

**Dorota Kilańska, Milena Staszewska, Natalia Urbanek, Aleksandra Andrzejczak,
Justyna Purgał**

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

P lanowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej – studium przypadku jednostki i rodziny. Część II

Care planning according to the international standard ICNP®
in Primary Health Care – a case study of individual

STRESZCZENIE

Praca metodą procesu pielęgnowania w środowisku wymaga systematycznego planowania i ewaluacji wyników planu opieki jednostki i opiekunów w kontekście wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny. Celem podstawowym procesu pielęgnowania jest przygotowanie opiekunów do opieki i/lub klienta/pacjenta do samoopieki, stanowiącej filar zachowania zdrowia. Zastosowanie w procesie pielęgnowania, na etapie planowania opieki, Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) pozwala na implementowanie terminologii referencyjnej do elektronicznego rekordu pacjenta (EHR). Kolejnym etapem jest analiza rekordów dla potrzeb statystycznych i standaryzacji planów opieki na podstawie ich wyników, umożliwiając ocenę wkładu pielęgniarek w proces terapeutyczny, a także ocenę dostępności do świadczeń zdrowotnych realizowanych przez tę grupę profesjonalistów.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (4): 546–552**Słowa kluczowe:** klasyfikacja; pielęgniarstwo środowiskowe; proces pielęgnowania; planowanie leczenia**ABSTRACT**

Implementing the nursing process in the environment requires systematic planning and evaluation of the results of the individual care plan and caregivers in the context of nursing care capacity of the family.

The aim is to prepare basic carers to care and/or client/patient to self-care. Use in nursing, care planning stage, the International Classification for Nursing Practice (ICNP) allows you to implement the reference terminology for the electronic patient record (EHR). The next step is to analyze the records for statistical purposes and standardisation care plans based on their performance. It also allows the evaluation of the contribution of nurses in the therapeutic process and the availability of health care services performed by this group of professionals.

Nursing Topics 2014; 22 (4): 546–552**Key words:** classification; community health nursing; nursing process; nursing care plans**Wstęp**

W 2005 roku Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN, *International Council of Nurses*) określiła standard procesu pielęgnowania rekomendując stosowanie 5 jego etapów: ocena (*assessment*), diagnoza (*diagnosis*),

interwencja (*intervention*), implementacja (*implementation*) i ewaluacja (*evaluation*) [1]. Wdrażając proces pielęgnowania do EDM (elektronicznej dokumentacji medycznej), stosuje się różnorodne klasyfikacje pielęgniarstwa. Dążeniem środowiska pielęgniarstwa, od

Adres do korespondencji: dr n. o zdr. Dorota Kilańska, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 58, 90–136 Łódź, tel.: 606 118 367, e-mail: dorota.kilanska@umed.lodz.pl



Rycina 1. Poziomy zarządzania wiedzą według Amerykańskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Figure 1. Levels of knowledge management according to the American Nurses Association

ponad 25 lat, jest ujednolicenie stosowanej terminologii. Stąd rekomendowaną klasyfikacją jest Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®, *International Classification for Nursing Practice*) [2].

Zastosowanie standardu, jakim jest ICNP, pozwala na zarządzanie wiedzą z wykorzystaniem *International Nursing Minimum Data Set* (INMS) — minimalnego (podstawowego) zestawu danych o pielęgniarstwie. Kryteria INMDS przyjęło w 1993 roku Amerykańskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Standard ten jest również rekomendowany przez ICN. Według ANA są to: diagnozy, interwencje i wyniki [3] (ryc. 1).

Planując proces pielęgnowania w środowisku, należy uwzględnić ocenę wydolności opiekuńczo-pielęgniarskiej rodziny. Ocena jej elementów wskazuje deficyty wiedzy i umiejętności opiekunów, problemy z radzeniem sobie z opieką w kontekście funkcjonowania fizycznego, psychologicznego, statusu materialnego rodziny, czy też jej struktury i ukierunkowuje proces pielęgnowania oraz priorytety planów opieki [4].

Klasyfikacja, w wersji z 2013 roku, składa się z 7 osi. Każda z osi ma przyporządkowane terminy referencyjne. Najistotniejszą dla rozumienia znaczenia między innymi diagnoz pielęgniarstwa jest oś „przedmiot” (*Focus „F”*). Oś ta zawiera wszystkie terminy podstawowe, które mogą być potrzebne pielęgniarce w dokumentowaniu zjawisk towarzyszących procesowi pielęgnowania, wraz z definicjami opisanymi przez międzynarodowych ekspertów pielęgniarstwa. Jak wspomniano definicje te pozwalają na zrozumienie słów kluczowych w diagnozach pielęgniarstwa. Defini-

cje dotyczące interwencji znajdują się w osi „działania” (*Actions „A”*) [5]. W procesie pielęgnowania, opartym na ICNP, występują diagnozy główne i diagnozy szczegółowe (subdiagnozy), które dotyczą zjawisk pielęgniarstwa często się powtarzających. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek zakłada, że nie wszystkie zjawiska będą posiadały diagnozy szczegółowe. Dla opisu niektórych z nich trzeba będzie wykorzystywać diagnozy ogólne, które należy uszczegółowić przez terminy z osi, takie jak: „lokalizacja” czy też „czas”. W praktyce nie ma konieczności tworzenia wielu diagnoz szczegółowych, na przykład z uwagi na lokalizację wystąpienia zjawiska. Wykorzystuje się wówczas diagnozę ogólną, na przykład „obrzęk” i termin z osi „lokalizacja — L”, na przykład „noga”, „powieka” itp. Implementując Klasyfikację do praktyki, można zastosować model zaproponowany przez ACBiR UM [6].

Klasyfikacja porządkuje „diagnozy i wyniki zjawiska [10005895]” na: diagnozy i wyniki [10016446], a te z kolei dzielą się na diagnozy i wyniki dotyczące procesu ciała [10034421], diagnozy i wyniki procesu psychologicznego [10034445], diagnozy i wyniki nie dotyczące procesu ciała ani procesu psychologicznego [10034432]. Interwencje pielęgniarstwa natomiast dzieli się adekwatnie do diagnoz, grupując je jako interwencje o charakterze нефизjologicznym i niepsychologicznym [10034216], czyli czysto techniczne, interwencje w proces ciała [10034228], interwencje w proces psychologiczny [10034237] i leczenie [10020133] [7]. Klasyfikacja w wersji 2013 to 809 interwencji i 783 diagnoz pielęgniarstwa/wyników.

Cel

Celem niniejszego opracowania było przygotowanie planów opieki w środowisku zamieszkania w oparciu o studium przypadku.

Materiał i metody

Niniejszy plan opieki stanowi kontynuację opisu przypadku opublikowanego w „Problemach Pielęgniarstwa” w numerze 4/2014 pt.: „Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej — studium przypadku”. Dla potrzeb niniejszego opracowania wykorzystano tak, jak w poprzednim przypadku, metodę badania fizykalnego, czyli wywiad, pomiar oznak życia i ocenę poziomu substancji ciała, a także technikę analizy dokumentacji medycznej i obserwację. Do opisu przypadku wykorzystano schemat wywiadu, opracowany przez Radę ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy CSIOZ [8] oraz wskaźniki wyników opieki C-Hobic [9]. Schemat wykorzystano do prowadzenia procesu pielęgnowania w środowisku zamieszkania pacjentki. W celu opracowania planów opieki dla niniejszego opisu przypadku korzystano z terminologii referencyjnej ICNP®. Opis statusu zdrowotnego podzielono na 2 części. W części pierwszej oceniono funkcjonowanie pacjenta w środowisku, w części drugiej oceniono wydolność opiekuńczo-pielęgnacyjną rodziny, według Kawczyńskiej-Butrym zmodyfikowanej w 2010 roku. [10].

