

## WYBRANE DIAGNOZY I DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE U CHORYCH Z OPARZENIEM TERMICZNYM

### Selected diagnoses and nursing actions towards patients with thermal burn



Elżbieta Kozłowska, Katarzyna Cierzniałowska, Maria T. Szewczyk

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 1: 28-35

Praca wpłynęła: 10.09.2012, przyjęto do druku: 06.12.2012

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Katarzyna Cierzniałowska**, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

#### Streszczenie

Pielęgnowanie chorego z oparzeniem termicznym jest dużym wyzwaniem dla środowiska pielęgniarskiego. Podstawę planowania działań w procesie pielęgnowania stanowi prawidłowo sformułowana diagnoza pielęgniarska. Dokumentacja medyczna, którą można by stosować jako uniwersalne narzędzie pracy dla pielęgniarek na całym świecie, powinna być przejrzysta, jednolita i posługiwać się odpowiednio dobraną terminologią. Warunki takie spełnia Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (*International Classification for Nursing Practice – ICNP*). Umożliwia ona również prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej w systemie elektronicznym. W niniejszej pracy zaprezentowano wybrane diagnozy pielęgniarskie i działania u chorych z oparzeniem termicznym na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej wg modelu 7-osiowego.

**Słowa kluczowe:** oparzenie, diagnoza pielęgniarska.

#### Summary

Nursing a patient with thermal burn constitutes a big challenge for nursing community. The basis for planning actions in the process of nursing composes properly made nursing diagnosis. Medical documentation, that can be used as a universal tool for nurses all over the world, should be clear, unitary and should include proper terminology. The International Classification for Nursing Practice meets such conditions. It also gives a possibility of leading nursing documentation in electronic procurement. In this work selected nursing diagnoses and actions towards patients with thermal burn based on International Classification for Nursing Practice according to 7-axis model.

**Key words:** burn, nursing diagnosis.

#### Wstęp

W oparzeniu termicznym dochodzi do przegrzania tkanek powyżej krytycznej granicy, powodującego ich zniszczenie. Obszar i głębokość uszkodzenia są uzależnione w dużej mierze od czynnika wywołującego oparzenie, jego temperatury i czasu oddziaływania [1]. Leczenie rany oparzeniowej należy rozpocząć jak najszybciej od urazu. Proces gojenia się ran oparzeniowych jest bardzo trudny, zwykle trwa długo i może ulegać zaburzeniom na skutek oddziaływania wielu niekorzystnych czynników, np. zakażenia [2]. U chorego oparzonego, poza miejscowym zniszczeniem tkanek, proporcjonalnie do ciężkości oparzenia rozwijają się zmiany ogólnoustrojowe, określane mianem choroby oparzeniowej. Są one wynikiem gwałtownej utraty płynów i postępujących zaburzeń wodno-elek-

trolitowych, immunologicznych i metabolicznych. Skrajnie mogą prowadzić do wstrząsu oligowolemicznego, zespołu uogólnionej odpowiedzi zapalnej (*systemic inflammatory response syndrome – SIRS*) i w konsekwencji – zespołu niewydolności wielonarządowej (*multiple organ dysfunction syndrome – MODS*) [3].

Postępowanie w określonych jednostkach chorobowych opiera się na aktualnych standardach i procedurach medycznych. U chorych oparzonych obejmuje ono:

- ocenę czynności życiowych,
- leczenie bólu,
- wykonanie badań laboratoryjnych (morfologia, elektrolity, parametry krzepnięcia, mocznik, kreatynina, białko, gazometria, grupa krwi i próba krzyżowa) i innych koniecznych w danym momencie,

- przetaczanie płynów – zapobieganie wystąpieniu wstrząsu oligowolemicznego lub jego leczenie,
- oznaczanie diurezy godzinowej,
- prowadzenie antybiotykoterapii,
- uodpornienie przeciwciałowe,
- podawanie heparyny,
- miejscowe leczenie rany oparzeniowej,
- odżywianie chorych,
- wykonanie nacięć strupa oparzeniowego w oparzeniach okrężnych,
- ocenę innych współistniejących obrażeń i ustalenie z innymi specjalistami wskazań do ich pilnego zaopatrzenia [4].

