

Zakaj je pomembno poznavanje zgodovine zdravstvene nege?

- Pogojuje nam razumevanje nekaterih situacij.
- Na osnovi poznavanja zgodovine lahko načrtujemo prihodnost.
- Zgodovina predstavlja POZNAVANJE, sedanost RAZUMEVANJE, prihodnost pa NAČRTOVANJE.

Kako je potrebno obravnavati zgodovino zdravstvene nege?

- Obravnavamo jo kot del splošne zgodovine, vključno z zgodovino medicine.
- Vedno obstaja tudi povezava stroke z družbenim okoljem in kulturo.

Kako razdelimo zgodovino zdravstvene nege edukativnega vidika?

Odgovarja na dva načina izvajanja ZN v časovnem obdobju (glede na izobrazbo tistih, ki so izvajali ZN)...

- Laik: znanje pridobljeno na neformalni način, vidi le aktualne probleme. Laik je v določeni situaciji zelo dobrodošel, ima lahko veliko znanja, ki ga pridobi na različne neformalne načine, vendar opazi lahko le aktualne probleme.
- Strokovnjak: formalna izobrazba, predvidi probleme, išče vzročne povezave. Strokovnjak pa predvidi probleme, ter išče vzročne povezave. Strokovnjak lahko svojo izobrazbo dokaže z izkazi.
- Edukativni vidik nam odgovori: kako?, kdo?, kdaj? in kje?
- Zgodovinski razvoj poklica razdelimo:
 - ❖ intuitivno-empirična doba (do l. 500... začetki do 6. stoletja)
 - ❖ doba organiziranega priučevanja za poklic (500 – 1859)
 - ❖ doba modernega sestristva (1860 – 1945)
 - ❖ doba sodobne ZN (od l. 1946 do danes)

Napiši obdobja v razvoju poklica ter napiši kdo je takrat negoval?

intuitivno-empirična doba	do l.500	ženske, zdravitelji, vrači-šamani, svečenik/ce
doba organiziranega priučevanja za poklic	500-1859	redovnice/ki, družinski člani, služabniki ali najeti negovalci, prostovoljke
doba modernega sestristva	1860-1945	brezvoljni ljudje z malo znanja, izobraževanje ms; bolničarke
doba sodobne zdravstvene nege	Od l. 1946	medicinske sestre

Kaj so značilnosti intuitivno empirične dobe?

- enostavni postopki (spodbudne besede, besede upanja), nego so izvajale ženske.
- diferenciacija spretnejših posameznikov (zdravitelji, vrači, šamani) – bili so prvi, ki so si na račun nege pridobili sredstva za preživetje.
- politeistične religije: so bolezen poimenovali kot voljo bogov, zato so svečeniki in svečenice skrbeli za zdravje in nego ljudi – s tem so si ustvarili veliko premoženja, imeli so čas za študij in izobraževanje (bolj v smeri medicine).
- krščanstvo: karitas (ljubezen do bližnjega), Te karitativne dejavnosti so oblikovale združbe žensk. npr. DIAKONESE (po milanskem ediktu; ženske nad 65 let, predvsem vdove, samske, hodile po domovih, negovale bolne, pomagale revežem, ob tem širjenje krščanstva).

Grške diakonese: (razcvet v 3.stoletju), bile so neporočene vdove (poročene ali da so imele preskrbljene otroke), saj niso imele časa za svoje družine; starejše ženske-zaradi izkušenj; ponekod starost nad 65 let, širile so se naprej z združbo; pol cerkveni rodovi; hodile okoli in iskale bolne; njihova dodatna naloga je bila: da širijo krščansko vero.

Rimske matrone: niso se povezovale v združbe tako kot diakonese; prihajale so iz premožnih patricijskih rodov (bile so iz uglednih patricijskih družin), hotele so se odkupiti zaradi grešnega življenja; organizirale so svoje domove za nudenje pomoči, vendar ko je matrona umrla je bilo konec, se ni nadaljevalo naprej ampak se je začelo v kateri drugi družini in pri kateri drugi matroni.

Kdo so bili prvi negovalci v zgodovini in kje so negovali?

Nego so izvajale ženske, čeprav je bilo njihovo delo manj vredno (po biološkem poslanstvu), so bile za to delo v praskupnosti cenjene in spoštovane. Kasneje so to izvajali zdravitelji, vrači, šamani. Bolnike so negovali na domu. Pojav krščanske religije je narekoval karitativnost to pomeni ljubezen do bližnjega. Te karitativne dejavnosti so oblikovale družbe žensk, v Grčiji so se imenovali diakonese v Rimu pa matrone.

Kaj je bila značilnost Rimskih matron?

Niso se povezovale v združbe tako kot diakonese; prihajale so iz premožnih patricijskih rodov (bile so iz uglednih patricijskih družin), hotele so se odkupiti zaradi grešnega življenja; organizirale so svoje domove za nudenje pomoči, vendar ko je matrona umrla je bilo konec, se ni nadaljevalo naprej ampak se je začelo v kateri drugi družini in pri kateri drugi matroni.

Naštej nekaj ustanov, kjer so izvajali nego v intuitivno-empirični dobi!

- Asklepijevi templji: Grčija, do 5. stol., zdraviliška dejavnost (klimatsko ugodne lokacije), šolanje kadrov (tudi Hipokrat)
- iatreione (gr. iater – zdravnik): Grčija, na domovih zdravnikov
- lazareti: Rim, za vojake, pod okriljem države
- ksenodohije (iz gr. – sprejeti tujca): Cerkev, tudi za tujce
- bazilije: škof Bazilij (kompleks v Cezareji), bolniki ločeni po obolenosti, materialno samostojne, služba vodičev (iskali bolne, ranjene – prva patronaža)
- diakonije: na domu pri družinah
- valetudinariji (lat. valetudo – zdravje): Rim, za sužnje

Časovno opredelite dobo organiziranega priučevanja na poklic in opišite družbeno in kulturno ozadje, ki je značilno vplivalo na negovanje v tem času!

- doba organiziranega priučevanja za poklic (500 – 1859) – delimo jo na 4 obdobja:
 - o 500 – 1000 (naraščajoči spiritizem)
 - o 1000 – 1500 (križarske vojne)
 - o 1500 – 1700 (renesansa)
 - o 1700 – 1859 (romanopisci)
- krščanski spiritizem: vse izvira in je odvisno od Boga – zanemarjanje telesa, nega zreducirala na skrb za dušo
- negovali so redovniki, redovnice, družinski člani (predvsem ženske), služabniki, najeti negovalci (premožne družine), prostovoljke
- hospitali (lat. hospes – gost): gostišča
- mestne bolnišnice: Hotel Dieu (Lion, 542), Hotel Dieu (Pariz, 651), Ospedale di Santo spirito (Rim, 717), St. Albans hospital (London).

Kako so križarske vojne vplivale na razvoj zdravstvene nege?

- obdobje križarskih vojn: 1096 (začetek 1. križarskega pohoda) – 1291 (padec Akkona)
- viteški redovi, ki so v Palestini prek Arabcev prišli v stik z medicinskimi znanji, so prevzeli skrb za ranjence, predvsem red sv. Janeza (imenovani tudi ivanovci ali hospitalerji, kasneje pa malteški vitezi), pa tudi templarji, viteški red (t.i. tevtonci)...
- bolnišnica na Malti: sprejemali vse (nižji standard za neplemiče), ob odpustu čista oblačila, popotnica za tri dni, red, disciplina, visoka raven higiene
 - o pojem vizite: zdravnik dnevno obiskoval svoje bolnike (Malteški vitezi so prvič uporabili pojem VIZITA),
 - o prvič organizirali strokovno izobraževanje: anatomija, klinična medicina za zdravnike.

Kaj predstavlja obdobje renesanse za zdravstveno nego?

- obdobje renesanse: 14. – 16. stoletje

To obdobje je prineslo velik razcvet znanosti in tudi medicine, nega pa kljub temu nazaduje in je dosegla najnižji nivo v vsej zgodovini. Zaradi reformacije so se ukinitve samostanske bolnišnice. Ostali so predvsem hospitali kot hiše revežev, groze in smrti. Za nego so ostali le nauki, bolni ljudje z negativnimi nagnjenji (alkohol, grobost, grabežljivost,...). Pojavilo se je nesorazmerje med potrebami po negi in možnostmi. Bolnišnice so neprijazno grajene, mračne zgradbe. Znani so kruti delavni pogoji v bolnišnicah: nega, čiščenje prostorov, kuhanje in pranje so opravljale iste osebe skozi ves dan. Kdor je le mogel je odšel.

Kako je Vincent de Paul poskrbel za usposabljanje negovalcev?

- Povezujejo ga z prvimi zametki formalnega izobraževanja za negovalke. Leta 1633 je ustanovil red usmiljenk » **Dames de Marite**« skrbele so tudi za bolne po domovih in osnovala zametke patronaže.
- **Program usposabljanja:** 2 meseca pripravljalna doba, ki je vsebovala program splošnega izobraževanja – pisanje, učenje, čitanje, računanje... temu je sledila 5 – letna praksa. Poudarjal je, da mora biti izbor udeleženk v osebni odločitvi posameznice in imeti mora veselje do dela. Spodbujal je k rehabilitaciji. Negovalke so bile manj izolirane. Pogosto jim je pisal in jim naročal skrb za zdravje ne le duše, ampak tudi telesa. Bil je pobudnik, da so te sestre prevzele skrb za zapuščene otroke.

V čem je pomen Theodorja Fliednerja?

On in njegova žena sta organizirala zavetišča za kaznjence. Pomagala jima je Elizabeth Fry. Kasneje sta ustanovila bolnišnice in sestrške šole. Najprej sta jih negovala sama, kasneje sta za pomoč ustanovila red sodobnih **DIAKONES**. Redu so lahko pripadale tudi ženske iz prosvetnega življenja. Pogoj za sprejem je bil: starost nad 25 let, visok socialni status, veselje do nege bolnika.

Usposabljanje: vključevalo je 3. mesečno pripravo vsebine o zdravih in medicinsko kliničnih predmetov, temu je sledila 3. letna vsebinsko določena praksa. Težil je k čim bolj široko usposobljeni negovalki.

Kako je družbeno ozadje vplivalo na ZN v dobi modernega sestrinstva?

- Naraščajoči kapitalizem in z njim veliko revnega delavstva.
- Nego so pogosto izvajali brezvoljni ljudje z malo znanja.
- Znanje ni pripomoglo k dvigu samozavesti, ker so bili podrejeni vlogi zdravniku.
- Močno je bila prisotna spolna (ženske) in slojna (revni) diskriminacija.
- V začetku tega obdobja je bilo veliko umiranja v bolnišnicah.

Kaj je zaznamovalo zdravstveno nego leta 1860?

Florence Nightingale v St. Thomas hospital v Londonu ustanovila šolo za MS

- ❖ poudarjala izobraževalni in vzgojno-etični vidik (ocenjevanje pri praktičnem delu)
- ❖ vpisni pogoji: starost 25 – 35 let, primerne značajske lastnosti (poštenje, resnicoljubnost, urejenost, mirnost...)
- ❖ šolanje: 4 leta za dekleta iz nižjih slojev, 3 leta za tiste iz višjih (predznanje), sprva (do 1870) brezplačno, stanovanje v študentskem domu, uniforma, plačilo
- ❖ anatomija, kirurgija, farmakologija (strokovna terminologija)
- ❖ razmerje teorija : praksa – 1 : 9 (10 ur prakse dnevno)
- ❖ delo: preveza ran, puščanje krvi, masaža, osebna higiena pri slabotnih, pomoč pri operacijah, priprava dietne hrane, opazovanje bolnika in poročanje o stanju, priprava materialov...
- ❖ na koncu ni diplom (permanentno izobraževanje)

Mednarodni dan medicinskih sester v Sloveniji!

12.maj. Na ta dan se je rodila Florence Nightingale (1820-1910), ki je vse svoje življenje posvetila ozaveščanju ljudi v pomenu higiene v zdravstvu. Bistveno je pripomogla k ugledu poklica takratnih negovalk (bolničark) in ustanovila prvo šolo za medicinske sestre in babice.

Kje je Florence Nightingale pridobila znanje za delo z bolniki?

- Rodila se je premožnim staršem aristokratskega porekla.
- Deležna je bila visoke izobrazbe, govorila je tri tuje jezike, imela je veliko stikov s cerkvenimi in posvetnimi oblastmi in jih je obrnila v prid nege.
- Znanje ji je omogočal oče.
- Osebnostne lastnosti : bila je natančna, disciplinirana, notranje motivirana in imela je odlično znanje. Negovala je tudi bolno mater in varuško.
- Dodatna znanja si je pridobila z :
 - karitativno dejavnostjo
 - šolala se je pri Teodorju Flienderju

Predstavite kronološki pregled dela Florence Nightingale!

- S 16 leti je delala v karitativni dejavnosti – pomoč revežem iz okolice, prišla je do spoznanja o škodljivosti neznanja.
- Pri 24 letih se je odločila za negovalno delo, k temu jo je nagovorila izkušnja, ko je negovala bolno mater in varuško. Ugotovila je, da za nego niso dovolj etične lastnosti, ampak je potrebno veliko znanja. Doma so njeni odločitvi nasprotovali, ker delo v ZN tedaj ni bilo cenjeno.
- Kot 31- letna se je šolala pri Teodorju Flienderju
- Leta 1853 je dobila mesto glavne sestre v bolnišnici za obolele guvernante. Uvedla je pomembne spremembe :
 - Napeljala je vodo v prvo nadstropje
 - Uvedla je sistem zvoncev
 - Uvedla je socialno delo – pred odpustom se je pogovorila z bolnikom o življenju doma
- Krimsko vojna – leta 1854 je šla v Scutarij z negovalkami. Delale so v zelo težkih pogojih življenja. Čeprav je imela veliko nasprotnikov je dokazala, da se z kvalitetno nego da marsikaj doseči. Zmanjšala je umrljivost iz 40% na 2%. Zbolela je za krizno mrzlico in v delo ni mogla biti več tako fizično vključena.
- Postala je generalna ravnateljica sanitarnega osebja vojaške bolnice v britanski armadi. Leta 1856 jo je odlikovala kraljica Viktorija.
- Ustanovi šolo za medicinske sestre
- Leta 1907 jo je kralj Edvard odlikoval z redom zaslug za narod.

Katere so zasluge Florence Nightingale za razvoj modernega sestrištva?

- Dokazala je pomen zdravstvene nege za uspešno zdravljenje (umrljivost v Scutariju iz 40% na 2%)
- Utemeljila je poklic šolanih medicinskih sester (formalno izobraževanje po predpisanem programu, negovanje ni le materinska ljubezen, pomen znanja, ločevanje šolanih od priučenih)
- Ustanovila je prvo šolo za MS v Londonu v okviru bolnišnice St. Thomas (1860)
- Pomen dobre organizacije dela
- Pomoč pri ustanovitvi službe za negovanje bolnikov v domačem okolju (Rathbon)
- Upoštevala je pomen stalnega izobraževanja (ni podeljevala diplom, zahtevala je kontinuirano dopolnjevanje znanja)
- Bila je med prvimi zdravstvenimi statistiki
- Napisala je preko 100 publikacij (1859 – Notes on nursing)
- Napisala je PRVO DEFINICIJO ZDRAVSTVENE NEGE: »Zdravstvena nega je ustvarjanje najugodnejših pogojev za odvijanje naravnih procesov«
- Pripravila je temelje bodočih teorij ZN (pomen okolja)
- Sodelovala je pri oblikovanju priporočil za ustanovitev Rdečega Križa

Šola za MS v Londonu v okviru bolnišnice St. Thomas (1860).

- **Vpisni pogoji** : Starost od 25-35 let, lastnosti: poštenost, resnicoljubnost, urejenost, mirnost... V začetku je bilo šolanje brezplačno, trajalo je 3 leta za dekleta iz višjih socialnih slojev in 4 leta za dekleta iz nižjih slojev. Dekleta so stanovale v študentskem domu, nosile so uniformo in prejemale plačilo.
- **Opravljala so naslednja dela** : prevezo ran, puščanja krvi, masažo, osebno higieno pri slabotnih, pomoč pri operacijah, pripravljale so dietno hrano, opazovale bolnika...

Opišite izobraževanje v času modernega sestrištva v Sloveniji!

- V tem obdobju so obstajali občasni tečajji iz strežbe bolnikom. Organizirale so jih bolnišnice in vodili šefi bolnišnic. Znanje je bilo skromno in različno glede na bolnišnico
- V okviru Deželnega pomožnega društva za Kranjsko pomoč ranjenim in bolnim so bili organizirani tečajji za bolničarke
- To društvo se preimenovalo v Deželno gospejino društvo RK za Kranjsko. Tečajji so bili v Celovcu on Gradcu. Izobraževanje je potekalo 6 mesecev. Vsebovalo je PP in nauk o obvezah. Zanimarjen je bil preventivni vidik skrbi za zdravje
- Sledile so spremembe po I. svetovni vojni. Napredni slovenski zdravniki so poskušali uvesti spremembe na področju ZN, spodbujali skrb vlade za zdravje ljudstva. Pri naprednih zdravnikih je čutili tudi skrb za preventivo
- L. 1919 so bile ustanovljene prve posvetovalnice za matere na Jesenicah, sledile so v Mariboru in Trbovljah (zaradi industrije)
- Zavod za zaščito mater (1923) je organiziral skrb za nego bolnika, vzgojo, svetovanje, preprečevanje bolezni. Ta zavod je bil pobudnik za odprtje prve šole za MS pri nas l. 1923/24, imenovala se je Šola za zaščitne sestre v Ljubljani. Imela je eno-letni monovalentni program izobraževanja:
 - Program higijenske oskrbe in zaščite otroka
 - Sprejemni pogoji: od 19 do 30 let, telesno in duševno zdravje, dober uspeh v predhodni šoli, državljanstvo kraljevine Jugoslavije, znanje državnega jezika, biti neoporečen (ne v prekršku)
 - Bilo je obvezno brezplačno bivanje v internatu, brezplačna prehrana in uniforma. Sprva tudi plača.
 - Po končanem šolanju izpit pred državno komisijo
 - Pomembne zasluge pri ustanavljanju in poučevanju je imela Angela Boškin.
- L. 1927 – dveletni program. Ime šole: Šola za dečje zaščitne sestre in dojenjske negovalke
 - Dodatni sprejemni pogoji – veselje do dela
 - Uniforma in stanovanje še brezplačno
 - Hrana le za naj bolj revne in najbolj uspešne
 - Plača ukinjena
- L. 1933 – triletni polivalentni program. Poskusna doba in sprejemni izpit; uvedba štipendije
- L. 1938-42 – zaradi pomanjkanja MS je prišlo do sprememb pogojev: starost nad 18 let; dveletni program
- Obdobje NOB – opaziti dvig ugleda MS na račun kvalitete dela v času NOB:
 - Etičnost kadra
 - Vzdržljivost
 - Spretnost
 - Preprečevanje okužb
 - Zdravstveno svetovanje
 - Zbiranje sanitarnega materiala

Kdaj in kje je bila ustanovljena prva šola za medicinske sestre v Sloveniji?

Leta 1923/24 v Ljubljani. Imenovala se je Šola za zaščitne sestre v Ljubljani.

Predstavite Angelo Boškin na področju dela zdravstvene nege!

Rojena je bila v Pevni pri Gorici. Bila je prva šolana MS pri nas. Dala je pobudo za ustanovitev posvetovalnic za matere in otroke ter za ustanovitev šole za MS.

- L. 1905 odšla na Dunaj k bratu pomagat pri gospodinjstvu. Njeno pozornost so pritegnile MS zaradi modrih uniform
- L. 1912 odšla v šolo za MS na Dunaj (delala je kot asistentka zdravnika)
- L. 1915 delala v vojaški bolnišnici
- L. 1917 postala glavna MS v rezervni vojaški bolnišnici
- L. 1917 opravila šolo za skrbstvene sestre na Dunaju, po razpadu Austroogrske je iskala zaposlitev v kraljevini SHS
- L. 1922 pomagala pri ustanovitvi otroškega zavetišča in sirotišnice v Ljubljani
- L. 1924 poučevala na Šoli za zaščitne sestre in tudi sama opravljala to šolo, ker ji niso priznali spričevala iz Dunajske šole
- L. 1969 je dobila državno odlikovanje – Red zaslug za narod s srebrnimi žarki; dobila zlati znak – priznanje ZDMSS

Kakšni so bili cilji ZN v dobi modernega sestrištva?

- pridobitev formalne strokovne izobrazbe MS za poklic
- uveljavitev poklica MS (ugled, pravni status – ločitev MS od drugih negovalk)
- razširitev dejavnosti MS na izven bolnišnično področje – dispanzerji
- oblikovanje programov za specializacijo (različne veje medicine) – direktna, podiplomska
- standardizacija programov (ure, nivo znanja, vsebine)
- ustanavljanje strokovnih organizacij (teritorialni, nacionalni, svetovni nivo) – ICN (**International Council of Nurses**): ustanovljena 1899, Jugoslavija vključila 1927, Slovenija 1993.

Kdaj se prične doba sodobne zdravstvene nege?

Doba sodobne ZN se prične z letom 1946 in traja vse do danes.

- do takrat praktično ni tehnično usmerjene ZN, v 2. pol. 20. stol. razvoj ZN (definicije, teoretične osnove...) in s tem poklica MS (profesionalizacija, pripadnost...)
- ZN orientirana k zdravemu in bolnemu človeku (posameznik, družina, skupnost)
- vpliv razvoja medicine in družboslovnih ved na izobraževanje (holistični pristop)

Kdaj je vpeljan izraz ZN in katere vsebine so bile takrat prvič vključene v prostoru?

Izraz ZN je v Slovenskem prostoru prvič vpeljan od leta 1984/85. Takrat se v prostor tudi formalno vključijo elementi sodobne zdravstvene nege v izobraževalni program. Od takrat se uči PZN. PZN je sedaj bolj dodelan.

Zakaj je pomembno leto 1950 v zdravstveni negi?

Leto 1950 je prelomnica na področju ZN :

- Uveljavi se akademski študij ZN v ZDA
- Začne se vodeno raziskovanje na področju ZN
- Izhajati začne strokovna revija Nursing Research
- Pojavljati se začnejo prvi teoretični modeli
- Razvoj novega metodološkega pristopa ZN – PZN (teoretični model – praksa)

Zakaj je leto 1950 prelomnica?

- Samostojnost stroke,
- profesionalnost in
- pomoč pacientu.

Kaj je vplivalo na izobraževanje MS v Sloveniji v drugi polovici 20. stoletja?

- Do sredine 20 stoletja – praktičnost in tehničnost
- Druga polovica 20 stoletja – **razvoj ZN** (nastanejo definicije, teoretične osnove), **razvoj poklica** (profesionalizacija, pripadnost)
- ZN je orientirana k zdravemu in bolnemu človeku kot posamezniku, družini, skupnosti
- Na izobraževanje MS vpliva razvoj medicine in družboslovnih ved (holistični pristop):
 - pojav novih dimenzij v skrbi za zdravje ljudi (po vojni)
 - pojav širitve možnosti dela v ZN, obenem pa pomanjkanje kadra
 - 1947/48 šola za MS v Mariboru (2 leti, 3 leta, 4 leta)
 - 1948/49 šola za MS v Ljubljani – preimenovala, prej šola za otroške negovalke (od 1945 3 leta, od 1950 4 leta)
 - 1954 višja šola za MS
 - 1954/55 šola za MS v Celju (4 leta)
 - 1949/50 ustanovljena 4 letna šola (prvi diplomanti l. 1954)
 - 1960 šolska reforma – 4 letna srednja šola

V praksi prevladuje tradicionalna ZN, seznanjevanje s sodobno ZN v izobraževanju v 70-ih letih, l. 1984 pa formalna vključitev elementov sodobne ZN v izobraževalni program.

Kdaj in kje je bila ustanovljena prva višja šola za MS v Sloveniji?

Prva višja šola za MS se z zakonom uveljavi leta 1954 v Ljubljani. Imenovala se je Višja šola za medicinke sestre v Ljubljani.

Opišite razvoj Visoke šole za zdravstvo s pomočjo pomembnih letnic, trajanja študija, vsebinskih sprememb!

- 1962 z zakonom ustanovljena Višja šola za zdravstvene delavce (sprva MS, FT in RTG, čez 2 leti vključitev tudi drugih programov)
- 1975 postane VŠZD integralni del Univerze v Ljubljani
- 1993 sprejet zakon o visokem šolstvu – Visoka šola za zdravstvo
- 1993 univerzitetni študij zdravstvene vzgoje (trenutno prekinjen, zavzemanje za fakultetni študij od l. 1983)
- 1996 prvi vpis na ginekološko-porodniško smer (danes študij babištva).

Kdaj in kje je bila ustanovljena prva šola za MS v Sloveniji? Kdaj višja in kdaj na visokošolskem nivoju?

- Prva šola za MS je bila ustanovljena leta 1923/24 na pobudo »Zavoda za zaščito mater«, imenovala se je Šola za zaščitne sestre v Ljubljani;
- Leta 1954 je prišel zakon o Višji šoli za Medicinske sestre v Ljubljani;
- Leta 1993 je prišel zakon o visokem šolstvu: Visoka šola za zdravstvo;
- Od leta 2009 preimenovanje v Zdravstveno fakulteto.

Kako (tudi kje) se danes izobražujejo dipl. MS in dipl. zdravstveniki v Sloveniji?

- Visoka šola za zdravstvo v Ljubljani, Mariboru, Izola, Nova Gorica, Jesenice, NM
- program izobraževanja:
- sprva 70 – 80 % vaj, 3 % teorije ZN, veliko medicinskih vsebin
- razmerje se spreminja v korist teoretičnih vsebin – razmerje praksa: teorija danes je 1:1 (pri teoriji ZN zastopana 25 %).

Cilji sodobne ZN?

