

# Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji



Część I:  
Nietrzymanie moczu

## ZAŁĄCZNIKI



NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



# Spis treści

|   |    |
|---|----|
| 1. NIETRZYMANIE MOCZU U OSÓB STARSZYCH W ZŁYM STANIE ZDROWIA.<br>Postępowanie pielęgniarskie na I poziomie diagnostycznym - zalecenia ..... | 5  |
| 2. NIETRZYMANIE MOCZU U KOBIET<br>Postępowanie pielęgniarskie na I poziomie diagnostycznym - zalecenia .....                                | 13 |
| 3. NIETRZYMANIE MOCZU U MĘŻCZYŹN<br>Postępowanie pielęgniarskie na I poziomie diagnostycznym - zalecenia .....                              | 21 |
| 4. NIETRZYMANIE MOCZU U DZIECI<br>Postępowanie pielęgniarskie na I poziomie diagnostycznym - zalecenia .....                                | 25 |
| 5. INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE W OPIECE NAD OSOBAMI Z NTM W STANACH<br>DELIRIUM, OTĘPIENIA I DEPRESJI .....                                  | 29 |
| 6. INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE W OPIECE NAD CHORYM PO URAZIE RDZENIA<br>KRĘGOWEGO .....  | 41 |
| 7. PROFILAKTYKA ZAPARĆ - INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE .....   | 43 |
| 8. TERMINOLOGIA I DEFINICJE .....   | 49 |
| 9. PRZYKŁADOWE PLANY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ UWZGLĘDNIAJĄCE KLUCZOWE<br>PROBLEMY PACJENTA Z ZABURZENIAMI KONTYNNENCJI MOCZU .....            | 65 |
| 10. WSKAŹNIKI JAKOŚCI WYNIKÓW OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ .....  | 73 |
| 11. WYPISYWANIE PRZEZ PIELĘGNIARKI ZLECEŃ NA REFUNDOWANE PRZEZ NFZ<br>WYROBY MEDYCZNE NA PRZYKŁADZIE PRODUKTÓW CHŁONNYCH .....              | 83 |



# ZAŁĄCZNIK NR 1

## Nietrzymanie moczu u osób starszych w złym stanie zdrowia Postępowanie pielęgniarskie na I poziomie diagnostycznym - zalecenia

Osoby w podeszłym wieku wymagają aktywnego rozpoznawania problemów z trzymaniem moczu i stolca, a także odmiennego podejścia, uwzględniającego potencjalną rolę chorób współistniejących, aktualnych leków przepisanych lub nabytych bez recepty oraz zaburzeń funkcjonalnych i poznawczych upośledzających<sup>1</sup> trzymanie moczu.

Zakres rozpoznania i dalszego postępowania powinien uwzględniać cele opieki, stopień samodzielności pacjenta, rokowanie i długość życia oraz poziom niepokoju starszej osoby i/lub opiekuna.

Skuteczne zarządzanie, aby osiągnąć cele w zakresie utrzymania moczu i stolca (suchość, zmniejszenie specyficznych objawów, jakość życia, spadek współwystępowania chorób), powinno być możliwe dla większości osób starszych.

### Zalecenia do identyfikacji osób starszych z nietrzymaniem moczu

1. Zadawanie pytań wprost (np. Czy zdarza się Pani/u gubić mocz, nie trzymać moczu?) wszystkim osobom starszym bez zaburzeń poznawczych, zwłaszcza samotnie mieszkającym we własnym domu. W przypadku zaburzeń poznawczych, informacje możemy uzyskać np. od rodziny pacjenta lub innej osoby sprawującej osobistą opiekę.
2. Obserwowanie zachowania związanego z mikcją oraz utratą moczu w przypadku osób hospitalizowanych, w domach opieki czy domach pomocy społecznej.
3. Zidentyfikowanie osoby w opiece domowej z założonym cewnikiem, stosującej produkty chłonne i ocena wskazania do długotrwałego używania w/w.

### Podstawowa ocena osób starszych z nietrzymaniem moczu - zalecenia

Podstawowa ocena opiera się na prowadzeniu postępowania na pierwszym poziomie diagnostycznym - ocenie niespecjalistycznej oraz prowadzeniu terapii behawioralnych.

#### Pierwszy poziom oceny polega na:

1. wywiadzie,
2. badaniu fizykalnym,
3. badaniu moczu,
4. ocenie objętości moczu zalegającego po mikcji (w niektórych przypadkach),
5. ocenie funkcji poznawczych,
6. ocenie funkcjonalnej,
7. stosowaniu formularzy (siatek) diagnostycznych,
8. ocenie stopnia otyłości,
9. ocenie stanu higieny osobistej i środowiska,
10. ocenie rodzaju (majtki chłonne, pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady i podkłady) i ilości stosowanych produktów chłonnych,
11. udziale w farmakoterapii.

#### Pierwszy poziom oceny ma na celu:

1. wykluczenie chorób dodatkowych, które mają wpływ na rokowanie,
2. zidentyfikowanie nietrzymania moczu przejściowego, czasowego,
3. postawienie diagnozy wstępnej dotyczącej rodzaju nietrzymania moczu i rozpoczęcie leczenia (na zlecenie lekarza),
4. zidentyfikowanie pacjentów potrzebujących oceny na drugim poziomie diagnostycznym.

<sup>1</sup>Upośledzenie - zmiana funkcji lub struktury ciała, taka jak utrata lub istotne odchylenie od stanu prawidłowego (ICF).

## I. WYWIAD

**Wywiad powinien zawierać takie informacje jak:**

1. charakterystykę nietrzymania moczu, czas trwania, częstotliwość i ilość mikcji.
2. objawy związane z zaburzeniami funkcjonowania dolnych dróg moczowych, takie jak: nagła chęć oddania moczu, częstotliwość oddawania moczu w nocy, trudności w oddawaniu moczu, krwimocz, ból nadłonowy lub ból krocza, zmiany statusu trzymania moczu powiązane z pojawieniem się i/ lub pogorszeniem stanu zaburzeń poznawczych, mobilności albo objawy środowiskowe np. wilgotna odzież, bielizna pościelowa, przykry zapach moczu,
3. stosowanie produktów chłonnych (ilość i rodzaj: majtki chłonne, pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady i podkłady),
4. zmiany w seksualności,
5. przyzwyczajenia związane z przyjmowaniem płynów i napojów zawierających kofeinę,
6. przyjmowane leki,
7. dotychczasowe zabiegi medyczne lub chirurgiczne związane z nietrzymaniem moczu,
8. oczekiwanie na wyniki leczenia,
9. zapisy z dzienniczka mikcji z ostatnich 2-3 dni,
10. u pacjentów z zaburzeniami poznawczymi częstotliwość utraty moczu (nietrzymanie/ gubienie moczu) może być oceniona na podstawie stanu produktów chłonnych w odstępach 2-3 godzinnych,
11. choroby współistniejące.

W rozmowie z pacjentem i/ lub opiekunem należy poruszyć następujące kwestie:

1. stopień uciążliwości NTM (siła zalecenia: B),
2. zakładane cele opieki związanej z NTM - uzyskanie całkowitego trzymania moczu, określone zmniejszenie nasilenia NTM, poprawa jakości życia, ustąpienie chorób współistniejących, zmniejszenie obciążeń związanych z opieką (siła zalecenia: B),
3. przewidywany stopień współpracy chorego podczas terapii (siła zalecenia: C).

Należy również zwrócić uwagę na ogólne rokowanie chorego i przewidywaną długość życia (siła zalecenia: C).

## II. BADANIE FIZYKALNE

W badaniu fizykalnym należy szukać nie tylko stanów patologicznych, które mogą powodować nietrzymanie moczu i mają wpływ na rokowanie, ale także ocenić ogólny stan zdrowia, poznawczy i funkcjonalny.

**Muszą być ocenione w szczególności:**

1. czynniki ogólne (obrzęk wokół kostki, odleżyny, otyłość i kaszel),
2. w obrębie jamy brzusznej ( guzy, przepukliny lub nadmiernie wypełniony pęcherz),
3. narządy płciowe (wypadanie miednicy, choroby nowotworowe, zapalne i dystroficzne),
4. zwieracz odbytu i odbytnica (zmiany czułości, zwieracza i kurczliwości mięśni miednicy, nietrzymanie stolca, zastój mas kałowych, a u mężczyzn, wielkość, kształt i tekstura prostaty),
5. centralny i obwodowy układ nerwowy (udar, stwardnienie rozsiane, uszkodzenie rdzenia kręgowego, neuropatia obwodowa),
6. utrata moczu podczas testu kaszlowego,
7. stan funkcji poznawczych,
8. stan funkcjonalny,
9. ilość moczu zalegającego po mikcji.

**Wykonanie testu kaszlowego** u pacjentów starszych, w złym stanie zdrowia należy skonsultować z lekarzem. Próba kaszlowa jest kluczowa w diagnozowaniu NTM u kobiet. Przy wypełnieniu pęcherza, co najmniej 200 ml, prosimy pacjentkę aby położyła się na plecach i zrelaksowała, a następnie energicznie zakasłała 1 raz. Straty moczu, które występują równocześnie z kaszlem, oznaczają wysiłkowe nietrzymanie moczu. Straty, które występują po kaszlu lub rozpoczynają się po kaszlu wskazują, że nietrzymanie moczu z parcia jest bardziej prawdopodobne. Jeśli próba jest negatywna test powtarza się w pozycji stojącej.

## III. BADANIE MOCZU

Badanie moczu jest potrzebne do wykluczenia patologii towarzyszących natury fizjologicznej, metabolicznej czy nowotworowej. Jeżeli istnieje podejrzenie zakażenia dróg moczowych należy wykonać posiew moczu. Posiew moczu, z objawami zapa-

lenia bez jednoczesnej analizy moczu, może prowadzić do błędnych wniosków. Zaleca się przeprowadzenie analizy moczu u wszystkich pacjentów, celem wykrycia ew. krwiomoczu.

#### Objawy, które mają wpływ na rokowanie:

1. krwiomocz bez infekcji,
2. nawracające infekcje dróg moczowych,
3. trwałe bolesne oddawanie moczu,
4. dotychczasowe interwencje chirurgiczne dot. nietrzymania moczu lub radykalna chirurgia miednicy,
5. guzy albo asymetria prostaty lub inny stan wzbudzający podejrzenie nowotworu,
6. duże zaleganie moczu po mikcji,
7. choroby neurologiczne, takie jak stwardnienie rozsiane oraz choroby rdzenia kręgowego.

## IV. OCENA OBJĘTOŚCI MOCZU ZALEGAJĄCEGO PO MIKCIJ (POST-VOID RESIDUAL URINE - PVR)

Pomiar PVR nie jest zalecany w rutynowej, wstępnej ocenie nietrzymania moczu u osób starszych w złym stanie zdrowia, a zwłaszcza objętych stałą opieką długoterminową. Niemniej jednak, istnieją dowody empiryczne przemawiające na korzyść wykonywania tego badania u osób w złym stanie zdrowia z:

- cukrzycą (zwłaszcza wieloletnią),
- epizodami zatrzymania moczu lub dużymi PVR w wywiadzie,
- nawracającymi zakażeniami układu moczowego (ZUM),
- lekami zmniejszającymi kurczliwość mięśnia wypieracza (np. opiaty),
- przewlekłymi zaparciami,
- po urazach rdzenia kręgowego,
- utrzymującym się lub nasilającym nagłym nietrzymaniem moczu mimo stosowania leków przeciwmuskarynowych, agonistów beta 3-adrenergicznych,
- urodynamicznym rozpoznaniem niedoczynności wypieracza i/ lub przeszkody podpęcherzowej (siła zalecenia: C).

Należy pamiętać, iż leczenie chorób współistniejących (np. zaparc) i zaprzestanie podawania leków cholinolitycznych może zmniejszyć PVR. Zaleganie moczu musi być ocenione 5 minut po mikcji. Wartości  $\leq 50$  ml są uważane za normalne. Wartości  $\geq 200$  ml są uważane za patologiczne. Wartości pośrednie wymagają oceny klinicznej interpretacji ich znaczenia. Pomiaru mogą być wykonywane przez cewnikowanie albo za pomocą echografii.

Wyniki mogą być zafałszowane pod wpływem stopnia bodźców odczuwanych przez pacjenta, jeśli środowisko nie jest przyjazne, a pozycja nie jest wygodna, albo gdy cewnik jest usuwany zbyt szybko. Często konieczne jest przeprowadzenie więcej niż jednej oceny PVR, aby zminimalizować ryzyko błędu.

U chorych z PVR wynoszącym 200-500 ml, u których duża objętość zalegająca może być główną przyczyną nietrzymania moczu lub uciążliwego częstomoczu, należy wykonać próbę leczenia za pomocą cewnikowania, a następnie ponownie dokonać oceny (siła zalecenia: C).

Cewnikowanie jest przeciwwskazane u mężczyzn z podejrzeniem poważnej przeszkody w przepływie ze względu na ryzyko zakażenia dróg moczowych.

Należy pamiętać, że PVR może zmieniać się w ciągu dnia, dlatego też zalecana jest powtórna ocena objętości zalegającego moczu. Również pomiary wykonywane po epizodzie nietrzymania moczu mogą dać zafałszowany obraz pozytywny.

## V. OCENA FUNKCJI POZNAWCZYCH

Do oceny stanu funkcji poznawczych najczęściej używany jest test MMSE (ang. *Mini Mental State Evaluation*). Ocena poznawcza wspomaga planowanie opieki i zalecanie postępowania ukierunkowanego na trzymanie moczu (kontrola mikcji).

## VI. OCENA FUNKCJONALNA

Aby ocenić stan funkcjonalny należy obserwować zdolność chodzenia, wstawania i siadania na krześle, przemieszczania się, ubierania i rozbierania, sprawność manualną. W przypadku zmian należy wziąć pod uwagę interwencje, zarówno dotyczące środowiska, jak i rodzaju ubrania pacjenta oraz ewentualnych niepełnosprawności. Można wykonać ewaluację również za pomocą skali Barthel. U pacjentów w opiece domowej powinna być przeprowadzona ewaluacja umiejętności korzystania z urządzeń sanitarnych.

## VII. FORMULARZE DIAGNOSTYCZNE (SIATKI DIAGNOSTYCZNE)

Formularze diagnostyczne (siatki diagnostyczne) - tworzenie i stosowanie przez pielęgniarki czy lekarzy formularzy, zawierających różne pytania dotyczące objawów nietrzymania moczu, zapewnia natychmiastowe odpowiedzi. Jest to niezawodne narzędzie diagnostyczne, skuteczne także z terapeutycznego punktu widzenia. Posługiwanie się siatkami diagnostycznymi daje możliwość natychmiastowego ukierunkowania pielęgnacji, wstępnego leczenia zachowawczego i rehabilitacji oraz skierowanie pacjenta do oceny stopnia drugiego, specjalistycznego. Ich kompilacja może pozwolić pielęgniarce, lekarzowi (ogólny, specjalista: urolog, ginekolog, neurolog, geriatra, inny), ale także pacjentowi poznać i sklasyfikować rodzaj i stopień nietrzymania moczu, na który cierpi.

W warunkach ambulatoryjnych wystarczy zadanie trzech prostych kluczowych pytań, by rozpoznać u pacjenta dysfunkcję pęcherza moczowego, głównie nietrzymanie moczu i/ lub pęcherz nadaktywny:

1. Czy w ciągu ostatnich trzech miesięcy miał/ a Pan/ i mimowolne oddawanie moczu, podczas nawet niewielkiego wysiłku, albo kaszlu, kichania czy śmiania się?
2. Czy w ciągu dnia musi Pan/ i oddać mocz więcej niż osiem razy lub czy zdarza się Panu/ i wstać kilka razy w nocy do toalety celem oddania moczu?
3. Czy zdarza się Pani/ i mieć pilną, nagłą i niekontrolowaną chęć oddania moczu?

Włączenie tych pytań w tworzone przez pielęgniarki formularze diagnostyczne pozwala na łatwiejszą klasyfikację kliniczną mającą zastosowanie nie tylko w postępowaniu medycznym, ale także dla zarządzającego specjalisty ochrony zdrowia a przede wszystkim pojedynczego pacjenta, który zgłasza objawy dotyczące nietrzymania moczu.

### Przykład formularza diagnostycznego:

| OCENA OBJAWÓW  |              |               |              |
|--|--------------|---------------|--------------|
| Objawy/pytania   | NTM z parcia | Wysiłkowe NTM | Mieszane NTM |
| Silna, natychmiastowa chęć oddania moczu   | TAK          | NIE           | TAK          |
| Ilość mikcji - do 8 razy na dobę   | TAK          | NIE           | TAK          |
| Mimowolne oddawanie moczu podczas wysiłku, kaszlu, śmiechu, kichania, przy podnoszeniu ciężkich rzeczy | NIE          | TAK           | TAK          |
| Ilość moczu gubionego jednorazowo  | DUŻA         | MAŁA          | RÓŻNIE       |
| Utrzymanie moczu w drodze do toalety po uczuciu chęci oddania moczu                                    | NIE          | TAK           | RÓŻNIE       |
| Konieczność wstawania w nocy celem oddania moczu   | CZĘSTO       | RZADKO        | CZASAMI      |

Wstępna identyfikacja niespecjalistyczna pacjentów z nietrzymaniem moczu daje możliwość zidentyfikowania osób, które muszą natychmiast zostać poddane ocenie na poziomie drugim, czyli ocenie specjalistycznej.

Pielęgniarka zaleca pacjentce/ owi wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologa, geriatry, który podejmie decyzję o skierowaniu do specjalisty urologa, chirurga.



## VIII. OCENA STOPNIA OTYŁOŚCI

Ocena stopnia otyłości - najprostszą i najpowszechniej stosowaną metodą oceny stopnia otyłości jest wskaźnik BMI (ang. *body mass index*), zwany również wskaźnikiem Queteleta, za pomocą którego, zgodnie z kryteriami WHO zaleca się rozpoznawanie otyłości.

U podstaw zasadności obliczania tego wskaźnika leży przekonanie, że osoby tego samego wzrostu mają podobną ilość beztłuszczowej masy ciała (czyli masy tkanki mięśniowej i kości). W związku z tym, różnica w ich masie ciała wynika z różnej zawartości tkanki tłuszczowej w organizmie.

Wskaźnik BMI oblicza się w następujący sposób:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Masa ciała (kg)}}{\text{Wzrost (m}^2\text{)}}$$

Korzystając z wskaźnika BMI, wyróżnia się następujące kryteria BMI:

- Niedowaga: <18,5
- Prawidłowa masa ciała: 18,5-24,9
- Nadwaga: 25-29,9
- Otyłość: ≥ 30:
  - I stopnia: 30-34,9
  - II stopnia: 35-39,9
  - III stopnia: ≥40

### Redukcja wagi w wysiłkowym NTM

Wpływ zastosowania programu redukcji masy ciała na objawy nietrzymania moczu poddano analizie w systematycznym przeglądzie (wskaźnik Amstar 5/ 10).

Analizą objęto trzy badania kliniczne typu RCT (ang. *Randomized Controlled Trial*), przy czym jedno z tych badań było badaniem pilotażowym dla większego badania prowadzonego przez tych samych autorów.

W dwóch głównych badaniach klinicznych porównywano wpływ redukcji masy ciała lub intensywnej modyfikacji stylu życia kobiet z nadwagą i otyłością, przeprowadzonej w sposób zaplanowany, z grupami kontrolnymi, które uzyskały poradę dotyczącą zdrowego trybu życia i stosowania metod behawioralnych odnośnie nietrzymania moczu.

### Wniosek

Program redukcji masy ciała u kobiet z nadwagą, cierpiących na nietrzymanie moczu, prowadzi do zmniejszenia objawów nietrzymania moczu.

### Zalecenia

1. Kobiety z nadwagą lub otyłością cierpiące na wysiłkowe nietrzymanie moczu należy zachęcać do wzięcia udziału w programach wspomagających zmniejszanie masy ciała.
2. Zaleca się również wizytę u dietetyka celem ustalenia właściwej diety redukującej.
3. Należy edukować pacjentów z nadwagą i otyłością na temat zdrowego trybu życia.

## IX. OCENA STANU HIGIENY OSOBISTEJ I ŚRODOWISKA

Ocena stanu higieny osobistej i środowiska - podczas wizyty domowej u osoby starszej z nietrzymaniem moczu, należy ocenić stan higieny osobistej pacjenta, sprawdzając w jakim stanie utrzymana jest skóra, ze szczególnym zwróceniem uwagi na okolice intymne, pośladki, plecy i uda, narażenie na infekcje i odleżyny, a także ewentualne nietrzymanie stolca. Ponadto oceniamy warunki, w jakich osoba starsza przebywa, czystość pościeli, ubrania oraz pomieszczeń. Należy również sprawdzić czy i jakie środki absorpcyjne stosuje pacjent/ ka.

## X. UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W FARMAKOTERAPII

Pielęgniarka bierze czynny udział w farmakoterapii nietrzymania moczu.

Lekarz, w zależności od rodzaju nietrzymania moczu może zlecić podanie leków przeciwmuskarynowych, agonistów receptora

beta-3 adrenergicznych (siła zalecenia: A-C) czy alfa-blokerów u mężczyzn (siła zalecenia: C).

### **Metody behawioralne**

Każda pielęgniarka musi pamiętać, iż gubienie moczu w wielu środowiskach jest tematem unikany, trudnym społecznie i pomijanym.

Pomocne będzie stosowanie metod behawioralnych. Rozpoczynamy pracę z pacjentem zaznajamiając go, przede wszystkim, z istotą dolegliwości, przyczynami ich powstawania, a następnie przedstawiamy możliwości postępowania korygującego i naprawczego, zarówno na I jak i na II etapie diagnostycznym.

W zależności od możliwości percepcji pacjenta starszego, możemy wykorzystać różne pomoce w postaci np. schematów i rysunków, które ułatwią zrozumienie i przyswajanie informacji. Efekt edukacji uzależniony jest również od wyobraźni, wykształcenia i wieku osoby uczestniczącej w terapii.

Na skutek uciążliwych i intymnych dolegliwości pacjent/ka może wykazywać zaburzenia natury emocjonalnej, może pojawić się stres o różnym stopniu nasilenia, którego powodem będzie rodzaj dolegliwości jakie odczuwa, ich zaawansowanie. Nasiłujący się systematycznie stres może prowadzić do depresji, która u osoby starszej może nie zostać zauważona, zwłaszcza gdy mieszka sama.

Wy tłumaczenie odruchu mikcji daje możliwości zrozumienia, jak powinno odbywać się fizjologiczne oddawanie moczu, a co za tym idzie, jak należy kontrolować i ograniczyć nieprawidłowe zachowania z nim związane, a tym samym zminimalizować negatywne napięcie emocjonalne pacjenta/ki starszego.

Niekiedy zdarza się, że osoba doświadczająca NTM nie zdaje sobie sprawy ze stanu swojego zdrowia i/ lub nie jest świadoma możliwości otrzymania pomocy.

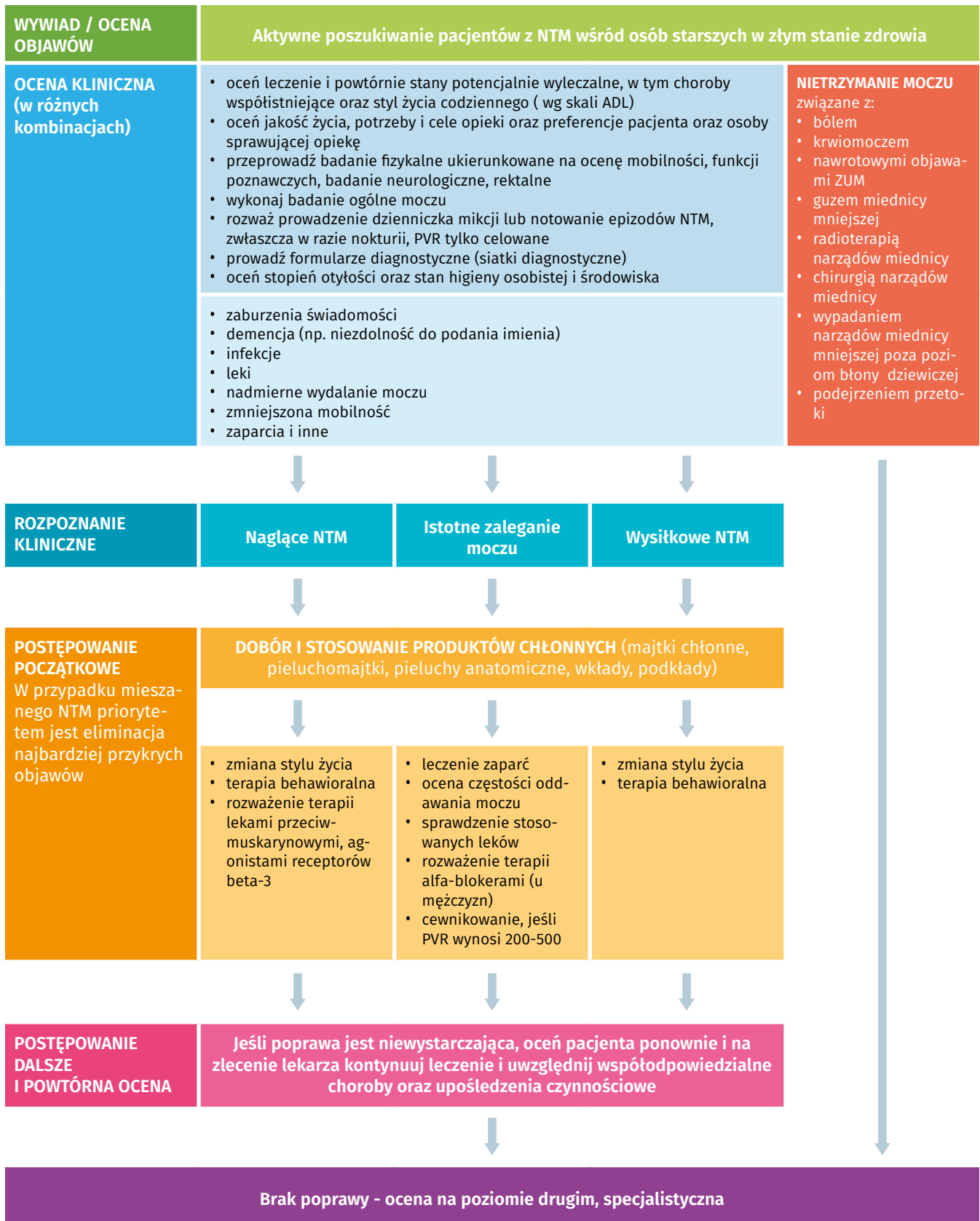
NTM jest częstym powodem rezygnacji z normalnej aktywności społecznej.

Przekonanie osoby starszej o możliwości leczenia i poprawie jakości życia jest warunkiem dobrej współpracy, niezbędnej w procesie rehabilitacji i przestrzegania zaleceń specjalisty ochrony zdrowia. Optymalne postępowanie ukierunkowane na utrzymanie moczu jest zwykle możliwe przy zastosowaniu powyższych metod.

Jeśli osoba z NTM, mimo przestrzegania zaleceń, nie osiąga pożądanego celu, kolejnymi krokami jest ponowna ocena i leczenie współwystępujących chorób i/ lub zaburzeń czynnościowych.

Ocena specjalistyczna - drugi poziom diagnostyczny, zalecana jest w przypadku, gdy ustalone zabiegi byłyby nieskuteczne po 8-12 tygodniach lub, jak wcześniej wspomniano u tych pacjentów, u których nietrzymanie moczu uważana jest za „skomplikowaną” od samego początku.

## Algorytm wstępnego postępowania diagnostycznego u osób starszych z nietrzymaniem moczu w złym stanie zdrowia





# ZAŁĄCZNIK NR 2

## NIETRZYMANIE MOCZU U KOBIET

### Postępowanie pielęgniarskie na I poziomie diagnostycznym - zalecenia

1. Ocena ogólna, w tym ocena jakości życia i chęci leczenia.
2. Ocena objawów ze strony dolnych dróg moczowych, w tym zastosowanie karty oceny częstotliwości/ objętości NTM, kwestionariusza i formularzy diagnostycznych.
3. Ocena stopnia zabezpieczenia przed wyciekami moczu (środki pielęgnacyjne oczyszczające i chroniące skórę oraz produkty chłonne - majtki chłonne, pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady i podkłady).
4. Identyfikacja pacjentek ze skomplikowanym nietrzymaniem moczu.
5. Identyfikacja pacjentek należących do 3 głównych grup rodzajów nietrzymania moczu.
6. Przeprowadzenie próby kaszlowej.
7. Ocena siły dobrowolnego skurczu mięśni dna miednicy, stanu rzeczywistego narządów miednicy oraz układu moczowo-płciowego.
8. Porady dostosowane do potrzeb pacjentki i rodzaju nietrzymania moczu.
9. Trening mięśni dna miednicy.
10. Trening pęcherza moczowego.
11. Udział pielęgniarki w farmakoterapii, badaniach i fizykoterapii.

#### I. OCENA OGÓLNA, W TYM OCENA JAKOŚCI ŻYCIA I CHĘCI LECZENIA

Ocena dokonywana na podstawie wywiadu, dokumentacji i innych materiałów źródłowych.

#### II. OCENA OBJAWÓW ZE STRONY DOLNYCH DRÓG MOCZOWYCH, W TYM ZASTOSOWANIE KARTY OCENY CZĘSTOTLIWOŚCI/ OBJĘTOŚCI NTM, KWESTIONARIUSZA I FORMULARZY DIAGNOSTYCZNYCH

Pielęgniarki powinny ocenić wszystkie objawy ze strony dolnych dróg moczowych, szczególnie dotyczące częstotliwości/ objętości i zapisywać je w karcie oceny czy w kwestionariuszu diagnostycznym, a także prowadzić formularze diagnostyczne, celem łatwiejszej klasyfikacji klinicznej, mającej zastosowanie nie tylko w postępowaniu medycznym, ale także dla zarządzającego specjalisty ochrony zdrowia, a przede wszystkim w funkcjonowaniu pojedynczej pacjentki, która zgłasza objawy dotyczące nietrzymania moczu.

**Przykład karty oceny częstości i objętości oddawanego moczu:**

| DATA | GODZINA | OBJĘTOŚĆ PŁYNÓW PRZYJĘTYCH (ml) | RODZAJ PŁYNU | OBJĘTOŚĆ ODDANEGO MOCZU (ml) | UWAGI (np. aktywność, wyciek moczu) |
|------|---------|---------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|
|      |         |                                 |              |                              |                                     |
|      |         |                                 |              |                              |                                     |
|      |         |                                 |              |                              |                                     |

**Przykład formularza diagnostycznego (siatki diagnostycznej):**

| OCENA OBJAWÓW   |              |               |              |
|---|--------------|---------------|--------------|
| Objawy/pytania  | NTM z parcia | Wysiłkowe NTM | Mieszane NTM |
| Silna, natychmiastowa chęć oddania moczu  | TAK          | NIE           | TAK          |
| Ilość mikcji: do 8 razy na dobę   | TAK          | NIE           | TAK          |
| Mimowolne oddawanie moczu podczas wysiłku, kaszlu, śmiechu, kichania, podnoszenia ciężkich rzeczy | NIE          | TAK           | TAK          |
| Ilość gubionego moczu jednorazowo   | DUŻA         | MAŁA          | RÓŻNIE       |
| Wytrzymałość w dotarciu do toalety po uczuciu chęci oddania moczu                                 | NIE          | TAK           | RÓŻNIE       |
| Konieczność wstawania w nocy celem oddania moczu  | CZĘSTO       | RZADKO        | CZASAMI      |

Formularze diagnostyczne (siatki diagnostyczne) mogą być tworzone w różnoraki sposób: przy użyciu kolorów, poprzez wpisywanie: TAK, NIE, RÓŻNIE, CZASAMI, MAŁO, DUŻO lub poprzez użycie znaków: X, x, >, <, // itd.

### III. IDENTYFIKACJA PACJENTEK NALEŻĄCYCH DO GRUPY OSÓB CHORYCH ZE SKOMPLIKOWANYM NIETRZYMANIEM MOCZU

Identyfikacja pacjentek wymagających skierowania do postępowania na poziomie drugim, czyli oceny specjalistycznej, polega na przeprowadzeniu wywiadu oraz studiowaniu dostępnej dokumentacji celem wyłonienia osób:

- po radioterapii narządów miednicy mniejszej,
- po niepowodzeniu wcześniejszej operacji związanej z nietrzymaniem moczu,
- z istotnym obniżeniem lub wypadaniem narządów miednicy mniejszej,
- po operacji narządów miednicy mniejszej,
- z zaburzeniami mikcji,
- z bólem,
- z nawracającymi infekcjami,
- z krwiomoczem,
- z podejrzeniem przetoki.

### IV. OCENA STOPNIA ZABEZPIECZENIA PRZED WYCIEKIEM MOCZU

Ocena stopnia zabezpieczenia przed wyciekami moczu polega na sprawdzeniu czy pacjent stosuje produkty chłonne (majtki chłonne, pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady i podkłady) oraz środki pielęgnacyjne służące oczyszczaniu, poprawie kondycji skóry i jej ochronie. Jeżeli tak, należy sprawdzić jakiego rodzaju i w jakiej ilości.

## V. IDENTYFIKACJA PACJENTEK NALEŻĄCYCH DO 3 GŁÓWNYCH GRUP RODZAJÓW NIETRZYMANIA MOCZU

Identyfikacja pacjentek należących do 3 głównych grup rodzajów nietrzymania moczu polega na przyporządkowaniu pacjentek w zależności od charakteru zgłaszanych objawów do jednej z trzech głównych grup kwalifikujących się do wstępnego postępowania w ramach podstawowej opieki:

- kobiety z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, występującym podczas wykonywania aktywności fizycznej,
- kobiety z objawami pęcherza nadaktywnego (OAB), skarżące się na parcia naglące z nietrzymaniem moczu lub bez,
- kobiety z mieszanym nietrzymaniem moczu: obecnym przy wysiłku i z parcia.

## VI. PRZEPROWADZENIE PRÓBY KASZLOWEJ

Przeprowadzenie próby kaszlowej powinno stanowić integralną część oceny rutynowej u wszystkich kobiet w celu wykrycia wycieku moczu, prawdopodobnie związanego z niewydolnością zwieracza.

## VII. OCENA SIŁY DOBROWOLNEGO SKURCZU MIĘŚNI DNA MIEDNICY, STANU RZECZYWISTEGO NARZĄDÓW MIEDNICY, ORAZ UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

Fizyczne badanie jamy brzusznej, miednicy i krocza pozwoli ocenić wszelkie przypadki zaniku narządów miednicy lub atrofię układu moczowo-płciowego lub ew. wypadanie narządów płciowych, a badanie pochwy lub odbytnicy ukaże dobrowolną funkcję mięśni dna miednicy (ocena skurczu mięśni), co jest ważnym krokiem przed rozpoczęciem ew. treningu mięśni dna miednicy.

## VIII. PORADY DOSTOSOWANE DO POTRZEB PACJENTKI I RODZAJU NIETRZYMANIA MOCZU

Porady dostosowane do potrzeb pacjentki i rodzaju nietrzymania moczu dotyczą:

### 1. Terapii behawioralnych w zakresie stylu życia

Terapia behawioralna ma na celu eliminowanie nieprawidłowych zachowań, zaburzających mikcję. Uświadomienie pacjentce przyczyn dolegliwości jest priorytetem we wstępnym postępowaniu, tak aby uzyskać jak największe zaangażowanie ze strony pacjentki w dalszy proces leczenia. Pacjentka powinna zredukować:

- masę ciała w przypadku otyłości (siła zalecenia: A)
- przyjmowanie kofeiny dla OAB (siła zalecenia: B)

oraz zastosować kontrolę mikcji.

### 2. Używania stożków dopochwowych dla kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu (siła zalecenia: B)

Stożki są stosowane w charakterze leczenia zachowawczego pierwszego rzutu, ale należy poinformować pacjentkę, iż mogą wywoływać dyskomfort i różne zdarzenia niepożądane.

## IX. TRENING MIĘŚNI DNA MIEDNICY - PFMT (SIŁA ZALECENIA: A)

Mięśnie dna miednicy łączą kości łonowe i podstawę kręgosłupa od przodu do tyłu, działając jak podpora pęcherza moczowego, macicy i jelita grubego. Trening mięśni dna miednicy przeznaczony jest dla kobiet z wysiłkowym NTM, nietrzymaniem moczu z parcia, lub mieszanym NTM. Program powinien być intensywny, nadzorowany przez lekarza specjalistę i realizowany w odpowiednich warunkach przez przeszkolonych fizjoterapeutów.

