

NIETRZYMANIE MOCZU JAKO CZYNNIK RYZYKA ROZWOJU ODLEŻYN – STUDIUM PRZYPADKU W OPARCIU O ICNP®

Urinary incontinence as a risk factor in the development of pressure ulcers – a case study based on ICNP®

Streszczenie

Wstęp

Nietrzymanie moczu w populacji osób starszych, przewlekle chorych, długotrwale unieruchomionych istotnie zwiększa możliwość powstawania odleżyn. Niezbędne jest w tej sytuacji zbudowanie takiego planu opieki pielęgniarskiej, który minimalizuje ryzyko zmian na skórze seniora.

Cel pracy

Celem opracowania jest prezentacja planu opieki wobec pacjentki w starszym wieku z nietrzymaniem moczu, wraz z odwołaniem się do terminów zaczerpniętych z ICNP®.

Prezentacja przypadku

Pacjentka w starszym wieku przyjęta do zakładu opiekuńczo-leczniczego w związku z zespołem kruchości, niesprawnością funkcjonalną, utrzymującym się nietrzymaniem moczu i odleżyną I stopnia.

Dyskusja

W związku ze zjawiskiem „podwójnego starzenia się” należy oczekiwać w populacji seniorów istotnego przyrostu odsetka Wielkich Problemów Geriatrycznych, w tym m.in. niesprawności funkcjonalnej, nietrzymania moczu, które zwiększają możliwość powstawania odleżyn. Minimalizowanie ryzyka powikłań wynikających z długotrwałego unieruchomienia, w tym zmiana na skórze, stanowi ważny aspekt w budowaniu długookresowych planów opieki pielęgniarskiej.

Wnioski

Zastosowanie ICNP® w projektowaniu planu opieki pielęgniarskiej wobec seniora z nietrzymaniem moczu i ryzykiem powstawania odleżyn umożliwia monitorowanie liczby, charakteru i jakości udzielanych świadczeń.

Słowa kluczowe: nietrzymanie moczu, odleżyna, ICNP®

Abstract

Introduction

Urinary incontinence in elderly patients who are chronically ill and immobilized increases the risk of bedsore formation. In such situations it is necessary to create a plan of nursing care which minimizes the risk of skin changes.

Aim of the study

The aim of the study is to present a nursing care plan for an elderly person who suffers from urinary incontinence, with reference to the terminology taken from the ICNP®.

Case study

The elderly person, admitted to a nursing home, was diagnosed with osteogenesis imperfecta, functional capacity impairment, persistent urinary incontinence and first degree bedsore.

Discussion

Regarding the phenomenon of “double aging”, a significant increase in the proportion of great geriatric problems should be expected in the senior population, including functional capacity impairment and urinary incontinence, which increase the risk of bedsores formation. Minimizing the risk of medical complications resulting from long-lasting immobilization, including skin changes, is an important factor in terms of building long-term nursing care plans.

Conclusions

The use of ICNP® in designing nursing care plans for the elderly suffering from incontinence and facing the risk of pressure ulcer development enables one to monitor the quantity, nature and quality of the services provided.

Keywords: urinary incontinence, bedsores, ICNP®.

Wstęp

Od drugiej połowy XX wieku na terenie Europy można obserwować zjawisko demograficznego starzenia się społeczeństw. W Polsce, według danych Głównego Urzędu Statystycznego, na przestrzeni lat 1989-2013 liczba osób w wieku 65 lat i więcej wzrosła o prawie 1,9 mln. Udział seniorów w ogólnej populacji zwiększył się z 10% w 1989 r. do 14,7% w 2013 roku. Należy podkreślić, że najwyższe tempo przyrostu dotyczyło osób w wieku co najmniej 80 lat – z blisko 2% w 1989 r. do prawie 4% w 2013 r. Ponad 61% populacji seniorów stanowią kobiety. W najbliższych latach należy spodziewać się znaczącego zwiększenia się odsetka osób starszych w populacji w związku ze starzeniem się osób urodzonych w latach 50-tych XX wieku [Główny Urząd Statystyczny, 2014].