- dvig kakovosti in obsega izobraževanja
- izboljšanje organizacije zdravstveno-negovalne službe – ZN samostojna služba v celotni zdravstveni oskrbi
- permanentno izobraževanje in izpopolnjevanje – vseživljenjsko
- razvoj raziskovalnega dela
- gradnja teorij ZN – teorija pogoj za dobro prakso
- širitev metodologije dela – standardi, dokumentiranje, neg. diagnoze

Kaj je ZN in kaj je nega bolnika?

Zdravstvena nega ni nega bolnika. ZN je znanost, umetnost, ki se ukvarja s prakso, raziskovanjem in teorijo in jo izvajajo strokovno usposobljene osebe.

Nega bolnika je skupek večšin, ki so usmerjene k fiziološkemu zadovoljevanju bolnikovih potreb. Lahko jih opravlja kdorkoli na domu.

Pri negi je poudarek na praktičnosti in tehnični orientiranosti dela, ZN pa je veliko širši pojem.

- **ZN** je znanost in umetnost:
 - o je skrb za zdravje ljudi – osrednja vrednota je skrb za drugega
 - o usmerjena k ohranjanju, krepitvi in povrnitvi zdravja
 - o izvajajo jo strokovno usposobljene osebe
 - o skrbi za potrebe v vsakdanjem življenju
 - o deluje znotraj zdravstvenega varstva
 - o v primeru bolezni posameznik uresničuje potrebe po ZN preko zdravstvenih institucij
 - o predstavlja splet aktivnosti – ukvarja se s prakso, raziskovanjem in teorijo
 - o kompleksna dejavnost – znanje črpa v lastni praksi, družboslovnih in naravoslovnih vedah
- Pri **negi bolnika** je poudarek na praktičnosti in tehnični orientiranosti dela
 - o lahko jo opravlja kdorkoli na domu
 - o skupek večšin usmerjenih k zadovoljevanju fizioloških potreb
 - o pomoč pri opravljanju tistih življenjskih potreb, ki jih bolnik zaradi kateregakoli razloga ne more sam (bolezen, pomanjkanje znanja...).

Kaj nam povedo definicije ZN?

Definicije ZN so postavljale številne teoretičarke ZN in poklicna združenja.

Definicija nam daje odgovor na:

- kaj je ZN
- kaj je predmet preučevanja ZN:
 - skrb za posameznika, družino in skupnost
 - od rojstva do smrti
 - od doma do delovnega mesta, šole...
 - v kateremkoli zdravstvenem stanju

Kako je ZN definirala Florence Nightingale?

1859: »ZN je zagotavljanje najugodnejših pogojev za odvijanje naravnih procesov.«

F. Nightingale je bila pod vplivom izobrazbe, religioznosti in izkušenj iz krimske vojne. Zdravje je razumela kot sposobnost koriščenja vseh naravnih potencialov posameznika. Naravni proces imenuje pogoj okolja, ki naj bo čim boljši, da bi lahko posameznik te potenciale izkoristil.

- Po njenem so optimalni fizični pogoji : čistoča, mir, čist zrak, svetloba in toplota. (Naravni proces imenovala: Pogoj okolja)
- Nanjo so zelo vplivala socialno medicinska odkritja tega časa – preprečevanje nalezljivih bolezni s higienskimi ukrepi (te ukrepe je prinesla v krmsko vojno).

Definicija ZN Virginije Henderson!

- skušala odgovoriti na vprašanja
 - o kaj je ZN
 - o katere so specifične vloge MS
 - o katere so edinstvene aktivnosti ZN

Prva definicija l. 1955, sledile revizije, zadnja l. 1966 v treh delih:

»MS pomaga zdravemu ali bolnemu pri tistih dejavnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih ta opravljal sam, če bi imel za to voljo, moč in znanje.«

»MS sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega programa, katerega iniciator je zdravnik.«

»MS je enakovredna članica širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe bolnika varovanja.«

Razloži definicijo Virginije Henderson z vidika samostojnosti in odgovornosti MS?

MS je samostojna v tistih akcijah, za katere si je pridobila ustrezno znanje in je za te akcije tudi odgovorna.

Definicija ZN po N. Roper in sod.

1985: ZN je pomoč bolniku pri preprečevanju, reševanju, zmanjševanju in soočenju s problemi v povezavi z vsakodnevnimi življenjskimi aktivnostmi.

Definicija D. E. Orem (op.a.)

1980: ZN je pomoč ali intervencija MS usmerjena k vzpostavljanju ravnotežja med možnostjo in določenimi zahtevami (splošne in zdravstvene), ki jih mora posameznik zadovoljevati zaradi vzdrževanja življenja in zdravja, okrevanja po bolezni ali poškodbi in spoprijemanja s posledicami.

Definicija ZN po ICN!

2002: ZN obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih ter v vseh okoljih. Vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalide in umirajoče ljudi. Glavne naloge ZN so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanja ter vzgoje.

Razlika med definicijo ICN in definicijo Hendersonove!

Hendersonova je vključila soodvisno obravnavo v drugem delu definicije in izpostavila samo posameznika. Medtem, ko ima ICN vključeno družino, skupnost v vseh okoljih, nivoji zdravstvenega varstva, politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanja.

Opis ZN s pomočjo različnih definicij ZN posameznikov in poklicnih izkušenj!

- ZN je skrb za zdravje ljudi – osrednja vrednota ZN je skrb za drugega
- deluje znotraj zdravstvenega varstva
- predstavlja splet aktivnosti
- usmerjena je k ohranjanju, krepitvi in povrnitvi zdravja
- skrbi za potrebe ljudi v vsakdanjem življenju
- v primeru bolezni posameznik uresniči potrebe po ZN preko zdravstvenih institucij
- je kompleksna dejavnost – znanje črpa v lastni praksi, družboslovnih in naravoslovnih vedah
- je znanost in umetnost

Kdo so medicinske sestre?

- Odgovor nam daje definicija V. Henderson
- ICN – MS je oseba, ki je končala program bazične splošne izobrazbe za MS in ji pristojni organ podeli pravico opravljati prakso v njeni deželi
- MS je zdravstvena delavka, njeno strokovno področje je ZN
- Nosilka stroke in hkrati izvajalka je MS z višjo, visoko, fakultetno in akademsko izobrazbo
- MS ima v ZN samostojno funkcijo.

Naštej naloge MS?

- Oblikovanje filozofije ZN in lastne/osebne
- Razvijanje teorije in prakse ZN
- Načrtovanje, izvajanje in vrednotenje ZN
- Vodenje ZN
- Promocija zdravja
- Preprečevanje bolezni
- ZN bolnih
- Rehabilitacija posameznika, družine
- Delovanje v multi in monodisciplinarnih timih
- Izvajanje zdravstvene vzgoje pri zdravih in bolnih
- Razvojno – raziskovalno delo na lastnem področju
- Organizacija
- Izobraževanje

V kakšnih vlogah se MS pojavlja pri pacientu?

Po dokumentu » **razmejitev ZN** « so dela in naloge MS razdeljene na:

- Preventivne
- Negovalne
- Svetovalne
- Izobraževalne
- Poučevalne
- Diagnostične
- Terapevtske
- Administrativne
- Sporočilne
- Koordinirajoče
- Oskrbne

Kateri so ideali-vrednote sodobne ZN?

- Priznanje specifičnosti in spoštovanje osebnosti vsakega človeka
- Prepričanje, da so ljudje kompleksne celote (holizem)
- Prepoznavanje dejavnikov, ki vplivajo na človekove izkušnje o zdravju in boleznih
- Prepoznavanje potrebe po ohranjanju in krepitvi zdravja skozi življenje
- Prepričanje, da imajo ljudje pravico sodelovati pri odločanju o sebi (SZO 1995)

Bistvene razlike med sodobno in tradicionalno ZN?

Tradicionalna ZN	Sodobna ZN
Poudarek na odvisni funkciji (od medicine)	Poudarek je na samostojni medicini

Ni procesne metode dela	Delo po procesu ZN
Ni uporabe teorij in modelov v praksi	Uporaba modelov in teorij v praksi
Poudarek je na enem vidiku človeka (ali somatski ali psihični)	Poudarek je na holističnem pristopu k B/V
Funkcionalni model organiziranja ZN	Timski model organiziranja ZN
Problemi B/V se odkrivajo naključno, na osnovi izkušenj	Sistematično, ciljano, individualno odkrivanje problemov
ZN ni načrtovana, samo posamezne naloge	ZN je v celoti načrtovana za posameznega bolnika
ZN ni ali pa je skromno dokumentirana v okviru medicinske dokumentacije	ZN je v celoti dokumentirana v negovalni dokumentaciji
Ni vrednotenja uspešnosti ZN, če je le uspešnost izvedenih nalog	Vrednotenje uspešnosti na osnovi izvedenega in doseženega
Pasivna vloga B/V	Aktivna vloga B/V
Poudarek je na podrejeni in odvisni vlogi B/V – hierarhični odnos	Poudarek je na enakopravni vlogi B/V, partnerski odnos – odgovornost za zdravje

Poimenovanje temeljnih elementov sodobne ZN!

Vsi Temeljni elementi sodobne ZN: zagotavljajo njeno avtonomnost in suverenost, oz. avtonomno področje delovanja in tako omogočajo profesionalizacijo stroke.

- Filozofija stroke,
 - izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje v stroki
 - **procesni metodološki pristop**
 - **teoretični modeli ZN**
 - **negovalne diagnoze**
 - **negovalni standardi in kriteriji**
 - **negovalna dokumentacija**
 - **organizacija, vodenje, kadrovanje**
 - strokovna terminologija
 - raziskovanje na področju ZN
 - zakonodaja
 - uspešna komunikacija
- } **kontinuirana ZN**

Kateri temeljni elementi bistveno pripomorejo k zagotavljanju kontinuirane ZN?

Procesni metodološki pristop, dokumentacija in dokumentiranje ter računalniško informacijski sistemi omogočajo in so nujni pogoj za zagotavljanje kontinuiranosti ZN.

- **procesni metodološki pristop**
 - **teoretični modeli ZN**
 - **negovalne diagnoze**
 - **negovalni standardi in kriteriji**
 - **negovalna dokumentacija**
 - **organizacija, vodenje, kadrovanje**
- } **kontinuirana ZN**

Področja dela v ZN?

- Praksa
- vodenje (management)
- izobraževanje
- raziskovanje
- politika

Štiri temeljne odgovornosti MS po ICN?

- Krepiti zdravje
- preprečevati bolezni
- obnavljati zdravje
- lajšati trpljenje.

Katere filozofije se stikajo v praksi ZN?

- filozofija B/V
- filozofija zdravstvene organizacije
- filozofija MS
- filozofija zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev
- filozofi: filozofija ZN in praksa kot pomen in izvor teorij ZN, odnosi med teorijo in prakso
- razvijajoča se veda – razvijanje njene filozofije
- vsi bi morali imeti enak pogled na ZN (praktično-družboslovna veda, moralno-etična disciplina, humanistična disciplina)

Opreделите filozofijo ZN v OŽJEM smislu (z vidika Subjekta, Vsebine in Načina delovanja)!

- filozofija ZN v ožjem smislu
- z vidika **SUBJEKTA** je temeljni moto ZN: **SVIP** = Spoštovanje, Varnost, Integriteta, Počutje:

- Spoštovanje – najpomembnejše je, da B/V obravnavamo kot subjekt, da ne postane objekt
- Varnost:
 - Fizično dosežemo s temeljnim strokovnim opravljanjem ZN
 - Psihično gradimo z zaupanjem
- Integriteta – enkratnost, neponovljivost B/V – gre za celovito osebnost, pri kateri upoštevamo psihične, fizične, socialne in duhovne potrebe
- Počutje – če so prvi trije elementi dobro opravljeni bo verjetno tudi počutje dobro. Po počutju evalviramo kvaliteto ZN
- **Vsebino** delovanja narekujejo teoretični modeli
- **Način** delovanja narekuje organizacija dela (npr.:timsko delo) in metoda dela (npr.:PZN)

Kaj in kako lahko opredeljuje filozofijo ZN v ŠIRŠEM smislu?

- Opredeljuje stopnjo razvoja družbe in stopnjo razvoja stroke.
- Glede širšega smisla gledamo kako družba gleda na ZN, kakšen odnos ima družba do poklica. Drugi vidik je kako varovanci gledajo na ZN – to je odvisno od posameznega izvajalca ZN.
- Stopnja razvoja stroke pomeni, na kakšni stopnji je ZN v neki deželi – ali na nivoju poklica ali profesije.

Predstavite trenutno situacijo v izobraževanju in strokovnem izpopolnjevanju na področju ZN v Sloveniji!

Od l. 1993 je Visoka šola za zdravstvo (zakon o visokem šolstvu). Danes je razmerje med teorijo in prakso 50:50. Trenutno se na visoki šoli za zdravstvo izvaja 8 programov : MS, FT, DT, RTG, Sanit. ing., Ortop. teh., babice,...

Trenutna izobraževanja na visokošolskem nivoju:

- Od 2009 Zdravstvena fakulteta Lj,
- Zdravstvene fakultete: Mb, Izola, Jesenice, Nova Gorica, Novo mesto.

Kakšna so priporočila EU glede izobraževanja na področju ZN?

- EU predvideva za področje ZN 12 let prehodnega izobraževanja, kar pomeni začetek izobraževanja za ZN po srednji šoli.
- EU podpira, da se izobraževanje v ZN nadaljuje do doktorata.

Kakšne organizacijske modele ZN poznate?

- Model razporeditve ciklov
- funkcionalni model
- timski model
- primarni organizacijski model

Kaj je timski model dela v ZN?

- Izhaja iz spoznanja, da posameznik ne more obvladati celotnega znanja, zato uspešneje deluje znotraj tima.
- Tim ima ponavadi vodjo in koordinatorja.
- Značilnost timskega dela je, da člani tima skrbijo za B/V kot celoto in ne le za postopke in intervencije, ki jih potrebuje B/V.
- Delo je kontinuirano, lahko nadzorovano, lahko merimo kvaliteto.

Kaj je funkcionalni model dela v ZN?

- Skozi ta model se delijo določene naloge pri B / V, ki jih mora MS narediti. Slabosti tega modela : za B/V se ne skrbi kot za celoto, s tem je posredno možen nižji nivo kakovosti dela v ZN, težje je izvajati ZN po procesu ZN.
- Hkrati je tudi težje vrednotiti učinkovitost dela.
- Pri nas je v praksi pogost.

Raziskovanje v ZN, kot element sodobne ZN!

- Raziskovanje: sistematično (organizirano) preučevanje dogodkov, pojavov v določenem prostoru in času – sistematično pridobivanje novega znanja, ki je preverljivo (šolski učni predmet od leta 1996)
- pomen raziskovanja: strokovni in znanstveni
- cost – benefit: raziskovanje smiselno, če bo projekt prispeval k zmanjšanju stroškov
- prijemi in metode raziskovanja v ZN: iz drugih znanost
- področja raziskovanja v ZN: praksa, izobraževanje, organizacija, vodenje in samoraziskovanje
- pogoji za raziskovanje: dokumentacija, standardi.

Pomen teoretičnih modelov ZN! (Zakaj so pomembni teoretični modeli?)

- Pomembni za:
 - praktično delo
 - izobraževanje
 - raziskovanje
 - razvoj stroke
 - večjo profesionalno samozavest
- določajo vsebino strokovnega dela
- pogotujejo razumevanje stroke
- študij – spoznavanje teoretičnih modelov
- praksa – aplikacija teoretičnih modelov v prakso
- da se teoretični model oblikuje, mora imeti zagotovljene kriterije.

V čem je pomen procesa zdravstvene nege za ZN?

- Narekuje način dela MS
- Definicija PZN:

PZN je sodoben pristop dela v ZN, ki ga odlikuje visoka stopnja organiziranosti in sistematičnosti. Upošteva usmeritev k B/V, njegovo celovitost in aktivno vlogo.
- Faze PZN – poteka v štirih fazah: **ugotavljanje potreb, načrtovanje, izvajanje, vrednotenje**
- V okviru načrtov postavimo cilje, ki jih lahko sproti in/ali končno vrednotimo, vedno vključujemo tudi bolnika.

Kaj določajo standardi in kriteriji ZN?

- Določajo kakovost ZN: so nujno pomembni za zagotavljanje kakovosti v ZN- standardi so merilo, oz. pogoj za doseg, kvalitete v ZN oz. varne ZN
- Zagotovili bi enotno doktrino, izobraževanje, učenje, enako pisanje neg. diag. in neg. načrtov. Izvajanje procesa ZN bi bilo lažje
- Razvijanje standardov:
 - kompleksno
 - usklajeno na področju države (ekspertne skupine za posamezna področja) – enotna doktrina, izobraževanje, učenje, enako pisanje neg. dg., negovalnih načrtov, lažje izvajanje PZN

Kaj je negovalna diagnoza?

Definicija:

Poimenovanje aktualnega (trenutnega) ali potencialnega (predvidenega, prikritega) negovalnega problema pri B/V, ki ga nosilka ZN (MS) lahko reši v okviru svojih kompetenc.

- Razlikujemo:
 - individualna neg. dg.: oblikujemo ob B/V med PZN (M. Gordon)
 - tipična neg. dg.: vnaprej določena s strani inštitucij
 - NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) – razdelili neg. dg. na 13 skupin oz. 170 neg. dg.
 - ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnosis Intervention on Outcomes)
 - ICNP (International Classification of Nursing Phenomenon)
 - OMAHA
- Oblikovanje: na osnovi PES (problem, etiologija, simptom)_Marjory Gordon
- Negovalna diagnoza je odziv B/V na bolezensko st. (omejitev psihofizičnih sposobnosti ali doživljanja bolezenskega stanja), lahko je
 - odziv na ZN ali medicinsko obravnavo
 - posledica nezadovoljenih ali nepravilno zadovoljenih potreb
 - se spreminja oz. je odvisna od spreminjanja zdravja B/V
- Posebnosti negovalne diagnoze:
 - Vsebinska negovalnih diagnoz predstavlja pacientov odziv (reakcijo) na bolezensko stanje, ki se odraža kot omejitev njegovih psihofizičnih sposobnosti ali kot njegovo doživljanje bolezenskega stanja.
 - Lahko je odziv na ZN ali medicinsko obravnavo (na diagnostično – terapevtske postopke, zdravljenje)
 - Lahko je posledica nezadovoljene ali nepravilno zadovoljene potrebe (npr. nepravilna prehrana)
 - ND je spremenljiva in odvisna od spreminjanja zdravja in odzivov nanj.

Pomen negovalne dokumentacije?

- Prisotna je težnja k dokumentaciji na nivoju celotne države, kateri bi dodajali specifiko posameznih delovnih organizacij. – izoblikovati enotno, skupno dokumentacijo kot samostojni dokument,
- prisotna je težnja k dokumentaciji na nivoju države (pomeni zbiranje in zapisovanje vseh podatkov o B/V), ki bi ji bila dodana specifika posameznih delovnih organizacij računalniško podprta (Omogoča prikaz dela članov negovalnega tima),
- obširna za raziskovalne namene / kratka, skoncentrirana (veliko podatkov na majhnem prostoru) in lahka za izpolnjevanje za prakso.

Pomen terminologije ZN!

- Uspešna terminologija je pogoj,
- je nujno potrebna za uspešno komunikacijo na področju ZN.
- Poznan mora biti pomen vsake besede, ki se uporablja na tem področju.

- Lahko prihaja do časovnih sprememb.

Na kaj se MS v Sloveniji lahko naslonijo pri upoštevanju ustrezne terminologije v ZN?

Na TERMINOLOŠKI slovar izdala ga je zbornica ZN.

Katera 2 terminološka slovarja poznamo na področju ZN v Sloveniji? (Opredeli 2 dokumenta, ki opredelujeta terminologijo?)

- Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi, 1999
- ICNP klasifikacija zdravstvene nege (Prevod)

Zakaj je potrebna zakonodaja na področju zdravstvene nege?

- Vsaka profesija potrebuje regulativni sistem za:
 - o Obstoje
 - o Ohranjanje identitete, samostojnosti
 - o Nadziranje kakovosti dela.

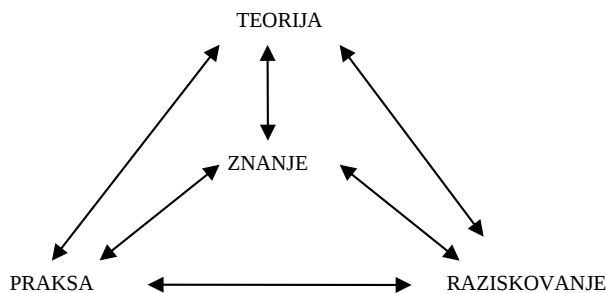
Kateri normativni akti urejajo področje ZN?

- Zavezuje nas zakon o zdravstveni dejavnosti, zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ta dva zakona urejata : strokovno izobraževanje MS, izpopolnjevanje, napredovanje, pravice in dolžnosti MS,
- Želimo imeti zakon o zdravstveni negi. Imajo ga že številne Evropske države.

Kako bi opredelili pomen znanja za ZN?

MS pridobi znanje s teorijo, jo prenese s prakso in iz prakse jo ponovno prenese v teorijo. Znanje je osnova za izvajanje učinkovite in kakovostne zdravstvene nege.

- o znanje (iz gr. episteme - znanost): poimenovanje mejnih in splošnih izrekov o dogajanjih in stvareh v svetu, posebna vrsta resnično zanesljivih prepričanj,
- o prepričanje: zavestno sprejemanje določenega stališča ali mnenja,
- o epistemologija: veda, ki preučuje pridobivanje in ustvarjanje znanja,
- o vrste znanja
 - znanstveno: na osnovi raziskovanja
- o po Ule:
 - eksplicitno: skupno, pridobljeno na osnovi enakih teoretičnih izhodišč, z implicitno: individualno, potencialno oz. intuitivno
 - propozicionalno: "vedenje da"
 - dispozicijsko: "vedenje kako"
- o po Faucett:
 -
 -
 -
 -



osebno: samozavedanje, poznavanje samega sebe (čustvovanje, učenje)
etično: moralno presojanje
estetsko (umetnost, kakovost v ZN)
empirično.

Povežite teorijo, prakso in

Definicija po Videnbach:

raziskovanjem in se

Sistematično raziskovanje pojasnjuje teorijo oz. rešuje

raziskovanje v ZN!

»Teorije se rojevajo v praksi, potrjujejo z ponovno vračajo v prakso.«

skuša najti odgovor na vprašanje in tako problem za uporabo v praksi.

Opredelite pojem: model ZN, koncept ZN in teorija ZN!

Hierarhija znanja se stopnjuje od koncepta preko modela do teorije.

Teorija (iz gr. theoria)

- o podlaga, raziskava vsebin, snov
- o znanstveno spoznanje, celovitost idej na nekem znanstvenem področju, sistem hipotez in predpostavk o nekem določenem pojavu (gre preko opisovanja konceptov)
- o vodi raziskovanje in prakso: razlaga ideje, povzema obstoječe stanje in napoveduje prihodnje dogodke
- o opis, razlaga, konkretizacija pojavov, dogodkov, dajanje odg. na vpr. na konkreten način

Model

- o poenostavljena predstavitev predmeta ali poteka neke aktivnosti,
- o ločujemo:
 - predmetni modeli (npr. maketa-lahko sestavimo ali razstavimo)

- abstraktni modeli (npr. diagram temperature, dihanja)
- o teoretični modeli (bazira na abstraktnem modelu)
 - opisuje resničnost ZN
 - sistematičnost zgradbe
 - temeljijo na znanstvenih spoznanjih
 - definirajo temeljne elemente oz. koncepte
 - dajejo teoretično osnovo

Koncept

- o Splošno opredeljeni kot gradbeni elementi modelov,
- o opisovanje, ocenjevanje uporabnosti teoretičnih modelov s štirimi koncepti (Faucett) in njihovo medsebojno povezanostjo:
 - človek: oseba, ki sprejema ZN (fizični, psihični, socialno-kulturni vidik; posameznik, skupina, družba)
 - okolje: notranji in zunanji dejavniki, ki delujejo na osebo
 - zdravje: stopnja zdravja oz. bolezni osebe
 - ZN: dejanja, aktivnosti ZN, lastnosti izvajalca ZN

MODEL ZN

Pojem model predstavlja poenostavljeno predstavitev predmeta ali poteka neke aktivnosti. Hierarhija znanja se stopnjuje: od koncepta preko modela do teorije.

Ločimo:

- ❖ Predmetni model (maketa – lahko sestavimo ali razstavimo)
- ❖ Abstraktni model (diagram temperature, dihanja,...)

Na nivoju abstraktnega modela bazira teoretični model.

KONCEPT ZN

Elementi koncepta ZN so: človek, okolje, zdravje, ZN.

Koncepti so na splošno opredeljeni kot gradbeni elementi modelov. Preko štirih konceptov, njihove povezanosti med seboj, opisujemo in ocenjujemo uporabnost teoretičnih modelov. Različne avtorice teoretičnih modelov dajejo različen poudarek posameznem konceptu

TEORIJA ZN

V splošnem velja, da mora teorija voditi tako raziskovanje kot prakso. Osnovni namen teorije v ZN je, da opiše, razloži, konkretizira pojave in dogodke, daje informacije na vprašanja na konkreten način. Pojem teorija se v ZN ne uporablja vedno ustrezno.

Bistvene funkcije teorije:

- Vodi raziskave (tudi prakso)
- Razlaga ideje
- Povzema obstoječe stanje
- Napoveduje prihodnje dogodke

Teorija je sistem izjav, ki pojasnjuje določena dejstva in njihove zakonitosti. Gredo preko opisovanja konceptov ZN, se raziskujejo in preizkušajo v praksi.

Delitev teoretičnih modelov ZN po vsebini!

- Modeli potreb
- Modeli interakcij
- Modeli izidov (outcome)

Kaj je izhodišče teoretičnim modelom potreb (primeri)!?

Teoretično izhodišče je humanistična psihologija A. Maslowa in njegova teorija potreb. Poleg tega so uporabili znanje E. Ericsona, ki je razvil teorijo Problem identitete osebnosti.