## X. TRENING PĘCHERZA MOCZOWEGO

Dla OAB, zalecenie oddawania moczu regularnie, w ustalonych odstępach czasu, które stopniowo wydłuża się (siła zalecenia: A). W przypadku wystąpienia skurczu pęcherza moczowego, należy starać się przeczekać parcie. U kobiet z umiarkowanym NTM, oddającym mocz rzadko, zaleca się odstępy dwugodzinne.

Oddawanie moczu w ustalonych odstępach czasu jest leczeniem pierwszego rzutu u kobiet w NNM, nie powoduje działań niepożądanych.

## XI. UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W FARMAKOTERAPII, BADANIACH I FIZYKOTERAPII

Pielęgniarka bierze czynny udział w farmakoterapii nietrzymania moczu. Lekarz, w zależności od rodzaju nietrzymania moczu, może zlecić podanie leków przeciwmuskarynowych<sup>2</sup>, agonistów receptorów beta-3 adrenergicznych<sup>3</sup> (siła zalecenia: A) albo duloksetyny<sup>4</sup> (siła zalecenia: B).

W przypadku niedoboru estrogenów, pacjentka powinna być leczona w trakcie oceny wstępnej, a następnie poddana powtórnej ocenie po kuracji estrogenami dopochwowymi. O czasie kuracji decyduje lekarz.

Należy również przygotować pacjentkę do badań diagnostycznych, takich jak: badanie ogólne i posiew moczu. Do pielęgniarki należy poinformowanie pacjentki o tym, że należy pobrać próbkę moczu na posiew do jałowego pojemnika, z pierwszego moczu po nocy, ze strumienia środkowego, po wcześniejszym umyciu się. Taki sposób pobrania próbki jest warunkiem otrzymania rzetelnych wyników badania. W przypadku infekcji dróg moczowych należy zastosować leczenie, a następnie przeprowadzić ponowną ocenę.

Do celowanych zabiegów fizykoterapii należy elektrostymulacja, zalecana pacjentkom z wysiłkowym, nagłym i mieszanym typem nietrzymania moczu. Pielęgniarka przeprowadzając wywiad, powinna upewnić się, czy pacjentka zaakceptuje tę metodę, czy nie ma przeciwwskazań np. rozrusznik serca i/ lub trudności w jej stosowaniu w warunkach domowych. Elektrostymulacja trwa zazwyczaj od 9 tygodni do 6 miesięcy.

**Postępowanie wstępne** na I stopniu diagnostycznym u kobiet powinno trwać przez ok. 12 tygodni przed ponowną oceną. W przypadku braku poprawy w sposób zadawalający lekarz podstawowej opieki zdrowotnej kieruje pacjentkę na drugi poziom postępowania - do oceny specjalistycznej. U kobiet z objawami mieszanego nietrzymania moczu, w pierwszej kolejności leczy się objawy najbardziej uciążliwe dla pacjentki (siła zalecenia: C).

<sup>2</sup>Leki antymuskarynowe (leki antycholinergiczne) uznawane są przez specjalistów za złoty standard w farmakoterapii pęcherza nadaktywnego.

W Polsce refundowane są obecnie dwie substancje: solifenacyna i tolterodyna w postaci siedmiu leków (jeden na bazie substancji czynnej solifenacyny oraz sześć na bazie substancji czynnej tolterodyny). Por.: Raport Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2017, www.ntm.pl, czerwiec 2017.

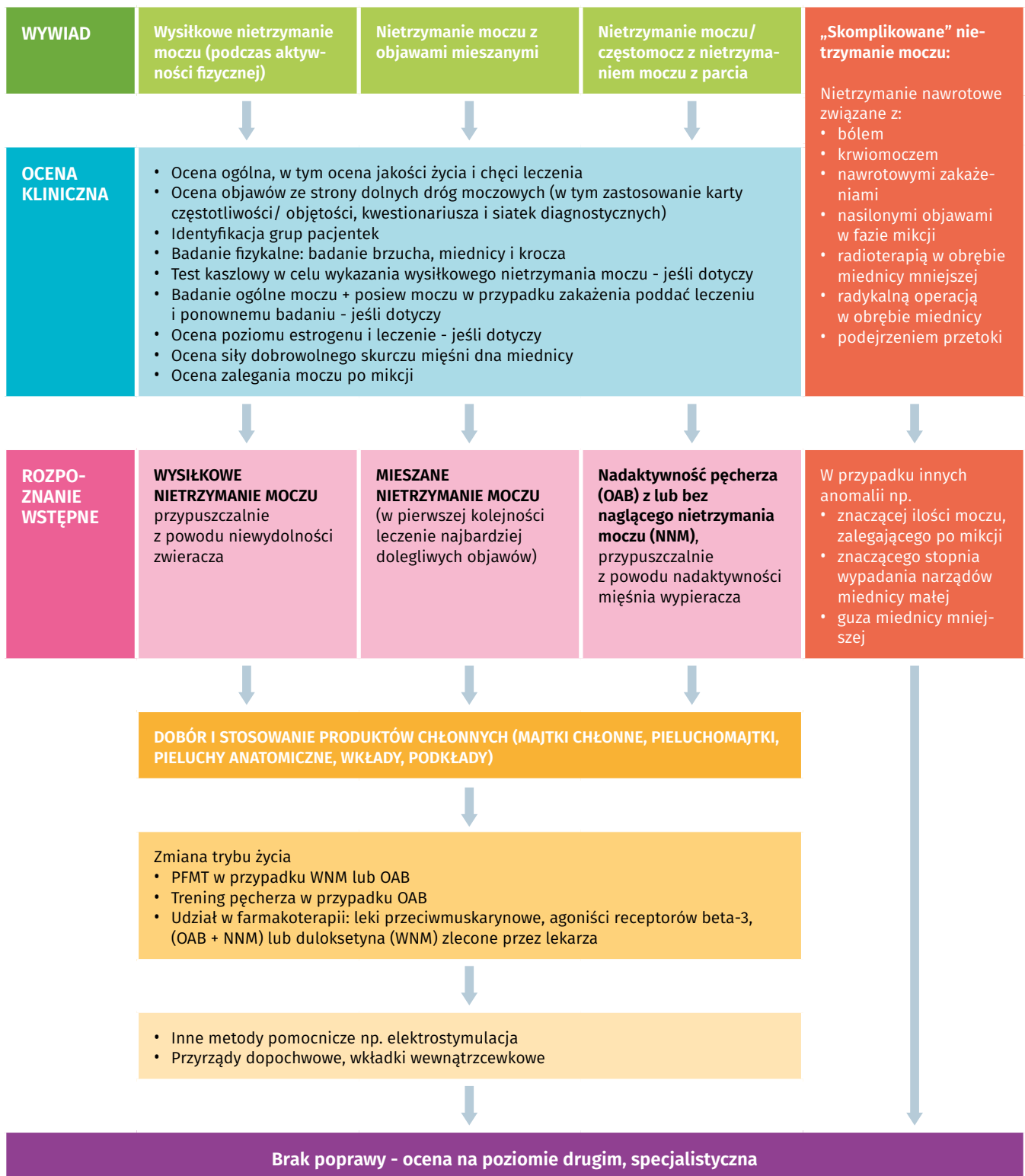
<sup>3</sup>Agonistą receptorów beta-3-adrenergicznych jest lek zawierający substancję czynną mirabegron. Lek dostępny na polskim rynku od kilku lat, nie jest

nadal refundowany w ramach NFZ. Badania kliniczne wykazały, że lek ten ma stosunkowo wysoki profil bezpieczeństwa i umiarkowane objawy niepożądane. Por.: Raport Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2017, www.ntm.pl, czerwiec 2017.

<sup>4</sup>Duloksetyna to Inhibitor zwrotnego wychwytu serotoniny (5-HT) i noradrenaliny. Slabo hamuje zwrotny wychwyt dopaminy, nie wykazuje istotnego powinowactwa do receptorów histaminowych, dopaminowych, cholinergicznych i adrenergicznych. Zwiększenie stężenia 5-HT i noradrenaliny w odcinku krzyżowym rdzenia kręgowego zwiększa napięcie cewki moczowej w fazie gromadzenia moczu, co prowadzi u kobiet do silniejszego zamknięcia cewki podczas wysiłku. (Baza leków: medycyna praktyczna 2017).



## Algorytm wstępnego postępowania w nietrzymaniu moczu u kobiet



## ALGORYTM WSTĘPNEGO POSTĘPOWANIA W NIETRZYMANIU MOCZU U KOBIET W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM PROFILAKTYKA PROWADZONA PRZEZ POŁOŻNĄ W OKRESIE CIĄŻY



### EDUKACJA KOBIET CIĘŻARNYCH

1. Prawidłowe odżywianie kobiet w ciąży, ograniczenie spożywania napojów zawierających kofeinę, napojów gazowanych czy sztucznych środków słodzących, wykluczenie alkoholu.
2. Spożywanie dużej ilości płynów.
3. Zapobieganie zbyt dużym przyrostom masy ciała.
4. Zapobieganie dużej masie urodzeniowej noworodków poprzez ograniczenie zbędnej suplementacji witaminowej w okresie ciąży.
5. Zapobieganie infekcjom dróg moczowych oraz odpowiednio częste wykonywanie analizy moczu oraz posiewu moczu według zaleceń umieszczonych w planie opieki prenatalnej, prawidłowy instruktaż i omówienie prawidłowego pobrania materiału do badań.
6. Zapobieganie infekcjom dróg rodnych.
7. Zapobieganie zaparciom.
8. Aktywny tryb życia, spacer.
9. Instruowanie oraz zachęcanie kobiet do ćwiczeń mięśni dna miednicy w ciąży.
10. Zalecanie ćwiczeń odpowiednich w danym trymestrze ciąży, ćwiczeń oddechowych i rozciągających, ćwiczeń markowanego parcia po skończonym 36 tygodniu ciąży, ćwiczeń parcia na wydechu.
11. Przygotowanie do porodu skóry krocza poprzez jego masaż, z dokładną instrukcją oraz zachowaniem zasad higienicznego mycia rąk.
12. W przypadku występowania nietrzymania moczu, zaleca się stosowanie specjalistycznych produktów chłonnych, dobieranych według indywidualnych potrzeb (wkłady urologiczne, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki).



**REKOMENDACJE  
DOTYCZĄCE PRAKTYK  
PIELĘGNIARSKICH**



**REKOMENDACJE  
EDUKACYJNE**

## ALGORYTM WSTĘPNEGO POSTĘPOWANIA W NIETRZYMANIU MOCZU U KOBIET W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM PROFILAKTYKA PROWADZONA PRZEZ POŁOŻNĄ PODCZAS PORODU



### EDUKACJA KOBIET W TRAKCIE PORODU

1. Poinstruowanie pacjentki o konieczność parcia na wydechu.
2. Zachęcanie pacjentki do parcia spontanicznego.
3. Unikanie przedwczesnego parcia w II okresie porodu, zanim część przodująca znajdzie się na dnie miednicy.
4. Stosowanie śródporodowego masażu krocza, który zmniejsza ryzyko urazów wymagających założenia szwów oraz nacięcia krocza.
5. Zapewnienie odpowiedniego nawilżenia pochwy w trakcie schodzenia główki dziecka w kanale rodny. Nie zaleca się rutynowego stosowania żelu położniczego.
6. Unikanie porodów zabiegowych.
7. Prowadzenie porodów drogami natury z ochroną tkanek krocza.
8. Unikanie rutynowego nacinania krocza oraz urazów krocza.
9. Unikanie nieuzasadnionego klinicznie przyspieszenia zakończenia porodu, poprzez zastosowanie dużych dawek oksytocyny w trakcie porodu.
10. Unikanie przedłużającego się porodu siłami natury.

## ALGORYTM WSTĘPNEGO POSTĘPOWANIA W NIETRZYMANIU MOCZU U KOBIET W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM PROFILAKTYKA PROWADZONA PRZEZ POŁOŻNĄ W CZASIE POŁOGU

1. Unikanie ciężkiej pracy fizycznej we wczesnym okresie połogu.
2. Prawidłowe odżywianie.
3. Spożywanie odpowiednich ilości płynów.
4. Poinstruowanie i zachęcenie do wykonywania przez pacjentkę ćwiczeń mięśni dna miednicy oraz ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha.
5. Unikanie pasów brzusznych oraz majtek ściągających powodujących osłabienie mięśni dna miednicy.
6. Po porodzie ukończonym nacięciem lub pęknięciem krocza należy:
  - zadbać o regularność wypróżnień,
  - unikać napinania tkanek krocza do momentu zagojenia rany,
  - dbać o prawidłowe gojenie się rany krocza,
  - odpowiednio dbać o higienę ciała,
  - wietrzyć ranę krocza,
  - stosować odpowiednie materiały higieniczne i produkty chłonne.
7. Wykonywanie ćwiczeń z użyciem przyrządów do elektrostymulacji.
8. Kontrolowanie rozejścia mięśnia prostego brzucha.
9. Zachęcanie kobiety do wykonywania ćwiczeń mięśni dna miednicy kilka razy dziennie już od drugiej doby po porodzie, zaczynając od bardzo łagodnych.
10. Odpowiednie uruchamianie pacjentki po porodzie.
11. Zapewnienie utrzymania odpowiedniego nawilżenia dróg rodnych po porodzie, w okresie zmniejszonego nawilżenia pochwy oraz w trakcie stosunku płciowego.
12. Stosowanie odpowiednich produktów higienicznych z zachowaniem higieny mycia rąk;
13. Stosowanie preparatów odkażających, środków myjących o odpowiednim pH.
14. Zapobieganiu zakażeniom układu moczowego.
15. Unikanie gwałtownego spadku masy ciała po porodzie (utrata masy ciała po porodzie, powinna odbywać się w spokojnym tempie średnio 200 g /tydzień do maksymalnie 1kg w miesiącu, wyjątkiem jest sytuacja nagłego spadku tuż po porodzie w pierwszych 3-4 dobach).
16. Unikanie zbyt intensywnych ćwiczeń.
17. Unikanie zmęczenia, dbanie o odpowiednią ilość snu.
18. Angażowanie członków rodziny w wypełnianiu obowiązków domowych.
19. Zapobieganie obniżaniu narządu rodneho, nawracającym stanom zapalnym pochwy.
20. Zapobieganie wypadaniu narządu rodneho, prowadzącego do otarć pochwy, długotrwałego leczenia oraz zabiegów ginekologicznych w obrębie narządu rodneho.
21. W przypadku pojawienia się nietrzymania moczu polecenie położnicy natychmiastowego zastosowania specjalistycznych produktów chłonnych dobieranych według indywidualnych potrzeb (wkłady urologiczne, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki).

**ALGORYTM  
WSTĘPNEGO  
POSTĘPOWANIA  
W NIETRZYMANIU  
MOCZU U KOBIET -  
ZAŁĄCZNIK NR 2**

**BRAK POPRAWY -  
OCENA NA POZIOMIE  
DRUGIM,  
SPECJALISTYCZNA**

## ALGORYTM WSTĘPNEGO POSTĘPOWANIA W NIETRZYMANIU MOCZU U KOBIET PROFILAKTYKA PROWADZONA PRZEZ POŁOŻNĄ W OKRESIE KLIMAKTERIUM

### EDUKACJA KOBIET W OKRESIE KLIMAKTERIUM

1. Uregulowanie posiłków i podaży płynów.
2. Zaniechanie palenia papierosów.
3. Regulacja czasu wypróżnień.
4. Walka z otyłością.
5. Unikanie dźwignia ciężarów.
6. Prawidłowa pielęgnacja okolic intymnych.
7. Aktywność fizyczna, w tym ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha.
8. Unikanie maitek ściągających, powodujących osłabienie mięśni dna miednicy;
9. Odpowiednie stosowanie produktów higienicznych o łagodnym pH, które nie narusza ochronnej powłoki białkowo-lipidowej.
10. Zapobieganie zakażeniom układu moczowego i stanom zapalnym pochwy.
11. Zapewnienie utrzymania odpowiedniego nawilżenia narządów płciowych w trakcie stosunku płciowego, stosowanie lubrykantów w okresie zmniejszonego nawilżenia pochwy.
12. Zapobieganie wypadaniu narządu rodnego, prowadzącego do otarć pochwy, długotrwałego leczenia oraz zabiegów ginekologicznych w obrębie narządu rodnego.
13. Edukacja na temat stosowania terapii hormonalnej.
14. Unikanie powstrzymywania mikcji.
15. Odpowiednie wykonywanie ćwiczeń mięśni dna miednicy.
16. Ćwiczenia z użyciem przyrządów do elektrostymulacji.
17. Odpowiednie uruchamianie pacjentki po zabiegach ginekologicznych.
18. W przypadku występowania nietrzymania moczu zalecenie pacjentce stosowania specjalistycznych produktów chłonnych dobieranych według indywidualnych potrzeb (wkłady urologiczne, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki)

ALGORYTM  
WSTĘPNEGO  
POSTĘPOWANIA  
W NIETRZYMANIU  
MOCZU U KOBIET  
- ZAŁĄCZNIK NR 2

ALGORYTM WSTĘP-  
NEGO POSTĘPOWA-  
NIA W NIETRZYMANIU  
MOCZU U STARSZYCH  
W ZŁYM STANIE  
ZDROWIA  
- ZAŁĄCZNIK NR 1

BRAK POPRAWY -  
OCENA NA POZIOMIE  
DRUGIM,  
SPECJALISTYCZNA

# ZAŁĄCZNIK NR 3

## NIETRZYMANIE MOCZU U MĘŻCZYZN

### Postępowanie pielęgniarskie na I poziomie diagnostycznym - zalecenia

1. Ocena ogólna, w tym ocena jakości życia i chęci leczenia.
2. Ocena objawów ze strony dolnych dróg moczowych, w tym zastosowanie karty częstotliwości/ objętości NTM, kwestionariusza i formularzy diagnostycznych.
3. Ocena stopnia zabezpieczenia przed wyciekami moczu (środki pielęgnacyjne i produkty chłonne).
4. Identyfikacja pacjentów ze „skomplikowanym” nietrzymaniem moczu.
5. Identyfikacja pacjentów należących do 4 głównych grup rodzajów nietrzymania moczu.
6. Porady dostosowane do potrzeb pacjenta i rodzaju nietrzymania moczu.
7. Badanie fizykalne: brzucha, odcinka krzyżowego, badanie neurologiczne i proktologiczne oraz ocena funkcji mięśni dna miednicy.
8. Trening mięśni dna miednicy.
9. Ocena PVR.
10. Udział pielęgniarki w farmakoterapii i badaniach diagnostycznych.

#### I. OCENA OGÓLNA, W TYM OCENA JAKOŚCI ŻYCIA I CHĘCI LECZENIA

Ocena na podstawie wywiadu, dokumentacji i innych materiałów źródłowych.

#### II. OCENA OBJAWÓW ZE STRONY DOLNYCH DRÓG MOCZOWYCH, W TYM ZASTOSOWANIE KARTY OCENY CZĘSTOTLIWOŚCI/OBJĘTOŚCI NTM, KWESTIONARIUSZA I FORMULARZY DIAGNOSTYCZNYCH

Należy ocenić objawy ze strony dolnych dróg moczowych, zapisać je na karcie oceny częstotliwości/objętości, kwestionariuszu diagnostycznym i prowadzić formularze diagnostyczne, których celem jest szybsza klasyfikacja kliniczna determinująca zarówno postępowanie medyczne i funkcjonowanie pacjenta, zgłaszającego objawy związane z nietrzymaniem moczu.

**Przykład karty oceny częstości i objętości oddawanego moczu:**

| DATA | GODZINA | OBJĘTOŚĆ PŁYNÓW PRZYJĘTYCH (ml) | RODZAJ PŁYNU | OBJĘTOŚĆ ODDANEGO MOCZU (ml) | UWAGI (np. aktywność, wyciek moczu) |
|------|---------|---------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|
|      |         |                                 |              |                              |                                     |
|      |         |                                 |              |                              |                                     |
|      |         |                                 |              |                              |                                     |

#### III. OCENA STOPNIA ZABEZPIECZENIA PRZED WYCIĘKIEM MOCZU

Ocena stopnia zabezpieczenia przed wyciekami moczu polega na sprawdzeniu czy pacjent stosuje produkty chłonne dedykowane dla mężczyzn (np. wkłady anatomiczne, majtki chłonne, profilowane wkłady i wkładki urologiczne) oraz środki pielęgnacyjne zapewniające oczyszczanie i ochronę skóry, a jeśli tak to jakiego rodzaju są to produkty.

#### IV. IDENTYFIKACJA PACJENTÓW NALEŻĄCYCH DO GRUPY CHORYCH ZE „SKOMPLIKOWANYM” NIETRZYMANIEM MOCZU

Identyfikacja pacjentów wymagających skierowania do postępowania na II poziomie diagnostycznym, czyli oceny specjalistycznej, polega na przeprowadzeniu wywiadu i zapoznaniu się z dokumentacją pacjenta celem wyłonienia osób:

- po radioterapii w obrębie miednicy,
- po operacji narządów miednicy mniejszej,

- z zaburzeniami mikcji (np. wtórnymi do przeszkody podpęcherzowej) - słabe opróżnianie pęcherza można podejrzewać na podstawie objawów, badania fizykalnego lub wyników badań obrazowych po mikcji - ultrasonograficznego bądź radiologicznego,
- z bólem,
- z nawracającymi infekcjami,
- z krwimoczem,
- z wywiadem w kierunku nieskutecznego chirurgicznego leczenia nietrzymania moczu,
- z całkowitym nietrzymaniem moczu.

## V. IDENTYFIKACJA PACJENTÓW NALEŻĄCYCH DO 4 GŁÓWNYCH GRUP RODZAJÓW NIETRZYMANIA MOCZU

Identyfikacja pacjentów polega na przyporządkowaniu pacjentów w zależności od charakteru zgłaszanych objawów do jednej z czterech głównych grup kwalifikujących się do wstępnego postępowania w ramach podstawowej opieki:

- mężczyźni, u których występuje kropelkowe wykapywanie moczu po mikcji,
- mężczyźni z wysiłkowym NTM, najczęściej po prostatektomii,
- mężczyźni z mieszanym NTM, najczęściej po prostatektomii,
- mężczyźni skarżący się na parcia naglące (z nagłym nietrzymaniem moczu lub bez) z częstomoczem i nokturią, objawami pęcherza nadaktywnego (OAB).

## VI. PORADY DOSTOSOWANE DO POTRZEB PACJENTA I RODZAJU NIETRZYMANIA MOCZU

Porady dotyczące:

- napinania mięśni krocza po mikcji, lub ręcznego uciskania cewki opuszkowej bezpośrednio po mikcji - dla mężczyzn zgłaszających wykapywanie moczu po mikcji, którzy najczęściej nie wymagają dalszej diagnostyki (siła zalecenia: B),
- zmiany stylu życia - zmiana nawyków, ćwiczenia, zmniejszenie masy ciała (siła zalecenia: B), jeśli wymaga, wybieranie „zdrowego trybu życia” celem opóźnienia wystąpienia problemów z trzymaniem moczu lub zredukowania problemu istniejącego,
- zaplanowania i przestrzegania regularnych mikcji w przypadku OAB (siła zalecenia: C),
- udziału pacjenta w terapii behawioralnej,
- ewentualnej rehabilitacji urologicznej.

## VII. BADANIE FIZYKALNE: JAMY BRZUSZNEJ, ODCINKA KRZYŻOWEGO, BADANIE NEUROLOGICZNE I REKTALNE ORAZ OCENA FUNKCJI MIĘŚNI DNA MIEDNICY

### VIII. TRENING MIĘŚNI DNA MIEDNICY (PFMT) Z UŻYCIEM BIOFEEDBACKU

Pacjent z wysiłkowym NTM, po prostatektomii, pod nadzorem, powinien intensywnie wykonywać ćwiczenia mięśni dna miednicy. Decyzja dotycząca PFMT z użyciem biofeedbacku należy do chorego, ponieważ zależy od warunków ekonomicznych i oczekiwań pacjenta.

### IX. OCENA ZALEGANIA MOCZU PO MIKCCJI (PVR)

Zaleganie moczu po mikcji musi być ocenione 5 minut po mikcji. Wartości  $\leq 50$  ml są uważane za normalne. Wartości  $\geq 200$  ml są uważane za patologiczne. Wartości pośrednie wymagają oceny klinicznej interpretacji ich znaczenia. Pomiaru mogą być wykonywane przez cewnikowanie albo za pomocą echografii.

Wyniki mogą być zafałszowane pod wpływem stopnia bodźców odczuwanych przez pacjenta, jeśli środowisko nie jest przyjazne, a pozycja nie jest wygodna, albo gdy cewnik jest usuwany zbyt szybko. Często konieczne jest przeprowadzenie więcej niż jednej oceny PVR, aby zminimalizować ryzyko błędów.

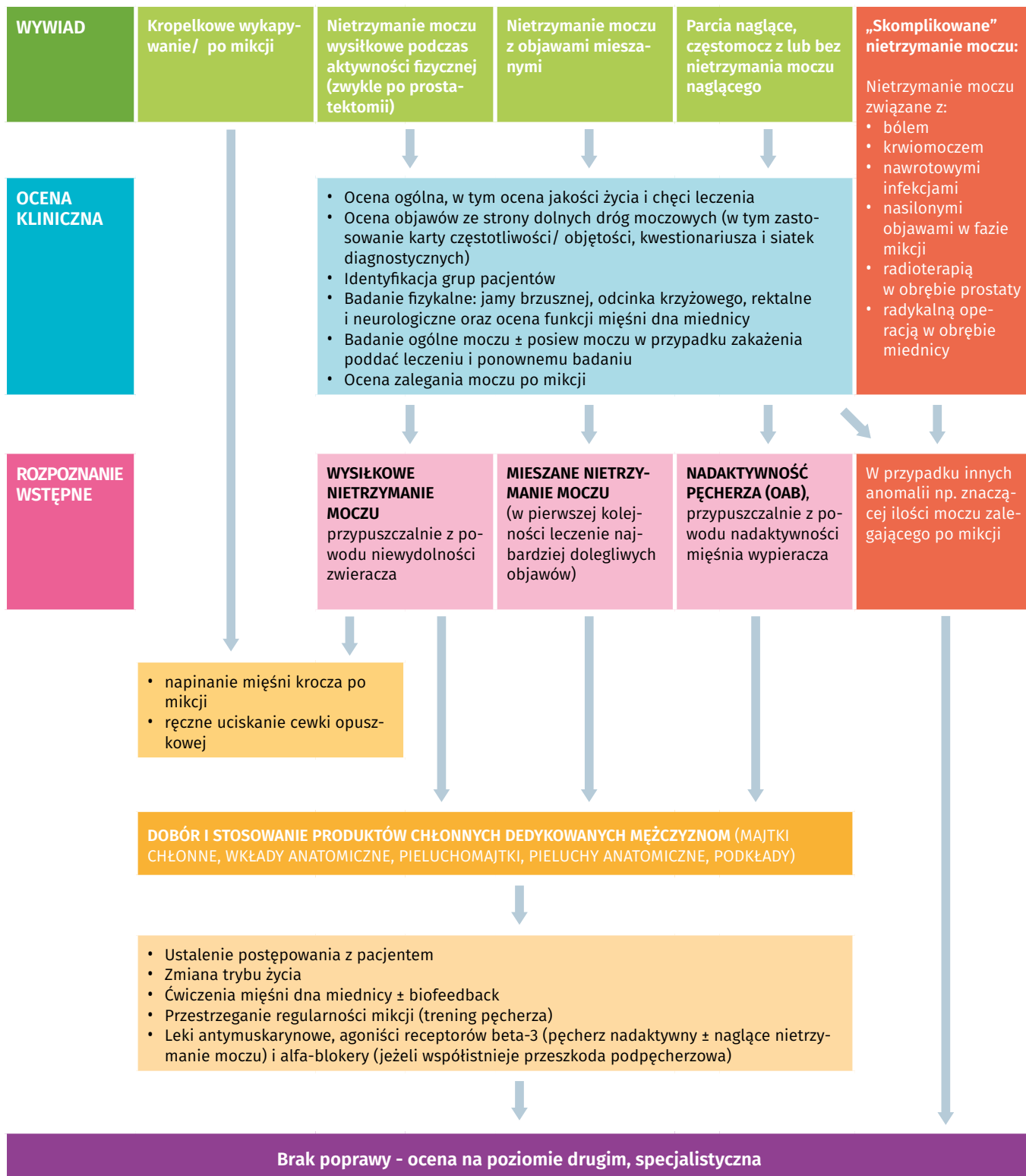
Cewnikowanie jest przeciwwskazane u mężczyzn z podejrzeniem poważnej przeszkody w przepływie. Należy pamiętać, że PVR może zmieniać się w ciągu dnia, dlatego też zalecana jest powtórna ocena objętości zalegającego moczu. Również pomiary wykonywane po epizodzie nietrzymania moczu mogą dać zafałszowany obraz pozytywny.

### X. UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W FARMAKOTERAPII I BADANIACH DIAGNOSTYCZNYCH

Pielęgniarka bierze czynny udział w farmakoterapii i badaniach diagnostycznych. Lekarz, w zależności od rodzaju nietrzymania moczu, może zlecić podanie leków przeciwmuskarynowych, agonistów receptora beta-3 w OAB z nagłym lub bez naglącego nietrzymania moczu (siła zalecenia: B), jeżeli pacjent nie ma wysokiego PVR, zleczone mogą być leki o działaniu alfa-adrenolitycznym, ze względu na możliwość występowania przeszkody podpęcherzowej.

Należy również przygotować pacjenta do badań diagnostycznych, takich jak: badanie ogólne i posiew moczu. Do pielęgniarki należy poinformowanie pacjenta o tym, że należy pobrać próbkę moczu na posiew do jałowego pojemnika, z pierwszego moczu po nocy, ze strumienia środkowego, po wcześniejszym umyciu ujścia cewki moczowej i genitaliów.. Taki sposób pobrania próbki jest warunkiem otrzymania rzetelnych wyników badania. W przypadku infekcji dróg moczowych należy zastosować leczenie, a następnie przeprowadzić ponowną ocenę.

## Algorytm wstępnego postępowania w nietrzymaniu moczu u mężczyzn







# ZAŁĄCZNIK NR 4

## NIETRZYMANIE MOCZU U DZIECI

### Postępowanie pielęgniarskie na I poziomie diagnostycznym - zalecenia

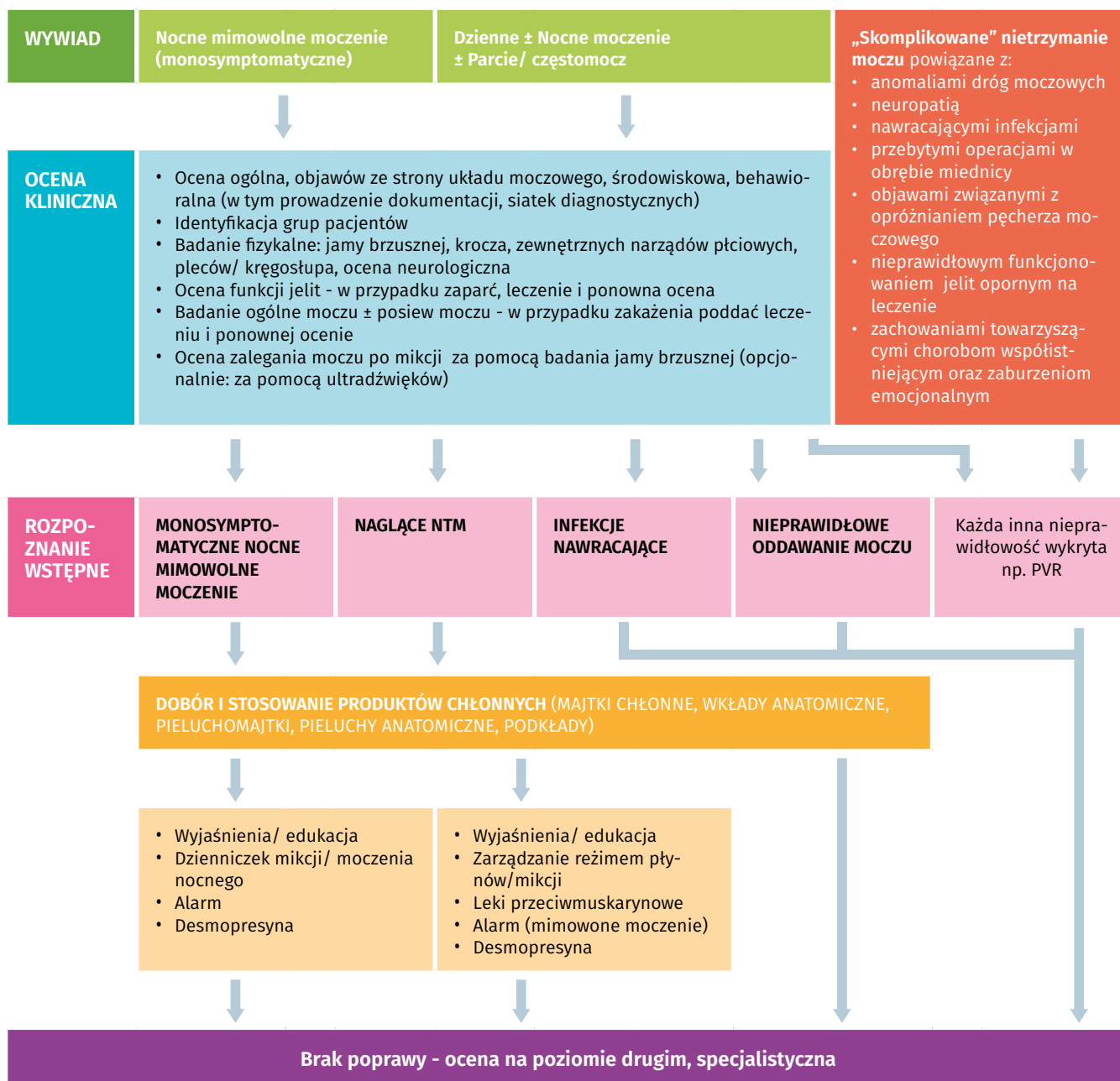
Zarządzanie reżimem trzymania moczu u dzieci wymaga specjalnego postępowania, w którym musi uczestniczyć nie tylko personel medyczny, ale również rodzice i/ lub opiekunowie prawni dziecka, którzy muszą wydać zgodę na leczenie poczynając od oceny wstępnej. Wydanie zgody może być problematyczne z wielu powodów (np. lęk, obawa, brak świadomości zdrowotnej, przekonania religijne, kwestie finansowe itd.), a współpraca trudna. Pielęgniarka musi pamiętać, aby na bieżąco zapisywać wszystkie informacje w dokumentacji dziecka, dołączając skrupulatne opisy wykonanych czynności wraz z godziną ich wykonania.

#### Postępowanie wstępne dotyczy:

1. **Oceny ogólnej, objawów ze strony układu moczowego, środowiskowej i behawioralnej**, w tym prowadzenie dokumentacji i stosowanie formularzy diagnostycznych (siatek diagnostycznych).
2. **Identyfikacji pacjentów ze „skomplikowanym” nietrzymaniem moczu:**  
Infekcje dróg moczowych nawracające, przebiegające z gorączką, objawy niepełnego opróżniania pęcherza, niekompletnego oddawania moczu, anomalie dróg moczowych, przebyte operacje w obrębie miednicy, neuropatie lub pochodzenie neuropatyczne objawów, zaburzenia jelitowe nie reagujące na leczenie, choroby współistniejące (np. ADHD), zaburzenia emocjonalne.
3. **Oceny stopnia zabezpieczenia przed wyciekami moczu** polegającej na sprawdzeniu czy pacjent stosuje produkty chłonne (majtki chłonne, pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady i podkłady) oraz środki pielęgnacyjne, służące oczyszczeniu i ochronie skóry oraz poprawie jej kondycji.
4. **Identyfikacji pacjentów należących do 2 głównych grup nietrzymania moczu:**
  - a. nocne mimowolne moczenie bez dodatkowych objawów (*monosymptomatic nocturnale nuresis*),
  - b. objawy w ciągu dnia obejmujące: częstomocz, parcie na mocz, nawykowe powstrzymywanie moczu, powstrzymywanie się od mikcji, przerywany strumień moczu, nagłe nietrzymanie moczu, z moczeniem nocnym lub bez.
5. **Przeprowadzenia badania fizykalnego** celem wykluczenia przyczyn anatomicznych i neurogennych, zalegania mas kałowych.
6. **Pobrania próbki moczu do badania ogólnego i mikrobiologicznego** celem wykluczenia infekcji. Jeżeli jest to możliwe dziecko powinno być pod obserwacją w trakcie oddawania moczu i/lub pobierania próbki, jeżeli jest w wieku, w którym samodzielnie może próbkę pobrać.
7. **Rodzicielskich i dziecięcych porad i motywacji.**
8. **Sprawdzania dzienniczka mikcji ze zwróceniem uwagi na poliurię nocną, stosowania formularzy diagnostycznych (siatek) przez pielęgniarki.**
9. **Edukacji odpowiedniej do wieku, demistyfikacji i wyjaśnianiu.**
10. **Wyboru** pomiędzy analogami hormonu antydiuretycznego desmopresyny (siła zalecenia: A) i alarmem wybudzeniowym (siła zalecenia: A). Może to być wspólny wybór rodziców i dzieci, jeśli wyjaśnione zostaną im wady i zalety.
11. **Treningu toaletowego i holistycznego postępowania ukierunkowanego na trzymanie moczu w ciągu dnia, w tym:** poradnictwa dotyczącego nietrzymania moczu, oddawania moczu o ustalonych porach, modyfikacji zachowań oraz kontroli mikcji i defekacji, jeśli konieczne (zaburzenia wypróżnień, bóle i inne objawy jelitowe).
12. **Udziału pielęgniarki w farmakoterapii**

W przypadku objawów OAB lekarz może zlecić podanie dziecku leków przeciwskurczynowych (siła zalecenia: A).

## Algorytm wstępnego postępowania w nietrzymaniu moczu u dzieci



## Dzienniczek mikcji - zalecenia:

Prowadzenie dzienniczka mikcji nie wymaga przygotowania specjalistycznego pacjenta/ki, a tylko edukacji i wytłumaczenia celowości i sposobu zapisywania informacji. Ważne jest, aby informacje zapisywane były w sposób zrozumiały dla personelu medycznego, były rzetelne, obiektywne i usystematyzowane. Najprostszym sposobem gromadzenia danych jest tabela, w której można zawrzeć dowolną liczbę kolumn.

Dzienniczek należy prowadzić samodzielnie, przez 2-3 doby, a w przypadku dzieci, informacje powinni wpisywać rodzice albo opiekunowie. W dzienniczku zapisywane są: częstość oddawania moczu, każdorazowa objętość mikcji w warunkach normalnych oraz uwagi dotyczące objawów towarzyszących, takie jak:

- ból podczas mikcji,
- strumień moczu przerywany,
- parcie na mocz,
- gubienie moczu między mikcjami,
- liczba zużywanych produktów chłonnych,
- zaleganie moczu po mikcji,
- inne.

Zapisywać należy również rodzaj płynów i/ lub pokarmów, które wzmagają dolegliwości i/ lub są uważane za moczopędne. Mogą to być niektóre warzywa, soki, owoce.

Edukując pacjenta polecamy mu zapisywanie epizodów oddawania moczu bez odczuwania parcia po oddaniu pierwszej porcji moczu, gdy mocz nadal wycieka słabym strumieniem albo wykapuje kropelkami, bez odczuwania tej sytuacji.

Wskazujemy również na dokładny pomiar pojemności mikcji (czyli jednorazowej porcji oddawanego moczu) - może to być na przykład tylko kilka kropelek. Pokazujemy plansze i rysunki, które ułatwią pacjentom zapoznanie się z anatomią i fizjologią układu moczowego oraz zrozumienie, że pęcherz moczowy jest workiem mięśniowym, w którym gromadzi się mocz między mikcjami. Oczekiwana pojemność pęcherza zależy od wieku dziecka i oblicza się ją następująco: (wiek w latach x 30) + 30 ml lub (wiek w latach + 2) x 30 ml. Czyli dla dziecka rocznego waha się w przedziale od 60 do 90 ml. Są to wartości średnie.

Osoba edukowana musi uświadomić sobie, że uczucie parcia na mocz nie zawsze oznacza wypełniony pęcherz moczowy, dlatego tak ważna jest kontrola mikcji i prowadzenie dzienniczka mikcji, dzięki któremu można sprawdzić czas jaki upłynął od ostatniej mikcji oraz ilość oddanego moczu.

Staramy się wydłużyć czas pomiędzy mikcjami przyjmując np. czas 15 minut nie częściej niż co 4-5 dni, ustalając średnią odległość na podstawie zapisanych dziennych mikcji.

Jeżeli praca nerek zachowana jest w granicach fizjologicznych, staramy się przesunąć na godziny wcześniejsze ilość wypijanych płynów w ciągu dnia, przed odpoczynkiem nocnym, zapewniając w ten sposób lepszy sen i zmniejszając możliwość wystąpienia mikcji w nocy. Jeżeli pacjent skarży się na nietrzymanie moczu z parcia możemy mu zaproponować zastosowanie kilku ćwiczeń wspomagających tłumienie parcia:

1. Siad na twardej powierzchni, np. krzesło, na którym kładziemy złożony albo zrolowany pled, ręcznik, dzięki któremu zapewniamy ucisk mechaniczny na przeponę moczowo-płciową i na zwieracz zewnętrzny cewki moczowej, a co za tym idzie tworzy się przeszkoda ograniczająca uczucie parcia.
2. Wykonywanie skurczów mięśni dna miednicy - około 3-4 serii, po 5-7 skurczów z przerwą 3-5 sekundową. Pozwoli to na synergiczną pracę zewnętrznego zwieracza cewki oraz mięśni wypieracza pęcherza. Właściwe napinanie mięśni może przynieść bardzo dobre efekty w każdej postaci NTM.

Prowadzenie dzienniczka mikcji jest pierwszym krokiem do kontroli mikcji, a tym samym współpracy na płaszczyźnie pacjent - pielęgniarka.

Oddziaływania behawioralne wraz z całym pakietem leczenia zachowawczego w postaci farmakoterapii, rehabilitacji, w tym różnych metod fizykoterapii, to podstawa powodzenia w reedukacji zachowań związanych z nietrzymaniem moczu.

## Przykład dzienniczka mikcji dziecka:

| DZIEŃ   | GODZ. | ILOŚĆ MOCZU<br>ODDANEGO NA<br>PORCJĘ (ml) | GODZ. | NAPOJE/PŁYNY | UWAGI (np. moczenie nocne,<br>dzienne, parcia naglące, wymiana<br>bielizny mokrej, inne uwagi) |
|---------|-------|---|-------|--------------|--|
| Dzień 1 |       |   |       |              |  |
|         |       |   |       |              |  |
|         |       |   |       |              |  |
| Dzień 2 |       |   |       |              |  |
|         |       |   |       |              |  |
|         |       |   |       |              |  |
| Dzień 3 |       |   |       |              |  |
|         |       |   |       |              |  |
|         |       |   |       |              |  |

# ZAŁĄCZNIK NR 5

## INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE W OPIECE NAD OSOBAMI Z NTM W STANACH DELIRIUM, OTĘPIENIA I DEPRESJI

### Specyfika zaburzeń

W opiece nad osobami starszymi ważna jest świadomość współzależności stanów takich jak delirium, otępienie (demencja) i depresja, które są ze sobą powiązane na szereg sposobów, mogą współistnieć, a ich objawy nakładać się<sup>5</sup>, co stanowi poważne wyzwanie w postawieniu właściwej diagnozy<sup>6</sup>. Przykładowo osoba z delirium może jednocześnie mieć leżącą u podstaw demencję i depresję lub osoba z demencją może równocześnie mieć oznaki depresji przy delirium stanowiącym źródło objawów<sup>7</sup>. Zdarza się także, że depresja jest błędnie zinterpretowana jako demencja.

Na podstawie licznych badań zostały sformułowane następujące wnioski:

- U osób z zaburzeniami poznawczymi i depresją występuje większe ryzyko wystąpienia delirium<sup>8</sup>.
- Delirium może zwiększyć ryzyko wystąpienia u danej osoby otępienia<sup>9</sup>.
- U osób z diagnozą otępienia odnotowuje się wysoką częstość występowania objawów depresyjnych<sup>10</sup>.
- Doświadczenie epizodu tzw. dużej depresji może w dalszym etapie życia danej osoby zwiększyć ryzyko wystąpienia otępienia związanego z chorobą Alzheimera<sup>11</sup>.
- Istnieją interakcje pomiędzy depresją i zaburzeniami poznawczymi, a depresja może doprowadzić do nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych<sup>12</sup>.
- Depresja może mieć wpływ na zachowanie (np. agresję) u osób z otępieniem<sup>13</sup>.

### Definicje i patogeneza

#### Delirium

Delirium to kompleksowy syndrom o podłożu neurologicznym i psychicznym, który cechuje nagłe, ostre wystąpienie (tzw. ostry początek), zmieniający się przebieg, zmieniony poziom świadomości, nieuwaga oraz dezintegracja myślenia<sup>14</sup>. Opiswany jest jako stan nagły, tj. wymagający natychmiastowej interwencji i zwykle trwa od jednego do siedmiu dni<sup>15</sup>, chociaż może utrzymywać się przez kolejne dni lub tygodnie<sup>16</sup>. Delirium można uznać za ostrą niewydolność mózgu, co oznacza, że mózg danej osoby jest bezbronny, bezradny i ma ograniczony potencjał. Delirium jest objawem wskazującym na zaistnienie nagłej sytuacji medycznej, a jego następstwa mogą obejmować trwałe ubytki neurologiczne<sup>17</sup>, wystąpienie lub nasilenie się objawów demencji<sup>18</sup>, przeniesienie do placówki opieki długoterminowej, upadki, spadek wydolności (funkcjonalnej) i powodować zwiększone ryzyko zgonu<sup>19</sup>.

Delirium jest zjawiskiem stosunkowo częstym u osób starszych. Raporty donoszą, że delirium dotyczy do 50 procent hospitalizowanych osób starszych<sup>20</sup>, przy czym częściej występuje na oddziałach intensywnej opieki medycznej, pośród osób ze złamaniem kości biodrowej i pośród tych osób, które poddawane są zabiegom chirurgicznym, takim jak operacja serca<sup>21</sup>. Delirium jest powszechne w placówkach opieki długoterminowej<sup>22</sup> i często skutkuje przyjęciem do szpitala<sup>23</sup>. W ramach opieki domowej częstość występowania delirium pozostaje niejasna. Jednakże często obserwowane jest u osób korzystających z opieki paliatywnej<sup>24</sup>.

Przyczynowość w delirium jest wieloczynnikowa. Delirium rozwija się w wyniku współistnienia czynników predysponujących

<sup>5</sup>Regan&Varanelli, 2013.

<sup>6</sup>Development Group of the Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias [Development Group], 2010; RNAO, 2010.

<sup>7</sup>Brodaty&Arasaratnam, 2012; Enmarker, Olsen & Hellzen, 2011; Ueda, Suzukamo, Sato&Izumii, 2013.

<sup>8</sup>Flaherty, Gonzales& Dong, 2011; Inouye, Westendorp&Saczynski, 2014; Khan et al., 2012.

<sup>9</sup>Hshieh et al., 2015; Khan et al., 2012; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2010 i or may worsen the progression of dementia (Clegg, Siddiqi, Heaven, Young, & Holt, 2014).

<sup>10</sup>American Medical Directors Association [AMDA], 2011; Orgeta, Qazi, Spector, & Orrell, 2014; Potter, Ellard, Rees, &Thorogood, 2011.

<sup>11</sup>Trangle et al., 2016.

<sup>12</sup>Kiosses, Leon, &Arean, 2011.

<sup>13</sup>Enmarker et al., 2011.

<sup>14</sup>Inouye, 2006, as cited in Marcantonio, 2011; Martinez, Tobar, & Hill, 2015).

<sup>15</sup>Flaherty et al., 2011.

<sup>16</sup>AMDA, 2008.

<sup>17</sup>Inouye et al., 2014.

<sup>18</sup>Clegg et al., 2014; Khan et al., 2012; NICE, 2010.

<sup>19</sup>Brooks, 2012; Khan et al., 2012; NICE, 2010.

<sup>20</sup>Inouye et al., 2014.

<sup>21</sup>Holroyd-Leduc, Khandwala, &Sink, 2010; Martinez et al., 2015.

<sup>22</sup>AMDA, 2008.

<sup>23</sup>Clegg et al., 2014.

<sup>24</sup>W celu uzyskania szczegółowych informacji dotyczących występowania delirium u kreszyciapor: Canadian Coalition for Seniors Mental Health's (CCSMH) (2010) Guideline on the Assessment and Treatment of Delirium in Older Adults at the End of Life.

takich jak: starszy wiek, wątłość (słabowitość), zaburzenia poznawcze, co przyczynia się do podatności na ten stan oraz szeregu czynników wyzwalających takich jak choroba, zabieg chirurgiczny, problemy z poruszaniem się, głośne otoczenie<sup>25</sup>. Osoba starsza z wieloma chorobami współistniejącymi i demencją wykazuje wysokie ryzyko pojawienia się u niej delirium. W tym przypadku, nawet drobne zmiany w otoczeniu i środowisku danej osoby lub pogorszenie się stanu zdrowia mogą wyzwoić delirium, podczas gdy zdrowa osoba w starszym wieku może doświadczyć delirium tylko po ekspozycji na szereg czynników wyzwalających<sup>26</sup>.

Istnieją trzy główne rodzaje delirium:

1. Delirium hiperaktywne cechuje zwiększone wzbudzenie, niepokój, pobudzenie, urojenia i/ lub zachowania agresywne.
2. Delirium hipoaktywne cechuje senność, wyciszenie objawów i/ oraz brak zainteresowania otoczeniem.
3. Delirium mieszane cechują naprzemiennie występujące stany/ epizody hiperaktywne i hipoaktywne<sup>27</sup>.

Delirium o nasileniu hipoaktywnym stanowi najczęściej występującą postać u osób starszych stanowiąc około 65 procent przypadków delirium<sup>28</sup>. Jednakże mimo powszechności występowania często jest przeoczone i może być błędnie interpretowane jako otępienie lub depresja<sup>29</sup>. Oprócz trzech głównych typów delirium omówionych wyżej, literatura opisuje delirium subkliniczne, które cechuje występowanie określonych, lecz nie wszystkich cech delirium<sup>30</sup> oraz trwałe majaczenie, które odnosi się do takich postaci zespołu, które utrzymują się aż do wypisu ze szpitala i jeszcze dłużej<sup>31</sup>. Utrzymujące się (stałe) delirium związane jest z gorszymi prognozami takimi jak: znaczne nasilenie zaburzeń poznawczych, ograniczenia funkcjonalne (w funkcjonowaniu danej osoby), przedłużony pobyt w szpitalu, pobyty w placówkach zinstytucjonalizowanych oraz śmierć<sup>32</sup>. W wielu przypadkach można zapobiec (wystąpieniu) delirium.

## Otępienie (zamiennie nazywane demencją)

Otępienie jest to zaburzenie funkcji mózgu cechujące się zaburzeniami w sferze zdolności poznawczych, które może mieć wpływ na uczenie się, pamięć, nastrój oraz zachowanie jak również na zdolność wykonywania czynności życia codziennego, a także na leczenie innych chorób i zaburzeń o charakterze przewlekłym<sup>33</sup>. Demencja rozwija się stopniowo i jest postępująca, lecz jej przejawy i objawy oraz przebieg, mogą znacząco się różnić w zależności od choroby<sup>34</sup>.

„Otępienie” jako pojęcie można uznać za pojęcie zbiorowe odnoszące się do szeregu chorób, które przyczyniają się do nieodwracalnych zmian w funkcji mózgu, takich jak: choroba Alzheimera, otępienie o podłożu naczyniowym (związane z udarami mózgu), otępienie mieszane (współwystępowanie wszelkich, różnych rodzajów otępienia, najczęściej w związku z chorobą Alzheimera lub o podłożu naczyniowym), otępienie z ciałami Lewy’ego, otępienie czołowo - skroniowe, różne rodzaje otępienia związane z chorobą Creutzfeldta-Jakoba, chorobą Parkinsona oraz chorobą Huntingtona<sup>35</sup>. Te różne choroby zostały sklasyfikowane jako znaczne zaburzenia neurokognitywne i posiadają specyficzne kryteria diagnostyczne.

Czynniki ryzyka zależą od rodzaju otępienia i mogą obejmować: postępujące starzenie się (wiek powyżej 65 lat), czynniki ryzyka związane z incydentami naczyniowymi (np.: nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia oraz cukrzyca), wywiad rodzinny w przypadku powinowactwa pierwszego stopnia oraz depresję<sup>36</sup>.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) donosi, że częstość występowania otępienia wzrasta z wiekiem i - jak się wydaje - wzrasta dwukrotnie co pięć lat po osiągnięciu wieku 65 lat<sup>37</sup>. Częstość występowania otępienia wzrasta w sposób bardzo wyraźny wraz z zaawansowaniem starości, która stanowi dobrze udokumentowany, niezależny czynnik ryzyka wystąpienia otępienia. Potwierdzają to statystyki europejskie, z których wynika, że o ile zespół otępienny występuje u 0,7% osób 62-letnich, to po 85 r.ż. u 20-50%, zaś u stulatków odsetek ten sięga nawet 60%. Według danych z piśmiennictwa światowego otępienie dotyka ok. 3-11% osób po 65 r.ż. Na podstawie analizy wielu badań epidemiologicznych stwierdzono, że wskaźnik rozpowszechnienia otępienia podwaja się co ok. 5 lat aż do 94 r.ż.

Szacuje się, że w Polsce występuje ok. 200 tys. przypadków choroby Alzheimera, co łącznie z przypadkami otępienia o innym podłożu daje sumę ok. 400 tys. chorych<sup>38</sup>. Statystyki te będą szybko wzrastać, ponieważ nasze społeczeństwo jest najszybciej starzejącym się w Europie. Uważa się, że liczba chorych do roku 2050 potroi się.

Osoby z demencją we wczesnej fazie choroby mogą pozostawać aktywnymi członkami społeczeństwa, lecz postęp choroby może mieć destrukcyjny wpływ na jakość życia tych osób i ich rodzin. W miarę nasilenia objawów demencji kompetentni pracownicy opieki zdrowotnej mogą współpracować z rodzinami, aby wpływać na poprawę jakości życia danej osoby i wzmacniać jej poczucie wartości.

Jak się szacuje, objawy behawioralne (dot. określonych zachowań) oraz psychologiczne związane z demencją występują

<sup>25</sup>Clegg et al., 2014; Holroyd-Leduc et al., 2010; Inouye et al., 2014.

<sup>26</sup>Marcantonio, 2011.

<sup>27</sup>NICE, 2010.

<sup>28</sup>Khuran, Gambhir, & Kishore, 2011.

<sup>29</sup>AMDA, 2008; NICE, 2010.

<sup>30</sup>Marcantonio, 2011.

<sup>31</sup>Cole, Ciampi, Belzile, & Zhong, 2009.

<sup>32</sup>Cole et al., 2009.

<sup>33</sup>Definicja za The Alzheimer Society of Ontario (2012, p. 3).

<sup>34</sup>Development Group, 2010.

<sup>35</sup>Alzheimer Society of Canada, 2015 W: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013).

<sup>36</sup>Development Group, 2010.

<sup>37</sup>WHO, 2012.

<sup>38</sup>Zyta Beata Wojszel, Barbara Bień, Magdalena Przydatek, Wielkie problem geriatryczne: III. Zespoły otępienne, Borgis-Medycyna Rodzinna 3-4/2001, s. 162-168.

u około 80% osób z demencją (np. zmiany nastroju, omamy, pobudzenie, wędrowanie) w szczególności pośród osób z umiarkowanym lub zaawansowanym stadium tej choroby<sup>39</sup>. Nadrzędnym celem świadczeniodawców opieki zdrowotnej powinno być wdrożenie skutecznego leczenia oraz uzyskanie odpowiedzi na to leczenie. Wspierając osoby z demencją, istotne jest także zagwarantowanie wsparcia i edukacji rodzinie osoby dotkniętej demencją oraz opiekunom. Członkowie rodziny są często głównymi osobami sprawującymi opiekę. Podczas gdy świadczenie opieki przez rodzinę oceniane jest jako społecznie korzystne, to sprawowanie takiej opieki może jednak niekorzystnie wpływać na zdrowie fizyczne i stan psychiczny opiekunów. W niektórych przypadkach dochodzi do znęcania się nad osobami starszymi lub zaniedbywania potrzeb osób starszych<sup>40</sup>. Zapewnienie odpowiedniego wsparcia i edukacji opiekunom może wpływać na jakość opieki i jakość życia osób z demencją. Takie strategie również mogą mieć wpływ na sferę psychiczną u samych opiekunów (np. lęki opiekuna, stres, depresja etc.)<sup>41</sup>.

## Depresja

Depresja to spektrum zaburzeń nastroju przejawiające się trwałym zakłóceniem sfery emocjonalnej (tzw. homeostaza w pojęciu ogólnym) i poznawczej, dot. sposobu zachowania i/ oraz równowagi somatycznej. Łączy się to zarówno z istotnymi zaburzeniami funkcjonalnymi w życiu codziennym oraz często z brakiem odczuwania przyjemności i radości z życia<sup>42</sup>.

Depresja może być przewlekła, mieć charakter trwały lub nawracający<sup>43</sup> lub może stanowić reakcję na zdarzenia powszechne w codziennym życiu osób starszych takich jak: pojawienie się/wystąpienie choroby, pogorszenie się zdolności poznawczych, utrata osoby ukochanej lub przyjęcie do szpitala, czy też placówki opieki długoterminowej.

Chociaż depresja jest częsta u osób starszych, nie należy jej postrzegać jako zwykłą konsekwencję starzenia się<sup>44</sup>. Szacuje się, że depresja dotyczy przeciętnie 35 procent osób zamieszkałych w placówkach opieki długoterminowej<sup>45</sup> oraz 15 procent osób starszych<sup>46</sup>.

Depresja może uniemożliwiać funkcjonowanie i ma ogromny wpływ na jakość życia jednostki oraz relacje rodzinne<sup>47</sup>. Może mieć negatywny wpływ na współistniejące choroby i leczenie chorób przewlekłych<sup>48</sup>. W ekstremalnych przypadkach depresja może zakończyć się śmiercią samobójczą<sup>49</sup>, szczególnie wśród mężczyzn w wieku powyżej 85 roku życia<sup>50</sup>.

Dostępne są skuteczne formy leczenia i terapii depresji, a powrót do zdrowia jest bardziej prawdopodobny, jeśli określono i zdiagnozowano depresję, jeśli leczona jest skutecznie i jeśli dana osoba otrzymuje odpowiednie wsparcie. Niestety, występowanie depresji często wiąże się ze stygmatyzacją oraz dyskryminacją<sup>51</sup> i choroba ta często pozostaje niezdiagnozowana względnie rozpoznana<sup>52</sup>. Z tego powodu tak istotne jest, aby świadczeniodawcy opieki zdrowotnej dysponowali odpowiednimi umiejętnościami, wiedzą, mieli odpowiednie nastawienie i umiejętności w zakresie skutecznej oceny w świadczeniu i sprawowaniu opieki nad osobami starszymi z depresją.

## Rekomendowane zasady opieki nad osobami z NTM w stanach delirium, otępienia i depresji opierają się na poniższych założeniach:

- Każda osoba w wieku starszym jest unikalną istotą ludzką posiadającą swoje własne doświadczenia życiowe, mocne strony, preferencje, praktyki kulturowe, wartości oraz przekonania.
- Wszystkie osoby w wieku starszym zasługują na jednakowy dostęp do opieki na wysokim poziomie, opartej o najlepsze dostępne dowody naukowe, świadczonej z należytą starannością przez wykwalifikowany (o odpowiednim poziomie wiedzy i umiejętności) oraz kompetentny personel medyczny i opiekuńczy.
- Osoby starsze z delirium, demencją i/ lub depresją zasługują na traktowanie ich z godnością przez personel świadczący opiekę oraz na uczestniczenie w interakcjach związanych ze sprawowaniem opieki.
- Podejście świadczeniodawców opieki zdrowotnej, wzorce zachowania i styl komunikowania się podczas wchodzenia w interakcje z osobami starszymi jak również język stosowany w celu opisanego objawów oraz wzorców zachowań związanych z delirium, demencją i/ lub depresją są wieloczynnikowe.
- Opieka zindywidualizowana, ukierunkowana na daną osobę jest kluczowa dla opieki nad osobami starszymi z delirium, demencją i/ lub depresją.
- Zapewnienie jak najlepszej jakości opieki u osób starszych z delirium, demencją i/ lub depresją możliwe jest wówczas, kiedy osoba, nad którą sprawowana jest opieka jest w stanie określić swoje priorytety (tu: wartości). Jakość życia to pojęcie subiektywne, wyrażane przez daną osobę: osoba taka określa, co oznacza dla niej pojęcie „jakość życia”.

TU:

- „Rodzina” to ktokolwiek, kogo dana osoba postrzega za członka rodziny. Członkowie rodziny często są najważniejsi

<sup>39</sup>Development Group, 2010; Spector, Orrell, & Goyder, 2013; O'Connor, Whitlock, Gaynes, & Beil, 2009). DSM - 5 określa kryteria diagnostyczne dla zróżnicowanych rodzajów i postaci zaburzeń depresyjnych (APA, 2013).

<sup>40</sup>Por: RNAO's[2014a] BPG Addressing and Preventing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches

<sup>41</sup>Corbett et al., 2012.

<sup>42</sup>American Medical Directors Association (TLUM) (2011, p. i).

<sup>43</sup>Krishna et al., 2011.

<sup>44</sup>Trangle et al., 2016.

<sup>45</sup>AMDA, 2011.

<sup>46</sup>Canadian Psychological Association, 2015; Dreizler, Koppitz, Probst, & Mahrer-Imhof, 2014).

<sup>47</sup>Kiosses et al., 2011; Krishna et al., 2011.

<sup>48</sup>Chang-Quan et al., 2009; Samad, Brealey, & Gilbody, 2011.

<sup>49</sup>Connor et al., 2009; Samad et al., 2011.

<sup>50</sup>Butler-Jones, 2010).

<sup>51</sup>NICE, 2009.

<sup>52</sup>O'Connor et al., 2009.

w życiu osób starszych i mogą być aktywnymi partnerami w sprawowaniu opieki.

- Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej i personel sprawujący opiekę doceniają rolę rodziny i angażują rodzinę mając na uwadze to, że niektórzy ludzie nie mają rodziny, inni mogą nie chcieć angażować swojej rodziny lub nie widzieć takiej potrzeby i że członkowie rodziny nie zawsze są skłonni i zdolni do udzielania wsparcia czy współpracy.
- Personel sprawujący opiekę przekazuje wyniki oceny, planów opieki, działań interwencyjnych jak również wyniki ewaluacji opieki innym członkom zespołu terapeutycznego, rodzinom sprawującym opiekę, placówkom opieki (odpowiednio do uzgodnionego trybu postępowania w tym zakresie).
- Personel świadczący opiekę uaktualnia swą wiedzę i nabyte umiejętności oraz przestrzega zasad prawnych i etycznych.

## Rekomendacje dotyczące postępowania pielęgniarskiego

| REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ                 |   |                 |
|---|---|-----------------|
| NADRZĘDNE REKOMENDACJE DOTYCZĄCE DELIRIUM, OTĘPIENIA I DEPRESJI |   | WARTOŚĆ DOWODÓW |
| 1.0 Rekomendacje ogólne   | <b>Rekomendacja 1.1</b><br>Ustalenie współzależności działań terapeutycznych i zapewnienie opartej na wrażliwości kulturowej opieki ukierunkowanej na osobę i rodzinę w trakcie sprawowania opieki nad osobami z delirium otępieniem i depresją oraz zapewnienie edukacji tym osobom.   | Ia oraz V       |
|   | <b>Rekomendacja 1.2</b><br>Określenie i rozpoznanie oznak oraz symptomów delirium, otępienia i/ lub depresji podczas ocen, obserwacji i interakcji w przypadku osób starszych ze zwróceniem szczególnej uwagi na problemy zgłaszane przez daną osobę, jej rodzinę, partnerów sprawujących opiekę oraz zespół międzyresortowy (pomoc społeczna i ochrona zdrowia).                 | V               |
|   | <b>Rekomendacja 1.3</b><br>Skierowanie osób starszych z podejrzeniem delirium, otępienia i/ lub depresji do odpowiedniego lekarza specjalisty, zespołów lub podmiotów świadczących określone usługi w celu dokonania dalszej oceny, diagnozy i/lub określenia opieki następczej.  | Ia              |
|   | <b>Rekomendacja 1.4a</b><br>Ocena zdolności danej osoby w zakresie zrozumienia i chęci zapoznania się z informacjami istotnymi w podejmowaniu decyzji w przypadku pojawienia się obaw dotyczących zdolności umysłowych u danej osoby, współpraca z innymi członkami zespołu opieki zdrowotnej w razie takiej konieczności.  | V               |
|   | <b>Rekomendacja 1.4b</b><br>Wspieranie umiejętności osób starszych w zakresie podejmowania decyzji częściowo lub całościowo. Jeśli osoba starsza jest niezdolna do podejmowania określonych decyzji, należy zaangażować odpowiednią uprawnioną osobę (przedstawiciel ustawowy) odpowiedzialną za podejmowanie decyzji oraz planowanie opieki.                                     |                 |
|   | <b>Rekomendacja 1.5</b><br>Zachowanie ostrożności w przepisywaniu i podawaniu leków osobom starszym (w zakresie praktyki świadczeniodawcy opieki zdrowotnej) oraz należyte i rzetelne monitorowanie i dokumentowanie stosowania leków oraz efektów ich działania ze zwróceniem szczególnej uwagi na leki niekorzystnie działające na osoby starsze (działania niepożądane, itp.). | Ia              |
|   | <b>Rekomendacja 1.6</b><br>Stosowanie się do zasady stosowania najwyżej jednego środka zapobiegawczego w ramach przymusu bezpośredniego <sup>53</sup> , jako rozwiązania ostatecznego podczas sprawowania opieki nad osobami starszymi.   | V               |
| REKOMENDACJE DOTYCZĄCE DELIRIUM                                 |   | WARTOŚĆ DOWODÓW |
| 2.0 Ocena   | <b>Rekomendacja 2.1</b><br>Ocena osób starszych pod kątem czynników ryzyka wystąpienia delirium podczas wstępnego kontaktu i określenie, czy istnieje zmiana w stanie zdrowia danej osoby.  | Ia oraz V       |

<sup>53</sup>Przymus bezpośredni może być zastosowany w sytuacjach określonych w Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r. poz. 882) wobec osób które:

- dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub też bezpieczeństwu powszechnemu  
 - gwałtownie niszczą lub uszkadzają przedmioty we własnym otoczeniu

- poważnie uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.06.2012 r. ws. sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. z 2012 r. poz. 740), określa zasady stosowania środków zapobiegawczych, kompetencje pielęgniarek i definiuje poszczególne środki przymusu bezpośredniego, w tym:

- przytrzymanie - krótkotrwałe unieruchomienie z użyciem siły fizycznej

- przymusowe podanie leków - wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody, doraźne lub przewidziane planem leczenia

- unieruchomienie - dłużej trwające obezwładnienie

- izolacja - umieszczenie osoby pojedynczo w zamkniętym pomieszczeniu.



| REKOMENDACJE DOTYCZĄCE DELIRIUM |   |                                   |
|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PRAKTYK  |   | WARTOŚĆ DOWODÓW                   |
| 3.0 Planowanie                  | <b>Rekomendacja 3.1</b><br>Wypracowanie odpowiednio dostosowanego, niefarmakologicznego i wieloczynnikowego planu profilaktycznego (delirium) dla osób, u których istnieje ryzyko wystąpienia delirium (tzw. osoby z grupy ryzyka) we współpracy z tą osobą, jej rodziną, partnerami sprawującymi opiekę i zespołem międzyresortowym.   | Ia                                |
| 3.0 Planowanie                  | <b>Rekomendacja 3.1</b><br>Wypracowanie odpowiednio dostosowanego, niefarmakologicznego i wieloczynnikowego planu profilaktycznego (delirium) dla osób, u których istnieje ryzyko wystąpienia delirium (tzw. osoby z grupy ryzyka) we współpracy z tą osobą, jej rodziną, partnerami sprawującymi opiekę i zespołem międzyresortowym.   | Ia                                |
| 4.0 Wdrażanie                   | <b>Rekomendacja 4.1</b><br>Wdrożenia planu zapobiegania delirium (planu profilaktycznego) we współpracy z daną osobą, jej rodziną, partnerami sprawującymi opiekę oraz zespołem międzyresortowym.   | Ia                                |
|                                 | <b>Rekomendacja 4.2</b><br>Stosowanie ocen klinicznych i zatwierdzonych narzędzi w celu oceny osób starszych, u których istnieje ryzyko występowania delirium, przynajmniej raz dziennie (w stosownych przypadkach) i określenie, czy zaobserwowano lub zgłoszono zmiany w zakresie zdolności poznawczych, percepcji, wydolności organizmu oraz zachowań społecznych.   | Ia oraz V                         |
|                                 | <b>Rekomendacja 4.3</b><br>Kontynuacja wdrażania strategii profilaktycznych podczas sprawowania opieki nad osobami starszymi, u których istnieje ryzyko delirium i u których nie stwierdzono występowania delirium.   | Ia oraz V                         |
| 4.0 Wdrażanie                   | <b>Rekomendacja 4.4</b><br>W przypadku osób starszych, których wyniki wskazują na występowanie delirium, określenie przyczyn leżących u źródła i czynników przyczyniających się do tego przy zastosowaniu klinicznych metod oceny i przy współpracy z zespołem międzyresortowym.  | Ia                                |
|                                 | <b>Rekomendacja 4.5</b><br>Wdrożenie odpowiednio dostosowanych, wieloelementowych działań interwencyjnych w celu aktywnego leczenia delirium we współpracy z daną osobą, rodziną tej osoby, partnerami sprawującymi opiekę oraz zespołem międzyresortowym.<br>Taki działania interwencyjne powinny uwzględniać i obejmować: <ul style="list-style-type: none"> <li>• leczenie przyczyn będących źródłem problemu</li> <li>• interwencje niefarmakologiczne</li> <li>• odpowiednie stosowanie leków w celu łagodzenia objawów delirium i/lub leczenia bólu.</li> </ul> | Ia oraz V<br>IVa<br>Ia<br>V<br>Ia |
|                                 | <b>Rekomendacja 4.6</b><br>Edukowanie osób, u których istnieje ryzyko wystąpienia delirium i ich rodzin/ partnerów sprawujących opiekę w zakresie działań profilaktycznych i opieki.  | V                                 |
|                                 | <b>Rekomendacja 5.1</b><br>Monitorowanie osób starszych, które doświadczają delirium, pod kątem zaobserwowanych zmian w objawach, przynajmniej raz dziennie przy zastosowaniu narzędzi służących ocenie klinicznej/obserwacji oraz zatwierdzonych narzędzi i dokumentowanie skuteczności wdrożonych działań (interwencyjnych).  | V                                 |
| 6.0 Ocena                       | <b>Rekomendacja 6.1a</b><br>Ocena osób starszych pod kątem możliwości wystąpienia otępienia w przypadku zaobserwowania lub zgłoszenia zmian dot. funkcji kognitywnych, zmian w zachowaniu, nastroju i funkcjonowania. Zastosowanie zatwierdzonych, stosownych do kontekstu narzędzi oceny i monitorowania oraz współpracowanie z daną osobą, jej rodziną/partnerami sprawującymi opiekę oraz zespołem międzyresortowym w celu wypracowania kompleksowego schematu i modelu oceny.   | Ia oraz V                         |
|                                 | <b>Rekomendacja 6.1b</b><br>Skierowanie danej osoby w celu dokonania dalszej oceny, przeprowadzenia/postawienia diagnozy w przypadku podejrzenia otępienia.   | Ia                                |

| REKOMENDACJE DOTYCZĄCE DELIRIUM |  |                 |
|---------------------------------|--|-----------------|
| REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PRAKTYK  |  | WARTOŚĆ DOWODÓW |
| 6.0 Ocena                       | <b>Rekomendacja 6.2</b><br>Ocena stanu fizycznego, funkcjonowania oraz kondycji psychicznej osób starszych z otępieniem lub podejrzeniem otępienia oraz określenie jego wpływu na daną osobę i jej rodzinę/ partnerów sprawujących opiekę przy zastosowaniu kompleksowych metod oceny i/ lub wystandaryzowanych narzędzi.  | V               |
|                                 | <b>Rekomendacja 6.3</b><br>Systematyczne badanie istniejących przyczyn dot. wszelkich objawów związanych z zachowaniem oraz objawów natury psychologicznej, włączając w to określenie niezaśpokoionych potrzeb danej osoby oraz potencjalne „czynniki wyzwalające”. Zastosowanie odpowiedniego narzędzia i współpracowanie z daną osobą, jej rodziną/ partnerami sprawującymi opiekę oraz zespołem międzyresortowym.   | Ia              |
|                                 | <b>Rekomendacja: 6.4</b><br>Dokonanie oceny osób starszych cierpiących na otępienie przy użyciu odpowiednich narzędzi.   | Ia              |
| 7.0 Planowanie                  | <b>Rekomendacja 7.1</b><br>Wypracowanie zindywidualizowanego planu opieki, który uwzględni symptomy dot. zachowania oraz psychiczne objawy otępienia (BPSD*) i/ lub osobiste potrzeby danej osoby związane z opieką. Obejmuje różne metody nefarmakologiczne, wybrane na podstawie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• preferencji danej osoby,</li> <li>• oceny BPSD,</li> <li>• stopnia zaawansowania otępienia,</li> <li>• potrzeb danej osoby w zakresie opieki osobistej i kąpania się,</li> <li>• konsultacji z rodziną tej osoby, partnerami sprawującymi opiekę oraz zespołem międzybranżowym oraz</li> <li>• bieżących obserwacji danej osoby.</li> </ul> | Ia              |
| 8.0 Wdrażanie                   | <b>Rekomendacja 8.1</b><br>Wdrażanie planu opieki we współpracy z daną osobą, jej rodziną/ partnerami sprawującymi opiekę oraz zespołem międzyresortowym.  | V               |
|                                 | <b>Rekomendacja 8.2</b><br>Monitorowanie osób starszych z otępieniem pod kątem występowania bólu/ dolegliwości bólowych i wdrażanie odpowiednich działań, mających na celu redukcję bólu w celu załagodzenia objawów dot. zachowania i objawów psychologicznych otępienia.   | Ia oraz V       |
|                                 | <b>Rekomendacja 8.3</b><br>Zastosowanie strategii komunikacyjnych i technik, które demonstrują współczucie, emocje, wspierają poczucie własnej wartości i promują zdolność zrozumienia przekazywanych informacji podczas sprawowania opieki nad osobami z otępieniem.  | Ia              |
|                                 | <b>Rekomendacja 8.4</b><br>Promowanie strategii dla osób borykających się z otępieniem, które pozwolą zachować ich sprawność i zoptymalizować jakość życia mając na względzie niżej wymienione czynniki, lecz nie ograniczając się wyłącznie do nich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ćwiczenia (wartość dowodów - Ia),</li> <li>• działania interwencyjne wspierające zdolności poznawcze (wartość dowodów - Ia),</li> <li>• zaawansowany plan opieki (wartość dowodów - Ia) oraz</li> <li>• inne strategie umożliwiające zadowalające funkcjonowanie osób z otępieniem (wartość dowodów- V)</li> </ul>  | Ia oraz V       |
|                                 | <b>Rekomendacja 8.5a</b><br>Zapewnienie możliwości edukacyjnych i wsparcia psychospołecznego członkom rodziny oraz partnerom sprawującym opiekę nad osobami z otępieniem, które będą dostosowane do specyficznych potrzeb danej osoby i do stopnia zaawansowania otępienia.  | Ia              |
|                                 | <b>Rekomendacja 8.5 b</b><br>Skierowanie członków rodziny oraz partnerów sprawujących opiekę, którzy przeżywają trudności lub dotknięte są otępieniem do odpowiedniego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej.   | V               |

