⁶¹, zaś w polskim pielęgniarstwie można spotkać niewiele jej zastosowań. Powodów tego stanu rzeczy jest wiele, jednak do najczęściej podnoszonych i sygnalizowanych jest fakt, że pojedyncze badania, do jakich należy case study, mogą nie dostarczać adekwatnych podstaw do wprowadzenia zmian w praktyce pielęgniarstwiej⁶². Metoda analizy przypadku, będąca badaniem jakościowym, była w przeszłości niekiedy krytykowana za swą „mikroskopijność”, ponieważ nie posiadała (nie pozwalała na zaprezentowanie) dostatecznej liczby przypadków, które można byłoby wzajemnie porównać, a przez to wysnuć jasnych i jednoznacznych wniosków⁶³.

Z punktu widzenia praktyka zawodu pielęgniarstwiego metoda case study jest bardzo ważna i potrzebna, i przemawia za tym wiele argumentów. Należy przede wszystkim zauważyć, że metoda case study polega na analizowaniu i omawianiu prawdziwych sytuacji, tj. może zawierać szczegółowy opis rzeczywistego wydarzenia, jakim może być proces leczenia i pielęgnowania konkretnej osoby, i może dostarczyć ważnych informacji, niekiedy bardzo istotnych dla zgłębiającego dany problem badacza-pielęgniarki. Metoda ta pozwala bowiem zaprezentować indywidualne cechy badanego pacjenta z całym jego otoczeniem – jego rodziną, środowiskiem, uwarunkowaniami społecz-

⁶¹Patrz: Sobczuk A., Wrona M., Pertyński T. (2006) *Pierwotny rak jajowodu u pacjentki po radykalnej thyreoidektomii z powodu raka tarczycy, współistniejący z rakiem błony śluzowej trzonu macicy – analiza przypadku*. Przegląd Menopauzalny, 4, s. 246-249; Litwiniuk M., Rożnowski K., Tomczak P. (2004) *Pierwotne i wtórne chłoniaki piersi – analiza problemu na podstawie opisu dwóch przypadków*. Współczesna Onkologia, 8, s. 386-389; Waliszewski P. (2001) *Ból w okolicy łędźwiowo-krzyżowej. Analiza przypadku*. Przewodnik Lekarza, 6, s. 68-71.

⁶²Dyk D., Wołowicka L. (1999) *Badania naukowe w pielęgniarstwie z perspektywy międzynarodowej*. Pielęgniarstwo Polskie, 8, s. 5-12.

⁶³Yin R. K. (1993) *Applications of case study research*. CA: Sage Publishing, Beverly Hills.