Po zgromadzeniu wyżej wymienionych danych analizowano „przedmiot opieki” (*Focus* — „F”), następnie ustalano diagnozy pielęgniarские i odpowiednie do nich interwencje pielęgniarские. W opracowaniu kierowano się rodzajem diagnozy (aspekt fizyczny, psychiczny i społeczny). Proces pielęgnowania prowadzono w okresie 3–14 listopada 2014 roku w czasie realizacji zajęć praktycznych w środowisku zamieszkania z przedmiotu: podstawowa opieka zdrowotna.

W toku zajęć praktycznych interwencje te implementowano do praktyki. W ostatnim dniu zajęć praktycznych wykonano ewaluację procesu pielęgnowania zgodnie z wytycznymi ICN. Efektem ewaluacji była diagnoza pielęgniarская, określająca postęp lub stan bez zmian, to znaczy wynik pracy pielęgniarки (V etap procesu pielęgnowania). Dla potrzeb niniejszego opracowania, w niektórych przypadkach pozostawiono wybór z kilku wyników opieki, pokazując potencjalną możliwość korzystania z diagnoz znajdujących się w Klasyfikacji.

W planach opieki dla rozróżnienia miejsca pochodzenia terminologii wykorzystywanych do budowania diagnoz pielęgniarских stosowano akronimy: „L” — lokalizacja, wskazującą na przykład umiejscowienie objawów, tj. ból i obrzęk, oś „T” — czas, dzięki której można wskazać na przykład od kiedy pacjent odczuwa ból, czy też obserwuje się obrzęk.

Dla opisanego interwencji wykorzystano katalog interwencji „I”, wskazano także środki/narzędzia „M”, pokazując gamę możliwości ich wyboru dla realizowania interwencji pielęgniarских. Ta faza budowania fraz, dla czytelności przekazu informacji, pokazana została w tabelach składających się z dwóch kolumn: interwencje i środki/narzędzia.

Diagnozy pielęgniarские konstruowano, wykorzystując przede wszystkim diagnozy szczegółowe (skatalogowane jako subdiagnozy). W przypadkach, gdy nie można było odnaleźć diagnoz szczegółowych, budowano je samodzielnie, korzystając z osi lokalizacja „L”, czas „T” i klient „C”. Przy czym oś „klient” była wykorzystywana tylko w przypadku, gdy diagnoza dotyczyła opiekuna, którego wiedza, czy umiejętności mogą mieć wpływ na status zdrowotny pacjenta.

Tworząc plan opieki, korzystano z terminologii referencyjnej, tworząc diagnozy i interwencje zgodnie ze standardem ISO 18104:2004 [11]. Zarówno diagnozy, jak i interwencje zbudowane z terminów pochodzących z wielu osi oddzielano kodem.

Do oceny funkcjonowania jednostki zastosowano skalę ADL i IADL (tab. 1 i 2) dla opieki domowej, ocena dotyczyła ostatnich 7 dni. Oceny ADL dokonano w skali od 0 do 6, gdzie poszczególne punkty posiadały następującą ocenę: 0 — niezależny; 1 — początkowa pomoc/ukierunkowanie zmian; 2 — wymaga nadzoru; 3 — mniejsza pomoc; 4 — większa pomoc; 5 — maksymalna pomoc; 6 — całkowicie zależny. Funkcjonowanie według IADL oceniano w skali od 0 do 4, gdzie 0 oznaczało — niezależny — czynności wykonuje sam; 1 — częściowa pomoc — wymaga pomocy przez pewien czas; 2 — całkowita pomoc — cały czas wymaga pomocy; 3 — zależny — czynności wykonuje z pomocą innych [9].

Funkcjonowanie opiekunów (wydolność opiekuńczo-pielęgnacyjna) również oceniano za pomocą wskaźników wyników opieki C-Hobic [9]. Skoncentrowano się tutaj na zmęczeniu opieką i zaburzeniach w mobilności utrudniających jej sprawowanie, które w ocenie planujących opiekę miały wpływ na status zdrowotny pacjentki. Zmęczenie w słowniku ICNP 2013 to „negatywna emocja: uczucie ubytku sił i wytrzymałości, poczucie znużenia, strudzenie fizyczne i psychiczne, apatia, z obniżonymi zdolnościami do pracy fizycznej lub umysłowej”. W C-Hobic konkretnej zmiennej odpowiada diagnoza pielęgniarская. Diagnoza została opisana według ICNP®.

Pierwszym elementem procesu pielęgnowania jest opis będący efektem wywiadu, obserwacji oraz analizy dokumentacji medycznej, a także zastosowania skal funkcjonalnych [9]. Na tej podstawie stworzono 4 plany opieki. Drugim elementem studium przypadku jest ocena wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny, na podstawie której stworzono 3 plany opieki.

W kolejnym etapie dokonano oceny efektów, które pokazano w III części opisu przypadku „ocena statusu zdrowotnego — część III”, na podstawie którego stworzono 1 plan opieki.

Przy tworzeniu planów opieki korzystano internetowego narzędzia dostępnego na stronie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek [11] oraz materiałów przygotowanych przez Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju przy UM w Łodzi [12] oraz słownika ICNP w języku polskim [13].

W opracowaniu stosowano wersję ICNP® 2013, poddawaną ewaluacji przez Radę e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w 2014 roku. Wynik negatywny (diagnoza negatywna) oznacza, że w czasie odwiedzin nie uzyskano poprawy. W przypadku pozytywnej reakcji na implementowane interwencje efektem była diagnoza pozytywna. Interwencje w każdym planie opieki ponumerowano, ale nie ma to wpływu na kolejność realizacji interwencji.

Studium przypadku

Podmiot: płeć — kobieta, wiek — 85 lat, zamężna

Ocena statusu zdrowotnego – część I – skale funkcjonalne

Oceny dokonano na podstawie skal według projektu C-Hobic pozwalających na ocenę zmiennych dotyczących podstawowych czynności życiowych (tab. 1) i czynności życia codziennego.

Tabela 1. Ocena podstawowych czynności życiowych (ADL) dla pacjentów objętych opieką domową

Table 1. Assessment of vital signs (ADL) for patients in the home care

Zmienna	Liczba pkt.	Diagnoza według ICNP
Zmiana pozycji w łóżku (pozycjonowanie)	0	Pozytywna mobilność w łóżku = 10029240
Przesiadanie się to każda czynność zmiany miejsca z jednego na drugie (transfer)	0	Pozytywna zdolność do przemieszczania się = 10028322
Chodzenie po pokoju	2	Zaburzone chodzenie =10001046
Poruszanie się poza domem	4	Zaburzona mobilność =10001219

Ubieranie górnej części ciała	0	Prawidłowa zdolność do samodzielnie ubierania się = 10028211 + górnej części ciała + 10029293
Ubieranie dolnej części ciała	0	Prawidłowa zdolność do samodzielnego ubierania się = 10028211 + dolnej części ciała + 10029303
Spożywanie posiłków	0	Pozytywne samodzielne przyjmowanie posiłków = 10028253
Korzystanie z toalety	0	Samodzielne pozytywne korzystanie z toalety = 10028314
Higiena osobista	0	Pozytywna zdolność do wykonywania higieny = 10028708
Kąpiel	0	Pozytywna zdolność do kąpieli = 10028224

Na podstawie obserwacji i wywiadu ustalono problemy. Pacjentka poddana ocenie według skali ADL w 8 elementach uzyskała pozytywne wyniki, umożliwiające postawienie diagnozy pozytywnej z klasyfikacji ICNP. Ocena pozytywna oznacza, że pacjentka ma zasoby dla funkcjonowania w środowisku. W dwóch przypadkach ocena odzwierciedla zaburzenie w funkcjonowaniu, na którego podstawie zaproponowano 1 plan opieki obejmujący dwie zbliżone diagnozy i podobne interwencje.

Plan opieki 1.