Przebieg starości istotnie modyfikują Wielkie Zespoły (Problemy) Geriatryczne czyli przewlekłe i wieloprzyczynowe zespoły starczej niesprawności. Prowadzą one do utraty autonomii i niezależności seniora. Dodatkowo stanowią poważne obciążenie psychofizyczne, organizacyjne i ekonomiczne dla opiekunów rodzinnych oraz systemu ochrony zdrowia [Grodzicki, Kocemba, Skalska, 2006; Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007]. Do grupy takich problemów zalicza się nietrzymanie moczu (NTM). Jest to mimowolna (bezwiedna) utrata moczu (wyciekanie przez cewkę moczową). Częstotliwość i objętość traconego moczu jest istotnym problemem higienicznym a także społecznym seniora, gdyż obniża jakość jego życia [Kostka, 2009].

Z uwagi na odwracalność zaburzeń wyróżnia się przejściowe nietrzymanie moczu (potencjalnie przejściowe) i utrwalone nietrzymanie moczu (jednak nie zawsze nieodwracalne). Do postaci utrwalonych zaburzeń zalicza się nietrzymanie moczu: nagłace, wysiłkowe, z przepełnienia, zawężenie drogi odpływu moczu oraz pozazwieraczowe nietrzymanie moczu. Często można spotkać postać mieszaną z co najmniej dwoma typami zaburzeń [Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007; Kostka, 2009]. Wśród przyczyn przejściowego nietrzymania moczu wyróżnia się m.in. zakażenia układu moczowego, brak motywacji do kontroli oddawania moczu, zbyt duża odległość do toalety, zaparcia, ograniczoną zdolność przemieszczania się [Grodzicki, Kocemba, Skalska, 2006; Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007].

Nietrzymanie moczu występuje dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Incydenty NTM w grupie seniorów przebywających w środowisku domowym dotyczą 10-20% kobiet i 7-10% mężczyzn. W przypadku pobytu w domach opieki rejestrowane są one wśród 50-80% mieszkańców tych placówek [Kostka, 2009].

Nietrzymanie moczu w grupie osób w podeszłym wieku, o obniżonej aktywności, z zaburzeniami stanu odżywienia oraz przytomności, stanowi udowodniony czynnik ryzyka rozwoju odleżyn [Dzikowska, Merklinger-Soma, Gajda, 2011; Krasowski, Kruk, 2008; Kózka, 2004].

Odleżyna to umiejscowione uszkodzenie skóry i/lub głębszej tkanki. Pojawia się ona na wypukłości kostnej jako efekt ucisku [Dzikowska, Merklinger-Soma, Gajda, 2011; Klukowski, 2008]. Szczególna predyspozycja dotycząca występowania tych przewlekłych ran w grupie seniorów wynika ze zmian w skórze, postępujących w miarę procesu starzenia. Skóra staje się bowiem coraz cieńsza, wykazuje tendencję do wysuszenia i gorszej proliferacji naskórka. Wyraźnie także zmniejsza się jej udział w odbiorze bodźców bólowych i reakcji zapalnej. Odleżyny przyczyniają się do zwiększonej chorobowości i śmiertelności w grupie seniorów. Dodatkowo podnoszą koszty leczenia i wymagają zapewnienia wymagającej jakościowo opieki [Klukowski, 2008].

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP, International Classification for Nursing Practice) jako wystandaryzowane narzędzie stanowi odpowiedź na dążenie do tworzenia jednolitych oświadczeń opisujących praktykę zawodową pielęgniarek, co sprzyja optymalizacji jakości opieki (Grabowska, Grabowski, Gaworska-Krzemińska, 2014). Aktualna wersja ICNP® z 2015 roku umożliwia korzystanie z listy gotowych diagnoz pielęgniarskich/ wyników opieki oraz interwencji. Dodatkowo powyższe frazy można uzupełnić terminami z uzupełniających osi, takich jak: przedmiot opieki, klient, lokalizacja, czas czy narzędzia i środki [Kilańska, Staszewska, Urbanek, Andrzejczak, Purgał, 2014].

Cel pracy

Celem opracowania jest analiza złożonych problemów pacjentki w starszym wieku z nietrzymaniem moczu, która podlega długotrwałemu unieruchomieniu. W planowaniu opieki wobec chorej poza tradycyjnym formułowaniem zapisów procesu pielęgnowania odwołano się do diagnoz i interwencji pielęgniarskich zaczerpniętych z ICNP® [Grabowska, Grabowski, Gaworska-Krzemińska, 2014; Kilańska, Staszewska, Urbanek, Andrzejczak, Purgał, 2014].

Prezentacja przypadku

Pacjentka N. N. lat 82 przyjęta do zakładu opiekuńczo-leczniczego w związku z osłabieniem (zespół kruchości). Nie opuszcza łóżka, wykazuje deficyty sprawności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb. W związku z utrzymującym się NTM wymaga stosowania pieluchomajtek. Chora z tego powodu ogranicza ilość przyjmowanych drogą doustną płynów. Na skórze pacjentki w obrębie talerzy biodrowych i odcinka krzyżowego kręgosłupa widoczne są blednące pod wpływem ucisku palcem zaczerwienienia (odleżyny I stopnia). Chora jest smutna, martwi się pogarszającą się utratą sprawności, niemożnością poruszania się poza obrębem łóżka i koniecznością pomocy ze strony innych osób. Krępuje ją także konieczność korzystania z pieluchomajtek w związku z NTM. Rozpoznanie lekarskie wstępne: zespół kruchości. Nietrzymanie moczu.

Poniżej zaprezentowano dane pochodzące z badania podmiotowego i przedmiotowego pacjentki.

Arkusz indywidualnego opisu przypadku

Imię i nazwisko (inicjały): N.N.	
Data urodzenia: 04.03.1934	Stan cywilny: wdowa
Aktywność zawodowa: emerytka	Wykonywany zawód: nie pracuje

HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
Rozpoznanie lekarskie: nietrzymanie moczu	Temperatura: 36,8° C
Przyjmowane leki: leki z grupy antycholinergiczných	Tętno: (liczba / napięcie / rytm) 84/min/dobrze napięte/ dobrze wyczuwalne /
Przebyte choroby: brak informacji	Oddechy: 16/min
Pobyty w szpitalu: brak	Ciśnienie tętnicze: 150/90 mm Hg
Przebyte zabiegi operacyjne: brak	Masa ciała: 50
Przebyte urazy/wypadki: brak	Wzrost: 166
	BMI: 18,4

WYWIAD RODZINNY
Członkowie rodziny: córka, syn Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: pogrzeb małżonka pacjentki Choroby występujące w rodzinie: nadciśnienie tętnicze – ojciec pacjentki, choroba Parkinsona – matka pacjentki Hobby/zainteresowania: w przeszłości – czytanie książek, wyszywanie Formy spędzania czasu wolnego: brak informacji Nałogi w rodzinie: palenie tytoniu przez córkę pacjentki Błędy żywieniowe: brak informacji Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: brak Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: pacjentka twierdzi że jest zaniedbywana przez najbliższą rodzinę

WYWIAD ŚRODOWISKOWY
Miejsce zamieszkania: wieś Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: dom jednorodzinny Liczba zajmowanych pomieszczeń: 1 pomieszczenie oddzielne dla pacjentki Liczba osób mieszkających wspólnie: 6 Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: dobry, z dostępem do łazienki System pracy: nie dotyczy Liczba godzin spędzonych w pracy/szkole: brak Zagrożenia zdrowia w domu: brak w pracy/szkole: brak Komunikacja: – Higiena osobista: pacjentka trafiła na oddział ze skórą przesuszoną, zaczerwienioną w okolicy talerzy biodrowych i kości krzyżowej Aktywność fizyczna: brak Wydalanie: nietrzymanie moczu, okresowe zaparcia Odżywianie: doustne Sen/zasypianie: sen prawidłowy

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone w dniu przyjęcia do zakładu opiekuńczo-leczniczego
Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA						
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy	stan rany pooperacyjnej*
słabo napięta	36,8°C	prawidłowe	skóra sucha	dobry	okolice talerzy biodrowych, kości krzyżowej – zaczerwienienie skóry blednące pod wpływem ucisku	nie dotyczy

*dotyczy pacjentów po zabiegu operacyjnym

UKŁAD ODDECHOWY					
liczba oddechów	typ oddechu		kaszel	inne objawy	wyroby medyczne
16/min	regularny bez szmerów, bez patologii		brak	brak	brak

UKŁAD KRAŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	saturacja
150/90mm Hg	84 ud./min.	brak	brak	brak	brak	nie podlega ocenie

UKŁAD POKARMOWY					
użębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy	sposób odżywiania
ubytki – korzysta z protezy	obniżone	okresowe zaparcia	lekkostrawna	brak	drogą doustną

UKŁAD MOCZOWY			
objętość	jakość	inne objawy	wyroby medyczne
chora korzysta z pieluchomajtek z powodu nietrzymania moczu	brak możliwości oceny	dyskomfort z powodu nietrzymania moczu, korzystania z pieluchomajtek	pieluchomajtki

UKŁAD PŁCIOWY		
cykl płciowy	inne objawy	inne cechy*
adekwatny do wieku	brak	brak

* dotyczy dzieci i młodzieży

UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowłady/ drżenia	mowa	inne objawy
14 łagodne zaburzenia	brak	brak zaburzeń	brak

NARZĄDY RUCHU					
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy	wyroby medyczne	ryzyko upadku wg skali Tinetti
pacjentka unieruchomiona	ograniczony	pacjentka unieruchomiona	brak	łóżko z materacem przeciwośluzowym, dranki sznurowe, poręczki łóżka	brak możliwości oceny

NARZĄDY ZMYŚLÓW / UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY						
wzrok	sluch	smak	czucie	układ hormonalny	inne objawy	wyroby medyczne
dobry	niedosłuch ucho prawe i lewe	bez zaburzeń	ograniczone	bez zaburzeń	brak	brak

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

sen	nastrój	inne objawy	ocena wg skali GDS*
zaburzony	obniżony	brak	ryzyko rozwoju depresji – 10pkt.

* dotyczy seniorów

pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy	ocena funkcji poznawczych wg skal
zaburzona	zaburzone	obojętny	negatywne	drażliwość	----

Stan wiedzy i umiejętności samoopieki i samopielęgnacji

Wiedza	Umiejętności	Motywacja	odczuwane problemy	wydolność samoopieki/samopielęgnacji		stan odżywiania wg skali MNA
ograniczona w zakresie przyczyn NTM	brak umiejętności w zakresie organizacji samoopieki	obniżona	trudności w samoopiece	Bartel (PADL) 30 pkt – wymaga opieki długoterminowej	Lawtona (IADL) 11 pkt	20 pkt. – zagrożenie niedożywieniem BMI –

ocena ryzyka odleżyn wg skali D. Norton	natężenie odczuwalnego bólu wg skali	charakter bólu	lokalizacja	stopień odleżyn wg skali Torrance'a
11 pkt.	brak	brak	brak	I stopień

Kaniule

Obwodowe	Miejsce	Centralne	Miejsce
brak	brak	brak	brak

Oszacowana Kategoria pacjenta	
III kategoria	pacjentka nie opuszcza łóżka, wymaga pomocy we wszystkich czynnościach z zakresu samoopieki oraz wzmoczonych działań z zakresu profilaktyki przeciwodleżynowej

Diagnoza pielęgniarska opisowa: Pacjentka w starszym wieku, która w związku z długotrwałym unieruchomieniem i NTM wymaga pomocy w czynnościach dnia codziennego i zaspokojeniu swoich potrzeb. Niezbędne są intensywne działania p/odleżynowe w związku z rozpoznanymi odleżynami I stopnia, niedożywieniem chorego.

Proponowany model opieki pielęgniarskiej: model V. Henderson

W tabeli 1 przedstawiono plan opieki pielęgniarskiej z wykorzystaniem ICNP® wobec pacjentki w starszym wieku, długotrwanie unieruchomionej z NTM i ryzykiem rozwoju odleżyn.

Tabela 1. Plan opieki pielęgniarskiej z wykorzystaniem ICNP® wobec pacjentki w starszym wieku, długotrwanie unieruchomionej z NTM i ryzykiem rozwoju odleżyn.

Problem pielęgniacyjny	Cel planowanych działań pielęgniarskich	Planowane interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgniarskich
Ryzyko infekcji układu moczowego z powodu nietrzymania moczu, korzystania z pieluchomajtek	Niedopuszczenie do infekcji układu moczowego	Ocena trzymania moczu, częstotliwości jego popuszczania. Pomoc w czynnościach higienicznych. Systematyczna wymiana pieluchomajtek, bielizny osobistej. Dokładna toaleta okolicy kroczka. Monitorowanie objawów wskazujących na infekcję układu moczowego. Udział w farmakoterapii na zlecenie lekarza. Zachęcanie do systematycznego przyjmowania płynów drogą doustną, bogatych w witaminę C	Wykonane interwencje pielęgniarskie mają na celu poprawę statusu i prewencję zakażenia układu moczowo-płciowego. Osoby starsze, długotrwanie unieruchomione, których dotyczy nietrzymanie moczu są szczególnie narażone na infekcje dróg moczowych. W ramach profilaktyki infekcji należy unikać zakładania cewnika do pęcherza moczowego na rzecz zastosowania pieluchomajtek. Właściwa higiena okolicy kroczka, systematyczna wymiana pieluchomajtek, odpowiednia ilość płynów diecie minimalizują ryzyko zakażenia układu moczowego.	Nie doszło do wystąpienia objawów zakażenia układu moczowego
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP)	Interwencje pielęgniarskie ICNP			Diagnoza/wynik ICNP
Nietrzymanie moczu [10025686]. Ryzyko zakażenia [10015133].	Ocenianie trzymania moczu [10030781] Asystowanie w toalecie [10023531] Utrzymywanie godności i prywatności [10011527] Współdziałanie z lekarzem [10023565] Prewencja infekcji [10036916]			Bez infekcji [10028945] Nietrzymanie moczu [10025686]
Problem pielęgniacyjny	Cel planowanych działań pielęgniarskich	Planowane interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgniarskich
Ryzyko powstania odleżyn i pogłębienia ich zaawansowania spowodowane długotrwałym unieruchomieniem, drażnią-	Zmniejszenie ryzyka rozwoju odleżyn, pogłębienia się zaawansowania aktualnej odleżyny	Ocena ryzyka odleżyn wg skali Norton. Ocena stanu skóry w miejscach narażonych na powstanie odleżyn. Odciążenie okolicy objętej odleżyną. Stosowanie udogodnień, materiały p/odleżynowego, zmiana pozycji ułożeniowej co 1-2	Planowane interwencje mają na celu redukcję/minimalizację udokumentowanych czynników ryzyka powstawania odleżyn lub pogłębienia aktualnych zmian na skórze. Właściwa pielęgnacja skóry chroni ją przed wysuszeniem i potencjal-	Nie doszło do powstania nowych odleżyn; dotychczasowa odleżyna prezentuje cechy typowe dla I stopnia zmian

cym działaniem moczu na skórę.		godziny. Delikatna pielęgnacja, mycie i osuszanie, natłuszczenie, masowanie miejsc narażonych na odleżyny. Zachęcanie do stosowania ćwiczeń biernych. Wygodne zasłanie łóżka. Zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Systematyczna wymiana pieluchomajtek	nymi uszkodzeniami. Redukcja ucisku okolic narażonych na odleżyny gwarantuje właściwe ukrwienie tkanek i minimalizuje ryzyko martwicy.	
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP)	Interwencje pielęgniarские ICNP			Diagnoza /wynik ICNP
Odleżyna [10025798] Ryzyko odleżyny [10027337]. Zaburzony czynny zakres ruchu [10040173].	Ocenianie ryzyka odleżyny [10030710]. Ocenianie odleżyny [10040847] Prewencja odleżyn [10040224]. Nauczanie o prewencji odleżyn [10036861]. Pielęgnacja odleżyny [10032420] Wzmacnianie techniki wykonywania ćwiczeń mięśni lub stawów [10036512]. Asystowanie w toalecie [10023531].			Bez odleżyny [10029065] – bez nowej zmiany Odleżyna [10025798] – utrzymuje się odleżyna I stopnia
Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgniarских	Planowane interwencje pielęgniarские	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgniarских
Obniżony nastrój spowodowany aktualną sytuacją zdrowotną.	Poprawa nastroju. Akceptacja aktualnej sytuacji zdrowotnej.	Ocena niepokoju. Ocena akceptacji statusu zdrowotnego. Nawiązanie kontaktu z chorą i zapewnienie wsparcia emocjonalnego. Propagowanie poczucia własnej wartości. Wzmacnianie uczucia nadziei. Propagowanie akceptacji statusu zdrowotnego. Zapewnienie wsparcia psychicznego.	Planowane interwencje mają na celu ocenę przyczyn niepokoju chorej i akceptacji jej aktualnej sytuacji. Nawiązanie kontaktu i zapewnienie pacjentce wsparcia emocjonalnego są bardzo istotne, aby zbudować zaufanie i zachęcić do rozmowy o problemach, wątpliwościach, niepokojach. Promowanie poczucia własnej wartości i wzmacnianie uczucia nadziei są odpowiednimi metodami, aby zachęcić pacjentkę do zmiany nastawienia, do ćwiczeń, a tym samym lepszego efektu hospitalizacji. Profesjonalne wsparcie psychologiczne umożliwi pacjentce optymalne radzenie sobie w sytuacji, w jakiej się znalazła i jej zaakceptowanie.	Nastrój chorej uległ poprawie. Wykazuje większą gotowość współpracy i akceptacji działań, które dotyczą jej sytuacji zdrowotnej
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP)	Interwencje pielęgniarские ICNP			Diagnoza/wynik ICNP
Niepokój [10000477]. Zaburzona akceptacja statusu zdrowotnego [10029480].	Ocenianie niepokoju [10041745]. Ocenianie akceptacji statusu zdrowia [10026249]. Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]. Promowanie poczucia własnej wartości [10024455]. Poradnictwo dotyczące nadziei [10026212]. Promowanie akceptacji statusu zdrowia [10037783]. Wspieranie statusu psychologicznego [10019161]. Zarządzanie nastrojem [10036256]			Równowaga nastroju [10035792]. Akceptacja statusu zdrowotnego [10023499].

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja

Proces starzenia się organizmu prowadzi do istotnych zmian funkcjonalnych i czynnościowych organizmu. Dotyczą one także układu moczowego. Na zmiany o charakterze fizjologicznym nakładają się jednak zaburzenia wynikające z wielochorobowości, która dotyczy populacji seniorów. Zwiększają one ryzyko rozwoju NTM. Wśród uznanych czynników ryzyka NTM wymienia się m.in. infekcje układu moczowego, menopauzę, otyłość, zaburzenia neurologiczne, choroby gruczołu krokowego, cukrzycę, niewydolność układu krążenia, przetoki, zabiegi operacyjne wykonywane w obrębie układu moczowo-płciowego, stosowane leki [Kostka, 2009].

- W ramach systemu zintegrowanej profilaktyki i identyfikacji chorych z grupy ryzyka powstawania odleżyn niezbędna jest:
- identyfikacja osób zagrożonych rozwojem odleżyn i oszacowanie poziomu ryzyka,
- wprowadzenie odpowiedniego systemu profilaktyki wobec chorych z ryzykiem rozwoju odleżyn,
- u chorych z już występującą odleżyną – wdrożenie leczenia miejscowego i pielęgnacja rany [Szewczyk, Cwajda, Cierznikowska, 2006].

Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran zaleca się, aby pierwszą ocenę czynników a także poziomu ryzyka rozwoju odleżyn przeprowadzić niezwłocznie po przyjęciu chorego w oddział. Niezbędne jest wówczas wykorzystanie skali punktowej. Z kolei weryfikowanie tej oceny powinno mieć miejsce nie rzadziej niż co 24–48 godzin. Dotyczy to szczególnie pierwszych tygodni hospitalizacji. Około 90% odleżyn rozwija się bowiem w pierwszych dwóch tygodniach unieruchomienia pacjentów [Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, 2010].

Wdrożenie systematycznych działań prewencyjnych w zakresie ryzyka wystąpienia odleżyn lub monitorowanie aktualnie istniejących ran stanowi nieodłączny element praktyki pielęgniarstwa. Służy bowiem podnoszeniu jakości życia zależnej od zdrowia odbiorców świadczeń. ICNP® jako narzędzie standaryzowane umożliwia racjonalne wdrażanie opieki pielęgniarstwa opartej o proces pielęgnowania, który zgodnie ze stanowiskiem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN, International Council of Nurses, 2005) składa się z pięciu etapów: oceny (assessment), diagnozy (diagnosis), interwencji (intervention), implementacji (implementation) i ewaluacji (evaluation) [Kilańska, Staszewska, Urbanek, Andrzejczak, Purgał, 2014]. Przygotowywanie planów opieki w oparciu o terminy z ICNP® poza dokumentowaniem świadczeń pielęgniarstwa może służyć tworzeniu katalogów z jednorodnych grup diagnoz pielęgniarstwa i jednorodnych grup interwencji pielęgniarstwa. Znajduje to szczególne uzasadnienie w prowadzeniu elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwa i standaryzowaniu planów opieki. Stanowi także punkt wyjścia do gromadzenia dowodów niezbędnych do realizowania praktyki zawodowej w oparciu o naukową analizę efektów pracy pielęgniarek [Kilańska, Staszewska, Urbanek, Andrzejczak, Purgał, 2014].

Wnioski

1. Nietrzymanie moczu i długotrwałe unieruchomienie stanowią istotne czynniki zwiększające ryzyko powstawania odleżyn u seniorów.

Zastosowanie ICNP® w projektowaniu planu opieki pielęgniarstwa wobec seniora z nietrzymaniem moczu i ryzykiem powstawania odleżyn umożliwia monitorowanie liczby, charakteru i jakości udzielanych świadczeń.

Piśmiennictwo

1. Dzikowska M., Merklinger-Soma M., Gajda K. 2011. *Analiza występowania odleżyn u pacjentów przebywających w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym*. Problemy Pielęgniarstwa. 19 (2): 162–170.
2. Główny Urząd Statystyczny 2014. *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*. Warszawa: GUS.
3. Grabowska H., Grabowski W., Gaworska-Krzemińska A. 2014. *Mapowanie fraz opisujących diagnozy i interwencje pielęgniarstwa w opiece nad chorym z cukrzycą z wykorzystaniem ICNP®*. Pielęgniarstwo XXI wieku. Nr 3 (48): 37-41.

4. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. 2006. *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
5. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.) 2007. *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
6. Kilańska D., Staszewska M., Urbanek N., Andrzejczak A., Purgał J. 2014. *Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej — studium przypadku*. *Problemy Pielęgniarstwa*. Tom 22, zeszyt nr 4: 539–545.
7. Klukowski M. 2008. *Odleżyny u osób w wieku podeszłym – zapobieganie i leczenie*. *Postępy Nauk Medycznych*. 12: 818-820.
8. Kostka T. 2009. *Nietrzymanie moczu i stolca*. [w:] Kostka T., Koziarska-Rościszewska M. (red.). *Choroby wieku i podeszłego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL: 137-145.
9. Krasowski G., Kruk M. 2008. *Leczenie odleżyn i ran przewlekłych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
10. Kózka M. 2004. *Odleżyny — występowanie, profilaktyka i leczenie*. *Rehab. Med.* 8: 29–38.
11. Polskie Towarzystwo Leczenia Ran 2010. *Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn*. *Leczenie Ran*. 7(3–4): 79–106.
12. Szewczyk MT., Cwajda J., Cierzniałowska K. 2006. *Zasady prowadzenia skutecznej profilaktyki ran odleżynowych*. *Wiadomości Lekarskie*. LIX(11– 12): 842–847.