no-kulturowymi itp. Metoda ta pozwala przedstawić często jednostkowe (niekiedy pionierskie) metody postępowania, które w perspektywie czasu mogą okazać się bardzo interesujące z punktu widzenia badacza, i być bardzo skutecznymi w praktyce medycznej, w tym pielęgniarstwie, co z kolei jest ważne i interesujące dla każdego praktykującego zawód pielęgniarstwa. Ponadto, analizowanie case'ów pozwala rozwijać umiejętność krytycznego i kreatywnego myślenia zarówno wśród studentów, jak i praktyków zawodu pielęgniarstwa oraz pozwala patrzeć na praktyczne problemy w ich złożonym kontekście, często niemożliwym do dostrzeżenia w przypadku zastosowania innej metody uczenia (w tym także samokształcenia). Metoda analizy przypadku pozwala patrzeć na problemy wielostronnie i uczy myśleć kategoriami ciągów konsekwencji podjętych decyzji, pozwala rozwijać umiejętności podejmowania decyzji. Metoda case study pozwala dostrzec, że nie ma jedynie słusznych decyzji, rozwiązań, sposobu postępowania, czy sztywnych reguł, które można zastosować w każdej sytuacji. W przypadku pielęgniarstwa metoda ta pozwala na poznanie różnych sposobów postępowania w celu rozwiązania danego, rzeczywistego problemu pacjenta, umożliwia zaprezentowanie różnego rodzaju rozwiązań podjętych przez badacza-pielęgniarkę oraz zezwala na zapoznanie się z ostatecznymi wynikami postępowania, tj. poznanie, jakie cele osiągnięto, a jakich nie zrealizowano, i ustalenie dlaczego tak się stało. Co ważne, metoda case study powinna być jedną z podstawowych metod nauczania, bowiem pozwala ona wprowadzić studenta do świata realnych problemów z danej dziedziny wiedzy. Integruje ona wiedzę teoretyczną z praktyką zawodu i pozwala dostrzec współzależności pomiędzy nimi. Metoda ta, jako źródło wiedzy, jest wskazana zarówno dla studenta pielęgniarstwa, czy położnictwa, ale jest ona również wskazana dla praktykujących w zawodach medycznych od wielu lat. Pozwala na zapoznanie się z różnymi sposobami rozpoznawania problemu chorego, planowania rozwiązania jego problemu z uwzględnieniem jego indywidualnych potrzeb, ale i możliwości, które ma w danej chwili i miejscu konkretna pielęgniarka-badacz (jej wiedza, doświadczenia zawodowe, środki techniczne, jakimi dysponuje, tj. wyposażenie jej miejsca pracy) oraz umożliwia zapoznanie się z końcową oceną postępowania, co – jak się w rezultacie okazuje – niekiedy jest bardzo różne i wynika z wiedzy, i doświadczenia danej pielęgniarki-badacza.

Zunifikowany sposób pisania (tworzenia) case'ów pozwala na ich łatwiejsze (jeśli dotyczą np. opisu postępowania pielęgniarckiego w jakiejś konkretnej chorobie) porównanie zastosowanego przez pielęgniarkę-badacza sposobu zebrania wywiadu i zaplanowania opieki pielęgniarckiej w poszczególnych, kolejno po sobie następujących, kategoriach. Zebranie wywiadu od chorego obejmuje zapoznanie się z bieżącym rozpoznaniem lekarskim pacjenta i rozpoznaniem schorzeń istniejących przewlekłe, bądź też innych przebytych chorób w przeszłości, w tym także uprzednich hospitalizacji, przebytych zabiegów operacyjnych oraz doznanych urazów. Obejmuje także konieczność zaznajomienia się z przyjmowanymi przez chorego lekami oraz wykonanie w chwili zbierania wywiadu podstawowych pomiarów świadczących o stanie zdrowia badanego – temperatura ciała, ciśnienia tętniczego, tętna, liczby oddechów, pomiaru masy ciała i wzrostu chorego. Do wstępnych, podstawowych danych, jakie powinna zebrać od chorego pielęgniarka, a zapoznanie się z którymi pozwoli na poznanie pełniejszego obrazu pacjenta, stanowią informacje o jego stanie cywilnym, wyuczonym zawodzie i aktywności zawodowej. W dalszej kolejności pielęgniarka posługując się zestandaryzowanym kwestionariuszem case'ów zapoznaje się, poprzez wywiad z chorym, z członkami rodziny pacjenta, chorobami występującymi u bliskich pacjentowi osób, występujących u niego i członków jego rodziny wszelkiego rodzaju nałogów, obecnych błędów żywieniowych, wszelkiego rodzaju ograniczeniach fizycznych i psychicznych, ograniczeniach w kontaktach społecznych, a także z zainteresowaniami i sposobem spędzania wolnego czasu przez chorego. Z pielęgniarckiego punktu widzenia bardzo ważne są także informacje podane przez chorego dotyczące warunków mieszkaniowych, tj. gdzie mieszka, z kim mieszka i w jakich warunkach (np. ile osób przebywa w mieszkaniu, stan higieniczno-sanitarny zajmowanego mieszkania). Ważne są również informacje dotyczące systemu pracy pacjenta i ilości godzin spędzanych w pracy. Ponadto, także z pielęgniarckiego punktu widzenia bardzo istotne są informacje, jakie możemy zebrać od chorego na temat zagrożeń zdrowotnych, jakie sam dostrzega we własnym domu oraz w pracy, bądź w szkole. Do pozostałych informacji, jakie powinna zebrać pielęgniarka należą także te, które mówią o sposobie komunikacji pacjenta (przemieszczanie się w terenie, tj. pieszo, środkami komunikacji miejskiej, własnym samochodem, czy też np. rowerem), jego higienie osobistej, aktywności fizycznej, pro-