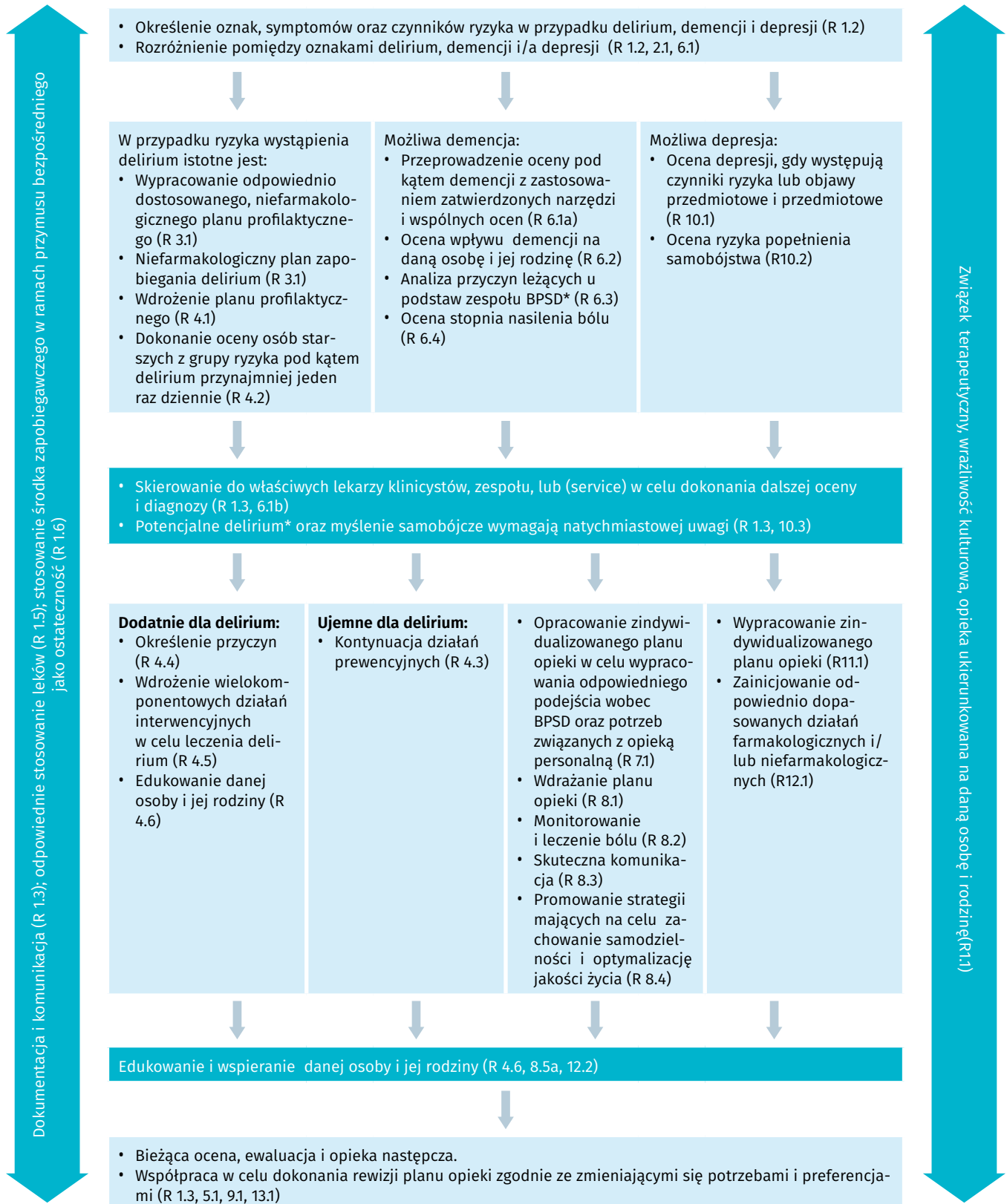
|  |   |                        |
|--|---|------------------------|
| <b>9.0 Ewaluacja</b>                   | <b>Rekomendacja 9.1</b><br>Ocena planu opieki we współpracy z osobą cierpiącą na otępienie, z jej rodziną/ partnerami sprawującymi opiekę oraz zespołem międzyresortowym i dokonanie stosownie do tego korekcji i poprawek.   | V                      |
| <b>REKOMENDACJE DOTYCZĄCE DEPRESJI</b> |   |                        |
| <b>REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PRAKTYK</b>  |   | <b>WARTOŚĆ DOWODÓW</b> |
| <b>10.0 Ocena</b>                      | <b>Rekomendacja 10.1</b><br>Ocena pod kątem depresji podczas ewaluacji i bieżących obserwacji, jeśli istnieją czynniki ryzyka lub oznaki i objawy depresji. Zastosowanie zatwierdzonych, dostosowanych do kontekstu narzędzi służących kontrolowaniu problematycznych zjawisk oraz narzędzi niezbędnych do dokonywania ocen i współpraca z osobą starszą, jej rodziną/ partnerami sprawującymi opiekę oraz zespołem międzybranżowym.  | Ia oraz V              |
|  | <b>Rekomendacja 10.2</b><br>Ocena ryzyka popełnienia samobójstwa w przypadku występowania lub podejrzenia depresji.   | V                      |
|  | <b>Rekomendacja 10.3</b><br>Skierowanie osób starszych z podejrzeniem depresji do wykwalifikowanego specjalisty (np. psychologa) w celu dokonania szczegółowej oceny. Zasięgnięcie natychmiastowej porady lekarskiej w przypadku tych osób, u których występuje ryzyko popełnienia samobójstwa i zapewnienie im natychmiastowego poczucia bezpieczeństwa.   | V                      |
| <b>11.0 Planowanie</b>                 | <b>Rekomendacja 11.1</b><br>Wypracowanie zindywidualizowanego planu opieki dla osób starszych z depresją przy zastosowaniu wspólnego podejścia. W zależności od przypadku, uwzględnienie wpływu współistniejącego otępienia.  | Ia oraz V              |
| <b>12.0 Wdrażanie</b>                  | <b>Rekomendacja 12.1</b><br>Zainicjowanie działań terapeutycznych (farmakologicznych i/ lub nefarmakologicznych) w oparciu o istniejące dowody ich skuteczności w przypadku osób z depresją, które to działania będą dostosowane do klinicznego profilu i preferencji danej osoby.  | Ia oraz V              |
|  | <b>Rekomendacja 12.2</b><br>Edukowanie osób starszych z depresją (oraz ich rodzin/ partnerów sprawujących opiekę) na temat depresji, samodzielnego radzenia sobie z problemem, interwencji terapeutycznych, bezpieczeństwa oraz następczej opieki.  | V                      |
| <b>13.0 Ewaluacja</b>                  | <b>Rekomendacja 13.1</b><br>Monitorowanie osób starszych dotkniętych depresją pod kątem zachodzących zmian w objawach i odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem wszechstronnego podejścia. Dokumentowanie skuteczności podjętych interwencyjnych działań oraz zmian w przypadku ryzyka zachowań samobójczych.  | V                      |
| <b>REKOMENDACJE EDUKACYJNE</b>         |   | <b>WARTOŚĆ DOWODÓW</b> |
| <b>14.0 Edukacja</b>                   | <b>Rekomendacja 14.1</b><br>Wszystkie programy podstawowego szczebla w zakresie opieki zdrowotnej uwzględniają możliwości edukacyjne pod względem treści i praktyk/ i, które są specyficzne dla sprawowania opieki nad osobami starszymi, u których istnieje podejrzenie występowania delirium, otępienia i/ lub depresji i które są dostosowane do zakresu stosowanych praktyk.  | V                      |
|  | <b>Rekomendacja 14.2</b><br>Instytucje zapewniają pielęgniarkom (personelowi medycznemu) oraz innym świadczeniodawcom opieki zdrowotnej możliwości mające na celu podnoszenie ich kompetencji w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi z delirium, otępieniem oraz depresją. Należy zapewnić odpowiednie treści edukacyjne podczas wdrażania nowego personelu oraz studentów/ praktykantów i systematycznie poprzez cykliczne kursy utrzymywać wiedzę oraz możliwości rozwoju osobistego. | Ia oraz V              |

| REKOMENDACJE DOTYCZĄCE DEPRESJI               |   |                    |
|---|---|--------------------|
| REKOMENDACJE EDUKACYJNE                       |   | WARTOŚĆ DOWODÓW    |
| 14.0 Edukacja                                 | <p><b>Rekomendacja 14.3</b><br/>Stworzenie dynamicznych, opartych o dowody programów edukacyjnych na temat delirium, otępienia i depresji, które pomogą w praktyce zastosować nabytą wiedzę w odpowiednich placówkach. Tego typu programy powinny być:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• interaktywne i multimodalne (zróżnicowane, złożone) (wartość dowodowa - Ia),</li> <li>• międzyresortowe (wartość dowodowa - Ia),</li> <li>• dostosowane w ten sposób, by uwzględniły potrzeby osób uczących się (wartość dowodowa - V),</li> <li>• wspierane przez wyszkolonych, wybitnych specjalistów lub ekspertów klinicznych (wartość dowodowa - Ia).</li> </ul> | V                  |
|   | <p><b>Rekomendacja 14.4</b><br/>Dokonanie ewaluacji programów profilaktycznych pod kątem delirium, otępienia i depresji w celu określenia, czy spełniają one pożądane i oczekiwane rezultaty, takie jak zmiany w stosowanych praktykach oraz lepsze prognozy. Doskonalenie programów w miarę konieczności.</p>  | Ia oraz V          |
| REKOMENDACJE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI I POLITYKI |   | WARTOŚĆ DOWODÓW    |
| 15.0 Organizacja i polityka                   | <p><b>Rekomendacja 15.1</b><br/>Instytucje wykazują wiodącą pozycję i podtrzymują swoje zaangażowanie wobec fundamentalnych zasad, które wspierają jakość opieki nad osobami starszymi z delirium, otępieniem i depresją poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• opiekę ukierunkowaną na osobę oraz rodzinę,</li> <li>• wspólną opiekę międzyresortową oraz</li> <li>• zdrowe środowisko pracy</li> </ul>   | Ia<br>Ia<br>V      |
|   | <p><b>Rekomendacja 15.2</b><br/>Instytucje wybierają zatwierdzone narzędzia monitorowania i oceny delirium, otępienia i depresji, które są odpowiednio dostosowane do populacji i placówki opieki zdrowotnej i zapewniają szkolenie-a i infrastrukturę, by umożliwić ich wdrażanie.</p>   |                    |
|   | <p><b>Rekomendacja 15.3</b><br/>Instytucje wdrażają kompleksowe, wieloelementowe programy dostarczane przez zespoły współpracujące w obrębie instytucji, w celu ograniczenia delirium, otępienia i depresji. Powinny być one wspierane przez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kompleksowe programy edukacyjne (wartość dowodowa =V),</li> <li>• ekspertów klinicznych i doskonałych profesjonalistów oraz</li> <li>• procesy organizacyjne, które spójne są z najlepszymi praktykami.</li> </ul>   | Ia<br>V<br>Ia<br>V |
|   | <p><b>Rekomendacja 15.4:</b><br/>Opracowanie procesów i procedur w obrębie instytucji w celu zagwarantowania, że istotne informacje oraz planowanie opieki dla osób starszych z delirium, otępieniem i depresją, podczas przebiegu leczenia, są odpowiednio koordynowane i przekazywane.</p>  |                    |

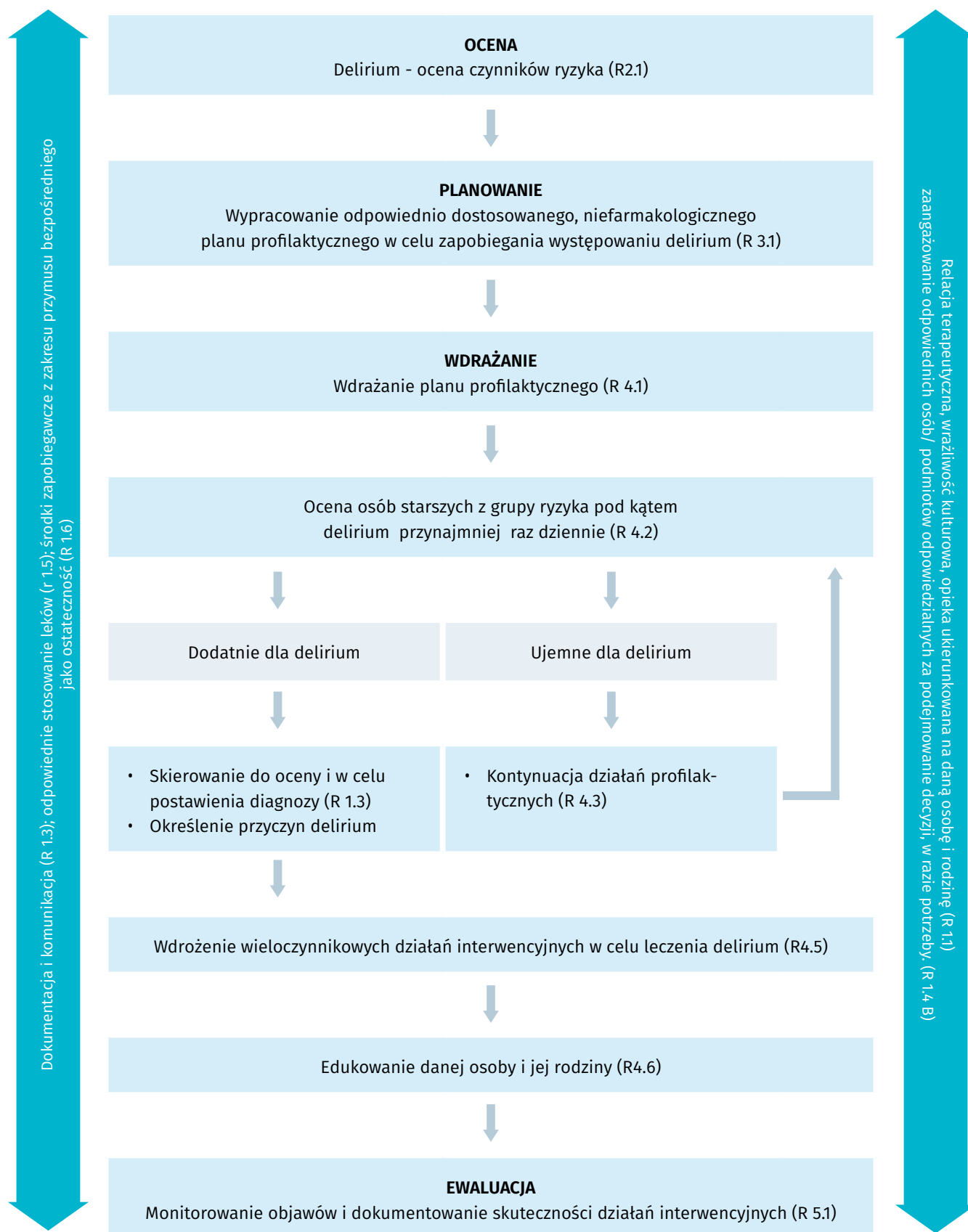
## Algorytmy postępowania w delirium, otępieniu i depresji

Algorytmy postępowania stanowią schematyczne podsumowanie rekomendowanych zaleceń związanych z oceną i opieką nad osobami z delirium, otępieniem i/ lub depresją.

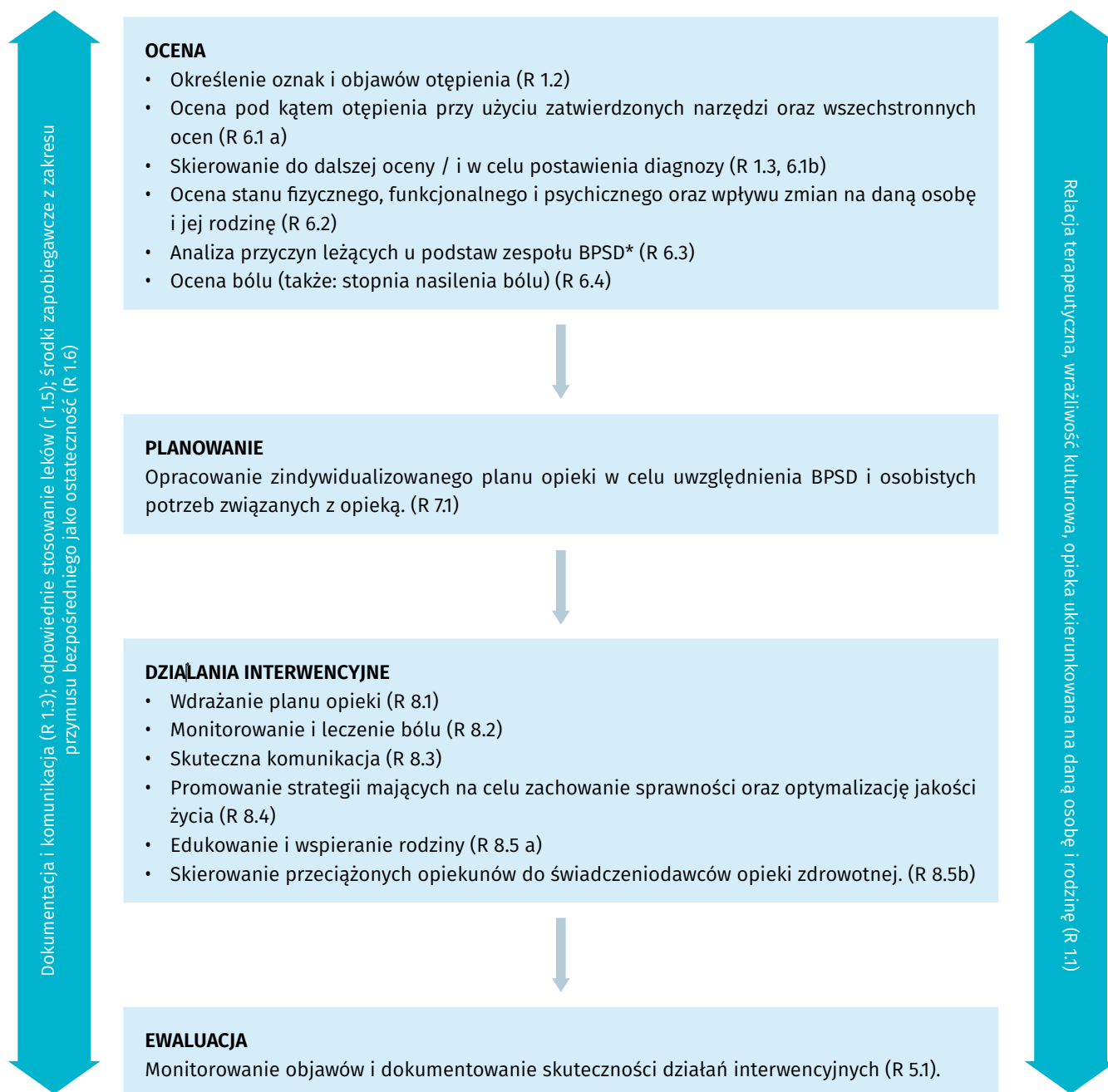
### Schemat blokowy algorytmów dla delirium, otępienia i depresji



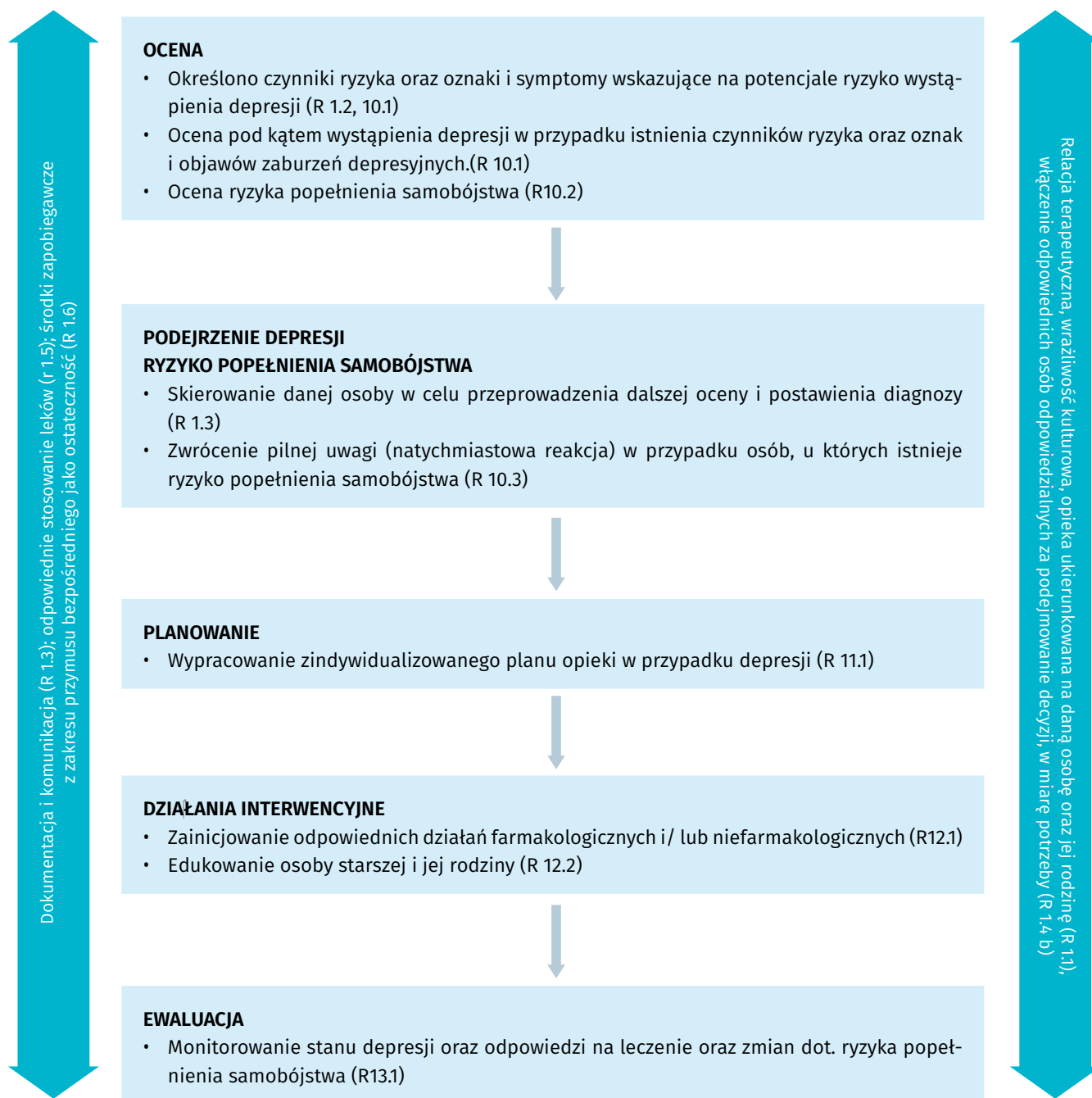
## Algorytm postępowania w przypadku delirium



## Algorytm postępowania w przypadku otępienia



## Algorytm postępowania w przypadku depresji





# ZAŁĄCZNIK NR 6

## INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE W OPIECE NAD CHORYM PO URAZIE RDZENIA KRĘGOWEGO

### Specyfika zaburzeń

Całkowite lub częściowe zatrzymanie moczu spowodowane przerwaniem drogi<sup>53</sup> przewodzenia w rdzeniu kręgowym jest najczęściej przejściowe i po okresie szoku rdzeniowego, przechodzi w częściowe nietrzymanie moczu z dużym zaleganiem po mikcji, niezależnej od woli chorego. Fizjologicznie pęcherz moczowy mieści 400-500 ml moczu na dobę, a po mikcji zalega w pęcherzu ok 300 ml moczu.

Często u tych pacjentów dochodzi do zakażeń układu moczowego. Najczęstsze objawy u chorych, podejrzanych o zakażenie dróg moczowych (ZUM) z zaburzeniami neuro-urologicznymi to:

- gorączka,
- zmiana ilości oddawanego moczu,
- wyciek wokół założonego na stałe cewnika,
- zwiększenie spastyczności,
- złe samopoczucie,
- senność lub uczucie niepokoju,
- mętny mocz ze zwiększonym przykrym zapachem,
- dyskomfort lub ból nerki lub pęcherza moczowego,
- trudności w oddawaniu moczu.

### Rekomendowane zasady opieki nad osobami z NTM po urazie rdzenia:

- początkowo, w okresie atonii pęcherza, cewnikowanie stałe przez 2-3 tygodnie cewnikiem Foleya (16 dla mężczyzn, 18 dla kobiet), następnie cewnikowanie przerywane cewnikiem Nelatona, 5 razy na dobę, celem wytworzenia automatyzmu pęcherza,
- edukacja chorego w zakresie rozpoznawania objawów przepełnienia pęcherza i samocewnikowania,
- regularne wykonywanie badań moczu - ogólnego i posiewu moczu w celu wykrywania zakażeń dróg moczowych (ZUM),
- podawanie antybiotyków celowanych przy CFU/ ml, > 10<sup>4</sup> jtk/ ml lub przy leukocyturii > 10 leukocytów odwirowanych w próbce moczu na polu mikroskopowym<sup>54</sup>.
- dobór i stosowanie środków chłonnych (wkłady anatomiczne, majtki chłonne, pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne) jako ewentualne uzupełnienie opieki.

### Rekomendacje dotyczące postępowania pielęgniarskiego

| Rekomendacja                               | Opis  | Wartość dowodów |
|--|---|-----------------|
| Prowadzenie dziennika mikcji               |   | Ia i IV         |
| Cewnikowanie przerywane cewnikiem Nelatona |   | Ia              |
| Nauczenie chorego zasad samocewnikowania   | Zachowanie zasad aseptyki i higieny osobistej | Ia              |
| Podawanie leków przeciwmuskarynowych       |   | Ia              |
| Regularne pobieranie moczu do badań        |   | Ia              |

<sup>53</sup>Uszkodzenie poprzeczne rdzenia kręgowego na wysokości kręgosłupa piersiowego lub szyjnego.

<sup>54</sup>N'Dow J., Briganti A., De Santis M., Knoll T., LlorenteAbarca C., Ribal M.J., Sylvester R., Loch T., Van Poppel H. Neurourologia - Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (2/2). European Association of Urology Guidelines 2016 edition. <http://lekarzkatowice.blogspot.com/2016/07/neurourologia-wytyczne-europejskiego-towarzystwa-urologicznego-0.html#>. Dostęp z dnia 13.09.2017.



# ZAŁĄCZNIK NR 7

## PROFILAKTYKA ZAPARĆ - INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE<sup>55</sup>

### Epidemiologia

Zaparcia są problem natury zdrowotnej, stanowiącym poważne wyzwanie nie tylko dla osób, których to dotyczy, ale także podmiotów świadczących opiekę zdrowotną. Zaparcie stolca należy do najczęstszych zespołów chorobowych w populacjach krajów uprzemysłowionych. Duża częstość występowania zaparcia decyduje o społecznym znaczeniu tej choroby. Częstość występowania zaparć rośnie wraz z wiekiem, w szczególności po osiągnięciu 70. roku życia<sup>56</sup>. Dane epidemiologiczne wskazują na to, że wraz z wiekiem, częściej zgłaszane są subiektywnie odczuwane zaparcia oraz stosowanie środków przeczyszczających<sup>57</sup>. Przeprowadzone badania naukowe potwierdzają, że zarówno zgłaszane przez daną osobę zaparcia jak i zaparcia potwierdzone diagnozą lekarską, częściej występują wraz z wiekiem, mimo braku zmian fizjologicznych (brak podłoża organicznego/ somatycznego).

Największym problemem jest przewlekłe zaparcie u osób w podeszłym wieku. Z większością tych chorych na początku stykają się pielęgniarki i lekarze w podstawowej opiece zdrowotnej. Do nich należy podjęcie wstępnych badań diagnostycznych. Pielęgniarka, przeprowadzająca wywiad w części dotyczącej wydalania moczu i stolca, powinna zadać pytanie o problem zaparć i różnych niepokojących objawów, które mogą towarzyszyć przewlekłym zaparciom, takich jak domieszka krwi w kale, niedokrwistość i zmniejszenie masy ciała.

Pielęgniarka, w każdym przypadku, gdy pacjent zgłasza zaburzenia defekacji, powinna skierować go do lekarza, w celu zdiagnozowania i leczenia. Zaburzenia defekacji mogą być objawem wielu poważnych chorób, m.in. choroby uchyłkowej i raka jelita grubego. Także leczenie przewlekłego zaparcia jest poważnym wyzwaniem dla lekarzy, pielęgniarek, opiekunów i samych pacjentów. Podkreśla się znaczenie czynników związanych ze stylem życia, takich jak nieodpowiednie przyjmowanie płynów i błonnika dietetycznego<sup>58</sup>, ignorowanie nagłej potrzeby oddania stolca, siedzący tryb życia<sup>59</sup> oraz zażywanie kilku/ wielu leków równocześnie<sup>60</sup>.

Wykazano także, że niskie wartości przyjmowanych płynów, przy zwiększonym przyjmowaniu błonnika dietetycznego, zwiększają ryzyko występowania zaparć lub zalegania mas kałowych.

Pierwszym krokiem jest na ogół dieta bogatoresztkowa i stosowanie leków przeczyszczających. Istotne znaczenie ma objętość wypijanych płynów - zaleca się ponad 3 litry na dobę. Z leków przeczyszczających skuteczna jest laktuloza przyjmowana stale, a nie w pojedynczych dawkach interwencyjnych, po kilku czy kilkunastu dniach braku wypróżnienia. W niektórych przypadkach lekarze zalecają leczenie operacyjne.

*Niniejsze rekomendacje dotyczące profilaktyki zaparć nie mają zastosowania w przypadku tych osób, u których występują choroby lub zaburzenia związane z koniecznością ograniczenia przyjmowania płynów ani w przypadku tych osób, które przyjmują środki odurzające, korzystają z opieki paliatywnej lub wymagają żywienia dojelitowego. Należy je stosować z ostrożnością w przypadku osób z upośledzoną funkcją ruchu (osoby zmuszone do pozostania w łóżku).*

### Definicje

**Zaparcie (pierwotne lub idiopatyczne)** - zaparcie związane z brakiem aktywności ruchowej lub obniżonym stopniem aktywności fizycznej, nieodpowiednim przyjmowaniem płynów i błonnika dietetycznego, brakiem właściwej odpowiedzi/ reakcji na nagłą potrzebę oddania stolca, przewlekłym stosowaniem stymulujących środków przeczyszczających i zwiększonym poziomem progesteronu u kobiet<sup>61</sup>.

**Błonnik dietetyczny** - naturalny komponent produktów roślinnych takich jak: owoce, warzywa i ziarna. Dzięki wchłanianiu wody jest doskonałym „wypełniaczem” jelit - pobudza ich ukrwienie, perystaltykę oraz przyspiesza pasaż jelitowy, pomaga w tworzeniu miękkiego stolca, zapobiega zaparciom i ułatwia wypróżnienia, ogranicza wchłanianie substancji toksycznych z jelit i ułatwia ich wydalanie z kałem.

<sup>55</sup>Na podstawie: American Gastroenterological Association, A.E. Bharucha, S.D. Dorn, A. Lembo, A. Pressman: American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. A.E. Bharucha, J.H. Pemberton, G.R. Locke: American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology*, 2013; 144: 211-217, 218-238.

Podsumowanie wytycznych American Gastroenterological Association-2013 opracował Łukasz Strzeszyński; Konsultacja prof. dr hab. n. med. Witold Bartnik, Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie 08.01.2014.

<sup>56</sup>Higgins & Johanson (2004).

<sup>57</sup>Cheskin & Schuster (1994).

<sup>58</sup>Meza, Peggs & O'Brien, 1984; Neal, 1995; Wrenn, 1989. Długotrwałe stosowanie lub nadużywanie środków przeczyszczających (Neal, 1995; Towers, Burgio, Locher, Merkel, Safaiean & Wald, 1994).

<sup>59</sup>Corazzari, Materia, Bausano, Torsoli, Badali, Fanucci & Fraracci, 1987; Donald, Smith, Cruikshank, Elton & Stoddart, 1985; Richards-Hall, Rakel, Karsten, Swansen & Davidson, 1995.

<sup>60</sup>Towers et al, 1994; Whitehead, Drinkwater, Cheskin, Heller & Schuster, 1989.

<sup>61</sup>Koch, 1995.

**Hydratacja** - promowanie odpowiedniego utrzymania równowagi płynów, co zapobiega komplikacjom wynikającym z nieodpowiedniego lub niepożądanego stopnia przyjmowanych płynów<sup>62</sup>. Dla celów niniejszych Rekomendacji, główny nacisk kładzie się na zapewnienie takiego poziomu przyjmowanych płynów, który pomoże zapobiegać epizodom zaparcia.

**Normalny rytm i jakość wypróżnień** - wynosi od 1 do 3 wypróżnień dziennie lub co najmniej - jednego wypróżnienia raz na dwa dni: stolec miękki, uformowany, o masie 250 do 500 ml, z zastosowaniem środków przeczyszczających ograniczających się do zachowania miękkiej konsystencji stolca<sup>63</sup>.

**Kontrola defekacji** - zaplanowany czas wydalania stolca (30 do 40 minut od momentu przyjęcia przez podopiecznego posiłku dietetycznego) w pozycji, która odpowiada pozycji kucznej z założeniem, że podczas tego czasu, podopiecznemu zagwarantuje się odpowiedni czas i zapewni prywatność<sup>64</sup>.

**Dzienniczek defekacji** - narzędzie kontroli umożliwiające dokumentowanie schematu/ modelu wypróżnień, który obejmuje takie elementy defekacji jak: częstotliwość wypróżnień, konsystencja stolca, ilość, ale także zastosowane środki profilaktyczne w tym: przyjmowane płyny, przyjmowanie błonnika dietetycznego oraz stosowanie środków przeczyszczających. Dzienniczek wypróżnień stosuje się w oparciu o dane wyjściowe (ang. *baseline data*), co pomaga określić odpowiednie działania interwencyjne i śledzić odpowiedź i reakcje podopiecznego na działania zapobiegające zaparciom.

## Patogeneza

Lekarze zwykle rozumieją przez zaparcie wypróżnienia o zbyt małej częstotliwości - zwykle rzadziej niż 3 razy w tygodniu. Pacjenci natomiast określają tym pojęciem znacznie szerszy zakres objawów: twarde stolce, uczucie niecałkowitego wypróżnienia, dyskomfort i uczucie wzdęcia, bądź rzeczywiste wzdęcie brzucha, a ponadto inne objawy, sugerujące zaburzenie aktu defekacji (konieczność nadmiernego parcia, uczucie zablokowania odbytu lub odbytnicy podczas defekacji, potrzeba manewrów ręcznych wspomagających defekację). Z tego powodu, często zaparcie zgłaszają pacjenci, którzy mają codzienne wypróżnienia. Zmniejszenie częstotliwości oddawania stolca nie musi wskazywać na wydłużony czas pasażu okrężnicy. U wielu osób zaparcie występuje okazjonalnie (np. podczas podróży), natomiast niniejsze wytyczne dotyczą chorych ze stale utrzymującym się zaparciem - czyli zaparciem przewlekłym.

Zaparcie może być objawem różnych chorób. W zależności od stwierdzonej przyczyny zaparcia chorego, można wstępnie zakwalifikować do jednej (lub więcej niż jednej) z następujących kategorii:

1. **Zaparcie z prawidłowym pasażem** - pasaż okrężnicy jest prawidłowy, nie ma zaburzenia defekacji; niektórzy chorzy z tej grupy mogą mieć objawy zespołu jelita drażliwego (np. ból brzucha, wzdęcie i niepełne wypróżnienia).
2. **Zaparcie ze zwolnionym pasażem** - pasaż okrężnicy jest zwolniony, nie ma zaburzenia defekacji.
3. **Zaburzenie defekacji** - upośledzenie wydalania kału, głównie z powodu niedostatecznej siły propulsywnej odbytnicy i/ lub zwiększonego oporu. Zwiększony opór może wynikać z wysokiego spoczynkowego ciśnienia w odbycie (anismus) i/ lub z niecałkowitego rozkurczu bądź paradoksalnego skurczu mięśni dna miednicy i zewnętrznych zwieraczy odbytu podczas defekacji (dyssynergia dna miednicy). Mogą współistnieć nieprawidłowości anatomiczne (np. uchyłek odbytnicy, wgłobienie) i osłabione czucie trzewne w odbytnicy.
4. **Zaparcie ze zwolnionym pasażem współistniejące z zaburzeniem defekacji.**
5. **Zaparcie organiczne** - blokada mechaniczna lub działanie niepożądane leków.
6. **Zaparcie wtórne** - wskutek zaburzeń metabolicznych.

Przyczyną zaparcia mogą być:

- niektóre leki: np. przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne, przeciwhistaminowe, przeciwparkinsonowskie, przeciwbólowe (opioidy, niesteroidowe leki przeciwzapalne), przeciwdrgawkowe, przeciwnadciśnieniowe, rozkurczowe, wiążące kwasy żółciowe i leki stosowane w leczeniu nowotworów,
- przyczyny mechaniczne wywołane chorobą: rak jelita grubego, ucisk z zewnątrz przez guz nowotworowy, zwężenia: uchyłki i po niedokrwieniu duży uchyłek odbytnicy, szczelina odbytu, powikłania pooperacyjne,
- zaburzenia metaboliczne, np: cukrzyca, niedoczynność tarczycy, mocznica,
- choroby układu nerwowego, np: choroba Parkinsona, urazy lub nowotwory rdzenia kręgowego, choroby naczyń mózgowych, stwardnienie rozsiane, neuropatia autonomiczna, upośledzenie czynności poznawczych,
- inne choroby np: choroba zwyrodnieniowa stawów, unieruchomienie, depresja.

<sup>62</sup>Mentes & The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium, 2004.

<sup>63</sup>Sisters of Charity of Ottawa Health Services - Nursing Services, 1996.

<sup>64</sup>Sisters of Charity of Ottawa Health Services - Nursing Services, 1996.

## Rekomendacje dotyczące postępowania pielęgniarskiego

| REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PRAKTYK PIELĘGNIARSKICH |  | WARTOŚĆ DOWODÓW |
|--|--|-----------------|
| 1.0  | Ocena i określenie występujących zaparć przez uzyskanie wglądu w wywiad lekarski podopiecznego.  | IV              |
| 2.1  | Uzyskanie informacji dotyczących: <ul style="list-style-type: none"> <li>ilości i rodzaju zwykle wypijanych płynów, ze zwróceniem szczególnej uwagi na napoje zawierające kofeinę i alkohol;</li> <li>przeciętnego spożycia błonnika dietetycznego i ilości spożytej żywności;</li> <li>wszelkich istotnych informacji (z wywiadu lekarskiego) dotyczących przebytych chorób, czy przeprowadzonych zabiegów chirurgicznych, które mogą mieć związek z występowaniem zaparć: choroby neurologiczne, cukrzyca, niedoczynność tarczycy, przewlekłe choroby nerek, hemoroidy, szczeliny odbytu, choroba uchyłkowa jelit, zespół jelita wrażliwego, wcześniejsze zabiegi chirurgiczne obejmujące jelita, depresja, demencja (otępienie), czy ostry stan splątania.</li> </ul> | IV              |
| 3.0  | Przegląd leków przyjmowanych przez podopiecznego w celu wyodrębnienia tych, które mogą mieć związek z podwyższonym ryzykiem wystąpienia zaparć, w tym: długotrwałe przyjmowanie środków przeczyszczających i historia ich przyjmowania.  | III             |
| 3.1  | Ocena ryzyka przyjmowania kilku/ wielu leków równocześnie włączając w to powielanie recept i leki dostępne bez recepty oraz niepożądane skutki leków.  | III             |
| 4.0  | Określenie zdolności podopiecznego w zakresie jego sprawności funkcjonalnej związanej ze sprawnością ruchową, jedzeniem i piciem oraz w zakresie zdolności poznawczych związanych z umiejętnością wyrażania potrzeb i stosowania się do prostych instrukcji (poleceń).   | III             |
| 5.0  | Przeprowadzenie badania fizykalnego jamy brzusznej i odbytnicy. Ocena siły mięśni brzucha, zaparc/ zablokowania jelit kałem względnie kamieniami kałowymi, hemoroidy oraz odruchy.   | IV              |
| 6.0  | Przed wdrożeniem protokołu dot. występowania zaparć, należy określić schemat wypróżnień (częstość i konsystencja stolca, zwykły czas defekacji), epizody zaparć i/ lub nietrzymania stolca, schemat spożywania płynów i pokarmu (rodzaj i ilości płynów) oraz metodę załatwiania potrzeb fizjologicznych (tu: kontrola defekacji) przy użyciu 7-dniowego dzienniczka defekacji.  | IV              |
| 7.0  | Ilość przyjmowanych płynów powinna wynosić 1500-2000 ml dziennie. Zachęcenie podopiecznego do przyjmowania płynów stopniowo (tzw. picie łyčzkami) w ciągu dnia i ograniczenie - w miarę możliwości - ilości napojów zawierających kofeinę i napojów alkoholowych.  | III             |
| 8.0  | Przyjmowanie błonnika dietetycznego powinno wynosić od 25 do 30 gr błonnika dziennie. Spożycie błonnika dietetycznego należy codziennie zwiększać, w miarę jak podopieczny osiągnie stały poziom przyjmowanych płynów, tj. co najmniej 1500 ml na dobę. Zdecydowanie zaleca się konsultację z dietetykiem.   | III             |
| 9.0  | Promowanie regularnej, konsekwentnej kontroli defekacji każdego dnia w oparciu o serwowany posiłek dietetyczny podopiecznego. Zapewnienie prywatności podopiecznemu podczas załatwiania czynności fizjologicznych (przestrzeń/ akustyka).  | III             |
| 9.1  | Należy zachęcać podopiecznych do załatwiania swoich potrzeb w pozycji kucznej, w celu ułatwienia załatwiania czynności fizjologicznych związanych z oddawaniem stolca. W przypadku podopiecznych niezdolnych do korzystania z toalety (np. podopieczni pozostający w łóżku) należy symulować pozycję kuczną, poprzez ułożenie podopiecznego w pozycji bocznej z ugiętymi kolanami przesuwając nogi w stronę brzucha.   | III             |
| 10.0   | Aktywność fizyczna powinna być dostosowana do zdolności fizycznych danej osoby, stanu zdrowia, preferencji osobistych i zdolności przystosowawczych. Częstość, intensywność i czas trwania ćwiczeń powinny być dostosowane do możliwości podopiecznego.  | IV              |
| 10.1   | Spaceruje zaleca się tym osobom, które są w pełni mobilne lub mają ograniczoną mobilność (ograniczone zdolności ruchowe/ poruszania się). 15-20 minut raz lub dwa razy dziennie lub 30-60 minut dziennie lub 3-5 razy tygodniowo.  | IV              |
| 10.2   | W przypadku osób, które są niezdolne do spacerów lub zmuszone do pozostania w łóżku, zaleca się stosowanie takich ćwiczeń takich jak: ćwiczenia miednicy, wolne obroty tułowia, podnoszenie na przemian jednej i drugiej nogi.   | IV              |
| 11.0   | Ocena reakcji podopiecznego i potrzeby wdrażania bieżących interwencji z zastosowaniem dzienniczka wypróżnień, które dokumentują częstość, konsystencję i ilość wydalanego stolca, epizody zaparć/ nietrzymania kału oraz stosowanie środków przeczyszczających (doustnie lub doodbytniczo). Dokonanie ewaluacji dot. stopnia zadowolenia podopiecznego z wdrożonych schematów wypróżnień oraz postrzegania przez podopiecznego stopnia osiągniętych celów związanych z taką metodą.   | IV              |

| REKOMENDACJE EDUKACYJNE                       |   | WARTOŚĆ DOWODÓW |
|---|---|-----------------|
| 12.0  | Kompleksowe programy edukacyjne mające na celu ograniczenie zaparć i promowanie odpowiedniego rytmu i jakości wypróżnień (odpowiednią pracę jelit) powinny być opracowane i organizowane i przez pielęgniarkę zaangażowaną w przygotowanie programów mających na celu profilaktykę zaparć (np.: Doradca ds. Profilaktyki Zaparć, Pielęgniarka Specjalistyczna, Pielęgniarka Kliniczna). Tego typu programy powinny być skierowane do wszelkich szczebli w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej, ukierunkowane na podopiecznego oraz rodzinę/ opiekunów. | IV              |
| REKOMENDACJE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI I POLITYKI |   | WARTOŚĆ DOWODÓW |
| 13.0  | Zachęca się organizatorów i zarządzających opieką zdrowotną do przyjęcia określonego sposobu postępowania w obrębie zespołu interdyscyplinarnego wobec nietrzymania kału.   | IV              |
|   | We wdrażaniu niniejszych wytycznych należy wziąć pod uwagę warunki lokalne. Rozpowszechnianie wytycznych powinno następować z uwzględnieniem aktywnego programu edukacyjnego i szkoleniowego w zakresie Świadczenia Usług Pielęgniarskich: Profilaktyka Zaparć w Populacji Osób Starszych.  | IV              |

## Załatwianie czynności fizjologicznych (kontrola defekacji)

Zaplanowany czas wydalania stolca (30 do 40 minut od momentu przyjęcia przez podopiecznego posiłku dietetycznego) w pozycji, która odpowiada pozycji kucznej z założeniem, że podczas tego czasu podopiecznemu zagwarantuje się odpowiedni czas i zapewni prywatność<sup>65</sup>.

## Wywiad

W sytuacji, gdy na podstawie informacji uzyskanych z wywiadu pielęgniarka podejrzewa zaburzenia defekacji, powinna nakłonić pacjenta do wizyty u lekarza, w celu przeprowadzenia szczegółowego wywiadu, który w połączeniu z badaniem palcem *per rectum*, ma podstawowe znaczenie w diagnostyce zaparć. W wywiadzie pielęgniarka może ustalić, jakie objawy pacjent uznaje za najbardziej dokuczliwe, np. za małą częstotliwość wypróżnień, twarde stolce, uczucie niepełnego wypróżnienia czy może objawy nie związane z samą defekacją (np. wzdęcie, ból, ogólnie złe samopoczucie). Te ostatnie sugerują możliwość zespołu jelita drażliwego (postaci z zaparciem). Wczesne rozpoznanie zaburzenia defekacji jest ważne, ponieważ zwykłe leczenie przeczyszczające w takich przypadkach nie jest skuteczne.

Pielęgniarka przeprowadzająca wywiad powinna odnotować rodzaj i rytm wypróżnień oraz dotychczas stosowane leczenie - jak często pojawia się uczucie parcia na stolec? czy zawsze jest zrealizowane? jaka jest konsystencja stolców? jakie leki przeczyszczające chory stosuje, jak często i w jakich dawkach? czy dodatkowo stosuje czopki lub wlewki doodbytnicze? Konieczne jest dokładne zebranie informacji o wszystkich przyjmowanych przez chorego lekach (zarówno kupowanych na receptę, jak i bez recepty), ponieważ niektóre z przyjmowanych leków mogą powodować zaparcie.

## Przyjmowanie błonnika

Wytyczne sugerują stopniowe zwiększanie podaży błonnika (zarówno w postaci zawartej w pokarmach wchodzących w skład diety, jak i w postaci suplementów) i/ lub zastosowanie leku osmotycznego (np. makrogoli).

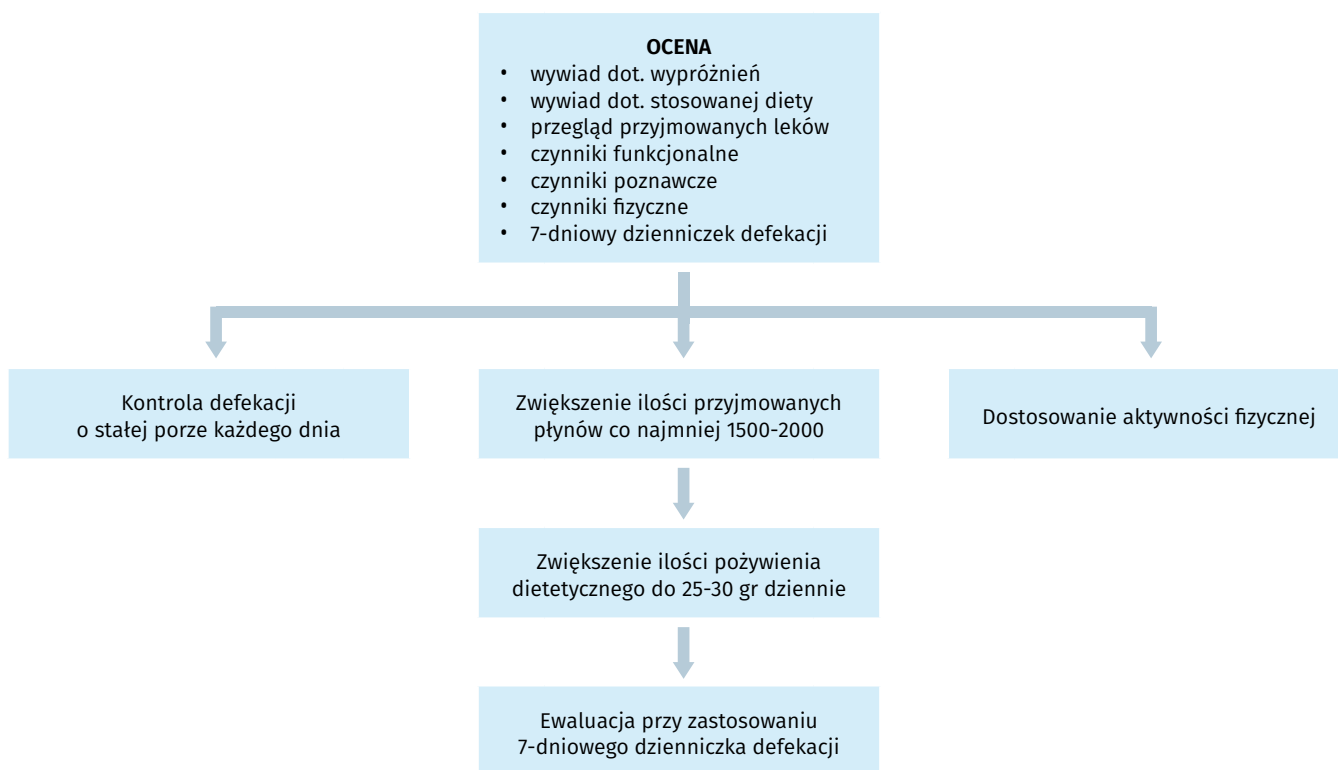
## Farmakoterapia

Zależnie od konsystencji stolca, kolejnym krokiem może być dodanie do leku osmotycznego leku o działaniu kontaktowym (np. bisakodylu lub czopków glicerynowych). Najlepiej je przyjmować 30 minut po posiłku, aby uzyskać efekt synergistyczny z fizjologiczną reakcją żołądkowo-jelitową.

Farmakologiczne leczenie zaparcia opornego musi przebiegać na zlecenie i pod nadzorem lekarza. Podstawową metodą leczenia chorych z zaburzeniami defekacji jest trening behawioralny; leki przeczyszczające zwykle nie są skuteczne.

<sup>65</sup>Sisters of Charity of Ottawa Health Services - Nursing Services, 1996.

## Algorytm zapobiegania zaparciom







# ZAŁĄCZNIK NR 8

## TERMINOLOGIA I DEFINICJE

### 1.1. Słownik ICS<sup>66</sup> i ICNP<sup>67</sup>

#### Uwaga

W poniższym dokumencie zrezygnowano z poprawności językowej w tym stosowanej w praktyce medycznej na rzecz dosłowności tłumaczenia.

Poniższa terminologia i definicje zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP).

#### A. Definicja:

**Nietrzymanie moczu**, inaczej **inkontynencja moczu** (ang. *urinary incontinence*, wg ICNP®: **10026895**), to przypadłość obejmująca jakikolwiek epizod niezależny od woli wycieku moczu z pęcherza moczowego<sup>68</sup>.

#### B. Rodzaje nietrzymania moczu:

- **Wysiłkowe nietrzymanie moczu** (ang. *stress urinary incontinence*, wg ICNP®: **10026869**) - mimowolny wyciek moczu podczas wysiłku fizycznego, kichania, kaszlu, czyli wykonywania czynności, które powodują wzrost ciśnienia w jamie brzusznej. Jest to najczęściej dotyczący kobiety typ NTM, często występujący po naturalnym porodzie jako dysfunkcja przejściowa. Objawy wysiłkowego nietrzymania moczu:
  - bezwiedne oddawanie niewielkich ilości moczu bez uczucia parcia, bez zwiększenia ilości mikcji w ciągu dnia i nocy,
  - niewydolność mechanizmu zwieraczowego/ zaburzenia statyki narządów płciowych.
  - **Stopień I:** nietrzymanie moczu tylko w pozycji stojącej, podczas znacznego i gwałtownego wzrostu ciśnienia śródbrzuszego (kaszel, śmiech).
  - **Stopień II:** nietrzymanie moczu w następstwie wysiłku fizycznego związanego z napięciem mięśni brzucha (skakanie, chodzenie po schodach z obciążeniem).
  - **Stopień III:** nietrzymanie moczu podczas leżenia (zmiana pozycji ciała).
- **Naglące nietrzymanie moczu** (ang. *urge urinary incontinence*, wg ICNP®: **10026882**), inaczej **nietrzymanie moczu z parć naglących** - niezamierzone oddawanie moczu, pojawiające się jednocześnie lub poprzedzone parciem na cewkę moczową, występuje częstomocz, gdyż nawet niewielka ilość moczu w pęcherzu powoduje uczucie parcia i popuszczanie moczu. Ma to związek z niekontrolowanymi skurczami pęcherza moczowego lub nadmierną pobudliwością mięśnia wypieracza, co często spowodowane jest nadaktywnością pęcherza moczowego. Objawy inkontynencji moczu z parcia:
  - bezwiedne popuszczanie moczu poprzedzone silnym parciem,
  - nokturia,
  - niestabilność mięśnia wypieracza pęcherza moczowego/ nadmierna pobudliwość mięśnia wypieracza.
- **Mieszane nietrzymanie moczu** (ang. *mixed urinary incontinence*) - schorzenie łączące dwa pozostałe rodzaje NTM, jest to jednoczesne występowanie wysiłkowego i naglącego NTM.
- **Ciągłe nietrzymanie moczu** (ang. *continuous urinary incontinence*) - nietrzymanie moczu występuje stale.
- **Moczenie nocne** (ang. *nocturnal enuresis*) - nietrzymanie moczu w nocy.
- **Częściowe nietrzymanie moczu z towarzyszącym przewlekłym zaleganiem moczu** (ang. *chronic urinary retention*) - mimo niezamierzonego oddawania moczu, nie dochodzi do całkowitego opróżnienia pęcherza moczowego (średnio w pęcherzu pozostaje 300 ml moczu).
- **Nietrzymanie, której nie można zidentyfikować na podstawie zgłaszanych dolegliwości** (ang. *urinary incontinence, which can not be identified on the basis of reported complaints*) - osoba nie może scharakteryzować nietrzymania moczu, za uważy jedynie fakt oddania moczu, ale nie może połączyć go z żadną aktywnością, bodźcem lub zdarzeniem.
- **Nietrzymanie moczu podczas stosunku płciowego** (ang. *urinary incontinence during sexual intercourse*) - tylko u kobiet,

<sup>66</sup>Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji, w zaleceniach z 2013 roku, rekomenduje do używania w praktyce medycznej dotyczącej nietrzymania moczu, podstawowe definicje pojęć ujęte w pkt 1.

<sup>67</sup>International Classification for Nursing Practice (ICNP®) to ujednolicony system języka pielęgniarskiego, terminologia stosowana w praktyce pielęgniarskiej, ułatwiająca porównywanie pojęć stosowanych w konkretnych placówkach z istniejącymi systemami terminologicznymi. Podstawowa wersja ICNP® jest dostępna w języku angielskim. Wtórne są tłumaczenia na języki narodowe. Może obowiązywać tylko jedna wersja językowa (narodowa) dla każdego państwa czy języka. Terminy i definicje wymienione w słowniku ICNP® są zgodne z międzynarodową normą ISO 1087-1:2000 Vocabulary (Terminologia - zasady i koordynacja). Przy definiowaniu w poszczególnych językach obowiązuje zasada przewagi rozumiałości nad poprawnością lingwistyczną. W Polsce za wdrażanie ICNP® odpowiada: Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. 11Nursing Interventions Classification (NIC) - Klasyfikacja Działań Pielęgniarskich bierze początek z praktyki, nie jest hierarchiczna i jest prostsza niż modele przyjmowane zwykle w taksonomii (np. ICNP). Ta prostota nie oznacza braku ścisłości, ale wynika z celów praktycznych, takich jak rozliczenia, planowanie zasobów i opieki. Natomiast ICNP, z uwagi na swój wielki potencjał zakresu oraz segmentową, hierarchiczną strukturę, może być używana jako swoisty punkt odniesienia dla wszystkich klasyfikacji (w tym NIC czy NANDA - Północnoamerykańskiego Towarzystwa Diagnoz Pielęgniarskich). Obecnie prowadzone są prace na systemami UMLS (uniwersalny system języka medycyny) i UNLS (uniwersalny system języka pielęgniarstwa), które pomyślane są jako unifikujące obecne systemy klasyfikacji. W pracach nad UNLS uczestniczy także American Nursing Association.

<sup>68</sup>Incontinence, 6th edition 2017, red. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A., 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016.

oddawanie moczu tylko podczas stosunku płciowego.

- **Funkcjonalne nietrzymanie moczu** (ang. *functional incontinence*, wg ICNP®: **10026830**) - mimo silnej potrzeby oddania moczu, osoba nie może na czas dotrzeć do łazienki z powodu zaburzeń poznawczych, czynnościowych lub problemów z poruszaniem się. Stan anatomiczny i funkcjonalny dolnego odcinka układu moczowego nie uzasadnia występowania nietrzymania moczu.
- **Wieloczynnikowe nietrzymanie moczu** (ang. *multifactorial urinary incontinence*) - niezamierzone oddanie moczu jest następstwem wielu czynników ryzyka (chorób współistniejących, leków, wieku i czynników środowiskowych).

### C. Objawy zaburzeń magazynowania moczu w pęcherzu moczowym:

- **Częste oddawanie moczu w ciągu dnia, inaczej częstomocz** (ang. *urinary frequency*) - pacjent skarży się na częstsze oddawanie moczu w ciągu dnia niż dawniej. Zaleca się stosowanie miary - oddanie moczu ponad 8 razy na dobę do oceny częstego oddawania moczu w ciągu dnia<sup>69</sup>.
- **Oddawanie moczu w nocy** (ang. *urination at night*) - osoba budzi się w nocy raz lub kilka razy, ponieważ musi oddać mocz.
- **Nagłe parcie na mocz** (ang. *urgent micturition*) - nagle występująca, silna potrzeba oddania moczu, którą trudno powstrzymać.
- **Pęcherz nadaktywny** (ang. *overactive bladder*)<sup>70</sup> - charakteryzuje się znacznym parciem na mocz z nietrzymaniem moczu lub bez, nierzadko z częstomoczem i oddawaniem moczu w nocy. Rozróżnia się dwa rodzaje pęcherza nadaktywnego: „suchy” (bez nietrzymania moczu) i „mokry” (z nietrzymaniem moczu).  
Objawy nadaktywności pęcherza moczowego (OAB):
  - parcie naglące z nietrzymaniem moczu lub bez,
  - zmniejszenie pojemności pęcherza moczowego - częstomocz dzienny i nocny (nokturia), z nagłym nietrzymaniem moczu lub bez niego, w sytuacji niewystępowania zakażenia układu moczowego i innych patologii układu moczowego, pęcherz nadaktywny idiopatyczny<sup>71</sup>.
- **Pęcherz odruchowy, inaczej automatyczny** (ang. *reflex bladder*) - samoistne oddawanie moczu, bez woli chorego, w niewielkiej ilości, spowodowane obniżoną pobudliwością pęcherza po uszkodzeniu ośrodków mikcji w rdzeniu kręgowym lub uszkodzeniu nerwów obwodowych<sup>72,73</sup>.
- **Pęcherz atoniczny** (ang. *atonic bladder*) - całkowite zatrzymanie moczu spowodowane ostrym, poprzecznym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Prowadzi do retencji moczu. Jest to stan przejściowy.

### D. Zaburzenia wrażliwości pęcherza moczowego:

- **WzmóŜona wrażliwość pęcherza moczowego** (ang. *increase bladder sensitivity*) - podczas wypełniania pęcherza moczowego pacjent odczuwa bardzo silną potrzebę oddania moczu, ale w przeciwieństwie do „nagłego parcia na mocz” oddanie moczu może być opóźnione.
- **Zmniejszona wrażliwość pęcherza moczowego** (ang. *decreased bladder sensitivity*) - odczucie sygnalizujące chęć oddania moczu następuje później niż to miało miejsce w przeszłości.
- **Brak wrażliwości pęcherza moczowego** (ang. *lack of bladder sensation*) - brak odczucia wypełniania pęcherza i bodźca do oddania moczu.

### E. Objawy odczuwane w trakcie i po oddaniu moczu:

- **Opóźnienie** (ang. *start of urination is delayed*) - rozpoczęcie oddawania moczu opóźnia się.
- **Zmniejszony strumień moczu** (ang. *reduced urine stream*) - strumień moczu jest mniejszy w porównaniu ze stanem wcześniejszym lub w porównaniu z innymi osobami.
- **Przerwane oddawanie moczu** (ang. *interrupted urination*) - podczas oddawania moczu strumień moczu przestaje płynąć, a następnie znowu zaczyna płynąć; taka sytuacja może wystąpić nawet kilka razy podczas oddawania moczu.
- **Oddawanie moczu z napięciem mięśni brzucha** (ang. *urination with abdominal muscles*) - pacjent napina mięśnie brzucha, aby rozpocząć oddawanie moczu, utrzymać je lub poprawić przepływ moczu.
- **Rozproszenie strumienia moczu** (ang. *dispersal of urine stream*) - mocz wychodzi z cewki moczowej nie w postaci jednego strumienia, ale rozgałęzia się na wiele strumieni.

<sup>69</sup>Liczba mikcji (opróżnień pęcherza) nie jest podana w nowej definicji, więc jest to kwestia subiektywna i zależy od danego pacjenta. W dawnej praktyce oddanie moczu więcej niż siedem razy w ciągu dnia uważano za patologię. Obecnie przy normalnej podaży płynów i 14-16 godzinach aktywności w ciągu dnia, oddanie moczu 7-8 razy dziennie uznaje się za wartość graniczną, która nie oznacza jeszcze znacznej, wymuszonej zmiany w aktywności pacjenta ani pogorszenia jakości życia.

<sup>70</sup>Synonimy: pęcherz nadreaktywny, zespół parć naglących, zespół przynaglania, zespół pęcherza nadreaktywnego - nie musi mu towarzyszyć nietrzymanie moczu, jednak z uwagi na jego etiologię, badania i leczenie, pęcherz nadaktywny organicznie przynależy do problematyki nietrzymania moczu. Pęcherz nadaktywny jest rozpoznawany na podstawie objawów i nie jest równoznaczny z nadaktywnym wypieraczem, który obserwuje się w badaniu urodynamicznym i który oznacza, że podczas cystometrii występują niezamierzone skurcze mięśni wypieracza. Aby ustalić rozpoznanie, należy wykluczyć współwystępujące zakażenie układu moczowego lub inne choroby dotyczące pęcherza moczowego (np. guz, kamień).

<sup>71</sup>Abrams P, et al. *Neurourology* 2006;25:293Haylen B, et al. *Neurourology* 2010;29:4-20.

<sup>72</sup>(red.) Wiczerowska-Tobis K., Talarska D. *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo PZWL. 2008.

<sup>73</sup>Lorencovicz R., Turowski K. *Postępowanie z chorym z paraplegią i tetraplegią*. In:(red) Adamczyk K., Turowski K. *Procedury pielęgnowania w neurologii i neurochirurgii*. Wydawnictwo Neuro-centrum. Lublin.2007, str. 31-37.

- **Pomikcyjne oddawanie moczu** (ang. *urinating after urination*) - ostatni etap oddawania moczu jest wydłużony, przepływ moczu zwalnia i mocz spływa kroplami, sączy się.
- **Uzucie niepełnego opróżnienia pęcherza** (ang. *feeling of incomplete emptying the bladder*) - pacjent czuje, że pęcherz nie został całkowicie opróżniony.
- **Konieczność natychmiastowego, wielokrotnego oddania moczu** (ang. *feeling of incomplete emptying the bladder*) - natychmiast po oddaniu moczu konieczne jest kolejne oddanie moczu.
- **Nietrzymanie moczu po oddaniu moczu** (ang. *urinary incontinence after urination*) - niezamierzone oddanie moczu bezpośrednio po mikcji.
- **Oddawanie moczu zależne od pozycji ciała** (ang. *urinary output depends on body position*) - pacjent musi przyjąć odpowiednią pozycję, by rozpocząć lub wspomóc oddawanie moczu.
- **Bolesne oddawanie moczu** - uczucie pieczenia lub dyskomfortu podczas oddawania moczu.
- **Zatrzymanie moczu** (ang. *urinary retention*, wg ICNP®: 10034631) - pacjent nie jest w stanie oddać moczu, mimo napięcia mięśni brzucha.
- **Zaleganie moczu po mikcji** (ang. *urinary retention after micturition*) - pewna ilość moczu zalega w pęcherzu po oddaniu moczu.

## Terminologia i definicje według ICNP®

Poniższa tabela zawiera opis terminów podstawowych, które są stosowane w ocenie pielęgniarskiej.

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM             | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM  | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM       | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM  |
|----------|-------------------------------------|---|----------------------------------|--|
| 10043976 | białkomocz                          | zaburzony proces układu moczowego   | Proteinuria                      | Impaired Urinary System Process  |
| 10013966 | ból przy oddawaniu moczu            | ból: doznanie bólu i pieczenia w pęcherza lub drogach moczowych odczuwane podczas oddawania moczu                 | Pain During Urination            | Pain: Urethral or cystic pain with burning sensations, felt on urination.  |
| 10026876 | całkowite nietrzymanie moczu        | nietrzymanie moczu  | Total Urinary Incontinence       | Urinary Incontinence   |
| 10046682 | częste oddawanie moczu              | status układu moczowego   | Urinary Frequency                | Urinary Status   |
| 10028604 | efektywny proces układu moczowego   | proces układu moczowego   | Effective Urinary System Process | Urinary System Process   |
| 10011591 | męski układ moczowy                 | układ moczowy   | Male Urinary System              | Urinary System   |
| 10020478 | mocz                                | substancja ciała  | Urine                            | Body Substance   |
| 10026824 | moczenie mimowolne                  | Inkontynencja moczu: mimowolne oddawanie moczu w czasie snu   | Enuresis                         | Urinary Incontinence: Involuntary loss of urine during sleep.  |
| 10026882 | nagłe nietrzymanie moczu            | nietrzymanie moczu: mimowolne oddanie moczu zdarzające się nagle po silnym odczuciu potrzeby opróżnienia pęcherza | Urge Urinary Incontinence        | Urinary Incontinence: Involuntary loss of urine occurring rapidly after a strong sense of urgency to void.         |
| 10034649 | negatywna retencja moczu            | retencja moczu  | Negative Urinary Retention       | Urinary Retention  |
| 10026895 | nietrzymanie moczu                  | status trzymania: mimowolne oddawanie moczu, brak świadomej kontroli nad pęcherzem i zwieraczem cewki moczowej    | Urinary Incontinence             | Continence Status: Involuntary passage of urine, failure of voluntary control over bladder and urethral sphincter. |
| 10026922 | nietrzymanie moczu z przepiętowania | nietrzymanie moczu  | Overflow Incontinence Of Urine   | Urinary Incontinence   |
| 10020450 | oddawanie moczu                     | proces układu moczowego   | Urination                        | Urinary System Process   |

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM                          | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM   | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM          | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM   |
|----------|--|--|-------------------------------------|---|
| 10026853 | odruch nietrzymania moczu                        | nietrzymanie moczu: mimowolne oddawanie moczu występujące w dających się przewidzieć odstępach czasu po wypełnieniu pęcherza   | Reflex Incontinence                 | Urinary Incontinence: Involuntary loss of urine occurring at somewhat predictable intervals when bladder volume is reached.   |
| 10014987 | pozytywne oddawanie moczu                        | oddawanie moczu  | Positive Urination                  | Urination   |
| 10026745 | pozytywne trzymanie moczu                        | status trzymania   | Positive Urinary Continenence       | Continenence Status   |
| 10020445 | proces układu moczowego                          | proces ciała: przemieszczanie i wydalanie moczu poprzez mijkę, zwykle 4-6 razy dziennie, średnio w ilości około 1000-2000 ml, na 24 godziny przy normalnej diecie  | Urinary System Process              | Body Process: Passage and excretion of urine through voiding usually during day time 4-6 times with an average quantity excreted under ordinary dietary conditions of approximately 1000 to 2000 ml per 24 hours.             |
| 10042524 | reżim urządzenia zewnętrznego do trzymania moczu | reżim  | External Continenence Device Regime | Regime  |
| 10026766 | status układu moczowego                          | status   | Urinary Status                      | Status  |
| 10034133 | status układu moczowo-płciowego                  | status   | Genitourinary Status                | Status  |
| 10026663 | trzymanie moczu kontynencja                      | status układu moczowego  | Urinary Continenence                | Urinary Status  |
| 10020421 | układ moczowy                                    | układ ciała  | Urinary System                      | Body System   |
| 10026869 | wysiłkowe nietrzymanie moczu                     | nietrzymanie moczu: mimowolne oddawanie niewielkich ilości moczu w związku ze zwiększonym ciśnieniem wewnątrz jamy brzusznej, towarzyszące kichaniu, śmiechowi albo podnoszeniu ciężkich rzeczy, bieganiu, skakaniu i ćwiczeniom fizycznym | Stress Urinary Incontinence         | Urinary Incontinence: Involuntary loss of small amounts of urine or dribbling of urine occurring in relation to increased abdominal pressure associated with sneezing, laughing and lifting, hopping, running and exercising. |
| 10012986 | zaburzone oddawanie moczu                        | oddawanie moczu  | Impaired Urination                  | Urination   |
| 10012972 | zaburzony proces układu moczowego                | proces układu moczowego  | Impaired Urinary System Process     | Urinary System Process  |
| 10034631 | zatrzymanie moczu                                | status dróg moczowych: mimowolne gromadzenie się moczu w pęcherzu, niekompletne opróżnianie pęcherza związane z utratą funkcji mięśni pęcherza, efekt uboczny narkotyków lub uszkodzenia pęcherza  | Urinary Retention                   | Urinary Status: Involuntary accumulation of urine in bladder, incomplete emptying of bladder associated with a loss of muscle function in bladder, side effects of narcotics or damage to bladder.                            |
| 10007874 | żeński układ moczowy                             | układ moczowy  | Female Urinary System               | Urinary System  |

Przed postawieniem diagnozy, pielęgniarka dokonuje oceny statusu zdrowotnego pacjenta: fizjologicznego, psychologicznego, czy społecznego. Klasyfikacja terminologii pielęgniarskiej wskazuje następujące interwencje, które pomagają w zdiagnozowaniu problemów pacjenta.

