

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, september, 2008

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKE ŠOLE ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**ANALIZA UPORABE SPECIFIČNIH NEGOVALNIH
DIAGNOZ V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI IN DOMU
ZA OSTARELE**

**THE ANALYSIS OF THE USE OF SPECIFIC NURSING
DIAGNOSES IN THE HOME NURSING HEALTH CARE IN
THE NURSING HOME FOR THE ELDER**

Študentka: KATJA GOLE

Mentorica: viš.med.ses.,univ.dipl.org:TATJANA GEČ

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, september, 2008

1.	UVOD.....	7
1.1	HIPOTEZA.....	7
2.	TEORETIČNA IZHODIŠČA.....	8
2.1	Definicije.....	8
2.1.1.	Zdravje - Definicije zdravja.....	8
2.1.2.	Zdravstvena nega.....	9
2.1.3.	Gerontološka zdravstvena nega.....	9
2.1.4.	Opredelitev pojmov v gerontologiji.....	9
2.2.	Negovalna diagnoza.....	11
2.3.	Mejniki v Sloveniji.....	13
2.4.	Proces zdravstvene nege.....	23
2.5.	Teorije in modeli zdravstvene nege.....	17
2.6.	Patronažna zdravstvena nega.....	22
3.	MATERIALI IN METODE.....	23
4.	RAZISKOVALNIDEL.....	24
4.1.	Predstavitve doma za ostarele v Gornjem Gradu.....	24
4.1.1.	Problemi v samem procesu zdravstvene nege.....	24
4.1.2.	Specifične negovalne diagnoze v domu za ostarele.....	26
4.2.	Prikaz dela patronažne medicinske sestre v Gornjem Gradu.....	27
4.2.1.	Problemi v samem procesu patronažne zdravstvene nege.....	29
4.2.2.	Specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi.....	30
5.	REZULTATI IN ANALIZA PODATKOV.....	33
5.1.	Odgovori na vprašalnik.....	33
5.2.	Analiza podatkov.....	38
6.	RAZPRAVA.....	39
7.	SKLEP.....	40
8.	ZAHVALA.....	41
9.	SEZNAM VIROV.....	42
10.	PRILOGE.....	44

KAZALO SLIK

Slika 1: Odnos med medicinsko sestro in pacientom	15
Slika 2: Prikaz dejavnikov, ki vplivajo na življenjske aktivnosti	16
Slika 3: Zdravniško - negovalni tim, v domu za ostarele v Gornjem Gradu	24
Slika 4: Razmerje starosti prebivalcev v občini Gornji Grad	27
Slika 5: Primerjava najpogostejših posegov, v domu za ostarele in v patronaži.....	28
Slika 6: Primerjava povprečne starosti varovancev - starostnikov v domu za ostarele in starostnikov v trenutni oskrbi patronažne medicinske sestre	31
Slika 7: Razdeljenost varovancev v domu za ostarele v Gornjem Gradu glede na to, kje so živel prej.....	31
Slika 8: Bolezni oz. posledice le teh, zaradi katerih so v dom za ostarele, sprejeti mlajši od 65 let.....	32
Slika 9: Rangirane - najznačilnejše negovalne diagnoze, v domu za ostarele.....	36
Slika 10: Viri zbiranja informacij v domu za ostarele.....	36
Slika 11: Rangirane - najznačilnejše negovalne diagnoze, v patronažni zdravstveni negi...37	
Slika 12: Viri zbiranja informacij patronažni zdravstveni negi.....	37

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Primerjava tradicionalne in sodobne zdravstvene nege.....	17
Preglednica 2: Uporaba specifičnih negovalnih diagnoz	33
Preglednica 3: Mnenje medicinski sester o številu negovalnih diagnoz	34
Preglednica 4: Potreba po dodatnih negovalnih diagnozah	34
Preglednica 5: Mnenje medicinskih sester o negovalnih diagnozah in svojem znanju	34
Preglednica 6: Potrebe po pripravi novih negovalnih diagnoz	35
Preglednica 7: Kakovost obravnave pacienta z uporabo negovalnih diagnoz	35
Preglednica 8: Primerjava petih najznačilnejših negovalnih diagnoz patronažni zdravstveni negi in negi v domu za ostarele	38
Preglednica 9: Razlika v kontinuirani zdravstveni negi	36

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

V diplomskem delu smo najprej predstavili definicije in pojme povezane s starostniki in negovalnimi diagnozami. Omenili smo tudi pomembne osebe, ki so nekako soustvarjale zgodovino zdravstvene nege in negovalnih diagnoz, njihove metode in modele.

Predstavili smo dom za ostarele v Gornjem Gradu in tamkajšnji način dela. Prav tako je prikazan celoten proces dela v patronažni zdravstveni negi. Izpostavljene so tudi specifične negovalne diagnoze na obeh področjih. Namen diplomske naloge je namreč predstaviti in razvrstiti specifične negovalne diagnoze v domu za ostarele ter v patronažni zdravstveni negi. Prikazali smo tudi nekaj podatkov o starostnikih, v Gornjem Gradu.

V nadaljevanju smo prikazali kako, in če se sploh negovalne diagnoze na obeh področjih v Gornjem Gradu, tudi uporabljajo.

V raziskavo sta vključeni glavna medicinska sestra v domu za ostarele v Gornjem Gradu in patronažna medicinska sestra v Gornjem Gradu.

Odgovori niso bili zbrani le s pomočjo vprašalnika, ampak s prisostvovanjem pri samem delu in pri pogovorih z bolniki in medicinsko sestro. Tako smo tudi poskušali pridobiti kar najbolj realen rezultat. Z že navedenim načinom smo ugotovili, da tako v domu za ostarele kot v patronažni zdravstveni negi nimajo sodobnega načina dela. Negovalnih diagnoz ne uporabljajo, pač pa jih šele spoznavajo.

Z uporabo negovalnih diagnoz bi celoten proces zdravstvene nege bil boljši, kakovostnejši in strokovnejši. Kar pa je za nekega bolnika, tako v domu za ostarele, kot za tiste, ki so doma, samo prednost. Le tako so obravnavani celovito - holistično in kontinuirano. Tako tudi medicinska sestra bolje ovrednoti kašno je bilo njeno delo. Pomembno pa je seveda zadovoljstvo bolnikov, kar bi s pravilnim procesom zdravstvene nege nedvomno bilo.

Ključne besede: specifične negovalne diagnoze, proces zdravstvene nege, medicinska sestra.

ABSTRACT AND KEY WORDS

In the Bachelor's thesis definitions and concepts about older people and nursing diagnosis is presented. Some of important people who built the history of nursing care and nursing diagnosis are also mentioned.

The nursing home in Gornji Grad is presented, with methods and models of work, and also the process of work in community nursing care. Some specific nursing diagnoses on both fields are exposed. There is also information about older people in Gornji Grad.

The aim of this thesis is to introduce and classify specific nursing diagnoses in the nursing home and community nursing care. It is shown how and if the diagnoses on both fields are used.

The research is based on interviews with the matron in the nursing home and the community nurse, on assistance at work and on discussions with patients and nurses. Therefore the results are authentic and show that the way of work in the nursing home and community nursing care is not advanced. On both fields nursing diagnoses are not present.

With the use of nursing diagnoses the whole process of nursing care would improve and hence be more professional and qualitative. Only then the patients would be treated entirely – holistic and continually, which would increase their satisfaction. To add, nurses can with this method better evaluate their work.

Key words: specific nursing diagnoses, the process of health care, nurse.

1. UVOD

Zdravstvena nega je poklic v katerem je še kako potrebna uporaba negovalnih diagnoz, saj so le te temelj dela medicinske sestre. Prav zato, da bo celoten proces zdravstvene nege na kar najvišjem nivoju, pri tem vključujem predvsem zadovoljstvo bolnikov, pa je pomembna pravilna uporaba negovalnih diagnoz. Predvsem je pomembna povezanost med teorijo in samim praktičnim izvajanjem. Zato je zelo pomembna uporaba negovalnih diagnoz, boljše sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom ter njegovimi bližnjimi.

Kot pri vsakem delu je prav, da tudi medicinske sestre delajo v kar najboljših pogojih, ki koristijo ne samo njim temveč tudi pacientom s katerim se ukvarjajo.

V diplomski nalogi bomo skušali prikazati realen proces v zdravstveni negi ter specifične negovalne diagnoze starostnikov v patronažni zdravstveni negi in v domu za ostarele.

Namen diplomske naloge je prikazati razliko med samimi negovalnim diagnozami ter načinom dela.

V raziskavo smo zato vključili:

- patronažno medicinsko sestro,
- glavno diplomirano medicinsko sestro v domu za ostarele.

Celoten proces zdravstvene nege je sodobna metoda dela, ki jo odlikuje visoka stopnja organiziranosti. Omogoča sistematičen in individualen pristop k posamezniku, družini in skupnosti.

V celotnem procesu je varovanec oz. bolnik subjekt in ne objekt, mora biti o vsem informiran, pripravljen za aktivno sodelovanje naj bi zaupal v delo medicinke sestre in ostale izvajalce zdravstvene nege. Medicinska sestra skupaj z varovancem ugotavlja, kaj lahko varovanec in pomembni drugi zanj storijo sami.

Zanimivost same diplomske naloge, pa je prikaz zdravstvene nege, ki je značilen za manjši kraj- osredotočamo se na občino Gornji Grad in sam način dela, ter znanje medicinskih sester.

Ker pričakujemo da se negovalne diagnoze uporabljajo, smo se v diplomski nalogi tudi zelo potrudili prikazati pomembnost in uporabo le teh. Saj so sedaj- v sodobni zdravstveni negi negovalne diagnoze ne samo nek nepomemben člen v verigi zdravstvene nege, pač pa ena pomembnejših faz celotne zdravstvene nege, od katere je velikokrat odvisno dobro oz. boljše počutje bolnika.

V zdravstveni negi vemo, kako pomemben je načrt celostne obravnave pacienta in individualna zdravstvena nega, ki nam omogoča oceno njene kakovosti, uspešnosti in njenega razvoja. Ugotovili pa bomo, na kašnem nivoju je to v manjši lokalni skupnosti, kot je Gornji Grad

1.1. Hipotezi

Predpostavljamo, da se medicinske sestre tako v patronažni zdravstveni negi, kot v domu za ostarele uporabljajo negovalne diagnoze.

Predvidevamo, da se specifične negovalne diagnoze, kot tudi sami metodi procesa zdravstvene nege, razlikujejo med patronažno zdravstveno nego in zdravstveno nego v domu za ostarele.

2. TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1. Definicije

2.1.1. Zdravje

Zdravje je več dimenzionalni pojav, ki zahteva nenehne adaptacije. Zdravje se ceni kot vrednoto, saj ima velik vpliv na kvaliteto življenja. Zdravje je temeljna človekova pravica, omogoča ustvarjalno življenje in ga podreja stopnji bolezni in invalidnosti.

Definicije zdravja

SZO 1947

Zdravje je stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni ali betežnosti. (18)

Person 1979

Zdravje je stanje optimalne kapacitete za učinkovito izvajanje pomembnih opravil.

Dubos 1962

Zdravje je izraz stopnje, do katere posameznik ali družba vzdržujeta v pripravljenosti vse, ki so potrebni za spoprijemanje z zahtevami prihodnosti.

Denott 1977

Zdravje je relativno stanje, ki odraža stopnjo, do katere lahko posameznik deluje učinkovito v okviru dane dedne osnove in svojega fizičnega in kulturnega okolja.(18).

2.1.2. Zdravstvena nega

Zdravstvena nega je zelo pomemben člen v celotnem zdravstvenem varstvu.

ZN vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skr za bolne, invalidne in umirajoče. Živimo v času in okolju, katera sta polna sprememb. Zato mora zdravstveni delavec k skupini, posamezniku ali družini pristopiti na sodoben in racionalnejši način.

Vsakega posameznika moramo obravnavati kot celoto telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega bitja.

Glede na to, da se življenjska raven v povprečju viša se tudi zdravstvena nega vse bolj usmerja k varovanju zdravja posameznika in celotne družbe (3).

2.1.3. Gerontološka zdravstvena nega

Se nanaša na znanstveni in praktični pristop zdravstvene nege k starostniku. Zdravstvena nega starostnikov se imenuje gerontološka ali geriatrična zdravstvena nega.

2.1.4. Opredelitev pojmov v gerontologiji

Gerontologija je veda o starostnikih, staranju in raziskovanju staranja.

Marsikomu niso znani pomeni in izrazi v zvezi z starostjo, zato tudi veliko število ljudi napačno razume starost in procese v zvezi z njo. (6)

Staranje

tako vsakdanji in logičen pojav, vsem dobro znan, vendar veliko težje obvladljiv, ko sami stopimo v tako imenovano tretje življenjsko obdobje, ko se moramo tudi sami spoprijeti z vsemi novostmi, ki nam jih leta prinašajo v življenje (Hrovatin, 1999).

Starost

Sama starost pa ni le vprašanje let, temveč tudi vrednot in odnosa do življenja, ter okolja v katerem živimo. Dejstvo, da je nekdo star pa ni pogojeno le s kronološko starostjo, temveč tudi s posameznikovimi psihofizičnimi lastnostmi in z načinom življenja in značilnostmi okolja, v katerem človek živi (Kersnik-Bergant, 2000) (10).

Ostarelost

je stanje, videz in pojav nekega človeka ali stvari. Ta izraz nakazuje obrabljenost, življenjsko utrujenost in odmiranje (15).

Star je izraz, ki je najbolj nevtralen. Star človek je edini primeren izraz za temeljni strokovni pojem socialne gerontologije in gerontagogike (15).

Kljub napredku gerontologije je podoba o starostnikih izkrivljena in polna predsodkov. Neprilagodljivi da so, manj sposobni, nazadnjaški. Res je, da starost prinaša nekatere spremembe človekovega telesa, toda kako bodo ljudje živeli v starosti, ali srečno ali nesrečno, je odvisno od tega, kako nam bo družbi kot celoti uspelo dati novo kvaliteto odnosom do starih ljudi.

Naloge medicinske sestre v gerontologiji :

- ❖ zagotavljanje kakovosti življenja s pomočjo prizadevanj za pospeševanje zdravja in ohranitev zdravja,
- ❖ prizadevanja za promocijo zdravja zdravstveno šibkejših starih oseb, ki ne morejo samostojno opravljati osnovnih življenjskih funkcij. Pomembno: vzpodbujanje njihovih preostalih sposobnosti in omejiti učinke nesposobnosti;
- ❖ pomoč starim ljudem pri razumevanju procesa staranja in starostnih ter bolezenskih sprememb,
- ❖ Učenje: kako živeti, da bodo ohranili zdravje, moč in privlačnost tudi skozi starostno obdobje. To vključuje podporo socialne službe, varovanje okolja, telesno aktivnost, zdravo, starostniku prilagojeno prehrano, vzdrževanje telesne teže in obvladovanje stresov.
- ❖ V času bolezni, MS pomaga bolniku skozi proces okrevanja, v prizadevanju za ozdravitev in ohranitev čim več funkcij. Deluje po procesu ZN.
- ❖ Če ni realno pričakovati ozdravitve, bolniku pomaga pri prilagajanju na izgubo zdravja in posledice, ki jih le-ta povzroči.
- ❖ V času umiranja MS vodi staro osebo skozi proces umiranja, skozi zadnjo postajo na poti od rojstva do smrti.

Štiri področja ocenjevanja pri starostnikih:

Ocenjevalni proces lahko poteka na naslednjih področjih:

- Motorično področje

To področje zajema ocenjevanje fizične moči, kakovosti gibanja, hitrosti izvedbe, koordinacije in spretnosti.

- Senzorno področje

Ocenjujemo globoko in povrhnjo senzibiliteto, tip, ravnotežje, vid, sluh in voh. Pri testiranju senzibilnosti se mora bolniku natančno razložiti kaj se od njega zahteva. Ne postavlja se mu sugestivnih vprašanj.

- Samostojnosti pri dnevnih aktivnostih

Tu se ocenjuje stopnja utrudljivosti, stopnja funkcionalne neodvisnosti, vstopna vztrajnosti in potrpežljivosti.

- Čustveno in socialno področje

Osredotočiti se je potrebno na ocenjevanje čustvene stabilnosti in socialne interakcije.

- Perceptivno - kognitivno področje

Že sama beseda "percepcija" po latinsko pomeni zaznavati vtise iz zunanjega sveta s čutili. Področje kognicije pa zajema koncentracijo, spomin in nazornost (14).

2.2. Negovalna diagnoza

Je klinična presoja o odzivu posameznika, družine ali skupnosti na dejanske ali možne zdravstvene probleme / življenjske procese. Negovalna diagnoza je osnova terapevtskega postopka, ki vodi do rezultata, za katere je odgovorna medicinska sestra.

Je klinična ocena bolnikovega, varovančevega in družinskega stanja in stanja lokalne skupnosti, ki ga lahko samostojno rešuje stroka zdravstvene nege.

Negovalna diagnoza je ugotovljena potreba, rizik, problem in/ ali simptom, ki je lahko dejanski ali aktualen, potencialen, možen ali prikriti (18).

Definicije negovalne diagnoze

- Je zaključek 1. faze procesa nege.
- pojem se prvič pojavi leta 1950 (Luis Mc Manus)
- 1953 se pojem definira (Virginia Frey)- kot najpomembnejšo nalogo e nege v smislu njenega kreativnega razvoja
- 1970 pojem podrobneje opiše NANDA, ki razvija klasifikacijo tipičnih standardnih negovalnih diagnoz

Značilnosti negovalne diagnoze

- Je potreba, rizik, problem ali simptom
- nanaša se na pacient, družino in lokalno skupnost
- zajema negovalne potrebe, rizike probleme in simptome pri zdravi populaciji
- je zaključek, narejen iz analize podatkov
- temelji na objektivnih in subjektivnih podatkih
- nanaša se na stanja, ki jih je medicinska sestra pooblaščen obravnavati
- nanaša se na telesno, psihično in socialno ter duhovno stanje pacienta
- mora biti preverjena s sodelovanjem pacienta in njegovih problemov (17).

Definicije negovalnih diagnoz

❖ Je poimenovanje pacientovih problemov, ki so:

- aktualni ali obstoječi
- potencialni ali grozeči
- prikriti

in jih v okviru pristojnosti in strokovnega znanja rešuje medicinska sestra.

(Gordon, 1976)

❖ Negovalna diagnoza je ocena ali zaključek, ki je nastal kot rezultat ocene medicinske sestre.

(G. Lavin, 1975)

❖ Negovalna diagnoza je izjava, ki se nanaša na pacientov problem. Nastala je kot zaključek analize zbranih podatkov, problem mora biti iz področja delovanja medicinske sestre.

(Mundinger Jauron, 1975)

- ❖ Negovalna diagnoza je klinična presoja o stanju posameznika, družine ali skupnosti, upošteva obstoječe ali možne zdravstvene probleme.

Negovalna diagnoza je osnova za izbor intervencij zdravstvene nege usmerjenih v doseganje ciljev, za katere je odgovorna medicinska sestra.

(NANDA, 1990)

Negovalna diagnoza je simptom medicinske diagnoze.

Vrste negovalnih diagnoz

1. Aktualna- obstoječeprobleme rešujemo takoj- *tridelna negovalna diagnoza (PES)*
2. Potencialna- grozeča probleme preprečujemo- *dvodelna negovalna diagnoza (PE)*
3. Možna negovalna diagnoza.....-pri prikritih problemih razmišljamo- *enodelna negovalna diagnoza (P)*

Formuliranje problemov- negovalnih diagnoz mora biti:

Kratko, jedrnat, specifično, objektivno, konkretno, s strokovno terminologijo.

Formuliranje negovalne diagnoze

- ▶ PES SISTEM (po Gordonovi)
 - problem
 - etiologija (vzroki)
 - simptomi (znaki)
- ▶ pristop v obratni smeri (SEP)

najprej ugotavljamo simptome → nato vzroke → ugotovimo problem → postavimo negovalno diagnozo.

Simptom (znak); prepoznamo jih v pogovoru, z opazovanjem, merjenjem. So: subjektivni, objektivni, zunanji (okolje), notranji (somatski), fizični, razvojni, psihološki, dejanski, možni.

Etiologija (vzrok); eden ali več vzrokov. Izhajajo iz medicinske diagnoze ali iz okolja. Vzroki so: fiziološki (otežkočeno požiranje), emocionalni (strah), kognitivni- na osnovi spoznanja (nepoučenost), sociokulturni (brez podpore družine), iz okolja (hrup, ropot, onesnaženost).

Negovalna diagnoza je osnova za postavljanje ciljev in za individualni načrt intervencij zdravstvene nege. Cilji so osnova za evalvacijo. Če je možno odstranimo vzroke problemov, če pa jih odstraniti ne moremo (ker ni v naši moči), omilimo posledice vzrokov. Negovalne intervencije načrtujemo tako, da odstranimo vzrok, s tem zmanjšamo ali odpravimo simptom, ter razrešimo problem (10).

Uporaba negovalnih diagnoz v neposredni zdravstveni negi :

1. diagnostično terapevtska presoja
2. komunikacija (poročila)
3. računalniška obdelava podatkov
4. kakovost in spremljanje napredka v zdravstveni negi
5. vodenje (kadrovske zadeve)
6. izračunavanje stroškov (ekonomika)
7. viri
8. izobraževanje
9. zdravstvena statistika

Acendio ..

Association for Commo European Nursing Diagnoses, Interventiones and Outcomes- ustanovljen 1995

Cilji združenja:

- opredeliti terminuse in kategorije, ki opisujejo zdravstveno nego s pomočjo negovalnih diagnoz, intervencij in rezultatov
- standardizirati negovalne diagnoze, da bodo uporabne za vse evropske države
- uskladiti prevode negovalnih diagnoz v evropske jezike
- sodelovati z nacionalnimi, evropskimi in mednarodnimi organizacijami, da bi zagotovili primerljivost in združljivost negovalnih diagnoz, ki so že razvite v drugih deželah (9).

Nanda ..

North American Nursing Diagnoses Association- ustanovljena 1973

Naloge:

- razvijanje sistema negovalnih diagnoz
- razvijanje enotne strokovne terminologije za področje zdravstvene nege
- znanstveno raziskovalno delo
- projektno mrežno delo
- publiciranje (8).

2.3. Mejniki v Sloveniji

- 1996 je bila s strani razširjenega strokovnega kolegija za z. n. v soglasju s Predsedstvom Zbornice z.n. sprejeta »razmejitev z.n. s klasifikacijo intervencij zdravstvene nege«
1997 Ga je potrdil Zdravstveni svet Ministrstva za zdravstvo Republike Slovenije
- 1999 je zbornica zdravstvene nege Slovenije izdala »Mali leksikon terminoloških izrazov zdravstveni negi«
- 2003 potekala 1. slovenska konferenca o ND- sprejet je bil zaključek; ustanovljena je Slovenska nacionalna komisija za negovalne diagnoze (SLONDA)
- 2003 je Kolaborativni center SZO za primarni ZN izdal prevod knjige avtorice M. Gordon »Piročnik o negovalnih diagnozah«.
S tem smo dobili tudi uradno dovoljenje za uporabo NANDA- ND.

2.4. Proces zdravstvene nege

Proces zdravstvene nege je metoda dela v zdravstveni negi. Da jih lažje spoznamo, jih obravnavamo vsako posamezno.

Faze procesa zdravstvene nege so:

- ocenjevanje potreb po zdravstveni negi negovalna diagnoza
- načrtovanje zdravstvene nege z določitvijo ciljev in negovalnih intervencij
- izvajanje zdravstvene nege
- vrednotenje zdravstvene nege

Načrt zdravstvene nege mora biti vsebinsko, personalno, metodološko, materialno, časovno in krajevno opredeljen (2).

Vloga zdravstvene nege

Medicinska sestra mora kolikor je v njeni moči ohraniti in vzdrževati pacientovo celovitost in integriteto. Pri tem pa mora medicinska sestra upoštevati enkratnost posameznika in glede na potrebe izbrati in prilagoditi aktivnosti zdravstvene nege (5).

Vsak star človek se neizbežno srečuje s številnimi spremembami, motnjami, disfunkcijami, ki jih prinese starost. Te spremembe lahko potisnejo starega človeka iz popolne samostojnosti v delno ali popolno nesamostojnosti – odvisnosti. Spremembe s katerimi se srečuje starostnik so biološke – fizične, psihične in socialne in vplivajo na sposobnost izvajanja temeljnih življenjskih aktivnosti. Medicinske sestre v fazi ocenjevanja ugotavljajo vpliv sprememb, ki so posledice staranja na izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti.

Značilnosti procesa zdravstvene nege

So: sistematičnost, spremenljivost - dinamičnost, prilagodljivost, fleksibilnost, usmerjenost k pacientu, upoštevanje pacientove celovitosti in individualnosti, upoštevanje aktivne vloge pacienta, upoštevanje enakovrednosti v medsebojnem odnosu (12).

- **Sistematičnost**

Se odraža in prepozna v zaporedju in opisu vsebine posameznih faz procesa zdravstvene nege. Začetek je vedno ocenjevanje in se začne z zbiranjem informacij ter podatkov ob prvem stiku s pacienti. Temu zaporedno sledijo ostale faze do končnega vrednotenja rezultatov. Ta značilnost pomembno razločuje procesno metodo od tradicionalnega načina dela, kjer se mnogi problemi in težave odkrijejo slučajno.

- **Spremenljivost - dinamičnost**

Sistematičnost procesne metode dela predstavlja vsako fazo ločeno in po določenem vrstnem redu ter nakazuje zaporedno prehajanje posameznih faz iz ene v drugo. Tako linearno zaporedje se v praksi le redko izvaja. V praksi je važno sprotno vrednotenje dela in to v vsaki posamezni fazi, predvsem v fazi izvajanja zdravstvene nege. Vsaka nova informacija o spremembi pacienta v katerikoli fazi vpliva na prehodno načrtovano zdravstvene nege. Lahko vpliva na spremembo vsebine dela v posamezni fazi, na zaporedje in menjavo oz. prepletanje posameznih faz.

- **Prilagodljivost -fleksibilnost**

Pomeni v procesu zdravstvene nege uporabnost na vseh področjih, kjer medicinske sestre profesionalno delujejo. Uporabna je tako na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva, tako za delo s posameznikom, skupino ali skupnostjo. Za delo z bolnimi ali zdravimi, mladimi ali starejšimi.

- **Usmerjenost k pacientu**

Ta značilnost opredeljuje, da je posameznik vedno v središču dogajanja - pozornosti in delovanja medicinske sestre. Pri usmerjenosti k pacientu je poudarjena pomembnost doseženega in ne samo izvedenega. To pomembno razlikuje sodoben način od tradicionalnega, kjer je bilo delo medicinske sestre usmerjeno na izvajanje posameznih nalog, ne pa k posameznemu pacientu. Poudarjala in nadzorovala se je kakovost- pravočasnost izvajanja teh del in nalog, manjkala pa je ocena uspešnosti in učinkovitost izvedenega, kar bi se odražalo na pacientu.

- Celovitost in individualnost

Človek je enkratna osebnost, z lastno preteklostjo, občutki, potrebami, življenjskimi navadami. Psihologija razlaga osebnost kot dinamičen proces, ki je sestavljen iz telesnega, psihičnega in duševnega področja, podsistema. Vsa tri področja vplivajo drug na drugega in na celovito osebnost. To pomeni da na spremembe, ki nastopijo na enem področju osebnosti, reagirajo tudi ostala področja.

- Aktivna vloga pacienta

Pacient, ki potrebuje pomoč, ne sme biti samo pasivni udeleženec v procesu zdravstvene nege, ampak naj v njem sodeluje, kolikor je največ možno, glede na to kaj zmore, sme in zna. Zato je prva naloga medicinske sestre, da oceni sposobnost pacienta in ga glede na oceno aktivno vključi v reševanje problemov, povezanih z zdravjem (2).

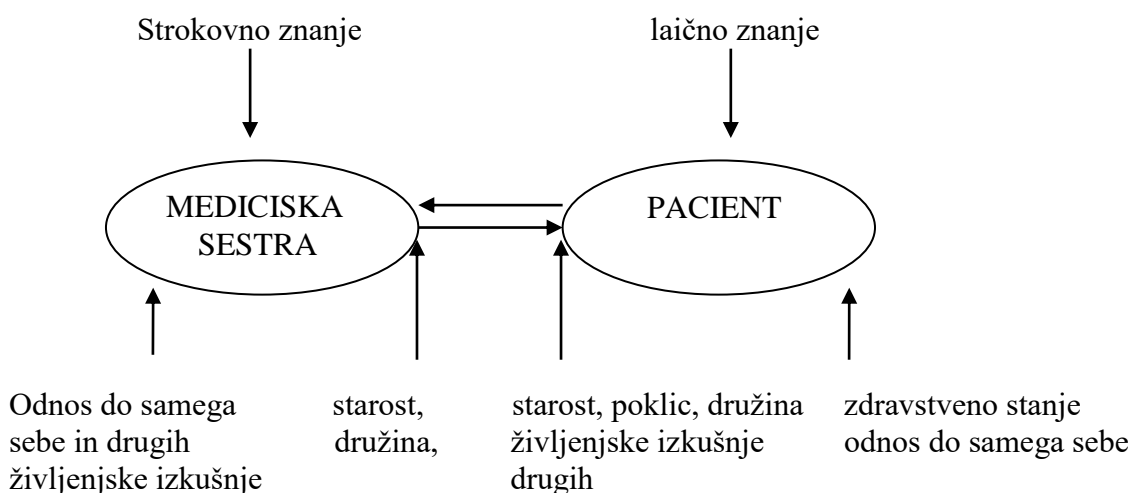
Ta ocena je zahteven diagnostično miselni proces, preiščena in intelektualna aktivnost medicinske sestre, ki zahteva veliko strokovnega znanja in izkušenj.

Pri tradicionalni zdravstveni negi, organizirani po funkcionalnem modelu, se ugotavlja le, kaj pacient ne zmore sam. Pri sodobni zdravstveni negi, ki je usmerjena k pacientu, pa se ugotavlja, kaj pacient še lahko naredi sam (5).

- Enakovrednost v medosebnem odnosu

Je oblika medosebne socialne interakcije najmanj med dvema udeležencema tega procesa (slika 1). V zdravstveni negi je med medicinsko sestro in pacientom tako imenovan terapijski odnos. Namen tega odnosa je zagotavljanje dobrega počutja pacienta, pospeševanje njegovega okrevanja ter podpora in pomoč, da pacient doseže samostojnost in neodvisnost (11).

Slika 1: Odnos med medicinsko sestro in pacientom



Ker je v zdravstveni negi medsebojen odnos med medicinsko sestro in pacientom zelo pomemben, smo predstavili tudi konstruktiven in destruktiven odnos, ki se med sabo močno razlikujeta.

Konstruktiven in destruktiven odnos

❖ Nastanek konstruktivnega odnosa

Ob dobrem odnosu in vzdušju se pacient dobro počuti. Odpravljena sta negotovost in stres, kar mu omogoča da svojo energijo porabi za zdravljenje. Lahko se »odpre« in glede na svoje sposobnosti in zmožnosti tudi vpliva na zdravstveno nego. Ve tudi, da bo dobil informacije, ki jih potrebuje. Če medicinska sestra čuti, da jo pacient sprejema, tudi lažje pričakuje, da bo pacient sodeloval v procesu.

❖ Nastanek destruktivnega odnosa

S slabim odnosom medicinska sestra sproži pri pacientu nezaupanje, strah in napetost, kar ga obremenjuje in tako lahko le še poslabša njegovo zdravstveno stanje. Pacient lahko postane agresiven ali se zapre vase, postane apatičen in ne sodeluje v zdravstveni negi. Tako medicinska sestra ne dobi nujno potrebnih informacij in lahko postane ravnodušna in nemotivirana za sodelovanje s pacientom (16).

Pomembni pa so tudi dejavniki, ki vplivajo na življenjske aktivnosti, kamor spada tudi skrb za zdravje (slika 2).

Slika 2: Prikaz dejavnikov, ki vplivajo na življenjske aktivnosti



2.5. Teorije in modeli zdravstvene nege

Cilj zdravstvene nege je dobro počutje in visoka stopnja zdravja drugih, vsebuje pa tudi »humanistično disciplino«, saj v svoji praksi uporablja splošna načela in zakone humanosti. Je sistematična dejavnost za izboljšanje kakovosti življenja posameznika, skupine, skupnosti in družbe. Zdravstvena nega je komplementarna z drugimi vedami. Njen cilj, je pomagati ljudem osvojiti zdrav način življenja (5).

Tradicionalna in sodobna zdravstvena nega

Predstavljeni sta obe, saj se zelo razlikujeta (pristop do pacienta, metoda dela, vrednotenje,...).

Preglednica 1: primerjava tradicionalne in sodobne zdravstvene nege

Tradicionalna zdravstvena nega	Sodobna zdravstvena nega
poudarek na odvisni funkciji zdravstvene nege	poudarja celosten - holističen pristop k pacientu
ne uporablja teoretičnih modelov	v praksi uporablja teoretične modele
uporablja funkcionalni model delitve dela	poudarek na samostojni funkciji zdravstvene nege
problemov pacientov ne išče načrtno - odkriva jih po naključju, zaradi izkušenj iz diagnoz in standardnih pričakovanj	sistematično odkriva probleme pacientov
ni sistema vrednotenja	zdravstvena nega se vrednoti po doseženih ciljih in pri tem ugotavlja kakovost
ne pozna procesne metode dela	deluje po procesni metodi dela
zdravstvena nega ni načrtovana, planirane so le posamične naloge	zdravstvena nega je v celoti načrtovana
poudarja posamezen vidik človeka	temelji na znanju in upoštevanju sociokulturnega prostora
zdravstvena nega ni dokumentirana, če je, je skromno in to v medicinski dokumentaciji	zdravstvena nega je dokumentirana z negovalno dokumentacijo
prisotnost hierarhičnega odnosa v timu	deluje po timskem modelu delitve dela služba je organizirana , samostojno vodenje in kadrovanje
pacient je subjekt - pristaja na delo zdravstvene nege obstaja podrejena odvisna vloga pacienta pacient ima pasivno vlogo	pacient soodloča in ima enakopravno vlogo pacient dobi partnersko vlogo pacient ima aktivno vlogo
zdravstvena nega ni vidna!	zdravstvena nega je vidna!

Holistična zdravstvena nega

Dossey in Kegan definirata holizem kot združitev neodvisnih delov v celoto, vendar naj bi to bilo nekaj več, kot vsota vseh delov.

Holizem pojmujeta skozi življenjske vzorce, organizacijo, odnose, interakcije in procese, ki neodvisne dele združujejo in jih oblikujejo v celoto.

Holistična zdravstvena nega temelji na filozofski predpostavki, da je zdravstvena nega znanost in umetnost, katere prva naloga je pomagati pacientom, jih krepiti in usposablјati pri doseganju celovitosti, ki jih notranje povezuje.

Celovitost človeškega bitja pa pomeni združitev telesne, dušene, socialne in duhovne dimenzije. Človeško bitje je psihofizična in duhovna celota v interakciji z okoljem.

Celovitost je proces, ki je prisoten, ko se zaznavamo kot odprt živ sistem v prepredenosti odnosov in dogodkov. Karkoli delamo, delujemo na telesno, duševno in duhovno dimenzijo. Če gledamo skozi holističen vidik našega bivanja, vsaka dimenzija direktno vpliva na drugo. Vse to mora medicinska sestra upoštevati pri oblikovanju negovalne diagnoze, načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege (7,8).

Ameriški psiholog Maslow je označil človeka kot bitje, ki se do življenjsko trudi razvijati svoje sposobnosti z zadovoljevanjem potreb.

Hierarhija motivov po Maslowu:

- fiziološke potrebe,
- potrebe po varnosti,
- potrebe po ljubezni in naklonjenosti,
- potrebe po ugledu in spoštovanju,
- potrebe po samoaktualizaciji (5)

Šele, ko so zadovoljene potrebe na prvem nivoju, se začnejo javljati višje potrebe. Človek teži k vedno višjim nivojem potreb, vendar le tedaj, ko so potrebe nižjih nivojev vsaj približno zadovoljene, se usmeri k višjemu nivoju.

Temeljna naloga zdravstvene nege je skrb za človeka, način, kako medicinska sestra skrbi za človeka, pa je bistvo procesa zdravstvene nege.

Florence Nightingale

Prva je bila F. Nightingale, ki je razvila teoretični model za opredelitev zdravstvene nege.

Florence Nightingale in sodelavke so v Krimski vojni (1854-56) pri ranjencih prepoznale »prehrambeni deficit« in ostale zdravstvene probleme, na podlagi katerih so ukrepale, da bi izboljšale obravnavo v vojaških bolnišnicah (5).

Pomembni za profesionalno delovanje patronažne medicinske sestre sta teoriji zdravstvene nege: Dorothee E. Orem in Virginije Henderson.

Teorija zdravstvene nege po;

❖ Dorotee E. Orem;

Temelji na posameznikovi zmožnosti, sposobnosti in odgovornosti izvajanja samooskrbe.

Zdravstveno nego deli v tri dele:

- popolna zdravstvena nega ali kompenzatorna, ki je potrebna, ko posameznik ni sposoben izvajati samooskrbe pri življenjskih aktivnostih

- delno kompenzatorna zdravstvena nega, ki je potrebna, ko posameznik in medicinska sestra sodelujeta v procesu ZN skupaj
- razvojna komponenta, ki temelji in poudarja pomen učenja, vodenja in podpore posamezniku pri razvijanju samostojnosti in preprečevanju bolezni (5).

Teorija zdravstvene nege po;

❖ Virginii Henderson

Hendersonova opredeljuje zdravstveno nego kot neodvisno in enkratno zdravstveno profesijo. Definira jo z ozirom na njeno funkcijo in kot integralni del sistema ZV.

Definicija zdravstvene nege po Virginii Hendeson

Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu posamezniku

- pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb človeka
- kadar človek nima potrebne moči, volje, znanja
- daje psihično, fizično in vzgojno pomoč
- omogoča ohranitev ali vrnitev zdravja ter mirno smrt in se trudi za čimprejšnjo samostojnost in neodvisnost vsakega posameznika.

Osnovne življenjske aktivnosti po Virginii Henderson:

1. dihanje
2. prehranjevanje in pitje
3. izločanje
4. gibanje, ustrezna lega
5. spanje, počitek
6. oblačenje, slačenje
7. ohranjanje normalne telesne temperature
8. vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti
9. izogibanje nevarnostim v okolju
10. komunikacija z drugimi- izražanje potreb in čustev
11. opravljanje verskih obredov, strpnost do njegovih prepričanj
12. delo, ustvarjalna zaposlitev
13. rekreacija
14. učenje
 - 1 –9: fiziološke aktivnosti
 - 10, 14: psihološke aktivnosti
 - 11: duševna in moralna aktivnost
 - 12, 13, 14: sociološke aktivnosti (5).

Teorija zdravstvene nege po:

❖ Nancy Roper

Govorimo o teoriji zdravstvene nege Nancy Roper, ki spada v skupino teorija potreb. Imenuje se tudi model življenja, ker obravnava pacienta od rojstva do smrti.

Izhaja iz teorije Virginie Henderson, s to razliko, da obravnava 12 aktivnosti človeka in dejavnike okolja, ki vplivajo na te aktivnosti:

- vzdrževanje varnega okolja
- komuniciranje
- dihanje
- hranjenje in pitje
- izločanje

- osebna čistoča in oblačenje
- kontrola telesne temperature
- gibanje
- delo in igra
- spolnost
- spanje (5).

Nancy Roper deli aktivnosti na:

- a) **pomembne (bistvene)**, ki so nujne za življenje
- b) **manj pomembne (nebistvene)**, pa izboljšujejo kvaliteto življenja

Manj pomembne so: spolnost, delo in igra, osebna čistoča in oblačenje, komuniciranje. Umiranje je zadnja življenjska aktivnost, ki je končno dejanje življenja (5).

Teorija zdravstvene nege po:

❖ Normi Lang

Krog zagotavljanja kakovosti v zdravstveni po Normi Lang

1.faza: opisovanje

Določimo vrednote zdravstvene nege in izberemo področje dela (predmet obdelave, prisoten problem)

2. faza: merjenje

Določimo standarde in kriterije in zbiramo in presojava podatke o učinkovitosti

3. faza : spreminjanje

Ocenjujemo kakovost, oblikujemo zaključke in načrtujemo spremembe, izvedemo spremembe (5).

1. faza : Opisovanje

Vrednote zdravstvene nege

Celostna obravnava pacienta, upoštevanje načel Kodeksa etike, varna zdravstvena nega, kontinuirana zdravstvena nega, varovanje pacientovih podatkov, spoštovanje pacientovih pravic, informiranje pacientov in svojcev, učinkovita organizacija dela, kontinuirano strokovno izpopolnjevanje, dokumentiranje, raziskovanje, skrb za zdravo delovno okolje, komunikacija in sodelovanje z ostalimi zdravstvenimi strokovnjaki.

2. faza: Merjenje

Oblikovanje standardov je ena najtežjih stopenj zagotavljanja kakovosti.

Najbolj kompetentni oblikovalci standardov so izvajalci zdravstvene nege sami. Končna oblika standarda mora biti izdana in dostopna vsem izvajalcem.

Ko je standard sprejet, je zavezujoč in vsako odstopanje je treba utemeljiti.

Zbiranje in presoja podatkov

Z namenom ugotavljanja dejanskega stanja (strokovni nadzor).

3. Faza : Spreminjanje:

- Ocenjevanje kakovosti

Je primerjava nad zelenim in dejanskim stanjem.

Za vsak kriterij je potrebno določiti sprejemljivo raven (80%, 100%).

- Načrtovanje sprememb

Predvideti moramo možne ovire, potreben čas, način (izobraževanje, razvijanje negovalnih načrtov, preoblikovanje dokumentacije...).

- Izvedba sprememb

Po določenem času nadzor ponovimo, ker tako ugotovimo, da so vpeljane spremembe učinkovite.

Če smo dosegli zaželeni rezultat v doseganju standarda, potem je bila izvedena akcija uspešna. Krog kakovosti je zaključen. Pričnemo z reševanjem drugega problema.

Standardi strukture

Se nanašajo na razmere v katerih bo izvedena zdravstvena nega. Te razmere so v organiziranosti, izobraževanju in kvalifikaciji kadrov, pripomočkov in opremi.

- kdo bo to naredil,
- kje bo to narejeno,
- s kakšnimi materiali,
- po katerem organizacijskem model (13).

Pomembni pri samem procesu zdravstvene nege so tudi:

Standardi procesa, izvedba dela in standardi izida

Standardi procesa

Definirajo kakovost izvajanja zdravstvene nege.

Odgovoriti moramo na vprašanja:

- kaj bomo naredili,
- kdaj bomo naredili,
- kako pogosto.

Izvedba dela

So opredeljeni načini izvedbe intervencij zdravstvene nege. Zajema vse kar medicinska sestra in zdravstveni tehnik opravijo (postopki, diagnostično- terapevtski posegi, raziskovanje, zdravstvena vzgoja, svetovanje, organiziranje, vodenje...).

Standardi izida

Definirajo pričakovane spremembe pri pacientu in v njegovem okolju po opravljeni zdravstveni negi ter njegovo zadovoljstvo.

Odgovoriti moramo na vprašanja;

- kakšen izid pričakujemo,
- kdaj izid pričakujemo,
- kako izid prepoznamo.

- Izid

Tradicionalno so merili rezultat le s podatki o obolevnosti in umrljivosti, vendar sta to parametra, ki nista preveč uporabna za določanje kakovosti.

Pomembno merilo kakovosti je pacientovo **zadovoljstvo**.

Teorija zdravstvene nege po;

❖ Marti Rogers

Njena teorija temelji na teoriji sistemov. Sistem je množica med seboj povezanih elementov v delujočo celoto v svojem okolju (5).

Element – podsistem – sistem – meja sistema – okolje sistema

Sistem, ki nekaj sprejema, je odprti sistem.

Tisti, ki nekaj oddaja, je zaprti sistem.

Pozitivni vplivi na sistem – stabilni sistem

Negativni vplivi – nestabilni sistem

Stroka zdravstvene nege pa se vseeno poslužuje tudi drugih teorij zdravstvene nege, kot je npr, Malowa teorija, splošna teorija sistemov..

2.6 Patronažna zdravstvena nega

Patronažno zdravstveno varstvo je sistem vseh zdravstveno socialnih prizadevanj, postopkov in posegov zdravstvene nege posameznikov in družin na njihovih domovih in v lokalni skupnostih za ohranjanje, krepitev in varstvo zdravja, nego bolnih in rehabilitacijo.

Patronažna medicinska sestra kot nosilka patronažne ZN se pri svojem delu srečuje z množicami podatkov, ki jih je potrebno strukturno urediti in dokumentirati, kar je pogoj za kontinuiteto in kakovost dela (8).

Patronažna zdravstvena nega obsega zdravstveno socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, ZN otročnice in novorojenčka na domu ter ZN bolnika na domu (Stražar, Šušteršič, 1996, Patronažna zdravstvena nega) (11).

Proces patronažne zdravstvene nege

Proces zdravstvene nege je sodobna metoda dela, ki jo odlikuje visoka stopnja organiziranosti. Omogoča sistematičen in individualen pristop k posamezniku, družini in skupnosti.

V celotnem procesu je varovanec (klient) subjekt in ne objekt, je o vsem informiran, pripravljen za aktivno sodelovanje in zaupa v delo Patronažna medicinska sestra. Patronažna medicinska sestra skupaj z varovancem ugotavlja, kaj lahko varovanec in pomembni drugi zanj storijo sami. Varovanca - zdravega ali bolnega, je potrebno obravnavati holistično kot psihofizično in socialno celoto v njegovem ožjem in širšem okolju (19).

Dokumentiranje v patronažni zdravstveni negi

V prakso patronažne medicinske sestre se postopno uvaja sodobna procesna metoda dela, ki vključuje štiri faze in jih predvidevamo tudi v podatkovnem modelu. Dokumentiranje vsakodnevnega dela v patronažni zdravstveni negi zagotavlja neprekinjenost dela patronažne medicinske sestre, zato je v procesu, nepogrešljivo v vseh fazah. Poleg tega je nedvoumno in natančno beleženje podatkov pomembno za razvoj same profesije.

V patronažni zdravstveni negi poteka predvsem ročna obdelava podatkov. Dokumentacija zajema:

- patronažni karton družine, ki je hkrati ovojnica za:
- list nosečnice in otročnice
- otroški list, list malega in predšolskega otroka ter list šolskega otroka
- list bolnika
- list starostnika
- socialna anamneza družine
- kartica za načrtovanje ponovnih obiskov

Poleg predpisane dokumentacije v nekaterih patronažnih varstvih uporabljajo tudi druge obrazce, ki so prilagojeni sodobnemu pristopu v patronažni ZN. Zbrane podatke PMS beleži na ustrezne liste za dokumentiranje(4).

Dokumentacijo izpolnjuje ročno, običajno po končanih obiskih. Urejenost celotne kartoteke naj bi omogočala čim hitrejšo dostopnost podatkov. Hitrost dostopa in redundantnost podatkov v dokumentaciji patronažne ZN ne kaže v prid dosedanje metode dela.

Poleg te aplikacije so po nekaterih zdravstvenih domovih izdelali programsko rešitev za potrebe svoje patronažne dejavnosti. Pomanjkljivosti že obstoječih programskih rešitev je v tem, da temeljijo na starem sistemu dokumentiranja, oz. ne zajamejo vsa področja dela patronažne medicinske sestre in ne temeljijo na sodobni procesni metodi dela (19).

S svojo vsebinsko podporo patronažne zdravstvene nege bi informacijski sistem doprinesel tudi k večji kakovosti dela posameznika in skupine in s tem tudi zdravstvenega sistema kot celote. Nova kakovost, ki jo prinaša Informacijski sistem patronažne zdravstvene, se bo zrcalil tudi v boljšem načrtovanju dela, pregledu varovancev, njihovih družin in skupnosti ter predstavlja izziv za ustvarjalnejše delo patronažne medicinske sestre (8).

3. MATERIALI IN METODE

V diplomski nalogi sta uporabljeni opisna, primerjalna metoda in metodo razgovora.

Podatke smo izbrali z izdelanim vprašalnikom(anketa), ki je prikazal različnost uporabe specifičnih negovalnih diagnoz. Anketo sta izpolnili patronažna medicinska sestra v Gornjem Gradu, katere delo zajema celotno Zadrebko dolino (od Črničca do Šmartnega ob Dreti) in glavna medicinska sestra, ki je zaposlena v domu ostarelih, v Gornjem Gradu. Podatke obeh smo analizirali in tudi predstavili v diplomski nalogi.

4. RAZISKOVALNI DEL

V raziskovalnem delu diplomske naloge bo predstavljen dom za ostarele v Gornjem Gradu in patronažna zdravstvena nega. Gornji Grad je razmeroma majhen kraj, kot tudi sama občina, a vendar se tu odvijata 2 zelo različni procesni metodi zdravstvene nege, ki sta tudi prikazani.

4.1. Predstavitev doma za ostarele v Gornjem Gradu

To je dom odprtega tipa. Kažejo pa se potrebe tudi po zaprtem oddelku, zato je načrtovana v bližnji prihodnosti tudi gradnja zaprtega oddelka.

V domu je skupaj zaposlenih 38 varovancev pa je 62.

Za sam zdravniško- negovalni del pa skupaj skrbi :

-16 negovalcev

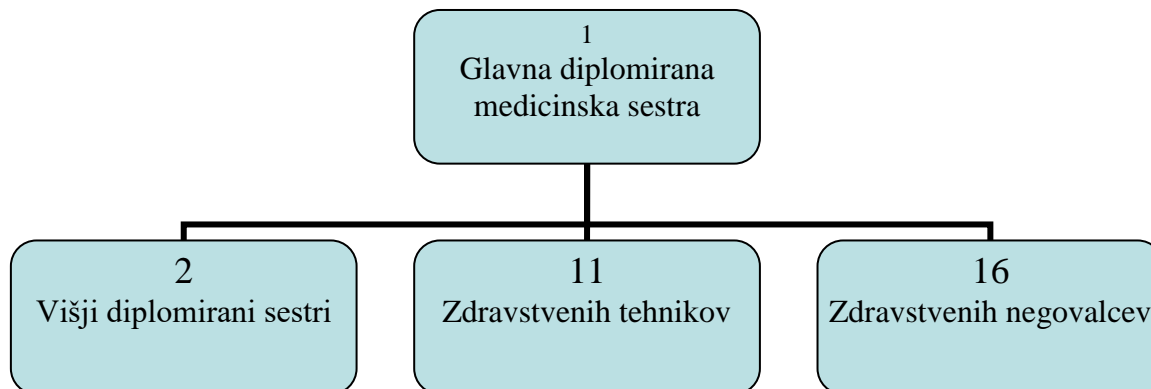
-11 zdravstvenih tehnikov

-2 višji diplomirani medicinski sestri

-1 (glavna) diplomirana medicinska sestra

Zdravnica pa je varovancem na voljo od ponedeljka do četrтка - 4 ure

Slika 3: Zdravniško- negovalni tim, v domu za ostarele, v Gornjem Gradu



V zdravstvenem timu sodelujejo še fizioterapevt, delovni terapevt, zdravnik.

Dom za ostarele ima nekoliko drugačen način dela. Ne moremo ravno zagotoviti, da v svojem delu uporabljajo negovalne diagnoze. Lahko pa z zagotovostjo trdimo, da se skušajo nekako pri vsakem varovancu približati PES sistemu (problem, etiologija, vzrok).

Določeni varovanci imajo negovalno dokumentacijo:

-za osebno higieno (kamor spada)

kopanje- tuširanje, * umivanje- razdeljeno na dopoldan, popoldan, in zvečer

* britje (moški), * umivanje zobnih protez, * preoblačenje, ter * menjava plenice

-dokumentacija- lista za bolnike s sladkorno boleznijo

Kjer zapisuje samo *vrsto sladkorne bolezni- tip, če ima varovanec *dieta, tabela-kjer beležimo koliko ima varovanec krvnega sladkorja in koliko inzulina mu je bilo danega.

-list, kateri je posebej namenjen varovancem, ki imajo rane, (velikokrat tudi sladkorni bolniki)

in na katere zapisujemo kakšna je rana ter delo- oskrba rane določene medicinske sestre

-na tem listu se tudi posebej zapisujejo še ostale posebnosti, npr. če ima varovanec infuzijo, količina, ter kdo izvaja samo zdravstveno nego.

Za vsako opravljen postopek, to tudi s kljukico zabeležijo in če je potrebno zapišejo posebnosti.

4.1.1 Problemi v samem procesu zdravstvene nege v domu za ostarele

1. Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi, z oblikovanjem negovalne anamneze in opredelitvijo negovalnih problemov ali negovalnih diagnoz :

V domu za ostarele pa je za medicinsko sestro ponavadi najzahtevnejša in zapletena faza procesa zdravstvene nege. Svojci sicer v večini primerov sodelujejo, a na žalost eni v upanju da skrb za bližnjega čim prej prepustijo nekemu drugemu, zato so tudi podatki velikokrat netočni ali prirejani. Velikokrat pa tudi zaradi prezaposlenosti ne poznajo vseh pomembnih podatkov, ki bi nam koristili. Sami varovanci pa so tudi v veliki večini ob prihodu v doma za ostarele rahlo zmedeni ali žalostni. Seveda je po nekaj tedenskem bivanju situacija veliko boljša.

2. Negovalna diagnoza

Ta faza se v domu za ostarele ne izvaja.

3. načrtovanje zdravstvene nege z določitvijo ciljev in negovalnih intervencij :

V dom za ostarele od 1. faze, nadaljujejo kar s tretjo- s samim načrtovanjem. Tu sodeluje celoten zdravstveni tim in tako se kasneje glavna medicinska sestra po naročilu in posvetu zdravnika, odloči kako se bo sama zdravstvena nega določenega varovanca nadaljevala.

4. izvajanje zdravstvene nege :

V večini z izvajanjem ni težav, treba je le opozoriti vse zaposlene, ne samo da se delo izvaja, pač pa da se izvaja kakovostno.

4. vrednotenje zdravstvene nege :

Že pri samem *sestrskem sestanku* se dogovorimo o procesu in poudarimo pomembnost zapisanega. Pri tem nam tudi pomaga negovalna dokumentacija, ki jo ima vsak pacient - glede svojemu zdravstvenemu stanju primerno in zadovoljivo. Ker vso delo z bolnikom dokumentiramo, je zato vrednotenje dela lažje in tudi efekt delo veliko bolj viden.

Kontinuirana zdravstvena nega

Zelo pomembno je, da se je tudi nega starostnika kontinuirana- neprekinjena. Kar pa zdravstvenim delavcem ob samem prihodu varovanca zelo težko.

Problem se pokaže že velikokrat pri samem zbiranju podatkov. Žal se nekateri izkažejo za neresnične.

Saj, ko varovanca zdravstveni delavci spoznajo, ugotovijo da so potrebe po negovanju, zdravljenju, predvsem pa zdravstvenem- vzgojnem delu veliko večje kot se kaže ob začetku.

Kot sem tudi kasneje navedla med negovalnimi diagnozami je potrebno premostiti 1. stres ob menjavi okolje starostnika, kar se vedno tudi ne izkaže za lahko nalogo.

Med pogovorom tudi višja medicinska sestra omeni pomembnost povezave dobre komunikacije ne samo med varovancem, temveč tudi zdravstvene nege med nami in njihovimi sorodniki. Ti pa nam velikokrat proces tudi onemogočajo, zaradi želje, da so bo njihov svojec v novem- nepoznanem okolju, počutil kar najboljše.

4.1.2 Specifične negovalne diagnoze v domu za ostarele

Stresni sindrom zaradi menjave okolja

(P) –spremenjeno / poslabšano duševno stanje, ki se pokaže ob selitvi starostnika v dom za ostarele.

(E) -hitra menjava okolje, nepoznana okolica, varovanec ni bil seznanjen da bo premeščen v dom za ostarele.

(S) -negotovost, izguba upanja, nemir, zaprtost vase, poslabšano zdravstveno stanje (psihosocialno-telesno).

Socialna izolacija

(P) -stanje, kjer se varovanec zaradi subjektivnih/objektivnih vzrokov izolira od ljudi in okolice.

(E) -hitra menjava okolja, izguba partnerja, izolacija zaradi zdravljenja- nepokretnosti, nerazumevanje z osebo s katero si deli sobo.

(S) -verbalno izražanje nezadovoljstva in osamljenosti, pomanjkanje ali celo odsotnost stikov z drugimi, apatičnost, nezanimanje za okolico.

Zvišana možnost nastanka razjede zaradi pritiska

(P) -stanje, v katerem je velika možnost, da pride do nastanka razjede zaradi pritiska

(E) -spremembe v elastičnosti kože, -nezmožnost samostojnega obračanja v postelji, ponavljajoč pritisk, kronična bolezen ter druge poškodbe.

(S) -vlažna, pordela koža, varovanec izraža bolečino, zelo suhi / zelo debeli varovanci, neustrezno ležišče.

Večja možnost nastanka dehidracije

(P) -stanje v katerem ima varovanec zaradi nesodelovanja in bolezenskega stanja povečano možnost dehidracije.

(E) -upiranje pitju tekočine, izguba občutka žeje, varovanec pozabi piti, varovanec ni zmožen izraziti potrebo po pitju.

(S) -vrtočlavica in glavobol, nič ali zmanjšano odvajanje urina, temno-rumen urin, izguba apetita, otopelost.

Povečana možnost poškodbe

(P) -stanje v katerem je velika možnost, da se varovanec poškoduje,

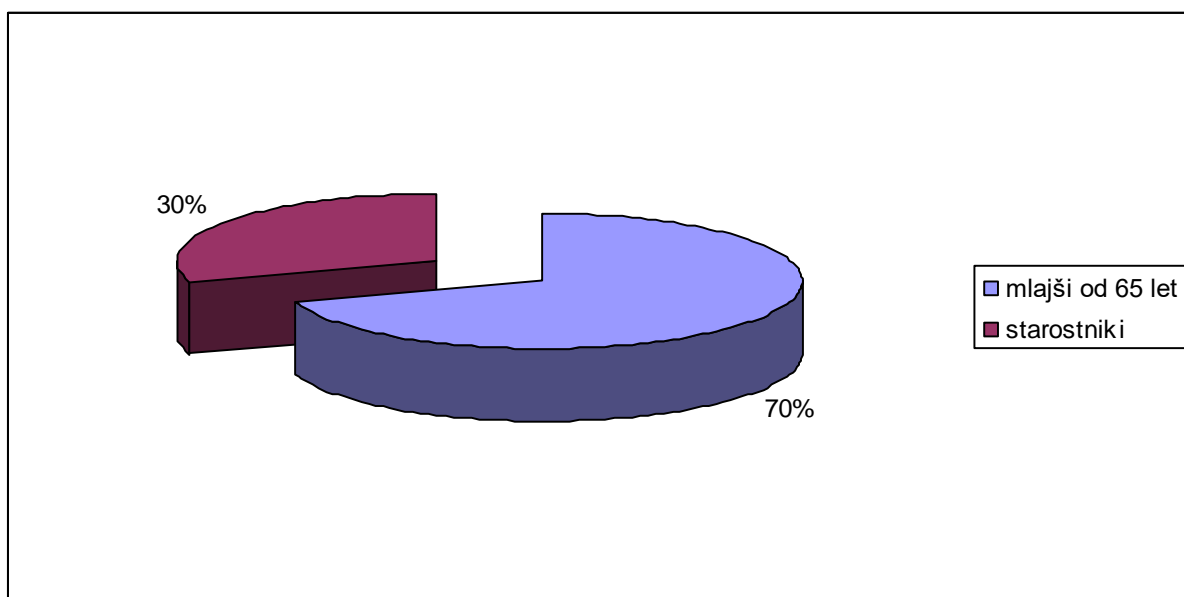
(E) -bolezensko stanje-demenca, neupoštevanje navodil ter opozoril za varnost, otopelost varovanca, poslabšano fizično stanje varovanca, neorientiranost, varovanec noče uporabljati ograjice na postelji,

(S) -bolečine, poslabšanje bolezenskega stanja, padci, hoja po mokrih- ravno umitih tleh, .. (1,6).

4.2. Prikaz dela patronažne medicinske sestre v Gornjem Gradu

Delo patronažne medicinske sestre Ga. Fale vsebuje območje vse od Črničca, pa do Šmartnega ob dreti, kjer se tudi zaključi območje občine Gornji Grad. V naši občini stanuje 2703 prebivalcev. Od tega je več kot 800 starostnikov. Prav ta podatek je nepogrešljiv, saj smo osredotočeni v diplomski nalogi na starostnike in njihove negovalne diagnoze.

Slika 4: Razmerje starosti prebivalcev v občini Gornji Grad



Torej bi morala poleg ostalih obiskov imeti še 800 preventivnih na leto, za starostnike. Kar pomeni približno 12 dodatnih preventivnih obiskov starostnikov patronažne medicinske sestre v enem tednu.

Ker v Gornjem Gradu zasebna zdravnica spada tudi delo patronaže Gornjega Grada pod Nazarski zdravstveni dom, kjer je tudi sedež za celotno zgornje Savinjsko dolino. Poleg patronažne ms. jih v dolini dela še 5.

Poleg obiskov, ki ji naredi po naročilu, za katere je vedno izdan delovni nalog Gornjegrajske doktorice ima še enkrat na teden posvetovalnico za dojenčke.

Na delovnem nalogu pa so podatki bolnika, diagnoza, ter zdravljenje. Na zadnji strani se zapišejo naročene storitve ter kolikokrat se izvajajo. Te pa morajo biti časovno opredeljene. Poleg pa še spada datum izdaje delovnega naloga, podpis in žig pristojnega zdravnika.

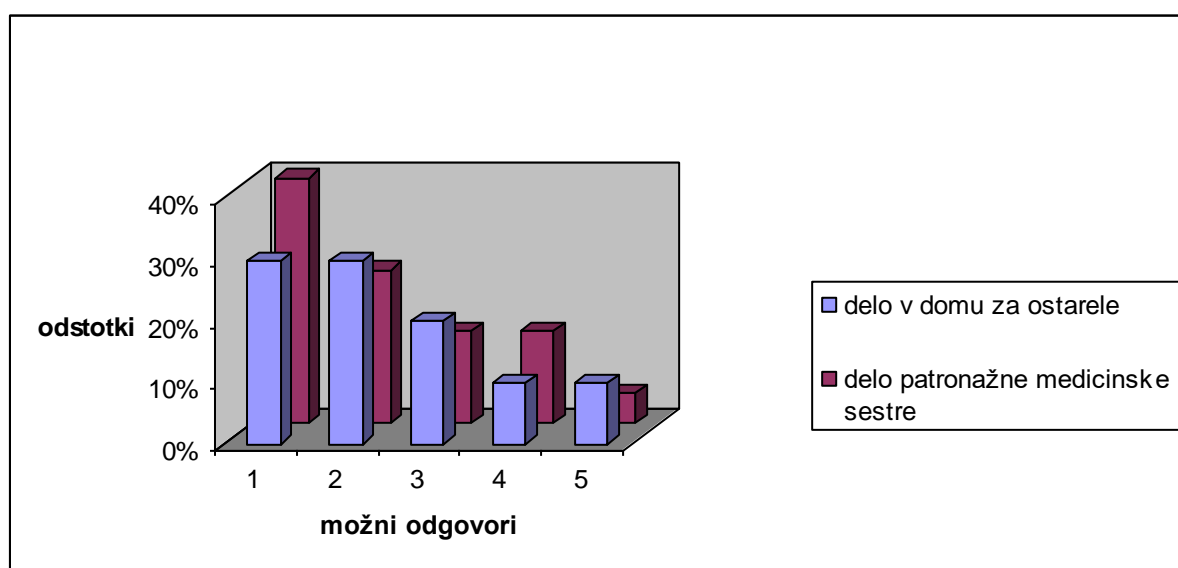
Potrebo po povečanem obsegu storitev določa zdravnik, ki z delovnim nalogom lahko medicinski sestri naroči dodatne ukrepe v zvezi z zdravljenjem, za katere pa vedno dogovarja le on sam.

Posamezni obisk na domu zajema vse storitve patronažne medicinske sestre glede na bolnikovo stanje (intravenozni posegi in terapija, injekcija, oskrba ran, klizma, menjavanje katetra, odvzem materiala za laboratorijske preiskave, pomoč pri gibanju, osebni higieni, prehrani, prebavi in izločanju, pasivno in aktivno razgibavanje, skrb za vzdrževanje ustrezne mikrokline, pomoč pri razvedrilu in zdravstveno vzgojno delo). Izključene pa so fizioterapevtske storitve.

Kot pa navaja sam patronažna medicinska sestra je velikokrat v stiku za pomoč bolniku s socialnimi službami, dogovarja se tudi za ostalo pomoč bolniku na domu ter sodeluje in se dogovarja z domom za ostarele.

Poleg predpisane dokumentacije v nekaterih patronažnih varstvih uporabljajo tudi druge obrazce, ki so prilagojeni sodobnemu pristopu v patronažni zdravstveni negi. Zbrane podatke patronažna medicinska sestra beleži na ustrezne liste za dokumentiranje. Dokumentacijo izpolnjuje ročno, običajno po končanih obiskih. Urejenost celotne kartoteke naj bi omogočala čim hitrejšo dostopnost podatkov. Z razvojem, oz. sedaj sploh uporabo računalniškega informacijskega sistema bo zvečana učinkovitost in enotna doktrina dela, ter zagotovljena bo celostna obravnava posameznika, družine in skupnosti, v skladu z v svetu že uveljavljeno metodo procesa zdravstvene nege.

Slika 5: Primerjava najpogostejših posegov (pri starostnikih), v domu za ostarele in v patronaži



- 1.- injekcije
- 2.-dajanje terapije
- 3.- preveza ran
- 4.-odvzem materiala za laboratorijske preiskave
- 5.- pomoč pri osebni higieni, prehrani,..

Preventivna storitve, ki jih zavarovane osebe uveljavljajo pri izvajalcih osnovne dejavnosti:

1. dojenčki in predšolski otroci do 6. leta starosti ;
 - skupaj 8 patronažnih obiskov pri dojenčku v 1. letu starosti, 2 dodatne patronažna obiska pri
 - 2. dojenčkih slepih in invalidnih mater
 - po en obisk v 2. in 3. letu starosti
 - šolski otroci, mladina, in študentje, ki se redno šolajo;
 - 2 patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami v starosti od 7.do 25. leta, ki so v domači oskrbi in se ne šolajo
 3. ženske
 - 2 obiska patronažne ms. pri otročnici
 - izjemoma po 1 obisk pri nosečnici v drugi polovici nosečnosti
- Obisk po treh letih če se ne odzove na pregled.

4. zavarovane osebe, stare 25 let in več
- 2 patronažna obiska na leto v družini bolnika z aktivno tuberkulozo
- 2 patronažna obiska na leto pri bolniku, ki ima kronično obolenje in težkih invalidih, ki so osameli in socialno ogroženi, ter pri osebah z motnjami v razvoju.

4.2.1. Problemi v samem procesu patronažne zdravstvene nege

1. ugotavljanje potreb po ZN, z oblikovanjem negovalne anamneze in opredelitvijo negovalnih problemov ali negovalnih diagnoz

V prvi fazi je predvsem pomembna zblížanje s pacientom, da lahko sploh začnemo zbirati podatke. Kot navaja patronažna medicinska sestra, pri tem velikokrat pomaga sama zdravniška dokumentacija, problem pa se pojavi če pacient ni zmožen komunicirati, še večkrat pa se zgodi da so svojci brezbržni, ne sodelujejo v procesu, zato tudi ne moremo zbrati vseh informacij.

2. negovalna diagnoza

Kot v domu za ostarele, se »pravih« negovalnih diagnoz ne uporablja. Sicer ima patronažna m.s. knjigo negovalnih diagnoz, ki pa niso vedno najboljše za včasih specifično delo patronažne medicinske sestre.

3. načrtovanje ZN z določitvijo ciljev in negovalnih intervencij

Ponavadi to ni tako kritična faza procesa, saj se s pacientom dogovorimo o vseh pomembnostih procesa zdravstvene nege kako naprej.

4. izvajanje ZN

Problem se pojavi če starostnik ni dobro razumel naša navodila ali jih namenoma krši in tako onemogoča samo pomoč pri izvajanju zdravstvene nege (primer; sladkorni bolniki).

5. vrednotenje ZN

Ponavadi ob vrednotenju vidimo, da je proces uspešen, vendar ne vedno 100%. Zato ob ne napredovanju celoten proces- fazo obnovimo, če je to le možno.

Kontinuirana zdravstvena nega

Sama zdravstvena nega, se začne že z samo zanositvijo-posledično novorojenčkom, dojenčkom v neki družini. Navedla sem že tudi situacije- paciente, katere je patronažna medicinska sestra dolžna obravnavati. Pa nadaljujmo z našo obravnavano skupino v tej diplomski nalogi- starostniki. V našem primeru (majhen kraj, dolgoletno delo iste patronažne medicinske sestre) nam prinese kar nekaj pozitivnih stvari za samo kontinuirano zdravstveno nego.

Velikokrat patronažna m. s. že ve v kakšno okolje se podaja in kakšne reakcije ljudi lahko tam pričakuje. V 20 letnem delu pozna tudi veliko svojcev in v nekaterih primerih tudi značilne kronične bolezni, socialne probleme določene družine. Poleg tega je seveda v pomoč tudi patronažni karton, v katerega patronažna m.s. sprotno vse beleži.

Največji problem predstavljajo starostniki, ki so zmedeni in nemalokrat živijo čisto sami. Od teh je težko dobiti realne podatke, predvsem pa njihov odziv na zdravljenje. Zato je za patronažno m.s. pomembno, da zna presoditi kdo je sposoben samostojno skrbeti sam zase in kdo rabi pomoč. Zato se m.s. velikokrat poveže tudi z drugimi institucijami – sociala.

Kar pa nam da sliko, ne samo da je v Gornjem Gradu izvajana kakovostno kontinuirana zdravstvena nega, pač pa je tudi bolnik obravnavan celostno in natančno.

4.2.1. Specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi

Zvišana možnost neupoštevanja navodil za zdravljenje

(P) -stanje ko starostnik zaradi objektivnih/subjektivnih razlogov ne upošteva navodil za zdravljenje

(E) -nepoznavanje bolezni, neurejene družinske razmere, problematični starostnik, demenca starostnika

(S) -starostnik se ne zaveda nevarnosti in posledic, ne zdravljenja bolezni, starostnik ne hodi redno na kontrole, starostnik ne upošteva navodil

Večja možnost nastanka dehidracije

(P) -stanje, v katerem je povečana možnost, da starostnik zaradi bolezenskega stanja dehidrira

(E) -izguba občutka žeje, varovanec pozabi piti, starostnik ni zmožen izraziti potrebo po pitju, starostnika nobeden ne opozori, da bi moral piti

(S) -vrtoglavica in glavobol, nič ali zmanjšano odvajanje urina, temno-rumen urin, izguba apetita, otopelost

Pomanjkanje znanja o prehrani pri diabetesu

(P) -stanje ko se diabetik hrani nepravilno, glede na svoje potrebe zaradi pomanjkanja znanja

(E) -diabetik nima interesa za učenje, -psihofizične omejitve diabetika, -neurejene prehrabene navade, -nepravilen izbor in priprava živil, nepravilna os. Higiena starostnika

(S) -močno zvišan sladkor / maščobe v krvi, zvišan sladkor v urinu,-problematična koža, neustrezna telesna teža

Povečana možnost poškodbe

(P) -stanje, v katerem je velika možnost da se starostnik poškoduje

(E) -bolezensko stanje, starostnik živi čisto sam, neupoštevanje svetovanja patronažne medicinske sestre,- ne uporabljanje zdravstvenih, pripomočkov (bergle),

(S) -poslabšanje bolezenskega stanja – kronične bolezni, bolečine, padci

Spremenjeno duševno stanje – zaskrbljenost, v zvezi z napredovalo (karcinogeno) boleznijo

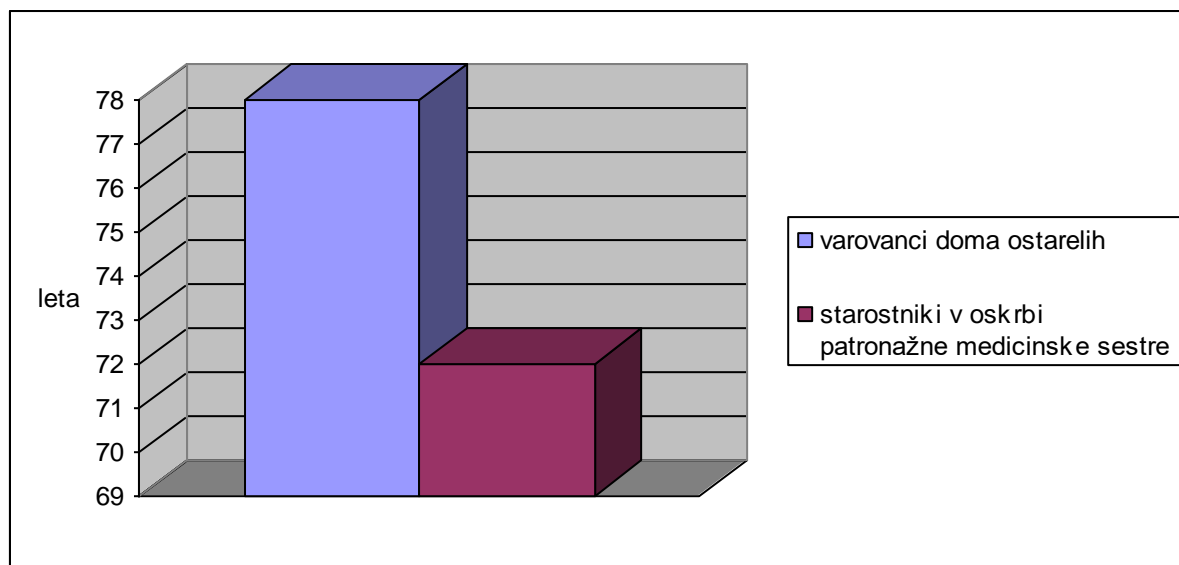
(P) -stanje, ko bolnik ne sprejema svoje napredovale bolezni- terminalnega stanja

(E) -napredovala bolezen, negativni vplivi iz okolja-ne zanimanje od družine,

(S) -ne/besedno izražanje zaskrbljenosti, slabšanje psiho-fizičnega stanja, negativen odnos do lastnega telesa.

(1,6).

Slika 6: Primerjava povprečne starosti varovancev-starostnikov v domu za ostarele in starostnikov v trenutni oskrbi patronažne medicinske sestre

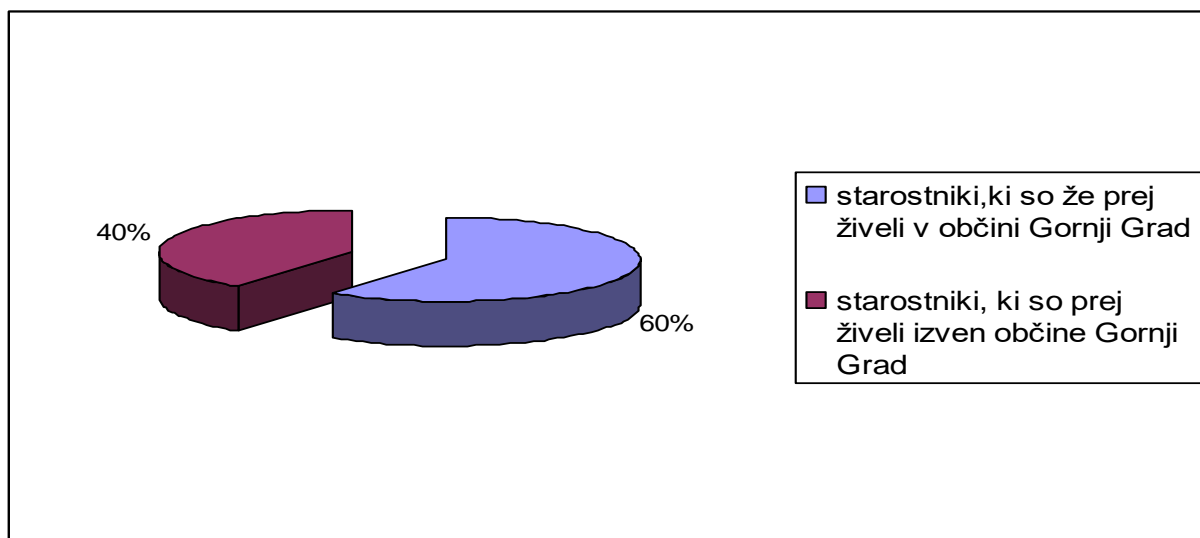


Povprečna starost vseh varovancev v domu je 78 let starosti. Med starostniki obravnavani v zadnjem mesecu v patronažni zdravstveni negi pa 72let.

Kot je tudi patronažna medicinska sestra, med pogovorom izpostavila, so v patronažni zdravstveni negi velikokrat obravnavani prav *mlajši* starostniki.

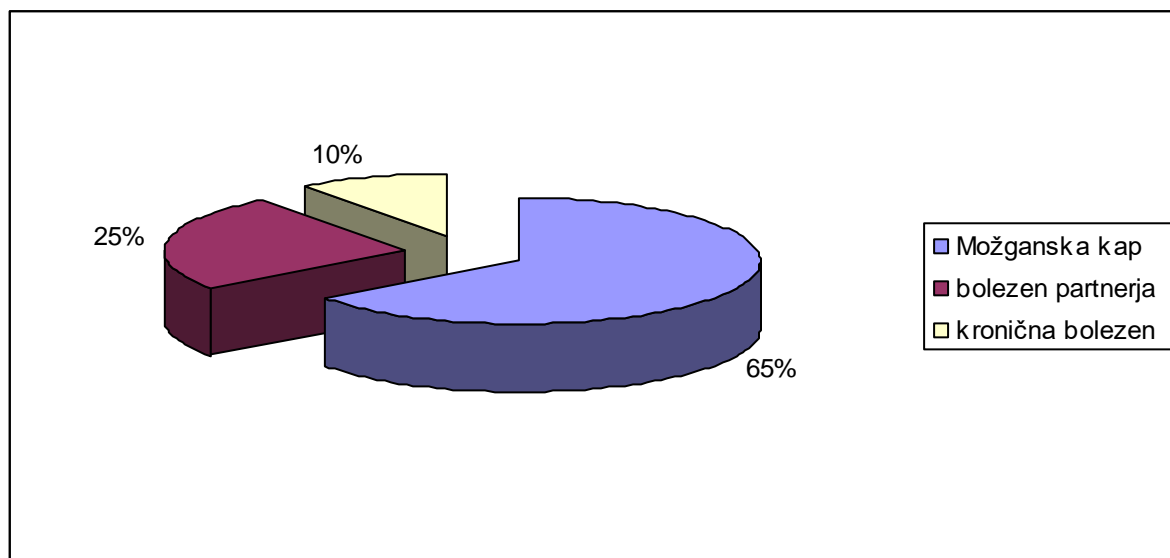
Razlogi za to pa naj bi bili, predvsem da so starostniki, (velikokrat z ne eno samo negovalno diagnozo, včasih tudi nepokretni) že v domu za ostarele. Predvsem sedaj, ko je sam dom v Gornjem Gradu.

Slika 7: Razdeljenost varovancev, v domu za ostarele v Gornjem Gradu, glede na to, kje so živeli prej



Tudi to se mi je zdel zanimiv podatek. Namreč v domu za ostarele, so v večini res sami starostniki, kateri se smatrajo nad 65 letom starosti. Je pa tudi nekaj tudi mlajših.

Slika 8: Bolezni oz. posledice le teh, zaradi katerih so v dom za ostarele, sprejeti mlajši od 65 let



»Mlajši« sprejeti varovanci, pa v veliki večini pridejo v dom za ostarele po možganski kapi. Saj imajo v večini tudi tako hude posledice, da niso zmožni skrbeti sami zase.

5. REZULTATI IN ANALIZA PODATKOV

Na vprašalnik sta odgovarjali glavna medicinska sestra v Domu ostarelih in patronažna medicinska sestra. Obe delata v Gornjem gradu.

Za samo analizo podatkov pa ne pride v poštev samo vprašalnik, pač pa tudi sam prikaz dela medicinski sester in ostalih zdravstvenih delavcev.

5.1. Odgovori na vprašalnik

Ali uporabljate specifične negovalne diagnoze?

Preglednica 2: uporaba specifičnih negovalnih diagnoz

Diplomirana medicinska sestra v domu ostarelih	Patronažna medicinska sestra
<p>-Ne, se pa poskušamo takemu načinu dela približati s pomočjo negovalne dokumentacije</p> <p>-za osebno higieno</p> <p>(kjer si lahko pomagamo tudi z opombami, ker so zabeležene posebnosti pri vsakem varovancu</p> <p>-list sladkornega bolnika</p> <p>-list za varovance, ki imajo rane, infuzije,..</p> <p>-če je potrebno lahko visoka medicinska sestra pride do dodatnih podatkov pri zdravniku, ki ji posreduje podatke-dokumentacijo ki je pri sami kontinuirani zdravstveni negi in negovalnimi diagnozami, v pomoč.</p>	<p>Ne, ji pa je v pomoč negovalna dokumentacija</p> <p>-karton patronažne zdravstvene nege,</p> <p>-dostop do vseh ostalih zdravstvenih dokumentov, ki jih ima zdravnica v Gornjem Gradu</p>

Razvrstite 5 najpogostejših negovalnih diagnoz starostnika:

Medicinska sestra v domu za ostarele navaja;

- stresni sindrom zaradi menjave okolja
- socialna izolacija
- Zvišana možnost nastanke razjede zaradi pritiska
- večja možnost nastanka dehidracije
- zvečana možnost poškodbe

Patronažna medicinska sestra navaja;

- večja možnost nastanka dehidracije
- zvišana možnost ne upoštevanja navodil za zdravljenje
- pomanjkanje znanja o prehrani pri diabetesu
- spremenjeno duševno stanje, v zvezi z napredujočo boleznijo
- zvečana možnost poškodbe

Se vam zdi, da je dovolj negovalnih diagnoz?

Preglednica 3: Mnenje medicinskih sester o številu negovalnih diagnoz

Diplomirana medicinska sestra v domu ostarelih	Patronažna medicinska sestra
Da -ker pa v domu za ostarele, ne delajo po PES sistemu, (tradicionalna ZN) prizna, da nekatere negovalne diagnoze sami zdravstveni delavci šele spoznavajo	Da -tudi patronažna medicinska sestra se trudi da bi s tradicionalne ZN prešla v kakovostnejšo sodobno in še bolj preučila določene negovalne diagnoze. Ob tem pa poudari pomanjkanje časa.

Ali pogrešate katere negovalne diagnoze?

Preglednica 4: Potreba po dodatnih negovalnih diagnozah

Diplomirana medicinska sestra v domu ostarelih	Patronažna medicinska sestra
Ne -zaenkrat še ne	Ne

Ali imate dovolj znanja za izvajanje zdravstvene nege s pomočjo negovalnih diagnoz?

Preglednica 5: Mnenje medicinskih sester, o negovalnih diagnozah in svojem znanju

Diplomirana medicinska sestra v domu ostarelih	Patronažna medicinska sestra
Ne vem -Meni da je problem v samem procesu v vseh domovih za ostarele. Tudi v domovih za ostarele bo potrebno izboljšati kontinuirani proces zdravstvene nege, kar pa pomeni redno uporabljanje negovalnih diagnoz vseh medicinskih sester	Ne vem -vsekakor v samem praktičnem izvajanju ne pride do komplikacij, treba se bo le navaditi na sodoben način dela in redno uporabljanje negovalnih diagnoz čez celoten proces zdravstvene nege

Bi pripravili novo negovalno diagnozo?**Preglednica 6: Potreba po pripravi novih negovalnih diagnoz**

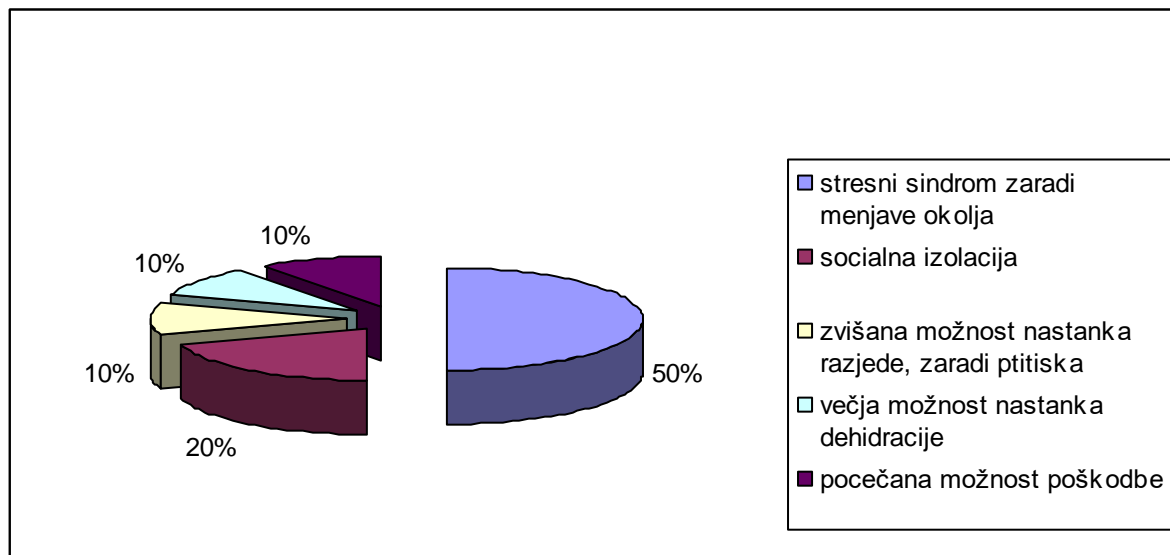
Diplomirana medicinska sestra v domu ostarelih	Patronažna medicinska sestra
Ne -zaenkrat se ta potreba ne kaže, pač pa kot je že navedeno, redno uporabljamo že obstoječih negovalnih diagnoz	Ne -ni potrebe,

Ali se vam zdi kakovost obravnave pacienta z uporabo negovalnih diagnoz boljša?**Preglednica 7: Kakovost obravnave pacienta, z uporabo negovalnih diagnoz**

Diplomirana medicinska sestra v domu ostarelih	Patronažna medicinska sestra
Vsekakor se strinjam, da je obravnava pacienta- v našem primeru varovanca, v domu za ostarele boljša z uporabo celotnega procesa negovalnih diagnoz-predvsem je kakovostnejše in tudi preglednejše. Moram pa poudariti, da tudi naš način dela stremi, k kakovostni zdravstveni negi-ki je kontinuirana in vsekakor 100odstotno usmerjena v varovančevo kar najboljše počutje.	Žal se sama ne poslužujem uporabe negovalnih diagnoz oz se z njimi začenjam spoznavati. Ker se bo tudi sistem v patronažni zdravstveni negi spremenil, bomo seveda vse patronažne medicinske sestre v Zgornji savinjski dolini »delale« na nadgradnji le teh. Lahko še dodam, da je vsakokratne obravnava pacienta z obravnavo negovalnih diagnoz boljša in hitrejša, zato se bomo tudi v prihodnosti čedalje bolj posluževali takšnega načina dela.

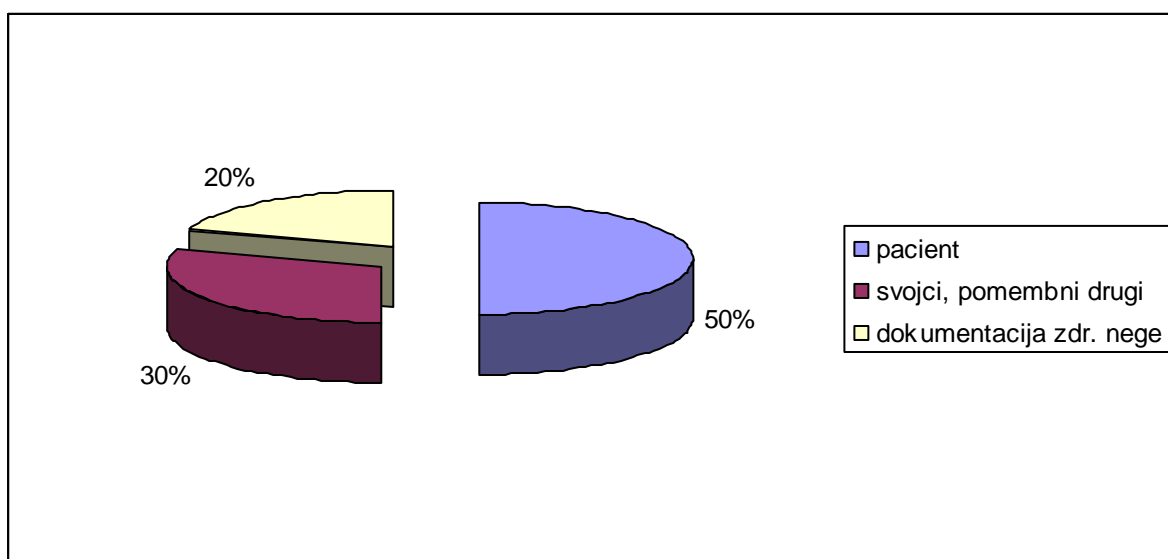
V odstotkih so izražene najznačilnejše negovalne diagnoz ter viri zbiranja informacij, za dom za ostarele, kot tudi pri patronažnem zdravstvenem varstvu. Podatki obeh tabel nam posledično pomagajo pri samem procesu zdravstvene nege.

Slika 9: Rangirane- najznačilnejše negovalne diagnoze, v domu za ostarele

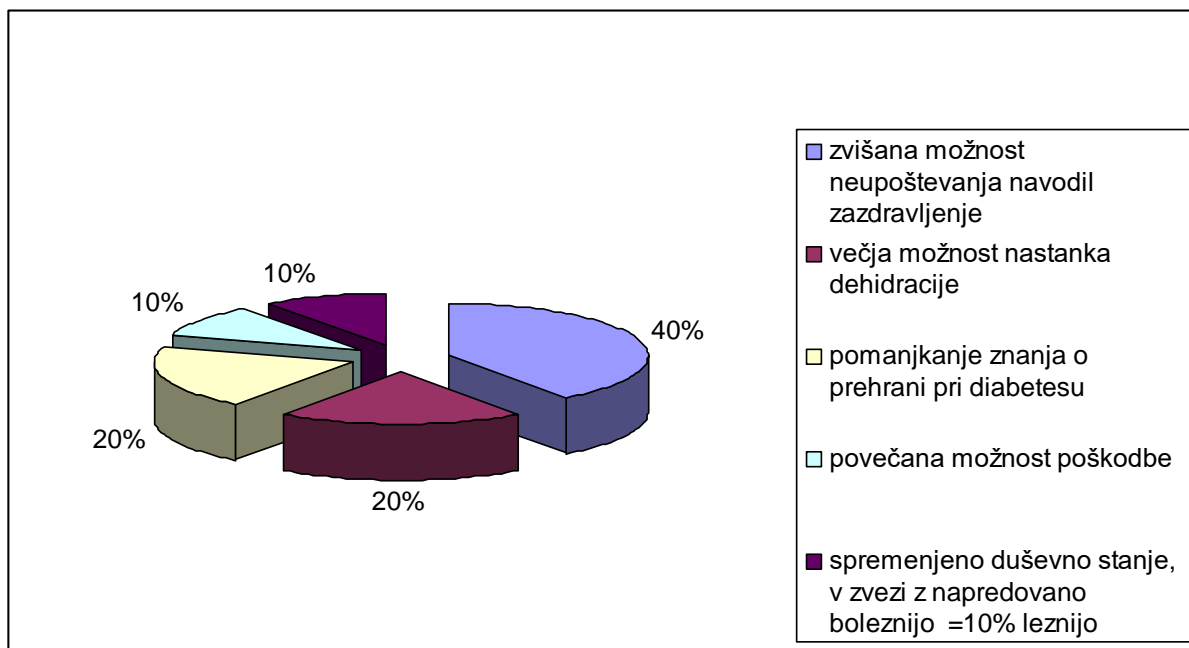


V domu za ostarele imamo nekaj več možnosti, da dobimo pomembne podatke. Poleg pacienta, ki je še vedno največji »vir«, nam pri delu pomagajo svojci ter tim ji varovanca neguje. Malo manj, a zato nič manj pomembna zdravstvena dokumentacija ter preostali zdravstveni tim.

Slika 10: Viri zbiranja informacij v domu za ostarele

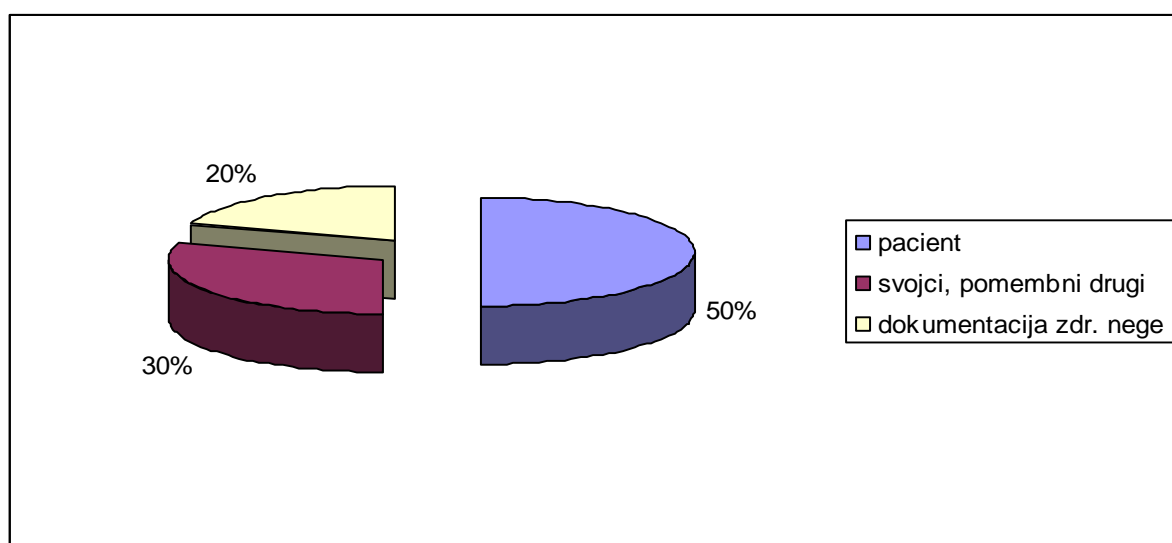


Slika 11: rangirane- najznačilnejše negovalne diagnoze, v patronažni zdravstveni negi



Po oceni patronažne medicinske sestre ponavadi polovico vseh podatkov posreduje pacient sam. Moramo pa si vzeti čas in se mu dovolj posvetiti in ga opazovati. Pri zbiranju informacij nam velikokrat pomagajo svojci, pomembna pa je seveda tudi dokumentacija.

Slika 12: Viri zbiranja informacij v patronažni zdravstveni negi

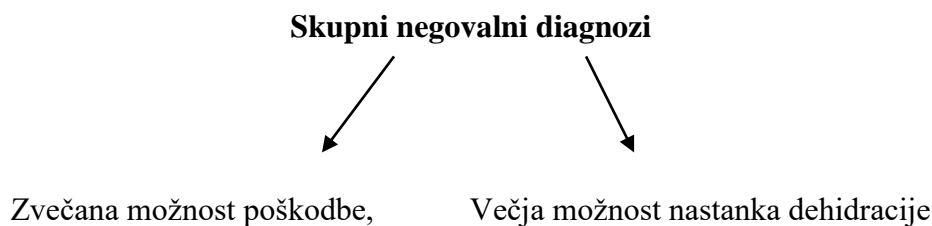


5.2. Analiza podatkov

Iz analize dobljenih podatkov so zelo dobro vidne specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi in domu za ostarele.

Preglednica 8 : Primerjava petih najznačilnejših specifičnih negovalnih diagnoz, v patronažni zdravstveni negi in negi v domu za ostarele

Negovalne diagnoze v domu za ostarele	Negovalne diagnoze v patronažni ZN
Stresni sindrom zaradi menjave okolja	Večja možnost nastanka dehidracije
Socialna izolacija	Zvišana možnost ne upoštevanja navodil za zdravljenje
Zvišana možnost nastanka razjede zaradi pritiska	Pomanjkanje znanja o prehrani pri diabetesu
večja možnost nastanka dehidracije	Spremenjeno duševno stanje, v zvezi z napredujočo boleznijo
Zvečana možnost poškodbe	Zvečana možnost poškodbe



Preglednica 9: Razlike v kontinuirani zdravstvena nega

Zdravstvena nega v domu za ostarele	Patronažna zdravstvena nega
-težji dostop do določenih zdravstvenih podatkov -boljša komunikacija s svojci	-možen- dober dostop do potrebnih zdravstvenih podatkov -velikokrat težko možna komunikacija s svojci
-dobra povezanost s varovancem, saj smo lahko z njim veliko v stiku -ob sprejetju novega varovanca velikokrat nastanejo problemi (stres varovanca, pridobivanje informacij, nezaupanje do osebja)	-včasih nastopijo težave, saj obravnavanega pacienta ne vidimo ves čas zdravljenja -ni težav , ker večino ljudi patronažno medicinska sestro pozna in ji zaupa

5. RAZPRAVA

Pri analiziranju vprašalnika me je presenetilo dejstvo, da tako v domu za ostarele in v patronažni zdravstveni negi negovalnih diagnoz kot takih, sploh ne uporabljajo. Zato naše hipoteze žal ne moremo stodstotno potrditi. Res je, da se jim nekako poskušajo približati, a za izkušenejšo zdravstvene delavce, ni pravi način dela.

Čeprav se na obeh straneh trudijo po svojih močeh in so vsekakor usmerjeni kar se da v pacienta, pa to ni pravi način dela. Sploh če izpostavim dejstvo, da lahko negovalne diagnoze uporabljamo že od leta 2003 - torej 5 let. V tem času bi se lahko delo medicinske sestre tem procesnim metodam bolj prilagodile.

Zato smo negovalne diagnoze nekako sestavile skupaj. V pomoč je bil tudi priročnik »Gordonove« in izkušnje in značilnosti določenih bolnikov.

Menim, da nekatere medicinske sestre - kot v tem primeru - svojega znanja ne izkoristijo dovolj.

Res je, da je dokumentacija »prilagojena« in razdeljena glede na neke posebnosti in značilnosti varovanca. Kar pa še vedno ni dovolj.

Med tem ko smo v patronaži ugotovili predvsem bolj opisen način dela, ki pa je včasih mogoče premalo definiran za posameznega pacienta.

Ugotovimo lahko, da sta obe medicinski sestri seznanjeni z negovalnim diagnozami. Vendar je med njunimi besedami razbrati upor proti nekemu drugačnemu - naprednejšemu načinu dela. Prepričani sta, da bi za učenje ter vestno uporabo negovalnih diagnoz in pa s pravilnimi procesnimi metodami porabili preveč časa. Vedeti moramo, da bi se torej nega iz tiste tradicionalne morala že preleviti v sodobno.

Poudariti moramo, da temeljijo zametki sodobne zdravstvene nege na aktivni vlogi pacienta, na dejstvu, medicinska sestra pozna procesno metodo dela, da je upoštevan timski model delitve dela in da je zdravstvena nega večinoma dokumentirana.

Žal pa se včasih zdravstvena nega ne načrtuje dovolj natančno in tudi za samo vrednotenje včasih zmanjka časa. Vzrok za to pa je predvsem preslabo načrtovano delo v zdravstveni negi. Tudi teoretični modeli se ne uporabljajo ter sam sistem vrednotenja je nepravilen. Posledica vsega tega pa je, da je zdravstvena nega premalo vidna.

Navedena dejstva kažejo na to, da sta odgovora obeh medicinskih sester nekako nerealna. Namreč obe trdita, da je negovalnih diagnoz dovolj. Obe sta tudi poudarili pomanjkanje časa, predvsem za sestavljanje novih negovalnih diagnoz, predvsem tistih, ki bi bile značilne v njenem okolju dela.

Ugotovimo lahko, da je v praksi veliko drugače, kot pa je stanje prikazano v literaturi. K izboljšanju bi lahko pripomogle same medicinske sestre, ki bi morale bolj spremljati ustrezno strokovno literaturo.

Menimo, da imata obe medicinski sestri dovolj znanja, da bi lahko uporabljali in tudi sestavili kakšno novo negovalno diagnozo. Predvsem pa imata obe dovolj izkušenj v samem izvajanju dela in poznavanju bolnikov.

6. SKLEP

V diplomski nalogi smo želeli na kar najbolj realen način prikazati proces zdravstvene nege v domu za ostarele in v patronažni zdravstveni negi. Ob tem smo se poglobili v specifične negovalne diagnoze starostnikov na obeh področjih.

Priznati moramo, da smo bili nekoliko razočarani, da medicinske sestre oz. zdravstveni tim, ne uporabljajo pravih procesnih metod zdravstvene nege. To je na žalost zaskrbljujoč podatek, ki pa velja za patronažno zdravstveno nego in nego v domu za ostarele. Se pa proces zdravstvene nege med njima razlikuje.

Pri svojem delu se medicinske sestre res trudijo, ampak žal velikokrat potrošijo preveč energije in časa za samo delitev in razporeditev dela. Problemov pacientov pa velikokrat ne iščejo načrtno, pač pa ji odkrivajo po naključju, saj imajo veliko izkušenj in standardnih pričakovanj.

Predvsem pa bi z dokumentiranjem svoje delo tudi bolj ovrednotili. Velikokrat se namreč, zaradi pomanjkanja beleženja podatkov dozdeva, da dela sploh niso opravili. Če bi medicinske sestre redno zapisovale opravljanje svojega dela, bi bilo le to bolj opazno. S tem bi tudi druge člane celotnega negovalnega tima vzpodbujale h kakovostnejši kontinuirani zdravstveni negi.

Menimo, da bi si s pravilnim načinom dela, ki vključuje uporabo negovalnih diagnoz, zelo olajšali svoje delo.

Z uporabo negovalnih diagnoz in njihovim beleženjem lahko ocenimo tudi uspešnost našega dela in kakšno bo morebiti nadaljevanje samega procesa pri določenem bolniku ali varovancu. Takšen način dela pomaga tudi pri celostni obravnavi pacienta. Poudariti želimo, da je takšen način dela v domu za ostarele priporočljiv, saj omogoča vpogled v »stanje varovanca« vsem zdravstvenim delavcem, tudi tistim, ki pa nimajo vsak dan stika s pacientom. Ravno tako tudi patronažna medicinska sestra nima vsakodnevnega stika s pacientom (kronične bolezni,..), tako da bi tudi njej zaradi kontinuiranega spremljanja pacienta, takšen način olajšal delo.

Prav bi bilo, da bi medicinskim sestram v manjših krajih, kot je Gornji Grad, bilo omogočeno tudi kakšno dodatno izobraževanje, ki bi vključevalo uporabo negovalnih diagnoz v sodobni zdravstveni negi. V manjših krajih lahko tudi še tako dobro znanje medicinske sestre začne »stagnirati« oz. ne sledi razvoju in novim trendom v zdravstveni negi. Znanje je potrebno neprestano obnavljati in temu morajo slediti tudi manjše organizacije, ki izvajajo zdravstveno nego.

Medicinske sestre bi si pri svojem delu lahko pomagale z različnimi priročniki in knjigami ter si na ta način olajšale delo. Menimo, da bi bilo zelo koristno, da bi tudi videle, kako to poteka v drugih institucijah. Za to pa je nujno potrebno tudi večje zanimanje medicinski sester po novem, bolj kakovostnem načinu dela. Ne obstaja zaman rek »celo življenje se učimo.«

Vsaka sprememba zahteva nekoliko odrekanja in učenja, vendar se rezultati dodatnega dela in izobraževanja pokažejo predvsem v bolj kakovostni obravnavi pacienta oz. varovanca.

7. ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici ga. Tatjani Geč za mentorstvo, pomoč in vodenje pri nastajanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi vsem zdravstvenim delavcem, ki so mi pomagali pri nastajanju diplomske naloge, predvsem pa medicinskima sestrama, ki sta tudi sodelovali v anketi.

Najbolj pa se zahvaljujem staršema, ki sta mi študij omogočala in mi bila veskozi v oporo.

8. SEZNAM VIROV

1. Ackley, Betty J., Landwig, Gail b. *Nursing diagnosis handbook*. St. Louis :Mosby company, 2006
2. Brus A, Zupančič P. Vzpostavljanje pogojev za izvajanje zdravstvene nege varovancev- bolnikov na zavidljivi kakovostni ravni. *Bilten* 1997; 13: 119-125
3. Geč T. *Specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi. Priročnik. Zdravstveni dom Adolfa Drolca Maribor, organizacijska enota patronažno varstvo in univerza v Mariboru-Visoka zdravstvena šola. Maribor, 2002; 52-55.*
4. Gulanick M, Klopp A, Galanes S, Gradishar D, Knoll Puzas M. *Nursing care plans. Nursing diagnosis and intervention. Fourth edition. St. Louis: Mosby, 1998.*
5. Hajdinak G. Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega. Univerza v Ljubljani:Visoka šola za zdravstvo, 2006; 70-88, 222-244, 268-303.*
6. Hojnik-Zupanc I.:*Institucionalno bivanje starih ljudi; Gerontološko društvo Slovenije, Ljubljana 1994.*
7. Kvas A. Seljak j. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno. Društvo medicinskih sester in tehnikov Ljubljana, 2004; 29-37, 82.*
8. Milavec M, Šušteršič O, Rajkovič V. *Podatkovni model patronažne zdravstvene nege. Obzor Zdrav N 1995; 29: 143-7.*
9. *Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. Negovalne diagnoze (Uvod v študij negovalnih diagnoz). Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1993.*
10. *Program razvoja socialnega varstva starejših oseb v Sloveniji do leta 2005: RS, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve; Ljubljana, 1997*
11. Rajkovič V. Šušteršič O. *Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj, 2000;25-42*
12. Rungapadiachy D.M. *Medosebna komunikacija v zdravstvu: teorija in praksa. Ljubljana: Educy, 2003.*
13. Shaw S. *Globalisation and Health System Reform:Implications and strategies for nursing. Geneva: International Council of Nurses, 2004.*
14. *SLONDA-Slovenska nacionalna komisija za negovalne diagnoze. Uporaba priročnika »negovalne diagnoze« v dnevni praksi. Maribor, 2004; 3-21.*

15. *Stališča Zbornice zdravstvene nege Slovenije- Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije do zdravstvene reforme. Utrip, november 2003. Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje. Zdravstvena reforma- osnutek 2003.*
16. *Ščavničar E. Negovalna diagnoza in poskus uporabe v praksi. Obzor Zdr N. 1999;33: 141-145*
17. *Zbornik prispevkov. Kakovost zdravstvene nege- kako jo prenesti v prakso. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Nova Gorica, 2004.*
18. *Zbornik prispevkov. 1. Slovenske konference o negovalnih diagnozah. Maribor, 2003; 10-15, 64-68.*
19. *Zbornik prispevkov. 2. Slovenska konferenca o negovalnih diagnozah. Maribor 2005; 10-14, 91-101.*

9. PRILOGE

Priloga 1 – anketni vprašalnik

ANKETNI VPRAŠALNIK

Sem študentka visoke šole za zdravstvo Izola. Pripravljam diplomsko nalogo in vas vljudno prosim, če mi odgovorite na naslednji vprašalnik;

PROSIM; OBKROŽITE ali DOPIŠITE

Odgovarja:

a) patronažna medicinska sestra,
Zdravstveni dom Gornji Grad

b) glavna medicinska sestra v domu za ostarele
DEOS-center starejših Gornji Grad

1.) Ali uporabljate specifične negovalne diagnoze starostnika?

.....
.....

2.) Rangirajte 5 najpogostejših negovalnih diagnoz starostnika

-
-
-
-
-

3.) Ali je dovolj negovalnih diagnoz?

.....
.....

4.) Ali katere negovalne diagnoze pogrešate?

-da
-ne

5.)Ali imate dovolj znanja za izvajanje zdravstvene nege s pomočjo negovalnih diagnoz?

.....
.....

6.) ali bi lahko pripravili novo specifično negovalno diagnozo?

.....
.....

7.)Ali se vam zdi kakovost obravnave pacienta z uporabo negovalnih diagnoz boljša?

-da
-ne

Za sodelovanje in Vaš čas se Vam najlepše zahvaljujem.