blemach w wydalaniu i zasypianiu. Następnie pielęgniarka posługując się zunifikowanym kwestionariuszem case'ów powinna przeprowadzić badanie fizykalne pacjenta obejmujące ocenę układu krążenia, oddechowego, pokarmowego, moczowego, płciowego, skóry, układu nerwowego, narządów zmysłów oraz narządu ruchu. Niezbędne są także dalsze informacje mówiące o stanie psychicznym (m.in. o nastroju i pamięci) i społecznym pacjenta (np. o charakterze kontaktów z domownikami) oraz o stanie wiedzy i posiadanych umiejętnościach z zakresu samoopieki i samopielęgnacji. Kolejnym etapem jest postawienie diagnozy pielęgniarstwiej oraz sporządzenie planu opieki pielęgniarstwiej w poszczególnych kategoriach, takich jak komunikacja, higiena osobista, wydalanie, aktywność fizyczna, odżywianie, oddychanie, ból, zasypianie/sen, stan psychiczny, poziom wiedzy. W przypadku prowadzenia badania opartego o kwestionariusz case study przeznaczonego dla dziecka należy to badanie nieznacznie zmodyfikować, gdyż konieczne są także dane m.in. o matce i ojcu dziecka, informacje dotyczące okresu ciąży, porodu, okresu poporodowego, karmienia piersią itp. Przeprowadzenie badania case study wymaga od pielęgniarki posiadania wiedzy i umiejętności z zakresu przeprowadzenia wywiadu, obserwacji, analizy urzędowych dokumentów, wykonania badania fizykalnego oraz, co z punktu widzenia praktyka zawodu jest również bardzo ważne, trzeba zwrócić uwagę, że badanie takie jest czasochłonne, a więc pielęgniarka musi zagwarantować sobie wolny czas na przeprowadzenie tego typu badania. Pielęgniarka, która przeprowadza badanie case study musi posiadać dobre umiejętności z zakresu komunikacji interpersonalnej, zaś samo badanie powinno przeprowadzać w atmosferze zaufania i poszanowania prywatności. Biorąc jednak pod uwagę korzyści, jakie owa metoda może wnieść do praktyki warto niekiedy ponieść wysiłek przeprowadzenia takiego szczegółowego badania. Oczywiście badanie takie szybciej i sprawniej przeprowadzi pielęgniarka praktykująca w zawodzie już co najmniej od kilku lat, jednak także student pielęgniarstwa może takie badanie przeprowadzić i z pewnością będzie ono owocowało u niego nabyciem kolejnych, nowych umiejętności.

Badanie typu case study nie może być przeprowadzane/stosowane w praktyce pielęgniarstwiej codziennie, bowiem, jak już wspomniano wcześniej, jest czasochłonne, a i analiza wniosków, jakie z takiego badania można wyciągnąć, także zajmuje czas, tak więc badanie tego typu można stosować zarówno epizodycznie (jednorazowo), lub też

cyklicznie, w powtarzanych kolejno odstępach czasu, np. u pacjentów z określoną jednostką chorobową tak, aby móc porównać np. możliwie szerokie spektrum oddziaływań psychicznych, czy też społecznych, mających wpływ na ujawnianie i występowanie różnego rodzaju chorób, np. schorzeń psychosomatycznych (np. dychawica oskrzelowa) u poszczególnych osób. Badanie case study można także w praktyce stosować u tego samego pacjenta w określonych odstępach czasu, co pozwoli w rezultacie unaocznnić w obiektywny sposób regresję, lub progresję choroby.

Czy metoda case study jest warta poznania i zastosowania w praktyce pielęgniarstwie? Otóż, jak pisze W. Tellis: „badanie przypadku jest wartościową metodą badania, z wyróżniającymi cechami (...). Metoda ta może zostać zastosowana samodzielnie, jak też użyta w połączeniu z innymi metodami badawczymi”⁶⁴. Trzeba także przypomnieć o głosie Heleny Lenartowicz w sprawie realizowania badań w pielęgniarstwie. Jak pisze ta badaczka: „Prowadzenie i intensyfikowanie badań naukowych w pielęgniarstwie jest koniecznym imperatywem. Dzięki bowiem badaniom profesjonalna praktyka uzyskuje racjonalną, naukową podstawę, możliwa jest jej ocena i poprawa jakości pielęgnowania”. Helena Lenartowicz dodaje także, że „(...) badań jakościowych nie należy przeciwstawiać badaniom ilościowym. Jedne i drugie są konieczne. Zainteresowanie jakościowymi metodami oznacza inny, dodatkowy sposób badań wzbogacający opis i rozumienie ludzkich reakcji, człowieczego doświadczenia. Badania jakościowe prowadzące do autentycznego wglądu w przeżycia człowieka, w różnych sytuacjach życiowych wydają się mieć szczególną wartość dla pielęgniarstwa”⁶⁵.

⁶⁴Tellis W. (1997) *Introduction to Case Study*. The Qualitative Report, vol. 3, nr 2 – <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html> (1.10.2007r.).

⁶⁵Lenartowicz H. (1999) *Stan badań naukowych w pielęgniarstwie polskim*. Pielęgniarstwo Polskie, 8, s. 13-18.

P O D S U M O W A N I E

Celem zaprezentowanej metody case study jest dostarczenie szerokiego gronu pielęgniarek wiedzy na temat, jak w sposób twórczy i alternatywny dla tradycyjnego opisu sytuacji chorego można wykorzystać wiedzę o pacjencie z perspektywy pacjenta, traktując go jako jednostkę bio-psycho-społeczną. Daje ona jednocześnie szansę do doskonalenia metod zbierania danych, kreatywnego podejścia do analizy uzyskanych informacji i propozycje najlepszych możliwych rozwiązań. Metoda ta ma także duże znaczenia dla przesunięcia pielęgnowania opartego na bio-medycznych przesłankach w kierunku pielęgnowania opartego na holistycznym podejściu do podmiotu opieki, czyli cierpliwego i czułego opiekowania się. Dzieje się tak dlatego, że w pielęgniarstwie przez studium przypadku podmiotu opieki należy rozumieć szczegółowy i systematyczny opis sytuacji oddziałujących na pacjenta w ciągu jakiegoś okresu czasu, a także opisu zmian, jakie w tym czasie zachodzą w psychice i zachowaniu człowieka, w jego zdrowiu, funkcjonowaniu w chorobie. Mówiąc inaczej, studium przypadku podmiotu opieki jest pacjent wraz ze swym szerszym środowiskiem i „tłem” społecznym w ujęciu niejako „historycznym”, poddany analizie w ramach określonego czasu. Może to być kilkuletnia analiza dokonana przez badacza na bieżąco z dnia na dzień, z miesiąca na miesiąc, oparta na bezpośrednich kontaktach i obserwacjach czynionych przez wykonawcę case study. Działalność ta uzupełniana jest materiałami retrospekcyjnymi, odnoszącymi się do wcześniejszego, przedobserwacyjnego okresu i pochodzącymi z wywiadów, spisanych życiorysów itp⁶⁶. Niekiedy do pozyskania informacji o podmiocie opieki można wykorzystać relacje innych osób, np. członków rodziny, dokumenty urzędowe i osobiste.