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM  | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM                      | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM |
|----------|--|----------------------------|---|-------------------------------|
| 10002687 | ocenie postawy wobec zarządzania leczeniem                       | ocenie                     | Assessing Attitude Toward Medication Management | Assessing                     |
| 10002694 | ocenie postawy wobec statusu odżywienia                          | ocenie                     | Assessing Attitude Toward Nutritional Status    | Assessing                     |
| 10002710 | ocenie kontroli bólu   | ocenie                     | Assessing Control Of Pain                       | Assessing                     |
| 10002747 | ocenie zachowań związanych z jedzeniem lub piciem                | ocenie                     | Assessing Eating Or Drinking Behaviour          | Assessing                     |
| 10002781 | ocenie gotowości do uczenia                                      | ocenie                     | Assessing Readiness To Learn                    | Assessing                     |
| 10002821 | ocenie podatności na infekcję                                    | ocenie                     | Assessing Susceptibility To Infection           | Assessing                     |
| 10021844 | ocenie samoopieki  | ocenie                     | Assessing Self Care                             | Assessing                     |
| 10022912 | ocenie zaopatrzenia w lek  | ocenie                     | Assessing Medication Supply                     | Assessing                     |
| 10024185 | ocenie przestrzegania zaleceń                                    | ocenie                     | Assessing Adherence                             | Assessing                     |
| 10024192 | ocenie postawy wobec choroby                                     | ocenie                     | Assessing Attitude Toward Disease               | Assessing                     |
| 10024214 | ocenie barier przestrzegania zaleceń                             | ocenie                     | Assessing Barriers To Adherence                 | Assessing                     |
| 10024279 | ocenie reakcji na nauczanie                                      | ocenie                     | Assessing Response To Teaching                  | Assessing                     |
| 10026072 | ocenie oczekiwań   | ocenie                     | Assessing Expectations                          | Assessing                     |
| 10026119 | ocenie bólu  | ocenie                     | Assessing Pain                                  | Assessing                     |
| 10026161 | ocenie kontroli objawów  | ocenie                     | Assessing Symptom Control                       | Assessing                     |
| 10026249 | ocenie akceptacji statusu zdrowia                                | ocenie                     | Assessing Acceptance Of Health Status           | Assessing                     |
| 10030527 | ocenie mobilności  | ocenie                     | Assessing Mobility                              | Assessing                     |
| 10030562 | ocenie opiekuna  | ocenie                     | Assessing Caregiver                             | Assessing                     |
| 10030591 | ocenie wiedzy rodziny o chorobie                                 | ocenie                     | Assessing Family Knowledge Of Disease           | Assessing                     |
| 10030618 | ocenie potrzeb dotyczących opieki zdrowotnej i opieki społecznej | ocenie                     | Assessing Health And Social Care Needs          | Assessing                     |
| 10030625 | ocenie warunków mieszkaniowych                                   | ocenie                     | Assessing Housing Condition                     | Assessing                     |
| 10030639 | ocenie wiedzy o chorobie   | ocenie                     | Assessing Knowledge Of Disease                  | Assessing                     |
| 10030656 | ocenie retencji moczu przy użyciu ultradźwięków                  | ocenie                     | Assessing Urinary Retention Using Ultrasound    | Assessing                     |
| 10030673 | ocenie podczas spotkania   | ocenie                     | Assessing During Encounter                      | Assessing                     |
| 10030710 | ocenie ryzyka odleżyny   | ocenie                     | Assessing Risk For Pressure Ulcer               | Assessing                     |
| 10030747 | ocenie samoopieki skóry  | ocenie                     | Assessing Self Care Of Skin                     | Assessing                     |

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM                           | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM  | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM                  | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM |
|----------|---|-----------------------------|---|-------------------------------|
| 10030768 | ocenywanie statusu duchowego                      | ocenywanie                  | Assessing Spiritual Status                  | Assessing                     |
| 10033368 | ocenywanie potrzeb                                | ocenywanie                  | Assessing Needs                             | Assessing                     |
| 10033876 | ocenywanie wiedzy opiekuna                        | ocenywanie opiekuna         | Assessing Caregiver Knowledge               | Assessing Caregiver           |
| 10033882 | ocenywanie wiedzy                                 | ocenywanie                  | Assessing Knowledge                         | Assessing                     |
| 10033922 | ocenywanie integralności skóry                    | ocenywanie                  | Assessing Skin Integrity                    | Assessing                     |
| 10036481 | ocenywanie wiedzy o reżimie leczenia              | ocenywanie                  | Assessing Knowledge Of Treatment Regime     | Assessing                     |
| 10036499 | ocenywanie statusu urologicznego                  | ocenywanie                  | Assessing Urinary Status                    | Assessing                     |
| 10037852 | ocenywanie przestrzegania reżimu leku             | ocenywanie przestrzegania   | Assessing Adherence To Medication Regime    | Assessing Adherence           |
| 10037875 | ocenywanie potrzeby diety                         | ocenywanie                  | Assessing Dietary Need                      | Assessing                     |
| 10037881 | ocenywanie równowagi płynów                       | ocenywanie                  | Assessing Fluid Balance                     | Assessing                     |
| 10037899 | ocenywanie zaopatrzenia w pokarm                  | ocenywanie                  | Assessing Food Supply                       | Assessing                     |
| 10037909 | ocenywanie wzorca higieny                         | ocenywanie                  | Assessing Hygiene Pattern                   | Assessing                     |
| 10037913 | ocenywanie wzorca higieny jamy ustnej             | ocenywanie                  | Assessing Oral Hygiene Pattern              | Assessing                     |
| 10038046 | ocenywanie warunków sanitarnych                   | ocenywanie                  | Assessing Sanitation                        | Assessing                     |
| 10038901 | ocenywanie apetytu                                | ocenywanie                  | Assessing Appetite                          | Assessing                     |
| 10039039 | ocenywanie wiedzy o reżimie przyjmowania leku     | ocenywanie wiedzy o reżimie | Assessing Knowledge Of Medication Regime    | Assessing Knowledge of Regime |
| 10039041 | ocenywanie wiedzy o zarządzaniu bólem             | ocenywanie                  | Assessing Knowledge Of Pain Management      | Assessing                     |
| 10039087 | ocenywanie efektu ubocznego leku                  | ocenywanie                  | Assessing Medication Side Effect            | Assessing                     |
| 10039104 | ocenywanie wiedzy o bólu                          | ocenywanie                  | Assessing Knowledge About Pain              | Assessing                     |
| 10039733 | ocenywanie wiedzy o fizykoterapii                 | ocenywanie                  | Assessing Knowledge Of Physical Therapy     | Assessing                     |
| 10039751 | ocenywanie bezpieczeństwa środowiska              | ocenywanie                  | Assessing Environmental Safety              | Assessing                     |
| 10039767 | ocenywanie wiedzy o bezpieczeństwie środowiskowym | ocenywanie                  | Assessing Knowledge Of Environmental Safety | Assessing                     |
| 10040044 | ocenywanie czynnego zakresu ruchu                 | ocenywanie                  | Assessing Active Range of Motion            | Assessing                     |
| 10040636 | ocenywanie postawy wobec statusu zdrowotnego      | ocenywanie                  | Assessing Attitude Toward Health Status     | Assessing                     |
| 10040658 | ocenywanie jakości życia                          | ocenywanie                  | Assessing Quality Of Life                   | Assessing                     |
| 10040847 | ocenywanie odleżyny                               | ocenywanie                  | Assessing Pressure Ulcer                    | Assessing                     |
| 10040932 | ocenywanie ryzyka odwodnienia                     | ocenywanie                  | Assessing Risk For Dehydration              | Assessing                     |

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM                            | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM         | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM                        | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM    |
|----------|--|------------------------------------|---|----------------------------------|
| 10041126 | ocenie skóry                                       | ocenie                             | Skin Assessment                                   | Assessing                        |
| 10041745 | ocenie niepokoju                                   | ocenie                             | Assessing Anxiety                                 | Assessing                        |
| 10042856 | ocenie perfuzji tkanek obwodowych                  | ocenie perfuzji tkanek             | Assessing Peripheral Tissue Perfusion             | Assessing Tissue Perfusion       |
| 10042873 | ocenie obwodowej funkcji nerwowo-naczyniowej       | ocenie funkcji nerwowo-naczyniowej | Assessing Peripheral Neurovascular Function       | Assessing Neurovascular Function |
| 10044013 | ocenie ryzyka ekspozycji na zakażenie              | ocenie                             | Assessing Exposure to Contagion                   | Assessing                        |
| 10044176 | ocenie spożycia płynów                             | ocenie                             | Assessing Fluid Intake                            | Assessing                        |
| 10044182 | ocenie oznak i symptomów infekcji                  | ocenie                             | Assessing Signs And Symptoms Of Infection         | Assessing                        |
| 10044481 | ocenie przestrzegania diety                        | ocenie przestrzegania              | Assessing Adherence To Diet                       | Assessing Adherence              |
| 10044499 | ocenie przestrzegania reżimu płynów                | ocenie przestrzegania              | Assessing Adherence To Fluid Regime               | Assessing Adherence              |
| 10044508 | ocenie przestrzegania reżimu bezpieczeństwa        | ocenie przestrzegania              | Assessing Adherence To Safety Regime              | Assessing Adherence              |
| 10045177 | ocenie obrzęku                                     | ocenie                             | Assessing Oedema                                  | Assessing                        |
| 10045889 | ocenie przestrzegania reżimu terapeutycznego       | ocenie przestrzegania              | Assessing Adherence To Therapeutic Regime         | Assessing Adherence              |
| 10045940 | ocenie ryzyka negatywnej interakcji na lek         | ocenie                             | Assessing Risk For Adverse Medication Interaction | Assessing                        |
| 10046790 | ocenie zachowania                                  | ocenie                             | Assessing Behaviour                               | Assessing                        |
| 10046871 | ocenie gotowości do zarządzania sobą               | ocenie                             | Assessing Readiness For Self Management           | Assessing                        |
| 10046902 | ocenie wiedzy dotyczącej materiału instruktażowego | ocenie                             | Assessing Knowledge Of Instructional Material     | Assessing                        |
| 10050089 | ocenie dyskomfortu                                 | ocenie                             | Assessing Discomfort                              | Assessing                        |
| 10050117 | ocenie przetwarzania informacji                    | ocenie                             | Assessing Information Processing                  | Assessing                        |
| 10050138 | ocenie wzroku                                      | ocenie                             | Assessing Vision                                  | Assessing                        |
| 10050164 | ocenie moczu                                       | ocenie                             | Assessing Urine                                   | Assessing                        |
| 10050223 | ocenie ruchu ciała                                 | ocenie                             | Assessing Body Movement                           | Assessing                        |
| 10050234 | ocenie martwicy                                    | ocenie                             | Assessing Necrosis                                | Assessing                        |

## Diagnozy pielęgniarskie dotyczące układu moczowego

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM      | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM   | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM |
|----------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 10043982 | białkomocz                   | białkomocz                   | Proteinuria                | Proteinuria                   |
| 10026807 | całkowite nietrzymanie moczu | całkowite nietrzymanie moczu | Total Urinary Incontinence | Total Urinary Incontinence    |
| 10046695 | częste oddawanie moczu       | częste oddawanie moczu       | Urinary Frequency          | Urinary Frequency             |

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM  | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM         | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM                            | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM    |
|----------|--|------------------------------------|---|----------------------------------|
| 10028615 | efektywna funkcja układu moczowego   | efektywny proces układu moczowego  | Effective Urinary System Function                     | Effective Urinary System Process |
| 10047245 | efektywne oddawanie moczu  | pozytywne oddawanie moczu          | Effective Urination                                   | Positive Urination               |
| 10033745 | efektywny status układu moczowo- płciowego                                   | status układu moczowo- płciowego   | Effective Genitourinary Status                        | Genitourinary Status             |
| 10029915 | infekcja dróg moczowych  | infekcja                           | Urinary Tract Infection                               | Infection                        |
| 10025686 | nietrzymanie moczu   | nietrzymanie moczu                 | Urinary Incontinence                                  | Urinary Incontinence             |
| 10026778 | funkcjonalne nietrzymanie moczu  | funkcjonalne nietrzymanie          | Functional Incontinence Of Urine                      | Functional Incontinence          |
| 10026797 | inkontynencja stresowa moczu   | inkontynencja stresowa             | Stress Incontinence Of Urine                          | Stress Incontinence              |
| 10026914 | nietrzymanie moczu z przepętnienia   | nietrzymanie moczu z przepętnienia | Overflow Incontinence Of Urine                        | Overflow Incontinence            |
| 10027836 | trzymanie moczu  | trzymanie moczu                    | Urinary Continenence                                  | Urinary Continenence             |
| 10026811 | nagła inkontynencja moczu  | nagła inkontynencja                | Urge Incontinence Of Urine                            | Urge Incontinence                |
| 10026784 | odruch nietrzymania moczu  | odruch nietrzymania                | Reflex Incontinence Of Urine                          | Reflex Incontinence              |
| 10034654 | zatrzymanie moczu  | zatrzymanie moczu                  | Urinary Retention                                     | Urinary Retention                |
| 10026848 | ryzyko nagłego nietrzymania moczu  | nagłe nietrzymanie moczu           | Risk For Urge Incontinence Of Urine                   | Urge Incontinence                |
| 10045453 | ryzyko zaburzonej funkcji układu moczowego                                   | zaburzony proces układu moczowego  | Risk For Impaired Urinary System Function             | Impaired Urinary System Process  |
| 10001359 | zaburzona funkcja układu moczowego   | zaburzony proces układu moczowego  | Impaired Urinary System Function                      | Impaired Urinary System Process  |
| 10042548 | zaburzona zdolność zarządzania urządzeniem do kontrolowanego oddawania moczu | zdolność zarządzania reżimem       | Impaired Ability To Manage External Continence Device | Ability To Manage Regime         |
| 10021790 | zaburzone oddawanie moczu  | zaburzone oddawanie moczu          | Impaired Urination                                    | Impaired Urination               |

## Interwencje pielęgniarskie dotyczące układu moczowego

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM  | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM                        | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM |
|----------|--|----------------------------|---|-------------------------------|
| 10034011 | ewaluacja statusu układu moczowo- płciowego                        | ewaluacja                  | Evaluating Genitourinary Status                   | Evaluating                    |
| 10034179 | identyfikowanie statusu narządów moczowo- płciowych przed operacją | identyfikowanie            | Identifying Genitourinary Status Before Operation | Identifying                   |
| 10041188 | irygacja pęcherza moczowego  | irygacja                   | Irrigating Bladder                                | Irrigating                    |
| 10045196 | nauczanie o funkcji układu moczowego                               | nauczanie                  | Teaching About Urinary System Function            | Teaching                      |
| 10045203 | nauczanie o irygacji pęcherza moczowego                            | nauczanie                  | Teaching About Urinary Bladder Irrigation         | Teaching                      |
| 10045261 | nauczanie o zarządzaniu nietrzymaniem moczu                        | nauczanie                  | Teaching About Managing Urinary Incontinence      | Teaching                      |



| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM                                   | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM                   | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM |
|----------|---|----------------------------|--|-------------------------------|
| 10030781 | oceniając trzymanie moczu                                 | oceniając                  | Assessing Urinary Continence                 | Assessing                     |
| 10050164 | oceniając mocz  | oceniając                  | Assessing Urine                              | Assessing                     |
| 10030656 | oceniając retencję moczu przy użyciu ultradźwięków        | oceniając                  | Assessing Urinary Retention Using Ultrasound | Assessing                     |
| 10036729 | promowanie efektywnego wydalania moczu                    | promowanie                 | Promoting Effective Urinary Elimination      | Promoting                     |
| 10044698 | wspieranie trzymanie moczu                                | wspieranie                 | Supporting Urinary Continence                | Supporting                    |
| 10031805 | zarządzanie mimowolnym moczeniem                          | zarządzanie                | Managing Enuresis                            | Managing                      |
| 10031879 | zarządzanie nietrzymaniem moczu                           | zarządzanie                | Managing Urinary Incontinence                | Managing                      |
| 10035238 | zarządzanie oddawaniem moczu                              | zarządzanie                | Managing Urination                           | Managing                      |
| 10042530 | zarządzanie urządzeniem do kontrolowanego oddawania moczu | zarządzanie                | Managing External Continence Device Regime   | Managing                      |

## Lokalizacja problemów pielęgnacyjnych dotycząca układu moczowego

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM  | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM |
|----------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 10020339 | cewka moczowa            | element układu moczowego   | Urethra                    | Urinary System Component      |
| 10020360 | pęcherz moczowy          | element układu moczowego   | Urinary Bladder            | Urinary System Component      |
| 10020413 | zwieracz cewki moczowej  | element układu moczowego   | Urinary Sphincter          | Urinary System Component      |
| 10020432 | element układu moczowego | element układu ciała       | Urinary System Component   | Body System Component         |

## Środki do realizacji interwencji pielęgnacyjnych ze słowem kluczowym „mocz”

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM            | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM  |
|----------|-------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 10003123 | bandaż                  | opatrunek na ranę                     | Bandage                    | Wound Dressing                 |
| 10003199 | basen sanitarny         | urządzenie absorbujące lub zbierające | Bed Pan                    | Absorbing or Collecting Device |
| 10020373 | cewnik urologiczny      | cewnik                                | Urinary Catheter           | Catheter                       |
| 10019190 | chirurg                 | usługodawca                           | Surgeon                    | Care Provider                  |
| 10040426 | dietetyk                | usługodawca                           | Nutritionist               | Care Provider                  |
| 10020497 | kaczka na mocz          | urządzenie absorbujące lub zbierające | Urine Bottle               | Absorbing or Collecting Device |
| 10002088 | kółko powietrzne        | urządzenie wspierające                | Air Ring                   | Supporting Device              |
| 10005352 | krem                    | materiał                              | Cream                      | Material                       |
| 10004693 | krzesło toaletowe       | urządzenie absorbujące lub zbierające | Commode                    | Absorbing or Collecting Device |

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM                           | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM            | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM      | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM  |
|----------|---|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 10016229 | kwestionariusz                                    | urządzenie do komunikacji             | Questionnaire                   | Communication Device           |
| 10014522 | lekarz  | usługodawca                           | Physician                       | Care Provider                  |
| 10003168 | łóżko   | urządzenie wspierające                | Bed                             | Supporting Device              |
| 10013670 | maść  | materiał                              | Ointment                        | Material                       |
| 10011799 | materac   | urządzenie wspierające                | Mattress                        | Supporting Device              |
| 10041560 | materac przeciwodleżynowy                         | materac                               | Pressure Relieving Mattress     | Mattress                       |
| 10020974 | materac wodny                                     | materac                               | Water Mattress                  | Mattress                       |
| 10041541 | materac z uniesionymi brzegami                    | materac                               | Raised Edge Mattress            | Mattress                       |
| 10016433 | materiał do czytania                              | urządzenie do komunikacji             | Reading Material                | Communication Device           |
| 10011251 | materiał dydaktyczny                              | urządzenie do komunikacji             | Learning Material               | Communication Device           |
| 10010395 | materiał instruktażowy                            | urządzenie do komunikacji             | Instructional Material          | Communication Device           |
| 10043570 | mówiący dyspenser na tabletki                     | dyspenser na tabletki                 | Talking Pill Box                | Pill Box                       |
| 10018358 | mydło   | materiał                              | Soap                            | Material                       |
| 10002832 | narzędzie do oceny                                | urządzenie do oceny                   | Assessment Tool                 | Assessment Device              |
| 10004158 | nocnik  | urządzenie absorbujące lub zbierające | Chamber Pot                     | Absorbing or Collecting Device |
| 10013333 | pielęgniarka                                      | usługodawca                           | Nurse                           | Care Provider                  |
| 10005914 | pielucha  | urządzenie absorbujące lub zbierające | Diaper                          | Absorbing or Collecting Device |
| 10006248 | podkład   | urządzenie absorbujące lub zbierające | Draw Sheet                      | Absorbing or Collecting Device |
| 10019231 | podkład chirurgiczny                              | urządzenie osłaniające                | Surgical Drape                  | Covering Device                |
| 10014607 | poduszka  | urządzenie wspierające                | Pillow                          | Supporting Device              |
| 10014611 | poszewka na poduszkę                              | pościel                               | Pillow Case                     | Bed Linen                      |
| 10003175 | pościel   | urządzenie osłaniające                | Bed Linen                       | Covering Device                |
| 10014178 | rekord pacjenta                                   | urządzenie do komunikacji             | Patient Record                  | Communication Device           |
| 10017487 | ręcznik toaletowy                                 | urządzenie absorbujące lub zbierające | Sanitary Towel                  | Absorbing or Collecting Device |
| 10018499 | roztwór   | materiał                              | Solution                        | Material                       |
| 10003286 | technika treningu pęcherza moczowego              | technika                              | Bladder Training Technique      | Technique                      |
| 10009957 | technika treningu zapobiegania nietrzymaniu moczu | technika                              | Incontinence Training Technique | Technique                      |
| 10039459 | usługa edukacji zdrowotnej                        | usługa zdrowotna                      | Health Education Service        | Health Service                 |
| 10014567 | usługa fizjoterapeuty                             | usługa zdrowotna                      | Physiotherapist Service         | Health Service                 |

| KOD      | TERMIN W JĘZYKU POLSKIM      | DEFINICJA W JĘZYKU POLSKIM   | TERMIN W JĘZYKU ANGIELSKIM | DEFINICJA W JĘZYKU ANGIELSKIM  |
|----------|------------------------------|--|----------------------------|--|
| 10018475 | usługa pracownika socjalnego | usługa zdrowotna   | Social Worker Service      | Health Service   |
| 10008776 | usługa promocji zdrowia      | usługa zdrowotna: edukowanie i dostarczanie informacji promujących zdrowy styl życia i zapobieganie chorobom poprzez zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, wykorzystując dostępne zasoby i współpracę interdyscyplinarną; aktywnie angażując jednostkę/ społeczność lokalną w ustalanie priorytetów, podejmowanie decyzji i planowanie strategii działania | Health Promotion Service   | Health Service: Educate and provide information to enhance a healthy lifestyle; and prevent disease by aiming to meet health needs; using available resources and intersectoral collaboration; actively involving the individual/ community in setting priorities, making decisions and planning strategies. |
| 10013435 | usługi dietetyczne           | usługa zdrowotna   | Nutritionist Service       | Health Service   |
| 10011850 | usługi medyczne              | usługa zdrowotna   | Medical Service            | Health Service   |
| 10013380 | usługi pielęgniarskie        | usługa zdrowotna   | Nursing Service            | Health Service   |
| 10020484 | worek na mocz                | urządzenie absorbujące lub zbierające  | Urine Bag                  | Absorbing or Collecting Device   |

## 1.2. Klasyfikacja ICF<sup>74</sup>

### A. W kontekście zdrowia (ang. *In the context of health*):

- Funkcje ciała ludzkiego, z włączeniem funkcji psychicznych (ang. *Body functions including psychological functions*) są to procesy fizjologiczne poszczególnych układów ciała.
- **Struktury ciała ludzkiego** (ang. *Body structures*) to jego części anatomiczne takie jak narządy, kończyny i ich elementy składowe.
- **Upośledzenia** (ang. *Impairments*) są to zmiany funkcji lub struktury ciała, takie jak utrata lub istotne odchylenie od stanu prawidłowego.
- **Aktywność** (ang. *Activity*) jest to wykonanie przez daną osobę zadania lub podjęcie działania.
- **Uczestniczenie** (ang. *Participation*) jest to angażowanie się danej osoby w określone sytuacje życiowe.
- **Ograniczenia aktywności** (ang. *Activity limitations*) są to trudności jakie dana osoba może mieć w podejmowaniu działań. Pojęcie to w ICF zastępuje określenie „niepełnosprawność”.
- **Ograniczenia uczestniczenia** (ang. *Participation restrictions*) są to problemy utrudniające danej osobie angażowanie się w sytuacje życiowe. Pojęcie to w ICF zastępuje termin „upośledzenie”<sup>75</sup>.
- **Czynniki środowiskowe** (ang. *Environmental factors*) tworzą fizyczne i społeczne środowisko oraz system postaw, w którym żyją ludzie.
- **Upośledzenie struktury** (ang. *Structural impairment*) może polegać na wadzie rozwojowej, ubytku, utracie lub innym istotnym odchyleniu od normy w budowie ciała ludzkiego. Upośledzenie nie jest tym samym co wywołująca je patologia, ale stanowi objaw tej patologii. Upośledzenie stanowi odchylenie od pewnej ogólnie przyjętej dla populacji normy dotyczącej biomedycznego stanu ciała ludzkiego i jego funkcji, a definicja elementów składowych upośledzenia ustalana jest głównie przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, do oceny funkcji fizycznych i umysłowych zgodnie z tymi normami. Upośledzenie może być czasowe lub trwałe, postępujące, cofające się lub nie ulegające zmianie, pojawiające

<sup>74</sup>Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Tytuł oryginału: International classification of functioning, disability and health (ICF), wydana przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization Geneva) w 2001 r. Dyrektor Generalny Światowej Organizacji Zdrowia udzielił praw do wydania przekładu w języku polskim Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009. W ICF sklasyfikowane są funkcjonowanie i niepełnosprawność w powiązaniu ze stanem zdrowia. ICD-10 i ICF uzupełniają się zatem nawzajem i częściowo się ze sobą pokrywają. Obydwie te klasyfikacje rozpoczynają się od układów ciała ludzkiego. Pojęcie „upośledzenie” dotyczy struktur ciała i jego i funkcji, zazwyczaj stanowiących część „procesu chorobowego”, a zatem stosowane jest ono również w systemie ICD-10. Jednakże w systemie ICD-10 „upośledzenie” (w postaci objawów przedmiotowych i podmiotowych) traktowane jest jako element, który tworzy „chorobę” lub niekiedy podaje się je jako powód korzystania ze służby zdrowia, podczas gdy ICF rozumie upośledzenie jako problem funkcjonowania i struktury ciała powiązanych z różnymi stanami chorobowymi. Dwie osoby cierpiące na tę samą chorobę mogą charakteryzować się dwoma odmiennymi stanami funkcjonowania, a dwie osoby o tym samym stanie funkcjonowania niekoniecznie cierpią na tę samą chorobę. Dlatego łączne zastosowanie obu klasyfikacji poprawia jakość danych dla celów medycznych. Użycie ICF nie powinno oznaczać rezygnacji z regularnych procedur diagnostycznych. Przy pomocy ICF można opisać wszystkie aspekty zdrowia i stany związane ze zdrowiem. Innymi słowy ICF nie klasyfikuje ludzi, ale opisuje sytuację każdej osoby w sieci dziedzin zdrowia lub dziedzin powiązanych ze zdrowiem. Ponadto, opis powstaje zawsze w kontekście czynników środowiskowych i osobowych. ICF ma zastosowanie uniwersalne.

<sup>75</sup>Terminy: niepełnosprawność oraz upośledzenie użyto w ICDH w wersji z 1980 roku.

<sup>76</sup>Według ICF.

się i ustępujące lub ciągłe. Odchylenie od normy może być niewielkie lub znaczne oraz ulegać wahaniom w czasie.

- **Ułatwienia** (ang. *Facilities*) są to czynniki w otoczeniu jednostki, które poprzez swoją obecność bądź jej brak, poprawiają funkcjonowanie i redukcją niepełnosprawność. Należą do nich takie aspekty jak dostępne środowisko fizyczne, dostępność odpowiedniej technologii wspomagającej oraz pozytywne nastawienie ludzi do niepełnosprawności, a także usługi, systemy i polityka, które mają na celu zwiększenie włączenia wszystkich ludzi z danym schorzeniem we wszystkich obszarach życia.
- **Bariery** (ang. *Barriers*) to czynniki w otoczeniu jednostki, które poprzez ich brak lub obecność ograniczają funkcjonowanie i powodują niepełnosprawność. Należą do nich takie aspekty jak niedostępne otoczenie fizyczne, brak istotnej technologii wspomagającej i negatywne postawy ludzi względem niepełnosprawności, a także usługi, systemy i polityka, które nie istnieją lub hamują zaangażowanie wszystkich ludzi z określonym stanem chorobowym we wszystkich obszarach życia.
- **Zdolność** (ang. *Capacity*) jest pojęciem, które wskazuje, jako kwalifikator, na najwyższy możliwy poziom funkcjonowania, który jednostka może osiągnąć w dziedzinie z listy Aktywności i Uczestniczenie w danym momencie.
- **Wykonanie** (ang. *Realization*) jest pojęciem, które opisuje, jako kwalifikator, co dane osoby robią w ich obecnym otoczeniu i przez to przedstawia aspekt zaangażowania każdej osoby w sytuacje życiowe. Obecne otoczenie jest również opisywane przez czynniki środowiskowe.
- **Czynniki kontekstowe, wyływające z kontekstu** (ang. *Contextual factors*) to czynniki, które razem wzięte tworzą całkowity kontekst życia jednostki, a zwłaszcza podłoże względem którego stany chorobowe są sklasyfikowane w ICF. Czynniki kontekstowe mają dwa składniki: czynniki środowiskowe i czynniki osobowe.

#### B. Struktura układu moczowego<sup>76</sup> s610 (ang. *Structure of urinary*):

- Nerka s6100 (ang. *Kidney*)
- Moczowody s6101 (ang. *Ureters*)
- Pęcherz moczowy s6102 (ang. *Urinary bladder*)
- Cewka moczowa s6103 (ang. *Urethra*)

#### C. Funkcje układu moczowego b610-b639 (ang. *Urinary functions*), w tym:

1. **Funkcje wydzielania moczu b610** (ang. *Urinary excretory functions*) - funkcje przesączania i zbierania moczu. Obejmuje: funkcje filtracji moczu (ang. *functions of urinary filtration*), zbieranie moczu (ang. *collection of urine*), upośledzenia jak: niewydolność nerek (ang. *renal insufficiency*), bezmocz (ang. *anuria*), skąpomocz (ang. *oliguria*), wodonercze (ang. *hydronephrosis*), hipotoniczny pęcherz moczowy (ang. *hypotonic urinary bladder*) i niedrożność moczowodu (ang. *ureteric obstruction*).  
Nie obejmuje: funkcje oddawania moczu b620 (ang. *urination functions*).
2. **Funkcje oddawania moczu b620** (ang. *Urination functions*) - funkcje wydalania (emisji) moczu z pęcherza moczowego. Obejmuje: funkcje oddawania moczu (ang. *functions of urination*), częstość oddawania moczu (ang. *frequency of urination*), zdolność utrzymania moczu (ang. *urinary continence*), upośledzenia jak: oddawanie moczu w stresie (ang. *impairments such as in stress*), parcie naglące (ang. *urge*), odruchowe oddawanie moczu (ang. *reflex*), przepiętnie (ang. *overflow*), stała inkontynencja moczu (ang. *continuous incontinence*), wyciekanie moczu kroplami (ang. *dribbling*), pęcherz odruchowy (ang. *automatic bladder*), wielomocz (ang. *polyuria*), zatrzymanie moczu (ang. *retention*), nagłe parcie na mocz (ang. *urinary urgency*).  
Nie obejmuje: funkcje wydzielania moczu (ang. *urinary excretory functions*) b610, wrażenia związane z funkcjami moczowymi (ang. *sensations associated with urinary functions*) b630.
  - **Oddawanie moczu b6200** (ang. *Urination*) - funkcje opróżniania pęcherza moczowego. Obejmuje: upośledzenie jak zatrzymanie moczu (ang. *impairments such as in urine retention*).
  - **Częstość oddawania moczu b6201** (ang. *Frequency of urination*) - funkcje dotyczące liczby epizodów oddawania moczu.
3. Wrażenia związane z funkcjami moczowymi b630 (ang. *Sensations associated with urinary functions*) - odczucia związane z opróżnianiem pęcherza moczowego i odczucia będące wynikiem pokrewnych funkcji moczowych. Obejmuje: uczucie niezupełnego oddania moczu (ang. *sensations of incomplete voiding of urine*), uczucie pełności w pęcherzu moczowym (ang. *feeling of fullness of bladder*).
4. Dbanie o siebie (ang. *Self-care*) jest przejawem uczestniczenia (angażowanie się danej osoby w określone sytuacje życiowe) oraz aktywności (wykonanie przez daną osobę zadania lub podjęcie działania). W kontekście NTM ważne jest dbanie o higienę osobistą.
  - **Mycie się d510** (ang. *Washing oneself*) - mycie i suszenie całego ciała lub części ciała z użyciem wody i odpowiednich czyszczących i suszących środków i sposobów jak np. kąpanie się, branie prysznica, mycie rąk i stóp, twa-

rzy i włosów i wycieranie się ręcznikiem.

Obejmuje: mycie części ciała (ang. *washing body parts*), całego ciała (ang. *the whole body*) i osuszanie się (ang. *drying oneself*). Nie obejmuje: pielęgnowanie poszczególnych części ciała a520 (ang. *caring for body parts*), korzystanie z toalety a530 (ang. *toileting*).