Diagnoza: zaburzone chodzenie =10001046; zaburzona mobilność =10001219

Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Aranżowanie przemieszczenia lub urządzenia [10030493]	Pielęgniarka [10013333] Materiał do czytania [10016433] Usługa edukacyjna [10006572] Usługa pracownika socjalnego [10018475]
Asystowanie [10002850]	Pielęgniarka [10013333] Technika przemieszczania się [10002222] Usługa edukacyjna [10006572]
Ocenianie wzorca mobilności [10030641]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832]

Wynik: zaburzone chodzenie = 10001046; zaburzona mobilność = 10001219

Tabela 2. Ocena podstawowych czynności dnia codziennego (IADL) pacjentów objętych opieką domową

Table 2. Evaluation of the basic activities of daily living (IADL) of patients in the home care

Zmienna	Liczba pkt.	Diagnoza według ICNP
Przygotowywanie posiłków	0	Zdolność do przygotowania jedzenia
Prace domowe	1	Zaburzone prowadzenie domu
Zarządzanie finansami	0	Pozytywna zdolność do zarządzania statusem finansowym [10034547]
Przyjmowanie leków	0	Zdolność do radzenia sobie z reżimem leku [10029272]
Korzystanie z telefonu	0	Pozytywna zdolność do komunikowania [10025025]
Zakupy	3	Zaburzona zdolność do robienia zakupów [10034581]
Przemieszczanie się	1	Zaburzona zdolność do przemieszczania się [10001005]

Ocena podstawowych czynności dnia codziennego pozwoliła na postawienie 3 diagnoz negatywnych, wymagających przygotowania planu opieki.

Plan opieki 2.

Diagnoza: zaburzone prowadzenie domu [10000925]

Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Doradzenie w utrzymaniu domu [10030455]	Usługa pracownika socjalnego [10018475] usługa edukacyjna [10006572]
Asystowanie [10002850]	j.w.
Wspieranie [10019142]	Usługa społeczności [10027359] usługa pracownika socjalnego [10018475]

Wynik: prawidłowa zdolność do prowadzenia domu [10028248]

Plan opieki 3.

Diagnoza: zaburzona zdolność do robienia zakupów [10034581]

Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Asystowanie [10002850]	Usługa społeczności [10027359] Usługa pracownika socjalnego [10018475]
Promowanie wsparcia społecznego [10024464]	Usługa religijna [10016737]
Doradzanie o utrzymaniu domu [10030455]	Usługa pracownika socjalnego [10018475]

Wynik: zaburzona zdolność do robienia zakupów [10034581]; zdolność do robienia zakupów [10034575]

Plan opieki 4.

Diagnoza: zaburzona zdolność do przemieszczania się [10001005]

Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Ocenianie wzorca mobilności [10030641]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832]
Aranżowanie przemieszczania lub urzędzenia [10030493]	Pielęgniarka [10013333] Materiał do czytania [10016433] Usługa edukacyjna [10006572] Usługa pracownika socjalnego [10018475]
Asystowanie [10002850]	Pielęgniarka [10013333] Technika przemieszczania się [10002222] Usługa edukacyjna [10006572]

Wynik: prawidłowa mobilność [10028461]; brak urazu spowodowanego przemieszczaniem [10033659]

Plan opieki 5.

Diagnoza: ryzyko upadku [10015122]

Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Ocenianie ryzyka upadków [10023520]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832] Usługa edukacyjna [10006572]
Zapobieganie upadkowi [10040211]	Laska inwalidzka [10020893]

Aranżowanie przemieszczenia lub urządzenia [10030493]	Pielęgniarka [10013333] Usługa edukacyjna [10006572] Usługa pracownika socjalnego [10018475]
Nauczanie profilaktyki upadków [10040253]	Pielęgniarka [10013333] Materiał instruktażowy [10010395] Materiał do czytania [10016433] Materiał do uczenia się [10011251] Usługa edukacyjna [10006572]
Nauczanie rodziny o profilaktyce upadków [10040269]	j.w.
Demonstrowanie prewencji upadków [10040248]	j.w.

Wynik: ryzyko upadku [10015122]

Ocena II – Wydolność opiekuńczo-pielęgniacyjna rodziny (tab. 3)

Tabela 3. Ocena stopnia zmęczenia pacjentów dla wszystkich rodzajów opieki

Table 3. Assessment of fatigue patients for all types of care

Zmęczenie — całkowita niezdolność do codziennej aktywności	
C-HOBIC	Diagnoza według ICNP
0 — brak zmęczenia	Brak zmęczenia = 10034727
1 — minimalne zmęczenie — osłabienie, ale jest w stanie ukończyć codzienne czynności	Zmęczenie = 10000695 + 1
2 — umiarkowane zmęczenie — z powodu osłabienia nie jest w stanie ukończyć codziennych czynności	Zmęczenie = 10000695 + 2
3 — znaczne zmęczenie — z powodu osłabienia nie jest w stanie rozpocząć codziennych czynności	Zmęczenie = 10000695 + 3
4 — niezdolny do podejmowania codziennych czynności	Zmęczenie = 10000695 + 4

1. Struktura rodziny: mąż po udarze niedokrwiennym mózgu, córka pracuje i mieszka około 50 km od rodziców, odwiedza rodziców co drugi tydzień,

brak kontaktu z synem męża, dwoje wnuków (z jednym brak kontaktu).

2. Funkcjonowanie psychiczne i fizyczne: zmęczenie opieką, motywacja do sprawowania opieki nad mężem „nie zasłużył sobie, aby go oddać”, trudności w sprawowaniu opieki z powodu problemów z poruszaniem, zniechęceniem, bezsilnością.
3. Funkcjonowanie społeczne: emerytura, problemy w wypełnianiu roli opiekuna, sąsiedzi interesują się sytuacją.
4. Sytuacja bytowa: miesięczny dochód — około 3000, „nie musi oszczędzać”.
5. Wiedza i umiejętności: nie dotyczy.
6. Funkcjonowanie emocjonalne: więzi rodzinne z córką, brak zainteresowania syna męża, niepokój związany z rolą opiekuna.

Plan opieki 6.

Diagnoza: zmęczenie [10000695]

Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Ocenianie zmęczenia [10026086]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832]
Identyfikowanie statusu psychospołecznego [10009620]	Pielęgniarka [10013333]
Ewaluacja psychospołecznej reakcji na plan opieki [10007153]	Pielęgniarka [10013333]
Asystowanie prowadzącemu opiekę [10030809]	Pielęgniarka [10013333] Usługa społeczności [10027359] Usługa pracownika socjalnego [10018475]
Identyfikowanie oczekiwań wobec opieki domowej [10034151]	Pielęgniarka [10013333]
Dodawanie otuchy [10016480]	Pielęgniarka [10013333] Technika relaksacyjna [10016700] Technika uspokajania [10003839]
Adwokatura [10001929]	Pielęgniarka [10013333]

Wynik: zmniejszające się zmęczenie [10029390]; brak zmęczenia [10034727]

Plan opieki 7.

Diagnoza: ryzyko zaburzonego radzenia sobie rodziny [10032364]

Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Ocenianie radzenia sobie rodziny [10026600]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832]
Wspieranie procesu radzenia sobie rodziny [10032859]	Pielęgniarka [10013333]
Wspieranie rodziny [10032844]	Pielęgniarka [10013333] Usługa religijna [10016737]

Wynik: gotowość do prawidłowego radzenia sobie rodziny [10001476]; prawidłowe radzenie sobie rodziny [10034770]; zaburzone radzenie sobie rodziny [10034789]

Ocena statusu zdrowotnego – część III

Pacjentka zadowolona z wizyt, chętnie odpowiada na pytania, zgłasza częste oddawanie moczu, czasami nietrzymanie moczu.

Plan opieki 8.

Diagnoza: funkcjonalne nietrzymanie moczu [10026778]

Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Ocenianie trzymywania moczu [10030558]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832]
Zarządzanie nietrzymaniem moczu [10031879]	Usługa edukacyjna [10006572] Technika treningu zapobiegania Nietrzymaniu moczu [10009957]
Promowanie higieny [10032477]	Pielęgniarka [10013333] Usługa edukacyjna [10006572]

Wynik: nietrzymanie moczu [10025686]; gotowość do właściwego oddawania moczu [10001566]; trzymanie moczu [10027836]

Podsumowanie

Na podstawie oceny statusu zdrowotnego pacjentki, wydolności opiekuńczo-pielęgniacyjnej rodziny stworzono 8 planów opieki. W wyniku zastosowanych interwencji pielęgniarskich uzyskano w trzech przypadkach wynik pozytywny, w zakresie: prawidłowej zdolności do prowadzenia domu, zmniejszającego się zmęczenia i trzymywania moczu. W pozostałych przypadkach nie uzyskano pozytywnego wyniku. W opinii prowadzących opiekę czas przeznaczony na prowadzenie procesu pielęgnowania mógł być zbyt krótki, należy także zauważyć, że status zdrowotny pacjentki uniemożliwił przywrócenie pełne-

go funkcjonowania i gotowości do samoopieki. W pracy z pacjentką skupiano się więc na utrzymaniu aktualnego poziomu samoopieki. Stąd wyniki/diagnozy planu opieki były negatywne. Można ponadto zaryzykować stwierdzenie, że stosowanie ICNP pozwala na swobodne poruszanie się w terminologii i konstruowanie planów adekwatnie do potrzeb prowadzenia procesu pielęgnowania.

Piśmiennictwo

1. ICN Announces the Release of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Version 1, dokument elektroniczny: http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/press_releases/2005_PR_10_Release_of_ICNP_V1.pdf; data pobrania: 20.11.2014.
2. Pielęgniarstwo Środowiskowe. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej, katalog. ICN 201, ACBiR ICNP przy UM w Łodzi 2014: 8-10, dokument elektroniczny: <http://www.telenrscare.umed.pl/pliki/Katalog-ICNP-Piel%C4%99gniarstwo-%C5%9Arodowiskowe1.pdf>; data pobrania: 22.11.2014.
3. Werley HH, Lang NM. Identification of the Nursing Minimum Data Set. New York: Springer, 1988.
4. Kilańska D. Praca pielęgniarki w oparciu o metodę procesu pielęgnowania. W: Kilańska D. (red.) Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Tom I. Wyd. II. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2010: 182–183.
5. Kilańska D., Gaworska-Krzemińska A. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP — istota, założenia, znaczenie, rozwój. W: (red.) Kilańska D. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP w praktyce pielęgniarskiej Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014: 19–41.
6. Brosowska B., Pankiewicz E. Pielęgniarstwo środowiskowe. Tom II. Wyd. I. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2014: (w druku).
7. International Classification for Nursing Practice. Browser, dokument elektroniczny: <http://icnp.stemos.com/index.php/en/2013>; data pobrania: 20.11.2014.
8. Rekomendacja nr 1/2013 z dnia 11 września 2013 r. Rady ds. e-zdrowia w pielęgniarstwie i Akredytowanego przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek, dokument elektroniczny: http://www.umed.pl/pl/_akt/inf_tmp/2014/Rekomendacje%20w%20sprawie%20projektu%20EDM%20przez%20Rade%20e-zdrowie.pdf; data pobrania: 20.11.2014.
9. Andruszkiewicz A., Biercewicz M., Felsmann M., Marzec A. Skale oceny stanu wg HOBIC i ich wykorzystanie w podstawowej ocenie stanu klienta/pacjenta. W: Kilańska D. (red.), Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP w praktyce pielęgniarskiej. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2014: 98–131.
10. Kilańska D. Praca pielęgniarki w oparciu o metodę procesu pielęgnowania. W: Kilańska D. (red.) Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Tom I. Wyd. II. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2010: 182.
11. Health informatics — Integration of a reference terminology model for nursing. ISO/FDIS 18104:2003(E).
12. International Classification for Nursing Practice, <http://icnp.stemos.com/index.php/en/2013>; data pobrania: 20.11.2014.
13. Materiały dydaktyczne „Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP®”, dokument elektroniczny: <http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=tresc-icnp&txt=3245>; data pobrania: 20.11.2014.
14. ICNP® — polski, dokument elektroniczny: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/translations/icnp-Polski%20translation.pdf>; data pobrania: 19.11.2014.