Reasumując można powiedzieć, że metoda ta stosowana jest wtedy, gdy chcemy rozpatrzeć zjawiska związane z sytuacją zdrowotną pacjentów lub świadczoną im opieką na podstawie możliwie dokładnego obrazu nielicznych przypadków danych zjawisk.

Metoda studium przypadku jest nieodzowna w pielęgniarstwie, a zwłaszcza w działalności pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. Może być ona stosowana z dużym powodzeniem także w szpitalnictwie, stanowiąc swoiste uzupełnienie metody klinicznej, realizowanej

⁶⁶Tyszka Z. (1991) *Z metodologii...*, wyd. cit., s. 52.

przez lekarzy⁶⁷. Jest to metoda, którą w zasadzie każda pielęgniarka stosuje w swojej codziennej pracy, ponieważ dla prawidłowego zrealizowania procesu pielęgnowania najpierw bada ona sytuację bio-psycho-społeczną pacjenta, a następnie poprzez szereg zaplanowanych interwencji dochodzi do celu, który chciała osiągnąć. Działania te stanowią swoiste postępowanie badawcze uwzględniane na potrzeby codziennej praktyki pielęgniarskiej⁶⁸.

Zastosowanie case study w nauczaniu pielęgniarstwa wynika z konieczności integracji wiedzy i holistycznego podejścia do pacjenta.

Nauczyciele pielęgniarstwa nieustannie podejmują próby wprowadzania udoskonalonych metod nauczania mających wzmacniać krytyczne myślenie u studentów, rozwiązywanie problemów i umiejętności podejmowania decyzji. Case study jest więc taką kreatywną strategią nauczania umiejętności przez zastosowanie pogłębionej charakterystyki realnej klinicznej sytuacji⁶⁹.

Indywidualne studium przypadku znajduje zastosowanie nie tylko w przyswajaniu nowej wiedzy, poszukiwaniu zależności pomiędzy teorią a praktyką, czy wykorzystaniu teorii w praktyce, ale odnajduje się z dużym powodzeniem także jako metoda sprawdzenia poziomu wiedzy studenta, zweryfikowania jednocześnie jego umiejętności manualnych i procesów myślowych.

Natomiast case study jako metoda badawcza ma na celu zaprezentowanie wyników ukazujących jakość życia, wpływ pielęgniarskich wskaźników opieki na dobrostan pacjenta i umiejętności włączenia prozdrowotnych zachowań do życia podmiotów opieki. Uzyskane wyniki podkreślają zawsze znaczenie roli pielęgniarstwa w pielęgnowaniu pacjentów, zwłaszcza tych z przewlekłymi chorobami.

Jednocześnie należy dodać, że dzięki projektowanym przykładom indywidualnych przypadków możliwe jest poznanie znaczenia szczęścia i pogody ducha mimo życia z przewlekłą chorobą, a także poprzez dostrzeżenie wyjątkowych, nietypowych sytuacji zdrowotnych w znanych powszechnie chorobach chronicznych pozwala pomagać rozumieć doświadczenie i sens przewlekłej choroby.

Mówiąc o case study jako metodzie badawczej należy powiedzieć, że uogólnienia stosowane na jej podstawie często są niedoceniane

⁶⁷Wrońska I. (1997) *Badania naukowe w pielęgniarstwie*. Pielęgniarstwo 2000, 1 (30), s. 11.

⁶⁸Tamże, s. 11.

⁶⁹DeSanto-Madeya S. (2007) *Using Case Studies Based on a Nursing Conceptual Model to Teach Medical-Surgical Nursing*. Nursing Science Quarterly, Vol. 20, No. 4, 324-329.

przez niektórych naukowców, ponieważ w jednym prezentowanym przypadku mieszają się dwa wymiary: teoretyczny i empiryczny. Keith Sharp uważa jednak, że ważność uogólnień teoretycznych nie zależy od liczebności badanej populacji, bo wartość case study wiąże się z jakościowym podejściem do badanego zagadnienia⁷⁰.

