

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Branoslavci, december, 2009

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**KAKOVOST PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE NEGE
IN RAZVOJ NEGOVALNIH DIAGNOZ**

**QUALITY OF COMMUNITY NURSING CARE AND DEVELOPMENT
OF NURSING DIAGNOSES**

Študentka: ANDREJA JURŠA

Mentorica: TATJANA GEČ, pred.

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

BRANOSLAVCI, DECEMBER, 2009

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

KAKOVOST PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE NEGE IN
RAZVOJ NEGOVALNIH DIAGNOZ

QUALITY OF COMMUNITY NURSING CARE AND DEVELOPMENT OF
NURSING DIAGNOSES

Študentka: ANDREJA JURŠA
Mentorica: TATJANA GEČ, pred.
**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**
Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Branoslavci, december, 2009

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA	3
2.1	Definicija patronažnega varstva	4
2.2	Področja dela patronažne zdravstvene nege	4
2.2.1	Zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti.....	5
2.2.2	Zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu	5
2.2.3	Zdravstvena nega pacienta na domu.....	6
2.3	Cilji patronažne zdravstvene nege	8
3	DOKUMENTIRANJE V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI	9
3.1	Naloge dokumentiranja.....	9
3.2	Osnovna načela pri dokumentiranju	10
3.3	Faze dokumentiranja v patronažni zdravstveni negi	11
4	VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI	13
4.1	Vloga patronažne medicinske sestre v zdravstvenem in negovalnem timu	14
4.1.1	Zdravstveni tim.....	14
4.1.2	Negovalni tim	14
5	PROCES ZDRAVSTVENE NEGE V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI	16
5.1	Teorija Virginije Henderson	17
5.2	Teorija Dorothee E. Orem	18
6	NEGOVALNE DIAGNOZE V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI.....	20
6.1	Razvoj negovalnih diagnoz	20
6.2	Sestavni deli negovalne diagnoze.....	22
6.3	Razdelitev negovalnih diagnoz po Marjory Gordon	23
6.4	Negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi	25
6.5	Seznam specifičnih negovalnih diagnoz	26
7	MATERIALI IN METODE	27
7.1	Hipoteze.....	27
7.2	Instrumenti.....	27
7.3	Potek raziskave	27
8	REZULTATI	29
8.1	Podatki o patronažnih medicinskih sestrah	29
8.2	Podatki o delu v patronažni službi.....	30

8.3	Pripombe in želje iz področja negovalnih diagnoz v patronažnem varstvu	34
9	RAZPRAVA.....	35
10	SKLEP	37
	seznam virov.....	38

KAZALO SLIK

Slika 1: Oblike delovanja patronažnega varstva (3).....	3
Slika 2: Delitev patronažne dejavnosti (3)	5
Slika 3: Proces zdravstvene nege (15).....	16

KAZALO PREGLEDNIC

Graf 1: Stopnja izobrazbe	29
Graf 2: Čas zaposlenosti	29
Graf 3: Uvajanje negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege v delo.	30
Graf 4: Izvajanje dela s pomočjo negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege.	30
Graf 5: Kakovost dela pri uporabi negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege.....	31
Graf 6: Specifične negovalne diagnoze na področju patronažne zdravstvene nege.	31
Graf 7: Specifične negovalne diagnoze za bolj kakovostnejše delo.....	32
Graf 8: Pripravljanje specifičnih negovalnih diagnoz.	32
Graf 9: Izobraževanja o negovalnih diagnozah in o procesu zdravstvene nege.....	33
Graf 10: Prisotnost na izobraževanjih.	33

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Patronažna zdravstvena nega je posebna zvrst zdravstvene nege. Tudi v njej se vrši proces zdravstvene nege, ki nujno vključuje ugotavljanje negovalnih diagnoz. Prva faza procesa zdravstvene nege se zaključi z ugotovitvijo negovalnih diagnoz, ki predstavlja oceno pacientovih odzivov na zdravje ali bolezen, v smislu njegove fizične, psihične, sociokulturne, duhovne in razvojne spremembe. Gre za opis aktualnih in potencialnih problemov oziroma potreb po zdravstveni negi v povezavi z zdravjem in boleznijo, ki jih ugotavlja in rešuje medicinska sestra. Negovalna diagnoza je osnova pri izbiri aktivnosti zdravstvene nege za doseg ciljev zdravstvene nege.

Namen diplomskega dela je predstaviti patronažno zdravstveno nego in negovalne diagnoze na tem področju, s pomočjo raziskave ugotoviti kvalitetno uporabo in vpliv negovalnih diagnoz na proces samega dela na določenem območju, z rezultati raziskave pa tudi ugotoviti, kako postopati v prihodnosti pri oblikovanju novih negovalnih diagnoz.

V diplomski nalogi so predstavljeni rezultati raziskave, ki je bila izvedena jeseni 2008 v patronažnih službah po Pomurju, in sicer v Murski Soboti, Ljutomeru in Lendavi. V raziskavo je bilo vključenih 38 patronažnih medicinskih sester, srednje in visoke oziroma višje izobrazbe.

Zaključne ugotovitve so, da patronažne medicinske sestre v večini uporabljajo negovalne diagnoze in proces zdravstvene nege. Zavedajo se, da je delo kakovostnejše kadar uporabljajo negovalne diagnoze. Več kot polovica jih meni, da je na področju patronažne zdravstvene nege dovolj specifičnih negovalnih diagnoz, kakor tudi izobraževanj. Večina se teh izobraževanj tudi udeležuje.

Ključne besede: patronažna zdravstvena nega, negovalna diagnoza, proces zdravstvene nege.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Community nursing care is a specific type of nursing care. In both cases, the nursing process that is carried out necessarily includes the establishing of nursing diagnoses. The first stage of a nursing process ends with the establishment of nursing diagnoses, which presents the estimation of patient's responses to health or illness, in the sense of his physical, psychic, socio-cultural, spiritual and developmental changes. It is the description of present and potential problems and needs of nursing care in connection with health or illness, which are established and solved by a nurse. A nursing diagnosis is essential when choosing nursing activities for achieving the aim of nursing care.

The purpose of this graduation thesis is to present community nursing care and the nursing diagnoses in this field of work, to establish, by means of research, the quality use and the influence of nursing diagnoses on the process of the work itself in a certain area, and to find out, with the research results, how to act in the future, when creating new nursing diagnoses.

The graduation thesis presents the results of the research, which was carried out in the autumn of 2008 in the community nursing services of the Pomurje region in Slovenia, namely in Murska Sobota, Ljutomer and Lendava. The research included 38 community nurses with high-school or college education.

The final statement is that community nurses mostly make use of nursing diagnoses and nursing process. They are aware of better quality of their work, when nursing diagnoses are being used. More than half of the nurses hold the opinion that, in the area of community nursing, there are enough specific nursing diagnoses, as well as enough possibilities of further education. The majority of the nurses enter this education.

Keywords: community nursing care, nursing diagnosis, nursing process.

1 UVOD

Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na varovančevem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu (1).

Glede na zdravstveno stanje posameznika, druga stanja, razmere v družini in zdravstveno-socialno stanje v lokalni skupnosti medicinska sestra vključuje v širši zdravstveni tim še druge strokovnjake in sodelavce, kar je potrjeno tudi s sklepom Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego, ki pravi: «Patronažna zdravstvena nega je specialno področje zdravstvene nege, ki se ukvarja s posamezniki, družinami in lokalno skupnostjo v vseh obdobjih zdravja in bolezni. Nosilka patronažne zdravstvene nege je medicinska sestra v patronažnem varstvu, ki ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Svetuje o zdravem načinu življenja in obnašanja ter opozarja na rizične faktorje, ki lahko ogrozijo zdravje. Pomaga posameznikom in družinam na njihovih domovih, da se soočijo z boleznijo, kronično nezmožnostjo in s stresom. Ocenjuje kdo, kdaj in kaj je sposoben posameznik ali družina storiti zase in česa ne. Medicinska sestra v patronažnem varstvu je koordinatorica vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom »(1).

Za strokovno, individualno in uspešno delovanje medicinskih sester v patronažni zdravstveni negi je pomembno dobro poznavanje procesa zdravstvene nege in posledično negovalnih diagnoz.

Osrednja tema oziroma problem te diplomske naloge izhaja iz vprašanj: ali so kakovostne negovalne diagnoze temeljne pri procesu zdravstvene nege, ali se patronažne medicinske sestre premalo ukvarjajo z negovalnimi diagnozami in procesom zdravstvene nege in, ali je premalo izobraževanj na tem področju? Ta vprašanja oblikujejo tudi hipoteze.

Negovalne diagnoze v zdravstveni negi poznamo že več kot 30 let. Vendar moramo priznati, da so medicinske sestre še vedno zmedene in odklonilne do natančnega zbiranja, interpretiranja in analiziranja pacientovih podatkov. Postavitev pravilne negovalne diagnoze nam omogoča identificirati in definirati področje zdravstvene nege, na katerem lahko medicinska sestra samostojno deluje oziroma izvaja zdravstveno nego (2).

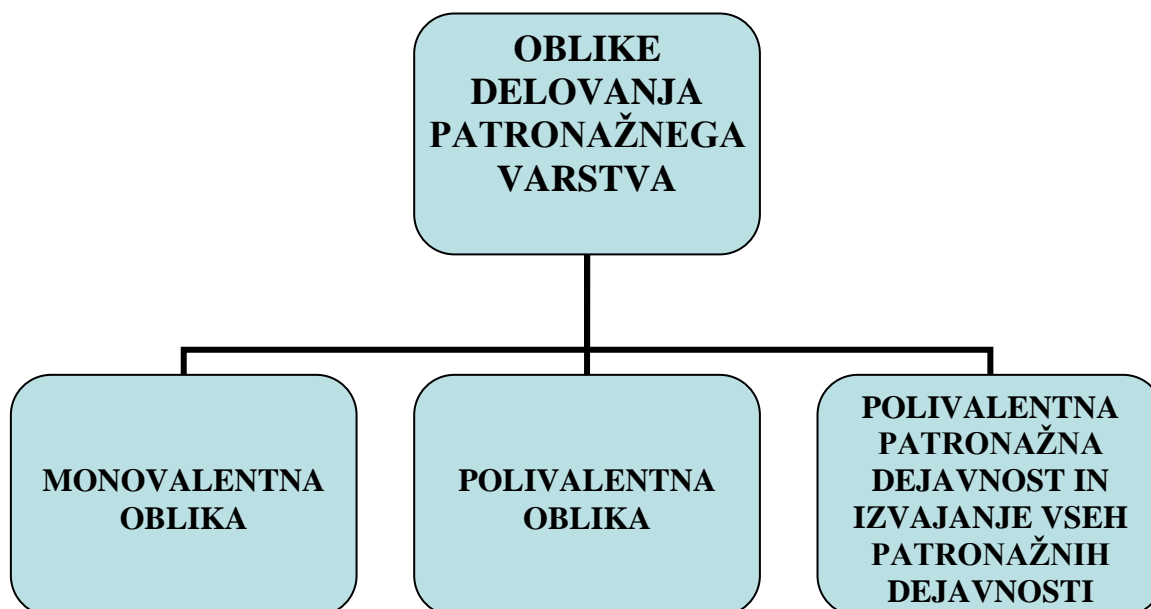
Cilji te diplomske naloge so, da bomo predstavili patronažno zdravstveno nego in negovalne diagnoze na tem področju, s pomočjo raziskave bomo ugotovili kvalitetno uporabo in vpliv

negovalnih diagnoz na proces samega dela na določenem območju, z rezultati raziskave pa bomo ugotovili, kako postopati v prihodnosti pri oblikovanju novih negovalnih diagnoz.

2 PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje patronažno varstvo kot posebno obliko zdravstvenega varstva, ki zajema aktivno zdravstveno in socialno varstvo posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi bioloških značilnosti ali določenih obolenj posebno občutljivi na vplive iz okolja.

Posebej ogrožene so naslednje skupine prebivalcev: ženske, novorojenčki, dojenčki, majhni in predšolski otroci, osnovnošolska in srednješolska mladina, delavci, pacienti s kronično degenerativnimi obolenji, invalidi, starostniki, prebivalci in priseljenci v velikih mestih ter industrijskih središčih, brezdomci in begunci.



Slika 1: Oblike delovanja patronažnega varstva (3)

Preventivno patronažno varstvo obsega:

- šest patronažnih obiskov pri novorojenčku in dojenčku v prvem letu starosti in dva dodatna obiska pri slepih in invalidnih materah,
- patronažni obisk pri otroku v drugem in tretjem letu starosti,
- dva patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami v starosti od 5 do 25 let, če so ti v domači oskrbi,
- patronažni obisk pri nosečnici,
- dva patronažna obiska pri otročnici,

- dva patronažna obiska zavarovane osebe, stare nad 25 let:
 - pacienti, ki imajo aktivno tuberkulozo,
 - pacienti, ki imajo mišična in živčno-mišična obolenja,
 - paraplegiki in tetraplegiki,
 - pacienti, ki imajo multiplo sklerozo, cerebralno paralizo,
 - osebe z motnjami v razvoju,
 - invalidi,
 - pacienti, ki imajo kronična obolenja,
 - osebe, ki so socialno in zdravstveno ogrožene, ne glede na leta,
- programirano zdravstveno vzgojo v :
 - družini,
 - lokalni skupnosti,
 - skupinah (4).

Kurativno patronažno varstvo obsega:

- patronažno zdravstveno nego pacienta na domu.

2.1 Definicija patronažnega varstva

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Ti so zaradi bioloških lastnosti, določenih bolezni ali na ne navajenosti na novo okolje občutljivi za škodljive vplive iz okolja (4).

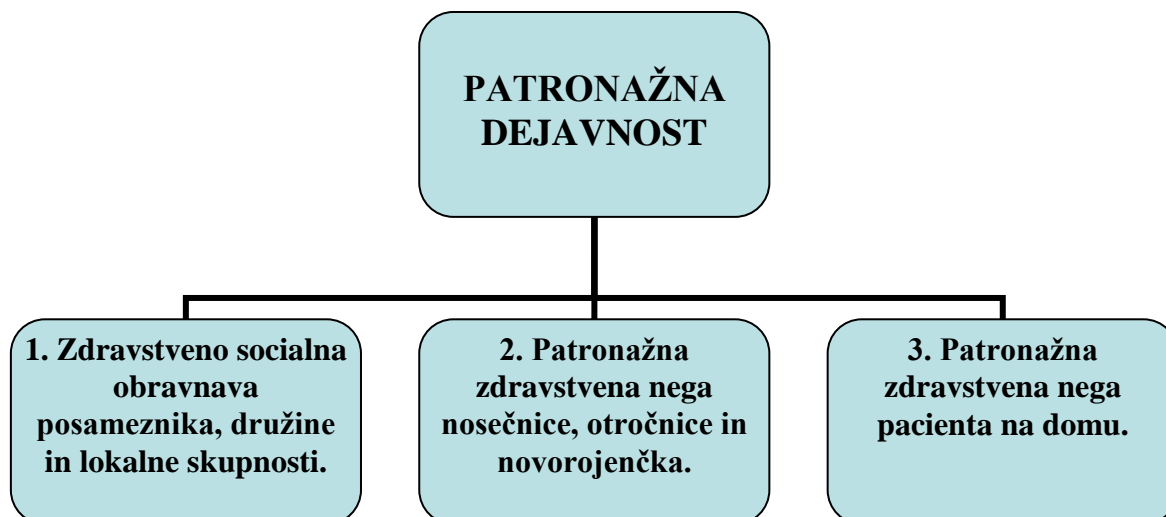
2.2 Področja dela patronažne zdravstvene nege

V celotnem procesu patronažne zdravstvene nege je posameznik, njegova družina in skupnost subjekt obravnave (5). Posameznik in člani ožje in širše skupnosti so o vsem informirani, pripravljeni za aktivno sodelovanje in zaupajo v delo patronažne medicinske sestre (1).

Področja dela v patronažnem varstvu so:

- zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti,
- zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu in

zdravstvena nega pacienta na domu (1).



Slika 2: Delitev patronažne dejavnosti (3)

2.2.1 Zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti

Predstavlja izvajanje splošnih, specifičnih in individualnih nalog patronažne obravnave varovancev od nosečnice, otročnice, novorojenčka, dojenčka, malega otroka, kroničnega bolnika, pacienta z zdravstveno nego na domu, do starostnika, družine in lokalne skupnosti. Vse te naloge izvaja višja oziroma diplomirana medicinska sestra in so preventivne (6).

2.2.2 Zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu

Otročnico in novorojenčka obišče patronažna medicinska sestra naslednji dan po odpustu iz porodnišnice, tudi ob nedeljah in praznikih ter s tem zagotovi neprekinjeno zdravstveno nego. To je v skladu s standardi dela, ki zahtevajo zajem novorojenčka v 24 urah po odpustu iz porodnišnice. S tem se zmanjša tudi možnost pojava negotovosti in strahu pri materi, ki mora sama prevzeti vso skrb za nego novorojenčka. Otročnica in novorojenček sta opravičena do patronažnih obiskov naslednji dan po prihodu iz porodnišnice pa do vse do zacelitve popka in prvega kopanja novorojenčka (7).

Splošne naloge pri obravnavi otročnice so: strokovna priprava na terensko delo, negovalna anamneza otročnice in njene družine, načrtovanje in izvajanje negovalnih intervencij za otročnico in njeno družino ter dokumentiranje in vrednotenje opravljenega dela (7).

Specifične naloge pri obravnavi otročnice so: v izrednih razmerah vodenje poroda na domu, fizični pregled otročnice, ustrezna nega in higienski režim v poporodnem obdobju, pravilna prehrana in pitje ustreznih količin tekočine, zdravstveno vzgojno delo z družino in otročnico ter izvajanje nalog v družini z otročnico na podlagi osebnih potreb in izraženih problemov varovanke in njene družine (7).

Tudi naloge pri obravnavi novorojenčka so lahko splošne in specifične. Splošne naloge so: strokovna priprava na terensko delo, anamneza novorojenčka in njegova družine, načrtovanje in izvajanje negovalnih intervencij za novorojenčka in njegovo družino ter dokumentiranje in vrednotenje opravljenega dela (7).

Specifične naloge pri obravnavi novorojenčka so: fizični pregled novorojenčka, nega novorojenčka, nega popkovne rane, pomoč pri dojenju, ureditev ležišča, zdravstveno vzgojno delo z družino, kopanje novorojenčka na zadnjem obisku med tretjim in četrtem tednom ter izvajanje nalog v družini z novorojenčkom na podlagi individualnih potreb in problemov (7).

Poleg lista nosečnice in prijave poroda ter poročila o zaščiti matere in otroka v poporodni dobi, zajema dokumentacija tudi list novorojenčka, list otročnice, načrt patronažne zdravstvene nege ter funkcionalno zdravstveno stanje varovanca. Vsa ta dokumentacija pa je vložena v družinski omot (7).

2.2.3 Zdravstvena nega pacienta na domu

Zdravstvena nega pacienta na domu je ožje področje zdravstvene nege, ki je namenjeno bolnim, poškodovanim, prizadetim in onemoglim bolnikom. Je organizacijska in vsebinska sestavina patronažnega varstva. Predstavlja pomoč patronažne medicinske sestre bolnim ali drugače prizadetim pacientom na domu pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Naloga patronažne medicinske sestre je pomagati, naučiti in usposobiti pacienta za samostojno življenje v domačem okolju in opraviti le tiste postopke in posege, ki jih sam ne zmore. Pri obravnavi pacienta na domu se ne posvečamo samo njemu, ampak tudi njegovi ožji družini (8).

Medicinsko tehnični posegi, ki se izvajajo na domu, so:

- nega in preveza postoperativne rane in odvzem šivov,
- nadzor nad jemanjem terapije per os,

- nega in preveza razjede zaradi pritiska in golenje razjede,
- odvzem brisov za MRSA pri nepomičnih pacientih, pri katerih se ureja domsko varstvo,
- merjenje vitalnih funkcij,
- aplikacija zdravilne in čistilne klizme,
- aplikacija terapije intramuskularno in subcutano. Paciente, ki so na terapiji z insulinom, učimo samostojne aplikacije in poučujemo tudi njihove svojce,
- aplikacija terapije po epiduralnem katetru in drugih katetrskih tehnikah,
- kontrola nad delovanjem elastomerske črpalke, menjava črpalke in kanile,
- menjava obližev z analgetičnim delovanjem,
- izvajanje bronhialne aspiracije,
- inhalacije pri pacientih s traheostomo,
- menjava in prebrizgavanje trajnega urinskega katetra,
- kateterizacija,
- aplikacija infuzijske tekočine,
- preveza venskega katetra in ostalih katetrov za regionalno analgezijo,
- snemanje EKG,
- odvzem materiala za laboratorijske preiskave,
- kontrola koncentracije kisika na domu in
- menjava kanile pri pacientu z opravljeno laringektomijo.
- nega stome – kolostome, cistostome, nefrostome (8).

Postopki zdravstvene nege, ki se izvajajo na domu, so:

- izvajanje osebne higiene pri rizičnih pacientih,
- pomoč svojcem pri opravljanju osebne higiene in izvajanje osebne higiene pri pacientih v terminalni fazi,
- pomoč pri uriniranju in defekaciji,
- preventiva razjede zaradi pritiska,
- hranjenje po nasogastrični sondi – poučevanje svojcev,
- nega traheostome – poučevanje pacienta in svojcev,
- hranjenje pacienta po gastrostomi in jejunostomi,
- razgibavanje – vaje za vzdrževanje stanja in preprečevanje kontraktur,
- edukacija pacienta in svojcev, dekolonizacija ter ostali postopki (8).

2.3 Cilji patronažne zdravstvene nege

S patronažno zdravstveno nego se želijo doseči naslednji cilji:

- fizično, duševno, duhovno in socialno zdravje ter dobro počutje v socialnem in ekološkem okolju,
- ohranjeno in izboljšano zdravje,
- zdrav način življenja,
- zdravo in izboljšano okolje,
- povečan človekov potencial za samopomoč in sosedsko pomoč,
- zmanjšano obolevanje,
- preprečene ali zmanjšane posledice bolezni in dejavnikov tveganja in
- prepoznane človekove fizične, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe v času zdravja in bolezni, človekove nezmožnosti in umiranja (1).

3 DOKUMENTIRANJE V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI

V zdravstveni negi se ve, kako pomembna je dokumentacija, saj je dokumentiranje sestavni del načrta celostne obravnave varovanca in individualne zdravstvene nege ter nam omogoča oceno njene kakovosti, uspešnosti in njenega razvoja. Trditev, da je zdravstvena nega »dobra« ali »manj dobra«, je nestrokovna in neutemeljena, ker je ni mogoče meriti. Lahko pa se trdi, da je »evidentirano delo« opravljeno in da »neevidentirano delo« ni opravljeno, kar je pomembno zlasti z vidika celostne obravnave varovancev (9).

Dokumentiranje je zbiranje, urejanje in zapisovanje vseh podatkov, ki se jih izve na delu, zato je v patronažni zdravstveni negi dokumentiranje še kako pomembno. Patronažne medicinske sestre dobivajo veliko informacij, ki si jih ni mogoče zapomniti.

3.1 Naloge dokumentiranja

Naloge dokumentiranja so naslednje:

- Sredstvo komunikacije daje pomembne informacije v enotnih in jasnih oblikah, kar je nujno pri današnji delitvi dela in številnih strokovnjakih ob varovancu.
- Sredstvo zanesljivosti negovalnega tima.
- Sredstvo zbiranja podatkov:
- Posreduje znanje o zdravstveni negi varovanca, ker posreduje točne podatke o rezultatih zdravstvene nege in omogoča raziskovalno delo na tem področju - negovalne diagnoze, negovalne intervencije, negovalni cilj - rezultat.
- Zagotavlja kontinuiranost in sistematičnost zdravstvene nege ter celostno obravnavo varovancev, omogoča načrtovanje zdravstvene nege na osnovi ugotavljanja varovančevih potreb in problemov.
- Omogoča individualno prilagojeno zdravstveno nego, upoštevamo varovančeve potrebe po zdravstveni negi in ne le njegove diagnoze ter poznamo odzive na zdravstveno nego. V zdravstveni negi je treba ravnati na podlagi individualnosti določenih potreb varovanca in na podlagi celostne obravnave.
- Omogoča vrednotenje zdravstvene nege, ker lahko preučimo vse faze dela in njihove rezultate.
- Sredstvo izobraževanja.

- Daje osnovo za interdisciplinarno sodelovanje z možnostjo skupnega načrtovanja in izvajanja dela.
 - Daje osnovo za razvoj računalniško vodene dokumentacije.
 - Je vir pravne zaščite: zajema podatke o poteku zdravstvene nege varovanca, o usposobljenosti in znanju medicinske sestre.
 - Daje zaščito za vsakršno kontrolo našega dela, bodisi Zavoda za zdravstveno zavarovanje in zdravnika, bodisi vodje zdravstvenega tima ali vodje negovalnega tima.
- Zvišuje učinkovitost in uspešnost ter kakovost in celostnost zdravstvene nege varovanca (9).

3.2 Osnovna načela pri dokumentiranju

Osnovna načela, ki jih medicinska sestra upošteva pri dokumentiranju, tudi s pomočjo računalnika, so naslednja:

- Jasnost, natančnost in popolnost pri opisu določenega problema.
- Vedno piše čitljivo in s črnilom, ki ga ni možno izbrisati, pri računalniku se zavaruje s kopijami na disketah.
- Podatke ponovno preveri, preden jih zapiše.
- Loči objektivni zapis od lastne razlage.
- Pri opazovanju vedno opiše: spremembo stanja, odsotnost pričakovanih sprememb, varovančev odziv na negovalni postopek itd.
- Svojca, ki je dal določene podatke, identificira.
- Vedno preveri obstoječo negovalno dokumentacijo, preden začne obravnavati varovanca.
- Vedno se podpiše, oziroma zabeleži svoje ime in priimek.
- Nikoli ne spreminja podatkov oziroma dokumentiranja njenega dela, da bi prekrila napake ali zmote.
- Dokumentira vedno sproti, ne ima zaostankov, pozneje podatki niso več realni in objektivni.
- V dokumentiranju ne uporablja ustaljenih fraz, dokumentiranje je za individualnega varovanca.
- Medicinska sestra naj bo razumljiva, jedrnata, sistematična in kratka v zapisovanju.

- Uporablja predpisano in dogovorjeno negovalno dokumentacijo.
- Zapisuje vedno v dogovorjenih časovnih rokih.
- Ne sme posploševati, dva problema ne moreta biti povsem enaka, ker tudi ljudje niso enaki.
- Uporablja enotno izrazoslovje, terminologijo, oziroma jo izdela.
- Aktivno sodeluje pri uzakonjenju negovalne dokumentacije in dokumentiranju njenega dela.
- Vsaka medicinska sestra naj bi imela računalnik z ustreznimi programi za dokumentiranje svojega dela.
- Razvija negovalne diagnoze, negovalne intervencije ter negovalne rezultate za lažje medsebojno komuniciranje in lažjo uporabo računalnika.
- Stremi k celostni obravnavi varovanca in pripravi negovalno dokumentacijo, ki ji to omogoča (9).

3.3 Faze dokumentiranja v patronažni zdravstveni negi

V patronažni zdravstveni negi poznamo štiri faze dokumentiranja:

- PRIPRAVA NA TERENSKO DELO,
- PATRONAŽNI OBISK,
- DOKUMENTIRANJE PATRONAŽNEGA OBISKA V ENOTI,
- LETNA INVENTURA PATRONAŽNEGA DELA (9).

Priprava na terensko delo

Pred obiskom pri družini se medicinska sestra vedno pripravi. Pregleda vso negovalno dokumentacijo in vse dokumentacijske obrazce, ki jih ima na razpolago. Na ta način je medicinska sestra opremljena s podatki, ki ji pomagajo pri celostni obravnavi družine in njenih varovancev ter okolja (9).

Patronažni obisk

Na patronažnem obisku zabeleži samo tisto, česar si ne more zapomniti. Pomembno je, da dokumentiranje opravi takoj naslednji dan. Na patronažnem obisku si zabeleži le:

ime in priimek družinskih članov, rojstne podatke, naslov, enotno matično številko občana, identifikacijsko številka varovanca, številka zdravstvenega zavarovanja in podobno. Vso ostalo negovalno anamnezo z negovalnimi diagnozami, negovalnimi cilji in negovalnimi intervencijami dokumentiramo v enoti (9).

Dokumentiranje patronažnega obiska v enoti

Naslednji delovni dan opravi dokumentiranje patronažnega obiska, ki naj bo opravljeno po prej opisanih načelih, na predpisanih dokumentacijskih obrazcih in v bodoče s pomočjo računalnika (9) .

Letna inventura patronažnega dela

Letna inventura je v veliko pomoč patronažni medicinski sestri, da sama ugotovi, kakšno je njeno dokumentiranje, ali so potrebne določene spremembe in ali je izvajala patronažno delo tako, kot ji narekujejo strokovne smernice in individualna obravnava vsakega varovanca. Letna inventura zahteva od patronažne medicinske sestre natančnost, poznavanje lastnega dela in vestnost (9).

Dokumentiranje vsakodnevnega dela v patronažni zdravstveni negi zagotavlja neprekinjenost dela medicinske sestre v patronažnem varstvu, zato je v procesu zdravstvene nege nepogrešljivo v vseh fazah (10).

4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI

Po teoriji Virginije Henderson medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjak in ima pravico pobude in nadzora.

Vodja patronažnega varstva je medicinska sestra, lahko tudi s specializacijo s področja zdravstvene nege ali s fakultetno izobrazbo. Je koordinatorica dela v negovalnem in zdravstvenem timu s službami v zdravstvenem domu in zunaj njega. Medicinska sestra deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje, primarni, sekundarni in terciarni, ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji. S promocijo zdravja spodbuja ljudi, da bi postavili zdravje na najvišje mesto na lestvici človekovih vrednot, aktivno skrbeli zanj in imeli večji vpliv na ekonomske in socialne vplive na zdravje. Delo načrtuje na podlagi števila bioloških oziroma rizičnih skupin prebivalstva, socialno-medicinskih kazalcev zdravstvenega stanja na določenem območju, higiensko-epidemioloških posebnosti območja vse do epidemičnih bolezni, sporadičnih bolezni, značilnosti krajevnih področij in izkušenj iz prejšnjih let (1).

Medicinska sestra si s sodelavci prizadeva dosegati in večati pozitivno stanje posameznika, družine in skupnosti ter zmanjševati oziroma preprečevati negativno zdravje. Delo načrtujejo dnevno, mesečno in letno, zato morajo poznati teren, kjer delujejo, in upoštevati kadrovske normative. Ko medicinske sestre poznajo teren in vedo, katere dejavnosti so organizirane, lahko načrtujejo zdravstveno nego in usmerjajo oziroma pomagajo urejati pomoč na domu. Na tak način se zagotavljajo razmere, da posameznik lahko ostane v domačem okolju čim dlje, kljub starosti, onemoglosti ali bolezni (1).

Patronažna medicinska sestra uporablja pri svojem delu procesno metodo dela, poleg te pa še metode, ki so značilne za primarno raven zdravstvenega varstva: dispanzersko metodo dela, timsko metodo dela, socialno- medicinsko metodo, zdravstveno vzgojno, epidemiološko metodo in statistične metode. Poleg zgoraj omenjenih metod si patronažna medicinska sestra pomaga še z naslednjimi tehnikami dela: načrtovanje dela, hišni obisk, razgovor in intervencija (1).

Naloge patronažne medicinske sestre so naslednje: Zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in lokalne skupnosti, ali klasična polivalentna patronaža, ki predstavlja izvajanje splošnih, specifičnih in individualnih nalog patronažne obravnave varovancev od

nosečnice, otročnice, novorojenčka, dojenčka, malega otroka, kroničnega pacienta, pacienta z zdravstveno nego na domu, rizičnega varovanca, do starostnika, družine in lokalne skupnosti. Vse te naloge izvajajo višja oziroma diplomirana medicinska sestra in so preventivne (11).

Medicinska sestra koordinira delo:

- s službami v zdravstvenem domu:
 - z izbranim zdravnikom,
 - z drugimi zdravstvenimi timi glede na varovanca;
- s službami na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvene dejavnosti;
- z drugimi službami in organizacijami zunaj zdravstvenega doma, ki kakor koli lahko pripomorejo k optimalni rešitvi stanj, razmer pri posamezniku in družini (1).

Delo koordinira individualno ali z organizacijo timskih sestankov (1).

4.1 Vloga patronažne medicinske sestre v zdravstvenem in negovalnem timu

4.1.1 Zdravstveni tim

V zdravstveni tim so vključeni zdravniki različnih specialnosti, patronažna medicinska sestra, medicinska sestra iz dispanzerja, socialni delavci, fizioterapevti, delovni terapevti, klinični psihologi in drugi strokovni sodelavci, ki se vključujejo po potrebi. Na teh timih se rešujejo kompleksni, edinstveni in neponovljivi problemi posameznika (8).

4.1.2 Negovalni tim

Negovalni tim v patronažnem varstvu je sestavljen iz patronažne medicinske sestre in zdravstvenega tehnika. Posameznik, družina ali skupnost so obravnavani s kurativnega, preventivnega in socialnega vidika. Cilj je samostojen in neodvisen varovanec, ki ga moramo vključiti v aktivno sodelovanje pri obravnavi, saj nam le-to omogoča pridobivanje potrebnih informacij o njem samem. Patronažni medicinski sestri daje povratne informacije o uspešnosti obravnave, ki je celostna, vodilo predstavljajo varovančeve potrebe in korist. Pomembno je, da negovalni tim vse svoje aktivnosti dosledno dokumentira. Negovalni tim v patronažnem varstvu rešuje kompleksne probleme posameznika, zato nastajajo interakcije med člani tima, varovancem in njegovim okoljem. Na vseh teh relacijah se morajo ustvariti dobri medosebni odnosi in komunikacija. Vsak član tima nosi določeno odgovornost za pomoč pri reševanju

problemov, zato je nujno, da vsi spremljajo razvoj svojega področja in drugih področij ter to znanje tudi prenašajo na sodelavce. Negovalni tim mora sodelovati v procesu kontinuirane zdravstvene nege (12).

Za uspešno delo v patronažnem varstvu je potrebno, da patronažna medicinska sestra poleg znanja o timskem delu upošteva tudi dodatna načela uspešnega dela:

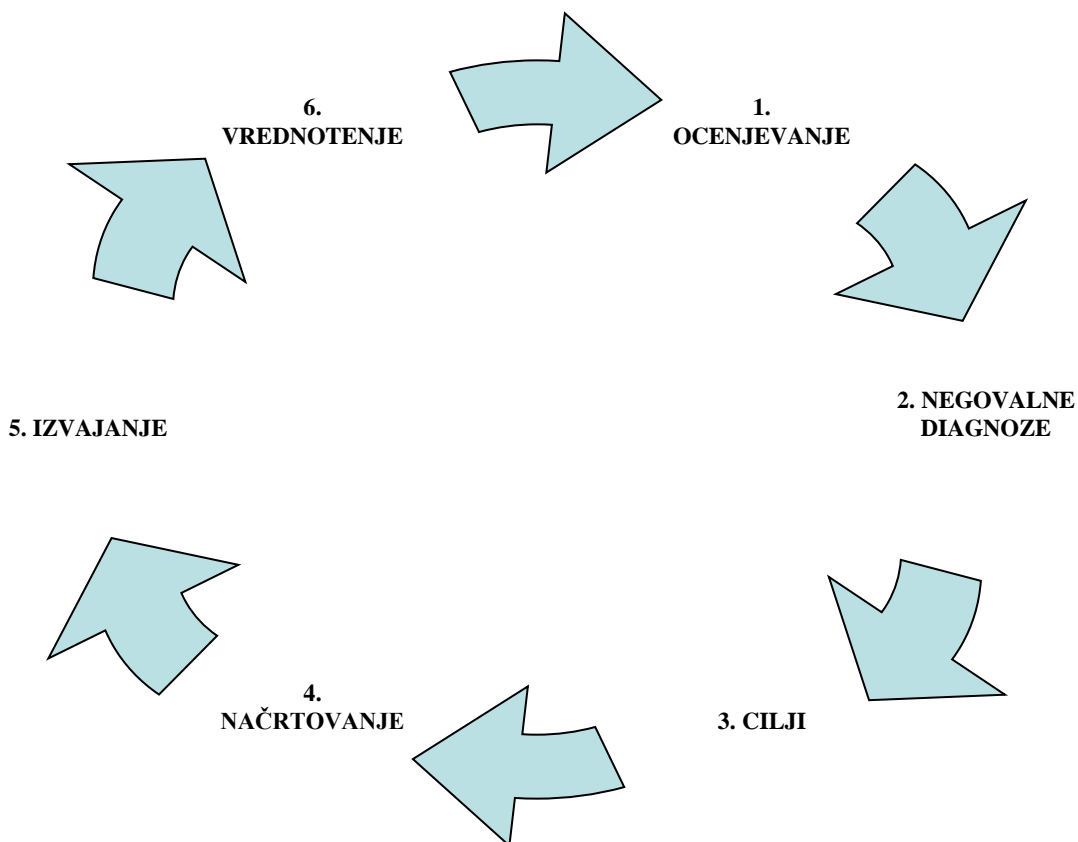
- načelo kontinuitete zdravstvene nege;
- načelo samostojnosti in kompleksnosti: patronažna medicinska sestra je pri izvajanju patronažne zdravstvene nege samostojna, problematika, s katero se srečuje, pa je izredno kompleksna in je v tesni povezavi z naravoslovnimi, medicinskimi in družboslovnimi znanji;
- načelo orientiranosti: patronažna zdravstvena nega je orientirana k določenim ciljem, osnovna metoda dela je proces zdravstvene nege;
- načelo problemske naravnosti: patronažna medicinska sestra presoja probleme s pomočjo kritičnega mišljenja, ki omogoča prepoznavanje problema in iskanje alternativnih možnosti rešitve;
- načelo fleksibilnosti: patronažna zdravstvena nega je v tesni povezavi s potrebami posameznika, družine in skupnosti, z aktualnimi zdravstvenimi problemi in strategijo zdravstvenega varstva;
- načelo progresivnosti: patronažna medicinska sestra zbira informacije o posamezniku, družini in skupnosti: informacije kritično in analitično ocenjuje, kadar pristopa k obravnavi subjekta v patronažnem varstvu;
- načelo aktivacije: patronažna medicinska sestra mora biti aktivna pri izvajanju vseh oblik svojega dela in odgovorna za uspeh svojega dela in dela drugih članov v negovalnem timu;
- načelo individualizacije: pri obravnavi varovanca uporablja patronažna medicinska sestra individualen pristop (12).

Patronažna medicinska sestra kot izvajalka vseh nalog v družini z dobro medsebojno komunikacijo, osebno povezavo, izmenjavo mnenj, kontinuiranim izobraževanjem in skrbjo za enotno strokovno doktrino, enotno terminologijo in humanimi medsebojnimi odnosi, je zagotovilo kakovostne zdravstvene nege in s tem tudi kakovostnega zdravja (13).

5 PROCES ZDRAVSTVENE NEGE V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI

Proces zdravstvene nege je sodobna metoda dela, ki jo oblikuje visoka stopnja organiziranosti. Omogoča sistematično reševanje problemov zdravstvene nege. Gre za metodo dela, ki celovito in celostno obravnava posameznika, družino in širšo družbeno skupnost (14). Proces zdravstvene nege ima šest faz, ki se v praksi prepletajo in si sledijo po določenem vrstnem redu. Da jih lažje spoznamo, jih obravnavamo vsako posamezno:

- ugotavljanje potreb po zdravstveni negi z oblikovanjem negovalne anamneze;
- opredelitev negovalnih problemov ali negovalnih diagnoz;
- načrtovanje zdravstvene nege;
- določitev ciljev in negovalnih intervencij;
- izvajanje zdravstvene nege ter
- vrednotenje zdravstvene nege.



Slika 3: Proces zdravstvene nege (15).

Načrt zdravstvene nege mora biti vsebinsko, personalno, metodološko, materialno, časovno in krajevno opredeljen.

Procesna metoda dela v zdravstveni negi se začne z ocenjevanjem stanja, to je aktivnost s katero medicinska sestra ugotavlja stanje zdravja in potreb po zdravstveni negi iz baze podatkov, ki jih je dobila z zbiranjem od pacienta/varovanca in ostalih virov. Osnovne podatke o pacientu/varovancu dobimo z izpolnjevanjem negovalne anamneze, s fizičnim pregledom in opazovanjem pacienta, z meritvami vitalnih funkcij, s pogovorom s svojci in drugimi ter s pregledom medicinske dokumentacije. Medicinska sestra nato podatke sintetizira. Sledi oblikovanje in poimenovanje negovalne diagnoze, ki je rezultat klinične presoje o osebi, družini in skupnosti (16).

Izhodišče za profesionalno delovanje patronažnih medicinskih sester sta teoriji zdravstvene nege Virginije Henderson in Dorothee E. Orem.

5.1 Teorija Virginije Henderson

Virginija Henderson na proces zdravstvene nege gleda kot na "pravo" uporabo logičnega pristopa k reševanju nekega problema. Ukrepi so enaki ukrepom znanstvene metode (17).

I. faza procesa zdravstvene nege

MS uporablja 14. osnovnih življenjskih aktivnosti za ugotavljanje negovalnih potreb posameznika. Faza se zaključi, ko medicinska sestra podatke analizira. Analiza podatkov ji omogoča postavitev negovalne diagnoze (17).

II. faza procesa zdravstvene nege

Hendersonova navaja, da je vsaka učinkovita zdravstvena nega načrtovana. Pisani načrt zdravstvene nege omogoča učinkovito zadovoljevanje posameznikovih potreb. Načrt in cilje zdravstvene nege je potrebno neprestano spreminjati glede na potrebe posameznika (17).

III. faza procesa zdravstvene nege

Je pomoč varovancu oz. posamezniku, da zadovolji štirinajst osnovnih življenjskih aktivnosti. Medicinska sestra z znanjem, voljo in močjo dopolnjuje varovanceve potrebe ob izvajanju

vsakodnevnih osnovnih življenjskih aktivnosti in pri izvajanju zdravljenja, ki mu ga je predpisal zdravnik (17).

IV. faza procesa zdravstvene nege

Ocena vrednotenja pacientovega stanja je odvisna od tega, kako hitro lahko posameznik sam zadovoljuje svoje potrebe. Medicinska sestra mora varovanca opazovati in sproti beležiti ter analizirati vse spremembe stopenj zadovoljevanja potreb (17).

5.2 Teorija Dorothee E. Orem

Oremova je pri svojem delu razvila šest konceptov in enega zunanjega ter tri teorije.

BAZNI KONCEPTI:

- SAMOOSKRBA je akcija usmerjena od posameznikov, v njih same ali v njihovo okolje za razvoj v interesu ohranjanja življenja v stalnem ali spreminjajočem se okolju (18).
- SAMOOSKRBNA ANGAŽIRANOST je kompleksna sposobnost dozorevanja (18).
- TERAPEVTSKA SAMOOSKRBNA ZAHTEVA je akcijska zahteva od posameznikov za doseganje nekaterih kompleksnih zdravstvenih samooskrbnih rekvizitov (univerzalnih, razvojnih in odklonskih) (18).
- DELNA SAMOOSKRBA je izraz nezadostnosti razmerja med samooskrbno angažiranostjo in terapevtsko samooskrbno zahtevo (18).
- ANGAŽIRANOST ZA MEDICINSKO SESTRO je kompleksna lastnost razvoja medicinske sestre skozi specializirano izobrazbo in treniranje teoretičnih in praktičnih znanj v resničnih situacijah (18).
- SISTEMI MEDICINSKIH SESTER so dinamični akcijski sistemi medicinskih sester, ki se urijo v diagnosticiranju, predpisovanju in regulaciji operacij prakse medicinskih sester (18).

ZUNANJI KONCEPT

OSNOVNI POGOJNI FAKTORJI odražajo življenjske situacije, kot so spol, starost, socialna kultura in elementi družinskega sistema (18).

TEORIJE ZDRAVSTVENE NEGE

- SAMOOSKRBA je definirana kot aktivnost usmerjena v individualnost posameznikov ali njihovega okolja za ohranjanje njihovih lastnih funkcij in razvoja v interesu ohranjanja pri življenju. Glavni cilj te teorije je učenje vedenja s čim namenoma urejamo človekovo popolnost, funkcijo in razvoj (18).
- DELNA SAMOOSKRBA je definirana kot jasna zveza neustreznosti med agencijo samooskrbe (self - care agency) in zahtevo po terapevtski samooskrbi (therapeutic self - care demand). Glavni cilj te teorije je, da lahko posameznikom pri negovanju pomaga zdravstveno osebje, saj ti varovanci/pacienti lastne oskrbe ne izvajajo zadovoljivo (18).
- TEORIJA SISTEMOV ZDRAVSTVENE NEGE: bistvo te teorije je, da negovalni sistem izoblikuje, ko medicinske sestre uporabljajo svojo sposobnost odrediti, oblikovati in zagotoviti negovanje pacientom/varovancem, ki to potrebujejo. Teorija vsebuje tri dele: popolno negovanje, odpravljanje pomanjkljivosti v negi, izobraževanje in uporaba rekvizitov za individualno oskrbo (18).

6 NEGOVALNE DIAGNOZE V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI

Negovalna diagnoza je klinična ocena pacientovega, varovančevega in družinskega stanja ter stanja lokalne skupnosti, ki ga lahko samostojno rešuje stroka zdravstvene nege (19).

Gordonova (20) trdi, da se negovalna diagnoza nanaša na varovančeve odzive, ki jih je medicinska sestra sposobna obravnavati, ker ima za to potrebno znanje, spretnosti in izkušnje; za obravnavo pa ima tudi dovoljenje.

Ugotovitev negovalne diagnoze je najpomembnejši del v procesni metodi obravnave pacienta. Varovanec ima lahko številne probleme z zdravjem, ki niso le medicinski, ampak tudi negovalni. Velikokrat se s temi problemi najprej sreča prav patronažna medicinska sestra in jih s pomočjo ostalih članov zdravstvenega tima poskuša rešiti (21).

Uporaba negovalnih diagnoz v praksi zdravstvene nege pomeni uporabljati enotno terminologijo, zagotavljanje kakovostne obravnave pacienta in pozitivne spremembe v kakovosti dela. Zbiranje podatkov o potrebah po zdravstveni negi posameznika, družine ali družbene skupnosti, z uporabo obstoječih podatkov, podatkov pridobljenih na podlagi opazovanja in merjenja, komuniciranja, analiziranja in interpretacije je eden izmed prvih korakov v procesni obravnavi pacienta. Podatki, ki jih pridobimo so tudi rezultat sodelovanja s pacientom, s svojci in drugimi zanj pomembnimi ljudmi. Negovalna diagnoza kot »poimenovanje« pacientovih negovalnih problemov je osnova za načrtovanje in izvajanje aktivnosti zdravstvene nege. Pomembno je tudi enotno dokumentiranje (2).

Medicinske sestre imajo veliko strokovnega znanja, ki ga morajo znati pravilno uporabiti, saj postavitve negovalne diagnoze, ciljev in načrtovanje ustreznih intervencij zdravstvene nege spada v tisti del zdravstvene obravnave pacienta, za katerega je odgovorna medicinska sestra (2).

6.1 Razvoj negovalnih diagnoz

Leta 1973 je Ameriška zveza medicinskih sester (American Nurses Association) zapovedala uporabo negovalnih diagnoz. Istega leta so se zbrale medicinske sestre iz prakse, učiteljice, raziskovalke in teoretičarke z vseh področij zdravstvene nege in ponudile oznake za stanja, ki so jih opazile v praksi. S tem začetkom je bila ustanovljena NANDA (Severnoameriška zveza za negovalne diagnoze), ki je uradno telo za promocijo, revizijo in potrditev negovalnih diagnoz, ki jih medicinske sestre uporabljajo v praksi. Ker se je seznam negovalnih diagnoz

večal, je NANDA razvila klasifikacijski sistem oziroma taksonomijo za organiziranje diagnostičnih oznak (22).

Razvoj negovalnih diagnoz v zdravstvenem domu Maribor, kjer so se medicinske sestre prve v Sloveniji seznanile z negovalnimi diagnozami:

– **12.10.1990** – Strokovni kolegij Organizacijske enote Patronažno varstvo, na katerem je sestra Majda Japelj Šlajmer seznanila medicinske sestre z vprašalnikom *People to people*, ki ga je izdelala NANDA in se nanaša na negovalne diagnoze. To je bila prva seznanitev z negovalnimi diagnozami in Patronažno varstvo ZD Maribor, prva sestrsko služba v Sloveniji, ki se je seznanila z negovalnimi diagnozami.

– **24.7.1991** – Na strokovnem kolegiju OE PV so se dogovorili, da bodo izbrali le manjše število negovalnih diagnoz, s katerimi bodo raziskovalno delale medicinske sestre. Odločili so se, se, da gredo v preizkušanje negovalnih diagnoz v praksi z vzorčnim izborom negovalnih diagnoz. Novosti – izkušnje – pobude.

– **4.12.1991** – KC SZO je organiziral učno delavnico. Medicinska sestra Majda Japelj-Šlajmer je seznanila širši krog medicinskih sester z osemindesetimi negovalnimi diagnozami na podlagi definicije, povzročiteljev, kazalcev.

– **6.12.1991** – Na strokovnem kolegiju OE PV so izvedli širši izbor negovalnih diagnoz za eksperimentalno prakso:

- neaktivnost,
- bolečina,
- podpora družine varovancu,
- anksioznost,
- neučinkovita družina,
- inkontinenca,
- slaba fizična mobilnost,
- deficit v samonegi: izločanje,
- deficit v samonegi: kopanje, osebna nega,
- deficit v samonegi: oblačenje, čiščenje,
- deficit v samonegi: prehranjevanje,
- koža: spremenjena.

– **19.2.1992** - Na strokovnem kolegiju OE PV so izdelali kadrovsko, strokovno in organizacijsko pripravo za preizkušanje negovalnih diagnoz. V eksperimentalno preizkušanje

negovalnih diagnoz so bile vključene naslednje patronažne medicinske sestre: Dragica Coderl, Darinka Fras, Dubravka Sancin, Marija Švajncer, Irena Topolovec, Tatjana Geč. Vse so bile poučene o negovalnih diagnozah, vsaka je dobila mapo z negovalnimi diagnozami, razčlenjenimi na definicijo, povzročitelje in kazalce. Obstoječo dokumentacijo so lahko dopolnile na podlagi novih izkušenj in sproti so razmišljale o ciljih njihovega eksperimentalnega preizkušanja.

–**Junija 1993** je KC SZO Maribor izdal priročnik Uvod v študij negovalnih diagnoz (22).

6.2 Sestavni deli negovalne diagnoze

Negovalna diagnoza se lahko oblikuje na različne načine, čeprav se v svetu največkrat uporablja model PES, ki ga predlaga Mayorie Gordon. Kratica PES pomeni začetnice angleških izrazov, ti so:

P = težava (*problem, angl.*);

E = vzrok (*etiology, angl.*);

S = znak (*sign, angl.*), simptom (*symptom, angl.*) (16).

Težava (*problem*)

P se nanaša na zdravstvene težave ali na zdravstveno stanje posameznika, družine ali skupnosti. Izražamo ga s kratkimi, jasnimi in natančnimi besedami ali frazami. Primeri takšnih zdravstvenih problemov so na primer zvišana možnost poškodbe, strah in deficit znanja (specifičnega). Ko govorimo o zvišani možnosti poškodbe, se to nanaša zgolj na »zvišano možnost« ne pa na problem sam (23).

Vzrok (*etiology*)

E je drugi element, ki označuje povezane elemente. Povezani elementi so vsaki interni ali eksterni elementi, ki imajo učinek na osebo, družino ali skupnost in vplivajo na posameznikovo zdravstveno stanje. Te elemente povezujemo z negovalnimi diagnozami in bi jih naj vključevali v negovalno dokumentacijo, če je to le mogoče (23).

Znak (*symptom*)

S je tretji element, ki označuje določanje značilnosti. To je skupek subjektivnih in objektivnih znakov in simptomov, ki nakazujejo prisotnost stanja, ki sovпада z dano negovalno diagnozo. Določanje značilnosti temelji na kliničnem opazovanju in na skupnem dogovoru. Negovalna diagnoza za posameznega pacienta mora bazirati na dejstvih. Nekateri avtorji ločujejo dve

vrsti značilnosti: tiste, ki so ključne za oblikovanje negovalne diagnoze in tiste, ki negovalno diagnozo zgolj podpirajo (23).

Pravilno oblikovana in v praksi preverjena negovalna diagnoza je osnova za izvajanje zdravstvene nege, saj pomeni kvalitetno načrtovanje, izvajanje in vrednotenje (24).

Glede na negovalni problem razlikujemo negovalne diagnoze na:

- aktualne negovalne diagnoze,
- potencialne negovalne diagnoze in
- kolaborativne negovalne diagnoze.

Aktualna negovalna diagnoza vsebuje aktualni negovalni problem, ki je prisoten sedaj in ga varovanec doživlja kot posledico problema zdravja ali življenjskega obdobja. Za ugotovitev so na razpolago vsi podatki, čeprav navidezno morda prikriti (25).

Potencialna negovalna diagnoza se ugotovi na osnovi prepoznave dejavnikov tveganja, kot je na primer neprimeren (nezdrav) način prehranjevanja (uživanje prevelike količine maščob), premalo fizične aktivnosti, prisotnost stresa in neustrezno odzivanje na stres, motena samooskrba (25) ...

Kolaborativna negovalna diagnoza se ugotovi kot rezultat opazovanja varovanca, ki je del odgovornosti medicinske sestre v zvezi z diagnostično-terapevtskim načrtom. Načrt usmerja zdravnik, ona pa opazuje pojav odzivov na izvedbo načrta. Ta vrsta negovalne diagnoze je kot podkategorija pri že omenjenih (25).

Negovalno diagnozo prepoznavamo po simptomih ali znamenjih prav pri ugotavljanju bolnikovega fizičnega in psihičnega zdravstvenega stanja, njegovega razpoloženja, dejavnikov tveganja, higienskih potreb, bolnikovega znanja o aktivnostih, njegovih navad in pripravljenosti sodelovanja. Simptomi so lahko subjektivni in objektivni, posebni glede na razvojno stopnjo varovanca/bolnika, lahko so akutni ali kronični. To zahteva od medicinske sestre veliko znanja, praktičnih izkušenj in empatičnega odnosa do varovanca/bolnika in njegovih potreb. Znanje in celostni pristop k izvajanju zdravstvene nege bolnika/varovanca v vseh življenjskih obdobjih (26).

6.3 Razdelitev negovalnih diagnoz po Marjory Gordon

Marjory Gordon se opira na funkcionalni vzorec zdravja, ki je osnova za oblikovanje negovalne diagnoze. Razdelitev je uporabna v vseh stanjih, ki potrebujejo aktivnosti zdravstvene nege in je osredotočena na pacienta. Vseh vzorcev je dvanajst, enajst je

poimenovanih, dvanajsti pa daje možnost za opis tistega stanja, ki v ostalih enajstih ni omenjeno. Z uporabo vzorca zdravja dobimo negovalno anamnezo z vidika pacienta/varovanca skozi serijo specifičnih vprašanj (25).

Razdelitev vključuje naslednje vzorce:

- **Vzorec zdravja:** Opisuje skrb za zdravje in ohranitev zdravja ter zavedanje zdravstvenega statusa. Vključuje posameznikove aktivnosti za opravljanje s tveganji zdravja in njegovo obnašanje, ki vzpodbudno vpliva na njegovo zdravje (25).
- **Vzorec prehranjevanja in presnove:** Obravnava posameznikov režim prehranjevanja. Opisuje tudi količino in sestavo hrane in pijače, določene vitaminske dodatke. Vključuje tudi dojenje in skrb za otroke. Vsebuje podatke o stanju kože, las, nohtov, sluznic, zobovja, telesne temperature, višine in vse o izločanju (25).
- **Vzorec izločanja:** Opisuje funkcijo črevesa, uporabo odvajal za izločanje blata in spremembe v frekvenci, obliki in količini blata (25).
- **Vzorec dnevnih aktivnosti in sposobnost za samooskrbo:** Obravnavan je vzorec, ki pove vse o vadbi, rekreaciji, raznih dnevnih aktivnosti, kot so na primer skrb za higieno, prehrano, hranjenje, delo in razna hišna opravila. Opisuje tudi uporabo prostega časa (25).
- **Vzorec spanja in počitka:** Opisuje vzorec spanja, počitka in sprostitve. Obravnava posameznikovo zaznavanje kvalitete in količine spanja in energije čez dan. Vsebuje podatke o pripomočkih za spanje, kot so razna zdravila in pogostost uporabe (25).
- **Vzorec zaznavanja okolice preko čutil ter učenje:** Opisuje zaznavanje čutil, kot so sluh, voh, vid, dotik in uporabo raznih pripomočkov za izboljšanje delovanja. Obravnava bolečino in posameznikovo stopnjo tolerance. Pri učenju opisuje znanje jezika, funkcijo spomina, sposobnost presoje in dajanja odločitev (25).
- **Vzorec o predstavi in mnenju o lastni podobi:** Predstavlja posameznikov odnos do samega sebe in njegovi zunanji podobi. Opisuje posameznikovo vrednotenje samega sebe in njegove vrednote. Obravnava tudi posameznikovo držo in način komunikacije (25).
- **Vzorec o vlogah in odnosih:** Govori o medsebojnih odnosih. Obravnava posameznikovo zaznavanje lastne identitete in svojih dolžnosti v življenjskih situacijah, zadovoljstva ali nezadovoljstva v družinskem krogu, na delovnem mestu in v partnerskih odnosih(25).

- **Vzorec spolnosti in reprodukcije:** Opisuje vzorec spolnosti, ali je ta zadovoljiva ali ne, in če obstajajo kakšne motnje, omenja tudi posilstvo. Obravnava žensko reprodukcijo od prve menstruacije do postmenopavznega obdobja (25).
- **Vzorec obrambe in odpornost na stres:** Opisuje načine spopadanja s stresnimi situacijami in sposobnost posameznika, da pravilno reagira in uporablja obrambne mehanizme (25).
- **Vzorec vrednot in prepričanja:** Obravnava posameznikove vrednote, cilje in prepričanja, tudi glede verovanja (25).
- **Drugo:** Sem spadajo tista stanja, ki niso bila omenjena v prejšnjih točkah in jih je pomembno opisati (25).

6.4 Negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi

Za proces diagnosticiranja je potrebna večšina kritičnega mišljenja. Medicinska sestra zbrane podatke sortira in sintetizira ter ugotovi probleme zdravja in posameznikove lastne vire ali sposobnosti (27). Združuje jih v skupine ali kategorije, tako kot so povezani z varovančevim fizičnim, psihičnim in socialnim stanjem in z dejavniki tveganja. Rezultat združevanja je ugotovitev negovalnega problema, ki je najpomembnejši sestavni del negovalne diagnoze. Poleg tega je potrebno ugotoviti, kaj je vzrok negovalnega problema in s kakšnimi znaki in simptomi se problem kaže navzven. V postopek diagnosticiranja je potrebno vključiti varovanca, zato ker je v vsaki fazi procesne metode in seveda tudi v fazi diagnosticiranja potrebna povratna informacija od njega. Z vključevanjem se hkrati preprečuje njegova odvisnost in pasivnost, delo je individualno in kontinuirano. Obravnava je celostna (28).

Kadar ugotavljamo negovalno diagnozo, si moramo postaviti naslednja vprašanja:

- Ali imam dovolj informacij, da lahko oblikujem negovalno diagnozo?
- Ali kateri podatek manjka?
- Ali se nam kakšna informacija zdi nepopolna?
- Ali se naj še enkrat pogovorim s pacientom in njegovimi svojci?
- Kateri podatki – informacije spadajo skupaj, oziroma imajo skupni pomen?
- Kateri specifični problem pacienta je pripomogel pri postavitvi negovalne diagnoze, ciljev in intervencij?
- Pri katerih elementih specifičnega negovalnega problema lahko pričakujem, da se bodo stopnjevali ali razrešili z izvedbo specifičnih negovalnih intervencij (2)?

Patronažne medicinske sestre največkrat uporabljajo naslednje negovalne diagnoze: podpora dojenja – dojenje učinkovito, bolečina, celjenje popka, deficit v samonegi – samonega zmanjšana, podpora staršem pri negi novorojenčka, koža poškodovana, podpora k zdravemu staranju, poškodovana tkiva, rast in razvoj otroka, obnašanje v podporo zdravja (29).

6.5 Seznam specifičnih negovalnih diagnoz

Soavtorice, patronažne medicinske sestre Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca, študentje Fakultete za zdravstveno nego Maribor pod vodstvom mentorice Tatjane Geč in somentorjev so pripravili priročnik Specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi kot osnovo profesionalnega komuniciranja (30).

Negovalne diagnoze so klasificirane na sledeči način:

- **ŽENA:** 9 negovalnih diagnoz,
- **OTROK:** 20 negovalnih diagnoz,
- **VAROVANEC:** 10 negovalnih diagnoz,
- **STAROSTNIK:** 3 negovalne diagnoze,
- **PACIENT:** 30 negovalnih diagnoz,
- **DRUŽINA:** 34 negovalnih diagnoz,
- **LOKALNA SKUPNOST:** 7 negovalnih diagnoz (30).

7 MATERIALI IN METODE

Namen raziskave je ugotoviti, ali patronažne medicinske sestre uporabljajo negovalne diagnoze in proces zdravstvene nege pri svojem delu, ali je po njihovem mnenju dovolj specifičnih negovalnih diagnoz in izobraževanj ter ali se teh izobraževanj udeležujejo.

7.1 Hipoteze

Pred začetkom raziskave so bile podane naslednje hipoteze:

Kakovostne negovalne diagnoze so temeljne pri procesu zdravstvene nege.

Patronažne medicinske sestre se premalo ukvarjajo z negovalnimi diagnozami in procesom zdravstvene nege.

Premalo je izobraževanj na področju patronažne zdravstvene nege.

7.2 Instrumenti

Raziskavo smo izvedli s pomočjo anketnega vprašalnika, ki smo ga sestavili sami in je bil namenjen samo za naše raziskovalno delo. Sestoji iz treh sklopov vprašanj. V prvem sklopu smo postavili dve vprašanji, in sicer o stopnji izobrazbe in trajanju zaposlenosti v patronažnem varstvu. V drugem sklopu je bilo postavljenih 8 vprašanj, spraševali pa smo jih predvsem o uporabi negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege ter o izobraževanjih. V tretjem sklopu, ki je sestavljen iz enega vprašanja so lahko anketiranci napisali njihove pripombe in želje glede negovalnih diagnoz v patronažnem varstvu. V prvem sklopu so bila vprašanja zaprtega tipa, v drugem sklopu tudi zaprtega tipa s kombinacijo odprtega vprašanja. V tretjem sklopu je bilo vprašanje odprtega tipa.

7.3 Potek raziskave

Za raziskavo smo uporabili deskripcijo ter kvantitativno metodologijo.

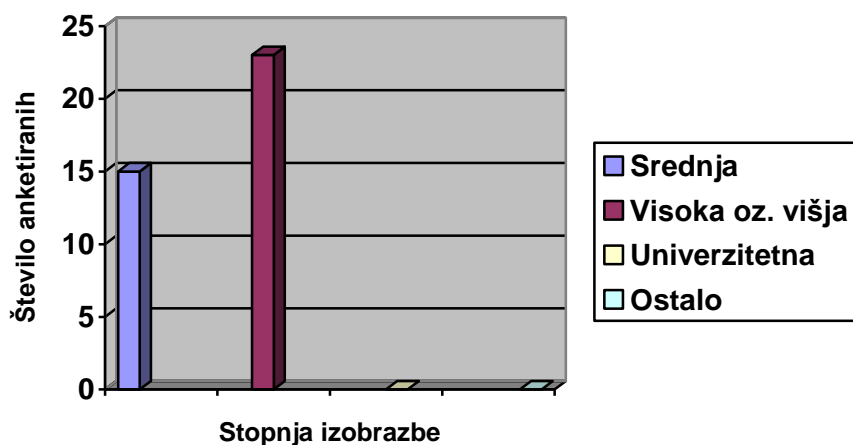
Najprej smo poklicali glavne patronažne medicinske sestre zdravstvenih domov v Ljutomeru, Murski Soboti in Lendavi, ter dobili dovoljenje za izvedbo ankete. Dogovorili smo se tudi za sestanek, kjer smo oddali anketne vprašalnike in določili rok oddaje. Razdeljenih je bilo 38

anketnih vprašalnikov, toliko jih je bilo tudi vrnjenih in izpolnjenih v mesecu juliju. Vsem anketirancem smo tudi zagotovili anonimnost, sodelovanje v anketi pa je bilo prostovoljno. Dobljene podatke smo obdelali s programom Microsoft Office Excel in jih ponazorili v obliki grafov.

8 REZULTATI

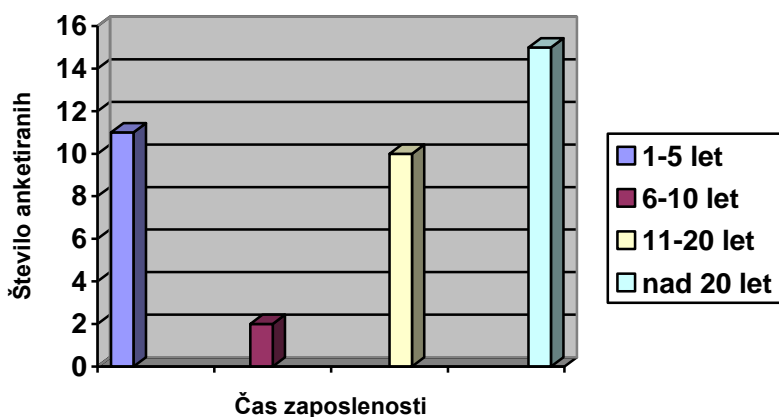
8.1 Podatki o patronažnih medicinskih sestrah

Graf 1: Stopnja izobrazbe



Največ je bilo anketiranih z visoko oz. višjo izobrazbo, teh je bilo 23 (60%). S srednjo izobrazbo jih je bilo 15 (40%), z univerzitetno in kakršno koli drugo nič. Skupaj je bilo 38 anketirancev.

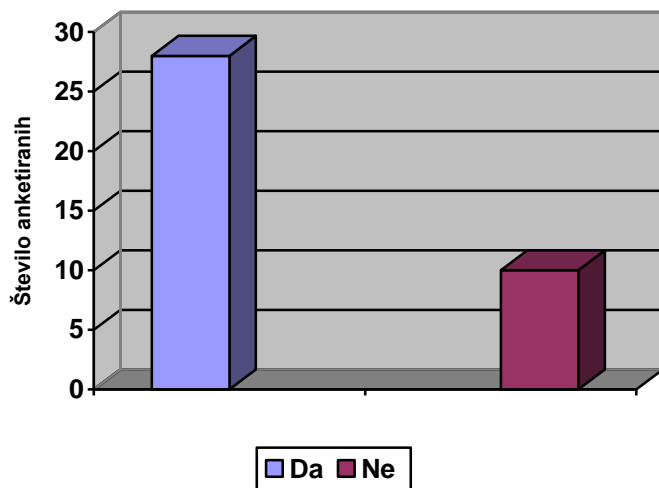
Graf 2: Čas zaposlenosti



V raziskovalni skupini prevladujejo anketiranci z delovno dobo, ki znaša nad 20 let, teh je 15 (40%). Sledijo ji anketiranci z delovno dobo 1-5 let, teh je 11 (29%). Z delovno dobo 11-20 let je bilo 10 (26%) anketirancev, najmanj jih je bilo z delovno dobo 6-10 let in sicer 2 (5%).

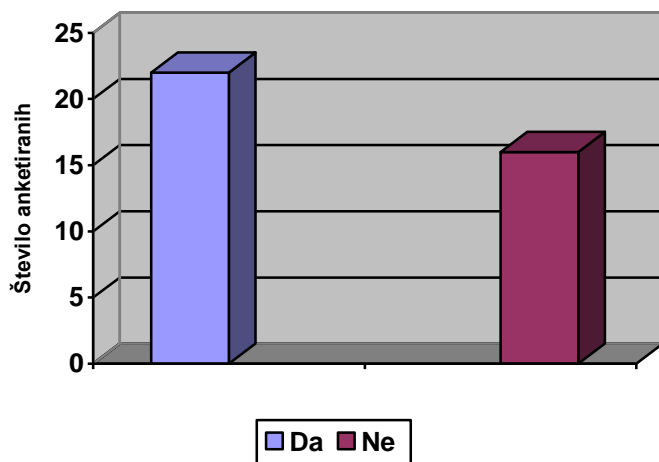
8.2 Podatki o delu v patronažni službi

Graf 3: Uvajanje negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege v delo.

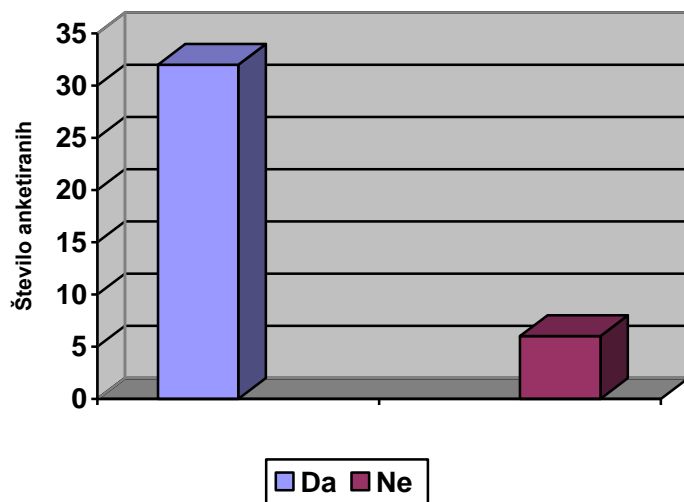


28 (74%) anketirancev je odgovorilo, da uvaja negovalne diagnoze in proces zdravstvene nege v svoje delo. Ne uvaja jih 10 (26%) anketirancev.

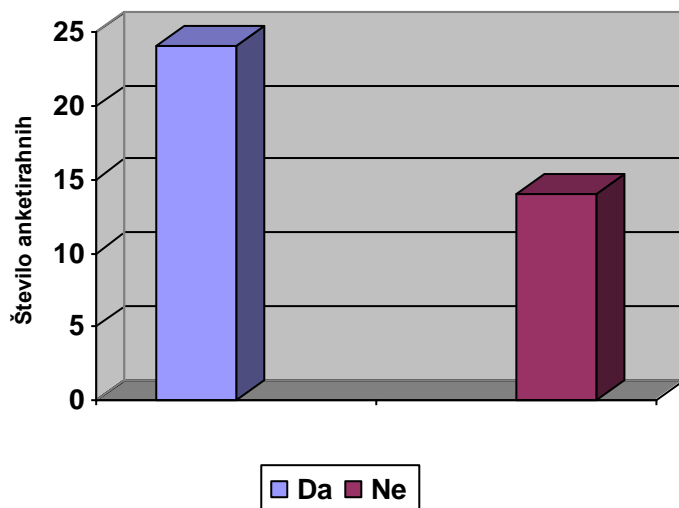
Graf 4: Izvajanje dela s pomočjo negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege.



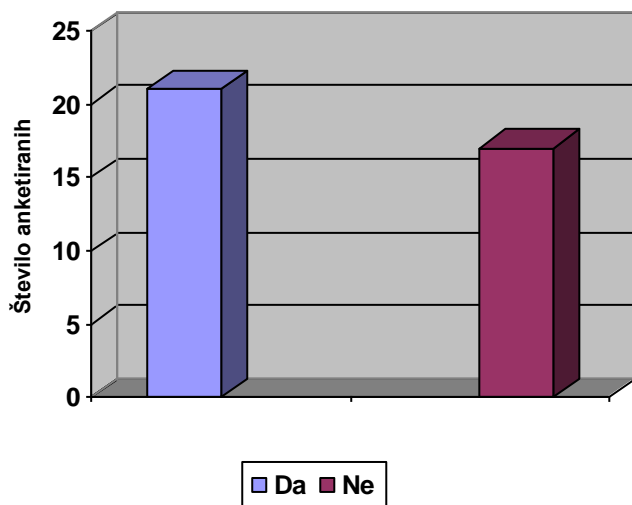
22 (58%) anketirancev je odgovorilo, da izvaja delo s pomočjo negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene. 16 (42%) anketirancev ne izvaja dela s pomočjo negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege.

Graf 5: Kakovost dela pri uporabi negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege.

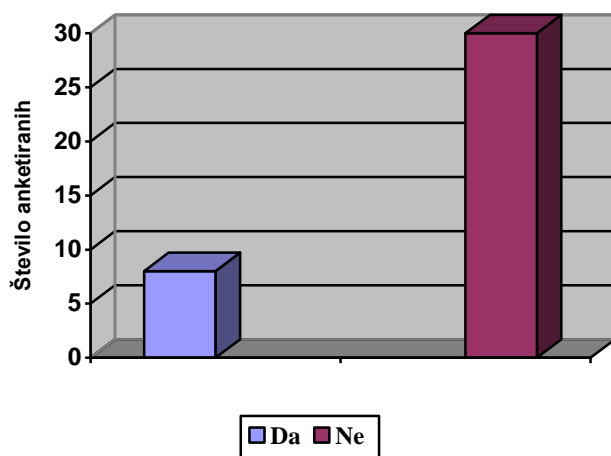
32 (84%) anketirancev meni, da je delo kakovostnejše z uporabo negovalnih diagnoz. 6 (16%) anketirancev meni, da delo ni kakovostnejše pri uporabi negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege.

Graf 6: Specifične negovalne diagnoze na področju patronažne zdravstvene nege.

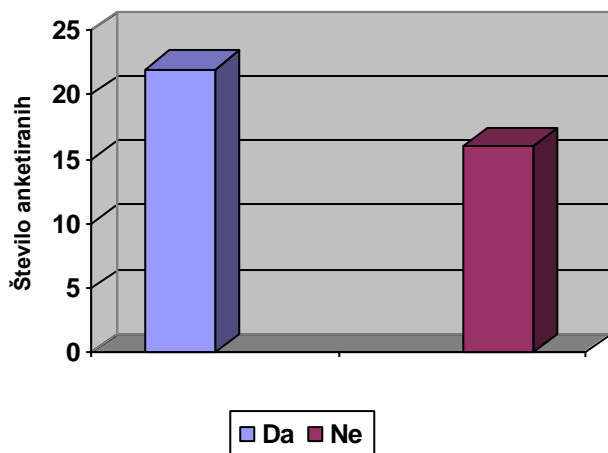
24 (63%) anketirancev meni, da je na področju patronažne zdravstvene nege dovolj specifičnih negovalnih diagnoz. 14 (37%) anketirancev pa meni, da je premalo specifičnih negovalnih diagnoz in posledica tega je težji proces zdravstvene nege.

Graf 7: Specifične negovalne diagnoze za bolj kakovostnejše delo.

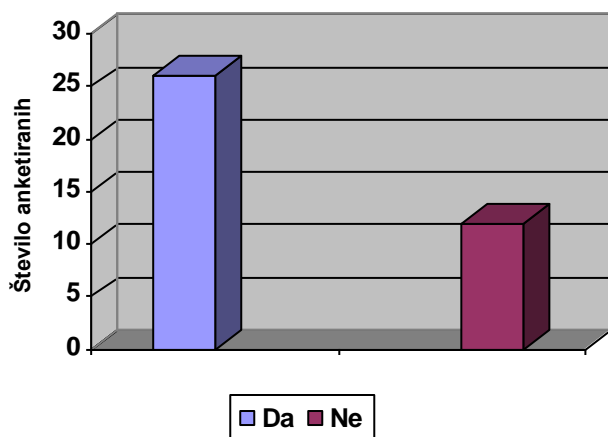
21 (55%) anketirancev meni, da bi morale biti več specifičnih negovalnih diagnoz za še bolj kakovostnejše delo. 17 (45%) anketirancev pa je mnenja, da je specifičnih negovalnih diagnoz dovolj.

Graf 8: Pripravljanje specifičnih negovalnih diagnoz.

8 (21%) anketirancev pripravlja specifične negovalne diagnoze. Ostalih 30 (79%) anketirancev jih ne pripravlja.

Graf 9: Izobraževanja o negovalnih diagnozah in o procesu zdravstvene nege.

22 (58%) anketirancev meni, da je dovolj izobraževanj glede negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege na njihovem področju. 16 (42%) anketiranih pa je mnenja, da izobraževanj ni dovolj.

Graf 10: Prisotnost na izobraževanjih.

26 (68%) anketirancev se udeležuje teh izobraževanj, če je zanimiva tematika in predavatelji, če jim vodstvo odobri. 12 (42%) anketiranih pa se ne udeležuje teh izobraževanj.

8.3 Pripombe in želje iz področja negovalnih diagnoz v patronažnem varstvu

Pod tem vprašanjem večina anketiranih ni napisala nič. Nekateri pa so napisali: »Želim, da bi pacienti po prihodu iz bolnišnične oskrbe (vseh oddelkov) prišli v domačo oskrbo z že postavljenimi negovalnimi diagnozami.« in » Moje želje glede izobraževanj so te, da bi moral vsak kdaj priti na vrsto za izobraževanje, ne pa, da se udeležujejo izobraževanj vedno isti sodelavci.«

9 RAZPRAVA

V raziskavi smo ugotavljali, če patronažne medicinske sestre uvajajo v svoje delo negovalne diagnoze in če je specifičnih negovalnih diagnoz dovolj na področju patronažne zdravstvene nege. Izvedeti smo hoteli, ali menijo, da je dovolj izobraževanj na njihovem področju in, ali se teh izobraževanj tudi udeležujejo. Glavni namen te raziskave je ugotoviti, ali je dovolj specifičnih negovalnih diagnoz v patronažni zdravstveni negi.

Iz rezultatov raziskave je vidno, da se večina patronažnih medicinskih sester (74%) poslužuje uporabe negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege, vendar pa jih je po našem mnenju še vedno premalo. Vzroki za to tičijo v tem, da ena patronažna medicinska sestra pokriva preveliko območje in ima preveč pacientov, saj je delovni normativ na eno patronažno medicinsko sestro 2500 prebivalcev (1). To pomeni primanjkovanje časa in posledično manjšo uporabo procesa zdravstvene nege in negovalnih diagnoz.

Iz rezultatov raziskave je tudi razvidno, da se večina anketirancev (84%) zaveda, da je delo kakovostnejše pri uporabi negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege. Torej, če postavimo pravilno negovalno diagnozo to pripomore k izdelavi dobrega načrta zdravstvene nege.

Malo več kot polovica anketirancev (55%) je mnenja, da ni dovolj specifičnih negovalnih diagnoz na področju patronažne zdravstvene nege. Številne literature o negovalnih diagnozah to izpodbijajo. Eden izmed takšnih literatur je tudi priročnik Specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi, kjer je opisanih več kot sto negovalnih diagnoz za vse skupine prebivalstva. Tukaj se pojavi vprašanje, če je tovrstna literatura dostopna vsem.

Z raziskavo smo tudi hoteli izvedeti, če je dovolj izobraževanj na področju patronažne zdravstvene nege. Ugotovili smo, da v večini anketiranci (58%) menijo, da jih je dovolj. Udeležuje se jih tudi dobra polovica (68%), kar pa je po našem mnenju zelo zaskrbljujoče. Izobraževanja so zelo pomembna pri našem poklicu, in če hočemo biti strokovni moramo stremeti k čim pogostejšemu kontinuiranemu učenju.

V patronažni zdravstveni negi se pogosto porajajo vprašanja, ali imamo dovolj specifičnih negovalni diagnoz in kako se te sploh uveljavljajo med patronažnimi medicinskimi sestrami.

Prvo hipotezo, ki predvideva, da so kakovostne negovalne diagnoze temeljne pri procesu zdravstvene nege, lahko **potrdimo**, saj je tega mnenja več kot polovica anketiranih patronažnih medicinskih sester.

Druga hipoteza, s katero smo predvidevali, da se patronažne medicinske sestre premalo ukvarjajo z negovalnimi diagnozami in procesom zdravstvene nege, je **zavrnjena**, saj večina patronažnih medicinskih sester uvaja negovalne diagnoze in proces zdravstvene nege v svoje delo ter izvajajo delo s pomočjo negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege.

Tretja hipoteza, ki se glasi: Premalo je izobraževanj na tem področju; je tudi **zavrnjena**, saj je več kot polovica patronažnih medicinskih sester mnenja, da jih je dovolj.

10 SKLEP

Dobro poznavanje procesa zdravstvene nege in negovalnih diagnoz je za patronažno medicinsko sestro zelo pomembno. S tem znanjem lahko delujemo, kot to naračajo strokovne smernice – strokovno, individualno, kompetentno, celostno... Zagotovljeni so vsi vidiki delovanja zdravstvene nege. Na žalost temu vedno ni tako, saj patronažne medicinske sestre še vedno nimajo dovolj časa, da bi se posvetile svojim pacientom, kot to narekuje individualnost, vemo tudi, da za to niso krive same. Posledično in ne namenoma trpi proces zdravstvene nege in uporaba negovalnih diagnoz.

Za boljše poznavanje negovalnih diagnoz v patronažni zdravstveni negi bi morali usmerjati in vzpodbujati patronažne medicinske sestre k večji uporabi procesa zdravstvene nege. Morda bi morali organizirati več predavanj na to temo in jim omogočiti udeležbo. Pomembno bi bilo tudi oblikovati nove dokumentacijske obrazce in večati kader, da bi jim olajšali delo.

Vsekakor pa mislimo, da mora vsaka patronažna medicinska sestra sama pri sebi ugotoviti, ali je dovolj kompetentna za to delo, ali je dovolj izobražena. Iz raziskave je razvidno, da je še vedno velik odstotek patronažnih medicinskih sester s srednjo izobrazbo – le tem bi morali omogočiti možnost študija zdravstvene nege. Kot vemo, je v zdravstveni negi zelo pomembno kontinuirano izobraževanje in tega bi se naj posluževali vsi zdravstveni delavci.

SEZNAM VIROV

- 1 Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternelj A, Brložnik M. *Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Utrip 2007; (01): 23 – 28.*
- 2 Donik B, Lednik L. *Elementi uspešnega razvoja in uporabe negovalnih diagnoz v praksi zdravstvene nege. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2005.*
- 3 Geč t. *Patronažna zdravstvena nega – včeraj, danes, jutri. Zbornik predavanj, 1. slovenska konferenca patronažne zdravstvene nege. Maribor, 2006.*
- 4 Rajkovič V, Šušteršič O. *Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj: Moderna organizacija, 2000.*
- 5 Šušteršič O, Rajkovič V, Leskovar R, Bitenc I, Bernik M, Rajkovič U. *An information system for community nursing. Public health nurs 2002; vol. 19, 3: 184 – 190.*
- 6 *Zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti*
<http://www.zd-mb.si> < 5.9.2008 >.
- 7 Likar R. *Analiza patronažne zdravstvene nege nosečnice, otročnice in novorojenčka za obdobje 1998-2003 {diplomsko delo}. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2005.*
- 8 Fištrovec B. *Patronažna zdravstvena nega bolnika na domu. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, OE Patronažno varstvo, 2005.*
- 9 Geč T, Habjanič A, Šušteršič A, Potočnik B, Završnik J. *Kontinuirana zdravstvena nega, spremljana z računalnikom. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999.*
- 10 Šušteršič O, Rajkovič U. *Stanje dokumentiranja procesa zdravstvene nege v Sloveniji. Kranj: Moderna organizacija, 2005.*
- 11 Geč T, *Patronažna zdravstvena nega – včeraj, danes, jutri. Zbornik predavanj. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2007.*
- 12 Stražar D, Šušteršič O. *Razmerje med preventivno in kurativno zdravstveno nego v patronažnem varstvu 1984-1993. Obzor Zdr N 1996; 30: 79-88.*
- 13 *Preventivna dejavnost v patronažnem varstvu*
http://www.zd-mb.si/fileadmin/Dokumenti/Zborniki/Zbornik_SDZ5_4.pdf <10.12.2008>.
- 14 Ivanuša A, Železnik D. *Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2000.*

- 15 Hajdinjak G, Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006.
- 16 Gonc V. *Študij zdravstvene nege in uporaba negovalnih diagnoz*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2003.
- 17 Teorija Virginije Henderson
http://www.zdravstvena.info/vsznj/teorija_virginije_henderson/ <12.2.2009>.
- 18 Teorija Dorothee E. Orem
http://www.sbaza.net/clanek_html.php?url_clanka=clanki_sb1%2Fvzs%2Fdorothea_orem.sb&vsebina_replace=vzs <12.2.2009>.
- 19 Razvoj negovalnih diagnoz v patronažnem varstvu
<http://www.zdravstvena.info/vsznj/razvoj-negovalnih-diagnoz-v-patronaznem-varstvu/> <19.2.2009>.
- 20 Gordon M. *Manual of nursing diagnosis*. New York: McGrawHill book Co, 1987.
- 21 Požgan I, Kranjc A. *Najpogostejše negovalne diagnoze pri patronažni obravnavi bolnika z zdravstveno nego*. Maribor: Zdravstveni dom Dr. Adolfa Drolca: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2003.
- 22 Geč T. *Negovalne diagnoze v patronažnem varstvu*. *Obzor Zdr N* 1994; 32: 39-42.
- 23 McFarland G.K., McFarlane E.A. *Nursing diagnosis and intervention: Planning for patient care*. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1993.
- 24 Karlovčec A. *Negovalne diagnoze v teoriji in praksi*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2003.
- 25 Ščavničar E. *Negovalna diagnoza*. *Obzor Zdr N* 1998; 323: 167-172.
- 26 Železnik D, Ivanuša A. *Najpogostejše negovalne diagnoze v standardih aktivnosti zdravstvene nege*. Zbornik prispevkov 1. Slovenske konference o negovalnih diagnozah, 2003: 164-169.
- 27 Ščavničar E. *Negovalne diagnoze pri starostniku, ki ima sladkorno bolezen*. *Obzor Zdr N* 2005; 39: 111-117.
- 28 Ščavničar E. *Negovalna diagnoza in poskus uporabe v praksi*. *Obzor Zdr N* 1999; 33: 141-145.
- 29 Geč T. *Analiza vprašalnika o negovalnih diagnozah v patronažni zdravstveni negi*. V: Geč T. 3. Slovenska konferenca o negovalnih diagnozah, negovalne diagnoze v praksi. Maribor: 2007.
- 30 Geč T. *Specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca & Univerze v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2002.

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

MRSA – Methicilin-resistant Staphylococcus aureus

EKG - elektrokardiograf

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

OE PV – organizacijska enota patronažnega varstva

ZD – zdravstveni dom

KC SZO – Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije

ZAHVALA

Rada bi se zahvalila moji družini, ki mi je na poti študija stala ob strani in me vzpodbujala.

Zahvaljujem se vsem patronažnim medicinskim sestram, da so mi omogočile izvajanje raziskave.

Hvala prof. slov. in soc. Ireni Štuhec za lektoriranje diplomskega dela.

Hvala vsem, ki so mi kakorkoli pomagali in niso posebej omenjeni.

PRILOGE

Priloga 1 - Anketni vprašalnik

Priloga 2 – CD medij

ANKETNI VPRAŠALNIK

NAVODILO: V prvem sklopu vprašanj s križcem označite Vašo stopnjo izobrazbe ter delovno dobo, ki Vam ustreza. V drugem sklopu vprašanj obkrožite Vaš odgovor! Pod vprašanjem pa napišite, zakaj ste se za ta odgovor odločili. V tretjem sklopu napišite Vaše pripombe in želje s področja negovalnih diagnoz v patronažnem varstvu.

I. Podatki o patronažnih medicinskih sestrah:

- Kakšno stopnjo izobrazbe imate?

srednja šola
 visoka oziroma višja
 univerzitetna
 ostalo

- Kako dolgo ste zaposleni v Patronažni službi?

1-5 let
 6-10 let
 11-20 let
 nad 20 let

II. Vprašanja o Vašem delu v patronažni službi:

1. Ali uvajate v Vaše delo negovalne diagnoze in proces zdravstvene nege?

DA NE

2. Ali izvajate delo s pomočjo negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege?

DA NE

3. Ali se Vam zdi delo kakovostnejše kadar se poslužujete negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege?

DA NE

4. Ali mislite, da je na področju patronažne zdravstvene nege dovolj specifičnih negovalnih diagnoz?

DA NE

5. Ali bi moralo biti več specifičnih negovalnih diagnoz, za še bolj kakovostnejše delo?

DA NE

6. Ali pripravljate specifične negovalne diagnoze, ki ustrezajo Vašemu področju?

DA NE

7. Ali je dovolj izobraževanj glede negovalnih diagnoz in procesa zdravstvene nege na Vašem področju?

DA NE

8. Ali se udeležujete teh izobraževanj?

DA NE

III. Vaše pripombe in želje iz področja negovalnih diagnoz v patronažnem varstvu:
