



PIELĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE

**DOKUMENTACJA I MATERIAŁY DO ZAJĘĆ
PRAKTYCZNYCH I SYMULACJI MEDYCZNEJ
Z PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

Pielęgniarstwo I stopnia
Materiały dla studentów i nauczycieli UJK

Grażyna Wiraszka
dr n. med. mgr pielęgniarstwa
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa WNoZ

Spis treści

1. Dokumentacja procesu pielęgnowania pacjenta hospitalizowanego w oddziale psychiatrycznym wraz z protokołem raportowania SBAR	2
2. Wybrane narzędzia oceny klinimetrycznej do zastosowania w procesie pielęgnowania w psychiatrii	12
2.1. Skala Oceny Społecznego Zachowania się Pacjenta wg Winga.....	12
2.2. Skala Depresji Hamiltona – HAM-D	14
2.3. Geriatryczna Skala Oceny Depresji – GDS	16
2.4. Skala Manii Younga – YMRS	17
2.5. Zmodyfikowana Skala Jawnej Agresji – MOAS.....	19
2.6. Skala Objawów Niepożądanych z Glasgow – GASS.....	20
2.7. Skala Oceny Przestrzegania Zaleceń Terapeutycznych - MARS	21
2.8. Skrócony Test Sprawności Umysłowej wg Hodgkinsona - AMTS	22
2.9. Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk -NGASR.....	22
2.10. Test Tinetti – wersja skrócona do oceny ryzyka upadków	23
2.11. Skala Oceny Podstawowych Czynności w Życiu Codziennym - Skala Katza /ADL.....	23
2.12. Skala Norton.....	24
2.13. Skala Oceny Bólu – Skala numeryczna NRS.....	25
3. Zastosowanie narzędzia SBAR w skutecznej i bezpiecznej komunikacji w pielęgniarstwie psychiatrycznym i jego nauczaniu	26
4. Karta ewaluacji zajęć praktycznych	36
5. Karta ewaluacji zajęć symulacji medycznej	38

DOKUMENTACJA PROCESU PIELĘGNOWANIA PACJENTA HOSPITALIZOWANEGO W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Collegium Medicum - Instytut Nauk o Zdrowiu

Zajęcia praktyczne Pielęgniarstwo I stopnia, rok 2

Rok akademicki 2026/27, Grupa Student

Szczegółowe kryteria oceny pracy własnej „Sprawozdanie z dyżuru w formie procesu pielęgnowania - studium przypadku” (0-60 pkt)		
A.	Gromadzenie informacji o stanie pacjenta dla potrzeb pielęgnowania 1) Zakres i wszechstronność zgromadzonych danych - dane ogólne dotyczące choroby i hospitalizacji, ocena stanu fizycznego, psychicznego i społecznego, aktualny plan leczenia, reakcje niepożądane na zastosowaną farmakoterapię, motywacja do leczenia, zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do samoopieki, sytuacja rodziny chorego	0-10 pkt
	2) Wykorzystanie metod gromadzenia danych – w tym badanie podmiotowe i przedmiotowe, skale i kwestionariusze, obserwacja	0-10 pkt
B.	Formułowanie diagnozy pielęgniarstwa Diagnoza całościowa, adekwatna do stanu i sytuacji pacjenta, Uwzględnia problemy pielęgnacyjne aktualne i ryzyka, deficyt w zakresie samoopieki, sytuację rodziny chorego i hierarchizację problemów	0-10 pkt
C.	Planowanie i realizacja opieki Poprawność sformułowanych celów i planu opieki, Dostosowanie interwencji do stanu pacjenta, Jakość wdrożonych interwencji i ich efektywność	0-20 pkt
D.	Ocena działań Poprawność oceny, odniesienie jej do celów i stopnia ich osiągnięcia, Zalecenia do dalszej opieki Raportowanie o stanie pacjenta	0-10 pkt
RAZEM		pkt

Bdb (5,0)	Db plus (4,5)	Db (4,0)	Dst plus (3,5)	Dst (3,0)	Ndst (2,0)
93%-100%	85%-92%	77%-84%	69%-76%	61%-68%*	Poniżej 61%
55,5-60,0 pkt	51,0-55,0 pkt	46,0- 50,0 pkt	41,5 – 45,5 pkt	36,5- 41,0 pkt	Poniżej 36,0 pkt

Ocena Podpis nauczyciela

ARKUSZ DO GROMADZENIA DANYCH

Imię i nazwisko pacjenta (Inicjały).....	Wiek	Płeć
Data przyjęcia Data objęcia pacjenta opieką		
Szpital		
Oddział.....		

DANE GROMADZONE W DNIU OBJĘCIA PACJENTA OPIEKĄ

(pomiar, wywiad, analiza dokumentacji, obserwacja, badanie fizykalne, ocena klinimetryczna itd.)

Pacjent przybył do szpitala: ☐ sam ☐ z rodziną ☐ karetką pogotowia ☐ z policją
Przyczyna przyjęcia:
Rozpoznanie główne:
Choroby somatyczne:
Próby samobójcze w wywiadzie: ☐ tak ☐ nie ☐ brak danych

STAN BIOLOGICZNY - badanie fizykalne, pomiar, wywiad					
RR	Tętno	Waga	Temperatura	Alkomat	BMI
Układ oddechowy	Oddech, duszność, kaszel, zaleganie w drzewie oskrzelowym				
Układ pokarmowy	Apetyt, nudności, wymioty, wzdęcia, zalecona dieta, pragnienie, stan jamy ustnej, połykanie, wydalanie				
Układ krążenia	Obrzęki, wydolność spoczynkowa, wysiłkowa, dolegliwości zgłaszane przez chorego, cechy tętna, sinica				
Układ moczowo-płciowy	Diureza, dolegliwości zgłaszane przez chorego, menstruacja				
Układ nerwowy	Świadomość (pełna, senność, zamroczenie, śpiączka), czucie, niedowłady, porażenia, napięcie mięśniowe				
Narządy zmysłów	Wzrok, słuch, ból – umiejscowienie, charakter, ocena wg skali VAS				
Styl życia	Aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, nawyki żywieniowe, czynniki ryzyka metaboliczne (nadwaga, otyłość, cholesterol, poziom cukru, RR)				

STAN SPOŁECZNY <i>Ocena opisowa</i>
☐ Wykonywany zawód, źródło utrzymania, warunki mieszkaniowe ☐ Stan cywilny, z kim zamieszkuje, stosunek do rodziny, utrzymywanie kontaktu z rodziną, odwiedzanie pacjenta, czy pacjent ma zapewnioną opiekę w domu (kto)? ☐ Spędzanie wolnego czasu ☐ Zainteresowania ☐ Udział w terapii zajęciowej i aktywnościach oddziału ☐ Kontakt z innymi pacjentami ☐ Kontakt z personelem
STAN PSYCHICZNY
WYGLĄD ZEWNĘTRZNY Ogólny: ☐ zadbany ☐ zaniedbany ☐ brudny ☐ wychudzony Ubiór: ☐ normalny ☐ niedostosowany ☐ ekscentryczny ☐ zaniedbany Mimika i wyraz twarzy: ☐ normalna ☐ żywa ☐ uboga ☐ sztywna ☐ maskowata ☐ wyraz twarzy pogodny ☐ ponury ☐ przygnębiony ☐ cierpiący ☐ grymasy Skóra i włosy: ☐ skóra prawidłowa ☐ blada ☐ zażółcona ☐ ślady po samouszkodzeniach ☐ włosy czyste ☐ zaniedbane Inne:
PORUSZANIE SIĘ I NAPĘD PSYCHORUCHOWY Porusza się: ☐ samodzielnie ☐ na wózku inwalidzkim ☐ korzysta z pomocy, np. balkonik ☐ porusza się sporadycznie ☐ pacjent leżący Chód: ☐ normalny ☐ chwiejny ☐ przyspieszony ☐ zwolniony ☐ inne Napęd: ☐ wyrównany ☐ pacjent pobudzony psychoruchowo ☐ spowolniały ☐ zahamowany ☐ bezruch ☐ negatywizm (czynny, bierny) ☐ drżenia ☐ natrętne czynności, stereotypie Inne:
ORIENTACJA PSYCHICZNA ☐ zachowana orientacja allopsychiczna ☐ zachowana orientacja autopsychiczna ☐ majaczenie ☐ śpiączka ☐ inne Krytycyzm chorobowy: ☐ pełny ☐ brak poczucia choroby ☐ przesadne poczucie choroby ☐ nastawienie hipochondryczne ☐ dysymulacja Inne:
ZACHOWANIA PACJENTA ☐ adekwatne do sytuacji ☐ spokojne ☐ spełnia polecenia ☐ nieadekwatne do sytuacji ☐ niespokojne ☐ aroganckie ☐ dziwaczne ☐ błazeńskie ☐ bez poczucia dystansu ☐ pacjent kłótlivy ☐ usztywniony ☐ nie spełnia poleceń ☐ oporny Reakcje popędowe: ☐ agresywny czynnie ☐ agresywny słownie ☐ skłonność do samookaleczeń ☐ działań impulsywnych ☐ myśli S ☐ tendencje S ☐ tendencje ucieczkowe Aktywność w ciągu dnia: ☐ normalna ☐ podwyższona ☐ obniżona, sporadyczna ☐ brak aktywności

Kontakt z otoczeniem: ☐ zachowany ☐ ograniczony ☐ spontaniczny ☐ wymuszony ☐ bez kontaktu

Relacje z innymi: ☐ normalne ☐ unikanie kontaktów ☐ brak dystansu ☐ nieufny

Przyjmowanie leków: ☐ pacjent współpracuje ☐ odmawia ☐ manipuluje lekami ☐ wymaga dozoru

Spożywanie posiłków: ☐ normalne ☐ odmawia ☐ manipuluje ☐ nadmierny apetyt ☐ wymaga dozoru

Zachowania higieniczne: ☐ dba o higienę ☐ wymaga przypomnienia ☐ wymaga pomocy

Sen: ☐ sen spokojny ☐ budzi się ☐ nie może zasnąć ☐ nie śpi ☐ aktywny w nocy ☐ wymaga dozoru

Inne:

NASTRÓJ

Afekt: ☐ wyrównany ☐ obniżony ☐ podwyższony ☐ wybuchowy ☐ euforia ☐ dysforia
☐ lęk ☐ gniew

Stosunek do pielęgniarki: ☐ przyjazny, ☐ przymilny, ☐ wrogi, ☐ nieufny, ☐ gniewny, ☐ drażliwy, ☐ obojętny,
☐ roszczeniowy ☐ unika kontaktu

Stosunek do pacjentów: ☐ przyjazny, ☐ przymilny, ☐ wrogi, ☐ nieufny, ☐ gniewny, ☐ drażliwy, ☐ obojętny,
☐ roszczeniowy ☐ unika kontaktu

SFERA POZNAWCZA I MOWA

Uwaga: ☐ prawidłowa ☐ rozproszona ☐ trudności w skupieniu ☐ nadmiernie przerzutna ☐ lepka

Pamięć: ☐ zdolny do zapamiętywania ☐ osłabienie przypominania ☐ ogólny zanik pamięci ☐ konfabulacje

Mowa: ☐ cicha ☐ głośna ☐ niewyraźna ☐ wolna ☐ szybka ☐ splątana ☐ mutyzm
☐ persewacje ☐ neologizmy Pacjent: ☐ małomówny ☐ gadatliwy

ZABURZENIA MYŚLENIA I SPOSTRZEGANIA

Urojenia: ☐ prześladowcze ☐ depresyjne (np. nihilistyczne, hipochondryczne) ☐ wielkościowe ☐ inne

Wypowiedzi chorego świadczące o urojeniach:

Halucynacje: ☐ słuchowe ☐ węchowe ☐ dotykowe ☐ wzrokowe ☐ smakowe ☐ inne

Zachowania świadczące o omamach:

Myśli: ☐ natrętne ☐ gonitwa myśli

Inne:

INFORMACJE DODATKOWE pochodzące z wywiadu lekarskiego, obserwacji pielęgniarstkich, itp.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

☐ Farmakoterapia

☐ Inne metody leczenia.....

☐ Działania uboczne leków.....

☐ Metody rehabilitacji

- ☐ Wiedza i umiejętności niezbędne do samoopieki
- ☐ Potencjał terapeutyczny rodziny/opiekuna
- ☐ Zapotrzebowanie na psychoedukację
- ☐ Zapotrzebowanie na treningi umiejętności
- ☐ Motywacja do leczenia, adherencja

OCENA KLINIMETRYCZNA

Skala	Liczba punktów	Interpretacja
Skala Winga		
Wybrana skala oceny depresji		
Skala Manii Younga (YMRS)		
Zmodyfikowana Skala Jawnej Agresji (MOS)		
Skala Objawów Niepożądanych (GASS)		
Skala Oceny Przestrzegania zaleceń Terapeutycznych (MARS)		
Skrócony test sprawności umysłowej (AMTS)		
Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)		
Test Tinetti - wersja skrócona (ryzyko upadków)		
Skala Katza (ADL)		
Skala ryzyka odleżyn Norton		
Skala Oceny bólu (NRS)		
Inne		

KARTA OBSERWACJI PIELEŃNIARSKIEJ

Obserwacja 1 Data:	Opis stanu chorego
Obserwacja 2 Data:	Opis stanu chorego
Obserwacja 3 Data:	Opis stanu chorego

PLANOWANIE I REALIZACJA PROCESU PIELEGNOWANIA

Data	Problem pielęgnacyjny	Cel opieki	Zaplanowane i podjęte interwencje pielęgniarские	Ocena

Data	Problem pielęgnacyjny	Cel opieki	Zaplanowane i podjęte interwencje pielęgniarские	Ocena

Data	Problem pielęgnacyjny	Cel opieki	Zaplanowane i podjęte interwencje pielęgniarские	Ocena

Raportowanie o stanie pacjenta wg procedury SBAR

Elementy SBAR*		OPIS (zdarzenie krótkie)
S - Situation (Sytuacja)	Co się dzieje z pacjentem? <i>Jasne, krótkie i zwięzłe określenie sytuacji, stwierdzenie problemu</i>	
B - Background (Tło)	Jakie jest tło lub kontekst kliniczny? <i>Istotne i krótkie informacje dotyczące sytuacji przedstawione na tle konkretnej historii pacjenta</i>	
A - Assessment (Ocena)	Jaki moim zdaniem jest problem? <i>Analiza i rozważanie opcji – co znalazłeś? co myślisz?</i>	
R - Recommendation (Zalecenia)	Co bym zrobił, żeby to naprawić? <i>Działanie wymagane / zalecane</i>	

*Szczegóły dotyczące protokołu SBAR na stronie 26

Elementy SBAR*	OPIS (raport z dyżuru)
S - Situation <i>(Sytuacja)</i>	
B - Background <i>(Tło)</i>	
A - Assessment <i>(Ocena)</i>	
R - Recommendation <i>(Zalecenia)</i>	

*Szczegóły dotyczące protokołu SBAR na stronie 26

WYBRANE NARZĘDZIA OCENY KLINIMETRYCZNEJ DO ZASTOSOWANIA W PROCESIE PIELĘGNOWANIA W PSYCHIATRII

Skala Oceny Społecznego Zachowania się Pacjenta wg Winga - <i>Wing Social Behaviour Scale</i> (w tłumaczeniu Masiaka i adaptacji Majczaka)
Zawiera ona 16 kategorii zachowań, które są oceniane za pomocą trójstopniowej skali od 0 do 2 punktów. Służy do obserwacji chorego z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza ze schizofrenią w okresie hospitalizacji
1. Spowolnienie ruchów: 2 – ruchy pacjenta są na ogół niezwykle powolne, np. spożywanie posiłków lub ubieranie się zajmuje mu dużo więcej czasu niż innym, idąc porusza się o wiele wolniej niż inni pacjenci; 1 – czasem jest bardzo spowolniony (jak wyżej), a kiedy indziej nie wykazuje spowolnienia ruchów; 0 – szybkość ruchów normalna.
2. Zmniejszenie aktywności: 2 – niemal przez cały czas stoi lub siedzi w jednym miejscu, bardzo mało się rusza, mimo zachęcania trudno go skłonić do jakiegś czynności lub ruchu; 1 – niekiedy zupełnie bezczynny (jak wyżej), a niekiedy nie; 0 – nie wydaje się, aby aktywność pacjenta była wyraźnie zmniejszona.
3. Nadmierna aktywność: 2 – zwykle nadmiernie aktywny lub niespokojny, np. szybko chodzi, bardzo głośno mówi lub śpiewa, przejawia niepokój ruchowy; 1 – w pewnych okresach jak wyżej, w innych nie przejawia nadmiernej aktywności; 0 – nie wykazuje nadmiernej aktywności.
4. Rozmowność: 2 – mutystyczny lub prawie mutystyczny; 1 – wypowiedzi ograniczone do niewielu słów (tylko kiedy jest pytany), przeważnie milczy; 0 – zwykle rozmowny.
5. Odosabnianie się: 2 – nie dąży do kontaktów z innymi, nie nawiązuje z nikim znajomości, nie udziela się towarzysko, nawet jeśli jest do tego zachęcany; 1 – stroni od innych i przeważnie spędza czas samotnie, lecz jeśli go zachęcić, włącza się w życie zbiorowe i nieco współdziała z innymi; 0 – utrzymuje kontakty z innymi, normalnie towarzyski.
6. Sposób spędzania wolnego czasu i zainteresowania: 2 – nie wykazuje żadnego zainteresowania; nie zajmuje się lekturą, nie interesuje się telewizją, ani nie gra w żadne gry, nawet jeśli się go do tego zachęca; 1 – wykazuje przez krótki czas niewielkie zainteresowanie lekturą, gram, itp., jeśli się go do tego zachęci; 0 – przejawia naturalne, samorzutne zainteresowania.
7. Śmianie się i mówienie do siebie: 2 – często śmieje się bez widocznego ku temu powodu albo mówi do siebie; 1 – niekiedy śmieje się lub mówi do siebie, lecz nie zdarza się to codziennie; 0 – nie obserwowano tego rodzaju zachowania.
8. Nienaturalne pozy i manieryzmy: 2 – niemal codziennie przyjmuje dziwne i niewygodne pozycje lub wykonuje dziwaczne ruchy, gesty lub grymasy; 1 – zachowuje się jak wyżej lecz nie codziennie; 0 – nie obserwowano tego rodzaju zachowania.
9. Zachowania agresywne: 2 – w ciągu tygodnia zdarza się, że pacjent atakuje lub uderzy kogoś, bądź zniszczy jakiś przedmiot; 1 – ma zwyczaj grozić komuś lub wypowiadać obelgi nie atakując jednak inaczej niż słownie; 0 – nie obserwowano tego rodzaju zachowania.

10. Higiena osobista: 2 – pacjent przynajmniej raz w tygodniu zanieczyszcza się; 1 – wymaga budzenia w nocy lub wyprowadzenia do toalety, w ciągu dnia również wymaga nadzoru; 0 – nie wymaga nadzoru, nie zanieczyszcza się.
11. Dbłość o wygląd zewnętrzny własny: 2 – przynajmniej raz w tygodniu zdarza się, że musi być ubrany lub myty (lub golony), ponieważ sam o to nie dba; 1 – potrafi ubrać się, umyć o ogolić sam, lecz pod wieloma względami wymaga nadzoru i pomocy, nie nadzorowany wygląda niechlujnie; 0 – nie wymaga żadnej kontroli pod tym względem, dba o swój wygląd zewnętrzny wystarczająco i samorzutnie.
12. Zachowanie się w czasie posiłku: 2 – co najmniej raz w tygodniu zdarza się, że musi być karmiony łyżką przez drugą osobę; 1 – nie wymaga karmienia łyżką, lecz trzeba zwracać na niego uwagę, ponieważ nie zachowuje się odpowiednio; 0 – jada normalnie nie budząc zastrzeżeń.
13. Przyjmowanie leków: 2 – kategorycznie odmawia przyjmowania leków, wymaga unieruchomienia; 1 – słownie oponuje przeciwko leczeniu, okresowo odmawia przyjmowania leków, domaga się zmiany leków lub obniżenia dawki; 0 – przyjmuje leki zalecone przez lekarza.
14. Terapia zajęciowa, praca na oddziale: 2 – nie bierze udziału w pracach na oddziale, nie sprząta po sobie, nie ścieli łóżka, nie chce chodzić na terapię zajęciową mimo nakłaniania; 1 – okresowo wykonuje wyżej wymienione czynności, ale niechętnie, szybko z nich rezygnuje mimo nakłaniania; 0 – wykonuje wszystkie tego typu czynności.
15. Wykonywanie zadań zaleconych: 2 – pacjent nie wykonuje zaleconych zadań np. przeczytanie książki, artykułu w gazecie, obejrzenie określonego programu w telewizji czy innych; 1 – wykonuje tylko niektóre zadania, niedokładnie, czasem nie wykonuje; 0 – wykonuje dokładnie wszystkie zalecone zadania.
16. Stosunek do odwiedzającego: 2 – jest niechętny, nie przejawia radości w czasie spotkania, jest obojętny, brak emocjonalnego kontaktu; 1 – jest trochę zainteresowany spotkaniami, ale kontakt szybko się urywa, okresowo przejawia żywsze reakcje emocjonalne; 0 – nawiązuje żywy kontakt emocjonalny, oczekuje spotkań, jest zainteresowany spotkaniem.
WYNIK Ocena pierwsza pkt; Ocena druga pkt (w możliwie najdłuższym odstępie)

Źródło: Szwed B, Wojnowska-Dawiskiba H, Blajerska D, Twardak J. Zastosowanie skali J.K. Winga do oceny społecznego zachowania pacjentów leczonych w oddziale psychiatrycznym z powodu schizofrenii. W [red.] Abramczyk A, Panaszek B. Choroby przewlekłe: wybrane zagadnienia. 2008, Wrocław, Wydaw. A&A Optimed 2008: 223-237.

Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) <i>Wersja 17-punktowa</i>
1. Nastrój depresyjny 0 = Nie stwierdza się 1 = Ujawniany przez pacjenta dopiero po zapytaniu 2 = Ujawnia depresję spontanicznie 3 = Stwierdza się niewerbalne przejawy depresji (wyraz twarzy; głos, płacz) 4 = Depresja stanowi jedyny typ nastroju ujawniany drogą werbalną i niewerbalną
2. Poczucie winy 0 = Nie stwierdza się 1 = Poczucie sprawienia zawodu innym, wymówki wobec siebie 2 = Rozważania o winie, błędach popełnionych w przeszłości 3 = Przekonanie, że obecna choroba jest karą, urojenie winy 4 = Omamy słuchowe o treści oskarżającej pacjenta, denuncjującej
3. Zniechęcenie do życia, myśli, tendencje samobójcze 0 = Nie stwierdza się 1 = Poczucie, że nie warto żyć 2 = Pragnienie (życzenie) śmierci, np. drogą naturalną 3 = Myśli o samobójstwie, zamiary 4 = Próby samobójcze (brać pod uwagę jedynie poważne)
4. Zaburzenia zasypiania 0 = Nie stwierdza się 1 = Sporadyczne trudności z zasypianiem (oczekiwanie na sen ponad 0,5 godziny) 2 = Częste, znaczne trudności z zasypianiem
5. Sen płytki, przerywany 0 = Nie stwierdza się 1 = Płytki, niespokojny sen 2 = Budzenie się w nocy; opuszczanie łóżka (nie oceniać budzenia się w związku z potrzebami fizjologicznymi)
6. Wczesne budzenie się 0 = Nie stwierdza się 1 = Budzenie się nad ranem i ponowne zasypianie 2 = Budzenie się zbyt wczesne z niemożnością ponownego uśnięcia
7. Aktywność złożona, praca 0 = Nie stwierdza się zaburzeń aktywności 1 = Poczucie obniżonej wydolności, niechęć do podejmowania aktywności złożonej 2 = Utrata zainteresowań i chęci do działania, wykonywania pracy; hobby 3 = Zmniejszenie liczby godzin przeznaczonych na aktywność złożoną (praca, rozrywki, hobby); w szpitalu: gdy pacjent zajmuje się aktywnością złożoną poniżej 3 godzin dziennie 4 = Niezdolność do pracy, przerwa pracy, w oddziale brak przejawów spontanicznej aktywności.
8. Spowolnienie, zahamowanie (myślenia, mowy, upośledzenie koncentracji uwagi, obniżenie aktywności ruchowej w czasie badania) 0 = Nie stwierdza się 1 = Nieznaczne 2 = Wyraźne spowolnienie 3 = Na skutek zahamowania - trudności w przeprowadzeniu badania 4 = Ośłupienie
9. Niepokój, podniecenie ruchowe 0 = Nie stwierdza się 1 = Zaznaczony niepokój manipulacyjny 2 = Wyraźny niepokój manipulacyjny; przebieranie palcami, bawienie się włosami 3 = Niepokój ruchowy; niemożność przebywania w jednym miejscu 4 = Podniecenie ruchowe, wykręcanie rąk, obgryzanie paznokci, wyrywanie włosów, przygryzanie warg

10. Lęk - objawy depresyjne 0 = <i>Nie stwierdza się</i> 1 = <i>Subiektywne: napięcie, rozdrażnienie</i> 2 = <i>Martwienie się drobiazgami</i> 3 = <i>Cechy lęku w wyrazie twarzy i w wypowiedziach</i> 4 = <i>Lęk i obawy ujawniane spontanicznie przez pacjenta</i>
11. Lęk - objawy somatyczne (oceniać: suchość w jamie ustnej, biegunki, wzdęcia, palpacje, objawy hiperwentylacji, pocenie się, częste oddawanie moczu, zawroty głowy, nieostre widzenie) 0 = <i>Nie stwierdza się</i> 1 = <i>Łagodnie (nieznacznie) nasilone</i> 2 = <i>Umiarkowanie nasilone</i> 3 = <i>Znaczne (ciężkie) nasilenie</i> 4 = <i>Nasilenie bardzo duże, dominuje</i>
12. Przewód pokarmowy - brak apetytu, zaparcia 0 = <i>Nie stwierdza się</i> 1 = <i>Brak apetytu, ale pokarmy spożywa bez pomocy personelu</i> 2 = <i>Jada mało, pod namową lub przy pomocy personelu, stałe zaparcia (potrzeba stosowania leków)</i>
13. Objawy somatyczne ogólne 0 = <i>Nie stwierdza się</i> 1 = <i>Uczucie ciężaru w głowie, karku, barkach, wzmożona męczliwość, utrata energii</i> 2 = <i>Znaczne nasilenie dolegliwości wymienionych w punkcie 1</i>
14. Utrata libido, popędu seksualnego, zaburzenia miesiączkowania 0 = <i>Nie stwierdza się</i> 1 = <i>Nasilenie łagodne</i> 2 = <i>Nasilenie znaczne</i> x = <i>Nie dotyczy</i>
15. Hipochondria 0 = <i>Nie stwierdza się</i> 1 = <i>Zaabsorbowanie problemem własnego ciała</i> 2 = <i>Nadmierna dbałość o zdrowie, obawy przed chorobą</i> 3 = <i>Narzekanie i skargi na złe zdrowie, żądanie pomocy, leczenia</i> 4 = <i>Urojenia hipochondryczne</i>
16. Ubytek masy ciała A = Ocena danych z wywiadu (przeszłość) 0 = <i>Nie stwierdza się</i> 1 = <i>Prawdopodobnie wystąpiła utrata masy w związku z obecną chorobą</i> 2 = <i>Potwierdzona utrata masy ciała</i> B = Ocena stanu aktualnego (oceniać okres 1 tygodnia) 0 = <i>Poniżej 0,5 kg</i> 1 = <i>Od 0,5 do 1 kg (na tydzień)</i> 2 = <i>Powyżej 1 kg (na tydzień)</i>
17. Krytycyzm (wgląd) 0 = <i>Poczucie obecności depresji jako choroby (krytycyzm zachowany)</i> 1 = <i>Krytycyzm częściowo zachowany - poczucie obecności choroby; ale jest ona następstwem np. wadliwej diety; infekcji przemęczenia itp.</i> 2 = <i>Brak krytycyzmu</i>
Wynik pkt 0-7 bez zaburzeń depresyjnych, 8-12 łagodna depresja, 13-17 depresja o nasileniu umiarkowanym, 18-29 ciężka depresja, 30-52 bardzo ciężka depresja

Źródło: 1) Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1960, 23: 56-62. 2) Pielęgniarki. Pielęgniarstwo I położnictwo w praktyce. <https://pielegniarki.com.pl/calculator/hamilton#>

GERIATRYCZNA SKALA OCENY DEPRESJI (GDS)*Wersja skrócona - 15 cech*

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni zakreślając właściwą odpowiedź
(dopuszczalna pomoc w czytaniu i wypełnieniu skali w przypadku osłabienia funkcji intelektualnych)

PYTANIE	TAK	NIE
1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)?	T	N
2. Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?	T	N
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?	T	N
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?	T	N
5. Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?	T	N
6. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?	T	N
7. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?	T	N
8. Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?	T	N
9. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?	T	N
10. Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?	T	N
11. Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?	T	N
12. Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?	T	N
13. Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?	T	N
14. Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?	T	N
15. Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?	T	N
Wynik KLUCZ:GDS – punkty depresyjne TAK – 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 NIE – 1, 5, 7, 11, 13 Interpretacja: liczba punktów 0-5 bez depresji, 6-15 depresja o rosnącym nasileniu		

Źródło: Kołomecka M. CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA. Pracownia Gerontologii UM w Łodzi.

Skala Manii Younga (YMRS – *Young Mania Rating Scale*).

Instrukcja dla badacza: Należy zakreślić jedną cyfrę (od 0 do 4 lub od 0 do 8) najlepiej oddającą stan pacjenta. W pozycjach 5, 6, 8, 9 punkty są podwojone (skala ocen: 0, 2, 4, 6, 8) w celu zwiększenia czułości diagnostycznej narzędzia.

1. **Podwyższony nastrój**

- [0] Adekwatny do sytuacji
- [1] Lekko podwyższony, optymistyczny
- [2] Wyraźnie podwyższony, ekspansywny
- [3] Egzaltowany, nienaturalnie radosny
- [4] Skrajna euforia, obecność urojeń wielkościowych

2. **Zwiększona aktywność ruchowa (napęd)**

- [0] W normie
- [1] Nieznacznie zwiększona (żwawość)
- [2] Wyraźne pobudzenie, gestykulacja
- [3] Ciągły niepokój ruchowy, hiperaktywność
- [4] Skrajne pobudzenie psychoruchowe, pacjent nieaktywny stacjonarnie

3. **Zainteresowanie seksem**

- [0] W normie
- [1] Dyskretny lub łagodny wzrost zainteresowania
- [2] Wyraźny wzrost, częste poruszanie tematów erotycznych
- [3] Seksualizacja rozmowy, podteksty wobec personelu
- [4] Jawna, nieskrępowana hiperseksualność behawioralna

4. **Sen (Zapotrzebowanie)**

- [0] Brak zgłaszanych zaburzeń snu
- [1] Skrócenie czasu snu o maksymalnie 1 godzinę
- [2] Skrócenie czasu snu o ponad 1 godzinę
- [3] Deklarowane wyraźne zmniejszenie zapotrzebowania na sen
- [4] Skrajna deprywacja (całkowity brak snu lub sen trwający poniżej 2 godzin)

5. **Drażliwość (waga x2)**

- [0] Brak cech drażliwości
- [2] Lekko zaznaczona podczas odmowy
- [4] Wyraźna drażliwość przy próbach stawiania granic
- [6] Częste, gwałtowne epizody dysforii lub gniewu
- [8] Jawna, stała wrogość, skrajna dysforia i aperswazyjność

6. **Mowa – tempo i ilość (waga x2)**

- [0] Mowa spokojna, w normie
- [2] Nieznacznie zwiększona rozmowność
- [4] Przyspieszone tempo wypowiedzi, trudność w przerwaniu
- [6] Potok słów, mowa głośna, nasilona presja wypowiedzi
- [8] Logorea nieprzerwana, mowa skrajnie głośna, chaotyczna, niespójna

7. **Zaburzenia myślenia (tok)**

- [0] Tok myślenia prawidłowy
- [1] Nieznaczna dygresyjność lub odwracalność uwagi
- [2] Wyraźna dygresyjność, ucieczka idei
- [3] Gonitwa myśli, trudności w utrzymaniu wątku przewodniego
- [4] Całkowite rozkojarzenie toku myślenia, brak kontaktu logicznego

8. Treść myśli (waga x2) [0] Prawidłowa, adekwatna do realiów [2] Podwyższona samoocena, snucie optymistycznych planów [4] Nierealne projekty finansowe i zawodowe, wielkościowość [6] Idee posłannicze, przekonanie o szczególnych cechach/kontaktach [8] Całkowicie ustrukturyzowane, ostre urojenia wielkościowe lub religijne
9. Zachowanie agresywne / roszczeniowe (waga x2) [0] Pełna kooperacja z zespołem terapeutycznym [2] Zachowania sarkastyczne, lekka podejrzliwość [4] Postawa roszczeniowa, głośnie wysuwanie żądań, kłótniowość [6] Groźby słowne, nękanie otoczenia, konieczność interwencji służb [8] Czynna agresja fizyczna, niszczenie mienia, konieczność przymusu
10. Wygląd zewnętrzny [0] Ubiór schludny, adekwatny do sytuacji [1] Lekki nieład w odzieży, drobne zaniedbania [2] Ubiór jaskrawy, ekscentryczny, niedostosowany do okoliczności [3] Przerysowany wygląd, widoczne rażące błędy w autoprezentacji [4] Skrajne zaniedbanie higieniczne, wygląd całkowicie dziwaczny (<i>bizarre</i>)
11. Krytycyzm (Wgląd) [0] Pełna świadomość obecności choroby psychicznej i konieczności leczenia [1] Częściowy wgląd (przyznaje się do zmęczenia lub lekkiego niepokoju) [2] Przyznaje się do zmiany zachowania, ale neguje obecność choroby [3] Uważa, że zachowanie jest w pełni zdrowe, neguje potrzebę pomocy [4] Całkowity brak poczucia choroby, czynny opór, oskarżanie otoczenia o spisek
Wynik.....pkt INTERPRETACJA WYNIKU KOŃCOWEGO: • 0 – 12 pkt: Stan remisji (eutymia) • 13 – 19 pkt: Epizod maniackalny o stopniu lekkim (hipomania) • 20 – 25 pkt: Epizod maniackalny o stopniu umiarkowanym • powyżej 25 pkt: Epizod maniackalny o stopniu ciężkim (mania z objawami psychotycznymi)

***Źródło:** Galecki P, Szulc A. Psychiatria. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2022. Rozdział 14, Narzędzia diagnostyczne i skale samoocenne w zaburzeniach afektywnych; s. 290–295.*

Zmodyfikowana Skala Jawnej Agresji (MOAS – Modified Overt Aggression Scale)

Instrukcja dla badacza: W każdej z 4 poniższych kategorii należy wybrać i zaznaczyć tylko jeden najwyższy punkt odpowiadający zachowaniu pacjenta. Następnie uzyskany wynik surowy należy pomnożyć przez przypisany do danej kategorii współczynnik wagi.

Kategoria agresji i opis wskaźników	Wynik surowy (0–4)	Waga (Mnożnik)	Wynik ważony
I. AGRESJA SŁOWNA 0 – Brak agresji słownej. 1 – Podnoszenie głosu, krzyk, łagodne przekleństwa. 2 – Wyraźne i personalne znieważanie, wyzywanie innych osób. 3 – Otwarte, werbalne zagrożenie przemocą fizyczną wobec personelu/pacjentów. 4 – Groźby użycia niebezpiecznego narzędzia, skrajna, niekontrolowana wściekłość.	[]	x 1	
II. AGRESJA PRZECIWKO MIENIU 0 – Brak agresji wobec przedmiotów. 1 – Głośne trzaskanie drzwiami, rzucanie odzieżą, niszczenie własnych drobnych rzeczy. 2 – Rzucanie lżejszymi przedmiotami, kopanie mebli, uderzanie w ściany/drzwi. 3 – Poważne niszczenie mienia (wybijanie szyb, zrywanie instalacji, niszczenie pościeli/łóżka). 4 – Podpalenia, celowe i niebezpieczne niszczenie aparatury medycznej na oddziale.	[]	x 2	
III. AUTOAGRESJA (Agresja wobec samego siebie) 0 – Brak zachowań autoagresywnych. 1 – Drapanie skóry, obgryzanie palców do krwi, wyrywanie włosów. 2 – Celowe uderzanie głową o ścianę, powierzchowne samookaleczenia bez urazów. 3 – Głębokie nacięcia skóry, przypalenia, powodowanie u siebie realnych uszkodzeń ciała. 4 – Aktywne i czynne próby samobójcze podjęte w okresie obserwacji.	[]	x 3	
IV. AGRESJA FIZYCZNA WOBEC INNYCH OSOB 0 – Brak agresji fizycznej wobec ludzi. 1 – Postawa grożąca, naruszanie przestrzeni osobistej, wykonywanie agresywnych gestów. 2 – Popychanie, szarpanie za odzież, chwytanie innych osób bez zadawania ciosów. 3 – Zadawanie ciosów fizycznych (uderzenie ręką, kopnięcie, drapanie, plucie na inne osoby). 4 – Duszenie, rzucenie się na ziemię z zamiarem pobicia, użycie niebezpiecznego narzędzia.	[]	x 4	
OSTATECZNY WYNIK GLOBALNY MOAS (Suma wyników ważonych): pkt (Zakres od 0 do 40) Im wyższy wynik końcowy, tym większe nasilenie i niebezpieczeństwo wynikające z zachowań agresywnych pacjenta. Powtarzanie badania w odstępach tygodniowych pozwala na precyzyjne monitorowanie skuteczności leczenia farmakologicznego lub terapii behawioralnej.			

Źródło: Głowacka M, redaktor. Pielęgniarstwo kliniczne w psychiatrii: podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019. Rozdział 4, Postępowanie z pacjentem pobudzonym i ocena ryzyka eskalacji przemocy; s. 92–98.

Skala Objawów Niepożądanych z Glasgow (GASS – *Glasgow Antipsychotic Side-effect Scale*)

Instrukcja dla pacjenta: Poniższe pytania dotyczą objawów, jakie mogły wystąpić u Pana/Pani w ciągu ostatnich 7 dni. Proszę zaznaczyć krzyżykiem [X] odpowiedź, która najlepiej opisuje częstotliwość danego objawu.

Lp. Objaw niepożądany (Ostatnie 7 dni)	0 (Nigdy)	1 (Rzadko)	2 (Często)
1. Nadmierna senność w ciągu dnia	☐	☐	☐
2. Poczucie ciągłego zmęczenia / brak energii	☐	☐	☐
3. Suchość w jamie ustnej	☐	☐	☐
4. Nadmierne ślinienie się (np. w nocy)	☐	☐	☐
5. Nieostre widzenie / zamazany obraz	☐	☐	☐
6. Zawroty głowy lub oszołomienie przy nagłym wstawaniu	☐	☐	☐
7. Drżenie rąk, palców lub innych części ciała	☐	☐	☐
8. Sztywność mięśni, rąk lub nóg	☐	☐	☐
9. Niepokój ruchowy (trudność w usiedzeniu bez ruchu)	☐	☐	☐
10. Skurcze mięśni lub nietypowe ruchy twarzy/języka	☐	☐	☐
11. Kołatanie serca lub przyspieszone bicie serca	☐	☐	☐
12. Zaparcia lub trudności z oddawaniem stolca	☐	☐	☐
13. Wzrost masy ciała lub zwiększony apetyt	☐	☐	☐
14. Zaburzenia seksualne (spadek libido, trudności z erekcją)	☐	☐	☐
15. Obrzęki wokół kostek lub dłoni	☐	☐	☐

Wynik..... pkt

Interpretacja

- **0 – 10 pkt:** Działania niepożądane nieobecne lub o stopniu lekkim (dobra tolerancja leczenia).
- **11 – 21 pkt:** Działania niepożądane o stopniu umiarkowanym.
- **powyżej 21 pkt:** Działania niepożądane o stopniu ciężkim (konieczność pilnej modyfikacji dawek).

Źródło: Jarema M, redaktor. *Standardy leczenia farmakologicznego zaburzeń psychicznych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*. Gdańsk: Via Medica; 2022. Rozdział 3, Monitorowanie działań niepożądanych i bezpieczeństwa farmakoterapii; s. 110–115. (Kliniczne zastosowanie w opiece pielęgniarstwie: Głowacka M, redaktor. *Pielęgniarstwo kliniczne w psychiatrii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019; s. 132–141).

Skala Oceny Przestrzegania Zaleceń Terapeutycznych (MARS – *Medication Adherence Rating Scale*)

Instrukcja dla pacjenta: Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, zaznaczając „TAK” lub „NIE” przy każdym stwierdzeniu. Odpowiedzi powinny odzwierciedlać Pana/Pani rzeczywiste zachowania i odczucia związane z przyjmowaniem leków przepisanych przez lekarza psychiatrę.

Lp.	Pytanie kwestionariuszowe	TAK	NIE
1.	Czy zdarza się Pani/Panu zapomnieć o przyjęciu leków?	☐	☐
2.	Czy zdarza się Pani/Panu nie uważać na pory przyjmowania leków?	☐	☐
3.	Czy zdarza się Pani/Panu pominąć dawkę, gdy czuje się Pani/Pan dobrze?	☐	☐
4.	Czy zdarza się Pani/Panu pominąć dawkę, gdy czuje się Pani/Pan gorzej po lekach?	☐	☐
5.	Czy przyjmuje Pani/Pan leki tylko wtedy, kiedy uważa to Pani/Pan za konieczne?	☐	☐
6.	Czy uważa Pani/Pan, że branie leków nienaturalnie zmienia Pani/Pana myślenie?	☐	☐
7.	Czy branie leków sprawia, że czuje się Pani/Pan jak zaprogramowany robot?	☐	☐
8.	Czy uważa Pani/Pan, że leki przynoszą więcej szkody niż pożytku?	☐	☐
9.	Czy uważa Pani/Pan, że branie leków ogranicza Pani/Pana niezależność?	☐	☐
10.	Czy czuje się Pani/Pan ociężała/ociężały i senny pod wpływem leków?	☐	☐

KLUCZ DO OBLICZANIA I INTERPRETACJI WYNIKU:

- Za każdą odpowiedź świadczącą o prawidłowym przestrzeganiu zaleceń (adherence) przyznaje się **1 punkt**.
- Dla pytań **od 1 do 10** odpowiedzią punktowaną jest „NIE” (uzyskanie odpowiedzi „NIE” oznacza brak zachowań niepożądanych).
- Zakres wyniku wynosi **od 0 do 10 punktów**. Wyższy wynik oznacza wysoki poziom współpracy i regularności, natomiast niski wynik (poniżej 6 punktów) świadczy o zjawisku *non-compliance* (nieprzestrzeganiu zaleceń).

Źródło: Jarema M, redaktor. *Standardy leczenia farmakologicznego zaburzeń psychicznych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*. Gdańsk: Via Medica; 2022. Rozdział 3, *Współpraca w leczeniu (compliance/adherence) – metody oceny*; s. 102–109.

SKRÓCONY TEST SPRAWNOŚCI UMYSŁOWEJ wg HODGKINSONA
(AMTS - abbreviated mental test score)

1. ILE MA PAN/PANI LAT ?
2. KTÓRA JEST GODZINA ? Z dokładnością do 1 godziny.
3. ADRES, KTÓRY PANU/PANI PODAM, PROSZĘ POWTÓRZYĆ I POSTARAĆ SIĘ ZAPAMIĘTAĆ - UL. GRUSZKOWA 42.
4. KTÓRY MAMY ROK ?
5. JAKI JEST PANA/PANI ADRES ?
6. KIEDY SIĘ PAN/PANI URODZIŁA ?
7. W KTÓRYM ROKU ROZPOCZĘŁA SIĘ II WOJNA ŚWIATOWA ?
8. JAK SIĘ NAZYWA PREZYDENT ?
9. PROSZĘ POLICZYĆ WSPAK OD 20 DO 1.
10. PROSZĘ POWTÓRZYĆ ADRES, KTÓRY PANU/PANI PODAŁAM.

WYNIK KOŃCOWY...../10

Każda prawidłowa odpowiedź - 1 punkt. Max. 10 punktów.

>6 - stan prawidłowy, 4-6 – upośledzenie sprawności umysłowej umiarkowane, 0-3 -Upośledzenie sprawności umysłowej ciężkie

Źródło: Kołomecka M. CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA. Pracownia Gerontologii UM w Łodzi.

Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

Predictor Variable	Value
Presence/Influence of hopelessness	3
Recent stressful life event (e.g. job loss, financial worries, pending court action)	1
Evidence of persecutory voices/beliefs	1
Evidence of depression/loss of interest or loss of pleasure	3
Evidence of withdrawal	1
Warning of suicidal intent	1
Evidence of a plan to commit suicide	3
Family history of serious psychiatric problems or suicide	1
Recent bereavement or relationship breakdown	3
History of psychosis	1
Widow/Widower	1
Prior suicide attempt	3
History of socio-economic deprivation	1
History of alcohol and/or alcohol misuse	1
Presence of terminal illness	1
Total	
Levels of risk and corresponding suggested levels of engagement:* Score of five or less: Low level of risk estimated. Suggested level of engagement – Level Four Score between six and eight: Intermediate level of risk. Suggested level of engagement – Level Three Score between nine and 11: High level of risk. Suggested level of engagement – Level Two Score of 12 or more: Very high level of risk. Suggested level of engagement – Level One	

Źródło: 1) Cutcliffe JR, Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2004 Aug;11(4):393-400. 2) Mark van Veen. Psychometrische eigenschappen van de Nurses' Global Assessment of Suicide Risk schaal (NGASR). Universiteit Utrecht, Masteropleiding Verplegingswetenschap UMC-Utrecht, 2010. 3) <https://bpgmobile.rnao.ca/sites/pda/files/images/suicidersk.pdf>

SKRÓCONA WERSJA TESTU TINETTI DO OCENY RYZYKA UPADKÓW

Czynność	Bez pomocy	Z pomocą narzędzi	Nieemożliwe bez pomocy
	Punktacja		
Powstawanie	2	1	0
Stanie nieruchomo przez 5 s	2	1	0
Przejsięcie 3 m	2	1	0
Obrót o 180°	2	1	0
Siadanie	2	1	0

OCENA

Ryzyko upadku:

- 2 pkt – minimalne
- 1 pkt – średnie
- 0 pkt – wysokie

Jeżeli 1 punkt przyznany jest dwukrotnie i więcej – niezbędna jest konsultacja fizjoterapeutyczna

Źródło: PZWL – Nursing. <https://nursing.com.pl/artykul/skrocona-wersja-testu-tinetti-do-oceny-ryzyka-upadku-6516fa53990f66c8ec66511e>

SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI W ŻYCIU CODZIENNYM - SKALA KATZA (ADL)

L/P	SAMODZIELNY	TAK	NIE
1.	Kąpanie się	1	0
2.	Ubieranie się i rozbieranie	1	0
3.	Korzystanie z toalety	1	0
4.	Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel	1	0
5.	Samodzielne jedzenie	1	0
6.	Kontrolowane wydalanie moczu i stolca	1	0

Punktacja:

5-6 – osoby sprawne
 3-4 – osoby umiarkowanie niesprawne
 = lub < 2 – osoby znacznie niesprawne

Źródło: PZWL-Nursing. https://nursing.com.pl/strapi-proxy/nursing/image/Nursing_Skala_Katza_80aea7429e.pdf

SKALA NORTON

Punkty	Stan fizyczny	Stan psychiczny	Aktywność fizyczna	Zdolność poruszania się	Nietrzymanie stolca/moczu
4	dobry	czujny	chodzi sam	pełna	nie
3	dość dobry	apatyczny	z pomocą	lekko ograniczona	sporadycznie
2	zły	splątany	siedzi	bardzo ograniczona	nietrzymanie moczu
1	bardzo zły	zamroczony	brak	brak	nietrzymanie stolca

Interpretacja wyniku:

Liczba punktów poniżej 14 świadczy o ryzyku powstania odleżyn.

Źródło: PZWL-Nursing. https://nursing.com.pl/strapi-proxy/nursing/image/Nursing_Skala_Norton_A4_0721_A_v3_e8e4efa62b.pdf

Skala Oceny Bólu – Skala numeryczna NRS (*Numerical Rating Scale*)

SKALA MIERZENIA BÓLU

Wybierz liczbę od 0 do 10, która najlepiej opisuje natężenie odczuwanego bólu



Źródło: PZWL-Nursing. https://nursing.com.pl/strapi-proxy/nursing/image/Nursing_Skala_numeryczna_NRS_A4_0721_A_v2_593b0e58ab.pdf

ZASTOSOWANIE NARZĘDZIA SBAR W SKUTECZNEJ I BEZPIECZNEJ KOMUNIKACJI W PIELĘGNIARSTWIE PSYCHIATRYCZNYM I JEGO NAUCZANIU

Opracowanie - dr n. med. Grażyna Wiraszka

Wprowadzenie

W środowisku opieki zdrowotnej, które cechuje się znaczną dynamiką a także często obecnością czynników stresujących, skuteczna komunikacja uznawana jest za jeden z kluczowych elementów zapewniających bezpieczeństwo pacjenta oraz świadczenie usług medycznych o wysokiej jakości [1, 2, 3]. Nieporozumienia w przekazywaniu informacji mogą prowadzić do błędów oraz zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjentów [2]. Obecnie model komunikacji powszechnie stosowany w placówkach ochrony zdrowia w celu poprawy jasności i efektywności wymiany informacji między personelem medycznym zapewnia narzędzie SBAR [1-9]. SBAR to akronim (skrótowiec) pochodzący od angielskich słów: *Situation*, *Background*, *Assessment* i *Recommendation* [2, 4, 5], wyznaczający elementy ustrukturyzowanego (uporządkowanego) modelu komunikacji, który pomaga profesjonalistom medycznym w przekazywaniu informacji na temat stanu pacjenta bądź też innych kwestii wymagających podjęcia działań [2, 5], ułatwiając szybką i właściwą komunikację [4, 10]. Metoda ta należy do najpopularniejszych systemów wykorzystujących mnemotechniki [11]. Termin „mnemotechniki” (*mneme – pamięć i technikos – wykonany zgodnie ze sztuką*), oznacza sprawdzone sposoby ułatwiające kodowanie, przechowywanie oraz przypominanie sobie (odtwarzanie) informacji. Wykorzystują one trzy podstawowe zasady – skojarzenie, kontekst oraz wyobraźnię [10].

Protokół SBAR został pierwotnie opracowany w latach 40. XX wieku przez marynarkę wojenną USA, a z czasem zaadaptowany w innych dziedzinach, w tym w opiece zdrowotnej [11]. Obecnie model SBAR zyskał popularność w ochronie zdrowia, zwłaszcza wśród lekarzy i pielęgniarek. Jest podstawą skutecznej komunikacji wśród profesjonalistów medycznych oraz precyzyjnego przekazywania istotnych klinicznie informacji. Format ten zapewnia zwięzły, uporządkowany i przewidywalny przepływ najważniejszych informacji o stanie pacjenta między specjalistami [4, 5, 6]. Postępowanie wg protokołu jest niezbędne do zapewnienia bezpiecznej, skutecznej i skoordynowanej opieki nad pacjentem [1]. Dla potrzeb opieki zdrowotnej protokół SBAR został zaadoptowany m.in. przez Agencję ds. Badań i Jakości w Ochronie Zdrowia (*Agency for Healthcare Research and Quality*) w celu redukcji błędów komunikacyjnych i poprawy bezpieczeństwa [5].

Znaczenie postępowania wg protokołu SBAR podkreśla się również w nauczaniu medycznym [1, 3, 4]. Dla osób rozpoczynających praktykę zawodową, SBAR stanowi przydatne ramy ułatwiające naukę praktycznych umiejętności komunikacyjnych [12]. Jedną z pierwszych publikacji dotyczących potrzeby wdrażania tego modelu w przygotowaniu absolwentów pielęgniarstwa do praktyki klinicznej pojawiła się w 2009 roku [4]. W Polsce zagadnienie to zostało uwzględnione w standardzie kształcenia pielęgniarek obowiązującym od roku akademickiego 2025/26, gdzie wśród umiejętności umieszczony został efekt uczenia się o następującym brzmieniu - Student „*Przekazuje pacjenta, zgodnie z procedurami, na blok operacyjny na badania inwazyjne lub przyjmuje pacjenta z bloku operacyjnego po badaniach inwazyjnych, przekazuje pacjenta z oddziału do innego oddziału, pracowni, podmiotu leczniczego oraz przekazuje informacje o pacjencie zgodnie z zasadami protokołu SBAR (Situation – sytuacja, Background – tło, Assessment – ocena, Recommendation – rekomendacja)*” [13].

Protokół SBAR w pielęgniarstwie psychiatrycznym

Obecnie w sprawowaniu skoordynowanej i zapewniającej bezpieczeństwo opieki nad pacjentem w poszczególnych obszarach pielęgniarstwa, w tym w psychiatrii, rekomendowany jest protokół SBAR [1-9, 12, 14, 15], którego schemat przedstawia tabela nr 1.

Metoda ta jest kluczowa dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i świadczenia wysokiej jakości opieki pielęgniarstwiej. Specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym podejmują ciągłe działania celem zaadoptowania modelu SBAR dla swoich potrzeb, aby usprawnić komunikację i koordynację opieki [3, 9, 12, 14, 15]. Jednakże jak wskazuje Janaway i wsp. [15] w psychiatrii metoda ta jest rzadko stosowana, co może prowadzić do niekorzystnych skutków. Uważa się, że błędy w komunikacji są jedną z głównych przyczyn zdarzeń sentinelowych, czyli nieoczekiwanych zdarzeń niepożądanych w placówkach opieki zdrowotnej. Obejmują zdarzenia związane ze śmiercią czy też poważnymi obrażeniami fizycznymi lub psychicznymi, które nie wynikają z naturalnego przebiegu choroby. Standaryzacja komunikacji w postaci protokołu SBAR pomaga ograniczać te zagrożenia [2].

W obszarze zdrowia psychicznego, dużą wagę przywiązuje się do komunikacji interpersonalnej. Mimo tego niektórzy autorzy zwracają uwagę, iż specjaliści z tej dziedziny nie zawsze potrafią skutecznie i zwięźle komunikować się między sobą [12]. Można założyć, że wynika to prawdopodobnie ze specyfiki zaburzeń i problemów psychicznych opisywanych w dużej mierze jakościowo. W rezultacie cele jakości opieki zdrowotnej rekomendowane przez *Agency for Healthcare Research and Quality*, takie jak opieka bezpieczna, skuteczna, skoncentrowana na pacjencie, terminowa, efektywna i sprawiedliwa, mogą być realizowane w sposób niewystarczający [3].

Tabela 1. Schemat protokołu SBAR

Elementy protokołu		
S - Situation (Sytuacja)	Co się dzieje z pacjentem? <i>Jasne, krótkie i zwięzłe określenie sytuacji, stwierdzenie problemu</i>	→ Identyfikacja mówiącego, jednostki, pacjenta, numer pokoju... → Krótkie określenie problemu, co to jest, kiedy to się stało lub zaczęło i jak ciężki jest przebieg...
B - Background (Tło)	Jakie jest tło lub kontekst kliniczny? <i>Istotne i krótkie informacje dotyczące sytuacji przedstawione na tle konkretnej historii pacjenta</i>	→ Informacje podstawowe dotyczące sytuacji pacjenta, w tym także sytuacji rodzinnej oraz indywidualnych potrzeb pacjenta → Należy wziąć pod uwagę diagnozę, historię wykonanych procedur, leki, dawki, daty, lekarza zlecającego (<i>data przyjęcia, diagnoza, aktualna lista leków, alergii, płynów dożylnych i badań laboratoryjnych, objawy czynnościowe, wyniki badań laboratoryjnych: co wykonano, kiedy, jakie są wnioski porównawcze, inne istotne informacje kliniczne</i>)
A - Assessment (Ocena)	Jaki moim zdaniem jest problem? <i>Analiza i rozważanie opcji – co znalazłeś? co myślisz?</i>	→ Profesjonalna ocena aktualnego stanu pacjenta
R - Recommendation (Zalecenia)	Co bym zrobił, żeby to naprawić? <i>Działanie wymagane / zalecane</i>	→ Formułowanie sugestii co do dalszego postępowania lub zaistniałych potrzeb

Opracowanie własne na podstawie: 5, 7

Jak wynika z tabeli 1, SBAR stanowi prosty i wspólny dla wszystkich specjalistów medycznych **format myślenia i mówienia** w krótkich kontaktach klinicznych [8]. Metoda ta polega na standaryzacji formy przekazu najważniejszych informacji, ujętych w określonych ramach komunikacyjnych, które są oczekiwane i znane całemu personelowi. Stosując w komunikowaniu łatwą do zapamiętania (według schematu czterech elementów) i ukierunkowaną na sytuację pacjenta

formę przekazu, możemy istotnie poprawić poziom bezpieczeństwa chorego, zwłaszcza w sytuacjach krytycznych i zagrożenia życia. Protokół SBAR pozwala na zebranie i przekazanie wystarczającej ilości informacji innym profesjonalistom [7]. Ten format myślenia i mówienia sprawdza się szczególnie w rozmowach telefonicznych, eskalacjach, pilnych konsultacjach i konieczności szybkiego przekazania informacji, zwłaszcza, gdy porozumiewanie utrudniają niekorzystne czynniki takie jak hałas, stres i brak czasu, czy działanie pod presją. Stała (powtarzalna) struktura przekazu powoduje, że odbiorca jest w stanie łatwiej wychwycić szczególnie istotne informacje i chroni przed zagubieniem kluczowych faktów [9]. SBAR sprawdza się jako schemat prowadzenia rozmów – zwłaszcza tych kluczowych, wymagających natychmiastowej uwagi i działania zespołu. Może również okazać się przydatny w komunikacji z personelem spoza podstawowego składu zespołu, na przykład z konsultantami pracującymi zdalnie czy specjalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego [14].

Podkreśla się, że stosowanie tego narzędzia w istotnym zakresie wpływa na bezpieczny przebieg hospitalizacji. Zapobiega niebezpiecznym skutkom błędów komunikacyjnych w opiece nad pacjentem, a do większości z nich dochodzi **podczas procesu przekazywania opieki**, czyli powierzenia kontroli lub odpowiedzialności za pacjenta komuś innemu (proces przekazywania opieki z jednego pracownika ochrony zdrowia na drugiego). Moment ten jest jednym z najbardziej krytycznych procesów w kontekście bezpieczeństwa pacjenta [7, 14].

Przekazywanie opieki może następować:

- Wewnątrz szpitala (np. pomiędzy oddziałami czy działami medycznymi, w związku z np. konsultacjami, badaniami; skierowaniami),
- Wewnątrz oddziału (np. przekazanie dyżuru, pogorszenie stanu pacjenta, komunikacja wewnątrz zespołu oddziału: np. lekarz-lekarz, pielęgniarka-pielęgniarka, raporty lekarskie; pielęgniarskie, lekarz-pielęgniarka) [7].

W pielęgniarstwie metoda SBAR jest powszechnie stosowana między innymi:

- 1) **Podczas zmian dyżuru** - aby zapewnić, że pielęgniarki kończące i rozpoczynające pracę mają jasny obraz stanu każdego pacjenta. Zmniejsza to ryzyko utraty lub błędnego zrozumienia informacji w trakcie przekazywania obowiązków,
- 2) **W sytuacjach nagłych /kryzysowych** - gdy liczy się czas, SBAR pomaga w szybkim przekazywaniu kluczowych informacji zespołowi medycznemu, co ułatwia podjęcie szybkich i właściwych działań.
- 3) **W komunikacji interdyscyplinarnej** - zapewnia spójność działań wszystkich osób zaangażowanych w opiekę nad pacjentem,
- 4) **W komunikacji telefonicznej** - gdzie kluczowe znaczenie ma zwięzłość i jasność przekazu. Dotyczy to sytuacji, w których pielęgniarki muszą poinformować lekarza o stanie pacjenta lub skonsultować plan leczenia [2, 12].

Podobne sytuacje i momenty krytyczne związane z przekazywaniem informacji o pacjencie dotyczą **opieki psychiatrycznej** realizowanej w różnych jej formach. Biorąc pod uwagę, iż SBAR sprawdza się jako schemat prowadzenia rozmów – zwłaszcza kluczowych, wymagających natychmiastowej uwagi i działania zespołu (np. w sytuacji gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta) [5], powinien być szczególnie rekomendowany do opieki psychiatrycznej. Sytuacjami szczególnie trudnymi wymagającymi sprawnej komunikacji są tutaj stany związane z zachowaniami suicydalnymi, impulsywnymi, agresywnymi, powikłaniami farmakoterapii czy ostrymi stanami psychiatrycznymi. Skuteczne, szybkie i sprawne działanie zapewniające choremu (i personelowi) bezpieczeństwo,

wymaga umiejętności posługiwania się w przekazywaniu informacji zarówno wewnątrz szpitala jak też wewnątrz oddziału w sposób uporządkowany.

Janaway i wsp. [15] zwracają również uwagę na wykorzystanie SBAR w psychiatrii do raportowania o problemach somatycznych. Według wymienionych autorów (ale też innych doniesień obecnych w literaturze przedmiotu), w psychiatrii odnotowuje się przypadki stosunkowo niskiej jakości opieki nad pacjentami z problemami somatycznymi, co prowadzi do niekorzystnych skutków zdrowotnych w grupie szczególnie narażonej na liczne choroby fizyczne.

Wśród zagrożeń wynikających z niewłaściwej komunikacji szczególnie istotne są zagrożenia bezpośrednio ukierunkowane na zdrowie i życie pacjenta – np. otrzymanie przez pacjenta niewłaściwego leczenia, opóźnienie diagnozy, opóźnienie decyzji, czy pojawienie się krytycznych zdarzeń niepożądanych. Ponadto mogą skutkować również niezadowoleniem z jakości opieki (skargi i roszczenia), przedłużeniem czasu leczenia szpitalnego, czy też wzrostem kosztów opieki [8]. Badania wskazują, iż niedostatki w komunikacji w obrębie psychiatrii są istotną przyczyną samowolnych oddaleń pacjentów, stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz zdarzeń związanych z próbami samobójczymi. Mimo, że wyniki tych badań potwierdzają zasadność stosowania narzędzi wspierających proces przekazywania pacjenta, wg Marchione [14] w praktyce pielęgniarstwa psychiatrycznego, standard ten nie jest często wdrażany.

SBAR w pielęgniarstwie psychiatrycznym stosuje tę samą strukturę czteroskładnikową, co kliniczny SBAR, jednak dane będą się różnić. Podstawową ocenę stanowi stan psychiczny pacjenta, a bezpieczeństwo i status prawny są kluczowymi elementami, które nie występuje w typowych przekazach. Gdy kluczowe informacje o bezpieczeństwie nie są przekazywane między zmianami, pacjenci są narażeni na zwiększone ryzyko zagrożenia zdrowia i życia [16].

W pielęgniarstwie psychiatrycznym podejście SBAR jest szczególnie cenne, ponieważ dane psychiatryczne są z natury bardziej subiektywne niż dane fizjologiczne. Ramy te zmuszają do organizowania obserwacji behawioralnych, ustaleń stanu psychicznego i ocen bezpieczeństwa w formacie, na który pielęgniarstwo może natychmiast zareagować. W ogólnoklinicznym SBAR, ocena dokonywana jest najczęściej na podstawie obiektywnych danych, takich jak wyniki laboratoryjne, parametry życiowe i wyniki stanu fizycznego, a rekomendacja proponuje plan działania. W psychiatrycznym SBAR uwaga często przesuwana jest na kwestie behawioralne, a nie fizjologiczne, stosowanie leczenia, statusu prawnego oraz wydarzeń wywołujących daną sytuację. Zamiast parametrów życiowych i oceny stanu fizycznego, raportuje się wyniki badania stanu psychicznego, bezpieczeństwa, obserwacje behawioralne czy przestrzeganie reżimu lekowego [16].

Tworząc **raport SBAR przeznaczony dla specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym**, należy więc dodatkowo zwrócić uwagę na następujące zasady postępowania:

1) Sytuacja i tło

Najpierw zgromadź istotne szczegóły dotyczące pacjenta i jego obecnej sytuacji. W przypadku przekazania pacjenta lub jego wypisu informacje te są spisywane, a nie tylko przekazywane ustnie. Zadaj sobie pytania:

- Jaka jest diagnoza lub główny problem pacjenta?
- Jaka jest historia jego zdrowia psychicznego i dotychczasowego leczenia?
- Jakie wydarzenia życiowe doprowadziły do obecnego stanu? Czy występują czynniki stresogenne związane z rodziną, zdrowiem lub pracą?
- Następnie oceń pilne potrzeby i ryzyka związane z pacjentem. Weź pod uwagę takie kwestie jak:
 - Występujące objawy i ich nasilenie. Czy pacjent znajduje się w kryzysie?

- Zagrożenia dla bezpieczeństwa, takie jak myśli samobójcze czy samookaleczenia
- Zdolność do samodzielnego dbania o siebie (higiena, odżywianie, sen).
- Przestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leków i występowanie skutków ubocznych.

2) Plan działania

Określ zalecenia mające na celu rozwiązanie problemu i zaspokojenie potrzeb pacjenta. Mogą one obejmować:

- zaplanowanie dodatkowych wizyt w Centrum Zdrowia Psychicznego, wzmocnienie opieki domowej,
- modyfikację leków lub ich dawek,
- wdrożenie środków zapewniających bezpieczeństwo, takie jak hospitalizacja czy ograniczenie dostępu do środków umożliwiających samookaleczenie,
- wykorzystanie zasobów lokalnych (społecznościowych) w celu uzyskania dodatkowego wsparcia [12].

Przykłady raportowania według protokołu SBAR w pielęgniarstwie psychiatrycznym przedstawia tabela 2 i 3.

Tabela 2. Przykłady raportowania według protokołu SBAR w wybranych sytuacjach klinicznych

	Przykład 1 (rozmowa telefoniczna: pielęgniarka-lekarz)	Przykład 2 (rozmowa telefoniczna: opieka środowiskowa)
S	Dzień dobry. Z tej strony pielęgniarka Anna Kowalska z oddziału psychiatrycznego ogólnego. Czy rozmawiam z lekarzem dyżurnym GR? Pacjent z sali nr 5 – Jan Nowak, lat 60 jest bladym, spoconym i niespokojnym. Biega po sali, krzyczy, próbuje otwierać okno. Nie reaguje na polecenia personelu.	Dzień dobry. Z tej strony pielęgniarka Anna Kowalska. Czy rozmawiam z lekarzem Centrum Zdrowia Psychicznego? Dzwonię w sprawie mojego pacjenta – 45-letniego mężczyzny JW, który pozostaje pod opieką domowego zespołu środowiskowego. W ostatnich dniach stan pacjenta uległ pogorszeniu.
B	Pacjent JN został przyjęty dzisiaj w godzinach rannych z rozpoznaniem alkoholowego zespołu odstawiennego. W ciągu dnia był spokojny, zalecone leki przyjął. Około godziny 18.00 stan zaczął się pogarszać. Temperatura ciała – 38,2°C, RR 180/100 mmHg.	Pacjent choruje na schizofrenię od 20 lat. Przyjmuje olanzapinę i sertralinę, jednak dwa tygodnie temu odstawił leki. U pacjenta wystąpiła dezorganizacja myśli, urojenia prześladowcze oraz myśli samobójcze. Mieszka samotnie i ma ograniczone kontakty społeczne.
A	Myślę, że u pacjenta rozwija się majaczenie alkoholowe. Nie można wykluczyć zaburzeń elektrolitowych.	Bez leków objawy depresji i halucynacje stają się coraz bardziej niekontrolowane. Pacjent może zagrażać sobie i otoczeniu.
R	Może być potrzeba przeniesienia pacjenta na odcinek ostry lub podania leków doraźnych. Poza tym chciałabym pobrać krew na poziom elektrolitów. Proszę o zlecenie badań oraz pilną ocenę stanu pacjenta i ustalenie planu postępowania.	Niezbędne jest wznowienie farmakoterapii, zwiększony nadzór oraz terapia grupowa. Proszę o pilną konsultację i ustalenie planu postępowania [12].

Opracowanie własne na podstawie : 6, 9, 12

Tabela 3. Przykład raportowania wg SBAR w opiece psychiatrycznej (raport pielęgniarski z przekazania dyżuru) [16]

SYTUACJA: Pani Nowak A., lat 32. Rozpoznanie: zaburzenie depresyjne o przebiegu nawracającym, epizod ciężki. Przyjęta 2 dni temu z oddziału ratunkowego z powodu myśli i planu suicydalnego poprzez przedawkowanie leków. Przyjęcie dobrowolne. Główne zagadnienia na bieżącym dyżurze: utrzymujące się objawy depresji z biernymi myślami samobójczymi, w toku modyfikacja farmakoterapii.
HISTORIA: Historia psychiatryczna: dwie wcześniejsze hospitalizacje z powodu zaburzeń depresyjnych z myślami samobójczymi (2023 i 2024 r.), jedna wcześniejsza próba samobójcza (przedawkowanie leków, 2023 r.). Brak epizodów psychozy lub manii w wywiadzie. Substancje psychoaktywne: spożywanie alkoholu okazjonalne (towarzyskie), pacjentka zaprzecza aktualnemu używaniu. Leki: dawka sertraliny zwiększona ze 100 mg do 150 mg dwa dni temu; trazodon 50 mg na noc (przed snem); lorazepam 0,5 mg co 6 godzin w razie potrzeby w stanach lękowych. Podanie leku doraźnego na bieżącym dyżurze: lorazepam 0,5 mg o godz. 18:00 z powodu zgłaszanego lęku – pacjentka zgłosiła zmniejszenie lęku 45 minut po podaniu. Alergie: brak. Stan zdrowia fizycznego: brak istotnych schorzeń w wywiadzie. Sytuacja społeczna: mieszka samotnie, pracuje jako nauczycielka, główne wsparcie stanowią rodzice. Rozpoczęto planowanie wypisu we współpracy z pracownikiem socjalnym – w trakcie ustalania terminu wizyty u terapeuty ambulatoryjnego w ciągu 7 dni od wypisu.
OCENA: Stan psychiczny: Wygląd – ubrana w odzież szpitalną, włosy nieuczesane, brak makijażu. Zachowanie – współpracująca, zaangażowana w rozmowę, ale z obecnym spowolnieniem psychoruchowym (powolne reagowanie, ograniczona mowa spontaniczna). Nastroj: „nadal smutny, ale leki trochę pomagają”. Afekt: sztywny (ograniczony), okresowo płaczliwy, adekwatny do deklarowanego nastroju. Treść myślenia: obecne bierne myśli samobójcze – pacjentka stwierdza: „czasami nadal nie chcę tu być” – zaprzecza występowaniu aktywnych myśli, planu, zamiaru czy posiadania środków do popełnienia samobójstwa. Zaprzecza myślom o wyrządzeniu krzywdy innym. Zaprzecza omamom słuchowo-wzrokowym. Skala C-SSRS: tylko bierne myśli (pragnienie śmierci); brak aktywnych myśli, planu, zamiaru czy środków. Stan bez zmian w porównaniu z oceną z dnia poprzedniego. Bezpieczeństwo: obecne bierne myśli samobójcze, stan stabilny. W trakcie bieżącego dyżuru nie odnotowano zachowań autoagresywnych. Podczas dyżuru omówiono z pacjentką plan zapewnienia bezpieczeństwa, wskazując sygnały ostrzegawcze (izolowanie się w pokoju, płacz, brak apetytu) oraz strategie radzenia sobie (telefon do matki, prośba o rozmowę z personelem, głębokie oddychanie). Pacjentka deklaruje, że poinformuje personel w przypadku nasilenia myśli samobójczych. Obserwacja zachowania: minionej nocy spała około 4 godzin (według relacji pacjentki i obserwacji pielęgniarskich), po południu ucięła sobie godzinną drzemkę. Zjadła 60% kolacji, odmówiła przyjęcia obiadu. Wzięła udział w jednej sesji terapii grupowej (grupa treningu umiejętności) – jej aktywność była minimalna, ale pozostała na sali do końca zajęć. Odmówiła udziału w terapii zajęciowej. Większość czasu dyżuru spędziła w swoim pokoju; do świetlicy wyszła jedynie na krótko, na kolację. Przestrzeganie zaleceń dotyczących leków: przyjęła wszystkie przepisane leki bez trudności.
ZALECENIA Poziom obserwacji: co 15 minut (zgodnie z zaleceniem lekarza). Monitorowanie: kontynuacja oceny myśli samobójczych (SI) na każdym dyżurze przy użyciu skali C-SSRS. Pacjentka może zgłaszać zapotrzebowanie na doraźną dawkę lorazepamu w przypadku lęku – ostatnią dawkę podano o 18:00, kolejna możliwa o 00:00. Trazodon 50 mg na noc, zaplanowany na 21:00 (podano podczas bieżącego dyżuru). Zachęcać do przyjmowania posiłków doustnie podczas śniadania – pacjentka zjada średnio mniej niż 50% porcji. Na jutro na godzinę 10:00 zaplanowano konsultację z pracownikiem socjalnym w celu kontynuacji planowania wypisu. Jutro rano obchód lekarski (psychiatra) – rozważenie dalszego zwiększenia dawki sertraliny ze względu na utrzymujące się objawy (obecnie drugi dzień przyjmowania dawki 150 mg). Brak wyznaczonych terminów rozpraw sądowych czy postępowań prawnych – przyjęcie dobrowolne, brak wniosków o wypis w trakcie bieżącego dyżuru.

Źródło: Niemas M. SBAR for Psychiatric Nursing: A Complete Example. <https://nursechartingpro.com/guides/sbar-psych-nursing>. Nursing Charting Pro. Dostępne na: <https://nursechartingpro.com/guides/sbar-psych-nursing>

Podsumowując informacje dotyczące tworzenia efektywnego przekazu o stanie pacjenta w formie protokołu SBAR, warto stosować się do zasad ogólnych, które zostały przedstawione w tabeli nr 3, pamiętając również o zasadach specyficznych dla opieki psychiatrycznej.

Tabela 3. Najlepsze praktyki stosowania metody SBAR w praktyce ogólnej i psychiatrii [2, 12]

Zasady ogólne → Przedstaw się - Osoba, z którą rozmawiasz, mogła wcześniej z Tobą nie współpracować. → Bądź zwięzły i skoncentrowany na celu - Skup się na najważniejszych kwestiach i unikaj zbędnych szczegółów. Celem jest szybkie i jasne przekazanie kluczowych informacji. → Używaj jasnego i bezpośredniego języka. Unikaj żargonu oraz niejednoznacznych określeń. Jasny język gwarantuje, że przekaz zostanie zrozumiany przez wszystkich członków zespołu. → Stosuj aktywne słuchanie. Skuteczna komunikacja to proces dwukierunkowy. Aktywnie słuchaj uwag i pytań odbiorcy oraz bądź gotów wyjaśnić wszelkie kwestie w razie potrzeby. → Zapewnij kontekst - przekazując informacje wstępne, podaj wystarczająco dużo kontekstu, aby odbiorca mógł w pełni zrozumieć sytuację. Obejmuje to istotne dane z historii choroby, ostatnio zastosowane leczenie oraz wszelkie zmiany w stanie pacjenta. → Monitoruj realizację zaleceń. Po przedstawieniu rekomendacji upewnij się, że zostały one zrozumiane i wdrożone. Pomaga to zamknąć obieg informacji i gwarantuje podjęcie odpowiednich działań [2]
W opiece psychiatrycznej dodatkowo: → Wskaż na - wydarzenia życiowe, które doprowadziły do obecnego stanu, czynniki stresogenne związane z rodziną, zdrowiem lub pracą, → Oceń pilne potrzeby i ryzyka związane z pacjentem - weź pod uwagę takie kwestie jak występujące objawy i ich nasilenie; czy pacjent znajduje się w kryzysie, zagrożenia dla bezpieczeństwa, takie jak myśli samobójcze czy samookaleczenia; zdolność do samodzielnego dbania o siebie (higiena, odżywianie, sen); przestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leków i występowanie skutków ubocznych [12].

W procesie efektywnego komunikowania związanego z przekazywaniem opieki nad pacjentem, wymienia się najczęściej takie problemy jak: brak istotnych informacji dotyczących pacjenta lub obecność nieistotnych informacji, symboliczne przekazanie informacji, zakłócenia w trakcie procesu przekazywania opieki, brak interakcji pomiędzy usługodawcami czy nieokreślona (rozmyta) odpowiedzialność. Model komunikacji oparty o schemat SBAR zapobiega błędom i zagrożeniom, gdyż mobilizuje pracownika medycznego do organizowania swoich myśli i przedstawianych informacji. Stanowi wspólny język dla wszystkich profesjonalistów i jest bardzo prosty do zapamiętania, powtarzania i użytkowania. Pozwala przekazywać informacje w sposób jasny, krótki i zwięzły, a także klasyfikuje dostarczane informacje i pomaga w ustalaniu priorytetów [7]. Metoda ta w sposób szczególny wspiera młodych profesjonalistów, w tym studentów. Poprzez ustrukturyzowanie myślenia zyskują odwagę przekazywania najważniejszych informacji klinicznych [16].

Skuteczne wdrożenie SBAR wymaga szkolenia i praktyki [2, 12]. Strategie włączenia tej metody do praktyki pielęgniarskiej powinny odbywać się na różnych poziomach:

- 1) Edukację i szkolenia ukierunkowane na kompleksowe szkolenie z techniki SBAR (warsztaty, symulacje i ćwiczenia odgrywania ról),
- 2) Spójność i standaryzacja - regularne stosowanie SBAR we wszystkich działach pomaga wprowadzić go w kulturę organizacyjną, a standaryzacja narzędzi komunikacyjnych (formularze SBAR, szablony) będą odgrywały rolę wspierającą wdrożenie protokołu,
- 3) Wsparcie przywódcze - przywództwo odgrywa zasadniczą rolę w promowaniu i utrzymaniu stosowania SBAR. Liderzy pielęgniarstwa powinni zachęcać do stosowania SBAR w kontaktach z personelem.
- 4) Integracja z elektronicznymi dokumentacjami medycznymi,

- 5) Regularna informacja zwrotna i ocena - pomaga identyfikować trudności i obszary wymagające poprawy, w efekcie wzmacniając wykorzystanie SBAR w pielęgniarstwie (audyty, ankiety i odprawy po krytycznych zdarzeniach) [2].

Stosowanie SBAR w praktyce pielęgniarstwie niesie ze sobą liczne korzyści, wśród których wymienia się:

- 1) Poprawę bezpieczeństwa pacjenta - zapewnienie precyzyjnego i szybkiego przekazywania kluczowych informacji, zmniejsza ryzyko błędów oraz działań niepożądanych,
- 2) Lepszą współpracę zespołową i koordynację opieki,
- 3) Zwiększenie efektywnego podejmowania decyzji i interwencji - ustrukturyzowany format SBAR oszczędza czas, eliminuje zbędne szczegóły i skupia się na najistotniejszych informacjach,
- 4) Lepsze wyniki leczenia pacjentów - pacjenci otrzymują odpowiednią opiekę na czas, co wpływa na ich stan zdrowia,
- 5) Wzmocnione pozycji pielęgniarki – metoda SBAR stwarza ramy, w których pielęgniarki mogą skutecznie komunikować swoje obserwacje i zalecenia, co wpływa na pewność siebie w różnych sytuacjach klinicznych [2].

PIŚMIENNICTWO

1. Shrivastava SR, Chong SV, Bobhate PS. Facilitating effective communication through the adoption of SBAR tool in medical training. *J Educ Health Promot.* 2025;14:249.
2. Andrews M. What is SBAR? Nursing definitions. Nurse.com. Dostęp na: <https://www.nurse.com/nursing-resources/definitions/what-is-sbar/> [25.09.2026]
3. Richards K. Improving quality and efficient communication between providers and Nursing - a psychiatric SBAR tool (PSYCH). 2016). Master's Projects and Capstones. The University of San Francisco 2016. Dostępne na: <https://repository.usfca.edu/capstone/429> [25.09.2026]
4. Thomas C, Bertram E, Johnson D. The SBAR Communication Technique: Teaching Nursing Students Professional Communication Skills. *Nurse Educator* 2009, 34 (4), 176–180.
5. Tool: SBAR. Agency for Healthcare Research and Quality. Dostępne na: <https://www.ahrq.gov/teamsteps-program/curriculum/ommunication/tools/sbar.html> [23.09.2026]
6. Bakun M, Nowak-Kózka I, Fronczek M. Protokół SBAR – przekazywanie informacji o pacjencie. Dostęp na: <https://intensywna.pl/protokol-sbar-przekazywanie-informacji-o-pacjencie/> [29.09.2026]
7. Protokół SBAR do przekazywania informacji o pacjencie. Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie. Dostęp na: <https://kursy.rydygierkrakow.pl/course/protokol-sbar/lekcja/protokol-sbar-do-przekazywania-informacji-o-pacjencie/> [28.09.2026]
8. Golczyk P. Bezpieczeństwo pacjenta i błędy medyczne. Koniec z chaosem komunikacyjnym. Jak SBAR porządkuje krytyczne rozmowy w ochronie zdrowia. *Empazyter.* Dostęp na: <https://empazyter.com/pl/wiedza/bezpiecze%C5%84stwo-komunikacji-medycznej/sbar-koniec-chaosu-w-ochronie-zdrowia/#section-a20b0b9602bb3c> [23.09.2026]
9. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* 2006, 32 (3):167-175
10. Mnemotechniki – 10 najskuteczniejszych technik zapamiętywania. Szkoły Policealne GoWork.pl. Dostępne na: <https://policealna.gowork.pl/blog/mnemotechniki-10-najskuteczniejszych-technik-zapamietywania/> [24.09.2026]
11. Riesenberga LA, Leitzsch J, Little BW: Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality.* 2009, 24 (3): 196–204.
12. Gardner C. SBAR in Mental Health: How to Communicate Effectively With Examples. <https://www.mentalyc.com/blog/sbar-mental-health> [30.09.2026]
13. Rozporządzenie Ministra Nauki z dnia 10 października 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. *Dz.U.* 2024 poz. 1514
14. Marchione NA. Improving Nurse-Nurse Communication to Reduce Patient Bounce-Back. A DNP Project Manuscript Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Doctor of Nursing Practice Degree. University of Maryland

School of Nursing, 2020. Dostępne na: <https://archive.hshsl.umaryland.edu/server/api/core/bitstreams/eff0d1d1-9c01-4989-9de0-80b073bf4955/content> [29.09.2026]

15. Janaway B, Zinchenko R, Anwar L, Wadlow C, Soda E, Cove K. Using SBAR in psychiatry: findings from two london hospitals. BJPsych Open. 2021 Jun 18;7(Suppl 1):S197. doi: 10.1192/bjo.2021.530. [25.09.2026]
16. Niemas M. SBAR for Psychiatric Nursing: A Complete Example. <https://nursechartingpro.com/guides/sbar-psych-nursing>. Nursing Charting Pro. Dostępne na: <https://nursechartingpro.com/guides/sbar-psych-nursing> [26.09.2026]

KARTA EWALUACJI ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH – PIELĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Collegium Medicum - Instytut Nauk o Zdrowiu

Pielęgniarstwo I stopnia

Rok akademicki 2026/27, Grupa

Nauczyciel

Imię i nazwisko Studenta	Obecność 100% (obowiązkowa)	Próba pracy (ocena wg załączonych kryteriów ¹)	Praca własna – sprawozdanie z dyżuru w formie procesu pielęgnowania (ocena wg załączonych kryteriów ¹)	Ocena końcowa zajęć praktycznych: Dst (3,0-3,25) Dst plus (3,26-3,75) Db (3,76-4,25) Db plus (4,26-4,5) Bdb (4,51-5,0)	Podpis nauczyciela
	Tak/Nie				
	Tak/Nie				
	Tak/Nie				
	Tak/Nie				
	Tak/Nie				
	Tak/Nie				
	Tak/Nie				

Opracowanie: dr n. med. Grażyna Wiraszka

Uwaga: Kartę należy złożyć w Sekretariacie wraz z przykładowymi procesami pielęgnowania i protokołami SBAR

¹KRYTERIA DLA PRÓBY PRACY I PRACY WŁASNEJ (SPRAWOZDANIE)

3	Próba pracy - Nie zawsze przestrzega zasad, czynności wykonuje niepewnie, bardzo wolno, widoczna sprawność podczas wykonywania prostych czynności; nie zawsze uwzględnia indywidualną sytuację pacjenta, podejmuje kontakt, ale nie potrafi utrzymywać dalej komunikacji z pacjentem; nie zawsze potrafi ocenić i analizować własne postępowanie, czasami podejmuje współpracę z zespołem terapeutycznym, w miarę swoich możliwości identyfikuje się z rolą zawodową, kompetencje społeczne niskie, mała motywacja do działań Praca własna (sprawozdanie) - 61%-68%* (od 36,5 pkt)
3,5	Próba pracy - Przestrzega zasad, czynności wykonuje w miarę poprawnie, niekiedy wymaga wsparcia i poczucia pewności działania; uwzględnia indywidualną sytuację zdrowotną pacjenta, osiąga cel; potrafi nawiązać i utrzymać kontakt werbalny z pacjentem; podejmuje wysiłek, by ocenić i analizować własne postępowanie, współpracuje z zespołem terapeutycznym, zwykle identyfikuje się z rolą zawodową, kompetencje społeczne średnie, średnio zaangażowany w czasie zajęć Praca własna (sprawozdanie) - 69%-76%* (od 41,5 pkt)
4	Próba pracy - Przestrzega zasad, po ukierunkowaniu wykonuje czynności poprawnie, w tempie zwolnionym; zwraca uwagę na indywidualną sytuację pacjenta, osiąga cel; czasami wymaga przypominania w podejmowanym działaniu; potrafi nawiązać i utrzymać kontakt werbalny i pozawerbalny z pacjentem; wykazuje nieporadność w zakresie oceny i analizy własnego postępowania, współpracuje z zespołem terapeutycznym, identyfikuje się z rolą zawodową, kompetencje społeczne i aktywność w czasie zajęć zadowalające Praca własna – (sprawozdanie z dyżuru) - 77%-84%* (od 46,0 pkt)
4,5	Próba pracy - Przestrzega zasad po wstępnym ukierunkowaniu, technika i kolejność czynności bez żadnych uwag; czynności wykonuje pewnie, ale po krótkim zastanowieniu; przejawia troskę o uwzględnienie sytuacji zdrowotnej pacjenta, osiąga cel po wstępnym ukierunkowaniu; czasami wymaga przypomnienia i ukierunkowania działaniach; komunikuje się prawidłowo, ale wymaga niekiedy ukierunkowania w doborze metod; wykazuje starania w zakresie oceny i analizy własnego postępowania, dobra współpraca z zespołem terapeutycznym, zauważalna identyfikacja z rolą zawodową, kompetencje społeczne wysokie, student aktywny Praca własna (sprawozdanie z dyżuru) - 85%-92%* (51,0 pkt)
5	Próba pracy - Przestrzega zasad, technika i kolejność wykonania czynności bez żadnych uwag; czynności wykonuje pewnie, energicznie; uwzględnia sytuację pacjenta i aktualne możliwości do wykonania tych czynności; planuje i wykonuje działania całkowicie samodzielne; komunikuje się spontanicznie, konstruktywne i samodzielne, dobór treści adekwatny do oczekiwań odbiorcy; potrafi ocenić i analizować postępowanie własne, współpracuje z zespołem terapeutycznym, widoczna identyfikacja z rolą zawodową, kompetencje społeczne bardzo wysokie, bardzo zaangażowany w czasie zajęć Praca własna (sprawozdanie) - 93%-100%* (55,5 pkt)
*Szczegółowe kryteria oceny pracy własnej „Sprawozdanie z dyżuru w formie procesu pielęgowana - studium przypadku” (0-60 pkt) A. Gromadzenie informacji o stanie pacjenta dla potrzeb pielęgnowania (1) Zakres i wszechstronność zgromadzonych danych - dane ogólne dotyczące choroby i hospitalizacji, ocena stanu fizycznego, psychicznego i społecznego, aktualny plan leczenia, reakcje niepożądane na zastosowaną farmakoterapię, motywacja do leczenia, zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do samoopieki, sytuacja rodziny chorego (0-10 pkt); (2) Wykorzystanie metod gromadzenia danych – w tym badanie podmiotowe i przedmiotowe, skale i kwestionariusze, obserwacja (0-10 pkt) B. Formułowanie diagnozy pielęgniarskiej - Diagnoza całościowa, adekwatna do stanu i sytuacji pacjenta, uwzględnia problemy pielęgnacyjne aktualne i ryzyka, deficyt w zakresie samoopieki, sytuację rodziny chorego i hierarchizację problemów (0-10 pkt) C. Planowanie i realizacja opieki - Poprawność sformułowanych celów i planu opieki, dostosowanie interwencji do stanu pacjenta, jakość wdrożonych interwencji i ich efektywność (0-20 pkt) D. Ocena działań - Poprawność oceny, odniesienie jej do celów i stopnia ich osiągnięcia, zalecenia do dalszej opieki, raportowanie o stanie pacjenta (0-10 pkt)	

KARTA EWALUACJI SYMULACJI MEDYCZNEJ – PIELĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Collegium Medicum – Wydział Nauk o Zdrowiu
Pielęgniarstwo I stopnia

Rok akademicki 2026/27, Grupa Student Nauczyciel

KRYTERIA OCENY wg KARTY PRZEDMIOTU

Obecność 100%	Aktywny udział w zadaniu symulacyjnym <i>Ocena poziomu realizacji każdego efektu w zakresie od 0 do 5 pkt</i>			
	Samoocena		Ocena nauczyciela	
Zajęcia 1 Tak/Nie	SCENARIUSZ – Student:		Zajęcia 1	Zajęcia 2
	Analizuje sytuację i szuka rozwiązań			
	Realizuje swoją rolę			
	Współpracuje i komunikuje się w zespole			
	Odwołuje się do zasad etyki i praw pacjenta oraz zasad bezpieczeństwa			
Zajęcia 2 Tak/Nie	DEBRIEFING – Student:		Zajęcia 1	Zajęcia 2
	Wskazuje dobre i złe strony podjętych działań			
	Łączy wiedzę z praktyką			
	Wyciąga wnioski			
	Dokонуje krytycznej samooceny wykonywanych czynności i zachowań			
	ŁĄCZNA liczba punktów (scenariusz i debriefing) dla poszczególnych zajęć (0-40 pkt)			

Zaliczenie symulacji medycznej [Wymaga 100% obecności oraz uzyskanie w ocenie nauczyciela 61% możliwych do zdobycia punktów za każde zajęcia (61% = 24,4 pkt)].

Symulacja medyczna z pielęgniarstwa psychiatrycznego: ZALICZONA / BRAK ZALICZENIA (zakreśl kółkiem)

Uwagi:

Podpis nauczyciela

Opracowanie: dr n. med. Grażyna Wiraszka

Uwaga: Przykładowe karty należy złożyć w Sekretariacie