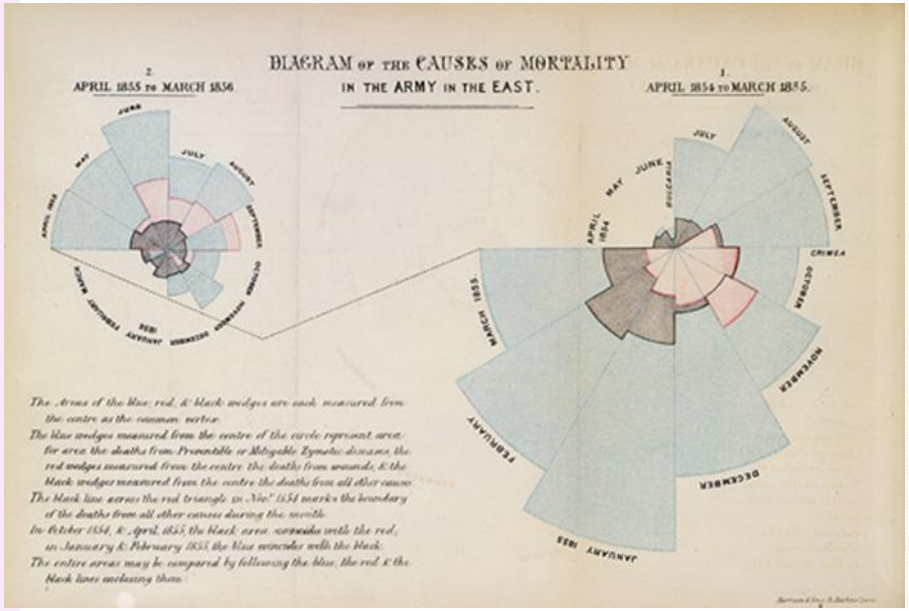
Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Zdravstvena nega od teorije do prakse



Zdenka Kramar, mag. zdr. nege

Definicija ZN v preteklosti

- **Zdravstveno nego je prva opredelila Florence Nightingale in sicer z definicijo**:
  „ Nega mora postaviti bolnika v take življenjske okoliščine, v katerih bo okolje nanj najugodneje delovalo“.

- **Definicija zdravstvene nege po Virginii Henderson iz leta 1957:** medicinska sestra pomaga zdravemu in bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje.
- Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora. Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega programa, katerega iniciator je zdravnik. Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene nege bolnika ali varovanca .

Definicija ZN danes

- **Zdravstvena nega obsega** samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. ZN vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi.

- **Glavne naloge ZN** so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanje«.

Poslanstvo ZN danes

- **Poslanstvo zdravstvene nege** je obravnava človeka, zdravega ali bolnega (pacient, bolnik, varovanec, stanovalec, uporabnik, klient, …), ki je enkraten in neponovljiv v času in prostoru in je zato najvišja vrednota vrednostnega sistema medicinske sestre.

- **Sposobnost doživljanja in razumevanja človeka** kot celote telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega bitja usklajuje diplomirana medicinska sestra s svojimi znanji, izkušnjami in sposobnostmi ob nenehnem prilagajanju in spreminjanju svojega pozitivnega odnosa do sebe, do drugih in do okolice.

Pomen ZN

- »**Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih.« (International Council of Nurses, 2010).**

- Osnova ZN je skrb **za človeka**. Je ena izmed najstarejših dejavnosti, ki je bistveno vplivala na razvoj človeka. ZN postaja vedno bolj zahtevna in razvejena strokovna disciplina, postavljena v okolje in čas tako zdravih kot bolnih posameznikov in skupin.

- ZN postaja tudi vse bolj specializirana, ob tem se je povečal tudi obseg delovanja ZN.

Pomen ZN

- **Demografske spremembe, predvsem starajoče prebivalstvo**, tehnološke spremembe, vpliv politike in ekonomski dejavniki so močno spremenili zakoreninjeno predstavo o vlogi medicinske sestre v družbi.

- Pri svojem delu morajo medicinske sestre uporabljati znanje, spretnosti in veščine oziroma t.i. **profesionalne kompetence, kompetence pa skupaj s profesionalnimi vrednotami predstavljajo temelj delovanja v ZN.**

Profesionalizacija ZN

1. Profesionalizacijo zdravstvene nege razumemo kot samostojnost ZN in jo povezujemo:

- z znanjem, s stopnjo izobrazbe,
- samim sistemom izobraževanja,
- kompetencami,
- vseživljenjskim učenjem.

2. Pomembna je tudi **zakonska opredelitev**, ki pomeni nadzorno funkcijo nad dejavnostjo zdravstvene in babiške nege.

3. Profesionalizacija predstavlja nadgradnjo človeškega kapitala strokovnjakov ZN in da je učinkovitost njihovega dela povezana s samim procesom profesionalizacije.

4. Profesionalizacija je družbeni proces, ki poteka kot institucionaliziran način priprave posameznikov na opravljanje poklicno usmerjenih nalog.

Profesionalizacija ZN

1. **V procesu profesionalizacije se vzpostavljajo:**
- norme in kvalifikacije za predstavnike profesije,
- skrb za vzpostavljanje in prenašanje znanj,
- potrjevanje sposobnosti,
- urejanje odnosov med člani profesije in le-teh navzven.

2. **Najbolj pogosti kriteriji, ki opredeljujejo profesionalizem v ZN so:**
- znanje, moč, etika, avtonomija, delovanje v smislu pomoči drugim.

3. **Profesionalnost v ZN pomeni:**
- biti sočuten, skrben,
- imeti etične vrednote,
- skrbeti za lasten kontinuiran razvoj ter razvoj drugih,
- biti odgovoren,
- sposoben delovati ter biti fleksibilen.

Obseg profesionalizacije stroke

- **S pomočjo profesionalizacije stroke** se razvijajo profesionalna združenja, ki strokovnjakom omogočajo medsebojno povezovanje in omogoča potek skupne regulacije (zbornica, društva..).

- Za izboljšanje položaja ZBN na zdravstvenem področju sta tipična dva **medsebojno povezana koncepta o moči profesij:**
  1 konceptualizira avtonomijo profesije ali sposobnost samoregulacije (nadzor nad lastnim delovanjem),
  2 pa konceptualizira dominanco ali nadzor nad delitvijo dela.

- **Profesionalizacije** je samoregulacija stroke ZBN, ki jo kot javno pooblastilo stanovski organizaciji podeli Ministrstvo za zdravje.

- **Avtonomnost stroke** pri izvajanju regulacije omogoča tudi večjo zmožnost razumevanja kompleksnosti problematike ter zmožnost za spremembo praks.

Diplomirana medicinska sestra

- **Diplomirana medicinska sestra/diplomirani** zdravstvenik (v nadaljevanju dipl. m. s.) je v Republiki Sloveniji strokovni naslov za poklic po Direktivi 2005/36/ES in njenih dopolnitvah EU 2013/55/EU (7. raven SOK ali 6. raven EOK).

- Študijski program zdravstvene nege za splošno zdravstveno nego v Sloveniji poteka na 1. bolonjski stopnji, kot visoko-strokovni študijski program, traja tri leta in je ovrednoten s 180 ECTS. Pridobljeni strokovni naslov diplomanta je dipl. m. s. (VS) ali dipl. zn. (VS).

- Izobraževanje dipl. m. s obsega najmanj triletno usposabljanje s polno časovno obveznostjo, ki se lahko dodatno izrazi z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS, ter obsega najmanj 4.600 ur teoretičnega in kliničnega usposabljanja, pri čemer trajanje teoretičnega izobraževanja predstavlja vsaj tretjino, trajanje kliničnega usposabljanja pa vsaj polovico minimalnega trajanja usposabljanja (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2020).

- Dipl. m. s. je nosilka zdravstvene nege v timu zdravstvene nege in zdravstvenem timu.

Diplomirana medicinska sestra z naprednimi znanji v zdravstveni negi

- Diplomirana medicinska sestra z naprednimi znanji v zdravstveni negi je dipl. m. s. s končanim najmanj magistrskim študijem zdravstvene nege ali doktorskim študijem zdravstvene nege (8.–10. raven SOK in 7.–8. raven EOK).

- Smernice o napredni zdravstveni negi opredelijo za dipl. m. s., ki doseže strokovni naslov magistrica zdravstvene nege ali znanstveni naslov doktorica zdravstvene nege, dve možni smeri študija, kar se odraža v vsebini študijskih programov in v kliničnih okoljih oblikovanih delovnih mesti in sicer:

1. delovno mesto dipl. m.s. z naprednimi znanji, klinične specialistke, ki se uporablja predvsem na sekundarni in terciarni ravni,
2. delovno mesto napredne zdravstvene nege v napredni zdravstveni obravnavi na primarni ravni.

Napredna znanja na področju kliničnih specializaciji

- Dipl. m. s. z naprednimi znanji na področju klinične specialnosti oziroma klinična specialistka v zdravstveni negi zagotavlja neposredno specialistično zdravstveno obravnavo, ki vključuje na posameznika osredotočeno obravnavo kliničnega problema, klinično presojo, samostojno sprejemanje kliničnih odločitev, iskanje resursov in deficitov v zdravju.

- Deluje v medpoklicnem timu, ki ji omogoča samostojno delo in konzultacije ter sodelovalno delo med kliničnimi specialisti v zdravstveni negi in specialisti v medicini.

- Minimalni standard izobraževanja za pridobitev klinične specializacije (angleško poimenovanje »*Clinical Nurse Specialist*«) je strokovni magisterij z jasnimi specializiranimi kliničnimi vsebinami v študijskem programu in obsežnim delom kliničnega usposabljanja.

Tehnik zdravstvene nege

- **Tehnik zdravstvene nege/tehnica zdravstvene nege** je v Republiki Sloveniji naziv za poklic, katerega program srednješolskega strokovnega izobraževanja v Republiki Sloveniji traja 4 leta (5. raven SOK ali 4. raven EOK).

- Delovno področje TZN so strokovna dela v okviru ZN zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih.

- TZN je termin, ki se uporablja v dokumentu za tehnika zdravstvene nege, medicinsko sestro, medicinskega tehnika, srednjo medicinsko sestro in srednjega medicinskega tehnika.

Bolničar - negovalec

Bolničar-negovalec/bolničarka-negovalka:
je naziv za poklic, katerega izobraževanje v Republiki Sloveniji traja 3 leta (4. raven SOK ali 3. raven EOK).

Delovno področje bolničarja-negovalca je:

a) nudenje pomoči stanovalcem in oskrbovancem v socialnovarstvenih zavodih (domovi starejših občanov in drugi socialnovarstveni zavodi), dolgotrajna oskrba ter pomoč pri gibanju onemoglih in invalidnih oskrbovancev,
b) v okviru bolnišnične dejavnosti se lahko bolničar-negovalec zaposli v okviru oskrbe: transporta pacientov, kurirska dela, čiščenje pripomočkov za delo – reprocesiranje instrumentov in čiščenje neposredne pacientove okolice.

Diplomirana babica/diplomirani babičar

- **Diplomirana babica/diplomirani babičar** je v Republiki Sloveniji strokovni naslov za poklic po Direktivi 2005/36/ES in njenih dopolnitvah EU 2013/55/EU po Direktivi 2005/36/ES (7. raven SOK ali 6. raven EOK). Študijski program babištva v Sloveniji poteka na 1. bolonjski stopnji, kot visoko-strokovni študijski program, traja tri leta in je ovrednoten s 180 ECTS.

- Pridobljeni strokovni naslov diplomanta je dipl. bab. (VS) za oba spola.

- Izobraževanje diplomiranih babic obsega najmanj triletno usposabljanje s polno časovno obveznostjo, ki se lahko dodatno izrazi z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS, ter obsega najmanj 4.600 ur teoretičnega in kliničnega usposabljanja, pri čemer trajanje teoretičnega izobraževanja predstavlja vsaj tretjino, trajanje kliničnega usposabljanja pa vsaj polovico minimalnega trajanja usposabljanja.

- Dipl. bab. je nosilka babištva v babiškem timu in zdravstvenem timu. Poklicne kompetence dipl. bab. ne smejo posegati v poklicne kompetence dipl. bab. z naprednimi znanji.

Tradicionalna ZN

Tradicionalna izobrazba evropskih medicinskih sester je bila v preteklosti vezana na medicinsko diagnozo in posege vezane na diagnozo. ZN je tako postala usmerjena k posameznim postopkom in posegom. Tako je ZN ob tem izgublja celovitost in kontinuiteto za pacienta.

Z razvojem tehnologije se je prvotno poslanstvo ZN spremenilo. Tehnika je pridobivala vse večjo veljavo in medicinske sestre so prevzemale naloge, ki so bile v zdravnikovi pristojnosti. Delo medicinske sestre je bilo usmerjeno k posegom in ne k pacientom. Organizacija dela ZN je s časom vse bolj prevzemala industrijski model delitve dela. Pri tem pa je bil človek kot celota popolnoma zanemarjen. ZN se ni več razvijala, temveč se je vključevala v medicinski del zdravstvenega varstva.

Z razvojem humanističnih ved so se spremenili pogledi in razumevanje človeka. Človekove potrebe in vrednote so dobile nov pomen, kar je bistveno vplivalo na razvoj stroke ZN. Ker pa se je tradicionalna ZN močno ukoreninila, se sodobna ZN počasi prebija iz teorije v prakso. Tako je postala glavni cilj stroke humanizacija in preusmeritev ZN od postopkov k človeku kot celoti.

Holistična ZN/I

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

Celovitost je proces, ki je prisoten, ko se zaznavamo kot odprt živ sistem v prepredenosti odnosov in dogodkov. Karkoli ukrenemo, vpliva na telesno, duševno in duhovno dimenzijo, kajti gledano skozi holistični aspekt-vidik našega bivanja, vsaka dimenzija direktno vpliva na drugo.

Vse to mora medicinska sestra upoštevati **pri zbiranju podatkov**, ki jih kasneje uporabi pri oblikovanju negovalne diagnoze, načrtovanju in izvajanju ZN.

Pri **ocenjevanju pacientovih potreb** upoštevamo poleg fizične še psihološko, socio - ekonomsko, kulturno in duhovno dimenzijo.

Zanima nas pacientov psihosocialni vzorec in njegov način odzivanja. Pomembna značilnost posameznika je, da se ne odziva izolirano na enem področju, ampak reagira celovito, ki vpliva na spremembe tudi v ostalih dimenzijah.

Holistična ZN/II

V obdobju zdravja človek samostojno zadovoljuje svoje potrebe, v času bolezni pa je **medicinska sestra tista, ki skupaj s pacientom ugotavlja in zadovoljuje pacientove fiziološke, psihične in socialne potrebe.** S tem zagotavlja celovito obravnavo pacienta in njegovo aktivno vključevanje v ZN.

Holistična oskrba je celovita oskrba pacienta, ki temelji na ideji holizma ter poudarja, da je človek večja celota kot samo telo. Poleg zdravljenja z zdravili holistična oskrba vključuje širok spekter pristopov zdravljenja in negovanja, kot npr. izobraževanje pacienta, komunikacija s pacientom, pacientovo sodelovanje in komplementarno zdravljenja. K okrevanju prispeva obravnava pacientovih misli, čustev, kulture ter upoštevanje njegovih mnenj in stališč.

Koncept k pacientu usmerjene ZN

Koncept k pacientu usmerjene ZN je dokaj nejasen že v terminologiji, saj uporabljamo izraze:

- k družini usmerjena oskrba,
- k uporabniku usmerjena,
- individualna oziroma posamezniku prilagojena oskrba.

Pri tem Imamo različne vidike k pacientu usmerjene oskrbe kot so:

- spoštovanje človekovih vrednot
- umeščanje pacienta v središče oskrbe
- upoštevanje pacientovih prednosti in izraženih potreb,
- koordiniranje in integracija oskrbe,
- dobra komunikacija,
- informiranje in izobraževanje,
- zagotavljanje fizičnega udobja in varnosti,
- čustvena podpora, vključevanje družine in prijateljev,
- zagotavljanje kontinuitete med službami in znotraj njih,
- zagotavljanje dostopnosti do ustrezne oskrbe, ko jo pacient potrebuje.

K pacientu usmerjena ZN

- **K pacientu usmerjena ZN** ne pomeni, da nudimo pacientom to kar si želijo, temveč pomeni, da pomagamo pacientom, da razmislijo o svojih odločitvah, vrednotah, družinskih razmerah, socialnem okolju in življenjskem stilu, pomeni, da vidimo paciente kot posameznike in skupaj z njimi razvijemo ustrezne rešitve.

- Nujno je, da zdravstvene in druge službe postanejo bolj fleksibilne, da bi prepoznale pacientove potrebe na način, ki bi bil najboljši za njega. To pomeni, da moramo intenzivirati delo s pacientovimi svojci in njegovimi družinami, da bi našli najboljši način ZN in celovite oskrbe.

- **Filozofija navedenega koncepta je jasna**: »izvajati oskrbo s pacienti in ne za njih« (Anon, 2019).

Elementi sodobne ZN

- Filozofija
- Terminologija
- Proces zdravstvene nege
- Modeli, teorije
- Klasifikacija
- Empirični indikatorji
- Kategorizacija
- Komuniciranje

- Dokumentiranje
- Organiziranje
- Izobraževanje, strokovno izpopolnjevanje
- Raziskovanje
- Profesionalni kodeks
- Profesionalna združenja
- Zakonodaja

Filozofija

- **Filozofija daje strokovnemu področju ZN enotnost -** pomen enotnega razumevanje vseh sodelujočih v ZN, kaj ZN je oziroma kaj je njen smisel in namen.

- **Filozofija stroki ZN daje pomen ter ogrodje za teorijo in prakso**. Ogrodje omogoča enotna izhodišča za razmišljanje o ZN, izobraževanje, delovanje v praksi in raziskovanje.

- Glede na **izoblikovano in sprejeto filozofijo**, v katero so vključena:
  - pričakovanja,
  - vrednote,
  - stališča pacientov/varovancev, kot izvajalcev ZN, **se odločamo in izberemo teoretične modele ZN, ki se tej filozofiji vsebinsko prilegajo.**

Filozofija

- **Filozofija ZN je vodilo razvoja teorije in prakse ZN** v socio – kulturnem prostoru, ob enem pa s svojimi etičnimi načeli, stališči in vrednotami obvezuje pripadnike stroke, da te udejanijo v praksi.

- Bistveni elementi **slovenske filozofije ZN** z vidika človeka, pacienta je:

S V I P:

- ✓ **Spoštovanje,**
- ✓ **Varnost,**
- ✓ **Integriteta,**
- ✓ **Počutje.**

Terminologija v zdravstveni negi

Razvijanje **lastnega strokovnega izrazoslovja** je pomembno za razvoj stroke in prenos znanja.

Standardiziran strokovni jezik olajša in omogoča komuniciranje in sodelovanje tako v slovenskem kot tudi v mednarodnem prostoru:

- komuniciranje med člani tima ZN,
- komuniciranje s strokovnjaki drugih strokovnih področij,
- komuniciranje na nacionalnem in internacionalnem nivoju,
- izobraževanje v stroki,
- raziskovanje v ZN,
- primerjanje prakse ZN v nacionalnem in internacionalnem prostoru,
- spremljanje kakovosti in učinkovitosti ZN,
- vključevanje ZN v informacijski sistem ZN in zdravstvenega varstva,
- zagotavljanje transparentnosti ZN (vidnost njenega doprinosa zdravju posameznika in celotne populacije),
- organiziranje, vodenje, kadrovanje,
- finančno ovrednotenje in financiranje ZN.

Proces zdravstvene nege

Proces zdravstvene nege (PZN) je metoda dela, ki s svojimi lastnostmi in načeli zahteva sodoben način delovanja.

PZN temelji na **celovitem ugotavljanju potreb posameznika, družine ali skupine.**

PZN se začne ob prvem stiku medicinske sestre in pacienta, ob tem medicinska sestra prične ugotavljati, kakšni so pacientovi problemi ter kakšen je njegov odnos do zdravja.

Lastnosti PZN

Lastnosti PZN omogočajo:

- sistematičnost,
- dinamičnost in prožnost pri delu s pacienti,
- načela, ki zagotavljajo k pacientom usmerjeno ZN,
- celovitost in individualnost pri obravnavi pacientov ter partnerski odnos,
- prenos filozofije in teoretičnih modelov ZN v prakso,
- vključevanje celotnega zdravstvenega tima, negovalnega tima in pacienta.

Proces zdravstvene nege

PZN je pojem, ki pojasnjuje **sistem značilnih posegov v ZN, namenjen je zdravju posameznika, družine in družbene skupnosti.**

Vključuje uporabo:

- znanstvenih metod za ugotavljanje potreb pacientov,
- načrtovanje dela,
- zadovoljevanje potreb,
- izvajanje ZN in vrednotenje dosežkov,
- določa prioriteto glede njihove pomembnosti za življenje, ozdravitev ali kvaliteto življenja,
- obliko ZN,
- skrbi za materialne pogoje.

Rezultati PZN

- **Florence Nightingale** je navajala, da je: »naloga nege postaviti bolnika v take življenjske okoliščine, v katerih bo narava najugodneje delovala nanj«, s čemer nakazuje na pomembnost aktivne vloge pacienta.

- **Rezultat PZN** je prepoznavanje **specifičnih potreb pacienta, družine ali skupine**. Gre za organizirano reševanja problemov, ki medicinskim sestram omogoča več **kontrole nad opravljenim delom** ter jim nudi več možnosti uporabe znanja in izkušenj.

- PZN **spodbuja aktivno vlogo pacienta,** daje mu občutek nadzora nad situacijo, v kateri se nahaja, kar pri pacientu privede do **uspešnejših izidov zdravljenja**, dobri izidi pa pripomorejo k boljši **profesionalni rasti in pripadnosti poklicu medicinske sestre.**

Terapevtski odnos med MS in pacientom

- Pomemben je tudi **odnos med medicinsko sestro in pacientom**, ki se vzpostavi med procesom ZN in ga zato imenujemo **terapevtski odnos**.

- Za dobro vzpostavitev le-tega pa je pomembnih več elementov:
  - pomen empatije, ki odraža sposobnost medicinske sestre, da se vživi v doživljanja pacienta;
  - pomen zaupanja, partnerstva in tajnosti.

- **Cilj dobrega terapevtskega odnosa** so boljše počutje med hospitalizacijo in posledično boljši rezultati zdravljenja.

Značilnosti procesa ZN/I

- PZN temelji na **celovitem ugotavljanju potreb posameznika, družine ali skupine.** Proces se začne ob prvem stiku medicinske sestre in pacienta, ob tem medicinska sestra prične ugotavljati, kakšni so pacientovi problemi ter kakšen je njegov odnos do zdravja.

- **Sistematičnost**, ki pomeni, da se proces vedno začne z **ocenjevanjem**, temu pa sledijo ostale zaporedne faze; Pomembna je tudi **razlika med tradicionalno ZN in procesno metodo dela**, saj se s pomočjo slednje lažje in hitreje odkrije težave ter probleme;

- **Spremenljivost ali dinamičnost** nam omogoča prilagoditev procesa glede na trenutne potrebe ZN;

Značilnosti procesa ZN/II

- **Prilagodljivost ali fleksibilnost** pomeni možnost prenosa procesa na vsa področja ZN ne glede na nivo ZN;

- **Usmerjenost k pacientu** pomeni, da je proces vedno usmerjen k pacientu in na to, kaj pacient potrebuje v danem trenutku;

- **PZN se načrtuje** na osnovi potreb pacienta po celovitem ugotavljanju problemov;

- **Celovitost in individualnost** pomeni naravnanost PZN k celovitemu pristopu in individualnemu prepoznavanju potreb; vsak posameznik je namreč enkratno neponovljivo bitje, zato proces zajema vse tri vidike osebnosti, tako fiziološkega, emocionalnega kot tudi kognitivnega

Značilnosti procesa ZN/III

- **Aktivna vloga pacienta pomeni**, da ima pacient možnost po svojih najboljših zmožnostih sodelovati pri procesu obravnave; medicinska sestra pa je tista, ki prepozna zmožnosti pacienta za sodelovanje in mu pomaga vključiti se v aktivno reševanje problemov;

- **Medosebni odnos** v primeru ZN je **terapevtski odnos**, glavno vodilo le tega je usmerjena komunikacija in vsebina, ki je povezana z zdravjem. Dober terapevtski odnos vključuje več elementov (empatijo, zaupanje, partnerstvo, tajnost in komuniciranje), cilj dobrega terapevtskega odnosa sta boljše počutje med hospitalizacijo in posledično boljši rezultati zdravljenja.

Faze procesa ZN/I

Teoretičarke v ZN so uporabljale različna poimenovanja, definicije in različno število faz pri oblikovanju procesa ZN, osnovna ideja bila pri vseh enaka, in to je sistematično odkrivanje problemov, načrtovanje intervencij, izvajanje le-teh ter vrednotenje opravljenega dela. Ob vsem tem pa proces upošteva prioritetne naloge ter skrbi za smotrno uporabo materiala.

- **Prva faza** je ocenjevanje, izbira ciljev in strukturiranje podatkov glede na model in teorijo.
- Dipl. m. s. s svojim znanjem in izkušnjami prepoznava v zbranih podatkih splošne probleme iz fiziološkega, psihološkega, socialnega in kulturnega področja.
- Z ocenjevanjem pridobi podatke, ki jih s pomočjo znanja pretvori v probleme in kasneje v negovalne diagnoze (ND). V tej fazi mora aktivno sodelovati tudi pacient, saj pridobljene ugotovitve skupaj preveriti.

- **Drugo fazo** procesa ZN predstavljajo ND. Za natančno postavitev le-teh dipl. m. s. potrebuje zadostno znanje, da v procesu diagnosticiranja prepozna vzorce.
- Gre za pomembno fazo procesa, saj ND predstavlja temelj za izbor negovalnih intervencij kot tudi za vrednotenje učinkov ZN.

Faze procesa ZN/I

- **Tretja faza** je opredelitev ciljev, ki jih opredelimo kot kratke, specifične in na pacienta vezane trditve o želenem in realno dosegljivem stanju pacienta v prihodnosti.
- Cilji morajo ustrezati realnim zmožnostim bodisi dipl. m. s. bodisi pacienta in okolice.
- Dipl. m. s. postavlja več različnih tipov ciljev: kratkoročne, srednjeročne in dolgoročne.
- Cilji naj bodo osnovno merilo, ki omogoča ugotavljanje uspešnosti ZN.

- **Četrta faza** PZN je načrtovanje ZN, pri kateri gre za izbor intervencij, ki omogočajo reševanje predhodno določenih negovalnih problemov. Ta faza od medicinske sestre zahteva uporabo strokovnega znanja in spretnosti, upoštevajoč negovalne probleme, cilje in vire.
- Načrtovanje je aktiven miselni proces, ki od medicinske sestre zahteva strokovno znanje, zastavljeno mora biti sistematično ter izhajati iz potreb po ZN pri pacientu.

Faze procesa ZN/III

- **Peta faza** procesa ZN vključuje vse aktivnosti, ki jih medicinska sestra izvede za pacienta z namenom doseganja ciljev ZN. S tem uresničujemo predhodne faze ZN. V tej fazi pride do izraza dinamičnost kot značilnost PZN, ki pomeni, da se načrt lahko po potrebi prilagodi.
- Pred izvajanjem predvidenih intervencij je treba ponovno preveriti, če je izvedba še vedno potrebna, to velja predvsem v primerih, ko gre za časovno odložen načrt ali pa se pacientovo staje hitro spreminja. Vse izvedene ali neizvedene posege je treba dosledno beležiti ter s tem zagotavljati ustrezno dokumentiranje.

- **Šesta faza** PZN je vrednotenje ali evalvacija, kjer primerjamo dosežke pri pacientu z zastavljenimi cilji in tako dobimo povratno informacijo o učinkovitosti opravljenega dela.
- Ključnega pomena je dokumentacija, brez katere to fazo ne moremo izpeljati. Vrednotenje se mora izvajati med celotnim PZN. Sprotno vrednotenje omogoča ugotavljanje sprememb ali neučinkovitosti intervencij in pravočasno ukrepanje. Vključeni morajo biti pacient, po potrebi družinski člani ter člani tima ZN . Vrednotenje ni nujno zadnja faza, kajti če načrtovani rezultati niso doseženi, se proces ponovi.
- Z vrednotenjem večamo kakovost in strokovnost ZN, saj nam vrednotenje omogoča analizo in pregled dela ter posledično vpeljevanje sprememb.

Prva faza : Ocenjevanje/I

Informacije in podatki v procesu ZN; Viri informacij in podatkov se delijo na **primarne in sekundarne**.

- **Primarni** - najpomembnejši vir je pacient. Medicinska sestra pridobi največ podatkov prav od njega, če je le njegovo zdravstveno stanje to dopušča (zavest zmožnost komuniciranja).
- Podatke pridobi s **pogovorom - intervjujem, opazovanjem in merjenjem**.

- **Sekundarni viri** podatkov so: svojci in drugi pomembni, člani tima zdravstvenega tima in člani tima ZN, dokumentacija ZN in medicine.

- Medicinska sestra med drugim zbira podatke o zmožnostih in o tveganjih pri pacientu, ne le podatke v zvezi z aktualnimi negovalnimi problemi.

- Pomembno je celovito opazovanja pacienta, pri čemer ne gre le za stanje organizma ter delovanje organskih sistemov, temveč tudi za pacientovo počutje, razpoloženje in obnašanje. Velik pomen ima sistematični pristopa pri ocenjevanju stanja, ki omogoča medicinski sestri, da pridobi vse potrebne informacije.

Prva faza : ocenjevanje/II

Tehnike zbiranja informacij in podatkov;

Z intervjujem medicinska sestra pridobi veliko informacij o pacientu. Velikokrat je to začetek njunega terapevtskega medosebnega odnosa.

Intervju je:

- načrtovan razgovor in je podlaga za oblikovanje negovalne anamneze,
- diagnostičen razgovor, ker informacije, ki jih medicinska sestra zbere, so podlaga za diagnosticiranje pacientovih problemov in težav.

Za uspešnost pridobivanja podatkov je pomembno, da medicinska sestra pridobi pacientovo zaupanje, da poteka v prostoru, kjer lahko vzpostavimo mirno in sproščeno vzdušje, brez motečih dejavnikov. Vsak intervju mora imeti svoj začetek, potek, zaključek in mora biti dokumentiran.

Na podlagi zbranih podatkov medicinska sestra oblikuje negovalno anamnezo, ki jo kasneje dopolni še z informacijami iz drugega vira.

Prva faza : ocenjevanje/III

Negovalna anamneza je zbirka podatkov, ki nam daje vpogled v stanje pacienta. Negovalna anamneza predstavljala zbirko podatkov o fizičnem, fiziološkem, psihološkem, kulturnem in socialnem stanju pacienta.

Negovalna anamneza vsebuje podatke:

- biografske podatke (ime in priimek, rojstni podatki, stan, naslov, poklic, zaposlitev),
- pogovorni jezik (razumevanje),
- socialne in družinske razmere (ekonomske, stanovanjske, higienske, medosebni odnosi),
- podatke o kulturnih posebnostih,
- oceno lastnega zdravstvenega stanja in pričakovanja,
- pretekle izkušnje o hospitalizaciji, zdravljenju in ZN,
- alergije, dosedanja zdravila,
- pripomočki (očala, proteza, slušni aparat..),
- podatki o uživanju alkohola, kajenju oz. drugih razvadah,
- prejšnje bolezni in poškodbe, operacije,
- prisotnost bolečine,
- prehrana, dieta,
- sposobnost samooskrbe.

Prva faza : ocenjevanje/IV

Opazovanje:

- medicinska sestra pridobi podatke o trenutnem stanju in počutju pacienta s svojimi čutili (vid sluh, vonj, tip).

- Uspešnost opazovanja je predvsem odvisen od njenega strokovnega znanja, izkušenj in sposobnosti zaznati, opaziti ter opisati spremembe v stanju in obnašanju pacienta.

Opazovanje je lahko **splošno in specifično.**

Splošno opazovanje: je podlaga specifičnemu opazovanju.

- Medicinska sestra pridobi določene informacije o delovanju telesa (fiziološki in morfološki vidik) ter o duševnem in psihičnem stanju pacienta (drža telesa, barva kože, izraz obraza nahod..).

- Medicinska sestra lahko nadaljuje z opazovanjem od „glave do pete“, posameznih delov telesa ter fizioloških in psiholoških funkcij.

- Pri tem načinu opazovanja si lahko pomagamo z različnimi obrazci, shemami in opomniki.

Prva faza : ocenjevanje/V

Specifično opazovanje:

- je natančno, poglobljeno in ciljano opazovanje tistega dela telesa, fiziološkega ali psihološkega delovanja oziroma obnašanja pacienta.

Specifično opazovanje je lahko **občasno ali trajno**:

- **Občasno** - ob določenih časovnih intervalih, krajše opazovanje je v primeru hitrega spreminjanja pacientovega zdravstvenega stanja, daljše opazovanje pa ob stabilnem stanju.

- **Trajno kontinuirano** opazovanje - v primerih kadar je pacientovo zdravstveno stanje kritično.

Prva faza : ocenjevanje/VI

Merjenje:

- pomeni zbiranje podatkov s pomočjo instrumentov, aparatur in drugimi pripomočki,
- medicinska sestra dobi objektivne podatke in z njim dopolni podatke, ki jih je dobila med pogovorom s pacientom.

Objektivni podatki:

- so tisti fenomeni, ki jih medicinska sestra pridobi z opazovanjem in merjenjem. Imenujejo se znaki,
- zbiranje lahko prinese veliko podatkov. Včasih zadostuje že en objektivni podatek, včasih pa potrebuje še subjektivne podatke.

Prva faza : ocenjevanje/VII

Subjektivni podatki:

- so fenomen, ki kažejo na občutje pacientov in jih on tudi posreduje. Pacient pove, kako doživlja problem, kaj mu problem pomeni in kako ga občuti (slabost, utrujenost, bolečina).
- subjektivni podatki so podatki, ki jih pacient posreduje medicinski sestri na osnovi samoopazovanja in jih imenujemo simptomi.

Vpliv na ocenjevanje:

- na uspešnost ocenjevanja vplivajo razmere in osebnostne lastnosti medicinske sestre in pacienta ter razmere in okoliščine v katerih se ocenjevanje odvija (fizikalni vplivi, prisotnost drugih v prostoru).
- osebnostne lastnosti so predvsem znanje, izkušnje, motivacija, stališča, razpoloženja in pričakovanja.

Druga faza : postavitev negovalnih diagnoz/I

Postavitev negovalnih diagnoz je aktivni miselni proces, ki z uporabo znanja o pacientovih negovalnih potrebah, teoretičnih izhodiščih stroke ZN ter ob upoštevanju realnih možnosti izvedbe, oblikuje individualni načrt ZN.

Načrtovanje ZN zahteva predstavitev ciljev, ki jih z ZN želimo doseči, določa posege, ki so za uresničitev načrta potrebni.

Pomemben del načrtovanja je odločitev o časovni, vsebinski, metodološki, krajevni, kadrovski in materialni opredelitvi izvajanja ZN.

Druga faza : postavitev negovalnih diagnoz/II

- **Druga faza ZN** se zaključi z izdelavo načrta ZN, ki je del pacientove dokumentacije. Izdela ga medicinska sestra in vsebuje negovalne diagnoze, razvrščene po prioriteti, cilje, načrtovane intervencije in vrednotenje.

- Načrt ZN zagotavlja neprekinjenost ZN, zato mora biti vsem razumljiv.

- Pri vzpostavitvi negovalnih diagnoz je pomembno, **da njihova vsebina sovpada s podatki, ki smo jih pridobili med ocenjevanjem.** Ob tem preverimo ujemanje zbranih podatkov in diagnostičnih indikatorjev: upoštevamo diagnostične kazalce, spremljajoče dejavnike, dejavnike tveganja, in/ali vzroke.

- Negovalne diagnoze, ki niso dobro podprte s temi predpostavkami, niso ustrezne za pacienta.

Tretja faza : postavitev ciljev/I

Razvrščanje negovalnih diagnoz po prioriteti reševanja:

V zaključku diagnostičnega procesa se oblikuje več negovalnih diagnoz, odvisno od števila problemov in težav pacienta.
Najprej jih moramo razporediti glede na prioriteto reševanja in s tem določimo vrstni red reševanja problemov glede na njihovo pomembnost, resnost in objektivno možnost reševanja.

Odločamo se na osnovi:

- pacientove percepcije problemov (njegovih želja, doživljanje problemov)
- hiarhijo osnovnih človekovih potreb in možnosti reševanja problema.

Po razvrstitvi negovalnih diagnoz glede na prioriteto se prično načrtovati cilji.
Cilji morajo biti želeni, realni rezultati – izidi ZN, ki se odražajo v stanju in obnašanju pacienta.

Ločiti moramo cilje, ki so vezani na medicinsko sestro in na cilje, ki so vezani na pacienta.

Tretja faza : postavitev ciljev/II

Cilji morajo biti oblikovani:

- kratko in jasno
- specifično
- vezani na pacienta.

Cilji morajo biti oblikovani **kratko**, da medicinska sestra ne izgublja preveč časa, ko jih vpisuje ali ko jih prebira.
Cilj morajo biti **jasni**. Napisani tako, da jih razumejo tako pacient kot člani tima ZN.

Specifično oblikovani cilji
Cilji morajo izhajati iz negovalnih diagnoz, oblikovani morajo biti specifično in ne presplošno ali preširoko. Le tako oblikovani cilji omogočajo vrednotenje (evalvacijo).

Cilji vezani na pacienta
Cilji se morajo nanašati na pacienta in ne na aktivnost medicinske sestre. Vrednotenje učinkovitosti ZN je možno le na podlagi ciljev, ki se nanašajo na pacienta.

Tretja faza : postavitev ciljev/III

Dobro oblikovani cilji vsebujejo naslednje elemente:

- subjekt,
- nivo okoliščine
- čas dogajanja.

Subjekt je največkrat pacient

Okoliščin ni potrebno navajati razen v primeru kadar je stanje pacienta takšno, da bi opuščanje privedlo do napak ali negativnih posledic za pacienta.

Čas mora biti natančno naveden, da medicinska sestra v opredeljenem času preveri in oceni stanje in obnašanje pacienta. Medicinska sestra v tem času ugotavlja ali so bili cilji doseženi.

Cilji morajo biti realni, časovno opredeljeni in usklajeni.
Časovna opredeljenost ciljev se na nanša **na končne, vmesne ali etapne cilje.**

Glede na različne čase doseganja ciljev je možna delitev na:

- kratkoročne
- srednjeročne
- dolgoročne

Četrta faza : načrtovanje/I

Četrta faza procesa ZN, zajema izbor in načrtovanje intervencij oziroma specifičnih aktivnosti medicinske ZN je odgovor na vprašanje „**kaj je potrebno storiti“, da bi dosegli zastavljene cilje**.

Vrste intervencij, ki jih medicinska sestra načrtuje in izvaja se razlikujejo glede na **pristojnost, samostojnost in odgovornost stroke ZN.**

Medicinska sestra pripravi izbor najustreznejših intervencij **na osnovi vzrokov, problemov in postavljenih ciljev.**

Pri izboru upošteva:

- teoretično poznane načine reševanja (literatura, standardi intervencij ZN)
- lastno strokovno znanje in izkušnje
- izvedljivost – upoštevanje pogojev izvedbe
- usklajenost s celotnim načrtom
- primernost za pacienta (s čim manj ne želenimi učinki)
- pacientovo soglašanje in sprejemanje.

Izbrane intervencije vpiše v načrt ZN.

Četrta faza : načrtovanje/II

Intervencije morajo obiti opredeljene:

- vsebinsko: navedba intervencije, kaj je potrebno narediti
- časovno: kdaj in kako pogosto je potrebno intervencijo izvesti
- kadrovsko: kateri član tima ZN jo bo izvedel
- metodološko in materialno, če je to potrebno

Pri izboru in načrtovanju intervencij je treba upoštevati:

- vrste problemov,
- njihove vzroke,
- pričakovane vzroke,
- pričakovane rezultate
- predpisani diagnostično terapevtski program.

Da bodo načrtovane intervencije izvedljive, je treba že pri načrtovanju upoštevati **kadrovske in materialne možnosti ter organizacijo dela.**

Peta faza : izvajanje/I

Peta faza procesa ZN je zelo dinamična kjer ugotavljamo relativnost negovalnega načrta.
Vsebuje ponovno preverjanje pacientovega stanja in obnašanja z vidika sprememb ustreznosti načrtovanih intervencij oceno pogojev za izvajanje, izvajanje načrtovanih intervencij ob sprotnem vrednotenju, kako le to vplivajo na njegovo stanje oziroma obnašanje s strani pacienta.

V fazi izvajanja je poleg **sprotnega vrednotenje pomembno korigiranje načrta, koordiniranje dela z drugimi strokovnimi službami, odgovornost pri izvajanju in dokumentiranje.**

Dober načrt sam po sebi ni zadosten pogoj za dobro oskrbo pacienta. Končni uspeh je odvisen od **usklajenosti zavednega, natančnega in pravočasnega izvajanja z načrtom predvidenih aktivnosti.**

Peta faza : izvajanje/II

Nujen stalen nadzor nad izvajanjem in analizo opravljenega dela. Iz navedenega sledi, da izvajanje ZN ni samo strogo upoštevanje načrta, ampak zahteva ustrezno **stopnjo samostojnosti, samoiniciativnosti in kritičnosti ter prilagodljivosti v smislu prilagajanja spremembam, ki nastopajo v zdravstvenem stanju pacienta.**

Poleg strokovnega znanja, izkušenj in organizacijskih sposobnosti mora biti medicinska sestra tudi **odgovorna in zrela osebnost, ki s svojim znanjem in vedenjem pozitivno vpliva na svojo okolico in ki teži k samoaktualizaciji .**

Šesta faza : vrednotenje/I

Vrednotenje je šesta in zadnja faza procesa ZN. Je povezujoči del celotnega procesa in je nujna od prvega srečanja s pacientom pa do odpusta pacienta iz zdravstvene oskrbe.

Vrednotenje ZN sestavlja neprekinjeno ocenjevanje pacientovega napredka in preverjanje dosežkov ZN glede na postavljene cilje.

Temelji na dokumentaciji in je osnovna sestavina sistematične ZN, hkrati izboljšuje kakovost ZN in pripomore k dobremu počutju pacienta.

Vrednotenje nadzoruje postopke v ZN v pozitivnem smislu, omogoča kritično analizo dela in spremembe.

Omogoča nam **kakovostnejšo obravnavo pacienta in večji vpogled v opravljeno delo**. Na ta način tim ZN pridobiva nove izkušnje in znanje, ki je potrebno za razvoj stroke ZN.

Šesta faza : vrednotenje/II

Vrednotenje je potrebno vedno dokumentirati in nam lahko služi kot osnova za znanstveno raziskovalno delo.

Končno vrednotenje zajema:

- ocenjevanje stanja, obnašanje, ravnanje pacienta
- vrednotenje ciljev
- vrednotenje intervencij ZN.

V oceni doseganja rezultatov, vrednotenju ciljev in intervencij ZN se odraža v učinkovitosti in uspešnosti ZN v dani situaciji.

Končno vrednotenje se zapiše v poročilo ZN, ki je dokument tako o njenem poteku in vplivu kakor tudi o stanju in počutju pacienta.

To poročilo se uporabi **za analizo ZN** in je tudi podlaga za **ocenjevanje njene kakovosti.**

Dokumentiranje v ZN/I

Dokumentiranje v ZN je ključno pri zagotavljanju kakovostne oskrbe pacientov. Je **komunikacijska metoda**, ki zdravstvene delavce stalno informira o tem, kakšno ZN in oskrbo je pacient prejel, in jasno opredeli **vse pomembne informacije o pacientu**.

Dokumentacija ZN je beleženje informacij, ki so relevantne za ugotavljanje stanja, za planiranje, izvajanje in vrednotenje ZN in je uraden dokument. Dokumentiranje naredi **ZN vidno in je usmerjeno v vse faze procesa ZN.**

Dokumentacijo ZN predstavljajo podatki o pacientu in njegovi družini na osnovi katerih medicinska sestra načrtuje proces ZN, ki v grobem obsega ugotavljanje negovalnih problemov, postavljanje negovalnih diagnoz, ciljev in intervencij ZN, izvajanje intervencij ZN ter evalvacijo zdravstvenega stanja pacienta, za katerega je odgovorna medicinska sestra.

Dokumentiranje v ZN/II

- **Dokumentacija procesa zdravstvene nege** je temelj za uspešno delo medicinske sestre, predstavlja tudi element zagotavljanja kakovosti v ZN in predstavlja orodja, preko katerega beremo in zapisujemo znanje ZN.

- **Dokumentacija zdravstvene nege** je beleženje informacij, ki so relevantne za ugotavljanje stanja, za planiranje, izvajanje in vrednotenje ZN in je uraden dokument. Dokumentiranje naredi **ZN vidno in je usmerjeno v vse faze procesa ZN.**

- **Dokumentacija in dokumentiranje v ZN** omogočata **individualizacijo ZN** in njeno prilagajanje posameznemu pacientu v individualiziranih načrtih ZN, ki zajemajo pacienta od prvega stika do takrat, ko ne potrebuje več pomoči.

Dokumentiranje v ZN/II

- Z dokumentiranjem so dani pogoji za **usklajeno ZN**. Vsi člani tima ZN imajo vsak trenutek možnosti vpogleda kaj, kdaj in zakaj morajo določene aktivnosti opraviti za pacienta.

- Dokumentiranje v ZN olajša **komuniciranje** med člani tima ZN in drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, kar omogoča stalen uvid v pacientove probleme ter načrtovane in izvedene intervencije ZN.

- Dokumentiranje ZN omogoča **vrednotenje zdravstvene nege**. Zapisana stanja, obnašanja, ravnanje pacienta ter njegovih reakcij na izvedene intervencije omogočajo spremljanje **učinkovitosti ZN**.

Namen dokumentacije ZN

Namen dokumentacije ZN je splošen pregled nad planirano in izvedeno ZN, namen tega pa je zagotavljanje kakovostne in kontinuirane ZN med zdravstveno obravnavo posameznika:

- komunikacija med člani zdravstvenega tima in med posameznimi oddelki v času hospitalizacije;
- zagotavljanje kontinuirane in kakovostne in varne ZN.
- dokumentacija naj bi bila kazalec standardnih postopkov v ZN in lahko služi kot kazalec kakovosti;
- uradno beleženje dela medicinske sestre, za katerega je odgovorna. Medicinska sestra prevzame odgovornost za napake, pravilen postopek dela, preverljivost; odškodninska odgovornost, ki se v postopku sklicuje na dokumentacijo ZN;
- doseganje zakonskih in profesionalnih standardov;
- dokumentacija je lahko osnova raziskovanju v ZN. Rezultati raziskav pa so lahko osnova razvoju novih pristopov in povečujejo strokovno znanje.

Modeli zdravstvene nege

ZN je znanost, ki se je začela razvijati v začetku 50. let prejšnjega stoletja, z razvojem teoretičnih modelov, ki temeljijo na povezanosti teorije, prakse in raziskovanja. Je edinstvena, razvijajoča, vedno učeča se veda, pri kateri se teorija uporablja kot vodilo za prakso. Eden največjih prispevkov k znanosti ZN je bila njena vrednost vključevanja teorije v prakso ZN.

V slovenskem prostoru smo v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja prevzeli teoretični model **Virginie Henderson**, ki je bil v tistih časih najbolj univerzalen, prevzele so ga tudi druge države po svetu. Najverjetnejši razlog za »posvojitev« teoretičnega modela Virginie Henderson v slovenskem prostoru je bila ravno njegova široka uporabnost in enostavnost.

Modeli so skupek konceptov **človeka, okolja, zdravja in zdravstvene nege** in se razvijajo na opazovanju resničnega sveta, različnih situacij in spoznanj strokovnjakov. Teorije so konkretnejše, predstavljajo več konceptov, povečajo razumevanje ZN in na podlagi praktičnih izkušenj bogatijo teoretična znanja, izboljšujejo prakso ter omogočajo izobraževanje in raziskovanje stroke, kar naredi ZN samostojno profesijo.

Razvrstitev teorij zdravstvene nege

Teorije omogočajo medicinski sestri izvajanje PZN in predstavljajo njeno področje delovanja. S pomočjo raziskovanja izhajajo iz prakse in se vračajo nazaj v prakso.

Glede na vsebino delimo teorije na:

- **teorijo potreb,** ki predstavlja medicinsko sestro kot aktivno osebo za pomoč pacientom do samostojnosti in neodvisnosti (predstavnica je Virginija Henderson),
- **teorije interakcije** (medsebojnih odnosov), ki medicinsko sestro prikazuje kot osebo, katere vodilo je v pogovoru in odnosu s pacientom (predstavnica je H. Peplau),
- **teorijo rezultata** „outcome“ in **teorije motivacije**, medicinska sestra pacientu pomaga doseči stabilnost in zdravje.

Teorija sistemov/I

Poznavanje in uporaba teorije sistemov omogoča medicinski sestri celovit pristop in lažje razumevanje človeka v dani situaciji, razumevanje njegovih potreb, teženj in želja.

Značilnosti, ki so skupne vsem sistemom in brez katerih sistem ne more obstajati, so:

- elementi sistema,
- atributi,
- informacija ali komunikacija,
- meja,
- organizacija,
- cilji in okolje.

Človek je odprt socialen sistem, ki deluje kot fizična, psihična in duhovna celota.

Teorija sistemov/II

- **Teorija potreb** prikazuje medicinsko sestro kot aktivno in prizadevno osebo, ki skrbi za pacienta in mu pomaga, da postane neodvisen.
- Teoretično izhodišče je humanistična psihologija A. Maslowa in njegova teorija potreb.

- **Teorija interakcije** oz. medsebojnih vplivov, v tem prikazujejo medicinsko sestro, ki je kot humanistka in profesionalka usmerjena v potrebe in probleme pacienta.
- Medicinska sestra razvije pri pacientu nove odnose, spodbuja ga k sodelovanju in zaupanja ter mu ponuja še druge možnosti za reševanje problemov.
- Sodeluje pri spreminjanju samopodobe posameznika in skupine ter pomaga razvijati nove vedenjske vzorce in nove možnosti.

Teorija sistemov/III.

Teorija rezultatov:

- prikazuje MS kot osebo, ki natančno postavlja cilje in vključuje sisteme okolja;
- usmerjena je v prihodnost in ima izredne sposobnosti za spremembe;
- drugačna notranja predstavitev okolja omogoča razvijanja novih oblik povezovanja z okoljem in prevzemanjem novih funkcij v sistemih (posameznik, družina skupnost);
- MS s pomočjo dobrega zaznavanja in dojemanja ohranja in varuje energijo pacienta.

Teorija motivacije – A. Maslow:

MS pomaga pri razumevanju Hendersonove in sorodnih teorij, ter pri določanju prednosti v PZN.

Teorija je usmerjena v zadovoljevanje:

- fizioloških potreb (kisik, voda, hrana izločanje, spanje, gibanje, temperatura),
- potrebe po varnosti: izogibanje in zaščita pred nevarnostmi,
- afiliativne potrebe: pripadnost skupini, socialna aktivnost, ljubezen in prijateljstvo, izogibanje osamljenosti in izolaciji,
- potrebe po samospoštovanju, samostojnosti, statusu in identiteti,
- potrebe po samouresničevanju: osebna rast in razvoj ter samouresničevanje človeka.

Teorija Florence Nightingale

F. Nightingale je bila prva MS, ki je osmislila ZN, ji dala teoretične osnove. Pokušala je opredeliti poklicno vlogo MS in je utemeljiteljica sodobne ZN. Izpostavila je pomen okolja, ki ga je razumela kot vse tiste zunanje pogoje in vplive, ki delujejo na človeka in njegovo zdravje.

Elementa njenega dela sta okolje in ZN.

Okolje: v teoriji F. Nightingale je najmočnejši vpliv okolja na človeka nato je vplivalo njeno delo v vojnih razmerah, z neznosnimi razmerami, umazanijo, pomanjkanjem pripomočkov in opreme ter umiranjem vojakov v bolnišničnih barakah. Svojo pozornost je osredotočila na izboljšanje fizičnega okolja, da bi ranjenim omogočila preživetje. Razdelila je okolje na fizično, psihično in socialno okolje.

Fizično okolje – poudarek je na vplivu fizičnega okolja, ki lahko pozitivno ali negativno vpliva na zdravje, zdravljenje in ozdravitev. Poudarja, da je čistoča najpomembnejši dejavnik, ki je povezan z vsemi drugimi.

Psihično okolje – negativno okolje ima velik vpliv na čustva pacienta. Velik poudarek je tudi na komuniciranju s pacienti. Menila je, da si mora MS vzeti dovolj časa za pacienta in pogovore z njim.

Socialno okolje – razlaga kot okolje v katerem pacient živi. To ni samo domače okolje ampak je tudi širše družbeno okolje.

Definicija ZN po V. Henderson

»MS pomaga zdravemu in bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je MS ekspert in ima pravico pobude in nadzora. MS sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega načrta, katerega pobudnik je zdravnik. Je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe pacienta.«

V svoji definiciji ZN omenja vlogo MS, ki kot strokovnjak na svojem področju omogoča mirno smrt.

ZN temelji na osnovnih življenjskih potrebah. Gre za potrebe, ki jih imajo vsi ljudje, ne glede na diagnozo. Pri vsakem posamezniku je potrebno upoštevati določene prilagoditve in spremembe, ki jih zahtevajo njegova starost, čustveno stanje, duševne in telesne sposobnosti, socialne, kulturne in ekonomske okoliščine, v katerih se izvaja ZN. Virginia Henderson je zato formirala 14 osnovnih življenjskih aktivnosti, ki pomagajo bolnim in zdravim posameznikom k čim hitrejši neodvisnosti.

Opredelitev nalog MS z vidika samostojnosti

V prvem delu definicije je Hendersonova opredelila samostojno ugotavljanje probleme in težave, ki jih imajo pacienti v zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb, postavlja cilje, načrtuje intervencije ZN, jih izvaja in vrednoti njihovo uspešnost.

V drugem delu definicije ZN so opredeljene aktivnosti MS za katere se ne odloča sama, temveč jih izvaja po naročilu zdravnika ali pa pri njiju sodeluje:

- izvaja diagnostično – terapevtske posege,
- sodeluje pri diagnostično – terapevtskih posegih,
- organizira diagnostično – terapevtskih dejavnosti.

V tretjem delu definicije ZN so opredeljene tiste aktivnosti, ki jih MS prevzema kot član širšega zdravstvenega tima. Sodeluje z različnimi strokovnjaki v celotni zdravstveni oskrbi pacienta.
V vseh navedenih primerih je MS odgovorna za strokovno pravilno opravljeno delo.

V. Henderson

Hendersonova jasno predstavlja katere so naloge MS, oziroma katere so aktivnosti ZN v zvezi z osnovnimi potrebami človeka. Naloga MS je v tem, da zdravega ali bolnega človeka podpira pri izvajanju tistih aktivnosti, ki bi jih izvajal sam, da bi zadovoljiv svoje osnovne potrebe, če bi zato imel moč, voljo in znanje.

14 življenjskih aktivnosti V. Henderson:

- dihanje;
- prehranjevanje in pitje;
- odvajanje in izločanje;
- gibanje in ustrezna lega;
- spanje in počitek;
- oblačenje;
- vzdrževanje normalne telesne temperature;
- čistoča in nega telesa;
- izogibanje nevarnostim v okolju;
- odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in doživljanj duševne, duhovne, socialne in seksualne potrebe;
- izražanje verskih čustev;
- koristno delo;
- razvedrilo, rekreacija;
- učenje, pridobivanje znanja o razvoju in zdravju.

Koncepti V. Henderson

Človek - Hendersonova razume človeka kot celovito, integrirano osebnost in kot psihofizično in socialno celoto. Zato je potrebno obravnavati celostno in upoštevati vse njegove potrebe. Izhaja iz navedenih 14 osnovnih potreb, v katerih je zaobjeta človekova celovitost. Življenjske aktivnosti je razdelila na fiziološke, psihološke, duševne in socialne. Prvih devet se nanaša na zadovoljevanje fizioloških potreb, deseta in štirinajsta se nanašajo na psihološke funkcije komuniciranja in učenja. Enajsta potreba je povezana z duhovnostjo, dvanajsta in trinajsta pa s socialnim vidikom življenja.

Zdravje – Hendersonova navaja, da je zdravje posameznika in družbe pogosto odraz kraja, dežele in sveta v katerem posameznik živi. Na njegovo zdravja vplivajo okolje, kultura, intelektualne ter telesne sposobnosti, čustveno doživljanje, in stopnjo razvoja oz. starost.
Zdravje pojmuje kot zmožnost posameznika samostojno zadovoljiti vseh 14 osnovnih potreb.

Okolje – Hendersonova okolje v svoji teoriji omeji na bolnišnično in ožje družinsko okolje pacienta vendar ga natančno ne opredeljuje. V konceptu okolja se odraža videnje okolja tako kot ga opredeljuje F. Nihtingale. MS je posrednik med človekom in okoljem, mora vplivati na okolje tako, da bo pozitivno vplivalo na pacientovo zdravje.

Definicija ZN po Hildegard Peplau

H. Peplau je definirala ZN kot pomemben terapevtski medosebni proces med MS in pacientom, ki pripomore k izboljšanju zdravja posameznika in skupnosti.

Ta odnos je poimenovala terapevtski medosebni odnos, ker se posledično oba v odnosu povezujeta, spoznavata, razvijata in spreminjata.

Medosebni odnos je prav tako izobraževalni inštrument, sila, katere cilj je pospeševanje in zagotavljanje zdravja, zdravih in kreativnih navad ter produktivnih medosebnih odnosov tako doma kot v skupnosti.

Njena teorija ostaja v koraku z zdravstveno nego in tako krepi ZN in njihovo delo ter ozavešča o bogatem znanju v klinični praksi.

Faze medosebnega odnosa/I.

Model medosebnega terapevtskega odnosa vsebuje štiri faze, ki sledijo druga drugi.
Vse faze potekajo po določenem zaporedju od prve do zadnje in prehod iz ene v drugo ni možen, ne da bi bila ena faza zaključena, lahko se zgodi samo prepletanje med njimi.
Te faze se imenujejo: **orientacija, identifikacija, koriščenje in razrešitev** .

Faza orientacije se začne, ko pacient oz. njegova družina izrazi potrebo po pomoči in skupaj z MS skuša prepoznati probleme in potrebe. Na ta odnos vplivajo različni dejavniki, kot so kultura, verovanje, rasa, izobrazba in prejšnje izkušnje pacienta. Na začetku se srečata kot tujca, v nadaljnjem sodelovanju pa si MS skuša pojasniti pacientovo vedenje in mu pomaga izraziti težave.

V fazi identifikacije je pomemben odnos MS in celotne okolice do pacienta, saj je od tega odvisno njegovo zaupanje in sodelovanje. V tej fazi se lahko pacient odzove na tri načine, lahko sodeluje z MS in tako vzpostavi pozitiven medosebni odnos, lahko se izolira in ne sodeluje, lahko je nemočen in se počuti od nje odvisnega.

Faze medosebnega odnosa/II

V fazi koriščenja pacient spozna svojo situacijo, jo sprejme, razume svoje težave in začne aktivno izrabljati pomoč, ki mu je na voljo. Hkrati tudi zaupa v pomoč MS in okolju, v katerem se nahaja. Tukaj mu MS nudi stalno pozitivno poklicno naklonjenost, ga sprejema, podpira, svetuje in vodi. Prav tako mora biti pozorna na načine pacientovega obnašanja (pasivnost, nesodelovanje, odklon).

Razrešitev je zadnja faza v medosebnem odnosu, kar pomeni, da pacient začne sam zadovoljevati svoje potrebe in reševati svoje probleme. MS tako pacientu pomaga, da prepozna pomen sodelovanja z njo in mu omogoči uspešno vrnitev v svoje okolje ter družbo.

V svojem modelu medosebnega odnosa H. Peplau predstavi šest vlog MS pri delu s pacientom.

To so: vloga tujca, vloga MS kot vir informacij, vloga učitelja, vloga voditelja, vloga nadomestne osebe in vloga svetovalca.

Koncepti metaparadigme

Metaparadigma je najbolj abstraktna komponenta, ki opisuje fenomene in običajno vključuje štiri koncepte:

- **oseba** – organizem, ki živi v nestabilnem ravnovesju. Vsak posameznik ima fizične, psihološke in socialne potrebe. V nestabilnem okolju se posamezniki nenehno srečujejo z novimi razmerami in problemi;
- **zdravje** – simbol za besedo, ki vključuje gibanje osebnosti in druge človeške procese v smeri ustvarjalnega, konstruktivnega, produktivnega, osebnega in skupnostnega življenja;
- **ZN** – pomemben terapevtski medosebni odnos med MS in pacientom. Deluje skupaj z drugimi človeški procesi, ki omogočajo zdravje posameznikov v skupnosti ter rast in razvoj MS in pacienta;
- **okolje** – vključuje fiziološko, psihološko in socialno pretočnost. Gre za skupek sil zunaj organizma v sklopu kulturnega konteksta. Okolje je lahko nestabilno, fiziološko, psihološko in socio-kulturno prepletanje.

Koncepti

Glavni koncept teorije je medosebni odnos in povezava med dvema ali več osebami v interakciji.

Koncepti so:

- **anksioznost** kot takojšnji odziv na psihično grožnjo, ki se lahko kaže kot blaga, zmerna, huda ali panična anksioznost;
- **komunikacijo kot medosebni proces**, ki vključuje besedno in nebesedno komunikacijo. Prva vključuje uporabo besed, pojmov in simbolov za izražanje misli ali občutij, druga pa odnos med najmanj dvema osebama, pri čemer ni odvisna od jezika, vključuje pa empatijo;
- **integracijo vzorcev**, ki se zgodi, kadar so vzorci ene osebe uporabljeni za interakcijo z vzorci druge osebe;
- **razmišljanje kot proces**, znotraj katerega so izkušnje lahko shranjene, organizirane in priklicane. Misli so povezane z jezikom – komunikacijo;
- **predsodke**, oblikovane na prejšnjih izkušnjah posameznikov, ki se ustvarijo, preden MS in pacient stopita v medosebni odnos;
- **razumevanje samega sebe**, kar je pogoj, da pacient in MS lahko ustvarita dober medosebni odnos;
- **učenje** kot aktiven proces, ki vključuje razmišljanje in zaznane zmožnosti.

Uporabnost teorije H. Peplau

- Teorija H. Peplau je uporabna v kliničnem okolju, in sicer na področju psihologije, ZN, duševnega zdravja ter kliničnega izobraževanja in raziskovanja.

- Teorija je sprejemljiva, saj je fenomen medosebnih odnosov znan MS v kliničnem okolju, koncepti medosebnega odnosa so jasno opisani ter medsebojno povezani.

- Prav tako je teorija medosebnih odnosov uporabna za prakso na pediatričnem področju, kjer je še posebej pomemben dober medosebni odnos med MS in otrokom ter MS in družino.

Teoretični model D. Orem

Oremova pojmuje ZN kot obliko pomoči posamezniku. ZN vzpostavi ravnotežje med sposobnostmi in potrebami.
Središče ZN je posameznik, lahko pa zajame tudi družino, skupino ali širšo skupnost. Poudarja, da je od posameznikove sposobnosti odvisno izvajanje samo oskrbe. ZN je prisotna le, ko je potrebna. Ugotavljanje potrebe po ZN je pomemben element procesa.

Naloge ZN vodijo k zagotavljanju in vodenju kontinuitete, kar pripomore k ohranjanju življenja, okrevanju po bolezni ali poškodbi ali h kakovostnejšemu življenju z zdravstvenimi problemi.

Teoretični model Dorothee Orem temelji na varovancu.
Vključuje tri medsebojno povezane teorije:

- teorijo samooskrbe,
- teorijo primanjkljaja samooskrbe,
- teorijo sistemov samooskrbe.

Teorija samooskrbe D. Orem/I

Oremova samooskrbo opredeljuje kot hoteno aktivnost, ki jo vsak posameznik izvaja za vzdrževanje življenja, zdravja in dobrega počutja. To pripomore k razvoju človeka in njegove integritete. Samooskrba je sposobnost posameznikovega lastnega vključevanja v lastno oskrbo, ZN in vključevanje v aktivnosti, ki izboljšujejo pacientovo stanje. Ne glede na to, da je središče ZN posameznik, lahko le-ta zajame tudi družino, določeno skupino ali širšo skupnost.

Teorija D. Orem postavlja v središče kroničnega pacienta, ki mu dipl. m. s. pomaga, ga vodi in mu svetuje, da le-ta lahko skrbi sam zase. Samooskrba pa je možna le takrat, ko pacient dobi popolne informacije in podporo dipl. m. s.

Ta model prinaša radikalne spremembe v ZN, saj namesto dajanja navodil in izvajanja procesa ZN s posameznikom stojimo z ramo ob rami in mu prepuščamo pomembno vlogo pri odločanju o svojem zdravstvenem stanju. Tako ima pacient priložnost, da vse dejavnosti v korist svojega zdravja izvaja sam.

Teorija samooskrbe D. Orem/II

Oremova v teoretičnem modelu izpostavlja tri oblike samooskrbe:

- **Popolna samooskrba** – je zmožnost posameznika, družine ali širše družbene skupnosti izvajati vse dnevne življenjske aktivnosti. Delitev popolne samooskrbe so: univerzalna, razvojna in bolezenska.
- **Nepopolna samooskrba** je osrednje področje teoretičnega modela ZN. Nepopolna samooskrbe, ki je povezana z zdravjem in boleznijo, služi kot kriterij za določanje potreb po ZN. Področja aktivnosti ZN so: vzpostavljanje in vzdrževanje odnosov MS – pacient, določanje ali/kako se pacientu lahko pomaga z ZN, odzivanje pacientove zahteve, želje in potrebe po stikih z MS in njeni pomoči, predpisovanje, zagotavljanje in usmerjanje neposredne pomoči pacientom in svojcem z ZN usklajevanje in povezovanje ZN z pacientovimi dnevnimi aktivnostmi.
- **Izvajanje ZN je usmerjena v tri nivoje:**
- **primarna preventiva**, vključuje popolno samooskrbo in razvojno samooskrbo,
- **sekundarna preventiva** – vključuje bolezensko. MS uči pacienta izvajati s**amooskrbo**, ki uravnava in preprečuje posledice in komplikacije bolezni,
- **terciarna preventiva**: vključuje bolezensko samooskrbo, medicinska sestra uči pacienta izvajati samooskrbo, ki omogoča prilagajanje na novo zdravstveno stanja.

Teorijo primanjkljaja samooskrbe D. Orem/I

Oremova vidi ZN kot profesionalno izobraževanje, ki nadomešča primanjkljaj v samooskrbi.
Teorija se nanaša na človekovo zmožnost – sposobnost za stalno in učinkovito samooskrbo oziroma njegovo nezmožnost. Gre za razliko med človekovo sposobnostjo za samooskrbo, ki se terapevtsko zahteva. Primanjkljaj je treba oceniti individualno.

Za ugotavljanje primanjkljaja v samooskrbi MS izbere eno ali več metod pomoči:

- delovanje in izvrševanje samooskrbe,
- vodenje,
- duševna in telesna podpora,
- zagotavljanje okolja, ki pospešuje osebni razvoj za povrnitev sposobnosti zadovoljevanja sedanjih in prihodnjih potreb po dejavnosti,
- učenja.

Teorija sistemov D. Orem

Sistem ZN, ki ga oblikuje MS temelji na pacientovih potrebah po samooskrbi in njegovih sposobnostih za izvajanje samooskrbe.

Delovanje MS pri oblikovanju različnih dejavnostih za ljudi, ki potrebujejo pomoč pri zadovoljevanju potreb.

Popolni nadomestni sistem ZN: človek ne more izvajati samooskrbe.

Delno nadomestni sistem ZN: MS in pacient skupaj dejavnosti samooskrbe. MS delno pomaga pri zagotavljanju samooskrbe.

Podpora izobraževalni sistem: posameznik je sposoben izvajati samooskrbo, potrebuje pa znanje in spretnost. Pacient lahko izvaja samooskrbo ampak šele potem, ko ga MS naučiti.

Oblike in elementi sistema ZN določajo:

- obseg odgovornosti MS pri zagotavljanju ZN,
- splošne in posebne vloge MS in pacienta,
- vzroke in odnose med MS in pacientom,
- vzroke pomoči in vzorce izvajanje teh pomoči ter dejanje MS pri uravnavanju pacientov zahtev po samooskrbi in pri zadovoljevanju njegovih terapevtskih zahtev po samooskrbi.

Koncepti metapradigme D. Orem/I

Koncept človeka: na človeka gledamo kot na posameznika v okviru zadovoljevanja samooskrbe. V tem kontekstu vidimo človeka kot edinstveno bitje s kompleksnimi izkušnjami in celovitimi potrebami po samooskrbi. Človek z izvajanjem samooskrbe pomembno vpliva na svoje zdravje, prispeva k samospoštovanju in neposredno vpliva na samooskrbo.

- **ZN v Oremovi teoriji** pojmujemo kot obliko pomoči posamezniku. MS mora pacientu nuditi pomoč, ki je prilagojena človekovim potrebam, zmožnostim in omejitvam. Središče ZN je posameznik, zajema pa tudi družino, skupino in širšo okolico.
- Cilji ZN morajo biti jasno postavljeni za odpravo oz. zmanjšanje primanjkljaja ZN, tako, da se pacienta vključi v proces ZN ali pomaga, da lahko svojci zadovoljujejo potrebe pacienta in s tem pomagajo k zmanjševanju primanjkljaja.
- V primeru, da cilji niso doseženi mora MS neposredno zadovoljiti posameznikove potrebe, tako da popolno nadomesti sistem odprave pacientovega primanjkljaja v samooskrbi.

Koncepti meta pradigme D. Orem/II

Koncept zdravje: Oremova označuje kot strukturo in funkcionalno celovitost posameznika, stanje uravnovešenosti med telesnimi, duševnimi in socialnimi potrebami. Zdravje je napredovanje k čim višji stopnji celovitosti. Zdravje in dobro počutje sta rezultat samooskrbe, nista pa sama sebi pogoj. Posameznikovo zdravstveno stanje se spreminja skozi življenjska obdobja. Pomembno je vrednotenje človekove sposobnosti za samooskrbo.

Koncept okolja: Oremova opiše človeka in okolje, v katerem se nahaja, kot funkcionalno enoto znotraj katere vplivata druga na drugo. Vpliv okolja deli na fizikalne, kemične, biološke in socialne. To so osnovni dejavniki okoliščin, ki se nanašajo na posameznikovo sposobnost po samooskrbi. Stanje okolja je zelo pomembno, saj lahko pozitivno ali negativno vpliva na posameznika, družino in skupnost. Zunanje okolje je pogoj za motiviranje posameznika, ki je potreben pomoči, da postavi ustrezne cilje ter temu prilagodi svoje obnašanje. Področje dela medicinske sestre je terapevtska oskrba pacienta. Medicinska sestra pri svojem delu upošteva pacientovo zdravstveno stanje in njegovo doživljanje tega.

Negovalne diagnoze /definicije/I.

- **Negovalna diagnoza** omogoča sistematično vodenje ZN, celostno obravnavo pacienta, vzpodbuja komunikacijo na vseh ravneh, razvija strokovni jezik in dokumentira postavke za nadaljnje aktivnosti ZN.
- Razlogi za oblikovanje negovalnih diagnoz so povezani z definiranjem negovalnih problemov, s poenotenjem strokovnega jezika, z natančnim načrtovanjem in večjo preglednostjo aktivnosti ZN.

- **Negovalna diagnoza** je strokovna ocena zdravstvenega stanja posameznika, družine ali družbene skupnosti, ki je narejena na podlagi zavestnega in sistematičnega zbiranja informacij ter analize podatkov.

- **Negovalna diagnoza** predstavlja osnovo za načrtovanje intervencij ZN, za katere je odgovorna MS. Napisana mora biti natančno, vključevati mora tudi vplivajoče dejavnike, kadar so ti poznani«(Schoemaker).

Negovalne diagnoze /definicije/II.

- **Negovalna diagnoza** je izjava, ki opisuje aktualni in potencialni zdravstveni problem, za katerega obravnavo je MS pristojna in usposobljena«(Gordon).

- »**Negovalna diagnoza** predstavlja strokovno oceno reakcije posameznika, družine ali skupine na aktualne ali potencialne probleme zdravja.

- **Negovalne diagnoze** predstavljajo osnovo za izbor intervencij ZN za dosego postavljenih ciljev in želenih rezultatov, za katere je odgovorna MS «(Alfaro).

Smernice za oblikovanje negovalne diagnoze

Pri oblikovanju negovalnih diagnoz je treba upoštevati naslednje temeljne smernice:

- enotno razumevanje, kaj negovalna diagnoza je;
- enotno razumevanje in poimenovanje komponent oziroma delov negovalne diagnoze; enotno razumevanje in razlikovanje vrst negovalnih diagnoz
- enotno uporaba terminov pri njihovem poimenovanju;
- razlikovanje med standardizirano in individualno negovalno diagnozo.

Kaj ni negovalna diagnoza:

- ni poimenovanje težav ali problemov (poimenovanje problemov je premalo, v negovalni diagnozi morajo biti navedeni že poznani vzroki, pri obstoječi negovalni diagnozi pa še znaki in simptomi);
- ni samo ocena stanja pacienta;
- ni intervencija ZN;
- ni medicinska diagnoza ali interdisciplinarni problem.

Oblikovanje negovalnih diagnoz/I.

Negovalna diagnoza je običajno sestavljena iz treh delov:

- problema (P),
- etiologije (E),
- simptomov (S).

Problem predstavlja oviro, težavo, reakcijo ali omejitev, ki je za človeka pomembna, saj vpliva na njegovo funkcioniranje s samim seboj in z drugimi v socialnem okolju. Jedro problema odkrijemo z negovalno anamnezo, s čimer izoliramo ključni problem.

Ta del negovalne diagnoze je sestavljen iz glavne besede (problema) in besed, ki to razumljivo ter natančno opisujejo.

Procesna metoda dela v ZN omogoča in zahteva odkrivanje ter natančno poimenovanje aktualnih, potencialnih (rizičnih) in drugih problemov.

Oblikovanje negovalnih diagnoz/II.

- Zapis delujočih, pomožnih ali grozečih **etioloških** dejavnikov predstavlja drugi del negovalne diagnoze.

- Etiološki dejavniki dajejo odgovor na vprašanje, zaradi česa se je določen problem pojavil ter opredelijo vzroke s patopsihološkimi, osebnimi, situacijsko in razvojno pogojenimi dejavniki, upoštevajoč interakcije ter življenjsko okolje varovanca.

- Identificiramo jih na osnovi negovalne anamneze, strokovnega znanja, poznavanja pacienta in vzrokov za njegove reakcije.

- Tretji del negovalne diagnoze predstavljajo prepoznavni, vidni in izraženi **simptomi**, to so znaki subjektivne in objektivne narave, ki pomagajo pri identifikaciji določenega problema.

- Znake opredelimo s pomočjo vprašanja: Kako oz. s katerimi znaki se kaže določen problem?

Oblikovanje negovalnih diagnoz/III.

- **Procesna metoda dela v ZN** omogoča individualno, humano in strokovno obravnavo posameznika, družine ter širše skupnosti.

- **PZN** je sodoben metodološki pristop v ZN, ki ga odlikuje visoka stopnja organiziranosti, in najboljši način, da dosežemo želene cilje ter sistematično delo.

- **PZN** temelji na metodi ugotavljanja telesnih, duševnih in socialnih potreb posameznika, družine ter družbene skupnosti. Proces se začne, ko se MS sreča s pacientom in mora ugotoviti, kakšni so njegovi odnosi ter pričakovanja do zdravja in s kakšnimi težavami se sooča.

- **Ugotavljanje potreb po ZN** je vsebina prve faze PZN. Potrebe začnemo ugotavljati s sprejemanjem in zbiranjem podatkov o pacientu. Do teh podatkov pridemo z osebnim stikom, pa tudi s sistematičnim iskanjem.

- Na **tej stopnji dela** potrebujemo sposobnosti opazovanja, komuniciranja, analize in interpretacije.

Postavitev negovalne diagnoze in načrtovanje ZN

- **Postavitev negovalne diagnoze** je, ko MS zaključi zbiranje informacij, jih analizira in na podlagi tega opredeli negovalne probleme ter postavi negovalno diagnozo.

- **Negovalna diagnoza** je poimenovanje obstoječega ali potencialnega negovalnega problema. Je tisti zdravstveni problem, katerega narava je takšna, da ga MS s pomočjo svojega strokovnega znanja in v okviru svojih poklicnih pristojnosti lahko ugotovi in razreši.

- **Načrtovanje ZN** - po postavitvi negovalne diagnoze MS pripravi načrt ZN. Pri načrtu enakopravno sodelujejo MS in pacient ter svojci, kadar je potrebno.

- **Načrtovanje ZN** zahteva od MS strokovno znanje, spretnost in izkušnje. V tej fazi se postavi vrstni red reševanja problemov in določa merljive cilje ter načrtuje negovalne intervencije.

Komponente oz. deli negovalnih diagnoz

Negovalne diagnoze morajo vsebovati naslednje komponente oziroma dele:

- naslov (poimenovanje problema, težave);
- vzroke, vplivajoče dejavnike (razen pri domnevni negovalni diagnozi);
- znake, simptome (le pri obstoječi negovalni diagnozi).

Pri oblikovanju negovalnih diagnoz in poimenovanju njenih posameznih delov oz. **komponent** je treba uporabljati dogovorjeno terminologijo, saj uporaba različnih izrazov za poimenovanje istih delov negovalnih diagnoz lahko zavaja ter vnaša zmedo med strokovno področje zdravstvene nege.

Komponente oz. deli negovalnih diagnoz

- **Naslov**: je beseda ali besede, s katerimi se začenja diagnostična izjava, v njej pa je jasno in jedrnato predstavljena reakcija pacienta na zdravstvene probleme ali življenjske procese ter situacije.

- **Vzroki:** ta del diagnostične izjave vsebuje kratek opis poznanih vzrokov oz. dejavnikov, ki so vplivali ali povzročili nastanek problemov. Vzrok za probleme je lahko eden ali pa jih je več.

- **Vzroki so lahko**, fiziološke narave, emocionalni, kognitivni, sociokulturni, izvirajo iz okolice, razvojni, reakcije na bolezen ali diagnostično-terapevtski program.

- **Izbor pravih vzrokov** je odločujočega pomena pri oblikovanju negovalne diagnoze. Intervencije zdravstvene nege, ki jih MS načrtuje samostojno, da bi s tem razrešila ali omilila problem pri pacientu, so vedno usmerjene v vzroke težav ali problemov in spadajo v neodvisno področje ZN.

Komponente negovalnih diagnoz

- **Znaki in simptomi** so subjektivni in objektivni podatki, ki vodijo v prepoznavanje določenega problema.

- **Subjektivni podatki** so pojavi, ki odražajo občutje. Pove jih pacient, na podlagi opazovanja in doživljanja. Imenujejo se simptomi.

- **Objektivni podatki** so pojavi, ki jih MS zbere z merjenjem in opazovanjem. Imenujejo se znaki. Ti so: telesna temperatura, potenje, tahikardija itd.

- **Zapis negovalne diagnoze: v**saka negovalna diagnoza je zapisana v eni trditvi, v enem stavku, v katerem je naveden najprej naslov negovalne diagnoze (problem), nato so navedeni vsi prepoznani vzroki (vplivajoči dejavniki) in vsi obstoječi znaki ter simptomi.

- **V vsaki negovalni diagnozi** je opisan samo en problem. Pri zapisovanju negovalne diagnoze obstaja več možnosti zapisa, in sicer daljša oblika, krajša oblika in najkrajša oblika.

Komponente negovalnih diagnoz

Prikaz možnosti zapisa individualne obstoječe (aktualne) negovalne diagnoze:

- **Daljša oblika** Moteno spanje, povezano z bolečino v predelu operativne rane, ki se kaže v utrujenosti in neprespanosti, pacient toži, da ga boli.
- **Krajša oblika** Moteno spanje, bolečina v predelu operativne rane, utrujenost, neprespanost, pacient toži, da ga boli.
- **Najkrajša oblika** Moteno spanje / bolečina v predelu rane / utrujenost, neprespanost, pacient toži, da ga boli.

Vrste negovalnih diagnoz - negovalne diagnoze glede na problem

Oblikovanje oz. struktura negovalne diagnoze je odvisna od tega, ali opisuje obstoječe (aktualne), grozeče (potencialne, rizične) ali domnevne probleme. Glede na to, kakšen problem je opisan v negovalni diagnozi, je odvisno, katere komponente vsebuje (naslov oz. problem, vzrok, znake, simptome).

Negovalne diagnoze delimo na :

- obstoječe (aktualne), ki vsebujejo vse tri komponente in so tridelne (naslov problema, težave, vzroki, znaki, simptomi);
- grozeče (potencialne, rizične), ki vsebujejo dve komponenti in so dvodelne (naslov problema, težave, vzroki);
- domnevne, ki vsebujejo dve komponenti in so dvodelne (naslov, sum na problem, težavo, vzroki).

Komponente pri različnih vrstah negovalnih diagnoz

- V **obstoječi (aktualni) negovalni diagnozi** je opisan problem, ki ga je treba reševati takoj.

- **V grozeči (potencialni) negovalni diagnozi** (problem je treba preprečiti) je opisan problem, do katerega lahko pride, kadar je pacient izpostavljen rizičnim dejavnikom, ki zahteva preventivno delovanje. Potrebno ga je preprečevati, da se ne bi razvil v aktualni problem. Prepoznan je na osnovi vzroka/vzrokov ali rizičnih dejavnikov.

- V **naslovu negovalne diagnoze** se zapiše možnost oz. nevarnost nastanka problema in poznane vzroke oz. vplivajoče dejavnike.

- **Simptomi in znaki** niso prisotni, vendar jih mora MS poznati, da pravilno odreagira, če se pojavijo. V takšnem primeru se grozeča negovalna diagnoza spremeni v obstoječo. Razlogi za to so lahko neučinkovite intervencije ZN ali pa je razlog v tem, da problema ni možno preprečiti.

Komponente pri različnih vrstah negovalnih diagnoz

- **V domnevni negovalni diagnozi** je opisan domnevni problem, za katerega v trenutni situaciji še ni dovolj podatkov, na osnovi katerih bi lahko opredelili vrsto problema (obstoječi, grozeči).

- Treba je dodatno razmišljati in zbirati dodatne podatke. Zato v naslovu negovalne diagnoze še ni zapisan dokončni problem, ampak le sum za obstoj ali nastanek problema v povezavi z možnim poznanim vzrokom. Znaki in simptomi v tej negovalni diagnozi niso prisotni.

- Pri teh negovalnih diagnozah gre za prehodne negovalne diagnoze. Šele nadaljnje zbiranje podatkov pokaže, ali gre za obstoječ (aktualen) ali morda grozeč (potencialen) problem, lahko pa pokaže, da problema ni.

Sindrom in Wellness negovalne diagnoze

- **Sindrom negovalne diagnoze** poimenujejo z enim pojmom kot skupek problemov in težav, ki so skoraj vedno posledica nekega stanja ali dogodka. Poimenujejo kompleksen problem, ne pa posameznih problemov in težav. Sindrom negovalne diagnoze je enodelen, vsebuje samo naslov, v katerem je poimenovan kompleksen problem, ki je istočasno tudi vzrok oz. vplivajoči dejavnik.

- **Beseda wellness** opredeljuje stanje duševnega in telesnega dobrega počutja – zdravja. Wellness negovalne diagnoze zajemajo tisto področje ZN, katere naloge so vzdrževanje in pospeševanje zdravja (vzdrževanje in izboljšanje telesne zmogljivosti, zdrav način prehranjevanja, odgovornost za zdravje, obvladovanje stresa, prilagajanje okolju). NANDA navaja, da so wellness negovalne diagnoze opis prehodnega zdravstvenega stanja posameznika, družine in družbe. To so prehodna zdravstvena stanja na poti k boljšemu oz. optimalnemu zdravju.

- **Primer negovalne diagnoze**: možnost izboljšanja telesne zmogljivosti.

Standardizirane in individualne negovalne diagnoze

1. **Standardizirane negovalne diagnoze** so že oblikovane in so opisane v različnih klasifikacijskih sistemih. Standardizirane negovalne diagnoze omogočajo jasno razlikovanje področja ZN od drugih strok, razvoj skupnega strokovnega jezika in olajšujejo komunikacijo v ZN. Poleg tega so tudi podlaga za izobraževanje in raziskovanje ter koristen pripomoček za oblikovanje točnih individualnih negovalnih diagnoz.

2. **Individualne negovalne diagnoze** oblikuje MS pri pacientu v dejanski situaciji, v njej pa opiše njegove specifične probleme ob zaključku diagnostičnega procesa v drugi fazi PZN.

3. **Komponente individualne in standardizirane negovalne diagnoze** so enake:

- naslov negovalne diagnoze;
- poimenovanje problema,
- težave;
- vzroki;
- vplivajoči dejavniki;
- znaki, simptomi.

Deduktivni in induktiven pristop

Pri oblikovanju individualne negovalne diagnoze imamo dva pristopa – **deduktivnega** ali **induktivnega.**

- Pri **induktivnem pristopu** na podlagi ocene stanja, po končani prvi fazi procesne metode dela, ko je ugotovila prve probleme in njihove vzroke, pri obstoječih problemih pa tudi znake ter simptome, oblikuje točno individualno diagnozo.

- Pri **deduktivnem pristopu** se izhaja iz že oblikovane negovalne diagnoze. Ko pri pacientu opazi, sumi ali predvideva določene probleme s pomočjo standardizirane negovalne diagnoze ciljno išče, če so vzroki, pri obstoječi pa tudi znaki in simptomi, ki jih opisuje standardizirana negovalna diagnoza, prisotni pri pacientu. Ko ugotovi prisotnost le-teh, oblikuje individualno negovalno diagnozo (obstoječo ali grozečo).

Klasifikacija ZN

Klasifikacija ZN je urejena razvrstitev, razporeditev česa (na primer pojavov) glede na skupne značilnosti, podobnosti in sorodnosti. Klasifikacijski sistemi so sistematični okviri, ki pomagajo razvrščati pojave v značilne skupine ali razrede. Tudi v ZN so prišli do spoznanja, da stroka potrebuje predstavitev svojega avtonomnega področja, lastno klasifikacijo in lastne klasifikacijske sisteme.

Najprej so razvili **lastno strokovno izrazoslovje**, ki je omogočalo enotno razumevanje in poimenovanje fenomenov, pojavov ter celotno ZN.

Poleg tega so oblikovali tudi **klasifikacijo ZN in klasifikacijske sisteme ZN**, ki so odločilnega pomena za njeno profesionalizacijo. Predstavljajo temelj enotnega izrazoslovja in so osnova za računalniško dokumentiranje ZN.

Računalniška dokumentacija ZN omogoča, da se zberejo, obdelujejo, shranijo, prikažejo in poiščejo ter prenašajo tekoči podatki in informacije znotraj službe ZN, pa tudi izven nje. Takšen način dokumentiranja je pomembna podlaga za raziskovalno delo v stroki.

Klasifikacija negovalnih diagnoz po Marjory Gordon

- **Klasifikacijski sistem negovalnih diagnoz** izhajala je iz funkcionalnega vzorca obnašanja, ki ga ljudje razvijejo s stalnim prilagajanjem na spremembe v okolju. Vsak funkcionalen vzorec zdravega obnašanja je izraz bio-psiho-socialne enkratnosti in celovitosti posameznika ter je pod vplivom bioloških, razvojnih, kulturnih in socialnih ter religioznih dejavnikov.

- **Klasifikacijo negovalnih diagnoz** je delovna skupina pod vodstvom Gordonova kasneje preoblikovala **NANDA.**

Klasifikacija negovalnih diagnoz po Marjory Gordon

Gordonova je razvila enajst funkcionalnih vzorcev zdravega obnašanja:

- vzorec zaznavanja in ohranjanja zdravja,
- kognitivni zaznavni vzorec,
- vzorec samozaznavanja in samokoncepta,
- vzorec prehranjevanja, presnavljanja,
- vzorec izločanja,
- vzorec aktivnosti in gibanja,
- vzorec spanja in počitka,
- vzorec vlog in odnosov,
- vzorec spolnosti in razmnoževanja,
- vzorec obvladovanja stresa in odpornosti proti stresu,
- vzorec vrednot in prepričanj.

Klasifikacije negovalnih diagnoz NANDA

Namen klasifikacije negovalnih diagnoz po NANDA je zagotoviti standardiziran jezik in celostni klasifikacijski sistem negovalnih diagnoz. Klasifikacijski sistem negovalnih diagnoz NANDA sloni na devetih vzorcev, ki so jih leta 1984 poimenovali vzorci človekovega odzivanja.

Klasifikacija negovalnih diagnoz NANDA I.:

- izmenjavanje,
- komuniciranje,
- vzpostavljanje odnosov,
- vrednotenje,
- izbiranje,
- aktivnosti,
- sprejemanje samega sebe,
- znanje, vedenje,
- čutenje.

Klasifikacije negovalnih diagnoz NANDA

Leta 2000 je nastal nov okvir razvrščanja negovalnih diagnoz za prakso ZN, ki bi MS zagotavljal standardizirano izrazoslovje za diagnostično razmišljanje in presojanje ter dokumentiranje in računalniško obdelavo podatkov.

Nov klasifikacijski sistem ne sloni več na devetih vzorcih človekovega odzivanja, temveč razvršča negovalne diagnoze v trinajst področij. Posamezna področja so razdeljena še na razrede, ki jih je skupno 46.

Na tem klasifikacijskem sistemu sloni klasifikacija NANDA II.

Negovalne diagnoze NANDA so tudi centralni sestavni del **Mednarodne klasifikacije prakse zdravstvene nege – ICNP, ki jo je sprejel ICN.**

NANDA-I taksonomiji II

Ena izmed pomembnejših in mednarodno uveljavljenih klasifikacij negovalnih diagnoz po NANDA-I taksonomiji II: definicije in klasifikacija 2015–2017.

Poleg nje sta z namenom kombinirane in navzkrižne uporabe bili razviti še:

- klasifikacija rezultatov ZN ali NOC (angl. Nursing Outcomes Classification)
- klasifikacija intervencij ZN ali NIC (angl. Nursing Interventions Classification).

- **Klasifikacija rezultatov v ZN - NOC** omogoča standardiziranje rezultatov pacientov, družine ali skupine. Nudi merila, ki jih izvajalci zdravstvenega varstva lahko uporabljajo pri ocenjevanju učinkovitosti intervencij. Klasifikacija NOC vključuje 490 rezultatov, ki so opredeljeni z definicijami.

- **Klasifikacija intervencij v ZN - NIC** nudi poimenovanje in opisovanje intervencij, ki jih izvaja MS. Klasifikacija NIC vsebuje 554 posrednih in neposrednih intervencij ZN, vsaka od njih je ustrezno definirana.

Mednarodna klasifikacija prakse ZN/I.

Mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege ali ICNP (angl. International Classification for nursing practice) se je pričela razvijati z namenom poenotenja ZN. Namen ICNP je razviti sistem poenotenega izrazoslovja v ZN, opisati in predstaviti ZN, omogočiti primerjavo podatkov ZN, prikazati smer razvoja ZN, spodbuditi raziskovanje v ZN ter zagotoviti podatke o praksi ZN.

Elementi omenjene klasifikacije so **klasifikacija fenomenov** (pojavov), **klasifikacija intervencij in klasifikacija rezultatov.**

Evropske klinične poti v ZN ali ENP (angl. European Nursing Care Pathways) so tudi oblika za standardiziranje strokovnega jezika in klasifikacija negovalnih diagnoz. Vsaka negovalna diagnoza je kodirana.

Negovalne diagnoze so razdeljene:

- na funkcionalne ali fiziološke,
- čustvene ali psihološke,
- negovalne diagnoze, povezane z različnimi dejavniki,
- negovalne diagnoze, povezane z okoljem.

Mednarodna klasifikacija prakse ZN/II.

- **Mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege** ali ICNP (angl. International Classification for nursing practice) se je pričela razvijati z namenom poenotenja ZN.

- **Namen ICNP** je razviti sistem poenotenega izrazoslovja v ZN, opisati in predstaviti ZN, omogočiti primerjavo podatkov ZN, prikazati smer razvoja ZN, spodbuditi raziskovanje v ZN ter zagotoviti podatke o praksi ZN.

- **Elementi** omenjene klasifikacije so: **klasifikacija fenomenov** (pojavov), **klasifikacija intervencij in klasifikacija rezultatov.**

Mednarodna klasifikacija prakse ZN/III.

ICNP je klasifikacija:

- fenomenov zdravstvene nege,
- aktivnosti zdravstvene nege,
- rezultatov zdravstvene nege.

Vsi navedeni elementi opisujejo prakso zdravstvene nege. ICNP je informacijsko orodje za opisovanje prakse ZN.

Omogoča zbiranje podatkov, ki se nanašajo na prakso ZN v okviru celotnega zdravstvenega informacijskega sistema. S tem postane ZN vidna. Ti podatki so tudi osnova za spremljanje kakovosti zdravstvene nege ter omogočajo potrebne spremembe, kadar jih uporabljajo za področje izobraževanja, managmenta, politike in raziskovanja.

Klasifikacija fenomenov ZN

Fenomen zdravstvene nege: določen vidik zdravja, pomemben za prakso ZN. MS ugotavlja pojave, ki vplivajo na zdravstveno stanje pacienta.

Celotna klasifikacija pojavov ZN je **razdeljena na osem osi:**

- **Žarišče prakse ZN**: področje profesionalne pozornosti, ki jo narekuje socialni, profesionalni in konceptualni okvir. Primeri: bolečina, samospoštovanje, revščina.
- **Ocenjevanje**: strokovno mnenje, ocena ali odločitev stanja določenega fenomena ZN z upoštevanjem relativne kakovosti intenzivnosti ali stopnje pojavnosti.
- **Pogostost:** število pojavov določenega fenomena zdravstvene nege ali njihovo ponavljanje v določenem časovnem intervalu.
- **Trajanje:** kako dolgo je posamezen fenomen ZN prisoten. Topologija: anatomsko področje v odnosu na obseg ali medialno točko, v kateri se pojavlja fenomen ZN.
- **Lokacija**: anatomska pozicija ali lokacija fenomena ZN.
- **Verjetnost**: da se bo fenomen ZN pojavil.
- **Nosilec:** bitje ali bitja, pri katerih je fenomen ZN prisoten.

Smernice za postavitev negovalne diagnoze

Negovalna diagnoza je poimenovanje odločitve o fenomenu ZN, ki je žarišče aktivnosti ZN.

Za **ICNP je negovalna diagnoza** sestavljena iz elementov, ki jih vključujejo osi klasifikacije fenomenov ZN.

Negovalna diagnoza mora:

- vključevati enega od pojmov iz osi: žarišče prakse ZN;
- vključevati enega od pojmov iz osi: ocenjevanje ali verjetnost;
- pojmi iz ostalih osi niso obvezni, lahko pa vplivajo na kakovost negovalne diagnoze;
- za postavitev negovalne diagnoze je dovoljeno uporabiti le en pojem iz posamezne osi.

Klasifikacija aktivnosti ZN

Intervencije ZN so vse aktivnost medicinske sestre, ki so usmerjene v reševanje problemov in težav posameznika, družine , skupine, opisanih negovalnih diagnozah.
Te aktivnosti so usmerjene v **doseganje ciljev in pričakovanih rezultatov**.

V klasifikaciji aktivnosti ZN ICNP so osi definirane kot :

- **vrsta aktivnosti**: dejanje kot aktivnost zdravstvene nege;
- **cilj:** bitje ali bitja, na katere se nanaša aktivnost zdravstvene nege ali razlogi za te aktivnosti;
- **sredstva**: bitje, ki izvaja aktivnost zdravstvene nege. Ta pojem vključuje tudi orodja in službe, potrebne za določeno aktivnost.
- **časovna orientacija** za aktivnost zdravstvene nege: čas v tem primeru vključuje časovne točke (dogodke) in časovne intervale (epizode), ki opisujejo dolžino časa med dvema dogodkoma;
- **topologija:** anatomski predel v odnosu na medialno točko ali do anatomskega obsega, ki je vključen v aktivnosti zdravstvene nege;
- **lokacija:** anatomska in prostorska orientacija za določeno aktivnost zdravstvene nege. Lokacija vključuje strani telesa kot anatomsko pozicijo ali pa lokacijo kraja, kjer se aktivnost izvaja;
- **poti:** poti izvajanja aktivnosti zdravstvene nege.
- **uporabnik:** bitje ali bitja, ki jim je aktivnost zdravstvene nege namenjena.

Smernice za predstavitev intervencije ZN in klasifikacija rezultatov ZN

Intervencija ZN je aktivnost za dosego rezultata zdravstvene nege na osnovi negovalne diagnoze. Za ICNP je postopek sestavljen iz elementov osi klasifikacije aktivnosti ZN. Intervencija ZN mora vključevati:

- en pojem iz osi vrsta aktivnosti;
- pojme iz ostalih osi niso obvezni, lahko pa izboljšajo kakovost intervencije;
- za posamezno intervencijo smemo izbrati le po en pojem iz vsake od osi.

Rezultat ZN se odraža v spremenjeni negovalni diagnozi po opravljeni intervenciji ZN. Je torej pričakovani rezultat (cilj) ZN, izmerjen v določenem časovnem intervalu. Omogoča merjenje in opisovanje rezultatov v povezavi z negovalno diagnozo.

Negovalna diagnoza = opis problemov, težav, vplivajočih dejavnikov.
Intervencije ZN = usmerjene na omilitev, odstranitev vzroka, težav.
Pričakovani rezultati = opis sprememb v negovalni diagnozi po opravljeni intervenciji.
Merjenje rezultatov poteka, dokler se ne spremenijo negovalne diagnoze, oz. dokler niso problemi in težave odstranjeni, oz. dokler ni doseženo najboljše možno stanje, obnašanje ali ravnanje.

Empirični indikatorji

Empirični indikatorji/empirični kazalci so specifični, konkretni pripomočki za izobraževanje, prakso in raziskovanje v ZN.

Za prakso ZN so pomembna dogovorjena in sprejeta pravila ravnanj kot so obrazci in kriteriji za ocenjevanje stanja pacientov, kriteriji za vrednotenje uspešnosti in učinkovitosti ZN in standardi ZN.

Standardi ZN/I.

Značilnosti standardov ZN so:

- sprejete in veljavne norme, ki opredeljujejo aktivnosti ZN in stopnjo kakovosti ZN,
- sredstva oziroma orodje za merjenje kakovosti,
- standardi morajo biti dinamični, da jih je možno prilagajati in spreminjati.

Standardi omogočajo vrednotenje kakovosti in učinkovitosti ZN.

Standardi ZN zagotavljajo:

- poenoteno pojmovanje stroke ZN,
- enotno podlago za učenje in prakso ZN (študentom, pripravnikom,..),
- ugotavljanje kadrovskih potreb in delitev dela,
- ugotavljanje nivoja profesionalne zavesti.

Standardi ZN

Standardi morajo odražati:

- vidike sodobne ZN,
- najnovejše ugotovitve raziskovalnega dela, podprte s praktičnimi izkušnjami, strokovno usposobljenost,
- pristojnosti članov negovalnega tima,
- specifičnost posameznega področja ZN.

Standardi opredeljujejo tudi pogoje za izvajanje ZN in pričakovane rezultate.

Ravno zaradi tega so negovalni standardi »živ dokument«, ki se spreminja v skladu z napredovanjem in razvojem stroke

Vrste standardov ZN

Donabedian je razdelil standarde na **standarde strukture, procesa in izida.**

E. Mason pa poleg teh omenja tudi **standarde vsebine**. Metodologija E. Mason nam omogoča, da oblikujemo negovalne standarde postopoma.

- **STANDARD STRUKTURE** opisujejo vire za kakovostno izvajanje ZN, obenem pa se v oblikovanem standardu odraža kakovost menedžmenta v ZN. Kriteriji standardov strukture opisujejo, kaj moramo zagotoviti, da dosežemo pričakovane rezultate. V kriterijih standardov strukture opišemo kdo, kje in s čim bo izvedel določeno aktivnost.
- **STANDARD PROCESA** s kriteriji opiše, katere akcije je potrebno izvesti (kaj), kako pogosto in kdaj. Kadar je akcija vezana na komunikacijo, opišemo vsebino – kaj povemo, kaj učimo, da dosežemo rezultat, ter opišemo oblike in metode dela.
- **STANDARDI IZIDA** opredelijo pričakovane rezultate ali izide. V kriterijih standardov izida zapišemo, kakšen izid pričakujemo in kdaj ter kako ga prepoznamo. S standardom izida merimo zadovoljstvo pacienta, pričakovano spremembo v pacientovem zdravstvenem stanju in znanju pacienta (vedenje o bolezni, zdravstvenem stanju, življenjskem slogu…)

Oblikovanje standardov v ZN

1. **etapa**: **Raven bolniških enot;** Standarde in kriterije oblikujejo najprej delovne skupine na posameznih bolniških enotah ali oddelkih. Sestavljajo jih dva ali trije strokovnjaki iz prakse, vodi jih mentor, ki ima največ izkušenj.

2. **etapa: Raven zdravstvene ustanove**; Za koordinacijo aktivnosti za zagotavljanje kakovosti med posameznimi oddelki na ravni zdravstvene ustanove (klinika, bolnišnica ...), oblikuje standarde skupina strokovnjakov, katere naloga je spremljanje, svetovanje in usklajevanje dela. Skupina za koordinacijo je sestavljena iz članov delovnih skupin oddelkov in strokovnjaka, ki je usposobljen za raziskovanje v ZN.

3. **etapa: Nacionalna raven;** V delovno skupino za usklajevanje, presojo primernosti in uporabnosti standardov in kriterijev na nacionalnem nivoju so vključeni strokovnjaki od zunaj. Delovna skupina je sestavljena iz teoretikov ZN, strokovnjakov za organizacijo, vodenje in raziskovanje v ZN ter strokovnjakov iz prakse.

Standardi v ZN

- Osnova oziroma najpomembnejši element zagotavljanja in pospeševanja kakovosti ZN so standardi in kriteriji, ki med drugim jasno opredeljujejo naloge, pristojnosti in odgovornosti ZN ter njen prispevek k dobrim rezultatom oziroma uspehom ZN in zdravstvenega varstva v celoti.

- Standardi in kriteriji zagotavljajo in pospešujejo kakovost ZN. So koristen in nujen pripomoček za delo v praksi. Potrebno je poudariti, da moramo kljub oblikovanim standardom paciente/uporabnike vedno obravnavati individualno in glede na njihovo stanje, probleme in potrebe ter v skladu s tem načrtovati in izvajati ZN.

Kategorizacija pacientovih potreb po ZN

- **Sistem kategorizacije po San Joaquinu** je sistem kritičnih kazalnikov za merjenje odvisnosti pacientov od negovalnega osebja, razvrščenih v štiri negovalne kategorije, ter merjenje posrednih in neposrednih dejavnosti v ZN. Sistem omogoča merjenje količine opravljenega dela v ZN.

- Vsakodnevno ugotavljanje kategorije zahtevnosti ZN pacienta je bilo sprejeto kot **sestavni del negovalne oziroma zdravstvene dokumentacije pacienta**. Vse to v svoji vsebini opredeljuje tudi Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva iz leta 2000.

- **Kategorizacija zdravstvene nege pacientov** je metoda razvrščanja pacientov v kategorije glede na zadovoljevanje potreb po ZN v določenem časovnem obdobju. Namen kategorizacije ZN pacientov je predvsem, da bi ocenili intenzivnost zdravstvene nege ter izračunali stroške (dejanske, predvidene) za posamezni oddelek. Pri razvrščanju pacientov lahko izmerimo tudi čas, ki je potreben za ZN pacientov.

Metoda po San Joaquinu

Za razvrščanje pacientov v posamezne kategorije uporablja različne kriterije.

Z vidika pacienta:

- kategorija I: pacient, ki lahko obvladuje svoje zdravstveno stanje,
- kategorija II: pacient, ki delno obvladuje svoje zdravstveno stanje,
- kategorija III: pacient, ki ne obvladuje svojega zdravstvenega stanja,
- kategorija IV: pacient, ki je popolnoma nesposoben obvladati svoje zdravstveno stanje.

Z vidika pacientovih potreb po ZN:

- kategorija I: minimalna ZN,
- kategorija II: zmerna ZN,
- kategorija III: obsežna ZN,
- kategorija IV: intenzivna ZN.

Protokol slovenske kategorizacije zdravstvene nege (SKZBZN)

- Razvrščanje pacientov v kategorije glede na potrebe po ZN opravlja medicinska sestra-vodja negovalnega tima s sodelovanjem drugih članov negovalnega tima,
- razvrščanje opravlja enkrat dnevno ob predaji službe zdravstvene nege članov negovalnega tima dopoldanske izmene popoldanski, predvidoma med 12,30 in 13,30,
- razvrščanje opravlja za zadnjih 24 ur, za obdobje od 13. ure prejšnjega dne do 13. ure tekočega dne, rezultat razvrščanja je vpisan pod tekoči dan,
- vsi pacienti, ki so ob času razvrščanja hospitalizirani 8 ur in več, so razvrščeni v kategorije glede na potrebe po ZN,
- pacienti, ki so v bolnišnici manj kot 8 ur, niso razvrščeni po stopnji zahtevnosti ZN, evidentiramo jih kot S – sprejem, – pacienti, ki v soglasju s svojim zdravnikom začasno odidejo domov (sobota, nedelja), niso razvrščeni, vpišemo jih v rubriki V – vikend.

Vsebinski opis kategorij zahtevnosti ZN

I. **kategorija zahtevnosti zdravstvene nege**: Sem sodi pacient, ki je pretežno samostojen pri osnovnih življenjskih dejavnostih; potrebuje le nadzor, medicinsko-tehnične postopke in posege ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo.

II. **kategorija zahtevnosti zdravstvene nege:** Sem sodi pacient, ki potrebuje pomoč pri eni ali več od naštetih dejavnosti: osebni higieni, gibanju, hranjenju in/ali varnosti; poleg tega lahko potrebuje tudi pogostejšo in/ali dolgotrajnejšo aplikacijo terapije, pogostejše spremljanje vitalnih funkcij in/ali reden nadzor nad gibanjem v bolnišničnem okolju ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo.

III. **kategorija zahtevnosti zdravstvene nege:** Sem sodi pacient, ki potrebuje popolno pomoč pri eni ali več dejavnostih: osebni higieni, gibanju, hranjenju in/ali varnosti; poleg tega lahko potrebuje pogostejšo in/ali dolgotrajnejšo aplikacijo terapije, spremljanje vitalnih znakov v neprekinjenih intervalih oziroma neposredno opazovanje ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo.

IV. **kategorija zahtevnosti zdravstvene nege**: Sem sodi pacient, ki poleg zgoraj naštetega, potrebuje še stalno spremljanje vitalnih znakov in/ali stalno spremljanje psihofizičnega stanja.

Kriteriji in indikatorji za razvrščanje pacientov v kategorije potreb po ZN

Kriteriji za razvrščanje	Indikatorji za razvrščanje
• Pomoč pri osebni higieni • Pomoč pri gibanju • Pomoč pri hranjenju • Pomoč pri zagotavljanju varnosti • Aplikacija terapije • Nadzor, opazovanje	• Pretežno samostojen • Delna pomoč pri osebni higieni • Popolna pomoč pri osebni higieni • Delna pomoč pri gibanju • Popolna pomoč pri gibanju • Delna pomoč pri hranjenju • Popolna pomoč pri hranjenju • Pomoč pri zagotavljanju varnosti • Aplikacija terapije (večkratna in/ali dolgotrajna) • Nadzor na 2 do 3 ure (neposredno opazovanje) • Stalen nadzor

Komunikacija v ZN

- **Komunikacija, ki temelji na profesionalnosti**, je temelj učinkovite in kakovostne ZN, saj izboljšuje njeno uspešnost, kakovost in učinkovitost, in je tudi pogoj, ki zadovoljuje tako zaposlene kot tudi paciente.

- S komunikacijo **pridobimo informacije**, ki so pogoj za uspešnost našega dela. Premalo se zavedamo, kako pomembno je dandanes komuniciranje v ZN, saj se začne in konča vse le s primerno komunikacijo. Do nezadovoljstva med pacienti in tudi med zaposlenimi pride ravno zaradi pomanjkanja komunikacije.

- Komuniciranje je **krožni proces**, ki ga sestavlja tako oddajanje in sprejemanje sporočil med posameznimi osebami.

- **Uspešnost komuniciranja** je odvisna od pošiljatelja pa tudi od prejemnika sporočil, pomembno je, da ne pride do motenj v pošiljanju in prejemanju le-teh

Terapevtska komunikacija

- **Terapevtske komunikacije je proces** med MS in pacientom, ki zajema doseganje ciljev za zadovoljevanje pacientovih potreb, oba člana pa sta enakovredna in aktivna v procesu ZN ter spoštujeta medsebojni odnos. Pri terapevtskem odnosu ni pomembno samo spoštovanje, temveč tudi **medsebojno zaupanje, poštenost in empatičen odnos.**

- **Terapevtsko komuniciranje je usmerjeno** na zadovoljevanje pacientovih potreb po življenjskih aktivnostih.

- **Namen terapevtskega komuniciranja** je vzpostavitev dobrih medsebojnih odnosov med pacientom in zdravstvenim osebjem. Oba člana morata biti enakovredna, da lahko dosegamo končne skupno zastavljene cilje.

- **Razlika med vsakdanjo komunikacijo in terapevtsko komunikacijo** je, da je terapevtska komunikacija osredotočena izključno na pacienta in doseganje njegovih ciljev in potreb, pri vsakdanji komunikaciji pa morata biti zadovoljeni obe strani udeležencev v komunikacijskem procesu. Naloga zdravstvenih delavcev pri tem je, da sprejmemo in razumemo reakcije pacienta, njegovo vedenje in komunikacijo.

Najlepša hvala za vašo pozornost in morebitna vprašanja.