**Diagnozowanie pacjenta. Metody i źródła zbierania danych do rozpoznawania problemów i potrzeb osoby chorej i niesamodzielnej**

**Spis treści:**

1.      Diagnostyczne metody i techniki badawcze

2.      Narzędzia badawcze w diagnozie potrzeb i problemów

3.      Poszanowanie praw pacjenta

4.      Rola i zadania opiekuna medycznego

5.      Zastosowanie technik badawczych

**WPROWADZENIE**

Termin **diagnoza** pochodzi z języka greckiego (*dignosis*) – oznacza rozpoznanie, a ściślej rozróżnienie, i na początku wiązał się jedynie z medycyną. Do nauk społecznych wprowadziła go Mary Richmond, pisząc o diagnozie w 1917 r.

Współczesna interpretacja tego terminu podkreśla jego dwa składniki: zebranie potrzebnych danych i ich krytyczne opracowanie w drodze rozumowania.

Diagnoza to rozpoznanie istoty i uwarunkowań złożonego stanu rzeczy na podstawie jego cech (objawów), w oparciu o znajomość ogólnych prawidłowości panujących w danej dziedzinie. Może być cząstkowa lub całkowita.

Możemy powiedzieć, że diagnozowanie to:

·        zebranie w odpowiedni sposób danych, które wymagają interpretacji,

·        określenia na ich podstawie badanego stanu rzeczy.

W procesie diagnozy gromadzi się i analizuje dane dotyczące osoby, które pozwalają charakteryzować:

·        stan fizyczny, psychiczny i status społeczny,

·        stopień sprawności,

·        zakres samodzielności, aktywności życiowej,

·        poziom radzenia sobie z chorobą, stresem,

·        samoocenę zdrowia pacjenta,

·        wiedzę i jego świadomość,

·        reakcje na istniejące rozpoznanie, chorobę.

Na tej podstawie można odpowiedzieć na pytanie: czy danej osobie potrzebne jest pielęgnowanie, pomoc ze strony pielęgniarki/opiekuna, czy własne działanie na rzecz zdrowia.

Diagnoza dostarcza podstaw do planowania i podejmowania efektywnych działań wielokierunkowej opieki. Stanowi esencję opieki pielęgniarskiej/opiekuńczej opartej na procesie pielęgnowania.

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

1. Metody diagnostyczne i techniki badawcze

**Metoda** – zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych, obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu. Można wyróżnić metodę sondażu diagnostycznego i metodę indywidualnych przypadków – studium indywidualnych przypadków, obserwację.

**Techniki badawcze** (badanie dokumentacji) – analiza dokumentów, obserwacja uczestnicząca, ankieta, wywiad, obserwacja.

**Obserwacja**, czyli podstawowa metoda poznawania pacjenta/podopiecznego/klienta jest procesem spostrzegania, który jest celowy, planowy i krytyczny. Cechy obserwacji, pozwalające uniknąć błędów powstających na drodze przypadkowych spostrzeżeń, to:

·        celowość obserwacji – ma nam dostarczyć informacje, które są potrzebne do rozwiązywania problemów,

·        planowość obserwacji – są z góry określone zjawiska, które należy postrzegać, a także czas i okoliczności, w których obserwowane zjawisko zachodzi,

·        krytyczność obserwacji – jej rezultaty powinny poddane być krytyce albo ścisłej kontroli.

Przedmiot spostrzeżeń, to:

·        ludzie, ich zachowania i wytwory,

·        o przeżyciach psychicznych można wnioskować pośrednio na podstawie introspekcyjnych zeznań jednostek,

·        obserwowane zachowania są symboliczne, dlatego od obserwatora wymaga się wiedzy o danej kulturze – po to, by móc zrozumieć sens zachowań i symboli,

·        większa początkowa wiedza o badanych zjawiskach ułatwia nam ich obserwację.

Obserwacja jako technika diagnostyczna, polega na świadomym, planowym i celowym spostrzeganiu, rejestrowaniu i gromadzeniu danych o zachowaniach człowieka, sytuacjach i zdarzeniach.

Tabela 4.1. [Podział technik obserwacji](https://www.blogger.com/null)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Standaryzowane – opracowywanie wyników w sposób ilościowy. | | Niestandaryzowane – opracowywanie wyników w sposób jakościowy. | | |
| Sytuacje sztuczne, czynności wywołane. | | Sytuacje naturalne, czynności nie wywołane. | | |
| Ukryte. | | Jawne:  obserwacja jawna z ukrycia;  obserwacja jawna nie z ukrycia. | | |
| Uczestnicząca – badacz uczestniczy w sytuacjach, które są przedmiotem badania. | Quasi-uczestnicząca – badacz posiada wiedzę wstępną o badanych zjawiskach. | | | Zewnętrzna – badacz zachowuje swą „anonimowość” dla badanych. |
| Ciągłe – obserwacja zjawisk nie dających się łatwo wyodrębnić. | | | Jednorazowe –obserwacja zjawisk łatwych do czasowo – przestrzennego wyodrębnienia. | |
| Jednoosobowe – obserwacje prowadzone przez jednego obserwatora. | | | Wieloosobowe – obserwacja prowadzona przez wielu niezależnych obserwatorów. | |
|  |  |  |  |  |

Źródło: opracowanie własne autora

Studium indywidualnego przypadku – „Case study”

Jednostką analizy może być: konkretny pojedynczy człowiek, małżeństwo, rodzina, instytucja lub organizacja, ruch społeczny, społeczność lokalna, wydarzenia o niepowtarzalnym charakterze, konkretna decyzja i jej skutki.

**Ankieta**

Zestaw pytań o charakterze otwartym lub mieszanym kilka, kilkanaście pytań)

**Kwestionariusz**

Zestaw pytań o charakterze zamkniętym (kilkadziesiąt, kilkaset pytań)

**Rodzaje pytań:** pytania otwarte – badany odpowiada własnymi słowami, pytania zamknięte, gdzie respondent wybiera odpowiedź wśród zestawu możliwych odpowiedzi, pytania półotwarte – to pytania z otwartą kafeterią, czyli oprócz wymienionych możliwych odpowiedzi, zostawia się miejsce na dodatkową możliwość oznaczoną najczęściej terminem „inne”, pozwalającej na zaprezentowanie własnej odpowiedzi.

**Wywiad**to rozmowa badającego z respondentem (–ami), prowadzona w celu zdobycia informacji.

**Wywiad kwestionariuszowy** jest techniką opartą na bezpośrednim procesie komunikowania się.

Ostatecznym celem diagnozy jest opracowanie wskazań opiekuńczo/pielęgnacyjnych pacjenta, które będą:

·        stymulowały,

·        wspierały,

·        wspomagały rozwój potencjalnych możliwości pacjenta.

**Typy wywiadu:**

·        **ze względu na rodzaj pytań:** skategoryzowany, nieskategoryzowany,

·        **ze względu na sposób prowadzenia:** jawny , ukryty , jawny nieformalny (ukryty formalny),

·        **ze względu na liczbę osób:** indywidualny, zbiorowy,

·        **ze względu na cel:**wycinkowy, całościowy (anamnestyczny).

Analiza wytworów działania:

·        rysunki, prace wykonane przez pacjenta,

·        notatki, listy, wypracowania, pamiętniki, dzienniki, wiersze wytwory, jakie powstają podczas nauki, zabawy, innych czynności.

Analizując wytwory, wnioskujemy o cechach osobowości, poziomie umysłowym, sprawności motorycznej, anomaliach rozwoju itp.

**Analiza dokumentów:**

Analiza dokumentów polega na uporządkowaniu i interpretacji zawartych w nich treści pod kątem problemu –celu badawczego lub hipotezy roboczej. Charakterystyczną jej cechą jest to, że dotyczy ona w dużym stopniu nie tylko materiału otrzymanego w procesie zainicjowanych specjalnie badań, lecz także w wyniku działań nie związanych bezpośrednio z podejmowanym procesem badawczym. Zależy to od rodzaju dokumentu poddanego analizie.