Każdy chory hospitalizowany z powodu oparzenia odczuwa silne dolegliwości bólowe, często prezentuje objawy lęku wynikające ze świadomości swojego ciężkiego stanu, prawdopodobieństwa oszpeccenia ciała, bezradności i uzależnienia od zespołu terapeutycznego. Dlatego też pielęgniarka, która jest członkiem wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego i sprawuje całodobową opiekę nad chorym, diagnozuje aktualne potrzeby chorego i potencjalne zagrożenia, następnie z uwzględnieniem rozpoznania opracowuje indywidualny plan opieki, realizuje go oraz przeprowadza ewaluację rezultatów opieki.

## Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie wybranych diagnoz pielęgniarstkich i działań u chorych z oparzeniem termicznym na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarstkiej (*International Classification for Nursing Practice* – ICNP).

## Materiał i metody

W pracy wykorzystano metodę studium indywidualnych przypadków. Do ustalenia problemów pielęgnacyjnych posłużono się analizą zapisów z historii choroby, dokumentacji procesu pielęgnowania zawierających uwagi z obserwacji pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 w Bydgoszczy.

W tabeli 1. zestawiono dane ogólne dotyczące opisanych przypadków.

**Tabela 1.** Analizowane przypadki – dane chorych w dniu przyjęcia i czas pobytu

Dane	I	II	III	IV	V
płeć	K	K	M	M	M
wiek (lata)	56	63	42	29	53
obszar oparzenia	ok. 12% TBSA, liczne okolice ciała po stronie lewej (częściowo: kończyna górna, bark, klatka piersiowa, brzuch i udo)	ok. 8% TBSA, przedramiona, obie dłonie, twarz	ok. 15% TBSA, twarz, szyja, oba nadgarstki	ok. 20% TBSA, przednia powierzchnia obu goleni, tylna powierzchnia obu kończyn dolnych, dolna część pośladków	ok. 10% TBSA, twarz, obie ręce
głębokość	I°/II°	I°/II°	II°	II°	I°/II°
przyczyna	oblanie się wrzątkiem	wybuch butli z gazem	wybuch pieca CO	płonące paliwo	wybuch butli z gazem
ocena ogólna przy przyjęciu	stan dobry, kontakt zachowany	stan dobry, kontakt zachowany	stan dość dobry, kontakt zachowany	stan dość dobry, kontakt zachowany	stan dobry, kontakt zachowany
ciśnienie tętnicze (mm Hg)	150/80	140/70	145/95	130/70	150/80
tętno	78	84	74	88	87
temperatura (°C)	36,4	36,9	36,3	36,6	36,2
choroby współistniejące	nadciśnienie tętnicze	nadciśnienie tętnicze, cukrzyca	nadciśnienie tętnicze	neguje	astma
dolegliwości bólowe (VAS)	7	6	8	8	7
skala Norton	14 pkt	18 pkt	10 pkt	17 pkt	18 pkt
czas pobytu (dni)	5	5	6	12	7
dodatkowe informacje	brak	konsultacja okulistyczna	konsultacja okulistyczna	wypis na własne żądanie przed zakończeniem leczenia	konsultacja okulistyczna, psychologiczna i psychiatryczna

## Diagnoza pielęgniarska z wykorzystaniem ICNP

Diagnoza pielęgniarska, której postawienie jest możliwe po uwzględnieniu zgromadzonych danych o chorym ze wszystkich dostępnych źródeł, stanowi podstawę planowania działań w procesie pielęgnowania [5]. Niezwykle ważnym elementem postępowania pielęgniarskiego i prowadzenia dokumentacji medycznej jest odpowiednio dobrana, przejrzysta terminologia, zapewniająca jednolitość języka, tak żeby stanowiła narzędzie pracy pielęgniarek na całym świecie. Warunki takie spełnia ICNP [6, 7]. Wykorzystywanie narzędzia ICNP zakłada prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej w systemie elektronicznym. Poza tym, że wdrożenie ICNP do systemów informatycznych przyczyni się do ujednoczenia pojęć, którymi posługują się pielęgniarki, niewątpliwie poprawi jakość usług świadczonych pacjentom, zapewniając jednocześnie właściwe bezpieczeństwo opieki [8].