- Pielęgnowanie poszczególnych części ciała d520 (ang. *Caring for body parts*) - dbanie o części ciała, takie jak np. skóra, twarz, zęby, skóra głowy, paznokcie i genitalia, które wymagają więcej troski niż mycie i suszenie. Obejmuje: pielęgnowanie skóry, zębów, włosów, paznokci palców rąk i stóp (ang. *caring for skin, teeth, hair, finger and toe nails*). Nie obejmuje: mycie się a510 (ang. *washing oneself*), korzystanie z toalety a530 (ang. *toileting*).
- Pielęgnowanie skóry d5200 (ang. *Caring for skin*) - dbanie o stan powierzchni i nawodnienie własnej skóry, np. przez usuwanie zrogowaceń lub odcisków, używanie nawilżających płynów lub kosmetyków.
- Korzystanie z toalety d530 (ang. *Toileting*) - planowanie wydalania i wydalanie ludzkich odchodów (miesiączka, oddawanie moczu i defekacja) oraz oczyszczanie się po tych czynnościach. Obejmuje: kontrolowanie oddawania moczu, defekacji i higiena menstruacji (ang. *regulating urination, defecation and menstrual care*). Nie obejmuje: mycie się a510 (ang. *washing oneself*), pielęgnowanie poszczególnych części ciała d520 (ang. *caring for body parts*).
- Kontrolowanie oddawania moczu d5300 (ang. *Regulating urination*) - koordynowanie i kontrolowanie czynności związanych z oddawaniem moczu, takich jak sygnalizowanie potrzeby oddania moczu, zajmowanie odpowiedniej pozycji; wybieranie i udawanie się do odpowiedniego miejsca celem oddania moczu; manipulowanie ubranie przed i po oddaniu moczu i oczyszczanie się po oddaniu moczu.
- Troska o własne zdrowie d570 (ang. *Looking after one's health*) - zapewnienie sobie dobrych warunków bytowych, zdrowia oraz fizycznego i psychicznego dobrostanu, poprzez zachowywanie pełnowartościowej diety, utrzymywanie właściwego poziomu aktywności fizycznej, ogrzewanie się lub ochładzanie, unikanie czynników szkodzących zdrowiu, respektowanie zasad bezpiecznego seksu, obejmujących używanie prezerwatyw, poddawanie się szczepieniom i regularnym badaniom okresowym. Obejmuje: zapewnienie sobie dobrych warunków bytowych (ang. *ensuring one's physical comfort*), zachowywanie diety i sprawności fizycznej (ang. *managing diet and fitness*), utrzymywanie dobrego zdrowia (ang. *maintaining one's health*)
- Utrzymywanie dobrego stanu zdrowia d 5702 (ang. *Maintaining one's health*) - dbanie o siebie przez uświadamianie sobie własnych potrzeb zdrowotnych i postępowanie zgodnie z tym co wymaga zapewnienia sobie zdrowia, zarówno reagowanie na zagrożenia zdrowotne jak i zapobieganie chorobom poprzez poszukiwanie fachowej pomocy; stosowanie się do porad medycznych i innych porad zdrowotnych; unikanie zagrożeń zdrowia, takich jak urazy fizyczne, choroby zakaźne, narkotyki i choroby przenoszone drogą płciową.

5. Na dbanie o siebie wpływ ma dostęp do **produktów i technologii**.

- **Produkty i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym e115** (ang. *Products and technology for personal use in daily living*) - sprzęt, wyroby i technologie stosowane przez ludzi w codziennej działalności, w tym przystosowane lub specjalnie zaprojektowane, umiejscowione wewnątrz, na ciele lub w pobliżu używającej je osoby. Obejmuje: ogólne i wspomagające produkty i technologie do użytku osobistego (ang. *general and assistive products and technology for personal use*).
- **Wyroby wspomagające i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym e1151** (ang. *Assistive products and technology for personal use in daily living*) - przystosowane lub specjalnie zaprojektowane wyposażenie, produkty i technologie, wspomagające ludzi w życiu codziennym takie jak protezy i aparaty ortopedyczne, protezy neurologiczne (np. urządzenia do czynnościowej stymulacji, kontrolujące oddawanie stolca, czynność pęcherza moczowego, oddychanie i rytm serca) oraz urządzenia mające na celu ułatwienie danej osobie kontrolowanie jej środowiska domowego (czytniki, systemy zdalnego sterowania, systemy sterowania głosem, wyłączniki czasowe).
- **Projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie umożliwiające dostęp do udogodnień w budynkach do użytku prywatnego e1551** (ang. *Design, construction and building products and technology for gaining access to facilities in buildings for private use*) - produkty i technologie, do tworzenia ułatwień wewnątrz budynków, zaplanowanych, zaprojektowanych i wybudowanych do użytku prywatnego, takie jak udogodnienia w łazience i toalecie, dostępne telefony, domofony, przystosowane szafki kuchenne, urządzenia i alarmy elektroniczne w prywatnych domach.

6. **Wsparcie i wzajemne powiązania** - ICF uwzględnia także fakt, że na sytuację życiową osób z NTM istotny wpływ ma wsparcie i wzajemne powiązania. Chodzi tu o osoby zapewniające rzeczywiste fizyczne lub emocjonalne wsparcie, pielęgnację, ochronę, pomoc i wzajemne związki z innymi osobami w domu, miejscu pracy, szkole lub w zabawie lub w innych przejawach codziennej aktywności.

- **Najbliższa rodzina e310** (ang. *Immediate family*) - osoby spokrewnione przez urodzenie, małżeństwo lub inne związki, uznawane zgodnie z normami kulturowymi za najbliższą rodzinę jak: małżonkowie, partnerzy, rodzice, rodzeństwo, dzieci, rodzina zastępcza, rodzice adopcyjni i dziadkowie.  
*Nie obejmuje: dalsza rodzina e315 (ang. extended family), opiekunowie i asystenci osobiści e340 (ang. personal care providers and personalassistants).*
  - **Opiekunowie i asystenci osobiści e340** (ang. *personal care providers and personalassistants*) - osoby, które oferują usługi w zakresie potrzebnej pomocy i wsparcia innym osobom w codziennych czynnościach, wykonywaniu pracy, kształceniu lub innych sytuacjach życiowych, opłacane z funduszy zarówno publicznych jak i prywatnych lub działające jako wolontariusze, np.: pomoce domowe, asystenci osobiści, opiekunowie w podróży, pomoce płatne, nianie i inne osoby zapewniające opiekę podstawową.  
*Nie obejmuje: najbliższa rodzina e310 (ang. immediate family), dalsza rodzina e315 (extended family), przyjaciele e320 (ang. friends), usługi w zakresie ogólnej pomocy społecznej e5750 (ang. general social support services), pracownicy fachowi ochrony zdrowia e355 (ang. health professionals).*
  - **Pracownicy fachowi ochrony zdrowia, profesjonalści w ochronie zdrowia e355** (ang. *Health professionals*) - wszyscy oferujący usługi w zakresie systemu ochrony zdrowia, jak: lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, audiologodzy, protetycy, medyczni pracownicy socjalni.  
*Nie obejmuje: inni pracownicy fachowi e360 (ang. other professionals).*
7. **Postawy** (ang. *Attitudes*) - w planowaniu opieki nie można pominąć postaw osób uczestniczących w procesie pielęgnowania, które są zauważalnymi konsekwencjami zwyczajów, obyczajów, ideologii, wartości, norm, faktów i przekonań religijnych. Te postawy wpływają na zachowanie osób i ich życie społeczne na wszystkich poziomach, od kontaktów międzyludzkich, powiązań społecznych do struktur politycznych, ekonomicznych i prawnych. Klasyfikowane postawy prezentowane są przez ludzi z otoczenia osoby, której sytuacja jest opisywana. Siłą napędową postaw są wartości i przekonania. Indywidualne postawy kategoryzuje się w odniesieniu do rodzaju wzajemnych relacji.
- **Postawy członków najbliższej rodziny e410** (ang. *Individual attitudes of immediate family members*) - ogólne lub określone opinie i przekonania członków najbliższej rodziny o danej osobie lub o innych kwestiach (np. społecznych, politycznych i ekonomicznych), które wpływają na indywidualne zachowanie i działanie.
  - **Postawy opiekunów i asystentów osobistych e440** (ang. *Individual attitudes of personal care providers and personalassistants*) - ogólne lub określone opinie i przekonania pomocników i opiekunów o danej osobie lub o innych kwestiach (np. społecznych, politycznych i ekonomicznych), które wpływają na indywidualne zachowanie i działanie.
  - **Postawy pracowników fachowych ochrony zdrowia, profesjonalistów w ochronie zdrowia e450** (ang. *Individual attitudes of health professionals*) - ogólne lub określone opinie i przekonania pracowników fachowych ochrony zdrowia o danej osobie lub o innych kwestiach (np. społecznych, politycznych i ekonomicznych), które wpływają na indywidualne zachowanie i działanie.

### 1.3. Słownik RNAO (Stowarzyszenie Pielęgniarek Dyplomowanych Ontario)<sup>77</sup>

- **Dowód naukowy** - obserwacja, fakt lub zorganizowane źródło informacji mające na celu wsparcie lub uzasadnienie wniosków czy też przekonań w przedstawieniu propozycji rozpatrywanej kwestii<sup>78</sup>.
- **Facylitator** - osoba, której zadaniem jest czynny udział w udrażnianiu procesu komunikacji między osobami bądź grupami, w celu osiągnięcia wspólnego rozwiązania. Odgrywa kluczową rolę we wspomaganiu jednostek i zespołów w rozumieniu tego, co należy zmienić i w jaki sposób osiągnąć owe zmiany, w celu zastosowania wartości dowodowej w praktyce<sup>79</sup>.
- **Nietrzymanie moczu (inkontynencja moczu)** - to niezależny od woli wyciek moczu, stanowiący problem. NTM może obejmować następujące rodzaje:
  - **Przejęciowe nietrzymanie moczu** to utrata/wyciek moczu wynikający z przyczyn natury zewnętrznej lub mający wpływ na układ moczowy. Można tu wymienić takie czynniki jak: dotkliwa dezorientacja/ zakłopotanie, infekcja, zapalenie układu moczowego lub zapalenie pochwy, przyjmowane leki, uwarunkowania psychologiczne, ograniczona sprawność ruchowa lub zaporcie (zablokowanie kałowe).
  - **Nietrzymanie moczu z parć nagłych** to niezależny od woli wyciek moczu występujący niedługo po odczuciu silnej i nagłej potrzeby oddania moczu.
  - **Całkowite nietrzymanie moczu** oznacza ciągłą i nieprzewidywalną utratę moczu.
  - **Czynnościowe nietrzymanie moczu** - wyciek moczu związany z brakiem zdolności skorzystania z toalety ze względu na

<sup>77</sup>RNAO Registered Nurses' Association of Ontario: L'Association des infirmières et autorises de l'Ontario Nursing Best Practice Guidelines Program - Promoting Continence.

<sup>78</sup>Madjar & Walton, 2001, p. 28.

<sup>79</sup>Rycroft-Malone, Kitson, Harvey, McCormack, Seers, Titcher, et al., 2002.

<sup>80</sup>Alderson, Green & Higgins, 2004.

<sup>81</sup>Ontario Public Health Association, 1996.

zaburzenia poznawcze i/ lub ograniczenia fizyczne lub spowodowane barierami środowiskowymi.

- **nietrzymanie moczu związane z przepętnieniem pęcherza** to niezależna od woli utrata moczu spowodowana rozcięciem pęcherza.
- **Mieszane nietrzymanie moczu** to wyciek moczu mający cechy zarówno wysiłkowego NTM jak również NTM z parcia naglącego.
- **Wysiłkowe nietrzymanie moczu** to utrata moczu występująca podczas kaszlu lub kataru i powodująca wzrost ciśnienia w jamie brzusznej.
- **Konsensus** - proces podejmowania decyzji, nie będący naukową metodą w tworzeniu nowej wiedzy (uzgadnianie).
- **Metaanaliza** - zastosowanie metod statystycznych w celu podsumowania uzyskanych wyników z niezależnych badań, co gwarantuje bardziej precyzyjne oszacowanie wyników dot. efektów opieki zdrowotnej niż ma to miejsce w przypadku badań indywidualnych włączonych do przeglądu<sup>80</sup>.
- **Oddawanie moczu na żądanie** (w Rekomendacjach NRPiP określane jako **kontrola mikcji**) - jest to terapia behawioralna obejmująca techniki wzmacniające lub sprzyjające zachowaniom pożądanym lub zmianie zachowań niepożądanych z zastosowaniem wskazówek werbalnych i innych, mające na celu wspieranie danej osoby w korzystaniu z toalety lub innego urządzenia służącego do załatwiania potrzeb fizjologicznych. Kontrola mikcji stanowi bezpośrednie działanie interwencyjno-wspomagające w niektórych rodzajach NTM.
- **Podmioty zainteresowane (interesariusze)** - podmioty zainteresowane to jednostki, grupy lub organizacje, które reprezentują różne interesy w procesie decyzyjnym. Podmioty zainteresowane to jednostki lub grupy, które pośrednio lub bezpośrednio pozostaną pod wpływem wprowadzonej zmiany lub rozwiązania danego problemu. Podmioty zainteresowane mogą być różnego rodzaju. Można je podzielić na: oponentów, zwolenników i osoby o nastawieniu neutralnym<sup>81</sup>.
- **Randomizowane badania kliniczne** - metoda badania, losowy dobór osób do badania. Losowość należy tutaj rozumieć w taki sposób, że każdy przypadek z badanej populacji ma taką samą szansę być uczestnikiem badania co każdy inny. Stosując odpowiednie metody losowania, badacze „dają” szansę każdej osobie z populacji na bycie osobą badaną.
- **Rekomendacje (zalecenia) dotyczące praktyk** - deklaracje dotyczące stosowania najlepszych praktyk ukierunkowane na praktyki wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia w oparciu o dowody.
- **Rekomendacje edukacyjne (zalecenia edukacyjne)** - opinie w zakresie wymogów dotyczących kształcenia (wymogi edukacyjne) oraz koncepcji edukacyjnych mających na celu wprowadzenie, wdrażanie oraz zachowanie stabilności dotyczące najlepszych praktyk.
- **Rodzina** - ktokolwiek, kogo dana osoba określa jako członka rodziny. Do członków rodziny mogą należeć: rodzice, dzieci, rodzeństwo, sąsiedzi i/ lub inni bliscy.
- **Ułatwienie** - technika, dzięki której dana osoba czy podmiot ułatwia działanie innym.
- **Wsparcie nieformalne** - wsparcie i zasoby gwarantowane przez osoby związane z indywidualnym otrzymaniem opieki. Osoby świadczące wsparcie nieformalne mogą obejmować: rodzinę, przyjaciół, członków danej wspólnoty, społeczności duchowej, sąsiadów itp.
- **Wykonywanie podstawowych czynności fizjologicznych** - korzystanie z pewnego rodzaju urządzeń, które służą do oddawania moczu lub kału. Tego rodzaju urządzeniem może być toaleta, sedes pokojowy (w Polsce nazywany krzesłem sanitarnym lub wózkem toaletowym), basen, lub inny rodzaj pojemnika. Nie dotyczy to produktów chłonnych dla dorosłych. Załatwianie potrzeb fizjologicznych ma na celu oddawanie moczu/ stolca, a nie tylko zmianę środka absorpcyjnego.
- **Wytyczne Praktyki Klinicznej lub Wytyczne dotyczące Najlepszych Praktyk** - systematycznie wypracowane sformułowania na podstawie najlepszych dostępnych danych, mające na celu wspieranie lekarza i klienta w podejmowaniu decyzji związanych z odpowiednią opieką zdrowotną w specyficznych okolicznościach klinicznych<sup>82</sup>.
- **Zadeklarowanie warunków wymaganych w praktyce** - umożliwia skuteczne wdrożenie wytycznych w zakresie najlepszych praktyk. Warunki osiągnięcia sukcesu leżą, w znacznej mierze, w gestii organizacji, aczkolwiek deklaracje tego typu mogą mieć implikacje dot. określonej polityki w szerszym kontekście, na szczeblu rządowym lub społecznym.
- **Zespołowy, interdyscyplinarny proces terapeutyczny** - ustanawia wspólne cele zespołowe i wypracowuje wspólny plan świadczeń i usług, w ramach których członkowie zespołu zaangażowani są w rozwiązywanie problemów wykraczające poza ramy ich dyscypliny<sup>83</sup>. W przypadku każdego członka zespołu multidyscyplinarnego, konieczna jest ocena każdego podopiecznego. Wspólna wiedza, umiejętności oraz doświadczenia kliniczne wykwalifikowanego personelu powinny odzwierciedlać gruntowną, multidyscyplinarną wiedzę specjalistyczną, niezbędną dla osiągnięcia pożądanego i oczekiwanego programu i celów klienta. W przypadku niniejszych wytycznych stosowane będzie pojęcie: interdyscyplinarny/e.

<sup>82</sup>Field & Lohr, 1990.

<sup>83</sup>Dyer, 2003. Słownik: American Heritage Dictionary (2000) definiuje termin „multidisciplinary” jako odnoszący się do lub korzystający jednocześnie z wielu dyscyplin.





# ZAŁĄCZNIK NR 9

## PRZYKŁADOWE PLANY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ UWZGLĘDNIAJĄCE KLUCZOWE PROBLEMY PACJENTA Z ZABURZENIAMI KONTY-NENCJI MOCZU

Terminologia i definicje zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) – patrz: Załącznik nr 8.

### STATUS FIZJOLOGICZNY

#### Diagnoza pielęgniarska 1:

Brak równowagi elektrolitowej [10033541]

##### Definicja z osi Przedmiot:

Równowaga elektrolitowa [10033967] - efektywny proces układu regulacyjnego

##### Interwencje:

1. Nauczanie rodziny o terapii elektrolitami [10036890]
2. Pobieranie próbki krwi żyłnej [10044633]
3. Terapia elektrolitowa [10039324]
4. Testowanie diagnostyczne [10031140]
5. Współdziałanie przy terapii elektrolitami [10030930]

##### Wynik:

Poprawa równowagi elektrolitowej [10033518]/ Brak równowagi elektrolitowej [10033541]

#### Diagnoza pielęgniarska 2:

Nietrzymanie moczu [10025686]/ Całkowite nietrzymanie moczu [10026807]/ Funkcjonalne nietrzymanie moczu [10026778]/ Odruch nietrzymania moczu [10026784]/ Ryzyko nagłego nietrzymania moczu [10026848]/ Inkontynencja stresowa moczu [10026797]/ Nagła inkontynencja moczu [10026811]

##### Definicja z osi Przedmiot:

Nietrzymanie moczu [10026895] - status trzymania: mimowolne oddawanie moczu, brak świadomej kontroli nad pęcherzem i zwieraczem cewki moczowej.

Funkcjonalne nietrzymanie [10026830] - nietrzymanie moczu: silne skurcze pęcherza skutkujące oddawaniem moczu przed osiągnięciem właściwego wypełnienia pęcherza.

Nagłe nietrzymanie moczu [10026882] - nietrzymanie moczu: mimowolne oddanie moczu zdarzające się nagle, po silnym odczuciu potrzeby opróżnienia pęcherza.

Odruch nietrzymania moczu [10026853] - nietrzymanie moczu: mimowolne oddawanie moczu występujące w dających się przewidzieć odstępach czasu po wypełnieniu pęcherza.

##### Interwencje:

1. Ewaluacja statusu moczowo-płciowego [10034011]
2. Nauczanie o zarządzaniu nietrzymaniem moczu [10045261] + technika treningu zapobiegania nietrzymaniu moczu [10009957] (oś: Środki)
3. Ocenianie trzymania moczu [10030781]
4. Wspieranie trzymania moczu [10044698]
5. Zarządzanie nietrzymaniem moczu [10031879]
6. Zarządzanie urządzeniem do trzymania moczu [10031730]

##### Wynik:

Trzymanie moczu [10027836]/ Ryzyko nagłego nietrzymania moczu [10026848]/ Nietrzymanie moczu [10025686]/ Całkowi-

te nietrzymanie moczu [10026807]/ Funkcjonalne nietrzymanie moczu [10026778]/ Odruch nietrzymania moczu [10026784]/ Ryzyko nagłego nietrzymania moczu [10026848]/ Inkontynencja stresowa moczu [10026797]/ Nagła inkontynencja moczu [10026811]

### Diagnoza pielęgniarska 3:

Ryzyko infekcji [10015133]/ Infekcja dróg moczowych [10029915]

#### Definicja z osi Przedmiot:

Zakażenie [10010104] - proces patologiczny: zajęcie ciała przez patogenne mikroorganizmy, które rozmnażają się i zwiększają swoją liczebność, wywołując chorobę wskutek miejscowego urazu komórek, wydzielania toksyn lub reakcji antygen-przeciwciała.

#### Interwencje:

1. Administrowanie antybiotykiem [10030383]
2. Administrowanie witaminą [10037044]
3. Asystowanie w higienie [10030821]
4. Monitorowanie objawów przedmiotowych i objawów podmiotowych infekcji [10012203]
5. Nauczanie o witaminie [10037488]
6. Nauczanie o wzorcach jedzenia [10032918]
7. Nauczanie o technice obniżania ryzyka [10038804]
8. Nauczanie rodziny o podatności na infekcję [10038149]
9. Nauczanie rodziny o prewencji infekcji [10036928]
10. Ocenianie oznak i symptomów infekcji [10044182]
11. Ocenianie podatności na infekcję [10002821]
12. Ocenianie zachowań jedzenia i picia [10002747]
13. Prewencja infekcji [10036916]
14. Promowanie higieny [10032477]
15. Używanie techniki aseptycznej [10041784]

#### Wynik:

Bez infekcji [10028945]/ Ryzyko infekcji [10015133]/ Infekcja dróg moczowych [10029915]

### Diagnoza pielęgniarska 4:

Ryzyko odleżyny [10027337]

#### Definicja z osi Przedmiot:

Odleżyna [10015612] - wrzód: uszkodzenie, stan zapalny oraz bolesność skóry lub tkanki podskórnej, wywołana uciskiem na tkanki i nieadekwatnym ukrwieniem

#### Interwencje:

1. Asystowanie w czynnościach toaletowych [10023531]
2. Asystowanie w higienie [10030821]
3. Nauczanie o prewencji odleżyn [10036861]
4. Ocenianie ryzyka odleżyny [10030710]
5. Pozycjonowanie pacjenta [10014761]
6. Prewencja odleżyny [10040224]
7. Używanie (wykorzystywanie) wsparcia do pozycjonowania [10035467]

#### Wynik:

Bez odleżyny [10029065]/ Ryzyko odleżyny [10027337]/ Odleżyna [10025798]

### Diagnoza pielęgniarska 5:

Ryzyko odwodnienia [10041895] i/lub nieprzestrzeganie reżimu płynów [10022129]

#### Definicja z osi Przedmiot:

Odwodnienie [10041876] - zaburzony proces układu regulacyjnego

**Interwencje:**

1. Ewaluacja odpowiedzi na terapię płynami [10007176]
2. Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303]
3. Nauczanie o odwodnieniu [10043832]
4. Nauczanie o przyjmowaniu płynów [10032939]
5. Nauczanie o terapii płynami [10043813]
6. Nauczanie rodziny o utrzymywaniu równowagi płynów [10036944]
7. Ocenianie przestrzegania reżimu płynów [10044499]
8. Ocenianie równowagi płynów [10037881]
9. Ocenianie ryzyka odwodnienia [10040932]
10. Ocenianie spożycia płynów [10044176]
11. Terapia płynami [10039330]
12. Współdziałanie przy terapii płynami [10030948]
13. Zarządzanie nawodnieniem [10046317]
14. Zarządzanie terapią płynami [10042096]
15. Zmierzenie spożycia płynów [10039245]

**Wynik:**

Adekwatne nawodnienie [10042065]/ Ryzyko odwodnienia [10041895]/ Odwodnienie [10041882]/ Brak równowagi płynów [10042335]/ Przestrzeganie reżimu płynów [10030171]/ Równowaga płynów w granicach normy [10033721]/ Zaburzona objętość płynów [10042008]/ Zaburzone przyjmowanie płynów [10029873]/ Ułatwione przyjmowanie płynów [10047330]

**Diagnoza pielęgniarska 6:**

Ryzyko zaburzenia integralności skóry [10015237]/ Zaburzona integralność skóry [10001290]

**Definicja z osi Przedmiot:**

Integralność [10010416] - stan: bycie całością, nietkniętą, czymś niezmnieszonym lub nietkniętym

**Interwencje:**

1. Leczenie zmian chorobowych skóry [10033231]
2. Nauczanie o samoopiece skóry [10033029]
3. Ocenianie integralności skóry [10033922]
4. Ocenianie samoopieki skóry [10030747]
5. Ocenianie skóry [10041126]
6. Pielęgnacja skóry [10032757]
7. Utrzymywane integralności skóry [10035293]

**Wynik:**

Poprawa integralności skóry [10028517]/ Efektywna integralność skóry [10028501]/ Ryzyko zaburzenia integralności skóry [10015237]/ Zaburzona integralność skóry [10001290]

**Diagnoza pielęgniarska 7:**

Ryzyko zaparcia [10015053]/ Zaparcie [10000567]

**Definicja z osi Przedmiot:**

Zaparcie [10004999] - zaburzony proces układu pokarmowego: spadek częstotliwości defekacji, któremu towarzyszy trudność lub niekompletny proces pasażu stolca; proces pasażu wyjątkowo twardego i suchego stolca.

**Interwencje:**

1. Leczenie zaparcia [10044729]
2. Ocenianie statusu wypróżnienia [10036475]
3. Prewencja zaparcia [10046454]
4. Promowanie efektywnego wypróżniania [10036717]
5. Promowanie rutyny wypróżnienia [10037689]
6. Zarządzanie defekacją [10041427]

**Wynik:**

Efektywna defekacja [10028403]/ Ryzyko zaparcia [10015053]/ Zaparcie [10000567]

**Diagnoza pielęgniarska 8:**

Zatrzymanie moczu [10034654]

**Definicja z osi Przedmiot:**

Zatrzymanie moczu [10034631] - status dróg moczowych: mimowolne gromadzenie się moczu w pęcherzu, niekompletne opróżnianie pęcherza związane z utratą funkcji mięśni pęcherza, efekt uboczny narkotyków lub uszkodzenia pęcherza.

**Interwencje:**

1. Cewnikowanie pęcherza [10030884]
2. Monitorowanie wydalanych płynów [10035319]
3. Nauczanie o pielęgnacji cewnika urologicznego [10045257]
4. Nauczanie samodzielnego cewnikowania [10033135]
5. Pielęgnacja cewnika urologicznego [10033277]
6. Zaprzestanie stosowania cewnika urologicznego [10036680]
7. Zarządzanie cewnikiem urologicznym [10031977]
8. Zarządzanie oddawaniem moczu [10035238]
9. Zmierzenie wydalanych płynów [10039250]

**Wynik:**

Skuteczne oddawanie moczu [10047245]/ Efektywna funkcja układu moczowego [10028615]/ Zatrzymanie moczu [10034654]

**STATUS PSYCHOLOGICZNY, DUCHOWY, SPOŁECZNY****Diagnoza pielęgniarska 9:**

Bezsilność [10001578]/ Ryzyko bezsilności [10015285] i/lub Rozpacz [10047056]

**Definicja z osi Przedmiot:**

Bezsilność [10015394] - emocja negatywna: poczucie braku kontroli nad bieżącą sytuacją lub rozgrywającymi się zdarzeniami, ograniczona zdolność wyboru, niezdolność podjęcia działania wyptywająca z niewiary w możliwość wywarcia istotnego wpływu na wynik;

Rozpacz [10005811] - emocja negatywna: głębokie poczucie beznadziei, zniechęcenia, bezwartościowości i pustki wewnętrznej.

**Interwencje:**

1. Identyfikowanie statusu psychologicznego [10044241]
2. Poradnictwo dotyczące nadziei [10026212]
3. Promowanie nadziei [10024440]
4. Zachęcanie do pozytywnych afirmacji [10024377]
5. Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]
6. Zarządzanie negatywnymi emocjami [10031851]

**Wynik:**

Ryzyko bezsilności [10015285]/ Bezsilność [10001578]/ Zmniejszona bezsilność [10027120] i/lub Zmniejszona rozpacz [10047444]/ Rozpacz [10047056]

**Diagnoza pielęgniarska 10:**

Dyskomfort [10023066]

**Definicja z osi Przedmiot:**

Komfort [10004655] - status: doznanie swobody fizycznej, dobrostan.

**Interwencje:**

1. Ewaluacja odpowiedzi psychospołecznej na plan opieki [10007153]
2. Implementacja pielęgnacji zapewniającej komfort [10039705]
3. Nauczanie opiekuna [10033086]
4. Nauczanie pacjenta [10033126]
5. Ocenianie w kierunku oznak dyskomfortu [10037295]
6. Ułatwianie komunikowania potrzeb [10038196]
7. Ułatwianie komunikowania uczuć [10026616]

**Wynik:**

Komfortowy [10025574]/ Dyskomfort [10023066]

**Diagnoza pielęgnarska 11:**

Niepokój [10000477]

**Definicja z osi Przedmiot:**

Niepokój [10002429] - emocja negatywna: poczucie zagrożenia, niebezpieczeństwa lub dystresu.

**Interwencje**

1. Ocenianie niepokoju [10041745]
2. Ocenianie wsparcia emocjonalnego [10030589]
3. Wsparcie emocjonalne [10027022]
4. Nauczanie o zarządzaniu stresem [10038681]
5. Zapewnienie prywatności [10026399]
6. Identyfikowanie postawy wobec opieki [10009649]

**Wynik:**

Zredukowany niepokój [10027858] / Niepokój [10000477]

**Diagnoza pielęgnarska 12:**

Zaburzona akceptacja statusu zdrowotnego [10029480] i/lub ryzyko zaburzonego radzenia sobie. [10037230]

**Definicja z osi Przedmiot:**

Akceptacja [10000329] - radzenie sobie: redukovanie lub usuwanie barier, obaw lub napięć

Radzenie sobie [10005208] - postawa: zarządzanie stresem i poczucie kontroli i zwiększonego komfortu psychicznego.

**Interwencje:**

1. Ocenianie akceptacji statusu zdrowia [10026249]
2. Ocenianie gotowości do ujawnienia statusu zdrowotnego [10038165]
3. Ocenianie postawy wobec statusu zdrowotnego [10040636]
4. Promowanie akceptacji statusu zdrowotnego [10037783]
5. Promowanie efektywnego radzenia sobie [10035936]
6. Zarządzanie zaburzonym procesem radzenia sobie [10031846]

**Wynik:**

Akceptacja statusu zdrowotnego [10023499]/ Zaburzona akceptacja statusu zdrowotnego. [10029480]

**Diagnoza pielęgnarska 13:**

Zmęczenie [10000695]

**Definicja z osi Przedmiot:**

Zmęczenie [10007717] - emocja negatywna: uczucie ubytku sił i wytrzymałości, poczucie znużenia, strudzenie fizyczne i psychiczne, apatia z obniżonymi zdolnościami do pracy fizycznej lub umysłowej.

**Interwencje:**

1. Identyfikowanie statusu psychologicznego [10044241]
2. Ocenianie zmęczenia [10026086]
3. Zachęcanie do odpoczynku [10041415]
4. Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]
5. Zarządzanie negatywnymi emocjami [10031851]
6. Zarządzanie zmęczeniem [10046289]

**Wynik:**

Bez zmęczenia [10034727]/ Zredukowane zmęczenie [10029390]/ Zmęczenie [10000695]

**SAMOKONTROLA I SAMOOPIEKA****Diagnoza pielęgniarska 14:**

Brak wiedzy [10000837]/ Brak wiedzy o chorobie [10021994]/ Brak wiedzy o zachowaniach seksualnych [10029991]/ Brak wiedzy o ćwiczeniach [10022585]/ Brak wiedzy o reżimie diety [10021939]/ Brak wiedzy o reżimie leczenia [10021925]/ Brak wiedzy o reżimie płynów [10042123]

**Definicja z osi Przedmiot:**

Wiedza [10011042] - status: specyficzny kontekst myślenia wynikające z mądrości własnej, nabytej wiedzy, informacji lub umiejętności.

**Interwencje:**

1. Ocenianie wiedzy dotyczącej materiału instruktażowego [10046902]
2. Ewaluacja odpowiedzi psychospołecznej na instruowanie [10007107]
3. Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533]
4. Nauczanie o przyjmowaniu płynów [10032939]
5. Nauczanie o reżimie terapii [10024625]
6. Nauczanie o treningu pęcherza [10045226]
7. Nauczanie o używaniu (wykorzystywaniu) urządzenia wspierającego [10040909]
8. Nauczanie o zachowaniach prozdrowotnych [10032956]
9. Nauczanie o zachowaniach seksualnych [10033038]
10. Nauczanie opiekuna [10033086]
11. Nauczanie pacjenta [10033126]
12. Ocenianie reakcji na nauczanie [10024279]
13. Ocenianie wiedzy [10033882]
14. Ocenianie wiedzy o chorobie [10030639]
15. Ocenianie wiedzy o reżimie leczenia [10036481]
16. Ocenianie wiedzy opiekuna [10033876]
17. Ocenianie wiedzy rodziny o chorobie [10030591]
18. Poradnictwo dla pacjenta [10031062]
19. Zapewnienie materiału instruktażowego [10024493]

**Wynik:**

Gotowy/a do otrzymania wiedzy [10042498]/ Adekwatna wiedza [10027112]/ Wiedza o zachowaniach seksualnych [10030251]/ Wiedza o chorobie [10023826]/ Wiedza o reżimie leczenia [10025733]/ Brak wiedzy [10000837]

**Diagnoza pielęgniarska 15:**

Zaburzona zdolność wykonywania higieny [10000987]

**Definicja z osi Przedmiot:**

Zdolność wykonywania higieny [10000184] - zdolność: dbałość o utrzymanie estetycznego wyglądu i czystości ciała

Higiena [10009285] - wykonywanie: zażywanie kąpeli, zmiana ubioru, dbałość o prezencję, zgodnie z wzorcami kulturowymi i statusem społeczno-ekonomicznym

**Interwencje:**

1. Asystowanie w higienie [10030821]
2. Nauczanie o higienie [10044549]
3. Nauczanie rodziny o wzorcu higieny [10038131]
4. Ocenianie wzorca higieny [10037909]
5. Promowanie higieny [10032477]

**Wynik:**

Zdolny/a do wykonywania higieny [10028708]/ Zaburzona zdolność wykonywania higieny [10000987]

**Diagnoza pielęgniarska 16:**

Zaburzona zdolność zarządzania cewnikiem urologicznym [10029609]/ Zaburzona zdolność zarządzania urządzeniem do kontrolowanego oddawania moczu. [10042548]

**Interwencje:**

1. Nauczanie o pielęgnacji cewnika urologicznego [10045257]
2. Pielęgnacja cewnika urologicznego [10033277]
3. Zarządzanie cewnikiem urologicznym [10031977]
4. Zarządzanie urządzeniem do kontrolowanego oddawaniu moczu [10042530]

**Wynik:**

Zdolny/a do zarządzania reżimem [10001407]/ Zaburzona zdolność zarządzania cewnikiem urologicznym [10029609]/ Zaburzona zdolność zarządzania urządzeniem do kontrolowanego oddawania moczu. [10042548]





# ZAŁĄCZNIK NR 10

## WSKAŹNIKI JAKOŚCI WYNIKÓW OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Wskaźniki jakości wyników opieki pielęgniarskiej wg C-HOBIC.

Wybrane skale oceny funkcjonowania, wiedzy i umiejętności pacjentów ze wskazaniem diagnoz pielęgniarskich ICNP®.

### 1. Kontynencja (trzymanie moczu) - opieka ostra<sup>84</sup>

| C-HOBIC   | ICNP®   |
|---|---|
| 1. kontynencja  | Kontynencja = 10027836+0                            |
| 2. kontrola niezależnie od rodzaju cewnika w ciągu doby | Inkontynencja + cewnik urologiczny = 10027836 + 1   |
| 3. kontrola niezależnie od rodzaju stomii w ciągu doby  | Inkontynencja + urostomia = 10027836 + 10020506 + 1 |
| 4. sporadyczna inkontynencja                            | Inkontynencja = 10025686+3                          |
| 5. częsta inkontynencja                                 | Inkontynencja = 10025686+4                          |
| 6. inkontynencja  | Inkontynencja = 10025686+5                          |

### 2. Kontynencja CCC & LTC<sup>85</sup>

| C-HOBIC  | ICNP®                      |
|--|----------------------------|
| 1. kontynencja - całkowita kontrola  | Kontynencja = 10027836+0   |
| 2. zwykle kontynencja, ale raz w tygodniu lub rzadziej epizody inkontynencji | Inkontynencja = 10025686+1 |
| 3. sporadyczna inkontynencja - 2 razy w tygodniu lub częściej                | Inkontynencja = 10025686+2 |
| 4. częsta inkontynencja  | Inkontynencja = 10025686+3 |
| 5. inkontynencja   | Inkontynencja = 10025686+4 |

### 3. Kontynencja - opieka domowa<sup>86</sup>

| C-HOBIC  | ICNP®  |
|--|--|
| 1. kontynencja - całkowita kontrola  | Kontynencja = 10027836+0                                 |
| 2. kontrola niezależnie od rodzaju cewnika urologicznego w ciągu doby        | Kontynencja + cewnik urologiczny = 10027836 + 10020373+1 |
| 3. kontrola niezależnie od rodzaju stomii w ciągu doby                       | Kontynencja + urostomia = 10027836 + 10020506 + 1        |
| 4. zwykle kontynencja, ale raz w tygodniu lub rzadziej epizody inkontynencji | Inkontynencja = 10025686+3                               |
| 5. sporadyczne inkontynencja, inkontynencja - 2 razy w tygodniu lub częściej | Inkontynencja = 10025686+4                               |
| 6. częsta inkontynencja  | Inkontynencja = 10025686+5                               |
| 7. inkontynencja   | Inkontynencja = 10025686+6                               |

<sup>84</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.9.

