

3.2. PROCES PIELĘGNOWANIA W OPIECE NAD RODZINĄ

Barbara Ślusarska, Hanna Kachaniuk

3.2.1. PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA PROCESU PIELĘGNOWANIA

W OPIECE NAD RODZINĄ

23. Taranowicz I. (red.): Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekłe chorym. Rodzina w czasach szybkich przemian. Roczniki Socjologii Rodziny. Tom XIII (2001). Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2001: 209–228.
24. Vajravelu S., Solomon P.: Barriers and facilitators to family-centred paediatric physiotherapy practice in the home setting: a pilot study. DCID 2013; 24(4): 107–115.
25. WHO: definition of health: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf (dostęp: 20.06.2018).

Największe znaczenie w sprawowaniu bezpiecznej i skutecznej opieki pielęgniar-skiej nad rodziną ma zdolność pielęgniarki do dokładnej oceny i identyfikacji problemów zdrowotnych oraz dostosowywania planów opieki do oczekiwań i potrzeb rodziny. Każdy krok w pracy z rodziną, niezależnie od tego, czy dotyczy pojedyn-czych osób w rodzinie, czy całej rodziny, wymaga przemyślanego procesu anali-zy i wnioskowania. Pielęgniarki decydują, do których danych należy dotrzeć i jak je zebrać oraz kiedy i gdzie gromadzić dane niezbędne do ustalenia diagnozy rodzinnej dla celów opieki pielęgniarstkiej.

Proces pielęgnowania realizowany w rodzinie:

- jest zindywidualizowany i odpowiada na potrzeby opieki rodziny w zdro-wiu i chorobie;
- wynika ze zidentyfikowanych problemów, potrzeb zdrowotnych i możliwo-ści (potencjału/zasobów) zarówno całej rodziny, jak i jej poszczególnych członków;
- jest konsekwencją aktywności i zaangażowania pielęgniarki i rodziny (ryc. 3.3) [Kaakinen, 2010].

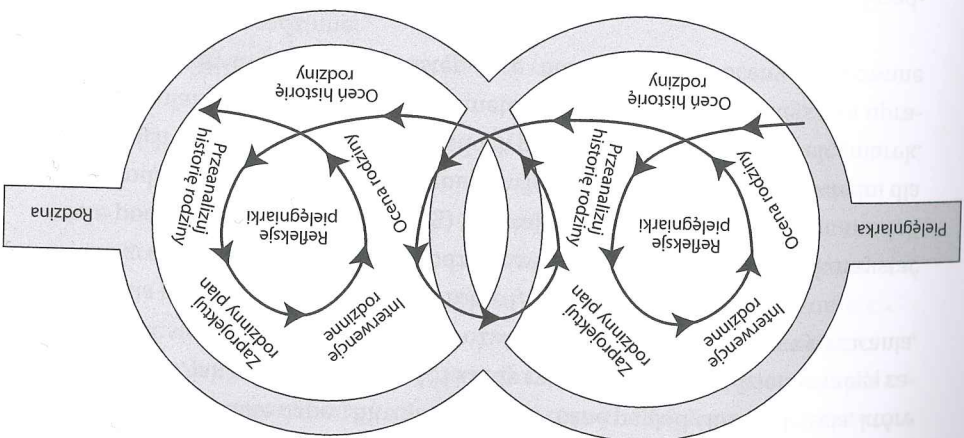
Etapy procesu pielęgnowania rodziny są następujące:

- **ocena historii rodziny:** pielęgniarka gromadzi dane z różnych źródeł, aby uzyskać pełny obraz potencjału i warunków zdrowotnych rodziny;
- **ustalenie diagnozy rodzinnej:** pielęgniarka tworzy diagram rodziny i relacji między grupami danych oraz pomaga w identyfikacji najpilniej-szych problemów zdrowotnych rodziny będących podstawą diagnozy pielęgniarstkiej;

3.2.2. OCENA HISTORII RODZINY

- **opracowanie rodzinnego planu opieki:** pielęgniarka i rodzina wspólnie przygotowują plan opieki nad rodziną, tak aby mogła ona jak najlepiej po-radzić sobie z sytuacją zdrowotną/chorobową;
- **interwencje pielęgniarstkie wobec rodziny:** pielęgniarka i rodzina wspól-nie realizują plan opieki, uwzględniając najbardziej skoncentrowane na rodzinie, optyczne i skuteczne interwencje, które pomagają rodzinie osiągnąć możliwe najlepsze wyniki;
- **ocena wyników opieki nad rodziną:** pielęgniarka i rodzina wspólnie oce-niają, czy wyniki zostały osiągnięte w pełni, czy częściowo, czy konieczne jest przeprojektowanie planu, czy plan opieki dobrze zadziałał, czy należy wprowadzić nowy plan;
- **refleksja pielęgniarki:** pielęgniarki angażują się w krytyczną, twórczą i współzależną refleksję nad rodziną i pracą z rodziną [Kaakinen 2010].

Rycina 3.3. Model procesu opieki rodzinnej [Kaakinen 2010].



selekcjonują zebrane dane, „filtrując” je przez różne poglądy lub podejścia, które rzutują na to, jak rodzina jako całość i każdy członek rodziny oddzielnie mogą zaangażować się w sprawy utrzymywania i rozwijania zdrowia oraz jego przetrwania, uzyskania dobrej jakości życia w chorobie i/lub niepełnosprawności.

Do gromadzenia informacji o rodzinie w celu jej oceny można wykorzystać wiele podejść. Hanson i wsp. (2005) uważają jednak, że żaden z wielu modeli oceny rodziny stosowanych w pielęgniarstwie rodzinnym nie jest odpowiedni dla wszystkich rodzin i nie spełnia wszystkich potrzeb praktykujących pielęgniarów. Pielęgniarki korzystają z różnych metod oceny rodziny. W niniejszym opracowaniu zostały uwzględnione następujące rodzinne modele oceny opracowane przez pielęgniarki rodzinne:

- Model Oceny Rodziny Friedman (Friedman Family Assessment Model) [Friedman i wsp., 2003];
- Model Zdrowia Rodziny (FHM – Family Health Model) [Denham, 2003];
- Model Oceny Rodziny Calgary (CFAM – Calgary Family Assessment Model);
- Model Interwencji Rodziny Calgary (CFIM – Calgary Family Intervention Model) opracowany przez Wright i Leahy (2009).

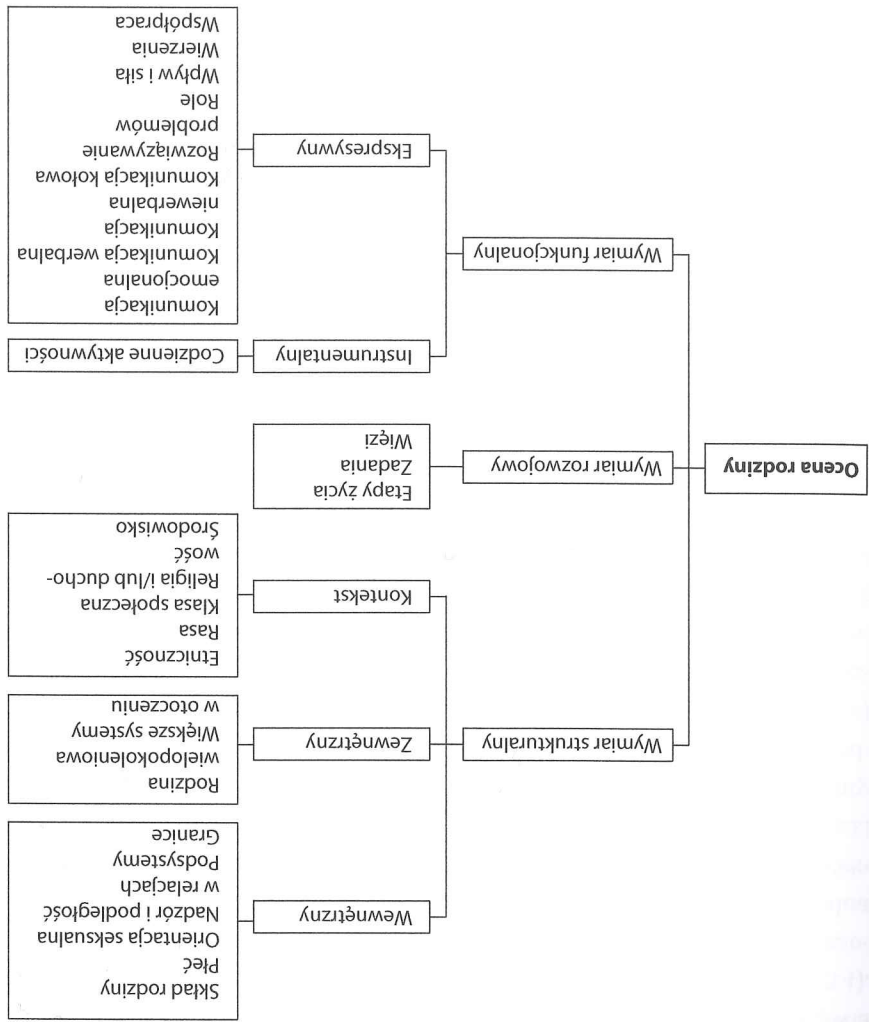
Poszczególne modele różnią się celem oceny, przedmiotem analizy i zakresem zbieranych danych. Szczegółowy opis Modelu Oceny Rodziny Friedman [Friedman i wsp., 2003] oraz Modelu Zdrowia Rodziny [Denham, 2003] został przedstawiony w rozdz. 2.1.

Model Oceny Rodziny Calgary (CFAM – Calgary Family Assessment Model) został zaproponowany i wdrożony przez Wright i Leahy (2009) z University of Calgary w Kanadzie. Model ten pozwala analizować rodzinę jako system przez określenie jego problemów zdrowotnych, potencjalnych zasobów oraz dostęp-
nego wsparcia społecznego.

Model Oceny Rodziny Calgary łączy w sobie pielęgniarstwo i koncepcyjne ramy teorii terapii rodzinnej, które są ugruntowane w teorii systemów, cybernetyce, teorii komunikacji oraz teorii zmian. Główne założenia teoretyczne tego modelu obejmują następujące przesłanki [Wright, Leahy, 2009]:

- system rodzinny jest częścią większego systemu i składa się z wielu podsystemów, a rodzina jako całość jest większa niż suma jej części;
- zmiana dotycząca jednego członka rodziny dotyczy wszystkich jej członków; rodzina jest w stanie stworzyć równowagę między zmianą i stabilnością;
- zachowania członków rodziny można najlepiej zrozumieć z perspektywy nielinowego schematu;
- rodziny mają zdolność samoregulacji;

- wszystkie komunikaty niewerbalne w rodzinie mają znaczenie;
- cała komunikacja ma dwa główne kanały transmisji: werbalne i niewerbalne oraz dwa poziomy: treść i związek;
- zmiana w rodzinie zależy od postrzegania problemu;
- zmiana w rodzinie zależy od jej struktury i kontekstu;
- zmiana w rodzinie zależy od ewoluujących celów leczenia;
- samo rozumienie problemu nie prowadzi do zmian w rodzinie;



Rycina 3.4. Diagram oceny rodziny w modelu Calgary [Wright, Leahy, 2009].

- zmiana w rodzinie nie musi dotyczyć w jednakowym zakresie wszystkich członków rodziny;

Pomaganie rodzinom w dokonywaniu zmian leży u podstaw interwencji pielęgnarskich w rodzinie. Rodziny potrzebują równowagi między zmianą a stabilnością. Zmiana jest wymagana, aby poprawić sytuację, a stabilność wymaga utrzymania statusu porządku/zorganizowania. Wiele pojęć z zakresu teorii zmian jest ważnych w pielęgniarstwie rodzinnym [Wright, Leahy, 2009].

nych w pielęgniarstwie rodzinnym [Wright, Leahy, 2009].

Ocena rodziny w modelu CFAM opiera się na wielowymiarowej perspektywie

Model ten jest stosowany do promowania interakcji z rodziną i innymi podziny oraz integruje wymiary strukturalne, rozwojowe i funkcjonalne (ryc. 3-4).

Wania opieki w kontekście podstawowej opieki zdrowotnej. Ocena strukturalna

rodziny, tj. określenie, kto jest jej częścią, jaka jest więź afek-
tywna między jej członkami w porównaniu z więzią z osobami z zewnątrz i jak

jest kontekst rodziny. Należy badać trzy aspekty struktury rodziny: elementy

systemy i granice), elementy zewnętrzne (szerza rodzina i szersze systemy)

kontekst (etniczność, rasa, klasa społeczna, religia i środowisko). Ocena roz-
woju dotyczy stopniowych zmian w rodzinie, następujących zgodnie z fazami

cyklu życia (historia rodziny, rozwój rodziny, etapy życia, śmierć), jak

dotyczy sposobu interakcji między poszczególnymi osobami w rodzinie oraz funk-

...ponowania rodziny w wymiarze instrumentalnym (wykonywanie czynności życia codziennego) i ekspresywnym (style komunikacji, rozwiązywanie problemów

role, przekonania, wierzenia, wpływ i siła, współpraca) [Wright, Leahy, 2009].

Wybór narzędzi oceny skoncentrowanej na rodzinie

Naukowcy specjalizujący się w pielęgniarstwie rodzinnym opracowali **narzędzia**, dzięki którym pielęgniarci mogą systematycznie dokonywać **oceny rodziny** w celu uzyskania informacji na temat typologii lub struktury rodziny, sposobów funkcjonowania jej członków oraz interaktywnych procesów, które mają wpływ na zdrowie i chorobę. Biorąc pod uwagę typ rodziny lub strukturę, pielęgniarka powinna zidentyfikować najbardziej znaczących członków rodziny oraz ocenić ich wzajemne związki formalne i emocjonalne z perspektywy przydatności tych osób do pełnienia funkcji opiekuna. Osoby, które mogą pełnić taką funkcję, powinny uczestniczyć w ustalaniu celów i opracowywaniu strategii opieki [Meiers i wsp., 2015].

W pracy z rodzinami powinny być używane dwa główne instrumenty gro-
madzenia danych o rodzinie: **genogram rodziny i ekomapa rodzinna**. Oba
narzędzia są łatwe w stosowaniu i umożliwiają zbieranie niezbędnych danych
o rodzinie.

Genogram rodziny

Genogram rodziny jest zbiorem znaków stanowiących graficzny zapis składu i wię-
zi rodziny w trzech pokoleniach wraz z ich uwarunkowaniami zdrowotno-choro-
bowymi [Kehoe, Kehoe, 2008].

Genogram rodziny jest rodzajem drzewa genealogicznego, które rejestruje

informacje o rodzinie, jej członkach i ich wzajemnych związkach przez co najmniej trzy pokolenia [McGoldrick, Schellenberger, Petry, 2008]. Diagram ten jako mapę

relacji i powiązań w rodzinie, stanowi bogate źródło informacji umożliwiających

rowi syntetycznie ilustruje złożoność historii rodziny.

Genogramy rodzinne pomagają zarówno pielęgniarcom, jak i rodzinom w całościowym spojrzeniu na problemy rodziny oraz wpływ różnych wydarzeń

zdrowotnych i zyciowych na strukture, funkcje i procesy w rodzinie.

Bowen, 1985]. Według tej teorii ludzie są zorganizowani w systemy rodzinne z poko-

enia na pokolenie według wieku, płci lub innych podobnych cech. Członek rodziny dopasowuje się do struktury swojej rodziny, jej funkcjonowania i wzorów relacji

ych, co jest utrwalane i przenoszone na następne pokolenie. Ponadto w rodzinach

...powtarza się w następnej generacji i wiele dysfunkcyjnych „tradycji” rodzinnych

est nieswiadomie przekazywanych z pokolenia na pokolenie [Bowen, 1985]. Trans-

W opisie graficznym rodziny wykorzystuje się trzy grupy znaków informujących

Aneks: ryc. 1, załącznik 1), więziach i relacjach w rodzinie (Aneks: ryc. 1, załącznik 1), problemach zdrowotnych i społecznych (Aneks: ryc. 3, załącznik 1),

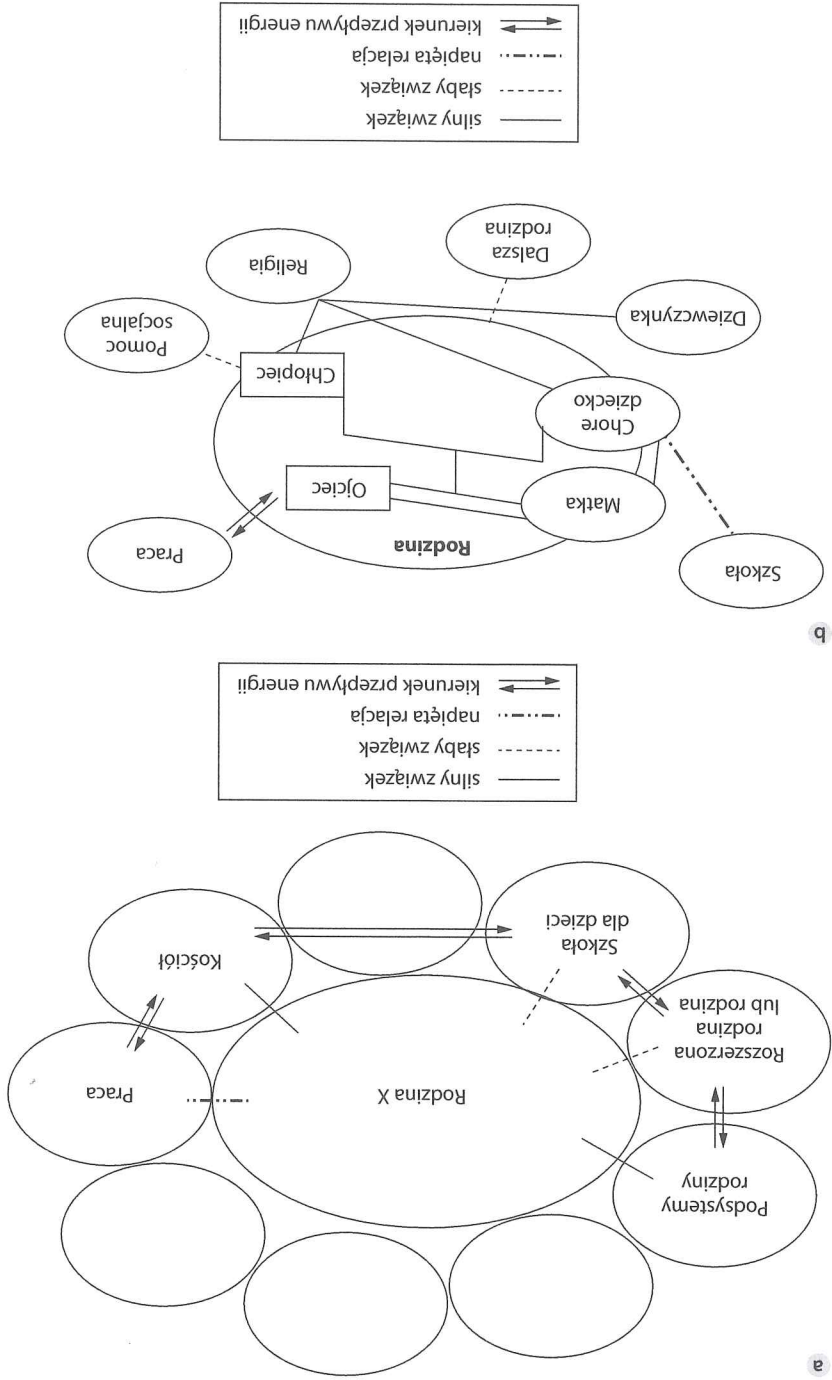
(See also Table 1.)

kompara (ekogram) rodziny

komparowania to metoda obrazowania rodziny nuklearnej (zajmuje miejsce cen-
alne) oraz jej otoczenia, w którym odrębne kofa reprezentują osoby, instytucje

niejsza znaczące w życiu rodziny. Ekogramy dostarczają informacji o systemach

Rycina 3.5. Ekomapa rodziny: a – diagram obrazujący związki rodziny i społeczności; b – przykład ekomapy rodziny [Kaakinen, 2010].



lub są stresorami rodziny [Olsen i wsp., 2004]. Ekomapa jest wizualną reprezentacją jednostki pozycji rodzinnej w stosunku do większej społeczności, w której jest osadzona [Kaakinen, Hanson, 2005]. Ekomapa jest zatem przeglądem obecnej sytuacji rodziny obrazującym połączenia między rodziną nuklearną, rodziną rozszerzoną i społecznością wokół niej.

Przykład formułarza graficznego ekomapy (do samodzielnego uzupełnienia) przedstawiono na rycinie 3.5.

Kompetencje zdrowotne rodziny (health literacy) jest to zdolność członków rodziny do rozumienia i korzystania z informacji dotyczących zdrowia i choroby [Iwanowicz, 2009].

Funkcjonalna wiedza na temat zdrowia obejmuje wszystkie jej elementy, ale oznacza również, że klient (rodzina) ma zdolność do podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej. Umiejętności związane ze zdrowiem obejmują rozumienie słownictwa medycznego oraz zdolność do rozumienia instrukcji medycznych i konsekwencji, jakie mogą wynikać z ich nieprawidłowego przestrzegania [Speros, 2005].

Pielęgniarka podczas zbierania danych i przygotowywania genogramu lub ekomapy, dzięki interakcjom z rodziną, ma możliwość określenia kompetencji zdrowotnych każdego członka rodziny.

Ocena kompetencji zdrowotnych rodziny jest ważnym wskaźnikiem diagnozowania dla pracowników ochrony zdrowia, ponieważ umożliwia rodzinie styżnym do rozumienia i korzystania z informacji dotyczących zdrowia i choroby jest silnie związana z gorszymi wynikami zdrowotnymi [Speros, 2005].

W literaturze przedmiotu dostępnych jest około 1000 narzędzi oceny skoncentrowanej na rodzinie, które są wykorzystywane do oceny zmieniennych związanych z rodziną. Wybór odpowiedniego instrumentu może być dość trudny [Kaakinen, 2010]. W tabeli 3.1 przedstawiono wybrane narzędzia oceny skoncentrowanej na rodzinie.

- Międzynarodowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Rodzinnych (International Family Nursing Association) rekomenduje wiele narzędzi badawczych przydatnych w praktyce pielęgniarskiej, m.in. takie jak:
- Family APGAR;
- Family Management Measure (FaMM);
- FACES I-IV;
- Family Assessment Device (FAD);
- Family Environment Scale (FES);
- Family Hardiness Index (FHI);

Tabela 3.1. Wybrane narzędzia oceny skoncentrowanej na rodzinie

Nazwa skali		Zakres oceny
Kwestionariusz	Służy do oceny sytuacji rodzinnej badanych. Kwestionariusz składa się z pięciu twierdzeń, umożliwiających ocenę sytuacji rodzinnej	Oceny sytuacji – Rodzinnej – Family APGAR
Kwestionariusz kompetencji	Opinia poziom kompetencji zdrowotnych (health literacy) i obejmuje cztery etapy przetwarzania informacji (pozyskiwanie, rozumienie, ocenianie, zastosowanie) w każdym z trzech następujących obszarów: ochrona zdrowia, zapobieganie chorobom i promocja zdrowia. Etapy przetwarzania informacji	HL5-EU-Q47
Skala	Ocenia funkcjonowanie rodziny w trzech podstawowych wymiarach: relacji rodzinnych, rozwoju osobistego lub zorientowania na odniesienie sukcesu oraz dążenia do utrzymania systemu rodzinnego [Oniszczenko, Ziolkowska, 2004]	Skala Rodzinnego (FES – Family Environment Scale)
SOR – Skala	Jest to polska adaptacja skali FACES-IV Davida H. Olsona, autorstwa A. Margasińskiego. Ocenia strukturę relacji rodzinnych.	Oceny Rodziny
Skala Wsparcia	Ocenia wsparcie w zakresie 8 następujących wyznaczników: struktura rodziny, rozmiar sieci, dyspozycyjność czasowa rodziny, dostępność pomocy nieprofesjonalnej, dostępność pomocy profesjonalnej, wydolność pacjenta, opiekuńcza, informacja pacjenta o stanie własnego zdrowia [Zarzycka, 1999]	Skala Zasobów Materiałnych (FAS – Family Affluence Scale)

- Families Importance in Nursing Care: Nurses' Attitudes;
 - PedSQL Family Impact Scale;
 - Reetham Family Functioning Scale (FFFS);
 - Survey of Family Environment.
- Zastosowanie tych narzędzi w praktyce pielęgniarstwiej do oceny skoncentrowanej na rodzinie wymaga od polskich pielęgniarzek zaangażowania w proces ich walidacji.

3.2.3. PIELĘGNIARSKA DIAGNOZA RODZINNA

Diagnoza środowiska rodzinnego dla celów opieki pielęgniarstwiej jest bardzo złożonym procesem. Jednym z wyzwań związanych z gromadzeniem danych jest także ich pozyskiwanie, aby poszczególne fragmenty informacji pozwoliły na stworzenie pełnej i klarownej historii rodziny. Zapis sytuacji rodziny za pomocą diagramu i pokazanie relacji między grupami danych w identyfikacji najpilniejszych problemów lub potrzeb zdrowotnych rodziny. Jeśli rodzina i pielęgniarzka skupią się na rozwiązywaniu tych problemów, efekt końcowy ich pracy może wywrzeć pozytywny wpływ także na inne obszary funkcjonowania rodziny [Kaakinen, 2010]. Rodzina diagnoza pielęgniarstwiej jest definiowana jako kliniczny osąd osób, rodzin lub społeczności i ich reakcji na rzeczywiste lub potencjalne problemy zdrowotne/procesy życiowe. Diagnozy pielęgniarstwiej stanowią podstawę wyboru interwencji pielęgniarstwiej mających pomóc w osiągnięciu rezultatów, za które pielęgniarzki są odpowiedzialne [Doegnes, Moorhouse, Murr, 2008].

Północnoamerykańskie Stowarzyszenie Diagnostów Pielęgniarskich (NANDA – North American Nursing Diagnosis Association) stworzyło najbardziej powszechny system klasyfikacji diagnoz pielęgniarstwiej. Diagnozy pielęgniarstwiej skoncentrowane na rodzinie według NANDA, istotne dla pielęgniarstwa rodzinnego przedstawiono w tabeli 3.2 [Ackley, Ladwig, 2011].

Jeśli schemat danych rodzinnych w określonej kategorii oceny rodziny nie pasuje do propozycji diagnoz pielęgniarstwiej według NANDA, pielęgniarzki mogą korzystać z innych systemów klasyfikacji, np. Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10 [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems] [WHO, 2009], Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych – DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [APA, 2000] lub Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej – ICNP® (International Classification for Nursing Practice) [ICN, 2014]. Wybrane diagnozy rodzinne według ICD-10 przedstawiono w tabeli 3.3, a diagnozy rodzinne według DSM-IV – w tabeli 3.4.

istotne w pielęgniarstwie rodzinnym [Ackley, Ladwig, 2011]

DIAGNOZA	DEFINICJA	Ryzyko zaburzeń relacji matka–płód	Wzorec przygotowania się, utrzymywania i wzmocnienia zdrowej ciąży i procesu porodu oraz opieki nad noworodkiem	Gotowość do świadomego macierzyństwa	Konflikt ról rodzicielskich	W reakcji na kryzys rodzice mają przykre odczucia związane z konfliktem	Gotowość do lepszego rodzinnego radzenia sobie	Skuteczne zarządzanie zadaniami adaptacyjnymi członka rodziny, który jest zaangażowany w sprawy zdrowotne pacjenta i który wykazuje chęć i gotowość do działań na rzecz poprawy zdrowia, rozwoju własnego i pacjenta	Rodzinne radzenie sobie przez wyłączenie	Zachowanie się osoby znającej (członka rodziny lub innej odgrywającej rolę opiekuną), która pozabawia ją samą, jak również pacjenta zdolności skutecznego ustosunkowania się do zadań będących podstawą adaptacji każdej z tych osób do wyzwania zdrowotnego	Kompromisowe radzenie sobie	Zawszeją najbliższą osobą (członkiem rodziny lub przyjaciela) zapewnienia niewystarczające, nieskuteczne lub zbyt małe wsparcie, pomoc, komfort lub wzmocnienie, których pacjent może potrzebować, aby wykonać zadania adaptacyjne związane ze swoim problemem zdrowotnym	Nieskuteczne radzenie sobie	Wzór działań społecznych mających na celu adaptację i rozwiązywanie problemów, który jest niedostateczny dla spełnienia wymagań i potrzeb społeczności	Gotowość do lepszego radzenia sobie	Wzorec działań społecznych podejmowanych w celu adaptacji i rozwiązywania problemów, który jest wystarczający do spełnienia oczekiwań i potrzeb społecznych i który można poprawić w celu zarządzania bieżącymi i przyszłymi problemami	Gotowość do poprawy relacji i Układ partnerski, w którym dochodzi do zaspokojenia wzajemnych potrzeb społecznych	Ryzyko pogorszenia więzi rodzic–dziecko	Zaburzenie interaktywnego procesu zachodzącego pomiędzy rodzicem/inną znaczącą osobą a dzieckiem/nieumowionym, sprzyjającego rozwojowi ochronnej i opiekuńczej relacji (zwrócić	Zaburzone funkcjonowanie rodziny, rodzina dysfunkcyjna	Psychospołeczne, duchowe i fizjologiczne funkcjonowanie rodziny jest stale zdeorganizowane, co prowadzi do konfliktów, wypierania istnienia problemów, oporu przed zmianami, nieskutecznymi sposobami rozwiązywania problemów oraz serią samotrwałych się kryzysów
----------	-----------	------------------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------------	---	--	--	--	--	-----------------------------	---	-----------------------------	--	-------------------------------------	---	--	---	---	--	--

Tabela 3.2 cd.

DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA		DEFINICJA	
Gotowość do poprawienia przebiegu procesów zachodzących w rodzinie	Zaburzone relacje w rodzinie	Zmiany w zakresie związków w rodzinie i/lub funkcjonowania rodziny	Nieskuteczne odgrywanie ról
		Niewystarczająca lub nadmierna wymiana społeczna lub niska jakość interakcji społecznej	společne
		Zaburzenia fizjologiczne i/lub psychospołeczne, które są rezultatem przemieszczania się z jednego środowiska do drugiego	Zespół stresu
			związane ze zmianą środowiska
			Ryzyko stresu
			związane ze zmianą środowiska
			Ryzyko niezdolności głownego opiekuna do stworzenia, utrzymania lub przywrócenia środowiska, które sprzyja optymalnemu rozwojowi
			Nieprawidłowości w wychowywaniu
			dzieci
			Nieprawidłowości w wychowywaniu
			dzieci
			Schemat funkcjonowania rodziny wyściera do zapewnienia dobrego samopoczucia członkom rodziny i może być wzmacniany
			do poprawienia przebiegu procesów zachodzących w rodzinie
			Zmiany w zakresie związków w rodzinie i/lub funkcjonowania rodziny
			Nieskuteczne odgrywanie ról
			Wzorce zachowań i wyrażania własnej osoby niewłaściwe w stosunku do kontekstu, norm i oczekiwań środowiskowych
			Niewystarczająca lub nadmierna wymiana społeczna lub niska jakość interakcji społecznej
			Zaburzenia fizjologiczne i/lub psychospołeczne, które są rezultatem przemieszczania się z jednego środowiska do drugiego
			związane ze zmianą środowiska
			Ryzyko stresu
			związane ze zmianą środowiska
			Ryzyko niezdolności głownego opiekuna do stworzenia, utrzymania lub przywrócenia środowiska, które sprzyja optymalnemu rozwojowi
			Nieprawidłowości w wychowywaniu
			dzieci
			Nieprawidłowości w wychowywaniu
			dzieci
			Schemat regulacji i integracji z procesami rodzinnymi programu leczenia danej choroby i jej następstw, będących postępowaniem niewłaściwym w zakresie zaspokajania określonych celów zdrowotnych
			Nieefektywny terapeutyczny

Tabela 3.3. Wybrane diagnozy pielęgniarstkie skoncentrowane na rodzinie według ICD-10 [WHO, 2009]

Osoby z potencjalnym zagrożeniem zdrowia związanym z warunkami społeczno-ekonomicznymi i psychospołecznymi (Z55–Z65)	
Z55	Problemy związane z wykształceniem i nalfabetyzmem
Z56	Problemy związane z zatrudnieniem i bezrobociem
Z57	Narażenie zawodowe na czynniki ryzyka
Z58	Problemy związane ze środowiskiem fizycznym
Z59	Problemy związane z zamieszkaniem i warunkami ekonomicznymi
Z60	Problemy związane ze środowiskiem społecznym
Z61	Problemy związane z negatywnymi przeżyciami w dzieciństwie
Z62	Inne problemy związane z wychowaniem
Z63	Inne problemy związane z najbliższą rodziną, łącznie z okolicznościami rodzinnymi
Z64	Problemy związane z okolicznościami psychospołecznymi
Z65	Problemy związane z innymi okolicznościami psychospołecznymi
Osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach (Z70–Z76)	
Z70	Porady związane z postawą, zachowaniem i orientacją seksualną
Z71	Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad
Z72	Problemy związane z trybem życia
Z73	Problemy związane z trudnościami życiowymi
Z74	Problemy związane z zależnością od opieku
Z75	Niedostępność placówek medycznych i innych form opieki zdrowotnej
Osoby z potencjalnym zagrożeniem zdrowia związanym z wywiadem medycznym lub rodzinnym oraz określonymi problemami wpływającymi na stan zdrowia (Z80–Z99)	
Z80	Obciążenie rodzinne nowotworami złośliwymi
Z81	Obciążenie rodzinne zaburzeniami umysłowymi i zaburzeniami zachowania
Z82	Obciążenie rodzinne określona niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi
Z83	Obciążenie rodzinne innymi określonymi zaburzeniami
Problemy dotyczące relacji z innymi osobami	
V61.9	Trudności relacji związane z zaburzeniem psychicznym lub ze schorzeniem somatycznym
V61.20	Trudności relacji rodziców z dzieckiem
V61.10	Trudności relacji partnerskiej
V61.8	Trudności relacji rodzeństwa
V62.81	Trudności relacji, bliżej nieokreślone
Problemy związane z maltretowaniem, wykorzystywaniem lub zaniedbaniem	
V61.21	Znęcanie się fizyczne nad dzieckiem
V61.21	Wykorzystywanie seksualne dziecka
V61.12	Znęcanie się fizyczne nad osobą dorosłą (przez partnera)
V62.83	Znęcanie się fizyczne nad osobą dorosłą (przez inną osobę, nie partnera)
V61.12	Wykorzystywanie seksualne osoby dorosłej (przez partnera)
V62.83	Wykorzystywanie seksualne osoby dorosłej (przez inną osobę, nie partnera)

3.2.4. PLAN OPIEKI NAD RODZINĄ

Rodzinny plan opieki powinien być zaprojektowany przez pielęgniarkę i rodzinę w celu skoncentrowania się na zidentyfikowanych najważniejszych zdrowotnych problemach rodziny. Jednym z najbardziej istotnych aspektów planowania opieki rodzinnej jest zachęcanie i poszukiwanie możliwości zaangażowania rodziny w procesy decyzyjne związane z opieką i zdrowiem. Chociaż większość rodzin preferuje wspólne podejmowanie decyzji, to jednak każda z rodzin wymaga innego zakresu informacji, a rola tych informacji w procesie decyzyjnym w każdej rodzinie jest inna [de Haes, 2006].

Im bardziej szczegółowy jest rodzinny plan opieki i interwencje, tym bardziej pozytywne są wyniki opieki. Rolą pielęgniarki jest udzielanie wskazówek rodzinie, udzielanie informacji i pomaganie w procesie planowania. Perspektywa wyniku opieki podczas pracy z rodzinami pomaga określić zakres potrzebnych informacji, zasoby oraz potrzeby rodziny. Aby pomóc rodzinie realnie określić jej udział w planie opieki, należy odpowiedzieć na cztery podstawowe pytania:

1. Jakiego rodzaju pomocy jest potrzebna?
 2. Jaki zakres informacji jest potrzebny?
 3. Jaki materiał i środki są potrzebne?
 4. Jaki będzie udział poszczególnych członków rodziny w rodzinnym planie działań?
- Członkowie rodziny powinni ponadto zaakceptować wyznaczone im role i wyrazić chęć zaangażowania się w realizację planu.
- Plan powinien jasno określać, kto, co i kiedy musi robić. Ostatni etap każdego planu rodzinnego opieki powinien zawierać metody oceny wyników opieki [Kaakinen, 2010].

3.2.5. INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE WOBEC RODZINY

Pielęgniarki pomagają rodzinom w następujący sposób:

1. Świadcząc bezpośrednią opiekę.
2. Usuwając bariery na drodze w realizacji potrzebnych świadczeń.
3. Poprawiając zdolności rodziny do działań z zakresu samoopieki lub opieki nad członkiem rodziny.

Jednym z ważnych aspektów pracy z rodziną jest budowanie więzi pielęgniarzki z rodziną, które jest interwencją samą w sobie [Friedman, Bowden, Jones, 2003].

Pielęgniarka może odgrywać rolę nauczyciela, przewodnika, trenera osobistego (coacha), doradcy, adwokata, koordynatora i konsultanta. Rodzaje interwencji są nieograniczone, ponieważ są projektowane z myślą o zaspokojeniu potrzeb rodziny. Gotowe propozycje wielu nowych pomysłów interwencji rodzinnych i oceny wyników opieki skoncentrowanej na rodzinie można znaleźć, stosując Klasyfikację Interwencji Pielęgniarskich (NIC – Nursing Interventions Classification) i Klasyfikację Wyników Pielęgniarskich (NOC – Nursing Outcomes Classification) [Ackley, Ladwig, 2011].

3.2.6. OCENA WYNIKÓW OPIEKI NAD RODZINĄ

Pielęgniarki powinny dokonywać krytycznej oceny wyników opieki, aby określić, co w zakresie opieki zostało już dokonane, czy interwencje są skuteczne, czy osiągnięte są wymagane rezultaty opieki oraz co (lub kto) stanowiło przeszkodę w przebiegu procesu pielęgnowania i zdecydowało o wyniku opieki.

W toku pracy z rodziną pielęgniarka decyduje, czy: postępować zgodnie z pierwotnym planem, zmodyfikować ten plan lub wrócić do historii rodziny i sformułować nowy plan. Proces opieki rodzinnej nie jest liniowy. W praktyce występuje stały przepływ informacji i dokonują się zmiany relacji pomiędzy członkami rodziny. Jeśli zrealizowany cykl procesu pielęgnowania nie spełni oczekiwanych rezultatów, pielęgniarka powinna rozważyć, czy w rodzinie nie występuje niechęć do współpracy lub jakiegoś rodzaju bariery. Apatia rodziny może być spowodowana różnicami w wartościach między pielęgniarką a rodziną. Rodzinę może dotyczyć poczucie bezradności, przytłaczające problemy finansowe lub biurokratyczne bądź obawa porażki. Pielęgniarki powinny rozważyć, jakie bariery występują na poszczególnych etapach pracy z rodziną. Mogą nimi być:

- niechęć rodziny do nawiązania współpracy z pielęgniarką;
- niezdecydowanie rodziny dotyczące wyniku opieki lub działań;
- narzucanie przez pielęgniarkę pomysłów;
- ujemne działania stygmatyzacji rodziny;
- zbyt duża wiara w mocne strony rodziny;
- zaniebdanie konsekwencji różnic kulturowych;
- poczucie bezradności w rodzinie;
- strach przed porażką;
- ograniczony dostęp do zasobów i wsparcia;
- ograniczone finanse;
- brak zaufania do systemu opieki zdrowotnej [Kaakinen, 2010].

Model dydaktyczny dokumentowania opieki pielęgniarskiej w środowisku zamieszkania pacjenta – zob. Aneks: Załącznik 2.

PYTANIA DO DYSKUSJI

1. Omów modele oceny rodziny dla celów opieki pielęgniarskiej.
2. Wymien narzędzia oceny przydatne w diagnozowaniu rodziny w opiece środowiskowej.
3. Z jakich systemów klasyfikacji diagnoz może skorzystać pielęgniarka podczas formułowania diagnozy rodzinnej?
4. Przedstaw zasady przygotowania planu opieki pielęgniarskiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Ackley B.J., Ladwig G.B.: Podręcznik diagnoz pielęgniarskich. GC Media House, Warszawa 2011.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Fourth edition. American Psychiatric Association, Washington 2000.
3. Bowen M.: Family therapy in clinical practice. Jason Aronson, Norvale 1985.
4. de Haes H.: Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. Patient Education and Counseling 2006; 62(3): 291–298.
5. Denham S.: Family health: a framework for nursing. F.A. Davis Company, Philadelphia 2003.
6. Doegnes M.E., Moorhouse M.F., Murr A.C.: Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care. Second edition. F.A. Davis, Philadelphia 2008.
7. Friedman M.M., Bowden V.R., Jones E.G.: Family nursing: research, theory, and practice. Fifth edition. Prentice Hall, Stamford 2003.
8. Friedman M.M., Bowden V.R., Jones E.G.: Family nursing: research, theory and practice. Fifth edition. Prentice Hall/Pearson Education, Upper Saddle River 2003.

26. World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, 2009.
27. Wright L.M., Leahy M.: Nurses and families: a guide to family assessment and interventions. Fifth edition. F.A Davis Company, Philadelphia 2009.
28. Zarzycka D.: Skala Pomiaru Wsparcia Społecznego (SPSW). [W:] Diagnostyka pielęgniarska (red. Z. Kawczyńska-Butrym). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.

9. Hanson S.M.H., Gedaly-Duff V., Kaakinen J.R. (red.): Family health care nursing: theory, practice and research. Third edition (red. S.M.H. Hanson, V. Gedaly-Duff, J.R. Kaakinen). F.A. Davis Company, Philadelphia 2005.
10. Iwanowicz E.: „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. *Medycyna Pracy* 2009; 60(5): 427–437.
11. Kaakinen J.R., Hanson S.M.H.: Family nursing assessment and intervention. [W:] Family health care nursing. Theory, practice, and research. Third edition (red. S.M.H. Hanson, V. Gedaly-Duff, J.R. Kaakinen). F.A. Davis Company, Philadelphia 2005.
12. Kaakinen J.R.: Family nursing process: family nursing assessment models. [W:] Family health care nursing. Theory, practice, and research. Fourth edition (red. J.R. Kaakinen, D.P. Coehio, V. Gedaly-Duff, S.M.H. Hanson). F.A. Davis Company, Philadelphia 2010.
13. Kawczyńska-Butrym Z.: Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
14. Kehoe M., Kehoe M.R.: Using genograms creatively to promote healthy lifestyles. *Journal of Creativity in Mental Health* 2008; 2(4): 19–29. DOI: 10.1300/J456v02n04_03.
15. Margasiński A.: Skale Oceny Rodziny. Polska adaptacja FACES IV Davida Olsona. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
16. Mazur J.: Skala Zasadów Materiałnych Rodziny – badanie walidacyjne i proponowana modyfikacja. *Hygeia Public Health* 2013; 48(2): 211–217.
17. McGoldrick M., Shellenbarger S., Petty S.S.: Genograms: assessment and intervention. Third edition. W.W. Norton, New York 2008.
18. Meiers S.J., Krumwiede N., Denham A.D., Bell S.: Family assessment. [W:] Family-focused nursing care (red. S.A. Denham, S. Eggenberger, P. Young, N. Krumwiede). F.A. Davis Company, Philadelphia 2015.
19. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN): Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®). Katalog. Pielęgniarstwo Środowiskowe ICNP®. Minimalny Zestaw Danych w Pielęgniarstwie (NMDS). ICN, Geneva, 2014.
20. Olsen S., Dudley-Brown S., McMullen P.: Case for blending pedigrees, genograms and ecomaps: Nursing's contribution to the big picture. *Nursing and Health Sciences* 2004; 6(4): 295–308.
21. Oniszczenko W., Ziolkowska H.: Polska wersja Skali Środowiska Rodzinnego (FES) Rudolfa H. Moosa i Bernice S. Moos: charakterystyka psychometryczna. *Przegląd Psychologiczny* 2004; 47(2): 131–145.
22. Słowska Z.: Kompetencje zdrowotne (health literacy) i ich znaczenie dla zdrowia. [W:] Czas przemian – czas wyzwań. Rola bibliotek i ośrodków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka (red. J. Jasiewicz, E.B. Zybert). Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich, Warszawa 2014.
23. Smilkstein G.: The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physician. *Journal of Family Practice* 1978; 6(6): 1231–1239.
24. Speros C.: Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(6): 633–640.
25. The International Family Nursing Association. <https://internationalfamilynursing.org/> (dostęp: 20.08.2018).