## Proces pielęgnowania chorego oparzonego

W niniejszym opracowaniu przedstawiono wybrane problemy chorych z oparzeniami termicznymi wg 7-osiowego modelu ICNP, odnoszącego się do diagnoz, działań i wyników. Poszczególne osi ICNP definiowane są jako:

- przedmiot: obszar uwagi istotny z punktu widzenia pielęgniarstwa,
- ocena: kliniczna opinia lub orzeczenie w związku z przedmiotem praktyki pielęgniarskiej,
- środki: sposób lub metoda pomyślnego zakończenia działania,
- działanie: celowe działanie podejmowane w stosunku do klienta,
- czas: punkt, okres, przypadek, przerwa lub okres trwania zdarzenia,
- lokalizacja: anatomiczne lub przestrzenne zorientowanie diagnozy lub działania,
- klient: podmiot, do którego odnosi się diagnoza i który jest odbiorcą działań [9].

Wytyczne tworzenia oświadczeń o diagnozie w modelu 7-osiowym ICNP wyraźnie wskazują, że oświadczenie zawsze musi zawierać terminy z osi *przedmiot* i *ocena*. Może zawierać terminy z pozostałych osi, jeżeli jest to konieczne [9].

Dla chorych prezentowanych powyżej, hospitalizowanych z powodu oparzeń I° i II°, obejmujących od 8% do 20% powierzchni skóry, którzy określają dolegliwości bólowe na poziomie 6–8 w skali VAS, sformułowano i przedstawiono w postaci graficznej następujące diagnozy i działania pielęgniarskie:

Diagnoza 1. Ból związany z oparzeniem tkanek (tab. 2).

**Tabela 2.** Diagnoza pielęgniarska: ból związany z oparzeniem tkanek, propozycja działań pielęgniarskich z wykorzystaniem 7-osiowego modelu ICNP

Proces pielęgnowania	Siedem osi						
	przedmiot	ocena	środki	działanie	czas	lokalizacja	klient
diagnoza	ból (10013950)	stan rzeczywisty (10000420)			hospitalizacja (10009122)		pacjent (10014132)
	oparzenie (10003763)					skóra i jej wykwity (10010428)	
działanie	postawa wobec ból (10002995)			obserwacja (10019277)			pacjent (10014132)
			środki przeciwbólowe (10002279)	zastosowanie (10002464)	hospitalizacja (10009122)		
	reakcja na lek (10017043)			ocenie (10007066)			
				układanie w okre- ślonych pozycjach (10014757)			
cel		niski poziom (10011438)					
wynik	ból (10013950)	poziom opadający (10005616)					pacjent (10014132)

**Tabela 3.** Diagnoza pielęgniarska: ryzyko wystąpienia wstrząsu hipowolemicznego z powodu utraty objętości płynów ustrojowych, propozycja działań pielęgniarskich z wykorzystaniem 7-osioowego modelu ICNP

Proces pielęgnowania	Siedem osi						
	przedmiot	ocena	środki	działanie	czas	lokalizacja	klient
diagnoza	wstrząs hipowolemiczny wywołany zmniejszeniem objętości krwi krążącej (1009599)	możliwość (10015151)			hospitalizacja (10009122)		pacjent (10014132)
działanie	zachwianie równowagi elektrolitowej lub gospodarki płynami (10008027)			obserwacja (10019277)	hospitalizacja (10009122)		pacjent (10014132)
	dostęp do żyły (10010780)		kaniula dożylna (10020677)	wstrzykiwanie (10010266)			
	przyjmowanie płynów (10008015)		kroplówka (10006295)	stosowanie (10013636)			
	ciśnienie tętnicze (10003335)		urządzenie monitorujące (10012177)	kontrolowanie (10005142)	często (10013658)		
	częstość tętna (10016134)			kontrolowanie (10005142)			
	mocz (10020478)		cewnik (10004087), technika antyseptyczna (10002639)	cewnikowanie (10004094)	pęcherz moczowy (10020360)		
	reakcja na leczenie płynami (10017036)			ocenie (10000066)			
cel		niski poziom (10011438)					
wynik	wstrząs hipowolemiczny wywołany zmniejszeniem objętości krwi krążącej (10009599)	poziom opadający (10005616)					pacjent (10014132)

Diagnoza 2. Ryzyko wystąpienia wstrząsu hipowolemicznego z powodu utraty objętości płynów ustrojowych (tab. 3.).

Diagnoza 3. Ryzyko wystąpienia zakażenia (tab. 4.).

Diagnoza 4. Brak możliwości samoopieki (tab. 5.).

Diagnoza 5. Ryzyko wystąpienia zaburzeń emocjonalnych spowodowanych lękiem o obraz własnego ciała (tab. 6.).

Przedstawione diagnozy stanowią podstawę procesu pielęgnowania wszystkich chorych oparzonych przyjętych do szpitala. Podejmowane działania (tab. 2.–6.) są jedynie propozycją postępowania pielęgniarskiego, ponie-

waż planowanie opieki i jej realizacja, zgodnie z zasadą indywidualizacji opieki, powinny być dostosowane do aktualnego stanu chorego oraz uzależnione od możliwości świadczenia opieki. Przedstawiony wynik jest stanem idealnym. Jego osiągnięcie nie zawsze jest możliwe, dlatego niezbędne jest wprowadzanie dodatkowych zmian i interwencji wynikających z ewaluacji procesu pielęgnowania.

Ponadto dla przedstawionych pacjentów można stworzyć katalog diagnoz stanowiący punkt odniesienia do holistycznej opieki pielęgniarskiej (tab. 7.).

**Tabela 4.** Diagnoza pielęgniarska: ryzyko wystąpienia zakażenia, propozycja działań pielęgniarskich z wykorzystaniem 7-osioowego modelu ICNP

Proces pielęgnowania	Siedem osi						
	przedmiot	ocena	środki	działanie	czas	lokalizacja	klient
diagnoza	zakażenie (10010104)	ryzyko (10017252)			hospitalizacja (10009122)		pacjent (10014132)
działanie	objaw zakażenia (10018148)			obserwacja (10019277)	hospitalizacja (10009122)		
	rana (10021178)	stan (10018786)		ocenie (10000066)		skóra (10018239)	
			opatrunek (10021227)	oczyszczanie (10016181)			
	układ moczowy (10020421)		cewnik urologiczny (10020373)	usuwanie (10016763)		pęcherz moczowy (10020360)	
	dostęp żylny (10010780)		kaniula dożylna (10020677)	obserwacja (10019277)		droga dożylna (10010798)	
			technika aseptyczna (10002639)	przestrzeganie (10001756)			
	temperatura ciała (1003507)		urządzenie pomiarowe (10002734)	monitorowanie (10012154)			pacjent (10014132)
			antybiotyk (1002383)	stosowanie (10013636)		droga dożylna (10010798)	
cel		niski poziom (10011438)					
wynik	zakażenie (10010104)	poziom opadający (10014938)					pacjent (10014132)

**Ryc. 1.** Oparzenie dłoni w pierwszym dniu hospitalizacji**Ryc. 2.** Oparzenie dłoni w piątym dniu hospitalizacji

**Tabela 5.** Diagnoza pielęgniarska: brak możliwości samoopieki, propozycja działań pielęgniarskich z wykorzystaniem 7-osioowego modelu ICNP

Proces pielęgnowania	Śledem osi						
	przedmiot	ocena	środki	działanie	czas	lokalizacja	klient
diagnoza	samoopieka (10017661)	niski poziom (10011438)			hospitalizacja (10009122)	oddział szpitalny (10009133)	pacjent (10014132)
działanie	zdolność do podejmowania czynności higienicznych (10000184)				pomaganie (10002850)	hospitalizacja (10009122)	pacjent (10014132)
	zdolność do samodzielnego ubierania się (10000145)			pomaganie (10002850)			
	zdolność do samodzielnego pobierania pokarmu (10000166)			przyrząd do podawania pokarmu (10007803)	pomaganie (10002850) samodzielne pobieranie pokarmu 10017730		
	poruszanie się w obrębie łóżka (1003181)		sprzęty i pojazdy umożliwiające poruszanie (10012131)	uruchamianie (10012120)			
cel		poziom oczekiwany (10007343)					
wynik	samoopieka (10017661)	prawidłowość (10013295)					pacjent (10014132)

## Omówienie

Proces kształtowania się pielęgniarskiej klasyfikacji terminologicznej trwa od ponad 20 lat. Zaowocował powstaniem kilku klasyfikacji, z których powszechne uznanie zdobyła Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej. Nieustannie ulepszane narzędzie ICNP jest uporządkowaną strukturą, zawierającą pojęcia niezbędne do formułowania prawidłowej diagnozy pielęgniarskiej [8].