Reasumując poczynione rozważania na temat zastosowania metody case study w pielęgniarstwie należy mocno podkreślić jej ważne miejsce jako metody badawczej, metody pracy i nauczania.

⁷⁰Sharp K. (1998) *The case for case studies in nursing research: the problem of generalization*. Journal of Advanced Nursing 27 (4) , 785-789.

B I B I L O G R A F I A

1. Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*. PWN, Warszawa, 2004.
2. Bates B., Bickley L. S., Hoekelman R. A., *Wywiad i badanie fizykalne. Kieszonkowy przewodnik*. Springer PWN, Warszawa, 1997.
3. Barre T., *Nursing observations in the acute in-patient setting: a contribution to the debate*. *Mental Health Practice*, 5:10, 2002.
4. Bogusz J. (red), *Encyklopedia dla pielęgniarek*. PZWL, Warszawa, 1987.
5. Bromley D. B., *Academic contributions to psychological counselling: 1. A philosophy of science for the study of individual cases*. *Counseling Psychology Quarterly*, 3(3), 1990.
6. Bromley D. B., *Academic contributions to psychological counselling. 2. Discourse analysis and the formulation of case-reports*. *Counseling Psychology Quarterly*, 4(1), 1991.
7. Burgoyne J., Mumford A., *Learning from the Case Method. Report to the European Case Clearing House*. The European Case Clearing House, Lancaster, 2001.
8. Ciechaniewicz W., *Pedagogika – podręcznik dla szkół medycznych*. PZWL, Warszawa, 2000.
9. Ciechaniewicz W., *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*. PZWL, Warszawa, 2002.
10. DeSanto-Madeya S., *Using Case Studies Based on a Nursing Conceptual Model to Teach Medical-Surgical Nursing*. *Nursing Science Quarterly*, 20, 4, 2007.
11. Dyk D., Wołowicka L., *Badania naukowe w pielęgniarstwie z perspektywy międzynarodowej*. *Pielęgniarstwo Polskie*, 8, 1999.
12. Easton G., *Learning from case study*. Prentice Hall, New York, 1992.
13. Formański J., *Psychologia*. PZWL, Warszawa, 1998.
14. Górąjek-Jóźwik J., *Proces pielęgnowania*. S*PRINT, Warszawa, 1993.
15. Johnson D. T., *Intensive Spiritual Care: A Case Study*. *Critical Care Nurse*. December, 25, 6, 2005.
16. Karolys A., *You make the diagnosis: Case study: The role of nurses in the protection of Children and the Importance of Naming the Phenomena of Nursing Concern*. *Nursing Diagnosis*, July-September, 10, 3, 1999.
17. Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*. Czelej, Lublin, 2001.
18. Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1989.
19. Krześlak M., *Opieka pielęgniarska w środowisku zamieszkania nad pacjentką z wytonioną stomią jelitową*, Słupsk, niepublikowana praca licencjacka, promotor: M. Lesińska-Sawicka, 2006.
20. Lalak D., *Teoretyczny i praktyczny sens metody indywidualnych przypadków*. [w:] Pilch T., Lepalczyk I. (red.), *Pedagogika społeczna*. Wydawnictwo Żak, Warszawa, 1995.