Opiekun medyczny poddaje analizie karty informacyjne podopiecznych, karty wypisu oraz wytwory działania.

2. Narzędzia badawcze w diagnozie potrzeb i problemów

Metody gromadzenia danych o pacjencie, to świadome, planowe i konsekwentne sposoby postępowania pielęgniarki/opiekuna dla osiągnięcia określonego celu, jakim jest uzyskanie takiego zakresu i charakteru informacji o stanie pacjenta i jego środowiska, dzięki którym jest możliwe sformułowanie rozpoznania pielęgniarskiego/opiekuńczego – diagnozy pielęgniarskiej, a następnie planowanie, realizowanie i ocenianie osiągniętych celów pielęgnowania.

W pielęgniarstwie wykorzystywane są następujące metody gromadzenia informacji o pacjencie: obserwacja, wywiad, analiza dokumentacji, analiza wytworów – pomiar.

**Wywiad**, to planowa rozmowa z pacjentem, ukierunkowana na osiągnięcie wcześniej założonego celu.

Cele wywiadu:

·        uzyskanie możliwie największego zakresu informacji o pacjencie i jego środowisku, niezbędnych do sprawowania nad nim opieki,

·        nawiązanie profesjonalnego kontaktu pomiędzy opiekunem a pacjentem i jego rodziną, co ma niewątpliwy wpływ na współpracę pacjenta i rodziny w planowaniu i realizowaniu opieki.

Rodzaje wywiadu:

·        planowy (zamierzony),

·        spontaniczny (niezamierzony).

Wywiad planowy jest ukierunkowaną rozmową pielęgniarki/opiekuna medycznego z pacjentem na określony temat.

Wywiad spontaniczny to inaczej rozmowa, w trakcie której pielęgniarka/opiekun medyczny otrzymuje szereg cennych informacji, których uzyskania nie zakładała przed jej rozpoczęciem.

Metody wywiadu

Ze względu na narzędzie wywiadu (kwestionariusz pytań do wywiadu):

·        wywiad skategoryzowany (prowadzony przy użyciu wcześniej przygotowanej listy pytań, ułożonych wg określonych zasad i kolejności),

·         wywiad nieskategoryzowany (polega na określeniu celu i zakresu treści wywiadu, ale bez wcześniejszego przygotowania zestawu pytań).

Ze względu na osobę, z którą ten wywiad jest prowadzony:

·        bezpośredni (prowadzony przez pielęgniarkę z pacjentem),

·        pośredni (prowadzony przez pielęgniarkę z osobami z najbliższego kręgu rodzinnego pacjenta w sytuacji, gdy wiek lub stan pacjenta uniemożliwia przeprowadzenie z nim wywiadu.

Zakres pytań w wywiadzie:

·        o fakty: funkcjonowanie człowieka w wymiarze biologicznym, psychicznym, społecznych, czyli objawy, zaburzenia funkcjonowania organizmu, dane osobowe,

·        o opinie pacjenta lub jego rodziny na temat np. własnego stylu życia, stanu zdrowia, wydolności opiekuńczej rodziny.

Przykładowe pytania opiekuna medycznego do pacjenta:

1.      Imię i nazwisko.

2.      Wiek, miejsce zamieszkania, miejsce pracy.

3.      Jakie poważniejsze choroby pacjent przebył, jakie choroby genetyczne występują w rodzinie?

4.      Na co pacjent obecnie choruje, jakie ma zalecenia lekarskie?

5.      Jakie pacjent przyjmuje leki?

6.      Jakie pacjent ma alergie pokarmowe i lekowe?

7.      Kto się opiekuje chorym, kogo poinformować o stanie zdrowia pacjenta?

8.       Czy chory stosuje jakąś dietę?

9.      Jakie miał szczepienia?

10.  Można zapytać o masę ciała pacjenta o przebyte zabiegi i przeprowadzić wywiad środowiskowy?

Wywiad z pacjentem jest ważny. Do każdego pacjenta należy podejść indywidualnie. Prowadząc wywiad, trzeba pamiętać o tym, aby starać się uzyskać informacje konkretne, na temat. Należy mieć również na uwadze, że pacjent może nam podać informacje nieprawdziwe, wynikające z choroby lub celowo ma zamiar wprowadzić nas w błąd, np. w celu wyłudzenia zwolnienia lekarskiego, otrzymania gratyfikacji finansowych – zasiłek etc.