Opracowany katalog powszechnie używanych określeń stanowi fundament do tworzenia planów opieki pielęgniarskiej. Ujednolicony, kodowany słownik terminologii ułatwia komunikację w środowisku pielęgniarskim (również międzynarodowym), pozwala na ocenę wkładu pielęgniarki w opiekę nad konkretnym chorym oraz wymianę doświadczeń klinicznych i wyników opieki. Dodatkowo przypisane do danego terminu kody ułatwiają wyszukiwanie danych w dokumentacji elektronicznej [10].

Z badań przeprowadzonych w grupie studentów pielęgniarstwa przez Zarzycką i wsp. wynika, że zakres i rodzaj diagnozy z wykorzystaniem ICNP są takie same, jak w modelu tradycyjnym. Formułowanie diagnoz z wykorzystaniem ICNP jest jednak łatwiejsze i zajmuje mniej czasu niż formułowanie tradycyjne, bez straty na ich precy-

zyjności [11]. Markowska i wsp. uważają, że podstawową zasadą postępowania pielęgniarskiego wobec wszystkich oparzonych osób jest indywidualizowanie doboru metod leczenia i pielęgnowania w zależności od wieku pacjenta, rozległości, umiejscowienia i głębokości rany oparzeniowej. W opracowaniu przedstawiają proces pielęgnowania z planem opieki nad oparzonym dzieckiem [12]. Diagnozy i działania pielęgniarskie prezentowane w niniejszej pracy w formie tabel, zawierające proste komunikaty oraz łatwe do zastosowania w wersji elektronicznej, są niemal tożsame z opisową wersją procesu pielęgnowania.

W piśmiennictwie można zaobserwować dążenie do wyodrębnienia katalogu czy też zestawu diagnoz najczęściej używanych w poszczególnych obszarach pielęgniarstwa [13, 14]. Przy wykorzystaniu programów komputerowych, również w prosty sposób, w przyszłości można opracować podobny katalog diagnoz najczęściej powtarzających się w opiece nad chorym oparzonym.

W badaniach brazylijskich – studium przypadku 10 chorych oparzonych i 10 członków ich rodzin – zidentyfikowano i analizowano 30 diagnoz. Problemy, które sygnalizowali członkowie rodziny, dotyczyły zwłaszcza sprawowania bezpośredniej opieki nad oparzonym, zapobiegania zakażeniom rany i problemów psychospołecz-

**Tabela 6.** Diagnoza pielęgniarska: ryzyko wystąpienia zaburzeń emocjonalnych spowodowanych lękiem o obraz własnego ciała, propozycja działań pielęgniarskich z wykorzystaniem 7-osioowego modelu ICNP

Proces pielęgnowania	Siedem osi						
	przedmiot	ocena	środki	działanie	czas	lokalizacja	klient
diagnoza	stan psychiczny (10015988)	nieprawidłowość (10013269)			hospitalizacja (10009122)		pacjent (10014132)
działanie				nawiązywanie relacji (10016678)	hospitalizacja (10009122)		pacjent (10014132)
	dobrostan psychiczny (10015990)		terapia z udziałem grup wsparcia (10019135)	komunikowanie się (1005038)			
				wspieranie (10019142)			
				dodawanie otuchy (10016480)			
				poradnictwo (1005254)			
			technika łagodzenia stresu (1003839)	pocieszenie 10004664			
cel		poprawa (10026692)					
wynik	powrót do normalnego stanu emocjonalnego (1006777)	prawidłowość (10013295)					pacjent (10014132)

**Tabela 7.** Przykładowe diagnozy pielęgniarskie sformułowane na bazie katalogu definicji pojęć ICNP

Oś		Odniesienie diagnozy
przedmiot	ocena	
wzrok (10018124)	pogorszenie (10012938)	oparzenie twarzy
niepełnosprawność (10005980)	wysoki poziom (10009007)	oparzenie dłoni (ryc. 1., 2.)
przykurcze (10010975)	ryzyko (10017252)	rozległość uszkodzenia tkanek
hiperglikemia (10009325)	możliwość (0015151)	choroby współistniejące
hipoglikemia (10009484)	możliwość (0015151)	
ciśnienie tętnicze (10003335)	nieprawidłowość (10013269)	
odleżyna (10015612)	ryzyko (10017252)	ocena skali Norton
stan psychiczny (10015988)	pogorszenie (10012938)	depresja

nych. Problemy chorych skupiały się na aspektach psychospołecznych. Niemal identyczne postrzeganie obu grup badanych dotyczyło diagnoz: ból, lęk i strach, zaburzenie integralności skóry i podatność na zakażenie, zmiana obrazu ciała, ograniczenia samoopieki [15].

Nie ulega wątpliwości, że wprowadzenie ICNP do ogólnego systemu informatycznego skróci czas przeznaczony na posługiwanie się dokumentacją medyczną, wydłuży czas opieki nad pacjentem oraz umożliwi ocenę wpływu jakości opieki pielęgniarskiej na efektywność leczenia [16].

Dodatkowo należy podkreślić, że zaletą tej formy dokumentacji jest jej czytelność oraz małe prawdopodobieństwo „pominięcia” w zapisie interwencji podejmowanych u chorego.

## Podsumowanie

Pielęgnowanie każdego chorego (również oparzonego) stanowi indywidualny, długofalowy, dobrze zaplanowany i starannie zrealizowany proces, którego integralną częścią jest jego systematyczne dokumentowanie. Obecnie, kiedy prowadzenie dokumentacji pielęgniarstwa w wersji elektronicznej jest coraz bardziej realne, wykorzystanie ICNP w codziennej praktyce umożliwia m.in. analizę wprowadzonych danych, wykonanych działań i interwencji pielęgniarstwa oraz bieżącą ewaluację procesu pielęgnowania, a przede wszystkim oszczędza czas przeznaczany dotychczas na wypełnianie dokumentacji papierowej.

## Piśmiennictwo

1. Strużyna J. Wczesna odpowiedź na uraz oparzeniowy. W: Wczesne leczenie oparzeń. Strużyna J (red.). PZWL, Warszawa 2006: 15-49.
2. Kabała-Dzik A, Macha A, Szaflarska-Stojko E. Wpływ zewnętrznych i wewnętrznych czynników na patofizjologię rany oparzeniowej. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2006; 60: 167-170.
3. Kozłowska E, Popow A, Cierzniańska K, Kiełbasa L. Oparzenia jako problem leczniczo-pielęgnacyjny. W: Leczenie ran przewlekłych. Szewczyk MT, Jawień A (red.). PZWL, Warszawa 2012: 131-151.
4. Jethon J. Oparzenia i odmrożenia. W: Podstawy chirurgii. Szmidt J, Kuźdzał J (red.). *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2009: 539-551.
5. Szewczyk MT. Diagnostyka pielęgniarstwa. *Przew Lek* 2006; 1: 86-89.
6. Kisilowska M. Założenia i istota ICNP. W: Wprowadzenie do diagnostyki pielęgniarstwa. Górajek-Jóźwik J (red.). PZWL, Warszawa 2007: 118-145.
7. Sansoni J, Giustini M. More than terminology: using ICNP to enhance nursing's visibility in Italy. *Int Nurs Rev* 2006; 53: 21-27.
8. Kilańska D. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarstwa (ICNP®) – aktualny stan na świecie i etap prac przygotowawczych do wdrożenia w Polsce. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 235-245.
9. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarstwa ICNP, wersja 1.0. Praca zbiorowa. Makmed, Lublin 2009.
10. Matney SA, Warren JJ, Evans JL, et al. Development of the nursing problem list subset of SNOMED CT. *J Biomed Inform* 2012; 45: 683-688.
11. Zarzycka D, Górajek-Jóźwik J. Nursing diagnosis with the ICNP® in the teaching context. *Int Nurs Rev* 2004; 51: 240-249.
12. Markowska A, Szewczyk M. Opieka pielęgniarstwa nad dzieckiem oparzone. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2009; 1: 14-19.
13. Pyykkö AK, Laurila J, Ala-Kokko TI, et al. Intensive care nursing scoring system. Part 1: classification of nursing diagnoses. *Intensive Crit Care Nurs* 2000; 16: 345-356.
14. Ikwanty K, Dobrowolska B. Wykorzystanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarstwa (ICNP®) w diagnozowaniu pacjenta Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2012; 1: 67-71.
15. Goyatá SL, Rossi LA. Nursing diagnoses of burned patients and relatives' perceptions of patients' needs. *Int J Nurs Terminol Classif* 2009; 20: 16-24.
16. Habel A, Cierzniańska K, Grabowska H i wsp. Propozycja realizacji diagnoz pielęgniarstwa z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarstwa u chorego operowanego z powodu przepukliny pachwinowej. *Pielęg Chirurg Angiol* 2011; 4: 187-202.