<sup>85</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.9.

<sup>86</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.9.

## 4. Status funkcjonalny (ADL) - terminologia dla domeny opieki ostrej<sup>87</sup>

| STATUS FUNKCJONALNY (SKALA ADL)   |     |   |                              |
|---|-----|---|------------------------------|
| ADL - samodzielność - ocena samodzielności, wynikająca ze wszystkich aktywności podejmowanych w ciągu doby (interRAI AC:G1) |     |   |                              |
| 0 - niezależny  |     | Efektywna zdolność  |                              |
| 1 - tylko pomoc wstępna   |     | Negatywna zdolność  |                              |
| 2 - nadzór  |     | Negatywna zdolność  |                              |
| 3 - asystowanie ograniczone   |     | Negatywna zdolność  |                              |
| 4 - asystowanie w szerokim zakresie   |     | Negatywna zdolność  |                              |
| 5 - asystowanie w maksymalnym zakresie  |     | Negatywna zdolność  |                              |
| 6 - całkowita zależność   |     | Negatywna zdolność  |                              |
| C-HOBIC   |     | ICNP®   |                              |
| Kąpanie się   | 0   | Zdolny/ a do kąpieli +10028224                              | 10028224+0                   |
|   | 1-6 | Zaburzona zdolność kąpieli = 10000956                       | 10000956 + 1,2,3,4, 5, lub 6 |
| Higiena osobista  | 0   | Zdolny/ a do wykonania higieny = 10028708                   | 10028708 + 0                 |
|   | 1-6 | Zaburzona zdolność wykonania higieny = 10000987             | 10000987 + 1,2,3,4, 5, lub 6 |
| Chodzenie   | 0   | Zdolny/ a do chodzenia = 10028333                           | 10028333 + 0                 |
|   | 1-6 | Zaburzone chodzenie + 10001046                              | 10001046 + 1,2,3,4,5 lub 6   |
| Przemieszczanie się do toalety  | 0   | Zdolny/ a do przemieszczania + 10028322                     | 10028322 + 0                 |
|   | 1-6 | Zaburzona zdolność przemieszczania + 10001005               | 10001005 + 1,2,3,4,5 lub 6   |
| Korzystanie z toalety   | 0   | Zdolny/ a do samodzielnego korzystania z toalety + 10028314 | 10028314 + 0                 |
|   | 1-6 | Zaburzone samodzielne korzystanie z toalety +10000994       | 10000994 + 1,2,3,4,5 lub 6   |
| Mobilność w łóżku   | 0   | Zdolny/ a do mobilności w łóżku + 10029240                  | 10029240 + 0                 |
|   | 1-6 | Zaburzona mobilność w łóżku +10001067                       | 10001067 + 1,2,3,4,5 lub 6   |
| Jedzenie  | 0   | Zdolny/ a do samodzielnego jedzenia + 10028253              | 10028253 + 0                 |
|   | 1-6 | Zaburzone samodzielne spożywanie posiłków + 10000973        | 10000973 + 1,2,3,4,5 lub 6   |

## 5. Status funkcjonalny (ADL) - terminologia dla kontynuacji kompleksowej opieki i domeny opieki długoterminowej<sup>88</sup>

| STATUS FUNKCJONALNY (SKALA ADL)   |     |  |                      |
|---|-----|--|----------------------|
| ADL - samodzielność - ocena samodzielności, wynikająca ze wszystkich aktywności podejmowanych w ciągu doby (interRAI AC:G1) |     |  |                      |
| 0 - niezależny  |     | Efektywna zdolność                         |                      |
| 1 - nadzór  |     | Negatywna zdolność                         |                      |
| 2 - asystowanie ograniczone   |     | Negatywna zdolność                         |                      |
| 3 - asystowanie w szerokim zakresie   |     | Negatywna zdolność                         |                      |
| 4 - całkowita zależność   |     | Negatywna zdolność                         |                      |
| C-HOBIC   |     | ICNP®                                      |                      |
| Mobilność w łóżku   | 0   | Zdolny/ a do mobilności w łóżku = 10029240 | 10029240+0           |
|   | 1-4 | Zaburzona mobilność w łóżku = 10001067     | 10001067+1,2,3 lub 4 |

<sup>87</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.5.

<sup>88</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.6.

| C-HOBIC                       |     | ICNP®   |                                     |
|-------------------------------|-----|---|-------------------------------------|
| Przemieszczanie się           | 0   | Zdolny/ a do przemieszczania = 10028322                     | 10028322+0                          |
|                               | 1-4 | Zaburzona zdolność przemieszczania = 10001005               | 10001005+1,2,3,4                    |
| Chodzenie po pokoju           | 0   | Zdolny/ a do chodzenia = 10028333                           | 10028333 + „oś” Lokalizacja+0       |
|                               | 1-4 | Zaburzone chodzenie = 10001046                              | 10001046 + „oś” Lokalizacja+1,2,3,4 |
| Chodzenie po korytarzu        | 0   | Zdolny/ a do chodzenia = 10028333                           | 10028333+„oś” Lokalizacja +0        |
|                               | 1-4 | Zaburzone chodzenie= 10001046                               | 10001046+„oś” Lokalizacja +1,2,3,4  |
| Poruszanie się po oddziale    | 0   | Zdolny/ a do poruszania = 10028461                          | 10028461+„oś” Lokalizacja +0        |
|                               | 1-4 | Zaburzona mobilność = 10001219                              | 10001219+„oś” Lokalizacja +1,2,3,4  |
| Poruszanie się poza oddziałem | 0   | Zdolny/ a do poruszania = 10028461                          | 10028461+„oś” Lokalizacja +0        |
|                               | 1-4 | Zaburzona mobilność = 10001219                              | 10001219+„oś” Lokalizacja +1,2,3,4  |
| Ubieranie się                 | 0   | Zdolny/ a do ubierania = 10028211                           | 10028211+0                          |
|                               | 1-4 | Zaburzona zdolność ubierania = 10027578                     | 10027578+1,2,3,4                    |
| Jedzenie                      | 0   | Zdolny/ a do samodzielnego jedzenia = 10028253              | 10028253+0                          |
|                               | 1-4 | Zaburzone samodzielne spożywanie posiłków = 10000973        | 10000973+1,2,3,4                    |
| Korzystanie z toalety         | 0   | Zdolny/ a do samodzielnego korzystania z toalety = 10028314 | 10028314+0                          |
|                               | 1-4 | Zaburzone samodzielne korzystanie z toalety = 10000994      | 10000994+1,2,3,4                    |
| Higiena osobista              | 0   | Zdolny/ a do wykonania higieny = 10028708                   | 10028708+0                          |
|                               | 1-4 | Zaburzona zdolność wykonania higieny = 10000987             | 10000987+1,2,3,4                    |

## 6. Status funkcjonalny (ADL) - terminologia dla domeny opieki domowej<sup>89</sup>

| STATUS FUNKCJONALNY (SKALA ADL)   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| Ocena postępów rezydenta w czasie wszystkich dyżurów pielęgniarstwa, podczas ostatnich 7 dni, wykluczając stan przy przyjęciu (RAI:HC H2) |                    |   |
| 0 - niezależny  | Efektywna zdolność |   |
| 1 - tylko pomoc wstępna   | Negatywna zdolność |   |
| 2 - nadzór  | Negatywna zdolność |   |
| 3 - asystowanie ograniczone   | Negatywna zdolność |   |
| 4 - asystowanie w szerokim zakresie   | Negatywna zdolność |   |
| 5 - asystowanie w maksymalnym zakresie  | Negatywna zdolność |   |
| 6 - całkowita zależność   | Negatywna zdolność |   |
| C-HOBIC   | ICNP®              |   |
| Mobilność w łóżku   | 0                  | Zdolny/ a do mobilności w łóżku = 10029240    |
|   | 1-6                | Zaburzona mobilność w łóżku = 10001067        |
| Przemieszczanie   | 0                  | Zdolny/ a do przemieszczania = 10028322       |
|   | 1-6                | Zaburzona zdolność przemieszczania = 10001005 |
| Poruszanie się w domu   | 0                  | Zdolny/ a do poruszania = 10028461            |
|   | 1-6                | Zaburzona mobilność = 10001219                |

<sup>89</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s. 7.

| C-HOBIC                       |     | ICNP®   |
|-------------------------------|-----|---|
| Poruszanie się poza domem     | 0   | Zdolny/ a do poruszania = 10028461                            |
|                               | 1-6 | Zaburzona mobilność = 10001219                                |
| Ubieranie górnej części ciała | 0   | Zdolny/ a do ubierania = 10028211 + górna część ciała         |
|                               | 1-6 | Zaburzona zdolność ubierania = 10027578 + górna część ciała   |
| Ubieranie dolnej części ciała | 0   | Zdolny/ a do ubierania = 10028211 + dolna część ciała         |
|                               | 1-6 | Zaburzona zdolność ubierania = 10027578 + dolnej części ciała |
| Jedzenie                      | 0   | Zdolny/ a do samodzielnego jedzenia = 10028253                |
|                               | 1-6 | Zaburzone samodzielne spożywanie posiłków = 10000973          |
| Korzystanie z toalety         | 0   | Zdolny/ a do samodzielnego korzystania z toalety = 10028314   |
|                               | 1-6 | Zaburzone samodzielne korzystanie z toalety = 10000994        |
| Higiena osobista              | 0   | Zdolny/ a do wykonania higieny = 10028708                     |
|                               | 1-6 | Zaburzona zdolność wykonania czynności higieny = 10000987     |
| Kąpanie się                   | 0   | Zdolny/ a do kąpieli +10028224                                |
|                               | 1-6 | Zaburzona zdolność kąpieli = 10000956                         |

## 7. Ból - terminologia dla domeny opieki ostrej<sup>90</sup>

| OBJAWY BÓLU - OCENA W CIĄGU OSTATNICH 24 GODZIN (PAIN TERRAI AC: J5A & B) |  |  |
|---|--|--|
| C-HOBIC   |  | ICNP®  |
| Po raz pierwszy zidentyfikowany objaw bólu.                               | 0 - Bez bólu<br>1 - Ból, lecz nie w ciągu ostatniej doby<br>2 - W ciągu ostatniej doby               | Bez bólu = 10029008<br>Ból = 10023130+1<br>Ból =10023130+2 |
| Jeśli jest ból (1 lub 2), wtedy oceń stopień intensywności bólu.          | 1. Żaden<br>2.<br>3.<br>4.<br>5.<br>6.<br>7.<br>8.<br>9.<br>10.<br>11. Najgorszy (nie do zniesienia) |  |

## 8. Ból - terminologia dla opieki kompleksowej i domeny opieki długoterminowej<sup>91</sup>

| BÓL (MDS 2.0: J5A& B)   |  |   |
|---|--|---|
| C-HOBIC   |  | ICNP®   |
| Częstotliwość z jaką rezydenci skarżą się lub okazują dowody bólu.<br>Ocena w ciągu ostatnich 7 dni | 0 - Bez bólu<br>1 - Ból rzadziej niż codziennie<br>2 - Ból codziennie                                  | Bez bólu = 10029008<br>Ból = 10023130+1<br>Ból =10023130+2                    |
| Intensywność bólu:  | 0 - Bez bólu<br>1 - Ból łagodny<br>2 - Ból umiarkowany<br>3 - Czasami ból straszny i nie do zniesienia | Bez bólu = 10029008<br>Ból = 10023130+1<br>Ból =10023130+2<br>Ból =10023130+3 |

<sup>90</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.10.

<sup>91</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.10.

## 9. BÓL - terminologia dla domeny opieki domowej<sup>92</sup>

| BÓL   |  |   |
|---|--|---|
| C-HOBIC   |  | ICNP®   |
| Częstotliwość z jaką rezydenci skarżą się lub okazują dowody bólu.<br><b>Ocena w ciągu ostatnich 7 dni.</b> | 0 - Bez bólu<br>1 - Ból rzadziej niż codziennie<br>2 - Ból codziennie, w jednym okresie (stałej porze)<br>3 - Ból codziennie, w kilku okresach | Bez bólu = 10029008<br>Ból = 10023130+1<br>Ból = 10023130+2<br><br>Ból = 10023130+3                 |
| Intensywność bólu:  | 0 - Bez bólu<br>1 - Ból łagodny<br>2 - Ból umiarkowany<br>3 - Ból dotkliwy<br>4 - Czasami ból straszny i nie do zniesienia                     | Bez bólu = 10029008<br>Ból = 10023130+1<br>Ból = 10023130+2<br>Ból = 10023130+3<br>Ból = 10023130+4 |

## 10. Zmęczenie - terminologia dla wszystkich obszarów opieki<sup>93</sup>

| ZMĘCZENIE  |                          |
|--|--------------------------|
| Niezdolność do wykonania codziennych czynności np. jak: ADLs, IADLs - ocena z ostatniej doby (InterRAI AC: J4) (InterRAI LTCF:J4) (InterRAI HC:J4) |                          |
| C-HOBIC  | ICNP®                    |
| 0 - żadne  | Bez zmęczenia = 10034727 |
| <b>1 - minimalne zmęczenie</b> - zmniejszona energia, ale może wykonać codzienne czynności   | Zmęczenie = 10000695+1   |
| <b>2 - umiarkowane zmęczenie</b> - z powodu zmniejszenia energii, nie jest zdolny ukończyć codzienne czynności                                     | Zmęczenie = 10000695+2   |
| <b>3 - dotkliwe zmęczenie</b> - z powodu zmniejszenia energii, nie jest zdolny rozpocząć codzienne czynności                                       | Zmęczenie = 10000695+3   |
| <b>4 - niemożność</b> rozpoczynania jakichkolwiek codziennych czynności z powodu zmniejszenia energii  | Zmęczenie = 10000695+4   |

## 11. Dusznosc - terminologia dla wszystkich obszarów opieki<sup>94</sup>

| OCENA OSTATNICH 24 GODZIN (OPIEKA OSTRA); 3 DNI (CIĄGŁA KOMPLEKSOWA OPIEKA/OPIEKA DŁUGOTERMINOWA/OPIEKA DOMOWA) (INTERRAI AC: J3) (INTERRAI LTCF: J3) (INTERRAI HC: J3) |  |
|---|--|
| C-HOBIC   | ICNP®  |
| 0 - Objawy nieobecne  | Bez duszności = 10029264                       |
| 1 - Nieobecna przy odpoczynku, obecna przy umiarkowanej aktywności  | Duszność funkcjonalna (wysiłkowa) = 10029414+1 |
| 2 - Nieobecna przy odpoczynku, obecna przy zwykłej codziennej aktywności  | Duszność funkcjonalna (wysiłkowa) = 10029414+2 |
| 3 - Obecna przy odpoczynku  | Duszność spoczynkowa = 10029422                |

<sup>92</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.10.

<sup>93</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.11.

<sup>94</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.12.

## 12. Nudności - terminologia dla wszystkich obszarów opieki<sup>95</sup>

| NUDNOŚCI  |                         |
|---|-------------------------|
| C-HOBIC   | ICNP®                   |
| Bez nudności  | Bez nudności = 10028984 |
| Nudności łagodne: sporadyczne, odczuwane lecz nie przeszkadzające w jedzeniu i/ lub przy innej aktywności                             | Nudności = 10000859+1   |
| Nudności umiarkowane, przeszkadzające w pewnym stopniu w jedzeniu i/ lub niektórej aktywności przez większość dni                     | Nudności = 10000859+2   |
| Nudności ciężkie, przeszkadzające codziennie w jedzeniu i/ lub jakiegokolwiek aktywności  | Nudności = 10000859+3   |
| Nudności obezwładniające: pozostawanie w łóżku codziennie przez część dnia z powodu nudności, przeszkadzające w jedzeniu i aktywności | Nudności = 10000859+4   |

## 13. Upadki - terminologia dla domeny opieki ostrej<sup>96</sup>

| UPADKI (INTERRAI AC: J1)  |                       |
|---|-----------------------|
| C-HOBIC   | ICNP®                 |
| 0 bez upadku w ciągu ostatnich 90 dni   | Bez upadku = 10034704 |
| 1 bez upadku w ciągu ostatnich 30 dni, lecz upadek pomiędzy 31 - 90 dniem przed oceną | Upadek = 10029405+1   |
| 2 jeden upadek w ciągu ostatnich 30 dni   | Upadek = 10029405+2   |
| 3 dwa lub więcej upadków w ciągu ostatnich 30 dni                                     | Upadek = 10029405+3   |

## 14. Upadki - terminologia dla kompleksowej opieki i domeny opieki długoterminowej<sup>97</sup>

| UPADKI (interRAI AC: J1 MDS 2.0:MI)  |                       |
|--------------------------------------|-----------------------|
| C-HOBIC                              | ICNP®                 |
| 0 Bez upadków                        | Bez upadku = 10034704 |
| 1 Upadek w ostatnich 30 dniach       | Upadek = 10029405+1   |
| 2 Upadek w ostatnich 31 - 180 dniach | Upadek = 10029405+2   |

<sup>95</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.12.

<sup>96</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.13.

<sup>97</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.13.

## 15. Upadki - terminologia dla domeny opieki domowej<sup>98</sup>

| UPADKI (interRAI AC: J1 MDS 2.0:MI) |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| C-HOBIC                             | ICNP®                 |
| 0                                   | Bez upadku = 10034704 |
| 1                                   | Upadek = 10029405+1   |
| 2                                   | Upadek = 10029405+1   |
| 3                                   | Upadek = 10029405+1   |
| 4                                   | Upadek = 10029405+1   |
| 5                                   | Upadek = 10029405+1   |
| 6                                   | Upadek = 10029405+1   |
| 7                                   | Upadek = 10029405+1   |
| 8                                   | Upadek = 10029405+1   |
| 9                                   | Upadek = 10029405+1   |

## 16. Odleżyny - terminologia dla opieki długoterminowej, kontynuacji opieki kompleksowej i opieki domowej<sup>99</sup>

| ODLEŻYNA   |                             |  |
|--|-----------------------------|--|
| Zapis liczby odleżyn w każdym stopniu - niezależnie od przyczyny. Jeśli nie ma odleżyny danego stopnia, należy wpisać 0, natomiast 9 = 9 lub więcej. Kodujemy wszystkie odleżyny w ciągu ostatnich 7 dni (MDS 2.0: MI) (RAI-HC: N2a) |                             |  |
| C-HOBIC  | ICNP®                       | Liczba odleżyn (dodaj pole dla "liczby odleżyn") |
| <b>Bez odleżyn</b>   | Bez odleżyny = 10029065 = 0 | wartość = 0                                      |
| <b>Stopień 1</b><br>Trwałe zaczerwienienie domeny skóry, które nie znika po zniesieniu ucisku  | Odleżyna = 10025798+1       | wartość = 0 do 20                                |
| <b>Stopień 2</b><br>Utrata częściowej grubości skóry, która widoczna jest jako otarcie, odcisk lub krater  | Odleżyna = 10025798+2       | wartość = 0 do 20                                |
| <b>Stopień 3</b><br>Utrata pełnej grubości skóry, widoczne tkanki podskórne, widoczna jest jako głęboki krater z uszkodzeniem otaczających tkanek lub bez  | Odleżyna = 10025798+3       | wartość = 0 do 20                                |
| <b>Stopień 4</b><br>Utrata pełnej grubości skóry i tkanki podskórnej, odstaniająca mięśnie i kości   | Odleżyna = 10025798+4       | wartość = 0 do 20                                |

<sup>98</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.13.

<sup>99</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.14.

## 17. Ocena odleżyn dla opieki ostrej<sup>100</sup>

| NAJCIEŹSZY RODZAJ ODLEŻYNY   |                           |
|--|---------------------------|
| Zapis najcięższej odleżyny - przy przyjęciu i wypisie - niezależnie od przyczyny |                           |
| Bez odleżyny   | Bez odleżyny = 10029065+0 |
| Każdy obszar ciągłego zaczerwienienia skóry                                      | Odleżyna = 10025798+1     |
| Utrata częściowej grubości skóry   | Odleżyna = 10025798+2     |
| Głębokie krater w skórze   | Odleżyna = 10025798+3     |
| Przerwanie skóry z ekspozycją mięśni i kości                                     | Odleżyna = 10025798+4     |
| Niekodowalna np. dominujący martwiczy strup                                      | Odleżyna = 10025798+9     |

## 18. Gotowość do wypisu - terminologia dla domeny opieki ostrej<sup>101</sup>

| GOTOWOŚĆ DO WYPISU  |     |  |
|---|-----|--|
| Zaznacz na ile jesteś zdolny do samodzielnego wykonywania każdej z poniższych aktywności (Sidani&Doran) |     |  |
| 0 - wcale<br>1 - częściowo<br>2 - bardzo dobrze<br>8 - nie dotyczy<br>9 - nie do oceny                  |     | Zdolność negatywna<br>Zdolność pozytywna<br>Zdolność pozytywna |
| C-HOBIC   |     | ICNP®  |
| Wiedza o lekach   | 0   | Brak wiedzy o reżimie leku = 10021941 + 0                      |
|   | 1,2 | Wiedza o reżimie leku = 10023819 + 1 lub 2                     |
|   | 8   | Nie dotyczy 10023819 + 8                                       |
|   | 9   | Nie do oceny 10023819 + 9                                      |
| Wiedza, dlaczego przyjmujesz lek  | 0   | Brak wiedzy o leku = 10025975                                  |
|   | 1,2 | Wiedza o leku = 10025968                                       |
|   | 8   | Nie dotyczy = 10025968 + 8                                     |
|   | 9   | Nie do oceny = 10025968 + 9                                    |
| Zdolność przyjmowania leku zgodnie z zaleceniem   | 0   | Zaburzona zdolność zarządzania reżimem leku = 10022635         |
|   | 1,2 | Zdolny do zarządzania reżimem leku = 10029272                  |
|   | 8   | Nie dotyczy leku = 10029272 + 8                                |
|   | 9   | Nie do oceny leku = 10029272 + 9                               |
| Zdolność do dostrzegania objawów (zmian w ciele), w odniesieniu do zdrowia                              | 0   | Brak samoświadomości objawów = 10029479                        |
|   | 1,2 | Świadomość objawów = 10029467                                  |
|   | 8   | Nie dotyczy = 10029467 + 8                                     |
|   | 9   | Nie do oceny = 10029467 + 9                                    |
| Zdolność wykonywania zaleceń leczenia do zarządzania objawami (zmianami w ciele)                        | 0   | Zaburzona zdolność zarządzania reżimem = 10000885              |
|   | 1,2 | Zdolny do zarządzania reżimem = 10001407                       |
|   | 8   | Nie dotyczy = 10001407+ 8                                      |
|   | 9   | Nie do oceny = 10001407+ 9                                     |

<sup>100</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.14.

<sup>101</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.15.



| C-HOBIC   | ICNP® |   |
|---|-------|---|
| Wiedza do kogo się zgłosić, gdy potrzebujesz pomocy w codziennych czynnościach, (tj. kąpanie, zakupy, przygotowywanie posiłków) | 0     | Brak wiedzy o procesie zmiany zachowań = 10024734 |
|   | 1,2   | Wiedza o procesie zmiany zachowań = 10024723      |
|   | 8     | Nie dotyczy = 10024723 + 8                        |
|   | 9     | Nie do oceny = 10024723 + 9                       |
| Wiedza do kogo się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego   | 0     | Brak wiedzy o usługach społecznych = 10027371     |
|   | 1,2   | Wiedza o usługach społecznych = 10028627          |
|   | 8     | Nie dotyczy = 10028627 + 8                        |
|   | 9     | Nie do oceny = 10028627 + 9                       |
| Zdolność podejmowania codziennych aktywności (jak kąpanie, zakupy, przygotowanie posiłków, odwiedzanie przyjaciół)              | 0     | Deficyt samoopieki = 10023410                     |
|   | 1,2   | Zdolny do samoopieki = 10025714                   |
|   | 8     | Nie dotyczy = 10025714 + 8                        |
|   | 9     | Nie do oceny = 10025714 + 9                       |

## 19. Gotowość do wypisu - terminologia dla domeny opieki domowej<sup>102</sup>

| GOTOWOŚĆ DO WYPISU   |       |  |                        |
|--|-------|--|------------------------|
| Zaznacz na ile jesteś zdolny/ a do samodzielnego wykonywania każdej z poniższych aktywności (Sidani&Doran) |       |  |                        |
| 0 - Wcale  |       | Zdolność negatywna                                     |                        |
| 1 - Ograniczona zdolność   |       | Zdolność negatywna                                     |                        |
| 2 - Zwiększona zdolność  |       | Zdolność pozytywna                                     |                        |
| 3 - Umiarkowana zdolność   |       | Zdolność pozytywna                                     |                        |
| 4 - Stała zdolność   |       | Zdolność pozytywna                                     |                        |
| 5 - Bardzo duża zdolność   |       | Zdolność pozytywna                                     |                        |
| C-HOBIC  | ICNP® |  |                        |
| Wiedza o obecnie przyjmowanych lekach  | 0-1   | Brak wiedzy o reżimie leku = 10021941                  | 10021941 + 0 lub 1     |
|  | 2-5   | Wiedza o reżimie leku = 10023819                       | 10023819 + 2,3,4 lub 5 |
| Zrozumienie celu leczenia  | 0-1   | Brak wiedzy o leku = 10025975                          | 10025975 + 0 lub 1     |
|  | 2-5   | Wiedza o leku = 10025968                               | 10025968 + 2,3,4 lub 5 |
| Zdolność przyjmowania leku zgodnie z zaleceniem  | 0-1   | Zaburzona zdolność zarządzania reżimem leku = 10022635 | 10022635 + 0 lub 1     |
|  | 2-5   | Zdolny do zarządzania reżimem leku = 10029272          | 10029272 + 2,3,4 lub 5 |
| Rozpoznawanie zmian w ciele (objawów) związanych z chorobą   | 0-1   | Brak samoświadomości objawów = 10029479                | 10029479 + 0 lub 1     |
|  | 2-5   | Świadomość objawów = 10029467                          | 10029467 + 2,3,4 lub 5 |
| Rozumienie, dlaczego doświadczasz zmian w ciele (objawów) związanych z chorobą                             | 0-1   | Brak wiedzy o chorobie = 10021994                      | 10021994 + 0 lub 1     |
|  | 2-5   | Wiedza o chorobie = 10023826                           | 10023826 + 2,3,4 lub 5 |
| Wiedza o tym, co zrobić (jakie rzeczy, czynności) w celu kontrolowania tych zmian                          | 0-1   | Brak kontroli objawów = 10029286                       | 10029286 + 0 lub 1     |
|  | 2-5   | Kontrola objawów = 10025820                            | 10025820 + 2,3,4 lub 5 |
| Zdolność wykonywania zaleceń leczenia lub aktywności, których został nauczony                              | 0-1   | Zaburzona zdolność zarządzania reżimem = 10000885      | 10000885 + 0 lub 1     |
|  | 2-5   | Zdolny do zarządzania reżimem = 10001407               | 10001407 + 2,3,4 lub 5 |

<sup>102</sup>Źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2013 s.16.

| C-HOBIC  |     | ICNP®   |                        |
|--|-----|---|------------------------|
| Zdolność podejmowania aktywności w celu dbania o siebie i utrzymania zdrowia                                     | 0-1 | Zaburzone dbanie o zdrowie = 10000918                     | 10000918 + 0 lub 1     |
|  | 2-5 | Zdolny/a do dbania o zdrowie = 10023452                   | 10023452 + 2,3,4 lub 5 |
| Wiedza do kogo należy się zgłosić w celu otrzymania pomocy w codziennych czynnościach                            | 0-1 | Deficyt wiedzy o procesie zmiany zachowań = 10024734      | 10024734 + 0 lub 1     |
|  | 2-5 | Wiedza o procesie zmiany zachowań = 10024723              | 10024723 + 2,3,4 lub 5 |
| Wiedza do kogo się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego  | 0-1 | Brak wiedzy o usługach w społeczności lokalnej = 10027371 | 10027371 + 0 lub 1     |
|  | 2-5 | Wiedza o usługach społecznych = 10028627                  | 10028627 + 2,3,4 lub 5 |
| Zdolność wykonywania regularnej aktywności (tj. kąpanie, zakupy, przygotowanie posiłków, odwiedzanie przyjaciół) | 0-1 | Brak samoopieki = 10023410                                | 10023410 + 0 lub 1     |
|  | 2-5 | Zdolny do samoopieki = 10025714                           | 10025714 + 2,3,4 lub 5 |
| Zdolność dostosowania regularnych aktywności do zmian w ciele (objawów) związanych z chorobą                     | 0-1 | Zaburzone dostosowanie = 10000863                         | 10000863 + 0 lub 1     |
|  | 2-5 | Zdolny/a do dostosowania = 10021828                       | 10021828 + 2,3,4 lub 5 |

# ZAŁĄCZNIK NR 11

## WYPISYWANIE PRZEZ PIELĘGNIARKI ZLECEŃ NA REFUNDOWANE PRZEZ NFZ WYROBY MEDYCZNE NA PRZYKŁADZIE PRODUKTÓW CHŁONNYCH

### Wypisywanie zleceń na refundowane przez NFZ produkty chłonne<sup>103</sup>

Od 2016 roku nastąpiło poszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych o prawo do wystawiania recept uprawniających do nabycia leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub kontynuacji zleceń uprawniających do nabycia wyrobu medycznego, w tym produktów chłonnych. Dodatkowo od 1 czerwca 2017 roku, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa, mają prawo samodzielnie wystawiać zlecenia na refundowane przez NFZ środki absorpcyjne.

Wypisując zlecenie na refundowane przez NFZ produkty chłonne, pielęgniarka powinna pamiętać, że w ramach obecnie obowiązujących limitów refundacyjnych (60 sztuk miesięcznie), może dobrać produkty wymiennie, spośród 5 rodzajów (wkłady anatomiczne, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki).

W uzgodnieniu z pacjentem i/ lub jego rodziną, pielęgniarka może wypisać zlecenie przykładowo na: 30 majtek chłonnych, 20 pieluchomajtek i 10 pieluch anatomicznych.

#### Przykład wypełnionego zlecenia na refundowane przez NFZ produkty chłonne

zlecenie obowiązujące 1 miesiąc

zlecenie obowiązujące 3 miesiące

(część A)

| ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
|--|--|----------|-------|----------|------------------|--------|------------------|---------|----|--|--|--|----------|--|----|--|--|--|----------|----------|----|--|--|--|----------|--|----|--|--|--|----------|
| Numer ewidencyjny zlecenia: <small>Przebieg z Karty Pozwolenia Uprawnienia Na Zaopatrzenie w Wyroby Medyczne Przynajmniej Komisje</small>  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <b>Pieczętka lub nadruk NZOZ</b><br><small>(ZAWIERAJĄCA DANE ADRESOWE I CZYTELNY NUMER REGON ŚWIADCZENIODAWCY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO)</small>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <small>Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ</small>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <b>I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Nazwisko i imię: <u>KOWALSKI JAN</u>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Adres zamieszkania   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Kod pocztowy: <u>02-801</u>  | Miejscowość: <u>WARSZAWA</u>   |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Ulica <u>PULAWSKA</u> nr domu <u>435 A</u> m. ....   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <u>3 2 1 0 1 5 2 8 0 1 6</u>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <b>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**</b>  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Liczba porządkowa wyrobu medycznego  | <u>P / 1 0 1</u> <b>P.100 - schorzenia nowotworowe</b>   |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| liczba sztuk <u>60</u>   | <b>P.101 - pozostałe schorzenia</b>  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10):   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <u>MAJTKI CHŁONNE 40 SZT., PIELUCHY ANATOMICZNE 30 SZT. WKŁADY ANATOMICZNE 40 SZT.</u>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/>  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Soczewki okularowe korekcyjne  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sfera</th> <th>Cylinder</th> <th>Os</th> <th>Pryzma</th> <th>Odległość źrenic</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Do dali</td> <td>OP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>..... mm</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>..... mm</td> </tr> <tr> <td>Do bliży</td> <td>OP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>..... mm</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>..... mm</td> </tr> </tbody> </table> |  |          | Sfera | Cylinder | Os               | Pryzma | Odległość źrenic | Do dali | OP |  |  |  | ..... mm |  | OL |  |  |  | ..... mm | Do bliży | OP |  |  |  | ..... mm |  | OL |  |  |  | ..... mm |
|  | Sfera  | Cylinder | Os    | Pryzma   | Odległość źrenic |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Do dali  | OP   |          |       |          | ..... mm         |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
|  | OL   |          |       |          | ..... mm         |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Do bliży   | OP   |          |       |          | ..... mm         |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
|  | OL   |          |       |          | ..... mm         |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <b>III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:</b>  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: <u>MARZEC</u>  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Czytelna pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Czytelna data  | <small>(ZAWIERAJĄCA CZYTELNY NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU)</small>   |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Data wystawienia zlecenia  | <b>Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu</b> |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| * Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| ** Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.)   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |

(część A)

| ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
|--|--|----------|-------|----------|------------------|--------|------------------|---------|----|--|--|--|----------|--|----|--|--|--|----------|----------|----|--|--|--|----------|--|----|--|--|--|----------|
| Numer ewidencyjny zlecenia: <small>Przebieg z Karty Pozwolenia Uprawnienia Na Zaopatrzenie w Wyroby Medyczne Przynajmniej Komisje</small>  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <b>Pieczętka lub nadruk NZOZ</b><br><small>(ZAWIERAJĄCA DANE ADRESOWE I CZYTELNY NUMER REGON ŚWIADCZENIODAWCY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO)</small>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <small>Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ</small>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <b>I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Nazwisko i imię: <u>KOWALSKI JAN</u>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Adres zamieszkania   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Kod pocztowy: <u>02-801</u>  | Miejscowość: <u>WARSZAWA</u>   |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Ulica <u>PULAWSKA</u> nr domu <u>435 A</u> m. ....   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <u>3 2 1 0 1 5 2 8 0 1 6</u>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <b>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**</b>  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Liczba porządkowa wyrobu medycznego  | <u>P / 1 0 1</u> <b>P.100 - schorzenia nowotworowe</b>   |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| liczba sztuk <u>180</u>  | <b>P.101 - pozostałe schorzenia</b>  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10):   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <u>MAJTKI CHŁONNE 60 SZT. WKŁADY ANATOMICZNE 60 SZT. PIELUCHOMAJTKI 60 SZT.</u>  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/>  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Soczewki okularowe korekcyjne  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sfera</th> <th>Cylinder</th> <th>Os</th> <th>Pryzma</th> <th>Odległość źrenic</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Do dali</td> <td>OP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>..... mm</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>..... mm</td> </tr> <tr> <td>Do bliży</td> <td>OP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>..... mm</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>..... mm</td> </tr> </tbody> </table> |  |          | Sfera | Cylinder | Os               | Pryzma | Odległość źrenic | Do dali | OP |  |  |  | ..... mm |  | OL |  |  |  | ..... mm | Do bliży | OP |  |  |  | ..... mm |  | OL |  |  |  | ..... mm |
|  | Sfera  | Cylinder | Os    | Pryzma   | Odległość źrenic |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Do dali  | OP   |          |       |          | ..... mm         |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
|  | OL   |          |       |          | ..... mm         |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Do bliży   | OP   |          |       |          | ..... mm         |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
|  | OL   |          |       |          | ..... mm         |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| <b>III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:</b>  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: <u>MARZEC, KWIECIEŃ, MAJ</u>   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Czytelna pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Czytelna data  | <small>(ZAWIERAJĄCA CZYTELNY NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU)</small>   |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| Data wystawienia zlecenia  | <b>Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu</b> |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| * Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.  |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |
| ** Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.)   |  |          |       |          |                  |        |                  |         |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |          |    |  |  |  |          |  |    |  |  |  |          |

<sup>104</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. 2015 poz. 1061).



NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH