

ZASTOSOWANIE MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI ICNP® W ODNIESIENIU DO 13 KANONÓW FLORENCE NIGHTINGALE W PLANOWANIU OPIEKI NAD MIESZKAŃCEM BRYTYJSKIEGO DOMU OPIEKI

THE USE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF ICNP® IN RELATION TO THE 13 CANONS OF FLORENCE NIGHTINGALE IN PLANNING THE RESIDENT'S CARE IN A BRITISH NURSING HOME

Magdalena Ozga^{1,A,B,C}, Magdalena Bikowska^{1,D}, Bożena Gorzkowicz^{2,D}, Martyna Skirmuntt^{2,E}

¹Samodzielna Pracownia Opieki Długoterminowej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratunkowego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

¹Independent Long-Term Care Unit, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland

²Department of Nursing and Surgical Nursing, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland

Authors' contribution | Wkład autorów:

A. Study design/planning | zaplanowanie badań • B. Data collection/entry | zebranie danych • C. Data analysis/statistics | dane – analiza i statystyki • D. Data interpretation | interpretacja danych • E. Preparation of manuscript | przygotowanie artykułu • F. Literature analysis/search | wyszukiwanie i analiza literatury • G. Funds collection | zebranie funduszy

Adres do korespondencji:

Magdalena Bikowska
Samodzielna Pracownia Opieki
Długoterminowej
Pomorski Uniwersytet Medyczny
ul. Chłapowskiego 11
70-103 Szczecin
e-mail: magdak@pum.edu.pl

PRZESŁANE: 25.11.2018

AKCEPTACJA: 7.12.2018

DOI: <https://doi.org/10.5114/ppiel.2018.80818>

STRESZCZENIE

W 1860 r. opublikowano w Anglii książkę *Notes on Nursing, What it is, and What it is Not* Florence Nightingale. Zawarte w niej kanony zrewolucjonizowały opiekę nad chorymi, przyczyniając się do znacznej poprawy warunków życia pacjentów przebywających pod opieką pielęgniarską. Pryncypia tam zawarte stały się kanwą do tworzenia pierwszych wytycznych w postaci algorytmów czy procedur pielęgniarskich. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (*International Classification for Nursing Practice – ICNP®*) to system, a zarazem narzędzie umożliwiające pielęgniarkom z całego świata prowadzenie praktyki zawodowej w sferze opieki nad pacjentem za pomocą ujednoliconego systemu językowego. Celem prezentowanej pracy było odnalezienie treści kanonów Florence Nightingale w diagnozach problemów pielęgnacyjnych pacjenta zawartych w Międzynarodowej Klasyfikacji ICNP®. Zostało to przedstawione na przykładzie opieki nad pensjonariuszką jednego z brytyjskich domów seniora.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, Florence Nightingale, kanony Florence Nightingale, ICNP®.

ABSTRACT

In 1860 in England the book “Notes on Nursing, What it is, and What it is Not” was published by Florence Nightingale. The canons included there have revolutionized the care of the sick people, contributing to a significant improvement in the living conditions of patients under nursing care. These principles have also become the basis for creating guidelines in the form of algorithms and nursing procedures.

International Classification for Nursing Practice is a system and also a tool that enables nurses from around the world to conduct professional practice in the area of patient care through a standardized language system. The aim of the presented work was to find of Florence Nightingale's canon content in the diagnosis of patient care problems contained in the International Classification for Nursing Practice, ICNP®. It was presented on the example of taking care of a pensioner in one of the British Seniors' Houses.

Key words: nursing, Florence Nightingale, Florence Nightingale's canon, ICNP®.

The most important practical lesson that can be given to nurses is to teach them what to observe – how to observe – what symptoms indicate improvement – what the reverse – which are of importance which are of none – which are the evidence of neglect – and of what kind of neglect.

Najważniejszą lekcją praktyczną, jaką można przekazać pielęgniarkom, jest nauczenie ich, co obserwować – jak obserwować – jakie objawy wskazują na poprawę – i odwrotnie – które są ważne, kiedy są nieobecne – które są dowodem zaniedbania – i jakiego rodzaju zaniedbania.

Florence Nightingale “Notes on Nursing, What it is, and What it is Not” 1859, fragment kanonu 13.

WSTĘP

Pielęgniarstwo zawodowe i trzynastcie kanonów Florence Nightingale

Florence Nightingale urodziła się 12 maja 1820 r. we Florencji, z której w niedługim czasie przeniosiła się wraz z rodzicami do Wielkiej Brytanii. Potrzeba opieki nad chorymi towarzyszyła jej od wczesnej młodości. Realizację marzeń o pomocy cierpiącym istotnie utrudniał niekorzystny wizerunek pielęgniarek panujący na początku XIX wieku w Europie [1]. Jednak hart ducha i upór zaowocowały ukończeniem przez Nightingale kursu w Szkole Pielęgniarskiej utworzonej w 1836 r. przez protestanckiego pastora Theodora Fliednera w Kaiserswerth [2]. Po krótkim stażu w londyńskim szpitalu Nightingale zebrała tzw. Anielską Bandę, czyli 38 pielęgniarek i wyjechała na wojnę krymską do szpitala polowego w Scutarii [3]. Podczas pobytu na froncie Nightingale nie tylko zrewolucjonizowała opiekę pielęgniarską nad rannymi żołnierzami, lecz także zdobyła empiryczne poparcie dla rodzących się w jej zamyśle fundamentalnych zasad nowoczesnego pielęgniarstwa. Po powrocie do Londynu za zasługi wojenne uhonorowana została przez królową Wiktorię, a 9 lipca 1860 r. zainicjowała działanie *The Nightingale Training School and Home for Nurses* – szkoły pielęgniarskiej utworzonej przy szpitalu św. Tomasza w Londynie. W 1859 bądź 1860 r. (daty pierwszego wydania brytyjskiego różnią się w zależności od źródła) opublikowano książkę Florence Nightingale *Notes on Nursing, What it is, and What it is Not*, która stała się szybko bestsellerem wydawniczym, osiągnąwszy liczbę ponad 15 tys. sprzedanych egzemplarzy w zaledwie 2 miesiące. Książka doczekała się licznych przekładów i wznowień [4]. W *Notes on Nursing, What it is, and What it is Not* Nightingale wskazała pryncypia, na których miało wg niej opierać się nowoczesne, profesjonalne pielęgniarstwo. Podstawy te określane są jako „13 kanonów Florence Nightingale” (*Florence Nightingale’s 13 Cannons*). Do chwili obecnej znajdują

one swe miejsce w procesie kształcenia pielęgniarek. W dalszej części artykułu przedstawiono i omówiono poszczególne kanony. Zachowano kolejność zgodnie z ich pojawianiem się w książce.

1. *Ventilation and warming* – wentylacja i ogrzewanie.

Kanon wskazuje na konieczność utrzymywania w czystości powietrza w pomieszczeniu chorego, by było ono tak świeże, jak na zewnątrz. Pokoju nie należy wychładzać. Należy dbać o jego prawidłową temperaturę. Nightingale podkreśla, że przy zastosowaniu odpowiedniej pościeli oraz wyposażenia ogrzewającego (w książce mowa o ciepłych butelkach – *hot bottles*) pacjent leżący nie ulegnie przeziębieniu, gdy otworzy się okno w celu wywietrzenia pomieszczenia.

2. *Health of houses* – zdrowie domu.

W pięciu punktach Florence Nightingale ukazuje zasady zdrowego domu lub pomieszczenia. Są to: czyste powietrze (*pure air*), czysta woda (*pure water*), usuwanie zanieczyszczeń (*efficient drainage*), czystość (*cleanliness*) i oświetlenie (*light*).

3. *Petty management* – nieodpowiednie zarządzanie.

Zasada podkreśla mądre planowanie opieki nad chorym, przewidywanie jego reakcji, niewprowadzanie w niepokój. Florence Nightingale dostrzega także potrzebę odpowiedzialności nie tylko za swoje postępowanie wobec chorego, ale zwraca uwagę na współodpowiedzialność w grupie: *To be „in charge” is certainly not only to carry out the proper measures yourself but to see that every one else does so too* [Bycie „odpowiedzialnym” to z pewnością nie tylko samodzielne przeprowadzanie odpowiednich działań, ale także sprawdzenie, czy wszyscy tak robią].

4. *Noise* – hałas.

Głośne dźwięki, szczególnie nieoczekiwane, mogą powodować dodatkowe cierpienie chorego. Nightingale podkreśla, że nie należy wybudzać pacjenta z pierwszego snu.

5. *Variety* – różnorodność.

Florence Nightingale odwołuje się w tym kanonie do wspomnień z czasu swej choroby. Podkreśla znaczenie kolorów i kwiatów w dochodzeniu do zdrowia. Potrzeba ta nie jest zachcianką pacjenta, a autentyczną pomocą w zdrowieniu. Dostarczanie miłych dla pacjenta bodźców, stów, barw, pobudzanie go do aktywności, do ruchu ma niezwykle korzystny wpływ na jego ciało. Nightingale podsumowuje jedną z części kanonu *Variety* następująco: *I remember (in my own case) a nose-gay of wild flowers being sent me, and from that moment recovery becoming more rapid* [Pamiętam (na moim własnym przypadku) przystany mi bukietik polnych kwiatów i to, że od tego momentu powrót do zdrowia następował dużo szybciej].

6. *Taking food* – przyjmowanie posiłków.

Kanon zawiera wytyczne dotyczące pór karmienia chorych w różnym stanie zdrowia i ilości podawanych

jednorazowo porcji. Florence Nightingale uczuła, by u chorego nie pozostawiano w przerwach między posiłkami resztek pokarmu. Ważne jest również, by chory spożywał posiłki punktualnie oraz by towarzyszył temu spokój. Pielęgniarka nie może w tym czasie porządkować pokoju lub sali chorego.

7. *What food?* – jakie jedzenie?

Innymi słowy: czym karmić chorego? Kanon zawiera zaskakująco dogłębne, jak na owe czasy, spostrzeżenia dietetyczne. Nightingale porusza m.in. kwestię picia herbaty, kawy, kakao, śmietany, mleka, jedzenia jajek, słodczy czy chleba własnego wypieku. Znajdują się też odniesienia do właściwych porcji oraz wskazanie na konieczność obserwacji reakcji chorego na przyjmowane produkty, która to powinna być najlepszym drogowskazem przy komponowaniu diety. Składniki diety nieszkodliwe dla jednych, innym mogą szkodzić. Florence Nightingale opiera tę uwagę na przykładzie produktów mlecznych. W kilku kanonach, w tym także w siódmym, zawarte są uwagi dotyczące picia tzw. *beef tea*, czyli wywaru z wotowiny uznawanego ongiś za lekarstwo.

8. *Bed and bedding* – łóżko i czystości przyłóżkowe.

Kanon ujmuje problematykę przygotowania i dbałości o higienę łóżka pacjenta, szczególnie obłożenie chorego. Wyposażenie łóżka winno być czyste, wietrzone, suche, a łóżko ani zbyt szerokie, ani zbyt wysokie. Źle zaścielone łóżko może przyczynić się do powstania odleżyn oraz skrofulozy, czyli gruźliczego zapalenia węzłów chłonnych. Obecnie jest to rzadko spotykana choroba, spowodowana m.in. złym poziomem higieny. Komfort chorego zależy istotnie od ułożenia poduszek, które musi być zindywidualizowane zależnie od stanu, a nawet wzrostu pacjenta.

9. *Light* – światło.

W czasach, gdy nawet wietrzenie pomieszczeń wiązano z ryzykiem zachorowania, Florence Nightingale wręcz nakazuje nie tylko przewietrzanie sal chorych, ale zapewnienie szerokiego dostępu do naturalnego, słonecznego światła: *Without sunlight, we degenerate body and mind*. Niezwykle interesująco brzmi również jej stwierdzenie, że leżący pacjenci zwykle kierują swe twarze ku słońcu: *Almost all patients lie with their faces to the light*.

10. *Cleanliness of rooms and walls* – czystość sal lub pokoi i ścian.

Utrzymaniu w czystości, wentylacji, praniu podlegać musi każdy element pokoju czy sali chorych: ściany, podłogi, które równocześnie nie powinny być pokryte materiałami trudnymi do utrzymania w czystości, takimi jak dywany, na których osiada brud.

11. *Personal cleanliness* – higiena osobista i czystość.

Zasadę tę streszcza jedno zdanie zapisane przez Florence Nightingale: *Every nurse ought to be careful to wash her hands very frequently during the day. If her face too, so much the better* [Każda pielęgniarka powinna dokładnie myć ręce bardzo

często w ciągu dnia. Jeśli myje także swoją twarz też, tym lepiej]. Informację o konieczności jak najczęstszego mycia rąk Nightingale poprzedza krótką teorią o funkcji skóry oraz niekorzystnym wpływie „zatykających” ją nieczystości.

12. *Chattering hopes and advices* – niewłaściwe doradzanie.

Często w tłumaczeniu polskim stosuje się też nazwę „głupie doradzanie”. Zasada wywodzi się bezpośrednio z obszaru psychologii i relacji pacjent – opiekun. Nieprzemysłane pocieszenie czy doradzanie choremu, który nie ma szans na wyleczenie, to wg Florence Nightingale tylko zwykła czcza „paplanina” opiekuna. Nie wnosi niczego pozytywnego w życie chorego. Autorka przestrzega więc przed takim traktowaniem pacjentów, prezentuje natomiast szereg wskazówek, jak prowadzić efektywną, empatyczną komunikację z pacjentem.

13. *Observation of the sick* – obserwacja chorego.

Zasada zawiera konkretne wytyczne, w jaki sposób i dlaczego pielęgniarka musi podejmować obserwację chorego, jakich pytań należy unikać i jak formułować pytania, które dostarczą rzetelnej wiedzy o stanie zdrowia chorego.

Najtrafniejszym podsumowaniem kanonu niech będą słowa Florence Nightingale przytoczone jako motto prezentowanej pracy [5].

MIĘDZYNARODOWA KLASYFIKACJA PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (*International Classification for Nursing Practice* – ICNP®) to system, a zarazem narzędzie umożliwiające pielęgniarkom z całego świata prowadzenie praktyki zawodowej w zakresie opieki nad pacjentem za pomocą ujednoczonego systemu językowego. Brak możliwości nazwania jakiegoś zjawiska powoduje jego niezrozumienie i jest to pewien rodzaj jego „nieobecności”. Problem ten dotyczy również języka pielęgniarskiego. Brak ujednoczonej terminologii pielęgniarskiej powodował niespójność w zakresie prowadzenia procesu opieki nad pacjentem w zespołach terapeutycznych, między ośrodkami zarówno na poziomie krajowym, jak i na arenie międzynarodowej. Niezaprzeczalnie przyczyniło się to także do niedostrzegania określonych aspektów i zakresów pracy pielęgniarki w mentalności społecznej. Największą zaletą, a jednocześnie celem utworzenia klasyfikacji jest to, że ICNP® obejmuje słownik, ujednoczoną nomenklaturę i strukturę, dzięki czemu można słownik i inne klasyfikacje łączyć. Umożliwia to dokonywanie porównań zakresu i jakości danych pielęgniarskich zebranych w innych słownikach [6, 7].

Katalog ICNP® stanowi ponad 10 mln zakodowanych pojęć. Prace nad ICNP® zostały zapoczątkowane na spotkaniu Rady Narodowych Reprezentantów na Kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek

International Council of Nursing (ICN) w Seulu w 1989 r. Wersję roboczą przedstawiono w 1993 r., a 12 lat później po raz pierwszy zaprezentowano *Version 1.0 ICNP*[®] [8]. Prace na rzecz wprowadzenia ICNP[®] w Polsce zostały zainicjowane w 2007 r. Obecnie w Polsce pielęgniarki dysponują polskojęzyczną wersją ICNP[®] w tłumaczeniu Zespołu Ekspertów pod kierunkiem dr Doroty Kilańskiej. Zgodę na tłumaczenie otrzymało Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie jako członek Międzynarodowej Rady Pielęgniarek [9, 10]. W kwietniu 2015 r. Minister Zdrowia przyjął Rekomendację nr 1/2013 z 11 września 2013 r. dotyczącą projektu elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej w oparciu o ICNP[®], a od maja 2018 r. odbywa się ministerialny pilotaż standaryzacji opieki pielęgniarskiej z wykorzystaniem ICNP[®] w 13 podmiotach leczniczych na terenie całej Polski.

OPIEKA NAD MIESZKAŃCEM W DOMU SENIORA W WIELKIEJ BRYTANII NA PRZYKŁADZIE DOŚWIADCZENIA WŁASNEGO

Relacje mieszkaniac – pracownik domu opieki lub domu seniora regulowane są wytycznymi prawnymi, które obowiązują każdą osobę zatrudnioną w ośrodku. Dla personelu przeprowadzane są liczne szkolenia i kursy zewnętrzne oraz wewnętrzne mające na celu podniesienie jego kompetencji w opiece nad seniorem. Każdy mieszkaniac przebywa w swoim oddzielnym pokoju z węzłem sanitarnym. Dzień rozpoczyna się od filiżanki kakao bądź innego napoju wg upodobań mieszkańca. Umożliwia to nawiązanie miłej relacji, która owocuje w ciągu dnia. Następnie wykonywana jest toaleta ciała i pomieszczenia – samodzielnie lub ze wsparciem opiekunów, zależnie od stanu mieszkańca. Pracę przy pensjonariuszu wykonuje się w zespołach minimum 2-osobowych ze względów prawnych i zdrowotnych. Śniadanie jest zawsze spożywane razem w jadalni, przy czysto nakrytym stole. Podczas posiłku serwuje się zwykle świeżo wyciskany sok z pomarańczy, owoce, zazwyczaj mandarynki albo suszone śliwki, płatki kukurydziane, tosty z dżemem i herbatę zrobioną w sposób, który dana osoba preferuje.

Dzień wypełniają rozmaite aktywności, takie jak pieczenie ciast, fototerapia, dogoterapia, muzykoterapia, układanie kwiatów do wazonów oraz spacer, wyjścia do pubu czy do sklepu. Wszystko pod nadzorem i przy wsparciu personelu. Każde kolejne posiłki są spożywane także wspólnie, a między nimi jest możliwość wypicia filiżanki herbaty czy kawy i zjedzenia pieczonego ciasta. Należy podkreślić, że opieka jest zindywidualizowana i choć nie każdy senior może uczestniczyć we wszystkich formach zajęć czy we wspólnych posiłkach, pracownicy starają się jak najdłużej zachować choćby jego minimalną aktywność. Mieszkańcy obłożnie chorzy otrzymują pełny zakres opieki we własnym pokoju.

OPIS PRZYPADKU

Kobieta MH, lat 91, mieszkająca po śmierci męża samotnie, została przyjęta do domu seniora w jednym z miast Wielkiej Brytanii w stanie ogólnym dobrym. Rozpoznanie podstawowe – choroba Alzheimera (*Alzheimer disease* – AD). Mieszkanka w chwili przyjęcia poruszała się samodzielnie, kontakt werbalny logiczny zachowany, obserwowano jedynie niewielkie zaburzenia funkcji poznawczych. Powodem przyjęcia była świadomość choroby u mieszkanki i obawa przed niewątpliwie narastającą utratą samodzielności. Pani MH zdecydowała się zamieszkać w domu seniora, który także świadomie wybrała. Proces aklimatyzacji przebiegł korzystnie, kobieta włączyła się szybko w życie społeczności domu. Z czasem jednak narastały problemy wynikające z AD. Mieszkanka przestała orientować się w topografii domu oraz własnego pokoju, błądziła, wykazywała agresję w stosunku do personelu, zanieczyszczała się, brudziła swoje ubrania i wyposażenie. Zaobserwowano także utratę aktywności społecznej. Mieszkanka wymagała pomocy w toalecie ciała oraz łóżka. Posiłki jeszcze spożywała samodzielnie, ale pod nadzorem opiekunek. Nie była w stanie dobrać adekwatnie ubrania do pory roku i temperatury otoczenia. Z czasem coraz więcej chwil spędzała wyłącznie w łóżku. Przez cały pobyt rodzina miała kontakt z mieszkanką, zabierała ją m.in. na cmentarz w rocznicę śmierci męża. Pani MH zmarła po 3 latach z powodu zawału mięśnia sercowego. Personel domu przybył na uroczystość pogrzebową, co jest w zwyczaju domu.

PLAN OPIEKI NA PODSTAWIE 13 KANONÓW FLORENCE NIGHTINGALE ORAZ ICNP[®]

Na podstawie opisu przypadku przygotowano plan opieki nad mieszkanką MH. W pierwszym etapie posłużono się 13 kanonami Florence Nightingale, podając własny, opisowy plan opieki. Dopiero w dalszym etapie zastosowano klasyfikację ICNP[®], wykorzystując metodę mapowania, czyli poszukiwania wspólnych haseł [6]. Celem była ocena wzajemnej relacji treściowej między ustalonymi ponad 150 lat temu kanonami pielęgnowania chorych Florence Nightingale z rekomendowaną przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek klasyfikacją – ICNP[®] (tab. 1.). Należy podkreślić, że w poniższej tabeli znajdują się jedynie propozycje diagnoz oraz wyników z osi „Pozytywna diagnoza i wynik”. Niniejsze opracowanie z pewnością nie wyczerpuje pełnego zakresu prezentacji tematu, ale jest jednym z możliwych do użycia wariantów. Autorki mają świadomość, że każdy czytelnik mógłby dokonać doboru nieco odmiennie.

Tabela 1. Porównanie kanonów Florence Nightingale z Międzynarodową Klasyfikacją Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®
Table 1. Comparison of the Florence Nightingale canons with the International Classification of Nursing Practice ICNP®

	Plan opieki nad mieszkanką w oparciu o kanony	ICNP® diagnoza/wynik	
Kanon 1. Wentylacja i ogrzewanie	zapewnienie wietrzenia pokoju kontrola temperatury pokoju w chłodne dni	ryzyko hipertermii – 10027328 ryzyko hipotermii – 10017275	efektywna termoregulacja – 10033848
Kanon 2. Zdrowie domu	zapewnienie oświetlenia, szczególnie nocą, umożliwiającego zachowanie bezpieczeństwa mieszkance przygotowanie pokoju i jego okolicy do bezpiecznego przemieszczania się mieszkanki	ryzyko urazu spowodowanego przemieszczaniem – 10032408 ryzyko ucieczki – 10027411 ryzyko upadku – 10015122	bez urazu spowodowanego przemieszczaniem – 10033659 bez ucieczki – 10034696 bez upadku – 10034704
Kanon 3. Nieodpowiednie zarządzanie	koordynowanie pracy całego zespołu opiekującego się mieszkanką, by działała na rzecz jej dobra rozplanowanie opieki tak, by był czas na rozmowę z mieszkanką	ryzyko komplikacji związanych z opieką zdrowotną – 10041296 ryzyko stresu u opiekuna – 10027787	*bez komplikacji nabytych podczas hospitalizacji – 10042451 efektywne radzenie sobie opiekuna – 10034838
Kanon 4. Hałas	spokojne mówienie do mieszkanki, by nie wzbudzać niepokoju i agresji umożliwienie ciszy nocnej oraz podczas snu w ciągu dnia	agitacja (pobudzenie) – 10025705 ryzyko zaburzonego snu – 10037615	równowaga nastroju – 10035792 adekwatny sen – 10024930
Kanon 5. Różnorodność	zapewnienie mieszkance aktywności wśród społeczności domu dostarczenie przyjemnych dla mieszkanki bodźców: ulubionych kwiatów, kolorów, zapachów, muzyki	zaburzona zdolność relaksowania – 10040351 ryzyko samotności – 10015179 izolacja społeczna – 10001647	zdolny/zdolna do relaksowania – 10040367 efektywne wsparcie społeczne – 10045794
Kanon 6. Przyjmowanie posiłków	wspieranie w samodzielnym przyjmowaniu posiłków w miarę możliwości mieszkanki czuwanie nad punktualnością podawania posiłków (powtarzalność wydarzeń w ciągu dnia jest szczególnie istotna dla osób z AD) serwowanie posiłków przygotowanych i podanych estetycznie zapewnienie spokoju w jadalni/pokoju, w którym mieszkanka spożywa posiłek	ryzyko deficytu w przyjmowaniu pokarmów – 10023021 brak apetytu – 10033399	adekwatne zaopatrzenie w pokarm – 10045725 adekwatne zaopatrzenie w wodę – 10038359
Kanon 7. Jakie jedzenie?	podawanie ulubionych produktów (preferencje smakowe mogą ulec zmianie w związku z wiekiem i chorobą mieszkanki) dbałość o dobrze zbilansowaną dietę obserwacja reakcji przewodu pokarmowego mieszkanki na podawane produkty spożywcze	ryzyko deficytu odżywienia – 10025561 ryzyko odwodnienia – 10041895 ryzyko zaparcia – 10015053	efektywna funkcja układu pokarmowego – 10028016
Kanon 8. Łóżko i czynności przyłóżkowe	codzienna toaleta łóżka wietrzenie pościeli, częsta zmiana pościeli prawidłowe ułożenie mieszkanki stanowiące profilaktykę przeciwodleżynową	ryzyko odleżyny – 10027337 ryzyko zaburzenia integralności skóry – 10015237	bez odleżyny – 10029065 efektywna integralność skóry – 10028501

Tabela 1. Porównanie kanonów Florence Nightingale z Międzynarodową Klasyfikacją Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® – cd.**Table 1.** Comparison of the Florence Nightingale canons with the International Classification of Nursing Practice ICNP® – cont.

	Plan opieki nad mieszkanką w oparciu o kanony	ICNP® diagnoza/wynik	
Kanon 9. Światło	ustawienie łóżka mieszkanki tak, by mogła korzystać ze światła słonecznego dbałość, by szczególnie w miesiące jesienno-zimowe pokój miał dostęp do światła słonecznego (odstanie zaston)	ryzyko nastroju depresyjnego – 10032329	poczucie własnej wartości – 10025751 równowaga nastroju – 10035792
Kanon 10. Czystość sali/pokoju	codzienne sprzątanie pokoju (szczególnie podłogi) każdorazowo w razie potrzeby, czyszczenie podłogi oraz ścian, które zanieczyści mieszkanka	ryzyko ekspozycji na kontaminację – 10025245	efektywne bezpieczeństwo środowiskowe – 10030233
Kanon 11. Higiena osobista/czystość	ochrona mieszkanki oraz personelu przed zakażeniem przenoszonym przez brudne ręce usuwanie zanieczyszczeń ze skóry mieszkanki i troska o kondycję jej skóry	ryzyko ekspozycji na kontaminację – 10025245	efektywne bezpieczeństwo środowiskowe – 10030233
Kanon 12. Niewłaściwe doradzenie	prowadzenie wspierających, ale szczerych rozmów z mieszkanką, dostosowanych do jej potrzeb i możliwości percepcji	ryzyko utrzymującego się stresu duchowego – 10015325 nierealne oczekiwania wobec leczenia – 10042357 brak nadziei – 10000742	efektywny status duchowy – 10028529 akceptacja statusu zdrowotnego – 10023499 nadzieja – 10025780 równowaga nastroju – 10035792
Kanon 13. Obserwacja chorego	prowadzenie celowej i ukierunkowanej obserwacji stanu zdrowia mieszkanki	ryzyko zaburzenia funkcji układu nerwowego – 10037333 ryzyko zaburzenia funkcji serca – 10037314	efektywna funkcja układu nerwowego – 10027675 efektywna funkcja serca – 10035077 kontrola objawów – 10025820

OMÓWIENIE

Przełom XVI i XVII wieku przyniósł Europie rozwój medycyny klinicznej. Zapoczątkował ją Hermann Boerhaave (1668–1738), otwierając w Lejdzie pierwszą klinikę uniwersytecką. Następnie kierunek ten rozkwitł na gruncie wiedeńskim za sprawą m.in. Gerharda Swietenę (1700–1772) oraz Antona de Haëna (1704–1776). Zaangażowanie lekarzy w leczenie pacjenta metodą bezpośrednich pomiarów oraz kontaktu „przy łóżku chorego” zaowocowało rozwojem badań klinicznych, a także otwieraniem coraz większej liczby szpitali. O ile w Londynie na przestrzeni lat 1123–1694 powstały zaledwie 4 szpitale, w tym St. Thomas Hospital w 1173 r., o tyle w latach 1719–1745 utworzono w mieście aż 5 nowych placówek. Jednak postępowi w obszarze leczenia pacjenta nie towarzyszył rozwój opartego na naukowych przesłankach pielęgniarstwa. Nawiedzające Europę z początkiem XIX wieku epidemie, m.in. cholery, oraz rosnąca wraz z nimi potrzeba zatrudniania wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek, pracujących na podstawie procedur, powstrzymały wreszcie spekulacje, „czy powinno się kształcić zawodowe pielęgniarki?”, a zrodziły pytanie „jak je kształcić?” [11]. Dramatyczne do-

świadczenia stały się także udziałem żołnierzy rannych na frontach licznych w ówczesnym świecie wojen. Nie broń wroga, a brak elementarnych zasad higieny dziesiątkował wojsko. Pojawienie się na angielskiej scenie medycznej Florence Nightingale wraz z jej naukowym opracowaniem zasad zawodowego pielęgniarstwa było niemal, jeśli nie dosłownie, rewolucją w opiece nad chorymi. Nie wielkimi odkryciami wymagającymi skomplikowanej aparatury, a prostymi kanonami opartymi na empatii, empirii i logice dokonała Nightingale przełomu w obniżeniu poziomu umieralności rannych żołnierzy oraz pacjentów szpitali [1]. Kanony Nightingale znalazły odzwierciedlenie w wybranych pielęgniarstkich algorytmach i procedurach, jak np. stanie łóżka pustego i z chorym, mycie rąk, pomiary parametrów życiowych służące zobiektywizowanej obserwacji chorego. Unikanie błędów w komunikacji i prowadzenie terapeutycznej rozmowy z pacjentem, o czym pisała Nightingale w kanonie *Chattering hopes and advices*, to obecnie problematyka szeroko dyskutowana, szczególnie w wymiarze psychologii medycznej. O tym, jak ponadczasowe są pryncypia pielęgniarstwa przekazane przez Florence Nightingale, świadczy ich obecność w najnowszych wytycznych Międzynarodowej

Rady Pielęgniarek, czyli w ICNP®. Choć 13 kanonów i ICNP® dzieli ponad wiek, zasady w nich zawarte dotyczą tych samych potrzeb chorych oraz ich realizacji, choć, co jest naturalnym wynikiem rozwoju medycyny, ICNP® przekazuje je znacznie pogłębione – zarówno na poziomie merytorycznym, jak i pojęciowym. Kanonom spisanych przez Nightingale należy natomiast, zdaniem autorek przedkładanej pracy, oddać głębszy wymiar humanistyczny, nieskalaność lakonicznymi czasem wręcz stechnicyzowanymi sformułowaniami tak charakterystycznymi dla współczesnego języka przekazu, a zawartymi w sformułowaniach ICNP®. Można uznać, że Międzynarodowa Klasyfikacja ICNP® oraz 13 kanonów Florence Nightingale to dwa krańce, ale wciąż jednego kontinuum, jakim jest profesjonalna pielęgniarska opieka nad człowiekiem chorym [12].

9. Kilańska D. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) – aktualny stan na świecie i etap prac przygotowawczych do wdrożenia w Polsce. *Probl Piel* 2009; 17: 235-245.
10. Kilańska D, Gaworska-Krzemińska A, Grabowska H i wsp. A case study of the introduction of the International Classification for Nursing Practice (®) in Poland. *Int Nurs Rev* 2016; 63: 361-371.
11. Brzeziński T. U podstaw współczesnej nauki medycznej. W: Brzeziński T. *Historia medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
12. Kilańska D, Staszewska M, Urbanek N i wsp. Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej – studium przypadku jednostki i rodziny. Część II. *Probl Piel* 2014; 22: 546-552.

WNIOSKI

1. Zawarte w *Notes on Nursing, What it is, and What it is Not* 13 kanonów Florence Nightingale prezentuje treści ponadczasowe, o czym świadczy ich zaaplikowanie do międzynarodowej klasyfikacji ICNP®.
2. Komplementarne względem siebie wytyczne dla pielęgniarek ujęte w 13 kanonach oraz w ICNP® stanowią doskonały przykład przenikania się historii i współczesności pielęgniarstwa.
3. W dalszej pracy nad poprawkami w ICNP® byłoby cenne rozważyć wzbogacenie katalogu o treści wynikające z kanonu 5. *Variety* [Różnorodność].

Oświadczenie

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Poznańska S. Istota wielkiej teorii/koncepcyjnego modelu pielęgniarstwa F. Nightingale. W: *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Górajek-Jóźwik J (red.). Czelej, Lublin 2007.
2. Miracle VA. The life and impact of Florence Nightingale. *Dimens Crit Care Nurs* 2008; 27: 21-23.
3. Karami H, Alavi NM. Florence Nightingale: The Mother of Nursing. *Nurs Midwifery Stud* 2015; 4: e29475.
4. Raffery AM, Wall R. Re-reading Nightingale: Notes on Hospitals. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 1063-1065.
5. Nightingale F. *Notes on Nursing, What it is, and What it is Not*. Harrison, London 1860.
6. International Council of Nurses. *Pillars & Programmes. Professional Practice*. eHealth. International Classification for Nursing Practice (ICNP®). Dostępne na: <http://www.old.icn.ch/what-we-do/ICNP-Browser/icnp-browser.html> (dostęp 5.12.2018).
7. Ślusarska B. Implementacje praktyczne wybranych klasyfikacji diagnoz i interwencji pielęgniarskich dla pielęgniarstwa polskiego. *Zdr Publ Zarz* 2016; 14: 11-22.
8. Kilańska D. Terminologia referencyjna i jej znaczenie dla praktyki. W: *E-zdrowie. Wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie*. Kilańska D, Grabowska H, Gaworska-Krzemińska A (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018; 345-366.