Modeli potreb odgovarjajo na vprašanja, kaj je naloga MS.

Predstavljajo aktivno vlogo MS, ki pomaga B/V v prizadevanju za neodvisnost oz. samostojnost.

Predstavnice:

- V. Henderson (1955 - leto nastanka TM)
- D. Orem (1959)
- F. Abela (1960)
- N. Roper (1976)

Kaj je izhodišče teoretičnim modelom interakcij (primeri)!?

Teoretično izhodišče je še vedno poznavanje A. Maslowa in njegove humanistične psihologije in pa fenomenologije (nauk o pojavih) Helga Huserla.

Osnovna predpostavka TM interakcij je bila, da ZN ni le pomoč, temveč tudi opora, medčloveški odnos med dvema osebam, ki sodelujeta (MS/B). Opozarjali so da je bolezen izkušnja, neka napaka, ki jo je potrebno popravljati. Pri tem so upoštevali integriteto človeka.

Te skupini se očita, da zelo malo vključujejo koncept okolja.

Predstavnice:

- H. Peplau (1952)
- Orleando (1962)
- E. Wiedenbach (1962)
- M. King (1968)

Poudarjale so pomen izobraževanja MS, ki pa mora imeti ob znanju razvito tudi intuicijo in empatijo. Kot metodo dela uporablja PZN.

Kaj je izhodišče teoretičnim modelom izidov (primeri)?

Podlaga teoretičnem izhodišču so teorije sistemov, upoštevane tudi razvojne teorije in adaptacijske teorije.

MS varuje energijo človeka in da doseže – pomaga doseči harmonijo B/V z okoljem, skrbi za čim boljši izid zdravljenja, ne poslabšanju stanja.

Je najbolj abstrakten model TM glede na vsebino.

Predstavnice:

- D. Jhonson (1958)
- M.E. Levine (1966)
- M. Rogers (1970)
- C. Roy (1970)
- B. Neuman (1979)

Neuman pravi, da je človek edinstveno bitje; ZN je kot humanistična veda; učinkovitost ZN pa je merljiva le z zadovoljstvom B/V z ZN.

Kakšne spremembe omogočajo teoretični modeli ZN?

- ZN dajejo teoretično spoznanje vsebine delovanja
- pomembni so za
 - o praktično delo
 - o izobraževanje
 - o raziskovanje
 - o razvoj stroke
 - o večjo profesionalno samozavest
- spremembe v ZN – omogočajo
 - o samostojnost in odgovornost ZN (večja samostojnost, več odgovornosti)
 - o da je ZN planirana dejavnost
 - o da je ZN učinkovitejša
 - o zagotavljanje standarda, nivoja ZN
 - o boljše poznavanje B/V
 - o delovanje na profesionalnem nivoju

Teoretični modeli:

- Določajo vsebino strokovnega dela,
- pogojujejo razumevanje stroke,
- poznavanje teoretičnih modelov-študij
- aplikacija teoretičnih modelov-praksa

Zakaj so pomembni teoretični modeli - pomen?

- Teoretično spoznanje vsebine delovanja,
- praktično delo,
- izobraževanje,
- raziskovanje,
- razvoj stroke,
- večja profesionalna samozavest.

Kaj je indeks koristnosti teoretičnega modela, katere kriterije vključuje? (Vrednost posamičnega teoretičnega modela!)

Zahteve za TM:

- o sistematičnost – kaže se v sistematični zgradbi
- o znanstvena podlaga – uporaba znanstvenih spoznanj drugih strok (npr. V. Henderson – medicina)
- o logična povezanost delov v celoto – logična povezava drugih znanj
- o preizkušnost – uporabnost v praksi.
- o Indeks koristnost (M. McGee) – 5 kriterijev za preverjanje TM, priporoča SZO za določanje vrednosti TM, pomaga MS pri izbiri TM za uporabo v praksi.

SZO je za določanje vrednosti priporočila potrdil **Indeks koristnosti (po Mirjam MCGree)**.

Vsebuje pet kriterijev, ki se preverjajo pri TM:

- **Družbena vrednost:** v tem smislu naj bi preverili, kakšna je uporabna vrednost TM oz. njegov doprinos družbi. Preverja se etično vrednost posameznega TM – ali je v TM zajet princip etike, ki nudi MS oporo v kriznih odločitvah in pomoč pri razreševanju etičnih konfliktov.
- **Kompatibilnost, skladnost:** TM ima večjo vrednost čim bolj je skladen s sistemom zdravstvenega varstva in kulturnimi vrednostmi, kjer MS delujejo. Ugotavlja ali se TM ujema s sistemom našega zdravstvenega varstva.
- **Popolnost:** TM se kaže skozi svojo usmerjenost v način odločanja za promocijo zdravja. Popolnejši je tisti model, ki določa prioriteto ZN v različnih situacijah. Popolnost modela se kaže tudi skozi to, da se aplicira (funkcioniranje) v prakso in kako dopolnjuje veljavno zakonodajo in predpise.
- **Izvedljivost oz. praktična uporabnost:** skozi to se preverja zmožljivost modela in sicer kako je izveden v praksi.
- **Zahteve stroke:** preverja ali so pričakovanja stroke v trenutni situaciji skladna s TM ali ne
- Ta indeks koristnosti pomaga MS pri izbiri določenega TM za uporabo v praksi. Teorije niso dokončne, statične. Podvržene so spreminjanju in novemu nastajanju.

Vzroki za razlike med teoretičnimi modeli ZN!

- Profesionalne izkušnje v praksi ZN,
- različna podiplomska znanja,
- življenjsko okolje teoretičarke,
- razvoj družbe in družben pogled na stroko
- stopnja razvoja ZN v času nastanka teoretičnega modela

V čem je pomen Virginije Henderson za zdravstveno nego?

- Razvila je definicijo ZN,
- razvila je TM in tako postavila teoretično osnovo za praktično delo,
- želela poudariti vlogo MS, opredelila vlogo MS in prakso ZN,
- pomemben je njen doprinos do raziskovanja, izobraževanja in prakse v ZN.

Njena definicija odgovarja na 7 vprašanj:

1. kdo pomaga – MS
2. komu pomaga – zdravemu ali bolnemu posamezniku
3. pri čem pomaga – zadovoljevanje osnovnih človekovih potreb
4. kdaj pomaga – kadar človek nima potrebne moči, volje ali znanja
5. kako pomaga – daje fizično, psihično in vzgojno pomoč
6. kakšen je namen pomoči – ohranitev ali vrnitev zdravja oz. mirna smrt
7. katero je načelo pomoči – čimprejšnja samostojnost in neodvisnost (Pri smrti zagotovo v svojem najbolj absolutnem pomenu.)

Katera je njena pomembna bibliografija?

Njeno najpomembnejše delo je **NAČELA ZN**. Napisala jih je potem, ko je preučila vso literaturo s področja ZN v času od leta 1900 – 1960, ko je knjiga prvič izšla. Knjiga je nastala na osnovi spoznanj ob predelanem gradivu in je danes prevedena v 25 jezikov, tudi v slovenskega. V njem je opredelila 14 človeških potreb (Basic principle of nursing care)

Ostala dela:

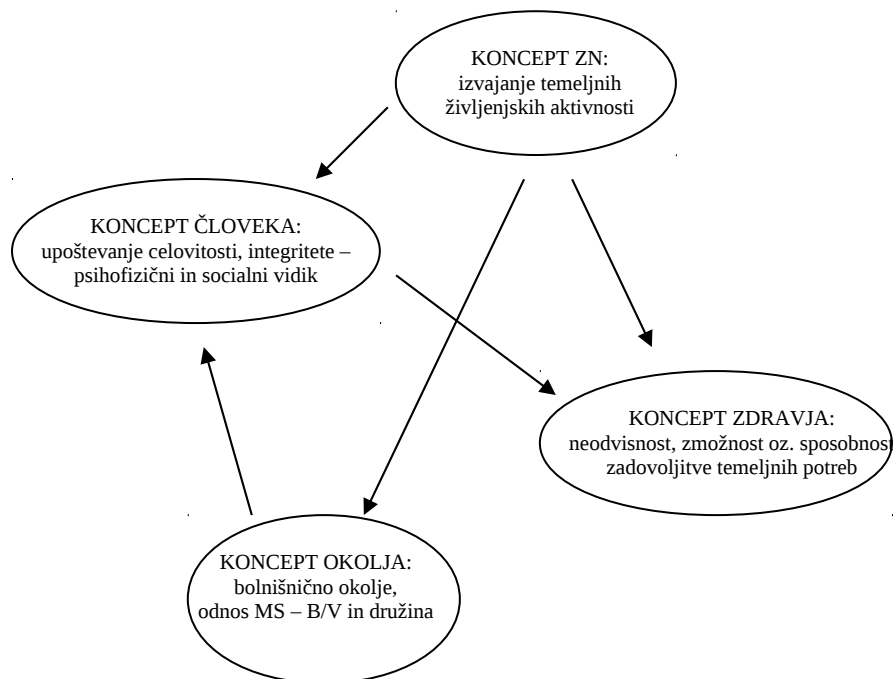
- Osnovna načela ZN
- Principi in praksa ZN
- Narava nege

Njena dela (V.Henderson):

- 1960 Basic principles of nursing care ICN
- 1966 The nature of nursing
- 1991 The nature of nursing-Reflections after 25 years
- 1978 The principles and practise of nursing
- 1979 Osnovna načela ZN-Zbornica ZN

Katere koncepte vključuje teoretični model Virginije Henderson?

- Koncept ZN – izvajanje temeljnih človekovih aktivnosti
- Koncept človeka – celovitost
- Koncept zdravja
- Koncept okolja



Opišite posamezen koncept teoretičnega modela Virginije Henderson! koncepti METAPARADIGME!

KONCEPT ZN: je najpomembnejši koncept TM V. Henderson in je povezan z vsemi ostalimi koncepti.

- o ZN je opredelila skozi definicijo ZN.
- o Temelji na pomoči bolnemu oz. zdravemu človeku.
- o Pomoč zdravemu človeku je opredelila v tem smislu, da zadovoljuje svoje potrebe čim bolj samostojno, če ima zato moč, znanje in voljo.
- o MS mora ugotoviti kakšno je znanje B/V in v temu prilagoditi izrazoslovje, upoštevati in ugotoviti mora voljo, vzrok brezvoljnosti in delovati s tem ciljem, da ga pritegne k sodelovanju.
- o To stori tako da ugotovi posameznikova stališča in vrednote in preko njih vpliva nanj.

KONCEPT ČLOVEKA: človeka obravnava in upošteva kot celovito osebnost, integriteto ter psihično-fizično-socialni vidik.

KONCEPT ZDRAVJA: menila je, da je zdravje pogosto odraz družbe in okolja v katerem posameznik živi.

- o Zdravje je sposobnost, zmožnost zadovoljevati 14 temeljnih potreb.
- o Enači ga s samostojnostjo in neodvisnostjo, končno odgovornost za zdravje nosi človek sam.

KONCEPT OKOLJA: je najbolj skopo definiran.

- o Zelo se je naslonila na F. Nightingale.
- o Naslonila se je na bolnišnično okolje in odnos MS – B/V, ter družino.
- o Glede družine je pomembno, kako se odzivajo svojci na B/V in nalogo MS, da vpliva, če je interakcija negativna.

Ta TM se prenese v prakso s **PROCESNO METODO DELA**.

Katere življenjske aktivnosti vključuje teoretični model V. Henderson?

- I. Dihanje
- II. Prehranjevanje in pitje
- III. Izločanje
- IV. Gibanje
- V. Spanje in počitek
- VI. Oblačenje in slačenje
- VII. Vzdrževanje normalne telesne temperature
- VIII. Skrb za čistočo in urejenost
- IX. Izogibanje nevarnostim v okolju – skrb za varnost
- X. Komuniciranje
- XI. Verovanje
- XII. Koristno delo
- XIII. Rekreacija
- XIV. Učenje zdravega načina življenja

Kako je človeške potrebe razdelila V. Henderson?

- Temeljne človekove potrebe:

- na njihovi podlagi utemeljila 14 življenjskih aktivnosti, ki izhajajo iz njih (tudi t.i. 14 sestavin temeljne ZN – ta izraz uporabljajo predvsem v tujini)
- 1-9 so fiziološke potrebe, 10 in 14 psihološki potrebi, 11 je duhovna potreba, 12 in 13 sociološki potrebi.
- na njihovo zadovoljevanje vplivajo različne okoliščine
 - stalne (starost, spol, temperament, sociokulturni položaj, telesne in intelektualne lastnosti)
 - občasne (različna patološka stanja).

1. dihati normalno	Fiziološke potrebe
2. ustrezno se prehranjevati in uživati tekočino	
3. izločati	
4. gibati se in vzdrževati želene telesne položaje	
5. spati in počivati	
6. ustrezno izbirati oblačila – oblačiti se in slačiti	
7. vzdrževati telesno temperaturo s prilagajanjem oblačil in okolja	
8. vzdrževati telesno čistočo, urejenost in varovati kožo	
9. izogibati se nevarnostim v okolju in izogibati se ogrožanja drugih	
10. komunicirati z drugimi, izražati potrebe, čustva, bojzani, mnenja	Psihološka potreba
11. verovati	Duhovna potreba
12. opravljati delo z občutkom zadovoljstva in uspeha	Sociološki potrebi
13. igrati se in se vključevati v različne oblike in razvedril	
14. učiti se, odkrivati ali zadovoljevati svojo vedoželjnost, ki vodi v normalen razvoj in izrabo danih potencialov	Psihološka potreba

Opišite Maslowovo hierarhijo potreb?

Motivacijska teorija Abrahama G. Maslowa:

Višje potrebe:

- Estetske potrebe
- Potrebe po znanju in razumevanju
- Potreba po samoaktualizaciji in integraciji
- Potreba po spoštovanju in samospoštovanju

Višje potrebe niso podvržene nujnosti, v primerjavi z nižjimi so zanemarljive in lahko počakajo.

Nižje potrebe:

- Potreba po ljubezni in pripadnosti
- Potrebe po varnosti
- Fiziološke potrebe (dihanje, voda, hrana,...)

Nižje potrebe je treba zadovoljiti takrat, ko se pojavijo. Ne moremo jih odložiti za kasneje. Te potrebe je potrebno urgentno reševati oz. zadovoljiti.

Zadovoljene temeljne potrebe pomenijo **ZDRAVO OSEBNOST**.

Nezadovoljene temeljne potrebe pomenijo **BOLEZEN**.

Šele ko človek zadovolji nižjo potrebo, je motiviran za zadovoljevanje višje.

Opišite odnos V. Henderson do izobraževanja, raziskovanja in prakse ZN!

RAZISKOVANJE: je po V. Henderson sistematično preučevanje, ki skuša najti odgovor na določena vprašanja, pojasnjuje teorijo in rešuje problem.

- Njeni primeri raziskovalnih del so se nanašali na deskriptorske metode raziskovalnega dela.
- Menila je, da mora znanje s področja ZN preliti iz enostavnega v kompleksno skozi proces raziskovanja. Zato mora biti MS, ki dela v praksi sposobna uporabljati najnovejše vire podatkov (branje literature) in uporabljati računalnik kot sredstva pridobivanja razpoložljivih sodobnih znanj glede ZN bolnikov.
- Kot raziskovalno področje je opredelila 14 človekovih potreb.
- Bila je tudi prva, ki je prepoznala potrebo po pisnem planu ZN (dokumentiranje).
- Menila je da ti plani predstavljajo dokumentacijo za aktivnosti ZN in pomagajo MS pri izvajanju postopkov v ZN.
- Ta dokumentacija je tudi dragocen vir za raziskovalno delo.

IZOBRAŽEVANJE: Hendersenova je menila, da je univerzitetni študij tisti kjer se MS ustrezno izobrazi, pridobi samostojnost in se nauči kreativnega mišljenja.

- Menila je da diplomirana MS lahko opravlja svoje delo samostojno, temu pa morajo biti prilagojene tudi metode izobraževanja.
- Menila je naj študent ZN nebi bil delavec v bolnišnici za izvajanje različnih zunanjih nalog. MS so dolžne študentom ZN dajati strokovni vzgled.

PRAKSA: sestrinstvo je opredelila kot praktično disciplino s tem, ko je rekla da MS želi zadovoljiti človekove vsestranske, temeljne potrebe z ozirom na potrebe posameznika.

- Svoje principe in prepričanja je vnesla v prakso in izobraževanje in tako vplivala na ZN po vsem svetu.
- Teorija V. Henderson predstavlja vzpodbudo za kasnejše in bolj razvite TM.
- Mnoge teoretičarke so črpale znanje iz njene teorije.

Uporaba procesa zdravstvene nege v povezavi s teoretičnim modelom V. Henderson!

Proces ZN vidi kot:

- Aplikacijo logičnega pristopa k reševanju problema
- Možnost individualizirane ZN
- Človek, kot kompleksno bitje (biološko, psihično in socialno)

FAZE procesa ZN:

I. UGOTAVLJANJE POTREB B/V

- Ocena stanja 14 temeljnih potreb, upoštevajoč starost, kulturo, čustveno stanje
- Analiza podatkov
- Aktualni in potencialni negovalni problemi
- Negovalne diagnoze

II. NAČRTOVANJE

- Postavitev ciljev
- Vključevanje bolnika
- Individualiziran plan
- Pisni načrt – dokumentiranje
- Odvisno od zdravniško-terapevtskega programa

III. IZVAJANJE

- Temelji na pomoči pri zagotavljanju 14 življenjskih potreb
- Pomoč B/V z znanji
- Odnos med MS in B/V

IV. VREDNOTENJE

- Vrednoti tako, da primerja funkcionalne sposobnosti posameznika pred in po aktivnosti ZN
- Vrednoti glede na hitrost in stopnjo dosežene samostojnosti
- Na osnovi končnega vrednotenja ugotavljamo kvaliteto ZN

V čem se teoretični model ZN in teoretični model življenja po R-L-T razlikujeta?

Razlikujeta se v peti komponenti in sicer po modelu R-L-T se imenuje peta komponenta INDIVIDUALNOST posameznika, pri modelu ZN pa se peta komponenta imenuje INDIVIDUALNA ZN.

Katere življenjske aktivnosti vključuje model ZN po R-L-T?

Nujne ali vitalne	1. dihanje
	2. hranjenje
	3. izločanje
	4. kontroliranje telesne temperature
	5. gibanje
	6. spanje
	7. zagotavljanje varnosti
Življenjske aktivnosti, ki izboljšujejo kvaliteto življenja	8. osebna higiena
	9. oblačenje
	10. komuniciranje
	11. učenje
	12. delo
	13. igra
	14. seksualnost
	15. razmnoževanje
Smrt	16. umiranje

Končna verzija iz leta 1980:

Biološke nujnosti	1. dihanje
	2. prehranjevanje in pitje
	3. izločanje
	4. kontroliranje telesne temperature
	5. spanje
	6. gibanje
	7. umiranje
Življenjske aktivnosti podrejene kulturnim in socialnim vplivom	8. varnost (vzdrževanje varnosti in varno okolje)
	9. komuniciranje
	10. osebna higiena
	11. delo in igra
	12. seksualnost (vzdrževanje spolnosti – 2001)

Kako sta se model življenja in model ZN R-L-T časovno spreminjala?

- Njen model spada med modele potreb.
- Na izdelavi tega modela je začela l. 1970, prvič ga je objavila l. 1976, kasneje ga je predelovala in napisala l. 1980 končno verzijo.
- V ospredje postavila človeka in človeško življenje. Model R-L-T se spreminja v dvojem smislu :
 - ❖ Spremembe z rastjo in razvojem,
 - ❖ Oblikuje vse življenjske aktivnosti, ki so pod vplivom intelektualnih, čustvenih, socialnih in ekonomskih dejavnikov.

Poimenujte posamezne komponente teoretičnega modela R-L-T in vsako tudi opišite! MODEL ŽIVLJENJA 5 komponent!

- o Življenjske aktivnosti (12 življenjskih aktivnosti)
- o Življenjska obdobja (od spočetja do smrti)
 - ❖ biološki vidik življenja (do celice do homeostaze)
 - ❖ razvojni vidik življenja (od oploditve do smrti)
 - ❖ socialni vidik življenja (človekovo življenje v skupini in družini)
- o Kontinuum odvisnosti in neodvisnosti v času življenja
 - ❖ od popolne odvisnosti do popolne neodvisnosti
 - ❖ v vsaki življenjski aktivnosti v vsakem življenjskem obdobju ima vsak človek svojo lastno odvisnost oz. neodvisnost
- o Faktorji, ki vplivajo na življenjske aktivnosti
 - ❖ biološki (fizični): delovanje organizma
 - ❖ psihološki: čustveni in intelektualni aspekt življenja
 - ❖ sociokulturni: vpliv družbe, etike, religije...
 - ❖ okoljski: zemljepisna lega, klima, voda, živila...
 - ❖ politično-ekonomski: vpliv zakonodaje...
- o Individualnost posameznika
 - ❖ vzorci vedenja: preventivno (zaščitno) vedenje, varno (komfortno) vedenje, vedenje usmerjeno k cilju
 - ❖ izvajanje življenjskih aktivnosti.

Teoretični model ZN R-L-T in proces zdravstvene nege!

- ❖ **Ocenjevanje**
 - zbiranje podatkov o vseh življenjskih aktivnostih
 - ocenjevanje skupaj z B/V
 - odnos med MS in B/V (skupna ocena se odraža skozi ta odnos)
 - v nadaljevanju ocenjujemo le prizadete aktivnosti
 - ugotavljanje kaj B/V lahko dela sam upoštevajoč 4 komponente
 - formaliziranje problemov, postavitvev neg. dg.
- ❖ **Načrtovanje**
 - dokumentiranje neg. problemov (aktualnih in potencialnih)
 - postavitvev ciljev skupaj z B/V
 - določiti odgovornost MS za doseg cilja
 - upoštevati vse okoliščine (pozitivne in negativne), ki vplivajo na reševanje nekega problema
- ❖ **Izvajanje (interveniranje)**
 - MS intervenira, da bi B/V pomagala pri izvajanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti
 - MS upošteva preventivno komponento, okrepi dobro psihofizično počutje, zmanjša odvisnost B/V, vzbudi odgovornost B/V za lastno zdravje
- ❖ **Vrednotenje**
 - Nadaljevalno:
 - kriterij je doseženost ciljev (primerjava stanja življenjskih aktivnosti s postavljenimi cilji): če npr. načrt ni realiziran, zakaj – nerealni cilji ali neuspešno izvajanje ZN
 - eventualno ponovna vzpostavitev ciljev
 - sumativno (končno):
 - ugotavljanje uspešnosti TM za izvajanje ZN

Kako so teoretični model ocenili glede kriterijev: jasnosti, enostavnosti, splošnosti, empirične natančnosti in izvora pomembnosti?

Teoretični model po R-L-T je jasen, enostaven, splošen, empirično natančen in po izvoru tudi pomemben. Ta TM je možno uporabiti na vseh področjih, kjer deluje MS.

Jasnost:

- ali je model dovolj razumljivo napisan (tudi pojasnjenost konceptov in definicij)
 - model je po mnenju analitikov dovolj jasen

Enostavnost:

- ali je bil izbran razumljiv in enostaven format teorije (najnujnejše, kar je potrebno)
 - model je zelo enostaven (nekateri pravijo, da preveč), ne uvaja nobenih novih konceptov, zelo kompleksno predstavlja koncept človeka

Splošnost:

- kakšen je pomen konceptov in kako so zastavljeni cilji modela
 - model je praktično uporaben v vseh situacijah ZN (promocija in ohranjanje zdravja, akutna in kronična stanja)

Empirična natančnost:

- kakšen je obseg definiranih konceptov (v povezavi z uporabnostjo in preizkušanjem v praksi)
 - model zelo pozitivno opredeljuje koncept človeka

Izvor pomembnosti:

- model je glede na prakso, teorijo in raziskovanje dobro voden skozi kriterije

Ta teoretični model je možno uporabiti na vseh področjih, kjer deluje MS, Ponuja možnosti za razmišljanje o ZN in življenju nasploh, Izkazal se je na področju individualiziranja ZN.

Kaj je prehranjevanje in pitje?

Je življenjska potreba, aktivnost. Je dinamičen proces. Na prehranjevanje vpliva več dejavnikov, med njimi tudi bolezen.

Hrana omogoča:

- Rast in razvoj telesa
- Regeneracijo celic
- Sintezo hormonov in encimov
- Proizvodnjo toplote
- Tvorba protiteles
- Sprostitev
- Vpliv na počutje
- Vzdrževanje normalne telesne teže.

Faktorji, ki vplivajo na prehranjevanje in pitje!

- ❖ fiziološki
 - o sestava hrane: beljakovine, ogljikovi hidrati, maščobe, vitamini, minerali, vlaknine, voda (piramida zdrave prehrane – prirejena glede na starost)
 - o prebava in presnova
 - o vsrkavanje in izločanje
- ❖ psihični: vzdušje, stres...
- ❖ sociokulturni
 - o prehranjevalne navade
 - o simbolični oz. religiozni pomen hrane
- ❖ okolje
 - o onesnaženost voda, okolja
- ❖ politično-ekonomski
 - o nesorazmerje med naseljenostjo in proizvodnjo hrane
- ❖ Definicije pojmov:
 - o **lakota**: fiziološka potreba, ki jo zadovoljimo s hrano
 - o **apetit**: čustveno nagnjenje do hrane
 - o **žeja**: fiziološka potreba, ki uravnava potrebo po tekočini v organizmu

Opazovanje in ocenjevanje prehranjenosti!

- Antropološke meritve:
 - Telesna teža in telesna višina ($TT = TV - 100 \pm 10\%$): ob sprejemu, pred op., ob motnjah hranjenja, pri sistematskih pregledih
 - BMI (ali ITM): $ITM = \frac{TT}{TV^2}$ (TT v kilogramih, TV v metrih)
 - o < 19,9 podhranjen
 - o 20 – 24,9 normalen
 - o 25 – 26,9 zmerno debel
 - o 27 – 29,9 debel
 - o 30 – 32,9 zelo debel, > 33 izredno debel
 - Druge meritve: obseg trebuha, kožna guba (meritev podkožnega maščevja), premer nadlahti, premer tricepsa

- Laboratorijski testi: krvni sladkor, proteini, holesterol, urea
- Subjektivna ocena: splošna vitalnost, lasje, obraz, oči, ustnice, žleze, zobje, koža, nohti, mišice, udi, trebuh, živčni sistem, teža.

Katere motnje hranjenja poznate?

- izguba telesne teže – npr. zaradi obolenj (infekcije, TBC, maligna obolenja...)
- anoreksija (odklanjanje hrane) – največkrat psihično pogojena (zato anoreksija nevroza)
- bulimija (nestabilno prenašanje in bruhanje)
- kaheksija (pretirana shujšanost, izguba podkožnega maščevja) – ženske lahko izgubijo menstruacijo
- adipositas (debelost – povečana količina podkožnega maščevja, telesna teža)
- disfagija (oteženo požiranje)
- dispepsija (slabo prebavljanje hrane) – lahko zaradi slabe prežvečenosti
- singultus (kolcanje – krč trebušne prepone)
- inapetenca (odsotnost apetita)
- alkarija (nenasitnost – volčja lakota) – npr. pri Diabetes Mellitus
- ortoreksija (obsedenost z zdravo hrano)
- ❖ Dejavniki debelosti:
 - Neaktivnost,
 - nepravilna prehrana,
 - genetska nagnjenost.

Kaj veste o žeji? Znaki dehidracije?

Žeja je občutek potrebe po tekočini. Žeja je fiziološka potreba, ki uravnava potrebo po tekočini v organizmu.

Dehidracijski znaki: oslabei glas, izsušena ustna sluznica, suha koža, spremenjen turgor kože, apatija in izguba zavesti.

Predstavite načela zdrave prehrane!

- Ustrezen izbor hranil
- Hranilno in energetsko uravnoteženo hrano
- Ustrezna kakovost živil
- Zdrav režim prehranjevanja
- 12 korakov zdravega prehranjevanja po CINDI
- (Zdrav) način prehranjevanja:
 - o št. obrokov (3 do 5)
 - o časovni razmik med obroki (3 do 4 ure)
 - o energijska razporeditev celotne dnevne energije (25 % zajtrk, 15 % malica, 30 % kosilo, 10 % malica, 20 % večerja)
- Sestava hrane:
 - o ustrezen izbor hranil
 - o hranilno in energetsko uravnotežena hrana
 - o ustrezna kakovost živil
 - o vse prehranske skupine (50 – 70 % ogljikovih hidratov, 10 – 15 % beljakovin, 20 – 30 % maščob)
 - o zadosten vnos vode
 - o zmernost pri soli, sladkorju, alkoholu in gaziranih pijačah
- Način priprave hrane: ohranitev pomembnih sestavin.

Kateri so dejavniki negativnega vpliva na prehranjevanje in pitje?

- Varovanec doma:
 - o slabe prehranske navade
 - o neznanje
 - o nizka motiviranost za zdravje
 - o težave pri spreminjanju prehranskih navad
 - o zaposlitev
 - o ekonomske razmere – revščina, preobilje
- Pacient:
 - o nausea (slabost)
 - o vomitas (bruhanje)
 - o inapetenca
 - o odsotnost črevesne peristaltike
 - o odsotnost ali oslabele požiralnega refleksa
 - o patološke spremembe na ustih oz. ustni sluznici
 - o neprimerno zobovje
 - o vnetje žlez
 - o vnetje grla in žrela

- o vnetje spodnje čeljusti
- o vnetje spodnje veje trigeminusa
- o močna tahipneja
- o motnje okusa, vonja, vida
- o tremor udov
- o slaba koordinacija gibov

Proces zdravstvene nege pri prehranjevanju in pitju!

- **Ugotavljanje potreb:**
 - o negovalna anamneza (lahko vprašalnik)
 - poznavanje načel zdrave prehrane, način prehranjevanja, sestava hrane, način priprave
 - sociokulturno okolje
 - alergije, diete, druge težave v zvezi s hranjenjem
 - odnos do hrane
 - o opazovanje in meritve
 - subjektivno
 - antropološke
 - laboratorijske
 - o predpisani dietni režim
 - o postavitvev neg. dg. – npr. po Gordon
 - oteženo požiranje zaradi pomanjkljivega zobovja, kar se kaže z lakoto
 - pretirano prenažedanje zaradi socialne izoliranosti, kar se kaže z debelostjo
- **Načrtovanje:**
 - o postavitvev ciljev – usmerjeni na
 - idealno težo
 - uravnoteženo prehrano
 - sledenje dieti, če je potrebna
 - preprečevanje slabosti in bruhanja
 - npr.: bolnik bo dosegel znižanje telesne teže za 2 kg v 14 dneh
- **Izvajanje (negovalne intervencije):**
 - o svetovanje B/V v zvezi s hrano
 - o navodila o dietnem režimu
 - o spremljanje prehranskega statusa
 - o spodbujanje apetita
 - o pomoč pri hranjenju
 - o poskrbeti za ustrezen način hranjenja v posebnih situacijah (npr. ničesar per os)
 - o poskrbeti za ev. enteralno hranjenje (nazogastrična, nazoenteralna sonda)
 - o poskrbeti za ev. parenteralno hranjenje (i.v.)
 - o dokumentiranje zaužite hrane, tekočine
- **Vrednotenje:**
 - o B/V napredek v doseganju ciljev
 - o B/V sprejemanje oz. odklanjanje diete
 - o B/V razumevanje diete
 - o sporočanje rezultatov tudi drugim članom zdravstva, ne le negovalnemu timu

Dihanje: opis procesa (fiziologija) dihanja.

Dihanje je mehanizem izmenjave plinov. Dihanje sestavljajo procesi:

- Ventilacije (mehanično gibanje zraka v in iz pljuč)
- Difuzije (prehajanje O₂ in CO₂ med alveoli in eritrociti)
- Perfuzije (razdelitev eritrocitov v/iz pljučnih kapilar)

Pomen dihanja :

- Pogoji za življenje
- Oskrba s kisikom

Anatomija in fiziologija dihanja:

- Sestavljena je iz zgornje in spodnje dihalne poti (nos, farinks, larinks, epiglotis...ogrevanje, vlaženje, filtriranje zraka),
- Iz vikata fiziologije poteka ventilacija, difuzija in perfuzija. (Traheobronhialno drevo: traheja, levi in desni glavni bronhii, segmentarni in terminalni bronholi...dovajanje zraka, tvorba pljučnega surfaktanta).

Merjenje in opazovanje dihanja (kvaliteta, globina, ritem).

- *normalno dihanje*
 - o frekvenca

- novorojenček: 40 do 44 dihljajev na minuto
 - otrok: 25 do 30
 - odrasel: 16 do 18 (22)
- o neopazno, malenkostno dvigovanje in spuščanje prsnega koša
- o ritem enakomeren, izdih traja nekoliko dlje kot vdih, vmes kratka apnoična pavza
- o odvisno od bitja srca, budnosti, mirovanja oz. gibanja
- *tahipneja: pospešeno dihanje*
 - o omejena dihalna površina
 - o povečana potreba po kisiku (npr. hipertermija – povečana presnova)
 - o anemija (pomanjkanje eritrocitov)
- *bradipenja – upočasnjeno dihanje*
 - o navadno povzročena centralno (obolenje možganov, zastrupitve, komatozna stanja, delovanje uspaval...)
- *dispneja – oteškočeno dihanje (dihalna stiska)*
 - o subjektiven občutek tesnobe, tiščanja v prsih, lovljenje sape, hitro, kratko, površno dihanje
 - o inspiratorna (npr. pri zapori dihalnih poti zaradi tujka)
 - o ekspiratorna (npr. pri obstrukciji dihalnih poti – astma...)
- *apneja – prenehanje dihanja*
 - o posledica ohromitve centra za dihanje (poškodba možganskega debla, hipokapnija – pomanjkanje ogljikove kisline v krvi, premajhen pCO_2)
- *globoko dihanje*
 - o povezano z bradipnejo
 - o Kussmaulovo dihanje – globoko, močno, enakomerno (npr. pri nezavestnih – acidoza)
- *hiperventilacija – prekomerno, stopnjevano dihanje*
 - o preveč izdihanega CO_2 – alkalozna
- *hipoventilacija – površinsko dihanje*
 - o običajno varovalno dihanje
- *stridor – piskajoče dihanje*
 - o zaradi stenoze dihalnih poti
- *Cheyne-Stokesovo dihanje*
 - o kratko, plitvo, sopihajoče, postaja vedno globlje, nato pa spet vse plitveje in zastane v apnoični pavzi (povečanje pCO_2 , vzpodbuda dihalnega centra...)
 - o težja obolenja srca in možgan, pred smrtjo
- 1 minuto štejemo vdihe ali izdihe
- pri nezavestnemu lahko roko položimo na prsni koš
- opazujemo tudi gibanje nosnic, prsnega koša, trebuha in obremenitev pomožnih dihalnih mišic
- opazujemo tudi:
 - o spremembe barve kože,
 - o spremembe pulza in krvnega tlaka,
 - o spremembe splošnega počutja.

Kaj opazujemo pri dihanju?

- Ritem dihanja
- Kvaliteto dihanja
- Globina dihanja
- Frekvenco dihanja

Faktorji, ki vplivajo na aktivnost dihanja!

- Biološki faktorji
- Psihološki faktorji
- Sociokulturni
- Faktor okolja
- Politično ekonomski faktorji
- Odvisno od primarnih in sekundarnih vplivov
 - o predvsem normalno delovanje srca, pljuč, krvi in žilnega sistema

- Fiziološki faktorji:
 - zunanje dihanje (respiracija)
 - sprejemanje kisika (vezava na hemoglobin v alevolih), oddajanje ogljikovega dioksida (presnovni produkt)
 - en dihlijaj = inspirij + ekspirij
 - odvisen od krčenja medrebrnih mišic, trebušne prepone in trebušnih mišic
 - prsno dihanje (bolj aktiven prsni koš – ženske), trebušno dihanje (bolj aktivna prepona – moški)
 - notranje dihanje (celično)
 - oksidacija ogljikovih hidratov za sproščanje telesu potrebne energije
- Psihološki faktorji:
 - prek avtonomnega živčnega sistema
 - npr. čustva: upočasnjeno (npr. strah), pospešeno (npr. jeza)
 - zavestno vplivanje
 - le do neke mere
- Ekološki faktorji:
 - atmosfera
 - okoljske spremembe
 - kajenje

Kaj je spanje in kaj počitek?

- Življenjska potreba po V. Henderson
- SPANJE: je kompleksno ritmično stanje, ki vsebuje progresijo ponavljajočega cikla, kateri predstavljajo različne faze in aktivnosti telesa in možganov.
 - je aktivno in pasivno stanje
 - pasivno, ker je zreducirana stopnja aktivnosti telesa (manjša produkcija TT, upočasnjen metabolizem, dihanje, frekvenca bitja srca, nižji RR, relaksirane mišice)
 - aktivno, ker med spanjem poteka regeneracija telesa, zmanjša se anksioznost, zaskrbljenost, vzpostavlja se homeostaza
- POČITEK: je stanje, ko je telo v zmanjšani stopnji aktivnosti z namenom, da bi dosegli mentalno in fizično relaksacijo.

Fiziologija spanja!

- V hipotalamusu je center za regulacijo budnosti in spanja.
- Uravnava biološko uro posameznika.
- Na biološko uro vpliva tudi različna vrsta okolja, zato ima vsak človek svoj 24 urni, tedenski, mesečni ritem.

Faze in stopnje spanja:

Ločimo dve fazi spanja:

- N-REM (Non Rapid Eye Movement)
- REM (Rapid Eye Movement)

N-REM spanje: ne zasledimo premikanja očesnih zrkel

REM spanje: pod zaprtimi vekami se zrkli premikata

Spalni cikel: je menjavanje N-REM in REM faz, traja 90 min in se ponovi 4-6x na noč.

Znotraj N-REM spanja ločimo štiri stopnje:

- Začetek spanja, ko zadremamo, rahla relaksacija, lahko bujenje
- 15 min po začetku spanja, večja relaksacija, še lahko bujenje
- 30 min po začetku spanja, popolna relaksacija, zbudijo običajni stimulusi iz okolja (zvonec, klic,...)
- delta spanje, ki se pojavi v prvi polovici spalne noči, je globoko spanje, težko zbudimo, RR, telesna temperatura, dihanje, pulz na najnižji vrednosti

Iz četrte stopnje se stanje vrne v drugo in nato v REM fazo in spet v drugo, tretjo,...

REM spanje: je rahel spanec, čas sanjanja. Osebo je težko zbuditi, če se zbudi je nejevoljna. Pomnjenje sanj je odvisna od tega v kateri fazi se oseba prebudi – če je v REM je pomnjenje boljše. REM spanje je zelo pomembno za čustveno in mentalno ravnovesje. Igra pomembno vlogo pri učenju, pomnjenju, spominjanju in prilagajanju. Pomanjkanje REM spanja telo poizkuša nadomestiti v naslednjem obdobju – REM equilibriji.

Faktorji vpliva na spanje in budnost.

- *Biološki faktorji:*
 - ❖ Starost: novorojenček 16-24ur; dojenček 18-20 ur, predšolski 9-16 ur; šolski otrok 10-12 oz. 8-10 ur; adolescenci 8-9 ur; odrasel 6-8 ur; starostnik 5-7 ur
 - ❖ Hrana in pijača: obilni obroki, mastna, beljakovinska hrana-ovirajo spanje; boljši OH, odsvetujejo pitje poživilih napitkov
 - ❖ Fizična aktivnost: spodbuja utrujenost in relaksacijo, pretirana fizična aktivnost pred spanjem, ovira spanje
 - ❖ Biološka ura: ločimo jutranje ljudi, ki zgodaj vstajajo in večerne ljudi, ki gredo pozno spat. Motnje biološke ure prilagodimo v 5-7dneh.
- *Psihološki faktorji:*

- ❖ Stres, bolezen, različna življenjska stanja, oseba ki je doživela stres težko zaspi in se prebuja
- ❖ Volja, motivacija za ostati buden oz. zaspati
- ❖ Razpoloženje nakazuje kontinuum med razburjenostjo in potrtostjo, povzročča nespečnost
- *Socialno kulturni faktorji:*
 - ❖ Spori med partnerjema, v družini,...
 - ❖ Težave na delovnem mestu, brezposelnost
 - ❖ Kultura pitja napitkov pred spanjem
 - ❖ Neprimernost spanja-moški in ženske v istem prostoru (bolniška soba)
- *Faktorji okolja:*
 - ❖ Neposredno okolje-postelja, soba, temperatura (16°-18°), vlaga (70%), svetloba
 - ❖ Posredno okolje-hrup, vreme, luna

Skrb za zdravo spanje!

- Pomembno je iti in vstajati ob istem času
- Prakticiranje ustaljenih navad pred odhodom v posteljo
- Upoštevati individualne potrebe po spanju
- Izgibati se pitju pravih čajev, kave, alkohola in kajenja pred spanjem
- Relaksacijske vaje, še posebno ob stresu, pred spanjem
- Primerno neposredno okolje: primerna postelja, posteljnina, zračnost, vlaga, temperatura, svetloba,...
- Lahka večerja z OH, ne tik pred spanjem
- Omejena uporaba uspaval, ki jih predpiše zdravnik, ne vzeti prepozno in ne po 2. uri zjutraj.

Motnje spanja!

- *Insomnia-nespečnost*
 - Primarna-ni pravega vzroka
 - Sekundarna-znan vzrok
 - Težave z:
 - uspavanjem
 - pogostim zbujanjem, prekinjeno spanje
 - zgodnjim prebujanjem
- *Hipersomnija-pretirano spanje* (predvsem preko dneva)
- *Narkolepsija-neustavljiva želja po spanju*
- **Vzroki motenj:**
 - simptomatski: bolečina, temperatura...
 - organski: motene možganske funkcije...
 - toksični: vpliv zdravil, poživil...
 - psihični: stres...
- **Specifične motnje:**
 - smrčanje
 - škripanje z zobmi
 - govorjenje
 - somnambulizem-mesečnost
 - pavor nocturnis-nočni strah
 - iactatio capitis nocturna-premetavanje glave
 - eneuresis nocturna-močenje postelje

Proces zdravstvene nege in spanje!

1 Ocenjevanje

- Podatke zberemo z intervjujem
- Ugotovimo potrebe po spanju, navade, težave, vpliv spanja na življenjske aktivnosti
- Ugotovimo v kakšni fazi je bolnik – zaspan, utrujen, pod stresom
- Oblikujemo negovalno diagnozo: npr: po Gordonovi: **P**-moteno spanje; **E**- zaradi strahu pred operacijskim posegom; **S**-kar se kaže s pogostim prebujanjem in utrujenostjo. Ali pa po ICNP (žarišče dela je aktivnost - spanje, praksa je tipologija) močna nespečnost

2 Načrtovanje

- Vedno načrtujemo glede na stopnjo odvisnosti od naše pomoči in glede na vrsto motnje spanja
- Cilji so usmerjeni vedno na bolnika (npr: naspan, spočit bolnik in ne npr: tišina v sobi)
- Preko načrta vplivamo na faktorje, ki moteče vplivajo na cilj (hrup,...)
- Za oblikovanje cilja lahko uporabimo model **SNOČ**: **S**-subjekt, **N**-nivo, **O**- okoliščine, **Č** – čas. Npr: bolnik (S) bo naspan (N) v naslednjih dveh nočeh (Č)

- 3 Izvajanje
- Svetovanje
 - Informiranje bolnika
 - Opazovanje, nadzor, stanje zavesti in budnosti (pogostejše so krize v zgodnjih jutranjih urah)
 - Skrb za okolje
 - Opredelimo stopnjo pomoči in samooskrbe
 - Upoštevamo kadrovske zahteve in vključimo svojce
- 4 Vrednotenje
- Vrednotimo glede na postavljen cilj – ali je bil dosežen v kolikšni meri (naspan, spočit, zadovoljen bolnik,...)
 - Če cilj ni bil dosežen, ga je potrebno ponovno izpostaviti pri naslednjem načrtovanju.
- Dokumentiranje skozi vse faze !!!!!**

Negovalna diagnoza spanja!

- ❖ **KAKO ?** Intervju
- ❖ **KAJ UGOTOVIMO :**
 - o Vsakodnevni vzorec spanja
 - o Potrebe po spanju
 - o Vpliv spanja na vsakodnevne življenjske aktivnosti
- ❖ **VPRAŠANJE SE NANAŠA NA:**
 - o Naravo problema
 - o Vzrok problema (psihični, psihosomatski)
 - o Pogostost ponavljanja
 - o Spremljajoči znaki in simptomi
 - o Resnost problema
 - o Vpliv na vsakodnevne pacientove aktivnosti
 - o Pacientov odnos do problema
 - o Uspeh morebitnega poskušanja zdravljenja
- ❖ **OPAZOVANJE PACIENTA :**
 - o Pojemanje telesne energije (brezvoljen)
 - o Obrazne značilnosti (gledamo očesni zrkli, ali ga svetloba moti, ali ima podočnjake, edeme...)
 - o Vedenjske značilnosti (počasen govor, zehanje)
- ❖ **DNEVNIK SPANJA :**
 - o Beleži ga bolnik ali svojci, ko gre za nakazane motnje spanja, vodi se 14 dni :
 - o Podatki o številu ur spanja
 - o Vzorec spanja
 - o Pacientova ocena stresorjev, ki vplivajo na spanje
 - o Pacientovo poročilo o fizični aktivnosti
 - o Pacientovo poročilo o hrani in pijači (katerim predpisuje učinek spanja)
 - o Poročilo o mentalnih aktivnostih
 - o Poročilo o aktivnostih 2-3 ure pred spanjem.

Kaj je profesionalizacija?

Je področje sociologije. Je strategija, cilj neke poklicne skupine, da si pridobi monopol nad določeno dejavnostjo v zameno za svojo nadzorno funkcijo nad določenimi oblikami družbene deviantnosti. Zagotovitev klientele poteka z eliminacijo podobnih poklicev.

Profesionalizacija je rezultat izobraževanje in družbenih odnosov. MS pojmujejo profesionalizacijo rigidno : vzpostavitev standardov, pravil in nadzor nad delom. Profesionalizacija je kompleksen proces, ki vključuje soodvisno interakcijo med :

- ❖ Viri znanja
- ❖ Osebnim spreminjanjem in
- ❖ Aktivnostjo

Naštejte kriterije profesionalizacije po Plavku (R. Pavalko)!

- Teorije
- Družbene vrednote
- Izobrazba
- Motivacija
- Avtonomija
- Pripadnost profesiji
- Profesionalno združenje
- Kodeks etike

Opiši vsak kriterij profesionalizacije!

Teorija

Delovna skupina se presoja po velikosti in obsegu njenega dela, ki temelji na sistematični teoriji in abstraktnem mišljenju: Večje kot je znanje, bolj profesionalna je skupina.

Pot do sistematične teorije je raziskovalno delo (ki ga pogosto omejujejo finančna sredstva). Raziskovanje v ZN je novo, teorije so se in se še razvijajo.

Glede na razvoj teorij v ZN lahko ugotovimo, da smo na sredi poti med poklicem in profesijo.

Družbene vrednote

Drugi kriterij je upoštevanje družbenih vrednot. To pomeni, da se profesija potrjuje tudi z abstraktnimi vrednotami, ki so v družbi sprejete: življenje, svoboda, prizadevanje za srečo,... ZN izpolnjuje ta kriterij na vseh področjih zdravstvenega varstva od spočetja do smrti, zato se lahko uvrstimo na lestvici bliže profesiji.

Izobraževanje

Vzgoja in izobraževanje imata 4 pomembne vsebine:

TRAJANJE vzgoje in izobraževanja (pridobivanje teoretičnega znanja, učenje spretnosti, vključevanje specifičnih vrednot, norm, pravil,...). To oblikuje profesionalno kulturo, ki liči oz. odlikuje skupino od ostalih. DIPLOME IN SPECIALIZACIJE – začetki izobraževanja v bolnišnicah, skozi dolgotrajen razvoj je izobraževanje prešlo na institucije

Uporaba simbolov. Aktualne vsebine:

Nivoji izobrazbe v svetu:

- RN – register nurse – V. stopnja
- BD – baccartwreate? degree – VII. stopnja
- Masterrs degree
- Doctoral degree
- Specializacije v ZN

V zdravstveno-izobraževalnem programu je vedno bolj poudarek na znanstvenem razumevanju kot tehnik negovanja.

V kontinuiranem procesu od poklica k profesiji lahko izobraževanje projiciramo od srede proti desni.

Motivacija

Proces v katerem usmerimo človekove aktivnosti k določenim ciljem, imenujemo motivacija. Notranji dejavniki, zaradi katerih človek neko delo opravi ali ga opusti, so motivi. Na motiviranost vplivajo notranji in zunanji dejavniki: Notranji dejavniki: napredovanje, zadovoljstvo, priznanje. Zunanji dejavniki: zagotovljeno delo, zadovoljstvo, priznanje. Motiviranost in angažiranost pri delu sta večja pri tistih, ki so na vrhu hierarhije v hierarhično organizirani družbi. Povečanje samostojnosti pri delu in sodelovanje pri odločitvah poveča tudi angažiranost in produktivnost na nižjih organizacijskih nivojih. Motiviranost pri delu je večja, čim večja je samostojnost pri delu. MS jo pokažejo do službe, ko so vključene v dogajanje, organizacijo, problematiko,...v družbi s tem se potrjujejo kot MS. Zato lahko motivacijo uvrstimo na konec desne strani v kontinuiranem procesu na modelu poklic profesija.

Avtonomija

Avtonomija pomeni svobodo delovnih skupin pri uravnavanju (pobudi) in kontroli (možnost dela in delavnega vedenja) dela oz. delavnega vedenja.

Poklicne skupine imajo več zunanjih kontrol, profesionalne skupine imajo več predpisov, pravil,...in zato notranjih kontrol. Samostojnost MS na področju ZN je na področju negovalne diagnostike in obravnave bolnikovih problemov. Pri tem uporabljamo standarde ZN, ki se stalno razvijajo. ZN ima veliko problemov pri iskanju avtonomnosti, pa tudi veliko moči. Prav zaradi moči se lahko uvrstimo bolj na desno odpoklica k profesiji. Odvisno delo je le izvrševanje zdravnikovih navodil, vse ostalo pa je neodvisno oz. medsebojno odvisno z ostalimi člani tima. Področja dela MS: Samostojnost, avtonomnost (pobude, nadzor). Sodelovanje v diagnostično-terapevtskem programu vezano v okvir zdravstvenega tima. Vključuje širše družbeno dogajanje.

Pripadnost profesiji

Stopnjo pripadnosti profesiji kaže število MS,ki gredo po končanem šolanju v drug poklic. Večja pripadnost se kaže pri VMS kot pri SMS. Z vidika profesije je delo kot življenjska doba, obveza. Pripadnost do profesije je skromno že tradicionalno. Med vzroki so zaposlovanje le do poroke, skrb za otroke in družino, »part

time« zaposlovanje, zahteva po stalnem izobraževanju. Čeprav se stanje spreminja na bolje, v ZN z vidika avtonomije ne moremo postaviti dalj kot na sredino od poklica k profesiji.

Profesionalno združenje

Stopnja pripadnosti vsakega člana delovne skupine oz. identiteto posameznika z profesionalno skupino, ki ima značilno kulturo. V ZDA imajo več profesionalnih združenj, pri nas eno in to je Zbornica – zveza MS Slovenije, kamor je vključena večina MS in ZT. Vključenost članov govori o stopnji pripadnosti članov.

Kodeks etike

Kodeks je kompleks norm obnašanja, vedenja, zvez. Zahteva po opisu kodeksa etike je večja, čim bližje je delovna skupina profesiji. MS imajo dobro napisan kodeks etike (pri nas l. 1994). Zato lahko uvrstimo na desni konec od poklica k profesiji.

Kaj je dokumentiranje v zdravstveni negi?

Pomeni zbiranje in zapisovanje vseh podatkov o pacientu, družini, skupini in skupnosti. Zagotavlja kontinuiteto, odseva profesionalnost in daje osnovo za vrednotenje zdravstvene nege

Navedite prednosti dokumentiranja v zdravstveni negi!

- Je osnovni element sodobne ZN in nepogrešljiv v vseh fazah procesa ZN
- Je sestavni del varne in učinkovite ZN: z dokumentiranjem zaščitimo sebe in varovanca, daje nam možnost, da česa pomembnega ne spregledamo
- Zagotavljanje kontinuiranost dela negovalnega tima
- Nedvoumno natančno zapisovanje podatkov je pomembno za razvoj stroke
- Omogoča prikaz dela negovalnega tima in njihov prispevek dela v sistemu zdravstvenega varstva
- Pomanjkljivo, nenatančno, nedosledno dokumentiranje razvrednoti pomen aktivnosti MS in ostalih članov negovalnega tima

Kaj je elektronski zapis podatkov (CPR) o pacientu? Katere podatke vključuje?

Je zapis, ki vključuje podatke-informacije iz vseh področij zdravstva, kjer je bil posameznik v zdravstveni obravnavi (medicine, ZN, fizioterapije, delovne terapije, laboratorijev, radiologije). Elektronski zapisi podatkov lahko zajemajo podatke o bolniku, družini in skupnosti. Na internetu (ICNP mednarodna klasifikacija ZN v slovenskem in angleškem jeziku...).

Kaj odsevajo informacije zapisane v pacientovem zdravstvenem kartonu?

- Kakovost zdravstvene obravnave, tudi ZN
- odgovornost vsakega člana zdravstvenega tima, tudi članov negovalnega tima.

Navedi prednosti, slabosti, priložnosti in pasti elektronskega zapisa podatkov subjektov ZN! Kaj omogoča članom zdravstvenega tima CPR?

- ❖ Prednosti CPR:
 - Zagotavljanje celovite in kakovostne ZN uporabnikom,
 - Pravočasno prepoznavanje nekaterih nevarnosti, ki ogrožajo pacienta,
 - Sistemsko urejena relativno velika količina podatkov, ki nudi pregledno informacijsko sliko,
 - Izboljšana komunikacija pacienti in med zdravstvenim osebjem,
 - Spodbuda lastnemu strokovnemu razvoju.
- ❖ Slabosti CPR:
 - Nezadostna opremljenost z IKT,
 - Pri obravnavi pacienta z obstoječo rešitvijo ne pokrivamo nekaterih administrativnih potreb,
 - Preveliko število pacientov na dan onemogoča sproten vnos podatkov v računalnik,
 - Pomanjkanje strokovnega znanja,
 - Zastavlja se vprašanje, če razpoložljive podatke znamo in zmoremo ustrezno uporabiti.
- ❖ Priložnosti CPR:
 - Z razpoložljivimi podatki bolje prisluhnemo uporabnikom in jim lahko ponudimo kakovostnejšo ZN,
 - Boljša obveščenost in vzgoja uporabnikov,
 - Pravočasno zaznavanje stanj,
 - Izdelava smernic za strokovne obravnave in kakovostnejše storitve za uporabnika,
 - Brez-papirna dokumentacija,
 - Vključevanje svojcev in drugih v PZN,
 - Motivacija zaposlenih.
- ❖ Nevarnosti CPR:
 - Nezadostna opremljenost patronažnih služb s IKT lahko zavre uporabo sistema,
 - Pomanjkanje permanentnega strokovnega izobraževanja in pripravljenosti MS na spremembe lahko negativno vpliva na uporabo takega sistema,
 - Sprememba obstoječega načina dela pogosto sprožajo med zaposlenimi odpor,
 - Posvečanje računalniku namesto pacientu.
- ❖ Omogoča spremljanje pacientove zdravstvene obravnave:

- Skozi čas
 - Implementacijo smernic
 - Izmenjavo podatkov med izvajalci – komunikacijo
 - Računalniško podprto odločanje
 - Statistično obdelavo
 - Finančno vrednotenje
 - Izobraževanje
 - Raziskovanje
- ❖ Hitri dostop do bolnikovih podatkov
 - ❖ Pasti elektronskega zapisa :
 - Vprašljivost varovanja osebnih podatkov bolnika
 - Okuženost računalniškega sistema z virusi (program pade, vsi bolnikovi podatki se lahko zbršejo)

Kaj je hierarhični več-parameterski odločitveni model ZN?

So pripomoček za klasifikacijo oz. vrednotenje objektov opisanih v atributnem jeziku. Temeljijo na razčlenitvi problema na manjše in manj zahtevne probleme. V tem procesu je potrebno razviti model, ki zagotavlja vrednotenje variante glede na zastavljene cilje in pričakovanja.

Čemu je namenjen hierarhični več-parameterski odločitveni model ZN?

- Omogoča nam celovit vpogled v proces ZN
- Namenjen je, da glavni problem razčlenimo na manjše in kompleksne probleme
- Ocenjevanju in analizi TŽA
- Celostni oceni zdravstvenega stanja B/V
- Omogoča opredelitev vrste in stopnje negovalnega problema ter evolucijo življenjskih aktivnosti v sklopu zagotavljanja kakovosti ZN

Naštejte in razložite njegove eksplicitne prednosti!

- Celovit vrednotni vpogled na stanje B/V v PZN. Pri tem velja še posebej izpostaviti transparentnost, selektivno obravnavo kritičnih dejavnikov, analiza rezultatov v smislu »kaj – če«
- Omogoča spreminjanje sprememb zdravstvenega stanja B/V v določenih časovnih intervalih na osnovi indikatorjev v okviru posameznih življenjskih aktivnosti
- Ponuja možnost za boljše (samo) ocenjevanje in s tem profesionalnost in kakovost ZN
- Prvoten organizacijsko-informacijski pristop
- Računalniški zapis podatkov: boljša dokumentacija in s tem boljša informacijska slika celostnega procesa
- Ustreznejša povezava med vsebinskim in finančnim ter statističnim segmentom
- Uvajanje sodobne informacijske in komunikacijske tehnologije

Kaj sestavlja bazo znanja?

- Drevo kriterijev za posamezne življenjske aktivnosti
- Drevo za združeno celostno oceno B/V
- Funkcije koristnosti

Kaj je drevo kriterijev?

So posamezne življenjske aktivnosti strukturirane v drevesa in nato oblikovane v novo drevo z združeno celostno oceno B/V. na ta način smo oblikovali baze znanja temeljnih življenjskih aktivnosti.

Kaj so funkcijske koristnosti?

To so pravila odločanja v vozlih dreves, ki odločajo vrednost vsakega atributa, ki ni list drevesa. Funkcija koristnosti mora biti vsebinsko ustrezna, ta je taka, da, da večjo vrednost varianti, ki je boljše in bolj operativna.

Dogovorjene vrednosti atributov:

- ZVP – zelo velik problem
- VP – velik problem
- P – problem
- P – manjši problem
- P – ni problema

bad
↓
good

Kaj pomeni profesionalizacija medicinskim sestram in kaj zdravnikom?

Profesionalizacija je rezultat izobrazbe in družbenih odnosov. MS pojmujejo profesionalizacijo rigidno: vzpostavitev standardov, pravil in nadzor nad delom. Zdravnikom pomeni profesionalizacija predvsem avtonomijo na svojem področju.

Navedite kriterije profesionalizacije, ki jih morajo medicinske sestre v Sloveniji še razvijati?

Kriteriji profesionalizacije, ki jih morajo medicinske sestre v Sloveniji še razvijati so:

- Teorije: Ker je osnova za praktično delo, izobraževanje, raziskovanje, razvoj in organizacijo. Predstavlja vsebino samostojnega in suverena delovanja MS.

- Izobraževanje: Sodobni koncepti izobraževanja za ZN mora prinašati znanja, spretnosti in vrline, ki bodo krepila profesionalno zavest in omogočala poln razvoj osebnosti izvajalcev ZN.
- Avtonomija: Pomeni svobodo delavnih skupin pri upravljanju in kontroli dela. Medicinske sestre so avtonomne pri diagnosticiranju v zdravstveni negi, sodelujejo v diagnostično – terapevtskem programu, so del zdravstvenega tima. Avtonomija medicinskih sester bo problem, dokler bodo medicinske sestre verjele v avtoriteto zdravnika, vse do takrat bodo v podrejenem položaju.

Na katerih znanstvenih teorijah sloni proces zdravstvene nege? Utemeljite!

SISTEMSKA TEORIJA: sistem je celota iz manjših delov (npr. povezanost sistema v delovanje) človek: celota:sistem

Sistemski pristop omogoča iskanje najboljših rešitev, ustrezne informacije in na osnovi teh informacij dovolj dobro rešitev problema. V sistemsko teorijo sodijo:

- **Organizacijski sistemi:** to so najkompleksnejši pojav, ki jih je ustvaril tudi človek. Hkrati je tudi del oz. element teh sistemov. Človek in organizacijski sistem so kompleksni zaradi:
 - Velikega števila odnosov med elementi
 - Odnosi so vsebinsko različni in prepleteni
 - Elementi sistema so hkrati sami podsistem na nekem drugem področju proučevanja

Primer:

Biološki svet : organizem : sistem organov : organ : tkivo : celica

Organizacijski sistem : zdravstveni dom : zdravstvena postaja : dispanzer : zdravstveni tim : posameznik

TEORIJA KIBERNETIKE (KIBERNETOS - KRMAR):

Teorija izhaja iz dejstva, da krmar s pomočjo stalnih informacij in prilagajanju glede na informacije kljub hudemu viharju pripelje ladjo na cilj.

KIBERNETIČNA ZANKA:

S procesom ZN želi MS dobiti povratno informacijo o zdravstvenem, psihofizičnem in socialnem stanju pacienta zato, da bi ugotovila ali je bila in kako je bila uspešna z delom ZN. Z vrednotenjem ZN dobimo povratno informacijo, potrebne so spremembe, zato sestra reagira.

Pomen prve faze procesne metode dela za načrtovanje zdravstvene nege?

I. faza procesne metode postavi MS v interakcijo (odnos) s:

- Posameznikom
- Člani družine
- Skupine – skupnostjo

Na uspešno in ustrezno sodelovanje vplivajo :

- Osebni odnos MS do zdravja
- Osebni odnos MS do subjektov
- Osebne izkušnje, ki temeljijo na znanju in strokovni spretnosti

Navedite in opišite korake prve faze PZN!

Prva faza PZN vključuje :

- Ocenjevanje
- Negovalno diagnozo (diagnosticiranje)

Ocenjevanje zdravstvenega stanja subjektov in potreb po ZN se začne ob prvem stiku (sprejemu) in se nadaljuje do konca zdravstvene obravnave (odpusta). To je aktivnost s katero MS ugotavlja stanje zdravja in potreb po ZN iz baze podatkov, ki jih je dobila z zbiranjem od pacienta in ostalih virov. Viri so lahko :

- Primarni (pacient sam poda informacije)
- Sekundarni (informacije posredujejo družinski člani, prijatelji, drugi zdravstveni delavci , drugi pacienti...)
- Terciarni (zdravstvena dokumentacija s področja ZN in drugih zdravstvenih področjih npr. medicinske diagnoze, laboratorijski izvidi, splošni podatki o pacientu...)

Negovalna diagnoza je rezultat sistematičnega zbiranja informacij, njihove analize, sinteze in potrditve njihove veljavnosti. Negovalna diagnoza je poimenovanje aktualnih, potencialnih ali prikritih zdravstvenih težav pri posamezniku, družini, skupnosti..Oblikovanje negovalne diagnoze po Gordonovi :

- ❖ Negovalni problem (P)
- ❖ Etiologija ali vzrok problema (E)
- ❖ Simptomi (S)

Kaj je negovalna anamneza in katere elemente vključuje?

Negovalna anamneza je zbir podatkov o B/V, družini ali skupnosti, ki jih ob prvem stiku z njim zbere MS.

Z negovalno anamnezo:

- Ugotavljamo trenutno stanje B/V
- Spoznavamo življenjske navade subjektov; pridobivamo določene pomembne informacije tudi iz preteklosti.

S posameznikom, člani družine ali skupnosti je MS v interakciji pod vplivom:

- Odnosa subjekta do zdravja
- Njihove sposobnosti zaznavanja potreb po ZN

- Poznavanje subjekta

Zaključek prve faze je negovalna diagnoza.

Kaj je negovalna diagnoza?

- Negovalna diagnoza je rezultat sistematičnega zbiranja informacij, njihove analize, sinteze in potrditve njihove veljavnosti.
- Negovalna diagnoza je poimenovanje aktualnih, potencialnih ali prikritih zdravstvenih težav pri posamezniku, družini, skupnosti, ki jih v okviru strokovnih pristojnosti rešuje nosilka ZN. To stanje MS lahko ugotovi in načrtuje negovalne intervencije.
- Negovalna diagnoza se nanaša na B/V odzive, ki jih je MS sposobna obravnavati, ker ima za to potrebno znanje, spretnosti in izkušnje, pravico in kompetenco, saj je MS na tem področju strokovnjak in ekspert.

Kako je oblikovana negovalna diagnoza po Marjory Gordon (1987)?

Sestavni deli (elementi) negovalne diagnoze so:

- Negovalni problem **P**
- Etiologija ali vzrok negovalnega problema **E**
- Simptomi **S**

P: negovalni problem je opis tistega vidika pacientovega zdravstvenega stanja, ki zahteva intervencijo MS. V skladu z definicijo ZN se nanaša na stopnjo samostojnosti in na temeljne življenjske aktivnosti.

E: etiologija ali vzrok problema je različen in vključuje fiziološke, čustvene in kognitivne sposobnosti posameznika, sociokulturne in druge povzročitelje.

S: simptomi so podatki na osnovi katerih se prepoznavajo negovalni problemi in vzroki.

Po modelu PES se lahko oblikuje le aktualni negovalne diagnoze. Potencialne negovalne diagnoze se prepoznajo le na osnovi etiologije oz. vzroka.

Kako je oblikovana negovalna diagnoza v ICNP?

Sestavljena je iz osmih osi, s pomočjo katerih lahko MS postavi kakovostno ND. ND je poimenovanje določenega fenomena, katerega izvaja MS in je osnova aktivnostim ZN:

- Obvezno je izbrati pojem iz osi **Žarišče (1A)**
- Obvezno je izbrati pojem iz osi **Ocenjevanje (1B)** ali iz osi **Verjetnost (1G)**
- Pojmi iz ostalih osi niso obvezni, lahko pa vplivajo na kakovostno ND
- Iz vsake osi se lahko izbere po 1 pojem

- A ŽARIŠČE
- B OCENJEVANJE
- C POGOSTOST
- D TRAJANJE
- E TOPOLOGIJA
- F LOKACIJA
- G VERJETNOST
- H NOSILEC

Npr:

IZBRANE OSI	IZBRANI POJMI
1 A ŽARIŠČE	BOLEČINA
1 B OCENJEVANJE	IZREDNO MOČNA
1 C POGOSTOST	V PRESLEDKIH
1 E TOPOLOGIJA	DESNO
1 F LOKACIJA	NOGA

Navedite posebnosti negovalne diagnoze!

Negovalna diagnoza se nanaša na bolnikove odzive, ki jih je MS sposobna obravnavati, ker ima za to potrebno znanje, spretnosti in izkušnje, za obravnavo pa ima dovoljenje.

Posebnosti negovalne diagnoze:

- Vsebina negovalnih diagnoz predstavlja pacientov odziv (reakcijo) na bolezensko stanje, ki, se odraža kot omejitve njegovih psihofizičnih sposobnosti ali kot njegovo doživljanje bolezenskega stanja
- Lahko je odziv na ZN ali medicinsko obravnavo: na diagnostično terapevtske postopke, zdravljenje
- Lahko je posledica nezadovoljne ali nepravilno zadovoljene potrebe (kot npr: nepravilna prehrana)
- Negovalna diagnoza je spremenljiva, odvisna od zdravljenja in odzivov nanj.

Katere so najpogostejše napake pri diagnosticiranju v ZN?

- Prehitro postavljena ND osnovana na nepopolnih podatkih (informacijah)

- Napačna ND zaradi netočnih podatkov (informacijah)
- Rutinske ND, ki so posledica, da MS ne uspe prilagoditi zbiranja in analiziranja podatkov (informacij) posameznim pacientom
- Napake opustitve : nezmožnost preoblikovanja ND v novo ND, zaradi spremenjenega zdravstvenega stanja pacienta
- Nepravilno poimenovanje ND (z aktivnostmi ZN)
- Zamenjava simptomov in negovalnih problemov

Napake pri diagnosticiranju vodijo do napak v zdravstveni negi.

Opišite drugo fazo procesa zdravstvene nege!

Načrtovanje ZN pomeni izdelavo podrobnega načrta za reševanje negovalnih problemov subjektov.

Vključuje :

- Določitev prioritete reševanja negovalnega problema
- Določitev ciljev
- Načrt negovalnih intervencij

Kako mora biti načrt ZN opredeljen?

Načrtovanje ZN pomeni izdelavo podrobnega načrta za reševanje negovalnih problemov subjektov. Načrt mora biti izdelan natančno, realno in v skladu s pričakovanim ciljem. Vključuje :

- Določitev prioritete reševanja negovalnega problema
- Določitev ciljev
- Načrt negovalnih intervencij

Kaj je prioriteta reševanja negovalnih problemov?

Prioriteta pomeni rangiranje potreb po ZN (po Maslow), glede na:

- Pomembnost za življenje
- Ozdravitev
- Kakovost življenja

MS opravi to skupaj z B/V, po potrebi pa tudi z drugimi družinskimi člani in člani negovalnega tima. Na končno določitev prioritete reševanja negovalnih problemov vpliva :

- Pacientovo zavedanje pomembnosti in resnosti negovalnih problemov
- Hierarhije osnovnih človeških potreb
- Medicinskih spoznanj
- Možnost reševanja posameznih negovalnih problemov.

Na osnovi česa določamo prioriteto reševanja negovalnih problemov?

Prioriteta pomeni rangiranje potreb po ZN (po Maslow), glede na:

- Pomembnost za življenje
- Ozdravitev
- Kakovost življenja

MS opravi to skupaj z B/V, po potrebi pa tudi z drugimi družinskimi člani in člani negovalnega tima.

Kaj so cilji ZN in kako jih MS oblikuje?

So opis fizičnih, psihičnih, socialnih stanj, ki jih želi MS skupaj s subjektom doseči v določenem času. Oblikuje jih glede na: časovno dimenzijo, relevantnost, realnost, usklajenost.

Navedite in razložite elemente oblikovanja ciljev!?

Elementi oblikovanja ciljev: SNOČ...

- SUBJEKT (pacient, družina, skupina, skupnost, celotna populacija);
- NIVO (opisuje želeno, realno možno dosegljivo stanje ali obnašanje pacienta, ki ga je možno opazovati ali meriti);
- OKOLIŠČINE (nanašajo se na kraj izvedbe, način nudenja pomoči, pripomočki);
- ČAS doseganja (mora biti natančno naveden, MS v navedenem času preveri in oceni stanje ali obnašanje pacienta, MS ugotavlja ali so cilji doseženi oz. do kakšne stopnje).

Navedite in opišite lastnosti ciljev!

Lastnosti ciljev:

- Časovna dimenzija
- Realnost
- Relevantnost
- Usklajenost

Cilji morajo biti:

- Jasno oblikovani
- Razumljivi pacientu in članom negovalnega tima
- Nanašati se morajo na pacienta
- Specifični glede na negovalno diagnozo
- Časovno opredeljeni

Glede na časovno opredelitev so cilji:

- ❖ **KRATKOROČNI** : to so tisti, ki morajo biti doseženi v nekaj minutah, nanašajo se na sedanjost in na negovalne probleme, ki zahtevajo hitro reševanje (npr. zapora dihalnih poti, povišana telesna temperatura, dehidracija)
- ❖ **SREDNJEROČNI** : cilji se načrtujejo in dosežejo v nekaj urah
- ❖ **DOLGOROČNI** : so lahko načrtovani tudi za daljše obdobje, nekaj tednov do nekaj let. Biti morajo postavljeni glede na pacientovo zdravstveno stanje in na zdravstveno vzgojenost posameznika (npr. bolnik s povišano telesno težo: bolnik s 172 cm in 105 kg bo v enem letu shujšal za 25 kg).
 - Cilji so lahko izraženi v prihodnjem času s predstavitvijo normalnega, želenega stanja in s časovno opredelitvijo.
 - Cilji morajo biti postavljeno realno, to pomeni, da morajo biti v skladu s sposobnostmi in možnostmi: pacienta, njegove družine, zdravstvenega osebja, ustanove.
 - Sposobnost in možnosti pacienta se nanašajo na njegovo psihofizično stanje, zdravstveno stanje, inteligentnost, stopnjo izobrazbe, finančne zmožnosti in pogojev doma.
 - Sposobnost in zmožnost zdravstvenega osebja in ustanove se nanašajo na organizacijo službe, število zdravstvenega osebja, kapaciteto in tehnično opremljenost ustanove.
 - Relevantnost ciljev je povezano z vzgojno, izobraževalnimi cilji.
 - Povezano je z bolnikovim vedenjem o njegovem stanju.

Pacient mora obvladati vsebine, ki so pomembne za:

- Vzdrževanje doseženega zdravstvenega stanja
- Ohranjanje in krepitev pozitivnega zdravja

H komu so cilji ZN orientirani in kaj povedo?

Cilji so orientirani k subjektu in nam povedo: kdaj, kaj, kako in pri kom bo doseženo stanje oz. kdo bo to stanje dosegel. Cilji so realni, želeni izidi ZN se kažejo v zdravstvenem stanju subjekta.

Kaj so intervencije ZN in v kaj so usmerjene?

Negovalne intervencije ali intervencije ZN so aktivnosti MS, kot odgovor na fenomen ZN (negovalni problem, negovalna diagnoza, stanje pri pacientu).

Te specifične aktivnosti so načrtovane za doseganje postavljenih ciljev in temeljijo na individualnem stanju subjektov ob upoštevanju: sposobnosti, zmožnosti, znanja.

Negovalne intervencije so usmerjene v :

- Promocijo zdravja
- Izboljševanje in /ali povrnitev zdravja
- Preprečevanje bolezni
- Lajšanje težav ob boleznih ali poškodbah
- Prispevajo k rehabilitaciji

Kaj vključuje tretja faza procesa zdravstvene nege?

- Validacijo načrta ZN
- Analizo pogojev za izvajanje ZN
- Realizacijo

Opišite validacijo načrta ZN!

To je ocena veljavnosti in načrtnosti ZN in odobritev izvajanja.

Za celostno validacijo načrta ZN je potrebno oceniti:

- Ali so zbrani vsi pomembni podatki, ki omogočajo celostno obravnavo pacienta
- Ali so negovalne diagnoze usmerjene in vključujejo negovalne probleme, pa tudi vzroke in simptome
- Ali so prioritete reševanja negovalnih problemov logična in pravilna glede na:
 - Pomembnost za življenje
 - Ozdravitev
 - Kakovost življenja
 - Pacientovo zavedanje pomembnosti in resnosti negovalnega problema
 - Hierarhije osnovnih človekovih potreb
 - Medicinska spoznanja
 - Možnost reševanja posameznih negovalnih problemov
- Ali so cilji postavljeni glede na negovalne probleme jasno, realno ali so časovno opredeljeni in ali so relevantni
- Ali so izbrane intervencije usmerjene v odpravo vzroka negovalnega problema in v doseganje ciljev
- Ali je načrt ZN usklajen z načrtom celostne zdravstvene obravnave

Kaj pomeni analiza pogojev za izvajanje zdravstvene nege?

Analiza pogojev se nanaša na modele organizacij, člane negovalnega tima in opremljenost zdravstvene ustanove.

Realizacija načrta zdravstvene nege vključuje:

- Kontinuirano ocenjevanje zdravstvenega stanja pacienta
- Kritično ocenjevanje načrta ZN
- Sprememba načrta zdravstvene nege

V času izvajanja ZN je nujno potrebno sprotno vrednotenje uspešnosti ZN. Neprekinjenost izvajanja ZN je podprta z dokumentiranjem, ki povezuje člane negovalnega tima in zdravstvenega tima tudi na različnih nivojih zdravstvene dejavnosti...

Kaj izraža vrednotenje?

Vrednotenje ZN je premišljen in dinamični proces, ki mora pokazati odzive na ZN in označiti izboljšano, nespremenjeno in tudi poslabšano stanje B/V.

Vrste vrednotenja?

- **KONINUIRANO vrednotenje** – pomeni, da moramo neprestano spremljati zdravstveno stanje pacienta oz. stanj in razmer v družini, skupini, skupnosti (kibernetična zanka)
- **KONČNO vrednotenje:**
 - Enkratno ob zaključku procesa
 - Vključuje podatke / informacije, pridobljene skozi celotno obravnavo
 - Izvaja se, ko se dosežejo postavljeni cilji

Kaj medicinska sestra vrednoti?

- Presoja napredek in rezultate v povezavi z želenimi cilji ZN
- Meri učinkovitost načrtovanih negovalnih intervencij
- Nadaljnjo vrednoti in načrtuje, če želeni cilji niso bili doseženi
- Kritično ocenjuje faze PZN-ja

Kaj predstavlja kibernetična zanka v ZN?

Teorija kibernetike (KIBERNETOS -krmar):

Teorija izhaja iz dejstva, da krmar s pomočjo stalnih informacij in prilagajanju glede na informacije kljub hudem viharju pripelje ladjo na cilj.

Kibernetična zanka:

S procesom ZN želi MS dobiti povratno informacijo o zdravstvenem, psihofizičnem in socialnem stanju pacienta zato, da bi ugotovila ali je bila in kako je bila uspešna z delom ZN. Z vrednotenjem ZN dobimo povratno informacijo, potrebne so spremembe, zato MS reagira.

Kaj je proces zdravstvene nege, navedi njegove lastnosti in načela?!

Proces pomeni enoten način in metodo dela.

Je sodobna metoda dela, ki narekuje način delovanja MS v sodobni ZN in se odlikuje po:

- Visoki stopnji organiziranosti
- Sistematičnosti
- Celostnem in individualnem pristopu

Lastnosti PZN:

- Sistematičnost
- Dinamičnost
- Fleksibilnost

Načela procesa PZN:

- Usmerjenost k B / V (je v središču dogajanja in pozornosti)
- Delo MS ni usmerjeno v naloge, aktivnosti / intervencije
- MS spremlja pravočasnost, uspešnost in kakovost ZN in ocenjuje kako se to odraža na zdravstvenem stanju B / V.

Upoštevanje B / V kot subjekt v procesu ZN :

- V procesu ZN sodelujeta MS in B / V
- MS dela kar bolnik ne sme, ne zmore ali ne zna
- B / V mora biti aktivno vključen v proces ZN glede na njegovo znanje in zmožnosti

Celovitost in individualnost (upoštevamo Maslow-o teorijo potreb)

- Celovitost pomeni sprejemanja B / V kot biološko, psihološko, socialno, duhovno in kulturno bitje, ki lahko normalno deluje le kot združena celota
- Spoštovanje individualnosti je potrebno, ker se ljudje razlikujemo po ciljih, namelih in pričakovanjih

Opišite razčlenitev faz PZN po vsebini!

UGOTAVLJANJE POTREB po ZN: je miselni napor MS, ki zahteva oceno stanja, zbiranje dodatnih informacij, analizo podatkov in definiranje negovalne diagnoze (na osnovi zbranega MS postavi negovalno diagnozo)

PLANIRANJE ZN: ugotavljanje prioritete, definiranje ciljev, definiranje intervencij/aktivnosti

IZVAJANJE ZN vsebuje:

- Validacijo – ocenitev plana
- Analizo pogojev za izvajanje
- Realizacijo (izvajanje)
- Sprotno vrednotenje/ugotavljanje sprememb stanja B/V

EVALVACIJA ZN (vrednotenje): pomeni poimenovanje doseženega stanja pacienta, družine, skupine, skupnosti s postavljenimi cilji.

Opišite razčlenitev faz PZN po delu MS!

UGOTAVLJANJE POTREB PO ZN: potrebe po ZN ugotovimo z:

- Pogovorom, ki je lahko strukturiran ali ne strukturiran
- Opazovanjem
- Merjenjem
- Negovalno anamnezo
- Analizo dokumentacije
- Razlago (interpretacijo) podatkov
- Končnimi sklepi o problemih in vzrokih

PLANIRANJE ZN: planiramo po naslednjih korakih:

- Analiza potreb po ZN z vidika hierarhije človekovih potreb (Maslow) in objektivnih možnosti
- Dogovarjanje o realnih ciljih
- Izbor ustreznih aktivnosti, dokumentiranje opravljenega dela

IZVAJANE (realizacija) ZN:

- Preverjanje pravilnosti in primernosti načrta ZN (validacija) – kadrovsko, časovno, metodološko, prostorsko, materialno
- Izvajanje planiranih intervencij/aktivnosti
- Sprotno vrednotenje/ugotavljanje sprememb stanja

EVALVACIJA ZN (vrednotenje)

- Ponovna ocena pacientovega stanja
- Primerjava s postavljenimi cilji
- Vrednotenje načrta planiranja intervencij/aktivnosti in metod dela
- Po potrebi sprememba načrta ZN: začetek s prvo fazo

Kaj je ICNP in katere fenomene ZN vključuje?

ICNP je kratica za mednarodno klasifikacijo prakse ZN. Projekt ICNP :

- Je opis prakse ZN
- Opisuje, kaj dela MS (intervencije ZN)
- Kot odgovor na vrsto B / V stanja (negovalni problem oz. ND)
- Kakšni so končni učinki njenega delovanja (rezultati ZN)

ICNP je informacijsko orodje za opisovanje prakse ZN:

- Opis negovalne diagnoze
- Intervencij ZN
- Rezultatov aktivnosti ZN

Fenomen ZN je določen vidik zdravja, ki je pomemben za prakso ZN. Osem osi pripada fenomenom ZN in sicer: (Vsaka os ima svojo lastno hierarhično strukturo).

- A ŽARIŠČE
- B OCENJEVANJE
- C POGOSTOST
- D TRAJANJE
- E TIPOLOGIJA
- F LOKACIJA
- G VERJETNOST
- H NOSILEC

Kaj omogoča elektronska oblika ICNP-ija in katere oblike poznaš?

ICNP je kratica za mednarodno klasifikacijo prakse ZN. Projekt ICNP :

- Je opis prakse ZN
- Opisuje, kaj dela MS (intervencije ZN)
- Kot odgovor na vrsto B / V stanja (negovalni problem oz. ND)
- Kakšni so končni učinki njenega delovanja (rezultati ZN)

ICNP je informacijsko orodje za opisovanje prakse ZN:

- Opis negovalne diagnoze
- Intervencij ZN
- Rezultatov aktivnosti ZN

Fenomen ZN je določen vidik zdravja, ki je pomemben za prakso ZN. Osem osi pripada fenomenom ZN in sicer: A_ŽARIŠČE, B_OCENJEVANJE, C_POGOSTOST, D_TRAJANJE, E_TIPOLOGIJA, F_LOKACIJA, G_VERJETNOST, H_NOSILEC.

Vsaka os ima svojo lastno hierarhično strukturo. Znane e- oblike sta alfa in beta 2 verzija mednarodne klasifikacije prakse zdravstvene nege.

Poimenujte vse faktorje, ki vplivajo na izvajanje TŽA! Opišite vsak faktor!

- Biološki,
- Psihološki,
- Socio-kulturni,
- Okoljski,
- Politično-ekonomski.

Razdeli psihosocialne temeljne življenjske aktivnosti!

- Občutenje:
 - bolečina (akutna, kronična, porodna),
 - čutila (vid, sluh, ostala),
 - zavest.
- Psihične sposobnosti:
 - spoznavanje (mišljenje, percepcija-zaznavanje),
 - čustvovanje (somatsko [poželenje, strah], situacijsko [veselje, presenečenje, jeza, skrb], socialno),
 - vrednote, verovanje (duhovne in moralne vrednote in religiozno verovanje),
 - spomin (kratkotrajni, dolgotrajni),
 - orientacija (časovno, krajevno, osebno).
- Soodvisne aktivnosti
 - komunikacija (verbalna, neverbalna),
 - spolna aktivnost (planiranje družine, spolna funkcija),
 - socialna aktivnost (socialni stiki, nasilje v družini in okolici), prevzemanje vlog.

Naštej psihosocialne temelje življenjske aktivnosti!

- Odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov, doživljanja, duševne, duhovne in socialne potrebe,
- Izražanje verskih čustev,
- Koristno delo,
- Razvedrilo in rekreacija,
- Učenje in pridobivanje znanja.

Občutenje: je subjektivno občutenje telesnega stanja ali rezultat vzpodbujanja senzoričnih receptorjev; je prenos živčnih dražljajev po aferentnih živcih do možganov in je doživljanje duševnega stanja, ki je lahko -ali pa tudi ne -odgovor na zunanje dražljaje. Vključuje: bolečino, čutila in zavest.

Bolečina: je naraščanje občutkov v določenih delih telesa, pogosto povezano s subjektivnimi izkušnjami močnega trpljenja. Vrste bolečine: akutna, kronična in porodna.

Zavest: je odziv duha na vtise, ki nastanejo iz kombinacij občutkov, z nalogo, da obdržijo zavest čuječno, budno in dojemljivo za zunanje okolje. Ločimo: somnolenco (je nenormalna zaspanost in nenaravna dremavost), stupor (je stanje globokega spanja z odzivnostjo na bolečino) in komo (je globoka nezavest brez fizioloških odzivov, tudi na bolečino).

Psihične sposobnosti vključujejo: Spoznavanje, čustvovanje, vrednote, verovanje, spomin in orientacijo.

Spoznavanje: je nagnjenje k ohranjanju in opustitvi aktivnosti ob upoštevanju znanja posameznika; je intelektualni proces, ki vključuje vse vidike zaznavanja, razmišljanja, mišljenja in pomnjenja.

- o Mišljenje: je nastanek duševnih podob ali konceptov v spominu.
- o Percepcija (zaznavanje): je zavestno mentalno zaznavanje čutnih vzpodbud, zaznavanje predmetov ali sprejemanje drugih podatkov preko čutil.

Čustvovanje: je nagnjenje k zadrževanju in opuščanju dejanj zaradi prijetnih čustev ali zavedajoče se bolečine; čustva so zavestna ali podzavestna, izražena ali neizražena. Somatsko čustvovanje (poželenje, strah), Situacijsko čustvovanje (veselje, presenečenje, jeza, skrb), Socialno čustvovanje (ljubezen, naklonjenost, sočustvovanje).

Vrednote: pomenijo tisto, čemur priznava kdo veliko načelno vrednost in mu zato daje prednost.

Verovanje: je prepričanje o obstoju, resničnosti česa, kar uči vera, pomeni biti prepričan o obstoju, resničnosti česa, kar uči vera, pomeni biti prepričan o obstoju česa skrivnostnega, umišljenega; verjeti.

Socialna aktivnost: zajema različne vrste aktivnosti med posamezniki in skupinami, kamor sodijo: različni socialni stiki, vrste nasilja in prevzemanje vlog.

Komunikacija: je dajanje in izmenjavanje informacij, sporočil, občutkov in misli med osebami in skupinami oseb. Verbalna komunikacija (besedna: vključuje vse načine sporočanja, ki temeljijo na govoru in jeziku), Neverbalna komunikacija (nebesedno sporočanje: je

spoznavanje, kjer sredstvo za prenašanje sporočil niso besede, pač pa govornica telesa_drža, kretnje, mimika, pogled, prostor in čas, otip ter vonj.

Spolna aktivnost: zajema aktivnosti, ki izražajo spolne želje, vrednote, vedenje in dejanja.

- o Planiranje družine: je vedenjski proces načrtovanja števila otrok v družini in starostnih razlik med njimi. Pri tem se upoštevajo običaji, zakoni, idealno ali sprejemljivo število otrok in odraslih v družini ali zaželenost otroka enega spola pred drugim.
- o Spolna funkcija: je vrsta reprodukcije (razmnoževanja) in pomeni sposobnost sodelovanja v spolnem odnosu in pri moškem sposobnost ejakulacije.

Socialna aktivnost: je aktivnost odvisna od sebe in drugih posameznikov.

- o Socialni stiki: so aktivnosti skupne socialne izmenjave; sodelovanje in socialna izmenjava med posamezniki in skupinami.

Nasilje: je dejaven odnos do koga, značilen po uporabi sile, pritiska. Nasilje do drugih je vrsta socialnih stikov s specifično lastnostjo: nasilno izkazovanje aktivnosti ali nepravilna uporaba sile ali moči z namenom nekaj ali nekoga poškodovati, napasti ali z njim grdo ravnati; nasilne, napadalne, škodljive, nezakonite ali v kulturi prepovedane aktivnosti v odnosu do drugih ljudi; stanje borbe za moč ali konflikta. Nasilje nad otrokom- zloraba pomeni nasilno, napadalno ali grdo ravnanje z otrokom; zloraba otroka je povezana z zlorabami v družini ter z nezakonitimi prepovedanimi dejanji. Nasilje nad partnerjem- nasilno, napadalno ali grdo ravnanje z zakonskim partnerjem. Tudi nasilje nad starši.

Kateri so cilji Teoretičnega modela Dorothee E. Orem?

- Splošno uporaben model ZN, temelj za razvoj in raziskovanje v ZN in
 - ZN znanstvena disciplina.
- Rezultat: » Concept Formalization in Nursing«.

H komu je usmerjen teoretični model Dorothee E. Orem? In kaj pri človeku opazuje?

Ta model je usmerjen k:

- Razvijanju odgovornosti za lastno zdravje
- Podpori rizičnim skupinam prebivalcev.

Človeka opazuje v njegovem stalnem iskanju ravnovesja med:

- Sposobnostjo skrbeti zase
- Potrebami – zahtevami, ki jih preden postavljajo življenje.

Na razvoj samooskrbe vpliva?

- Učenje,
- vzgoja,
- izkušnje,
- nadzor.

Kaj pomeni izraz samooskrba?

Samooskrba je hotna aktivnost, ki jo posamezniki izvajajo za vzdrževanje življenja, zdravja in dobrega počutja. Posamezniki nenehno razvijajo in spreminjajo obliko samooskrbe. Vplivi na samooskrbo so: vzgoja, izobraževanje, nadzor, izkušnje.

Katere teorije so prisotne v teoretičnem modelu Dorothee E. Orem? ELEMENTI MODELA!

- o Teorija samooskrbe,
- o teorija primanjkljaja samooskrbe in
- o teorija sistemov samooskrbe.

Kako Oremova deli Teorijo samooskrbe?

- Univerzalna,
- razvojna in
- odkloni od zdravja.

Kako Oremova deli potrebe po samooskrbi?

Razdeljene so na:

- Potrebe splošne (univerzalne) samooskrbe,
- potrebe razvojne samooskrbe in
- potrebe zaradi motenj zdravja.

Katere vrste samooskrb poznamo?

Oremova v teoretičnem modelu izpostavlja :

- o Popolno samooskrbo
- o Nepopolno samooskrbo

Kaj je osrednje področje Oremovega teoretičnega modela ZN?

Osrednje področje Oremovega teoretičnega modela je Teorija PRIMANJKLJAJA samooskrbe.

- Povezana je z zdravjem oz. boleznijo,
- služi kot kriterij za določanje potreb po ZN,
- ZN je potrebna tistim posameznikom, ki niso sposobni samooskrbe.

Katere tri sisteme izpostavlja teorija sistemov samooskrbe?

Popolni nadomestni-kompenzacijski-sistem ZN, delno nadomestni sistem ZN in podporno vzgojno-izobraževalni sistem ZN.

Navedi oblike pomoči v ZN?

- Delovanje za ali namesto pacienta,
- vodenje in usmerjanje,
- telesna podpora,
- psihična podpora,
- zagotavljanje okolja, ki omogoča in podpira osebnostni razvoj in
- učenje.

Definiraj popolno samooskrbo!

Je zmožnost posameznika, družine ali širše družbene skupnosti izvajati vse dnevne življenjske aktivnosti.

Delitev popolne samooskrbe!

Univerzalna samooskrba: Dejavniki univerzalne samooskrbe so povezani z življenjskimi procesi ter celovitostjo njegovega dejanja. Enotni so vsem živim bitjem v vseh fazah življenjskega ciklusa in so med seboj povezani.

Dejavniki so:

- Zrak, voda, hrana
- Izločki in procesi, ki so povezani z izločanjem (uravnavanje in kontrola)
- Aktivnost in počitek (ravnotežje)
- Samota in družbeno življenje (socialni stiki, ravnotežje)
- Preprečevanje nevarnosti, delo in dobro počutje
- Pospeševanje človekovih aktivnosti in razvoja v skladu s človekovimi potenciali, omejitvami in željo biti normalen

Razvojni samooskrba: Dejavniki razvojne samooskrbe vzdržujejo pogoje za normalen potek življenjskih procesov in razvoja.

Dejavniki so:

- Izobraževanje in učenje
- Socialna adaptacija
- Socialna varnost
- Sprejemanje družbenih vlog in zagotovljeni optimalni življenjski pogoji
- Adaptacija na novo življenjsko okolje
- Adaptacija na nove pogoje življenja zaradi bolezni

Boleznska samooskrba: Potrebna je v času bolezni, invalidnosti in stanju, ki je posledica diagnostično terapevtskega programa. Boleznska samooskrba zajema:

- Iskanje ustrezne pomoči za določeno težavo
- Iskanje pomoči pri bolezenskih znakih in simptomih
- Natančno izvajanje predpisane terapije
- Iskanje pomoči pri stranskih učinkih predpisane terapije
- Sprejemanje novega stanja in sprjaznjenje z odvisnostjo
- Učenje kako živeti z boleznijo in učinki diagnostično terapevtskega programa na način, ki še vedno vzpodbuja osebnostni razvoj in vključevanje v življenje.

Definiraj nepopolno samooskrbo!

Je osrednje področje Oremovega teoretičnega modela ZN. Nepopolna samooskrba, ki je povezana z zdravjem oz. boleznijo, služi kot kriterij za določanje potreb po ZN. ZN je potrebna tistim posameznikom, ki niso sposobni popolne samooskrbe.

Področja aktivnosti ZN so:

- Vzpostavljanje in vzdrževanje odnosov MS – bolnik
- Določanje ali/ in kako se bolniku lahko pomaga z ZN
- Odzivanje na bolnikove zahteve, želje in potrebe po stikih z MS in njeni pomoči
- Predpisovanje, zagotavljanje in usmerjanje neposredne pomoči bolnikom in svojcem z ZN
- Usklajevanje in povezovanje ZN z bolnikovimi dnevnimi aktivnostmi

Kdo je sposoben samooskrbe?

- Odrasli posameznik,
- Otroci, bolniki, invalidi, starostniki potrebujejo različne stopnje pomoči in samooskrbe.

Naštej koncepte Oremovega teoretičnega modela ZN in jih opiši!

Koncept ČLOVEKA

Celostna obravnava človeka (psiho – fizični – socialni in medsebojni vidik), ki ima:

- Sposobnost učenja in razvoja (na učenje vplivajo starost, mentalne sposobnosti, čustvena stanja in kultura)
- Sposobnost spoznavanja samega sebe – samoocena
- Zavestno in po svoji volji vključevanje v dejavnosti
- Sposobnost samooskrbe.

Koncept ZDRAVSTVENE NEGE

Oremova pojmuje ZN kot obliko pomoči posamezniku. MS mora nuditi pomoč, ki je prilagojena človekovim potrebam, in omejitvam. Središče ZN je posameznik, zajema pa tudi družino, skupino in širšo okolico.

zmožnostim

Oremova izpostavlja 3 vrste pomoči:

- Kompenzatorna (izvaja MS)
- Delno kompenzatorna (MS + svojci ali bolnik)
- Vodenje pacienta, poudarek na učenju

Koncept ZDRAVJA

Zdravje je opredeljeno kot stanje človekove celovitosti ali integritete – dihotomija pozitivnega in negativnega stanja. Za pozitivno zdravje je nujna popolna (sam pacient) in nepopolna samooskrba.

Vidiki zdravja:

- Fizični
- Psihični
- Socialni
- Duhovni
- Kulturni

Koncept OKOLJA

Zunanje okolje je pogoj za motiviranje posameznika, ki je potreben pomoči, da postavi in doseže ustrezne cilje ter temu prilagodi svoje obnašanje. Področje dela MS je terapevtska oskrba pacienta.

MS pri svojem delu upošteva:

- Bolnikovo zdravstveno stanje in njegovo doživljanje tega, ter zdravnikovo videnje bolnikovega zdravstvenega stanja
- Želene rezultate zdravljenja (približevanje normalnemu delovanju in življenju, kljub zdravstvenim težavam
- Potrebo po terapevtski samooskrbi, ki izhaja iz univerzalne, razvojne in bolezenske samooskrbe
- Bolnikove sposobnosti izvajanja samooskrbe.

Proces ZN po Oremovi!

PZN je prikazan kot dinamična aktivnost – ugotavljanje zdravstvenega stanja – negovalna diagnoza – sprememba zdravstvenega stanja in s tem prilagajanje terapevtskim potrebam bolnika, potrebi in sposobnosti za samooskrbo.

Oremova predstavlja PZN v treh fazah:

- Ugotavljanje zdravstvenega stanja – negovalna diagnoza
- Načrtovanje ZN
- Izvajanje in vodenje ZN

PRVA FAZA – MS se osredotoča na :

- Ugotavljanje zakaj varovanec / bolnik potrebuje ZN
- Potrebo po terapevtski samooskrbi V / B
- Identifikacija področja, kjer V / B ni sposoben samooskrbe
- Vrednotenje V / B sposobnosti samooskrbe

DRUGA FAZA – MS VKLJUČUJE VSE AKTIVNOSTI IN MEDSEBOJNE ODNOSE Z V / B V PROCESU ZN. MS SE MORA OPREDELITI:

- Čas
- Kraj
- Pogoje dela
- Pripomočke in materiale za izvajanje ZN
- Kadrovske pogoje

TRETJA FAZA – MS VKLJUČUJE IZVAJANJE ZN IN ODLOČITVE O TRAJANJU ALI SPREMEMBAH NAČRTOVANE ZN.

IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE.

Primarna preventiva- vključuje:

- Popolno samooskrbo (terapevtsko)
- Razvojno samooskrbo

MS bolniku pomaga, da se nauči aktivnosti samooskrbe, s katerimi vzdržuje in izboljšuje zdravje in preprečuje bolezen.

Sekundarna preventiva – vključuje :

- Bolezensko samooskrbo

MS uči bolnika izvajati samooskrbo, ki uravnava in preprečuje posledice in komplikacije obolenj.

Terciarna preventiva – vključuje :

- Bolezensko samooskrbo

MS uči bolnika izvajati samooskrbo, ki omogoča prilagajanje na novo zdravstveno stanje. Oblike pomoči so : podpora, vodenje, vzpodbujanje in učenje.

M. Zaletel

Subjektivno izražanje kakovosti!

- Koncept kakovosti vedno izražamo subjektivno.
- Sprejeti moramo dejstvo, da je nekdo s posameznim izdelkom ali opravljeno storitvijo zelo zadovoljen, medtem ko je istočasno nekdo drug zelo nezadovoljen.
- Sodba o kakovosti je odvisna od posameznikove osveščenosti, izkušenj, pričakovanj in prepoznanih pravil kakovosti. Vendar pa takšna pavšalna subjektivna ocena ni dovolj.
- Če medicinske sestre hočejo svoje delo opravljati res profesionalno, si morajo takšno vprašanje postavljati vedno znova v prizadevanju, da bi kakovost svojega dela nenehno izboljševale in tako prispevale po najboljših močeh k ohranjanju in izboljšanju zdravja bolnikov/varovancev.

Zakonitosti, ki veljajo med zagotavljanjem kakovosti storitev, ki izhajajo iz storitvenih dejavnosti (kamor sodi tudi zdravstvo), v primerjavi s kakovostjo izdelkov materialne proizvodnje.

Kakovost izdelka ali storitve lahko opredelimo kot relativno popolnost.

Lahko vidimo, da tisti, ki nudi izdelek ali storitev, nima končne besede o kakovosti, temveč je kupec oziroma uporabnik izdelka ali storitve končni razsodnik o kakovosti izdelka ali storitve.

- ❖ storitvena dejavnost ne izdeluje predmetnih izdelkov,
- ❖ storitev ni mogoče delati na zalogo,
- ❖ uporabnik storitve je običajno prisoten v procesu izvrševanja storitve, kar pomeni s stališča kakovosti dodaten vidik,
- ❖ pri izvajanju storitev je običajno pomembnejša pravočasnost, hitrost in pravilen potek procesa,
- ❖ želje naročnika in njegova merila kakovosti je težje doseči kot v materialni proizvodnji. Merila uporabnika brez kakovosti opravljenih storitev so odraz osebnih kriterijev posameznika.

Overtveitove sestavine kakovostne zdravstvene oskrbe!

Overtveit je razvil definicijo kakovosti, ki pravi: »Kakovost zdravstvene dejavnosti je popolno zadovoljevanje potreb tistih, ki zdravstvene storitve najbolj potrebujejo, pri najnižjih stroških za organizacijo, znotraj danih meja in smernic višjih oblastnih organov in plačnikov«. Navaja sestavine kakovostne zdravstvene oskrbe:

- ❖ visoka stopnja strokovnosti,
- ❖ učinkovita izraba virov (človeških, finančnih, materialnih),
- ❖ čim-manjše tveganje za bolnika,
- ❖ zadovoljstvo bolnika,
- ❖ (pozitiven) vpliv na njegovo zdravje.

Tri dimenzije kakovosti ZN!

Kakovost zdravstvene nege lahko gledamo v treh dimenzijah:

- kakovost metodologije in tehnologije dela, ki jo označujejo: učinkovitost, strokovnost, spretnost, varnost, skrbnost, primernost;
- kakovost zaposlenih - medsebojni odnosi: strokovnost, ki se kaže v sposobnostih zaposlenih spoštovati osebnost pacienta, zaupanju, posredovanju ustreznih informacij, pacientovi avtonomiji, enakopravnosti;
- kakovost organiziranja, ki jo označujejo: varnost, udobnost, neprekinjenost, učinkovitost, opremljenost.

Kakovost v zdravstveni negi upošteva tri temeljne dimenzije: stroko, management in uporabnike zdravstvenih storitev, ki naj bodo v medsebojni soodvisnosti, pri tem pa izpostavlja zadovoljstvo pacientov kot bistveni kazalec kakovosti.

Razložite izraz »zagotavljanje kakovosti«!

Zagotavljanje kakovosti je proces, ki zajema sistematično opisovanje, merjenje, vrednotenje, in ko je potrebno, tudi izvajanje ukrepov za izboljševanje kakovosti. Pomeni sistematično in načrtovano izvajanje ukrepov, s katerimi bomo dosegli predpisane zahteve kakovosti.

Razlikovati moramo med tremi pojmi:

- ocenjevanje kakovosti (quality assesment)
- zagotavljanje kakovosti (quality assurance)
- izboljševanje kakovosti (quality improvement).

Zagotavljanje kakovosti ni enkratno, dokončno dejanje, temveč stalen proces, ki zahteva stalno izboljševanje lastnosti izdelkov ali storitev.

Kaj pomeni »ocenjevanje kakovosti«?

Ocenjevanje kakovosti je postopek, pri katerem z uporabo primernih metod in izbranih kriterijev primerjamo med seboj opravljeno in dogovorjeno zdravstveno oskrbo. V zdravstveni negi pomeni to primerjavo med izvedeno zdravstveno nego in izbranimi, postavljenimi kriteriji in standardi. Šele ko ocenimo kakovost, lahko oblikujemo sistem zagotavljanja kakovosti, ki pripomore k izboljšanju in doseganju zelenih ciljev.

Kaj pomeni »izboljševanje kakovosti«?

Izboljševanje kakovosti je proces, ki sledi fazi ocenjevanja in zagotavljanja kakovosti ter odpravlja ugotovljene ovire oz. težave in dviguje kakovost na višjo raven.

Izboljševanje kakovosti je dinamičen proces z naslednjimi načeli:

- odkrivanje in uporaba najboljših izidov za doseganje odličnosti,
- eksplicitna opredelitev ciljev kakovosti,
- nadzor znotraj stroke,
- naklonjeno vodstvo,
- vključevanje pacientov.

Vsaka organizacija, ki sprejme odgovornost za spremljanje in pospeševanje kakovosti svojega dela, se odloči za program zagotavljanja kakovosti. Pri tem je treba opraviti radikalno spremembo od ugotavljanja (ocenjevanja) kakovosti k zagotavljanju kakovosti.

Kateri so cilji zagotavljanja kakovosti?

Ko se odločamo za program zagotavljanja kakovosti, si prizadevamo, za čim višjo učinkovitost in čim boljše rezultate ob racionalni uporabi razpoložljivih virov. Pri tem želimo doseči sledeče cilje:

- izboljšanje ali vzdrževanje zdravstvenega stanja pacienta;
- izboljšanje ali vzdrževanje njegovih funkcionalnih sposobnosti,
- psihofizično ugodje pacienta – dobro počutje;
- zadovoljstvo pacienta po opravljeni zdravstveni negi in njegova varnost.

Človeka – pacienta gledamo celovito, zato nas ti cilji spremljajo pri vseh naših aktivnostih, ki jih opravljamo v dobro naših uporabnikov. Med aktivnosti medicinske sestre lahko štejemo tudi postavljanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege.

S katerimi metodami zagotavljamo kakovost-opis?

Za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi lahko uporabljamo zunanje in notranje metode. Bistvena razlika v tem, da je pri zunanjem zagotavljanju kakovosti ta zagotovljena od zunaj (zunanji strokovnjaki, institucije). Zagotavljanje kakovosti znotraj zdravstvenih ustanov pa je naloga izvajalcev zdravstvene nege, ki jo samostojno načrtujejo in izvajajo ter so zanjo tudi sami odgovorni. Interno zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege lahko izvedemo bodisi centralno ali decentralizirano.

Značilnosti centralnega zagotavljanja kakovosti!

Značilnosti centralnega zagotavljanja kakovosti so:

- natančna analiza celotne aktivnosti zdravstvene nege;
- uporaba instrumenta, ki je znanstveno utemeljen in uporaben za zdravstveno nego;
- zagotavljanje kakovosti izpelje skupina za to usposobljenih strokovnjakov;
- negovalni timi, ki izvajajo zdravstveno nego, v to nimajo vpogleda.

Značilnosti decentraliziranega zagotavljanja kakovosti!

Značilnosti decentraliziranega zagotavljanja kakovosti so:

- opazovanje izvajanja zdravstvene nege;
- instrument opazovanja ni trdno določen, izbran je glede na to, katero intervencijo zdravstvene nege opazujejo;
- izvajajo jo na ravni bolniške enote – oddelka;
- izvajajo jo člani negovalnih timov, ki v enoti delujejo;
- člani negovalnega tima imajo neposreden vpogled v zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege.

Kateri model zagotavljanja kakovosti smo spoznali? Kdaj je bil predstavljen?

Po Ishikawi 1987 je program za zagotavljanje kakovosti sosednje faz:

- načrtovanje (cilji in metode za doseganje ciljev)
- izvajanje (izobraževanje, izboljševanje)
- preverjanje (ugotavljanje napak in njihovih vzrokov)
- ukrepanje in odpravljanje napak.

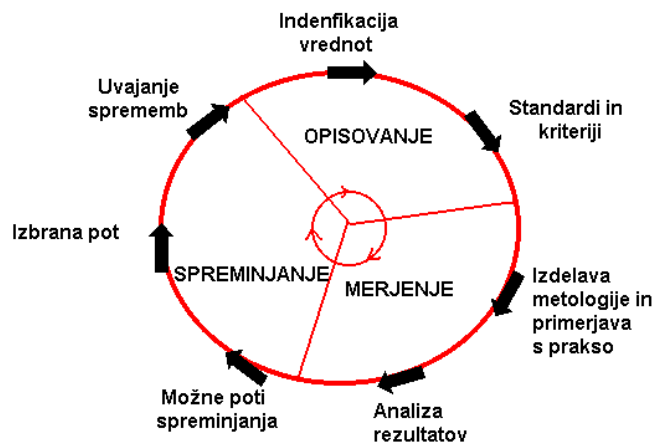
Zagotavljanje kakovosti po Normi Lang-predstavite ga!

Zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege po modelu Norme Lang:

V literaturi lahko zasledimo množico modelov za evalvacijo kakovosti zdravstvene nege. Večina modelov uporablja za osnovo model Norme Lang iz leta 1976, ki ima 7 stopenj. V svetu so nastale mnoge modifikacije modelov, npr. model ameriškega združenja medicinskih sester, ki ima osem stopenj ali avstralskega kraljevega združenja medicinskih sester z 11 stopnjami.

Model Norme Lang ima 7 stopenj, ki potekajo skozi tri faze:

V prvi fazi – opisovanje identificiramo vrednote in stališča, ki nas vodijo v zdravstveni negi. Nato se odločamo o kriterijih odlične zdravstvene nege v standardih strukture, procesa in izida.



V drugi fazi – merjenje se odločimo za metodologijo, ki jo uporabimo, da ugotovimo, kakšna je naša praksa v primerjavi s standardi in kriteriji odlične (zelo dobre) zdravstvene nege, ki smo jo postavili interno ali pa so bili postavljeni eksterno. Dobljene rezultate analiziramo in se odločimo, če in zakaj potrebujemo spremembe. Avtorica modela priporoča pri analizi vključevanje tako imenovanih dejavnikov SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats – moči, slabosti, priložnosti, grožnje oz. nevarnosti – pasti).

V tretji fazi – spreminjanje (Action) se odločimo za spremembe in poti, po katerih bodo v našem okolju tekle spremembe, in končno uvedemo spremembe v naše tekoče delo.

Krog nato teče dalje preko vseh faz, kajti zagotavljanje kakovosti je neprekinjen proces!!

Kaj so standardi-definicija?

Standardi so pomembni elementi zagotavljanja kakovosti in hkrati elementi sodobne zdravstvene nege.

Po Donabedianu so standardi: strokovno oblikovane specifične kvantitativne zahteve, ki definirajo nekaj »dobrega«.

Glede standardov zdravstvene nege se pogosto uporablja definicija Elizabeth Mason (1984), ki pravi, da je: negovalni standard veljavna definicija kakovosti zdravstvene nege, ki vključuje kriterije, s katerimi lahko vrednotimo učinkovitost.

- Kakovost zagotavljajo le tisti standardi, ki so veljavni. Standard ni veljaven, če ne vsebuje kriterijev za vrednotenje zdravstvene nege.
- Standardi so sprejete in veljavne norme, ki opredeljujejo aktivnosti zdravstvene nege in stopnjo kakovosti zdravstvene nege.
- So sredstvo oziroma orodje za merjenje kakovosti.
- Standardi morajo biti dinamični, da jih je možno prilagajati in spreminjati.
- Odražati morajo vidike zdravstvene nege, najnovejše ugotovitve raziskovalnega dela podprte s praktičnimi izkušnjami, strokovno usposobljenostjo in pristojnosti članov negovalnega tima.
- Standardi opredeljujejo tudi pogoje za izvajanje zdravstvene nege in pričakovane rezultate.

Kaj so kriteriji-definicija?

Definicijo kriterija lahko povzamemo iz Slovarja slovenskega knjižnega jezika, (1994): kar služi kot osnova za vrednotenje, primerjanje ali presojanje – merilo.

- Standardi vsebujejo kriterije, ki omogočajo, da jih lahko vrednotimo.
- Kriteriji morajo biti merljivi, specifični, primerni, razumljivi, jasni in sodobni.
- Kriteriji morajo biti merljivi, specifični, primerni, razumljivi, jasni in sodobni.
- Kriteriji so merilo za vrednotenje, primerjanje in presojanje standardov, hkrati pa so tudi merilo za ocenjevanje uspešnosti, učinkovitosti in kakovosti zdravstvene nege.

Naštev vrste standardov po Donabedianu!

Donabedianu je razdelil standarde na:

- ❖ standarde strukture,
- ❖ standarde procesa,
- ❖ standarde izida.

V standardu strukture so opisani viri za kakovostno izvajanje zdravstvene nege, obenem pa se v oblikovanem standardu odraža kakovost menedžmenta v zdravstveni negi. Kriterij standardov strukture opisujejo, kaj moramo zagotoviti, da dosežemo pričakovane rezultate.

V kriterijih standardov strukture opredelimo:

- ❖ izvajalca zdravstvene nege. Pri tem upoštevamo izobrazbo, usposobljenost in strokovna znanja, pristojnosti in odgovornosti ter določimo število
- ❖ strokovnjake drugih področij, kadar sodelujejo pri izvedbi
- ❖ prostor
- ❖ opremo in pripomočke
- ❖ pomožne in podporne službe npr. centralna kuhinja, pralnica...
- ❖ zahtevano znanje izvajalcev

- ❖ literaturo, vire, kjer si izvajalci osvežijo ali poglobijo znanja
- ❖ dokumentiranje: navedeno, kam dokumentiramo

Vsi ti kriteriji morajo biti zagotovljeni, da lahko B/V zagotovimo varno zdravstveno nego. V kriterij standardov strukture opišemo kdo, kje in s čim bo izvedel določeno aktivnost.

V standardu procesa definirajo kakovost izvajanja zdravstvene nege. Določimo KAJ bomo storili za dobro B/V, KDAJ, KAKO POGOSTO z namenom, da dosežemo največje učinke pri spremembi ali vzdrževanju bolnikovega zdravstvenega stanja, funkcionalnih sposobnosti in psihofizičnem ugodju. S kriteriji opišemo, katere akcije je potrebno izvesti, kako pogosto in kdaj. Kadar je akcija vezana na komunikacijo, opišemo vsebino – kaj povemo, kaj učimo, da rezultat dosežemo, ter opišemo oblike in metode dela.

Standard 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 bolnika, pričakovano spremembo v bolnikovem zdravstvenem stanju in znanju bolnika (vedenje o bolezni, zdravstvenem stanju, življenjskem slogu...). Standardi izida usmerjajo medicinsko sestro oziroma ji določajo, kaj mora pri bolniku ugotavljati. Po kriterijih standarda izida ocenjujemo stopnjo kakovosti zdravstvene nege.

Naštej vrste standardov po Masonovi!

Elizabeth Mason je razdelila standarde na:

- ❖ standarde strukture,
- ❖ standarde procesa
- ❖ standarde izida
- ❖ standarde vsebine.

V standardu strukture so opisani viri za kakovostno izvajanje zdravstvene nege, obenem pa se v oblikovanem standardu odraža kakovost menedžmenta v zdravstveni negi. Kriterij standardov strukture opisujejo, kaj moramo zagotoviti, da dosežemo pričakovane rezultate.

V kriterijih standardov strukture opredelimo:

- ❖ izvajalca zdravstvene nege. Pri tem upoštevamo izobrazbo, usposobljenost in strokovna znanja, pristojnosti in odgovornosti ter določimo število
- ❖ strokovnjake drugih področij, kadar sodelujejo pri izvedbi
- ❖ prostor
- ❖ opremo in pripomočke
- ❖ pomožne in podporne službe npr. centralna kuhinja, pralnica...
- ❖ zahtevano znanje izvajalcev
- ❖ literaturo, vire, kjer si izvajalci osvežijo ali poglobijo znanja
- ❖ dokumentiranje: navedeno, kam dokumentiramo

Vsi ti kriteriji morajo biti zagotovljeni, da lahko B/V zagotovimo varno zdravstveno nego. V kriterij standardov strukture opišemo kdo, kje in s čim bo izvedel določeno aktivnost.

V standardu procesa definirajo kakovost izvajanja zdravstvene nege. Določimo KAJ bomo storili za dobro B/V, KDAJ, KAKO POGOSTO z namenom, da dosežemo največje učinke pri spremembi ali vzdrževanju bolnikovega zdravstvenega stanja, funkcionalnih sposobnosti in psihofizičnem ugodju. S kriteriji opišemo, katere akcije je potrebno izvesti, kako pogosto in kdaj. Kadar je akcija vezana na komunikacijo, opišemo vsebino – kaj povemo, kaj učimo, da rezultat dosežemo, ter opišemo oblike in metode dela. Standardi procesa vključujejo še dodatne standarde, ki jih srečamo pri Masonovi to so standardi vsebine. Z njimi opišemo vsebino komunikacije ali vsebino učenja.

Razvijamo jih za:

- Učenje
- terapevtsko komunikacijo
- spoznavno komunikacijo
- odločanje medicinskih sester
- prenos informacij o bolniku

Napišemo KAJ povemo ali učimo.

Standard 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 bolnika, pričakovano spremembo v bolnikovem zdravstvenem stanju in znanju bolnika (vedenje o bolezni, zdravstvenem stanju, življenjskem slogu...). Standardi izida usmerjajo medicinsko sestro oziroma ji določajo, kaj mora pri bolniku ugotavljati. Po kriterijih standarda izida ocenjujemo stopnjo kakovosti zdravstvene nege.

Na katerih ravneh postavljamo standarde?

Standarde postavljamo na ravni:

- stroke – to so generalni (splošni) standardi – pomembni za stroko zdravstvene nege v najširšem smislu;
- delovnega področja (bolnišnica, dom starejših občanov, zdravstveni dom)
- specialnosti – lokalna raven (klinika, bolniški oddelek, služba znotraj ZD).

Standardi ZN določajo prakso zdravstvene nege in predstavljajo vsebino odlične (zelo dobre) zdravstvene nege. Predstavljajo kakšni viri so potrebni (struktura), kaj naj bo storjeno (proces) in kakšne koristi ima pacient (izid) od dobre zdravstvene nege (3).

Kaj predstavljajo standardi?

Standardi so sredstva za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege. Kljub izdelanim standardom, pa v vsakem primeru zdravstvena nega ni izvedena v najvišji stopnji kakovosti. Standardi ZN določajo prakso ZN in predstavljajo vsebino odlične (zelo dobre) ZN. Predstavljajo kakšni viri so potrebni (struktura), kaj naj bo storjeno (proces) in kakšne koristi ima B/V (izid) od dobre ZN (Sekavčnik).

Poznamo tri-stopenjski sistem kakovosti zdravstvene nege:

1. stopnja – SPREJEMLJIVA ZDRAVSTVENA NEGA, ki ji odgovarjajo MINIMALNI standardi. Vsi bolniki so oskrbovani po rutinski shemi.
2. stopnja – PRIMERNO DOBRA – OPTIMALNI standardi. Zdravstvena nega je načrtovana, vendar bolnik ni direktno vključen v načrtovanje in vrednotenje.
3. stopnja – ODLIČNA – ZELO DOBRA ZDRAVSTVENA NEGA – MAKSIMALNI standardi. Zdravstvena nega je načrtovana in vrednotena skupaj z bolnikom in svojci. Bolnik je enakovreden partner v procesu negovanja.

Zdravstvena nega, ki je ne moremo razporediti v nobeno stopnjo, je nesprejemljiva – slaba zdravstvena nega – stopnja 0.

Namen standardiziranja v ZN?

- enotno poimenovanje stroke v zavodu in širšem družbenem okolju
- pomoč pri vrednotenju ZN
- enotna podlaga za učenje in praktično delo z dijaki in študenti
- so pripomoček pri načrtovanju, izvajanju, vrednotenju ZN in iskanju izboljšav
- so pomoč pri ugotavljanju kadrovskih potreb in delitvi dela, dvigajo zadovoljstvo pri delu
- omogočajo vpogled v proces, kakovost in rezultate ZN

Značilnosti standardov?

- odražati morajo vidike sodobne ZN
- najnovejše ugotovitve raziskovalnega dela, podprte s praktičnimi izkušnjami
- strokovna usposobljenost in pristojnost članov negovalnega tima
- obenem morajo odražati tudi specifičnost posameznega področja ZN
- standardi opredeljujejo tudi pogoje za izvajanje ZN in pričakovane rezultate
- standardi vsebujejo kriterije, ki omogočajo, da jih lahko vrednotimo
- kriteriji morajo biti merljivi, specifični, primerni, razumljivi, jasni in sodobni.

Standardi strukture in njihovi kriteriji?

Standardi strukture se nanašajo na razmere, v katerih bi izvedena ZN. To se kaže v organiziranju, izobrazbeni in kvalifikacijski strukturi, pripomočkih in opremi. To so viri (input) za izvedbo dobre (odlične) ZN.

- KDO bo naredil
- KJE bo narejeno
- S KAKŠNIM MATERIALOM, PRIPOMOČKI
- KATERI ORGANIZACIJSKI MODEL JE NAJPOMEMBNEJŠI

Standardi procesa in njihovi kriteriji?

Standardi procesa definirajo kakovost izvajanja ZN. Določimo:

- KAJ bomo storili za dobro B/V
- KDAJ
- KAKO POGOSTO z namenom, da dosežemo največje učinke pri:

spremembi ali vzdrževanju bolnikovega zdravstvenega stanja, funkcionalnih sposobnosti in psihofizičnem ugodju. V procesu vire izpustimo z namenom, da dosežemo čim boljše učinke – odlično ZN.

Katere vrste standardov vsebujejo standardi procesa?

V standardu procesa definirajo kakovost izvajanja zdravstvene nege. Določimo KAJ bomo storili za dobro B/V, KDAJ, KAKO POGOSTO z namenom, da dosežemo največje učinke pri spremembi ali vzdrževanju bolnikovega zdravstvenega stanja, funkcionalnih sposobnosti in psihofizičnem ugodju. S kriteriji opišemo, katere akcije je potrebno izvesti, kako pogosto in kdaj. Kadar je akcija vezana na komunikacijo, opišemo vsebino – kaj povemo, kaj učimo, da rezultat dosežemo, ter opišemo oblike in metode dela. Standardi procesa vključujejo še dodatne standarde, ki jih srečamo pri Masonovi to so standardi vsebine. Z njimi opišemo vsebino komunikacije ali vsebino učenja.

V kriterijih določimo:

- Kaj povemo/učimo
- O čem odločamo.

Zakaj razvijamo standarde vsebine?

Razvijamo jih za:

- učenje
- terapevtsko komunikacijo
- spoznavno komunikacijo
- odločanje medicinskih sester
- prenos informacij o bolniku

Napišemo KAJ povemo ali učimo.

Standardi izida in njihovi kriteriji?

Standard 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 bolnika, pričakovano spremembo v bolnikovem zdravstvenem stanju in znanju bolnika (vedenje o bolezni, zdravstvenem stanju, življenjskem slogu...). Standardi izida usmerjajo medicinsko sestro oziroma ji določajo, kaj mora pri bolniku ugotovljati. Po kriterijih standarda izida ocenjujemo stopnjo kakovosti zdravstvene nege.

V izidu vidimo dejanske dosežke (output).

- KAKŠEN IZID pričakujemo kot dosežek opravljene ZN
- KDAJ izid pričakujemo
- KAKO ta izid poznamo

Po kriterijih standarda izida ocenjujemo kakovost zdravstvene nege.

Predstavite tristopenjski sistem ZN!

Poznamo tri-stopenjski sistem kakovosti zdravstvene nege:

- 1. stopnja – SPREJEMLJIVA ZDRAVSTVENA NEGA, ki ji odgovarjajo MINIMALNI standardi. Vsi bolniki so oskrbovani po rutinski shemi.
- 2. stopnja – PRIMERNO DOBRA – OPTIMALNI standardi. Zdravstvena nega je načrtovana, vendar bolnik ni direktno vključen v načrtovanje in vrednotenje.
- 3. stopnja – ODLIČNA – ZELO DOBRA ZDRAVSTVENA NEGA – MAKSIMALNI standardi. Zdravstvene nega je načrtovana in vrednotena skupaj z bolnikom in svojci. Bolnik je enakovereden partner v procesu negovanja.
Zdravstvena nega, ki je ne moremo razporediti v nobeno stopnjo, je nesprejemljiva – slaba zdravstvena nega – stopnja 0. Naj je ne bi bilo.

Katere so značilnosti dobrih standardov?

Lastnosti, ki so značilne za dobre standarde prikazujemo s pomočjo kratice RUMBA, kar v angleškem jeziku pomeni:

R – relevant: primerni, realni, ustrezni glede na:

- univerzalne standarde
- enoto, ki jo standardiziramo
- skupino bolnikov
- kompetence in odgovornost MS

U – understandable: razumljivi za:

- MS, ki ZN izvajajo in vrednotijo
- študente in dijake

M – measurable: merljivi, kar dosežemo z oblikovanjem jasnih kriterijev v:

- strukturi
- procesu z orientacijo na MS
- v rezultatu z orientacijo na bolnika

B – behavioral: objektivni:

- zasnovani morajo biti na objektivnih in znanstvenih osnovah

A – attainable: dosegljivi, izvedljivi glede na:

- skupino B/V, ki jim je standard namenjen
- možnosti oddelka, klinike in stroke v državi sposobnosti izvajalcev in ocenjevalcev

Katera metoda oblikovanja standardov je značilna za Elizabeth Mason?

Vsak standard moramo strokovno utemeljiti, zato standardov ne moremo postavljati na podlagi lastne domneve. Da bomo zadostili znanstveni utemeljenosti, naj standarde ZN razvijajo medicinske sestre – specialistke, ki imajo bogato znanje in praktične izkušnje. V nekaterih primerih se posvetujejo z drugimi strokovnjaki in učitelji zdravstvene nege. Pri postavljanju standardov medicinskim sestram pomagajo učbeniki, strokovne razprave, navodila in tudi zakonski predpisi.

Ker morajo standardi slediti spoznanjem znanosti, jih vsako leto pregledamo in dopolnimo.

Masonova in Sekavčnikova, ki je pripravila prevod njenega dela iz leta 1984, predstavljata enostaven pripomoček za postavljanje standardov, kjer je prikazana pot (korak za korakom – step by step) za razvijanje standardov procesa, vsebine in izida.

S takšnim priročnikom lahko v vsakem zavodu razvijejo svoje standarde.

Faze v razvijanju standardov – koraki (po Masonovi):

- ❖ Prepoznavanje negovalne intervencije ali enote ZN, ki jo izberemo za standardizacijo.
- ❖ Postavljanje bistvenih ciljev ZN
 - usmerjeni na medicinsko sestro (MS) – kaj mora MS narediti, da bo dosegla pozitivni rezultat pri bolniku,
 - usmerjeni na bolnika – izrazimo stanje, ki ga želimo doseči pri bolniku, svojih ali pomembnih drugih.

Pri tem ne pozabimo na cilje kakovosti:

- kaj želimo doseči pri spreminjanju bolnikovega zdravstvenega stanja in njegovih funkcionalnih sposobnosti,
- v njegovem počutju,
- pri zadovoljstvu po opravljeni ZN.
- ❖ Razvijanje standardov procesa oz. vsebine in izida.
- ❖ Urejanje standardov v logično zaporedje (zaporedje izvajanja intervencije oz. enote ZN).
- ❖ Ovrednotenje standardov (potrditev, validacija).

Zdravstveno varstvo in preventiva!

Primarno zdravstveno varstvo!

Je varstvo posameznika, družine in lokalne skupnosti na območju, kjer ljudje živijo, delajo in se šolajo, ter ga izvaja zdravstvo dejavnosti, ter vsi drugi družbeni dejavniki izven zdravstva na tem območju. Je temeljna zdravstvena oskrba, ki jo določa država. Primarno zdravstvo je osrednja funkcija in osrednji del zdravstvenega sistema države, najpomembnejša gonilna sila delovanja zdravstva, zunanja raven zdravstvenega sistema, ki se širi z obrobja proti notranjosti, ter integralni del družbenega in gospodarskega razvoja dežele.

Sekundarno zdravstveno varstvo!

Je specialistična ambulantna dejavnost, opredeljena kot nadaljevanje zdravstvene dejavnosti ter jo opravljajo bolnišnice, zdravilišča ter zasebni specialisti.

Tercialno zdravstveno varstvo!

Je visoko specializirana strokovna dejavnost zdravstvenega varstva v ozko specializiranih ustanovah z visoko specializiranimi strokovnjaki.. Obsega znanstvenoraziskovalno in vzgojno izobraževalno delo ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev, razvijanje novih metod dela, njihovo uvajanje in razširjanje v specialistični ambulantni in bolnišnični dejavnosti.

Primarna preventiva

Primarna preventiva je usmerjena k celotni populaciji. Obsega zdravstveno vzgojno dejavnost, ki je usmerjena k pospeševanju zdravja, ohranjanju zdravja, preprečevanju bolečin in stalnemu nadzoru nad zdravjem. V obdobju prepatogeneze (pred pojavom bolezni) dosegamo cilje preventive z ukrepi za pospeševanja zdravja, z borbo proti dejavnikom (agensi) okolja. Torej ukrepi za pospeševanja zdravja in preprečevanje bolezni. Za uresničevanje teh ciljev izvajamo splošne in usmerjene ukrepe. Splošni dejavniki: kloriranje vode; usmerjeni dejavniki; so točno usmerjeni k dejavnikom tveganja

Sekundarna preventiva!

