

**Dorota Kilańska<sup>1,2</sup>, Agnieszka Magdziarz<sup>1</sup>, Kamila Okrojek<sup>1</sup>, Weronika Lutek<sup>1</sup>,  
Patrycja Kowalska<sup>1</sup>, Agnieszka Karolczak<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup>Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, Warszawa

**P**roces planowania opieki według międzynarodowego standardu ICNP<sup>®</sup> w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Studium przypadku pacjenta z chorobą nowotworową jelita grubego

Care planning process according to the international standard ICNP<sup>®</sup> in Primary Health Care. A case study of patient with cancer of the colon

**STRESZCZENIE**

Planowanie opieki u pacjenta z wyłonioną stomią w środowisku to proces związany z oceną potrzeb pacjenta i możliwością radzenia sobie rodziny, która staje przed wyzwaniem sprostania nowej sytuacji. Nowotwór jelita grubego stwarza bowiem wiele problemów pielęgnacyjnych nie tylko pacjentowi, ale i jego rodzinie. Musi się ona nauczyć pielęgnacji pacjenta oraz posiadać umiejętność rozpoznania sytuacji, w których powinna skorzystać z pomocy z zewnątrz. Stąd przygotowanie kompleksowego planu opieki, wskazującego niezbędne interwencje może wspomóc proces opieki nieprofesjonalnej świadczonej przez opiekunów.

**Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (2): 131–137**

**Słowa kluczowe:** klasyfikacja; pielęgniarstwo środowiskowe; proces pielęgnowania; plan opieki pielęgniarstwie; nowotwór jelita grubego

**ABSTRACT**

Planning for care of a patient with a stoma having emerged in the environment is a process associated with the assessment of the patient's needs and ability to cope family who is challenged to meet the new situation. Colorectal cancer creates many problems existing not only the patient but also for the family.

It must learn patient care, but also be able to recognize situations in which should looking for external assistance. Thus, the preparation of a comprehensive care plan, indicating the necessary interventions can help the process of care provided by non-professional carers.

**Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (2): 131–137**

**Key words:** classification, community health nursing, nursing process, nursing care plans, cancer of the colon

**Wstęp**

Pracując metodą procesu pielęgnowania w środowisku, rozpoznajemy status zdrowotny jednostki [1], określamy istniejące problemy, potrzeby, korzystając

z aktualnej wiedzy pielęgniarstwie, rekomendowanych międzynarodowych standardów pracy, ale i określamy poziom samoopieki oraz wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny, która będzie realizować

**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

DOI: 10.5603/PP.2017.0022

opiekę pozainstytucjonalną — nieprofesjonalną, pod nadzorem pielęgniarki.

Zgodnie z najnowszymi wytycznymi Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, właściwym do dokumentowania praktyki pielęgniarskiej słownikiem jest Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®, *International Classification for Nursing Practice*), dla której potrzeb stosuje się pięcioetapowy model procesu pielęgnowania [2]. Praca w środowisku wymaga opracowania planu opieki, w którym uwzględnić należy interwencje pielęgniarskie realizowane przez pielęgniarki, ale i takie, które będą delegowane do innych profesjonalistów, czy też do opiekunów. Takie podejście wymaga oceny statusu zdrowotnego opiekunów (rodziny, znajomych), tak jak ma to miejsce w przypadku oceny pacjenta. Oceny tej można dokonać z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi, których zastosowanie udowodniono naukowo. Zarówno dla potrzeb oceny jednostki, jak i opiekunów możemy zastosować skale funkcjonalne, jak na przykład skale ADL (*activities of daily living*) i I-ADL (*instrumental activities of daily living*), udokumentowane w projekcie ministerstwa zdrowia w Kanadzie, zweryfikowane na wielomilionowej próbie rekordów pacjentów [3].

### Cel pracy

Celem niniejszego opracowania jest wskazanie możliwych planów opieki do zastosowania w środowisku zamieszkania pacjenta z chorobą nowotworową jelit.

### Materiał i metody

Proces pielęgnowania prowadzono w okresie od 17 października do 29 listopada 2016 roku podczas 12 dni zajęć praktycznych z przedmiotu podstawowa opieka zdrowotna, realizowanych przez trzy różne grupy studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W okresie tym przeprowadzono osiem wizyt domowych, podczas których przeprowadzono ocenę statusu zdrowotnego pacjenta z wykorzystaniem standardu badania fizykalnego, w tym pomiaru oznak życia. Wywiad przeprowadzono z wykorzystaniem standardu wskazanego przez Radę ds. e-Zdrowia w pielęgniarstwie przy Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia [4]. Problemy, takie jak ból, zmęczenie, funkcjonowanie pacjenta oceniono korzystając z wrażliwych wyników opieki pielęgniarskiej C-HOBIC (*Nursing Sensitive Indicators*) [3]. Analizowano także dokumentację medyczną, stosowano technikę obserwacji i lustracji.

Po pierwszej wizycie przygotowano plany opieki z wykorzystaniem terminologii referencyjnej ICNP®. Opis statusu zdrowotnego pacjenta podzielono na część dotyczącą statusu fizjologicznego, psychologicznego i społecznego. Po określeniu problemów,

potrzeb i deficytów, korzystając z klasyfikacji ICNP®, zweryfikowano „przedmiot opieki” (F — *Focus*). Kolejnym etapem było ustalenie diagnoz pielęgniarskich zgodnych z przedmiotem i dopasowanie odpowiednich interwencji pielęgniarskich, które pomogą w osiągnięciu wyniku/diagnozy na poziomie ewaluacji planu opieki. Ustalając interwencje pielęgniarskie kierowano się słowami kluczowymi.

W klasyfikacji ICNP® interwencje podzielono na interwencje: niedotyczące procesu ciała lub procesu psychologicznego, interwencje w proces ciała i w proces psychologiczny. Kategoriom tym przyporządkowano działania (A — *Actions*) i do nich dostosowano interwencje pielęgniarskie (IC). Przygotowane plany opieki implementowano do praktyki, realizując interwencje pielęgniarskie i dokumentując je w „książce pracy terenowej pielęgniarki”. W ostatnim dniu zajęć przeprowadzono ewaluację planów opieki, kierując się wytycznymi Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN, *International Council of Nurses*). Efektem ewaluacji była diagnoza pielęgniarska, określająca postęp lub stan bez zmian, czy też pogorszenie statusu zdrowotnego pacjenta, będąca równoznacznie wynikiem = efektem pracy pielęgniarki = wskaźnikiem jakości opieki. Dla potrzeb niniejszego opracowania wskazano kilka potencjalnych diagnoz (wyników), które pokazują możliwość korzystania z diagnoz/wyników znajdujących się w Klasyfikacji ICNP®.

Diagnozy pielęgniarskie tworzą z wykorzystaniem metody opisanej w publikacji zamieszczonej w „Problemach Pielęgniarstwa” nr 22(4) [5]. W celu rozróżnienia miejsca pochodzenia terminologii referencyjnej ICNP®, z której zbudowane są diagnozy wykorzystano terminy z osi: L (*Location*) — lokalizacja, opisującej umiejscowienie przedmiotu diagnozy o osi T (*Time*) — czas. Pochodzące z tej osi terminy pozwalają na wskazanie czasu wystąpienia zjawiska [6]. Dla opisu interwencji wykorzystano katalog interwencji „IC”.

Na podstawie opisu przypadku zaproponowano 15 planów opieki. Przy tworzeniu planów opieki korzystano z internetowego narzędzia ICNP® [6], materiałów dydaktycznych Akredytowanego przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy UM w Łodzi [7] oraz Standardu ISO 18104:2003 [8].

Podczas odwiedzin każdorazowo stosowano interwencje, takie jak ułatwianie rodzinie uczestniczenia w planowaniu opieki, ocenianie podczas spotkania, czy ocenianie potrzeb.

Plany opieki ponumerowano, numeracja jest niezależna od priorytetów ich implementacji do praktyki. W artykule nie zamieszczono opisu wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny, która była także przedmiotem oceny. Jest to związane z ograniczoną objętością artykułu i dlatego zrezygnowano z niej w tej jego części.

## Studium przypadku

Podmiot opieki: płeć — mężczyzna, wiek — 66 lat, unieruchomiony w łóżku, rozpoznanie: rak jelita grubego.

### Ocena statusu zdrowotnego

- Status fizjologiczny:** skóra zadbane, biała, bez obrzęków. Na pośladku lewym odleżyna drugiego stopnia, stosowano materac przeciwoleżynowy. Urządzenia pomocnicze: okulary, balkonik, wózek inwalidzki. Stan po złamaniu szyjki kości udowej (leczenie zachowawcze). Ocena bólu w skali 1–10, ból na poziomie 5–8. Według ADL wymaga usprawniania i asystowania podczas wykonywania czynności życia codziennego, to jest higiena osobista, kąpanie, przemieszczanie się, ubieranie, korzystanie z toalety, czy przygotowanie posiłku. Pozycjonowanie w łóżku samodzielne. Spożywanie posiłków samodzielnie, pomoc przy ich przygotowywaniu. W dolnej części powłok brzusznych wyłoniona stomia;
- Status psychologiczny:** kontakt słowny zachowany, na pytania odpowiada logicznie, jest świadomy swojego stanu, spokojny, pogodny, współpracujący;
- Status społeczny:** mieszkanie dwupokojowe z kuchnią w wieżowcu, piąte piętro z windą. Mieszka z żoną i synem. Drugi syn z żoną mieszka w innej lokalizacji, często odwiedza rodziców, wspiera emocjonalnie i rzeczowo rodzinę, pomaga w transporcie do poradni, finansowo. Rodzina może liczyć na pomoc sąsiadów.

### Plan opieki pielęgniarskiej 1

**Diagnoza:** odleżyna II<sup>0</sup> + (L) pośladek

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Ocenianie odleżyny	3	3	2
2. Nauczanie o odżywianiu	1	1	2
3. Nauczanie o pielęgnacji odleżyny	3	3	1
4. Nauczanie o prewencji odleżyn	3	3	2
5. Pielęgnacja odleżyny	3	3	2
6. Używanie techniki aseptycznej	3	3	2

**Diagnoza/wynik:** bez odleżyny

### Plan opieki pielęgniarskiej 2

**Diagnoza:** zaburzona funkcja układu mięśniowo-szkieletowego

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Ocenianie mobilności	1	1	1
2. Promowanie mobilności fizycznej	3	2	1
3. Ocenianie czynnego zakresu ruchu	2	3	2
4. Ocenianie tolerancji aktywności ruchowej	3	3	2
5. Nauczanie o sposobie zwiększania tolerancji aktywności ruchowej	3	1	0
6. Wykonywanie biernych ruchów ciała	3	3	2
7. Asystowanie w mobilności w łóżku	3	3	2
8. Promowanie ćwiczeń	1	1	0
9. Wzmacnianie techniki wykonywania ćwiczeń mięśni lub stawów	3	3	2
10. Ewaluacja statusu układu mięśniowo-szkieletowego	3	1	1

**Diagnoza/wynik:** efektywna funkcja układu mięśniowo-szkieletowego

### Plan opieki pielęgniarskiej 3

**Diagnoza:** zaburzone samodzielne korzystanie z toalety

Interwencje (IC)	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Asystowanie w czynnościach toaletowych	3	3	2
2. Nauczanie opiekuna czynności toaletowych	1	1	0
3. Mycie pacjenta	3	3	2
4. Ocenianie skóry	3	3	2
5. Pielęgnacja skóry	3	3	2
6. Utrzymywanie godności i prywatności	3	3	2
7. Współdziałanie z pacjentem	3	3	2
8. Wspieranie opiekuna	3	3	2
9. Pielęgnacja kroczca	3	3	2

**Diagnoza/wynik:** zaburzone samodzielne korzystanie z toalety

#### Plan opieki pielęgniarskiej 4

**Diagnoza:** zaburzona zdolność wykonywania higieny

Interwencje (IC)	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Ocenianie wzorca higieny	1	1	1
2. Ocenianie wzorca higieny jamy ustnej	1	0	0
3. Promowanie higieny	1	0	0
4. Nauczanie rodziny o wzorcu higieny	1	0	0
5. Nauczanie o higienie	1	0	0
6. Nauczanie o pielęgnacji jamy ustnej	1	0	0
7. Promowanie higieny jamy ustnej	1	0	0

**Diagnoza/wynik:** zdolny/a do dbania o estetyczny wygląd

#### Plan opieki pielęgniarskiej 5

**Diagnoza:** zaburzona zdolność kąpieli

Interwencje (IC)	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Kąpanie pacjenta	1	1	1
2. Utrzymywanie godności i prywatności	1	1	1
3. Współdziałanie z pacjentem	1	1	1
4. Wspieranie opiekuna	1	1	1

**Diagnoza/wynik:** zdolny/a do kąpieli

#### Plan opieki pielęgniarskiej 6

**Diagnoza:** zaburzona zdolność przemieszczania

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Ocenianie mobilności	3	1	1
2. Ocenianie ryzyka urazu podczas przemieszczania	3	3	2
3. Ocenianie tolerancji aktywności ruchowej	1	3	2
4. Nauczanie o ćwiczeniach	2	3	2
5. Nauczanie o rehabilitacji	1	1	1
6. Nauczanie o sposobie zwiększania tolerancji aktywności ruchowej	1	1	2

**Interwencje (IC):**

	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
7. Nauczanie o używaniu (wykorzystywaniu) urządzenia wspierającego	3	3	2
8. Nauczanie o technikach przemieszczania	3	3	2
9. Nauczanie rodziny o technikach przemieszczania	3	3	2
10. Używanie (wykorzystywanie) techniki przemieszczania	3	3	2
11. Przemieszczanie pacjenta	3	3	2
12. Monitorowanie tolerancji aktywności ruchowej	3	3	2
13. Promowanie ćwiczeń	1	1	1
14. Promowanie mobilności fizycznej	1	1	1
15. Promowanie zdolności do samodzielnego przemieszczania	1	1	2
16. Współdziałanie z pacjentem	3	3	2
17. Wspieranie opiekuna	3	3	2

**Diagnoza/wynik:** zdolny/a do przemieszczania

#### Plan opieki pielęgniarskiej 7

**Diagnoza:** zaburzona zdolność ubierania

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Ubieranie pacjenta	3	3	2

**Diagnoza/wynik:** zdolny/a do ubierania

#### Plan opieki pielęgniarskiej 8

**Diagnoza:** nietrzymanie stolca

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Współdziałanie z pacjentem	3	3	2
2. Promowanie rutyny wypróżnienia	1	1	1
3. Promowanie rutyny opróżniania pęcherza	1	0	1
4. Wspieranie opiekuna	3	3	2
5. Asystowanie w toalecie	1	1	0

**Diagnoza/wynik:** nietrzymanie stolca

**Plan opieki pielęgniarskiej 9****Diagnoza:** ból chroniczny

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Ocenianie bólu	3	3	2
2. Ocenianie psychologicznej odpowiedzi na ból	1	3	1
3. Ocenianie wiedzy o zarządzaniu bólem	1	1	1
4. Ocenianie wiedzy o bólu	1	0	0
5. Współdziałanie przy formułowaniu planu zarządzania bólem	3	3	2
6. Współdziałanie ze specjalistą leczenia bólu	3	2	1
7. Konsultowanie zarządzania bólem	3	3	1
8. Administrowanie lekiem przeciwbólowym	3	3	2
9. Identyfikowanie postawy wobec bólu	3	3	2
10. Implementacja wytycznych dotyczących bólu	3	3	2
11. Monitorowanie bólu	3	3	2
12. Nauczanie o zarządzaniu bólem	1	2	1
13. Nauczanie rodziny o zarządzaniu bólem	2	1	0
14. Nauczanie o bólu	1	3	1
15. Zarządzanie bólem	3	3	2
16. Ewaluacja odpowiedzi psychospołecznej na instruowanie dotyczące bólu	1	3	2
17. Ewaluacja odpowiedzi na zarządzanie bólem	1	3	2

**Diagnoza/wynik:** zredukowany ból**Plan opieki pielęgniarskiej 10****Diagnoza:** zdolny do samodzielnego jedzenia

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Ocenianie statusu odżywienia	1	1	1
2. Ocenianie stopnia samodzielności	1	1	1
3. Nauczanie o odżywianiu	2	1	2
4. Wzmacnianie osiągnięć	3	3	2
5. Wzmacnianie umiejętności	3	3	2
6. Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem lub piciem	1	1	0

**Diagnoza/wynik:** zdolny/a do samodzielnego jedzenia**Plan opieki pielęgniarskiej 11****Diagnoza:** ryzyko komplikacji stomii

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Ocenianie skóry w okolicy stomii	3	3	1
2. Ocenianie stomii	3	3	1
3. Ocenianie ryzyka komplikacji związanych ze stomią	3	3	1
4. Nauczanie o komplikacjach skórnych w okolicy stomii	2	1	0
5. Nauczanie o pielęgnacji stomii	2	0	0
6. Nauczanie o komplikacjach stomii	1	0	0
7. Pielęgnacja stomii	3	0	0
8. Promowanie rutyny wypróżnienia	1	1	1
9. Współdziałanie z pacjentem	3	3	2

**Diagnoza/wynik:** bez komplikacji związanych ze stomią**Plan opieki pielęgniarskiej 12****Diagnoza:** akceptacja statusu zdrowotnego

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
1. Ocenianie akceptacji statusu zdrowia	1	1	1
2. Ocenianie jakości życia	0	0	0
3. Ocenianie nastroju	1	3	2
4. Ocenianie poczucia własnej wartości	1	1	1
5. Ocenianie postawy wobec choroby	1	1	1
6. Ocenianie statusu psychologicznego	1	3	2
7. Ocenianie wiedzy o chorobie	1	1	1
8. Ocenianie wsparcia emocjonalnego	1	1	1
9. Identyfikowanie statusu psychologicznego	1	3	2
10. Promowanie akceptacji statusu zdrowotnego	2	0	0
11. Promowanie nadziei	1	1	2
12. Promowanie poczucia własnej wartości	1	0	0
13. Promowanie pozytywnego statusu psychologicznego	3	2	2
14. Wspieranie statusu psychologicznego	3	3	2
15. Wzmacnianie osiągnięć	3	3	2
16. Zapewnienie wsparcia emocjonalnego	3	3	2

**Diagnoza/wynik:** akceptacja statusu zdrowotnego

### Plan opieki pielęgniarskiej 13

Diagnoza: zmęczenie

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
	1. Ocenianie zmęczenia	3	3
2. Zarządzanie zmęczeniem	3	3	2

Diagnoza/wynik: zredukowane zmęczenie

### Plan opieki pielęgniarskiej 14

Diagnoza: efektywna ciągłość opieki

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
	1. Ocenianie przestrzegania zaleceń	3	3
2. Planowanie opieki	1	2	1
3. Wzmacnianie przestrzegania zaleceń	3	3	2
4. Ciągły nadzór	3	3	2

Diagnoza/wynik: efektywna ciągłość opieki

Zestawienie interwencji pielęgniarskich w poszczególnych tygodniach obejmowania opieką pacjenta pokazuje rycina 1. Można na niej zauważyć, które z interwencji były wdrażane w pierwszym tygodniu objęcia opieką, a które w kolejnych tygodniach i jak często były realizowane (od jeden do maksymalnie trzy razy).

### Podsumowanie

Podczas zajęć praktycznych przeprowadzono osiem odwiedzin w domu pacjenta. Na pierwszym etapie współdziałania z pacjentem i rodziną postawiono piętnaście diagnoz pielęgniarskich, dwie dotyczące oceny opiekunów i trzynaście oceniających status zdrowotny pacjenta. Dla potrzeb procesu pielęgnowania przygotowano piętnaście planów opieki, dla których zaplanowano sto dwadzieścia pięć interwencji pielęgniarskich, realizowanych z różną częstotliwością, uzależnioną od oceny potrzeb podczas odwiedzin.

Najwięcej interwencji zaplanowano do diagnozy z planu opieki nr 6 i 9 — siedemnaście, dla planu nr 12 — szesnaście. Najmniej interwencji zaplanowano do planu nr 7 — jedną i dwie do planu nr 13. Pięćdziesiąt dwie interwencje zrealizowano podczas wszystkich wizyt, w dwóch przypadkach (plan nr 12 i 15) nie zrealizowano jednej zaplanowanej wcześniej interwencji. Najwięcej interwencji realizowano w pierwszym tygodniu zajęć — dwieście sześćdziesiąt jeden. W kolejnych tygodniach liczba interwencji

### Plan opieki pielęgniarskiej 15

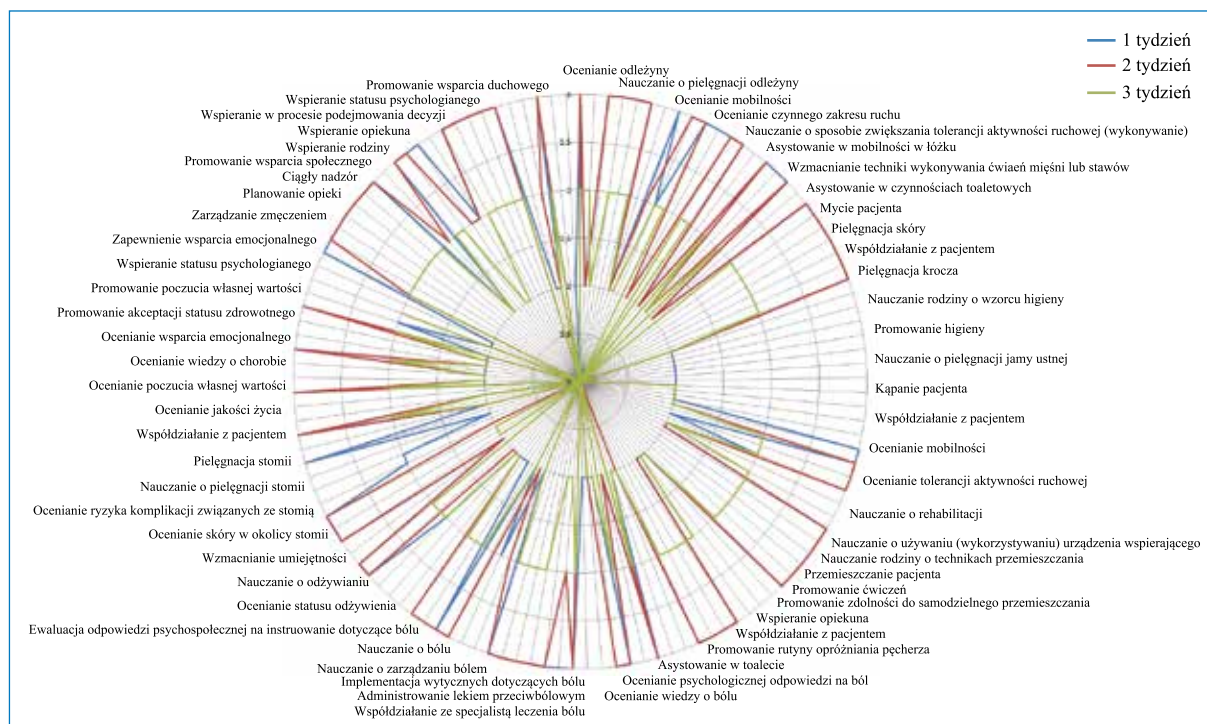
Diagnoza: pozytywne wsparcie rodziny

Interwencje (IC):	Liczba IC w tygodniu zajęć		
	1	2	3
	1. Promowanie wsparcia rodziny	3	2
2. Promowanie wsparcia społecznego	2	2	1
3. Ocenianie zaopatrzenia w lek	3	3	2
4. Wspieranie rodziny	3	3	2
5. Wspieranie procesu radzenia sobie rodziny	3	3	2
6. Wspieranie opiekuna	3	3	2
7. Wspieranie rodziny w procesie podejmowania decyzji	3	3	2
8. Wspieranie w procesie podejmowania decyzji	1	0	0
9. Zapewnienie wsparcia społecznego	1	2	1
10. Wspieranie statusu psychologicznego	3	3	2
11. Kierowanie na terapię w grupie wsparcia	0	0	0
12. Promowanie wsparcia duchowego	1	0	0

Diagnoza/wynik: pozytywne wsparcie rodziny

była mniejsza i miało to związek z ewaluacją procesu pielęgnowania. W drugim tygodniu zajęć grupa studentów zrealizowała dwieście pięćdziesiąt interwencji, a w trzecim sto sześćdziesiąt osiem interwencji. Jedenaście interwencji zrealizowano tylko jeden raz. Po jednej interwencji w planie opieki nr 9, 11, 12 oraz dwie interwencje w planie opieki nr 15, następnie sześć w planie opieki nr 4. Były to następujące interwencje: ocenianie wzorca higieny jamy ustnej, promowanie higieny, nauczanie rodziny o wzorcu higieny, nauczanie o higienie, nauczanie o pielęgnacji jamy ustnej, promowanie higieny jamy ustnej, ocenianie wiedzy o bólu, nauczanie o komplikacjach stomii, promowanie poczucia własnej wartości, wspieranie w procesie podejmowania decyzji, promowanie wsparcia duchowego. Oceniano różne aspekty funkcjonowania statusu zdrowotnego pacjenta poprzez zaplanowanie trzydziestu jeden interwencji, które realizowano kilkakrotnie. W sumie oceny dokonano sto pięćdziesiąt cztery razy. Ocenianie było najczęściej zaplanowaną interwencją. Spośród interwencji dotyczących pielęgnacji zaplanowano i realizowano cztery: pielęgnacja stomii, pielęgnacja odleżyny, pielęgnacja skóry, pielęgnacja krocza. Asystowanie pacjentowi wykonywane było osiemnaście razy i były to interwencje: asystowanie w mobilności w łóżku, asystowanie w czynnościach toaletowych, asystowanie w toalecie. Natomiast siedemnaście razy przeprowadzono ewaluację: ewaluacja statusu





**Rycina 1.** Interwencje pielęgniarskie realizowane u pacjenta z wylonioną stomią w danym tygodniu objęcia opieką przez studentów  
**Figure 1.** Nursing interventions performed in a patient with emerged stoma during a one week, which were performing using the nursing process by students

układu mięśniowo-szkieletowego, ewaluacja odpowiedzi psychospołecznej na instruowanie dotyczące bólu i ewaluacja odpowiedzi na zarządzanie bólem. Zaplanowano dwadzieścia jeden interwencji dotyczących nauczania, które przeprowadzono osiemdziesiąt dziewięć razy. Do implementacji zaplanowano także takie interwencje, jak identyfikowanie, implementację, kierowanie, konsultowanie, kąpanie, monitorowanie, mycie, promowanie (17 interwencji), przemieszczanie, ubieranie, używanie (na przykład urządzeń) wspieranie, współdziałanie, wykonywanie, zapewnienie, wzmacnianie, zarządzanie.

Należy zauważyć, że zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) do dokumentowania procesu pielęgnowania pozwoliło nie tylko na zbudowanie planów opieki niezbędnych do zapewnienia ciągłości opieki, pokazało także wkład pracy dla osiągnięcia efektywności opieki oraz umożliwiło analizę porównawczą zrealizowanych interwencji i ich wizualizację.

### Piśmiennictwo

1. Kilańska D. Praca pielęgniarki w oparciu o metodę procesu pielęgnowania. W: (red.). Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej, tom I, wyd. II. Wydawnictwo Makmed, Lublin; 2010: 163–195.
2. Pielęgniarstwo Środowiskowe. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej, katalog. ICN 201, ACBiR ICNP przy UM w Łodzi 2014: 8–10; <http://www.telenrscare.umed.pl/pliki/Katalog-ICNP-Piel%C4%99gniarnstwo-%C5%9Arodowiskowe1.pdf> (dostęp 22.11.2014).
3. Andruszkiewicz A., Biercewicz M., Felsmann M., Marzec A. Skale oceny stanu według HOBIC i ich wykorzystanie w podstawowej ocenie stanu klienta/pacjenta. W: Kilańska D. (red.). Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
4. Rekomendacja nr 1/2013 z dnia 11 września 2013 r. Rady ds. e-Zdrowia w pielęgniarstwie i Akredytowanego przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek; [http://www.umed.pl/pl/\\_akt/inf\\_tmp/2014/Rekomendacja%20w%20sprawie%20projektu%20EDM%20przez%20Rade%20e-zdrowie.pdf](http://www.umed.pl/pl/_akt/inf_tmp/2014/Rekomendacja%20w%20sprawie%20projektu%20EDM%20przez%20Rade%20e-zdrowie.pdf) (dostęp 20.12.2016).
5. Kilańska D, Staszewska M, Urbanek N, et al. Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej — studium przypadku. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014; 22(4): 546–552.
6. International Classification for Nursing Practice. Browser. Wersja 2015; <http://icnp.stemos.com/index.php/en/2013/> (dostęp 20.12.2016).
7. Materiały dydaktyczne „Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP®”; <http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=trsec-icnp&txt=3245> (dostęp 20.12.2016).
8. Health informatics. Integration of a reference terminology model for nursing, doi: [10.3403/02985926](https://doi.org/10.3403/02985926).