3. Zastosowanie technik badawczych

Techniki badawcze podane w poprzednim rozdziale mają bezpośrednie zastosowanie w pracy opiekuna medycznego. Wykorzystuje się je do oceny ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Ocenia się budowę, masę ciała podopiecznego, wzrost, oddech.

Szczegółowe informacje na temat oceny podopiecznego można znaleźć w książce Talarskiej, Wieczorowskiej-Tobis, i Szwałkiewicz, pt*. Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi – podręcznik dla opiekunów medycznych*.

Jeśli chodzi o przykładową dokumentację technik badawczych, to znajdziecie ją w *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku* pod red. Kędziora-Kornatowskiej i Muszalik.

Poniżej przykładowa dokumentacja.

Kwestionariusz wywiadu

Dane osobowe podopiecznego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  | Wykształcenie /zawód |  |
| Wiek |  | Źródło utrzymania |  |
| Płeć (M/K) |  | Stan rodziny |  |
| Stan cywilny |  | Warunki materialne rodziny |  |

Rozpoznanie w języku polskim i po łacinie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data objęcia opieką podopiecznego/chorego ……………………………………………………………….

Chory przyjęty w trybie               nagłym                       planowanym (zaznacz właściwą odp.)

Który pobyt w szpitalu ……………………………………………………………………………………………….

Stan narządów zmysłów:

Wzrok …………………………………………………………………………………………………………………………

Słuch …………………………………………………………………………………………………………………………...

Nałogi (tytoń, alkohol, używki)……………………………………………………………………………………..

Przebyte choroby i operacje …………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Reakcja chorego na chorobę i fakt hospitalizacji: (pozytywna, negatywna, obojętna, inna) ……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Zgłaszane dolegliwości** (w dniu przyjęcia/objęcia opieką)

Ból (charakter, miejsce, czas, częstotliwość i nasilenie)………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Występowanie innych objawów | TAK – jakich | NIE |  | TAK | NIE |
| Wymioty |  |  | Zaparcia |  |  |
| Nieprawidłowe stolce |  |  | Duszność |  |  |
| Biegunka |  |  | Obrzęki |  |  |

Inne objawy

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

W którym okresie hospitalizacji znajduje się chory …………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Przygotowania do badań ………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**STAN BIOPSYCHOSPOŁECZNY CHOREGO** (w dniu objęcia opieką), (zaznacz X właściwą odp.)

|  |  |
| --- | --- |
| Stan ogólny:  …. Dobry   …. średni   …. ciężki     …. bardzo ciężki | |
| Niepełnosprawność:  …. Nie dotyczy     …. Stopnia lekkiego    …. Umiarkowana    …. Znaczna | |
| Kategoria opieki pielęgniarskiej:       …. I       …. II       …. III        …. IV | |
| Stan świadomości:  …. Pełna orientacja    …. Senność    …. Stan przed-śpiączkowy   …. Śpiączka   …. inne | |
| Tętno (ilość , rytm, napięcie) |  |
| RR (ciśnienie) |  |
| Oddech (ilość, charakter) |  |
| Zabarwienie skóry , napięcie, obrzęki i inne |  |
| Temperatura |  |
| Masa ciała, wzrost , BMI |  |
| Układ moczowy: (diureza prawidłowa samodzielna, pacjent z cewnikiem, inne) |  |
| Układ kostno-stawowo-mięśniowy:  …. Porusza się samodzielnie    ….wózek  …. Balkonik     …. Kule    …. inne |  |
| Chory jest samodzielny:  …. Tak    …. Nie  …. Częściowo |  |
| Inne spostrzeżenia o chorym: ( stan psychiczny, samopoczucie chorego, społeczny), moje własne spostrzeżenia |  |

Dane o chorym uzyskane z innych źródeł: (dokumentacja chorego, personel oddziału, rodzina, współpacjenci i inne, metody leczenia).

**Postawa wobec starości**:

          konstruktywna               wrogości            zależności               obronna                wrogości w stosunku do siebie

**Określ w skali Barthela sprawność psychofizyczną pacjenta (wersja skrócona)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czynności | Nie potrafi | Potrafi z pomocą | Potrafi samodzielnie |
| Spożywanie posiłków | 0 | 5 | 10 |
| Przechodzenie z łóżka na wózek i odwrotnie | 0 | 5 | 15 |
| Utrzymanie higieny osobistej | 0 | 0 | 5 |
| Korzystanie z WC | 0 | 5 | 10 |
| Mycie/kąpiel całego ciała | 0 | 0 | 5 |
| Przejście powyżej 50m ewentualnie z pomocą sprzętu | 0 | 5 | 10 |
| Wchodzenie po schodach | 0 | 5 | 10 |
| Jazda na wózku | 0 | 0 | 5 |
| Ubieranie i rozbieranie się | 0 | 5 | 10 |
| Kontrola zwieracza odbytu | 0 | 5 | 10 |
| Kontrola zwieracza pęcherz moczowego | 0 | 5 | 10 |

Grupa I – pacjent samodzielny, niezależny, zdolność do samoopieki minimalnie ograniczona – **86–100 pkt.**

Grupa II – pacjent wymaga częściowej pomocy, asystowania, znacznie ograniczona zdolność do samoopieki – **21–85 pkt.**

Grupa III – pacjent wymagający pomocy, zależny, brak zdolności do samoopieki – **0–20 pkt.**

Źródło: *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, red. K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszalik, Wydawnictwo CZELAJ, Lublin 2007, s. 130–133

4. Rola i zadania opiekuna medycznego

Do zadań opiekuna medycznego należy:

·        rozpoznawanie problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej,

·        współpraca z pielęgniarką w zakresie planowania i realizowania planu opieki nad osobą chorą i niesamodzielną,

·        pomoc pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich,

·        wykonywanie poleceń pielęgniarki i lekarza dotyczących opieki nad osobą chorą i niesamodzielną,

·        pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeb związanych z utrzymaniem ciała w czystości,

·        wykonywanie zabiegów higienicznych u osoby chorej i niesamodzielnej,

·        wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem czystości i estetyki łóżka oraz najbliższego otoczenia osoby chorej i niesamodzielnej,

·        pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeb związanych z odżywianiem,

·        pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeb związanych z wydalaniem,

·        pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w utrzymaniu aktywności ruchowej,

·        pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w użytkowaniu przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego,

·        stosowanie urządzeń, przyborów i narzędzi niezbędnych podczas wykonywania czynności higienicznych,

·        dezynfekowanie i konserwowanie przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich,

·        zapewnianie osobie chorej i niesamodzielnej bezpieczeństwa podczas wykonywania zabiegów higienicznych,

·        dokumentowanie wykonanych zabiegów higienicznych,

·        nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów międzyludzkich,

·        pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w adaptacji do warunków życia w szpitalu oraz zmian związanych z przewlekłą chorobą lub starością,

·        pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w komunikowaniu się z rodziną, zespołem opiekuńczym i terapeutycznym oraz z innymi pacjentami,

·        udzielanie wsparcia emocjonalnego osobie chorej i niesamodzielnej oraz jej rodzinie,

·        przestrzeganie przepisów sanitarno-epidemiologicznych podczas wykonywania zadań zawodowych,

·        popularyzowanie zachowań prozdrowotnych,

·        przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej oraz ochrony środowiska,

·        udzielanie pierwszej pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego,

·        organizowanie stanowiska pracy zgodnie z wymaganiami ergonomii,

·        przestrzeganie przepisów kodeksu pracy dotyczących praw i obowiązków pracownika i pracodawcy oraz warunków pracy,

·        przestrzeganie przepisów prawa dotyczących wykonywanych zadań zawodowych,

·        postępowanie zgodnie z zasadami etyki,

·        korzystanie z różnych źródeł informacji.