21. Lalak D., Pilch T. (red.), Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej. Wydawnictwo Żak, Warszawa, 1999.
22. Litwin M., Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z zapaleniem płuc, Słupsk, niepublikowana praca licencjacka, promotor: M. Lesińska-Sawicka, 2007.
23. Litwiniuk M., Rożnowski K., Tomczak P., Pierwotne i wtórne chłoniaki piersi – analiza problemu na podstawie opisu dwóch przypadków. Współczesna Onkologia, 8, 2004.
24. Lutostański Ł., Studium przypadku jako metoda badawcza. Dylematy metodologii i praktyki. MBA, 2, 2005.
25. Lenartowicz H., Stan badań naukowych w pielęgniarstwie polskim. Pielęgniarstwo Polskie, 8, 1999.
26. Locklin M., The Redefinition of Failure To Thrive from a Case Study Perspective. Pediatric Nursing, November/December, 31, 6, 2005.
27. Łaguna M., Szkolenia. GWP, Gdańsk, 2004.
28. Marshall G., Słownik socjologii i nauk społecznych. PWN, Warszawa, 2005.
29. Miles M. B., Huberman A. M., Analiza danych jakościowych. Trans Humana, Białystok, 2000.
30. Nauer A. K.; Kramer L.; Lockard L. K., Case study: A patient's survival. Critical Care Nursing Quarterly, May, 23, 1, 2000.
31. Olechnicki K., Załęcki P., Słownik socjologiczny. Graffiti BC, Toruń, 2002.
32. Podgórski R. A., Metodologia badań socjologicznych. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Olsztyn, 2007.
33. Repa K., Rola pielęgniarki w opiece nad wcześniakiem i jego rodziną, Słupsk, niepublikowana praca licencjacka, promotor: M. Lesińska-Sawicka, 2006.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dziennik Ustaw Nr 247 z 28 grudnia 2006 r.).
35. Sharp K., The case for case studies in nursing research: the problem of generalization. Journal of Advanced Nursing, 27 (4), 1998.
36. Sobol E., Nowy Słownik Języka Polskiego. PWN, Warszawa, 2002.
37. Sobczuk A., Wrona M., Pertyński T., Pierwotny rak jajowodu u pacjentki po radykalnej thyreoidektomii z powodu raka tarczycy, współistniejący z rakiem błony śluzowej trzonu macicy – analiza przypadku. Przegląd Menopauzalny, 4, 2006.
38. SNMAC, Mental Health Nursing: Addressing Acute Concerns. Report by the Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee, D.o.H., London, 1999.
39. Spatz L. D., The Breastfeeding Case Study: A Model for Educating Nursing Students. Journal of Nursing Education, September, 44, 9, 2005.

40. Stake, R. E., The art of case study research. CA: Sage Publications, Thousand Oaks, 1995.
41. Sztumski J., Wstęp do metod i technik badań społecznych. Śląsk, Katowice, 1999.
42. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., Podstawy pielęgniarstwa. Tom I., Czelej, Lublin, 2004.
43. Taylor C., Lillis C., LeMone P., Fundamentals of Nursing. The art and science of nursing care. Lippincott Company, Philadelphia, 1993.
44. Tubielewicz E., Pielęgowanie pacjentki po mastektomii w czasie leczenia uzupełniającego, Słupsk, niepublikowana praca licencjacka, promotor: M. Lesińska-Sawicka, 2006.
45. Tyszką Z., Z metodologii badań socjologicznych nad rodziną. Wydano z funduszu przyznanego przez MEN, Poznań, 1991.
46. Yin R. K., Case study research: Design and methods. CA: Sage Publications, Newbury Park, 1994.
47. Yin R. K., Applications of case study research. CA: Sage Publishing, Beverly Hills, 1993.
48. Waliszewski P., Ból w okolicy łędźwiowo-krzyżowej. Analiza przypadku. Przewodnik Lekarza, 6, 2001.
49. Whitmore A. B., Nursing Distance Education at the Dawn of Digital Broadcasting: A Case Study in Collaboration. Journal of Nursing Education, August, 44, 8, 2005.
50. Widomska-Czekajska T., Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarerek. PZWL, Warszawa, 1996.
51. Wrońska I., Badania naukowe w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo 2000, 1 (30), 1997.

Netografia

1. Tellis W. (1997) Introduction to Case Study. The Qualitative Report, vol. 3, nr 2 – <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html> (1.10.2007 r.).
2. Zucker, D. M. (2001, June). Using case study methodology in nursing research. The Qualitative Report [On-line serial], 6 (2). Available: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR6-2/zucker.html>. (16. 06. 2008 r.)

Opracowanie graficzno-techniczne: Wydawca

Druk i oprawa: Sowa Sp. z o.o.