Stremi za zgodnjim odkrivanjem bolezni s ciljem, da se po opravljenih škodljivostih in pravočasnim zdravljenjem, če je le mogoče bolezen povsem pozdravi. Usmerjena je k rizičnim skupinam dejavnikom tveganja za odkrivanje nekaterih bolezni. Na voljo so različne screening metode. Zgodnja diagnoza i pravočasno zdravljenje s ciljem:

- da se prepreči širjenje in prenos bolezni na druge, če gre za nalezljivo bolezen
- da se bolezenski proces zaustavi in s tem preprečijo komplikacije
- da se skrajša in prepreči podaljšanje delovne nezmožnosti

Tercialna preventiva!

Ima nalogo preprečevati poslabšanja bolezni in njeno povrnitev. Preprečuje tudi hude posledice, zato govorimo tudi o rehabilitaciji.

Kaj je telesna temperatura?

- ❖ je eden od vitalnih znakov
- ❖ je izmerjeno toplotno stanje, ki ga izražamo v stopinjah (pri nas v °C)
- ❖ njena višina izraža razliko med produkcijo in izgubo toplote
- ❖ normalna TT je pogoj za normalen celični metabolizem in delovanja organizma kot celote

Kaj je termoregulacija?

- ❖ je mehanizem za uravnavanje TT – primer zelo učinkovite homeostaze
- ❖ poznamo:
 - o fizikalna termoregulacija: zmanjšanje prevajanja toplote, izžarevanja, izhlapevanja,
 - o kemična termoregulacija: pospešen katabolizem.

Razloži pojem: Človek je homeotermno bitje!

- ❖ vzdržuje stalno TT, tako da sam proizvaja in oddaja toploto
- ❖ telo mora biti v toplotnem ravnovesju – produkcija in oddajanje toplote sta v ravnovesju

Kje se uravnava telesna temperatura (centralni regulacijski sistem)?

- ❖ TT temperaturo uravnava centralni regulacijski sistem (t.i. termoregulacijski center), ki se nahaja v hipotalamusu (skupina nevronov)
- ❖ deluje kot termostat – njegova nastavitvena vrednost je 37 °C

- ❖ prejema informacije od
 - centralnih termoreceptorjev – v njem samem (zaznavajo temperaturo krvi, ki ga obliva)
 - perifernih termoreceptorjev – v koži in drugih organih
- ❖ sprošča mehanizme za oddajanje oz. proizvajanje toplote – eferentno povezan s
 - o somatskim motoričnim sistemom
 - o simpatičnim (avtonomni) živčevjem
 - o endokrinim sistemom

Kako variira telesna temperatura?

- TT variira glede na telesno notranost (jedro) in površino (skorjo)
- normalna TT je pribl. 37 °C (od 35,9 °C do 37,4 °C)
 - temperatura jedra je $36,8 \pm 0,4$ °C (temperatura notranjih organov in mišičja prekrita s plastjo maščevja in kože)
 - temperatura površine je za pribl. 0,5 °C nižja (proksimalni deli so toplejši, distalni hladnejši)
- TT je v povezavi in odvisna od temperature okolja, fiziološki faktorji skrbijo, da je temperatura jedra konstantna
- posamezni ljudje se med seboj razlikujemo, tako da normalna TT niha od 36 °C do 37,5 °C
- obstajajo tudi dnevna nihanja TT – najnižja je med 4. in 6. uro zjutraj (za pribl. 0,6 °C), najvišja pa med 16. in 19. uro popoldne (ta nihanja so zlasti izrazita pri dojenčkih)

Proizvodnja toplote.

- primarni vir toplote je metabolizem oz. presnova (na TT torej vplivata prehrana in prebava)
- hrana je vir TT in jo dviguje (že samo hranjenje, saj predstavlja telesno aktivnost)
 - o na dvig toplote vpliva hrana bogata z beljakovinami, ogljikovimi hidrati, predvsem pa z maščobami (bazalni metabolizem se poveča za 30 %)
- metabolizem povečuje aktivnost mišic
 - o mišična aktivnost sproži tudi do 100 % več toplote kot v mirovanju
 - o nekaj toplote nastane tudi s krčenjem mišic – če telo ne dobi dovolj toplote z metabolnimi procesi, prične s ritmičnim krčenjem telesnih mišic (tresenje)
- pomembno je tudi delovanje nekaterih hormonov
 - o tiroksin – vpliva na povečan metabolizem
 - o adrenalin in noradrenalin – delujeta direktno na celice in povečujeta njihovo aktivnost in tako metabolizem v vseh tkivih in organih
 - o posredno progesteron pri ženskah
- če pride do izgube toplote telo vključi
 - o najprej fizikalno termoregulacijo (vazokonstrikcija – zmanjšanje prevajanja toplote, radiacije in evaporacije in drugi mehanizmi)
 - o nato pa kemično termoregulacijo (pospešen katabolizem)
- tudi toplota iz okolja (radiacija, kondukcija) vpliva na TT

Izgubljanje toplote.

- o termoliza – process oddajanja toplote iz telesa v okolje
- o telo odvečno toploto oddaja skozi kožo
 - kri s kroženjem prenaša toploto na površino telesa
 - tik pod površino so mahne povezave med arteriolami in venulami (majhni šanti), ki ostanejo odprti in toplota prehaja direktno v povrhnjico in prek nje v okolje (ali pa se stisnejo in preprečijo prehod toplote v okolje)
- o oddajanje toplote nadzira simpatično živčevje
- o toploto izgubljammo še z znojenjem, dihanjem, izločanjem blata in urina...

Kako koža skrbi za uravnavanje telesne temperature?

- o z znojenjem oz. evaporacijo (t.j. izhlapevanje znoja)
 - o pri izhlapevanju s kože znoj črpa toploto iz telesa in okoliškega zraka – zrak mora biti dovolj suh (pri 100 % relativni vlažnosti zrak ne sprejme več vodne pare in izhlapevanje ni mogoče – človek preživi 10 minut pri relativni vlažnosti 100 % in temperaturi 40 °C, potem pride do pregretja)
 - o telesna aktivnost zvišuje TT, ki jo telo potem intenzivneje oddaja skozi kožo z znojenjem
- o koža je organ, ki skrbi za uravnavanje notranje in zunanje toplote (deluje kot termostat) – od kožnih termoreceptorjev gre signal do hipotalamusa, ki sproži procese ev. z proizvodnjo toplote
 - o vazokonstrikcija (ožjenje perifernih žil)
 - o zaviranje znojenja
 - o počasnejše dihanje
 - o zavestno gibanje (hoja, prestopanje na mestu)
 - o podzavestno drgetanje

Kdaj govorimo o toplotnem ravnovesju?

Kadar sta produkcija in oddajanje toplote v ravnovesju – tako vzdržujemo homeostazo.

Razloži pojme:

- **Radiacija**
 - širjenje toplote z elektromagnetnimi (infrardečimi) valovi
 - le če je TT višja od temperature okolice – toploto oddaja v vse smeri

- telo na ta način izgubi 40 – 45 % toplote
- **Konvekcija**
 - širjenje toplote z gibanjem mas (zraka, vode, krvi) – segreto snov nadomesti dotok nove, hladnejše
- **Evaporacija**
 - znojenje in perspiratio insensibilis
 - izhlapevanje vode skozi kožo in pljučne alveole (glej točko 8)
 - vazodilatacija poveča hitrost prenosa toplote in sredice na površino do 8 krat – lahko izločimo tudi do 12 l znoja
 - nenehno, neopazno, ne glede na TT – normalno v 24 urah izhlapi 600 do 800 ml tekočine
 - telo na ta način odda 30 – 35 % toplote
- **Kondukcija**
 - neposredni prenos toplote z enega na drug objekt prek direktnega kontakta
 - ta način uporabljamo za segrevanje zraka, ki nas obdaja na ta način telo odda 5 % toplote.

Dejavniki, ki vplivajo na višino telesne temperature, naštej jih in opiši kako vplivajo na uravnavanje telesne temperature!

- **biofiziološki faktorji**
 - homeostaza – hipotalamus, koža... (glej predvsem točke 4, 6, 7 in 8)
 - človekovo prilagajanje zunanji temperaturi (vplivu vremena, letnih časov...)
 - o krepitev obrambnega sistema (ali povečana občutljivost pri t.i. umetni temperaturi okolja)
 - dnevni bioritem
 - o običajno TT najnižja okrog 6. ure zjutraj in najvišja okrog 18. ure popoldne (za merjenje je najprimernejši čas med 14. in 15. uro popoldne)
 - o ta nihanja so predvsem izrazita pri dojenčkih in majhnih otrocih
 - starost
 - o majhni otroci in stari ljudje zelo občutljivi na vplive okolja in spremembe v zunanji temperaturi
 - o TT dojenčkov in majhnih otrok se hitro menja glede na nizke oz. visoke zunanje temperature
 - o pri starostnikih zaradi čutnih sprememb slabi termoregulacija
 - o vpliv starosti na višino TT
 - dojenček 36,8 °C (aksilarno)
 - 1 – 3 leta 37,7 °C (rektalno)
 - 6 – 8 let 37 °C (oralno)
 - 10 let 37 °C (oralno)
 - adolescenca 37 °C (oralno)
 - odrasli 37 °C (oralno)
 - nad 70 let 36 °C (oralno)
 - spol
 - o vpliv hormonov – sprememba temperature jedra v času menstrualnega ciklusa – v času ovulacije temperatura višja za 0,3 – 0,6 °C
- **psihični faktorji**
 - različna čustvena stanja (razburjenje, stres...)
 - inteligenca – omogoča vremenskim spremembam primerno obnašanje
- **humano-ekološki faktorji**
 - vpliv zunanjih temperatur oz. obvladovanje temperaturnih sprememb (oblačenje, naprave za ogrevanje oz. hlajenje...)
 - sem sodijo tudi ekonomski dejavniki
- **sociokulturni faktorji**
 - s posegi v okolju človek vpliva na spremembe, kar se kaže v ugodnih oz. neugodnih razmerah (oblačila, ogrevanje, zdrava prehrana, skrb za telesno kondicijo...)

Kaj je hipotermija?

- **znižana TT**
 - stanje, pri katerem temperatura jedra pade pod 35 °C kot rezultat izpostavitve mrazu ali
 - pojav stalno znižane TT pod 36 °C
- **zelo nevarno stanje, ki vodi v smrt**
 - ko temperatura jedra pade, se encimske reakcije upočasnijo in človek lahko izgubi zavest
- ❖ **smrt navadno nastopi pri podhladitvi pod 34 °C (čeprav so nekateri posamezniki preživel pri telesni temperaturi 28 °C, to se lahko zgodi pri padcu v mrzlo vodo ali pod snežnim plazom – metabolizem se upočasnjuje in s tem poraba kisika)**

Vzroki nastanka hipotermije?

- v času rekonvalescence pri bolnikih, ki so izgubili veliko krvi in s tem tudi temperaturo
- pri kolapsu
- pri zmanjšani funkciji organov (npr. ščitnica)

- neustrezno delovanje termoregulacijskega centra
 - poškodba centra (ob padcu z višine, tumorjih, ob prometni nezgodi...)
 - nerazvit center – pri nedonošenčkih (temperatura inkubatorja mora biti med 32 in 34°C)
- umetno znižana TT v terapevtske namene pri velikih kirurških posegih ali pri zelo visoki cerebralni vročini, da se zniža presnova
 - zaradi terapevtskega, umetno izzvanega znižanja temperature pri operacijah je vzdrževanje TT zelo pomembno (npr. pri srčni operaciji je človek ohlajen na 21 do 24 °C, zato ga je potrebno umetno oksigenirati)
- med operativnim posegom pacient izgublja toploto zaradi
 - anestetikov – povzročijo periferno vazodilatacijo (izguba toplote preko kože), spremenijo termoregulacijski odziv v možganih in zmanjšajo metabolizem
 - mišični relaksantov – zmanjšajo mišično gibljivost (zmanjšana produkcija toplote)
 - oddajanja toplote v okolico (hladna operacijska dvorana, operacijska miza, zrak prihaja iz klimatske naprave, izhlapevanje iz operacijske rane)
 - tekočin – te še dodatno lahko ohladijo telo, če niso ogrete (dovajanje ohlajenih krvnih produktov je še posebej nevarno)
- vpliv ekstremno nizkih temperatur okolja – vazokonstrikcija žil v koži (zmanjšanje pretoka tople krvi iz sredice na površino kože – manjša izguba toplote), ježenje (z njim telo oteži prenos toplote v okolico)
- drugi vzroki
 - starost
 - pomanjkanje maščob v telesu
 - mokra ali neprimerna obleka
 - zloraba drog
 - kajenje
 - utrujenost
 - lakota in izčrpanost
 - prekomerno pitje alkohola – povzroči vazodilatacijo perifernih žil in s tem izgubo toplote

Povišana telesna temperatura?

- stanje povišane telesne temperature imenujemo vročina ali hipertermija
- tudi pyrexia in febris
- vročino definiramo kot pregretje oziroma zvišanje telesne temperature nad normalno vrednost, kar je posledica motene termoregulacije (nad 37,5 °C – oralno)
- zaznavanje zvišane TT
 - o občutek toplote ali rdečice po telesu, najpogosteje na obrazu
 - o lahko tudi zaznavanje tudi mrazenja ali mrzlice
 - o mrzlica
 - običajno se pojavi pred dvigom telesne temperature in se ponavlja
 - značilna za bakteremijo
 - o mrazenje
 - prisotno tudi pri virusnih okužbah
 - opazimo skoraj pri vseh bolnikih s povišano telesno temperaturo
 - ne spremljajo ga nehotene kontrakcije mišic
 - pacient ima občutek, da ga zebe
 - o zvišano TT lahko spremljajo tudi drugi bolezenski znaki: glavobol, bolečine v mišicah, sklepih, utrujenost...

Delitev povišane telesne temperature?

- subfebrilna temperatura (37 – 37,8 °C)
- zmerna vročina (37,9 – 38,4 °C)
- visoka vročina (38,5 – 40 °C)
- zelo visoka vročina (nad 40 °C)
- izredno visoka vročina – hiperperiksija (več kot 41,5 °C)
 - preživetje je redko, kadar temperatura doseže 44 °C
 - pri temperaturi 41,1 °C nastopijo vročinski krči, pri temperaturi 42,2 °C pa smrt celice, rezultat je nepovratna okvara možganov.

Vzroki povišane telesne temperature!

- porast TT je posledica spremembe točke nastavitve v hipotalamusu na višjo vrednost
 - zvišana TT kaže na potrebo po večjih energetskih virih – v času zvišane TT se metabolizem poveča za 35 do 40 %
 - št. srčnih utripov se z vsako °C poveča za deset udarcev
- je fiziološka obrambna reakcija, ki nastane zaradi motene termoregulacije
- ni bolezen, ampak znak bolezenskega procesa
- nastopi pri
 - infekciji
 - pri uničenju krvnih telesc (razpadli produkti pri večjih hematomih)
 - ob vstopu tujih beljakovin v telo (serumi pri cepljenju)
 - na dvig TT lahko vplivajo tudi psihična stanja (nervoza)
- glede na vzrok ločimo
 - bakterijska temperatura

- aseptična temperatura
- centralna vročina
- vročina zaradi žeje
- vročina, ki jo povzroča tuja beljakovina

Predstavitev posameznih vzrokov!

- **bakterielna temperatura**
 - nastane zaradi vpliva bakterij in njihovih vplivov
 - npr. zaradi zastrupitev s hrano, okužbe zgornjih sečil, mastitisa...
 - za dolgotrajno zvišano telesno temperaturo, ki jo povzroča bakterija, je najpogostejši vzrok TBC
- **aseptična temperatura (resorpcijska)**
 - nastane zaradi resorpcije (vsrkanja) tekočine (npr. telesnih sokov, sekretov iz ran ali podplutb – po op. ali poškodbi)
- **centralna vročina**
 - nastane zaradi okvare toplotnega centra (npr. pri obolenjih centralnega živčnega sistema kot npr. meningitis, ob poškodbah glave, zaradi ateroskleroze možganskega ožilja)
- **vročina zaradi žeje**
 - nastane pri motnjah oddajanja temperature zaradi pomanjkanja tekočine
- **vročina, ki jo povzroča tuja beljakovina**
 - najpogostejša je pri cepljenjih – cepivo je tuja beljakovina ki je organizem ne prepozna in zato težje sprejme
- **drugi vzroki**
 - pri sistemskih boleznih vezivnega tkiva
 - preobčutljivostna reakcija pri jemanju nekaterih zdravil
 - posledica preobčutljivostne reakcije na kemične snovi na delovnem mestu
 - pri narkomanih
 - virusi – nekateri povzročajo dolgotrajno povišano TT (npr. citomegalovirus in HIV)
- **temperatura neznanega izvora**
 - če kljub različnim diagnostičnim postopkom ni mogoče ugotoviti vzroka zvišane TT
 - definirana je kot temperatura nad 39,4 °C izmerjena dnevno več kot dva tedna

Potek vročine-oblike?

- glede na naraščanje (hitro ali počasi) ločimo:
 - **febris continua:** stalno visoka temperatura z majhnim nihanjem (le za 1 do 2 desetinki stopinje), temperatura ostane enaka preko celega dne
 - **febris remittens:** temperatura z močnejšim nihanjem (za 1,5 °C), a ne pade na normalno (značilna za infekcije)
 - **febris intermittens:** temperatura z močnim nihanjem (za 1,5 do 2 °C), pade na normalno (značilna za sepsa)
 - **recidivirajoča temperatura:** dalj časa povečana, nato se za krajši čas normalizira ter spet poveča (značilna za Hodgkinovo bolezen).

Predstavite vse tri stadije običajnega poteka vročine!

- za vročino je značilen običajen potek v treh stadijih
 - naraščanje temperature spremlja mrzlica (stadij incrementi)
 - bolnik ima vročino
 - temperatura pada (stadij decrementi)
- padanje temperature je lahko
 - litično – počasno padanje, traja nekaj dni
 - kritično – hitro padanje, vročina pade v nekaj urah
 - s tem precej obremeni organizem – lahko pride do kolapsa (lat. collapsus, iz collabor – zrušiti se; kratkotrajen, nagel padec tlaka)
 - znak za kolaps je tudi naraščanje pulza ob padanju TT (pulz sicer naraste tudi ob dvigovanju TT – 8 utripov za vsako stopinjo povišane TT).

Načini merjenja telesne temperature?

- aksilarno (A): pod pazduho, najbolj običajno (ovoj, normalna TT 36,5 °C)
- rektalno (R): v debelem črevesu, navadno dojenčkom in majhnim otrokom (jedro – temperatura višja za 0,5 °C, normalna TT 37,3 °C)
- oralno (O): v ustih (ovoj, normalna TT 37,0 °C)
- v ušesu (U): priporoča predvsem pri otrocih – hitro, ne povzroča nelagodja (ovoj, normalna TT 37,1 °C)
- na čelu (Č): primerno za otroke – enostavno in hitro (ovoj, za normalno TT veljajo navodila proizvajalca obližev oziroma reagenčnih trakov)
- termometri za merjenje telesne temperature:
 - aksilarni (digitalni, živosrebrni ali alkoholni)
 - rektalni (alkoholni ali živosrebrni)
 - ušesni (baterijski termometer s polnilcem)
 - v obliki obližev – kemično sredstvo
 - elektronski

Osnovna pravila merjenja telesne temperature?

- TT praviloma merimo v ležečem položaju
- pol ure pred merjenjem naj bolnik počiva (TT se pri gibanju in vznemirjenju dvigne)
- kontrola termometra – če je nepoškodovan, če je živo srebro v rezervoarju
- merimo ob pravem času – po naročilu zdravnika, po dogovoru oz. po standardu, ki velja v našem zavodu (npr. med 6. in 7. uro zjutraj in med 14. in 15. uro popoldne)
- pri vročini merimo še 3 dni po padcu temperature
- za merjenje se odločimo tudi sami – glede na zanke, ki smo jih opazili, ali glede na subjektivno počutje bolnika
- merjenje se izvaja po navodilih, ki so sestavni del standarda za vzdrževanje normalne TT.

Vloga MS pri zadovoljevanju osnovne življenjske potrebe “vzdrževanje normalne telesne temperature”?

- o vzdrževanje TT kot temeljna življenjska aktivnost V. Henderson (že spet ona! op.a.)
 - v svoji knjigi Osnovna načela ZN jo je opredelila potrebe vseh pacientov, s katerimi se MS srečuje pri izvajanju ZN kot 7. temeljno aktivnost
- o delo in kompetence MS
 - MS pri izvajanju pomoči pri tej aktivnosti pri nekaterih aktivnostih samostojna, nekatere pa izvaja po naročilu zdravnika
 - MS mora poznati fiziološka načela segrevanja in ohlajanja telesa in vedeti, kaj lahko vpliva na ta dva procesa (sprememba temperature, vlažnost, gibanje zraka...)
 - poznati mora (osnovna načela) okoliščine, ki vplivajo na osnovne potrebe
 - starost
 - temperament, čustveno stanje in nihanje razpoloženja
 - socialni in kulturni položaj
 - telesne in intelektualne lastnosti
 - patološka stanja, ki vplivajo na osnovne potrebe
- o vzdrževanje normalne TT v normalnih pogojih
 - V. Henderson prikazala pomoč B/V pri vzdrževanju TT v normalnih okvirih – pomoč pri izbiri oblačil in uravnavanju temperature okolja...
 - svetovanje kako zaščititi oči, kožo, ude pred mrazom ali premočnim soncem
- o vzdrževanje normalne TT v bolnišnici
 - bolnik prepuščen tistim, ki skrbijo za njegovo okolje – skrb, da ni prepriha, mraza, vlage, prevroče
 - ZN, če je le mogoče, skuša ohraniti TT B/V v normalnih mejah
 - lahko, če B/V more in hoče razkriti svoje potrebe in če so okoliščine obvladljive
 - presoja in razsodnost MS na preizkušnji pri dojenčkih, nezavestnih in v ekstremnih razmerah
 - svetovanje, skrb za B/V
 - glede obleke (bolj, manj)
 - glede aktivnosti (bolj, manj)
 - glede prehrane (ev. sprememba)
 - ev. posebne kopeli
 - skrb za posebne obkladke (za zvišanje ali znižanje TT)
- o pri vzdrževanju TT delujeta MS in ZT po procesni metodi dela – MS izvaja in nadzira vse faze procesa
 - 1. faza – ugotavljanje potreb po ZN
 - znati dobro opazovati izgled B/V in meriti TT
 - sposobnost prepoznavanja spremljajočih znakov povišane TT
 - o utrujenost
 - o bolnik izraža občutek prizadetosti
 - o počuti se bolan
 - o ima pomanjkanje teka
 - o bolečine v sklepih
 - o glavobol
 - o tahikardija
 - o tahipneja
 - običajni znaki povišane TT
 - o topla koža
 - o svetleče oči
 - o potenje
 - znaki povišane TT so še
 - o izpuščaji pri infekcijah
 - o bruhanje pri centralni vročini
 - o vročinski delirij pri zelo visoki vročini (zamegljena zavest, vznemirjenost, motorični nemir, halucinacije)
 - neg. dg.: npr. motnja v vzdrževanju normalne TT zaradi infekcije (sekreta iz rane, podplutbe, poškodbe možgan...), ki se kaže v znakih in/ali prej naštetih simptomih
 - cilji: normalna TT, psihofizično ugodje B/V

- o 2. faza – načrtovanje
- o 3. faza – izvajanje
 - merjenje TT po naročilu zdravnika, na lastno pobudo
 - dajanje antipiretikov po naročilu zdravnika
 - ohlajanje B/V z ovitki, obkladki
 - ogrevanje B/V ob mrzlici, drgetu
 - sodeluje tudi ZT
- o 4. faza – vrednotenje
 - npr. TT je normalna, B/V izraža psihofizično ugodje
- o MS in ZT ves čas dokumentirata višino TT, izvedene negovalne intervencije in vse pomembne spremembe.

Dejavniki, ki vplivajo na odvajanje fecesa.

Prehranjevanje in pitje direktno vplivata na defekacijo. Premalo vlaknin v hrani, zmanjšana količina hrane in neredni obroki hrane vplivajo na vzorec defekacije. Ustrezna količina vlaknin skrajša čas pasaže v črevesju, tekočina pa vpliva na normalno konsistenco črevesne vsebine.

- Slaba prehranjenost telesa povzroča slab mišični tonus, ki zmanjša sposobnost za defekacijo in slabša živčno kontrolo sfinktra. Zaradi slabe prehranjenosti se tudi poveča možnost za infekcijo prebavnega trakta.
- Stanje obstipacije poslabša apetit, povzroča bolečine in napetost v trebuhu.

Bolezen in zdravila lahko vplivajo v smislu povečanega ali zmanjšanega draženja prebavnega trakta, zaradi česar se spremeni peristaltika.

- Obstrukcija, ki jo povzroča tumor ali zarastline, predstavlja mehanično oviro.
- Poškodba živcev, od katerih je odvisna normalna peristaltika in defekacija, je velikokrat vzrok problema.
- Vnetje običajno spremljajo pogoste defekacije.
- Atonija (zmanjšan tonus ali njegova odsotnost), ki je še posebej izražena po operativnem posegu, vpliva na obstipacijo.
- Zdravila, ki imajo simpatično ali parasimpatično delovanje, spremenijo peristaltiko in frekvenco defekacij.
- Anestezija in rokovanje s črevesjem v času operativnega posega, vplivata na peristaltiko.
- Razvada pri uživanju odvajal vplivata neugodno na peristaltiko in na refleks za defekacijo; kasneje se stanje sprevrže v kronično obstipacijo. Živčni končiči postajajo vse manj občutljivi za pritisk fecesa na steno rektuma.
- Podobno posledico povzroča pogosto klistiranje, ko feces ne pride v rektum, da bi prišlo do normalnega draženja.
- Problemi zaradi aplikacije zdravil → Obstipacija, urinska inkontinenca ali retenca so lahko posledica delovanja zdravil. Zmanjšuje se frekvenca in moč mišičnih kontrakcij v urinarnem in prebavnem traktu.
- Tak učinek povzročajo: analgetiki, sedativi, antiemetiki, spazmolitiki urinarnega in prebavnega trakta, železovi preparati (obstipacija ali diareja), antacidi (obstipacija)
- Antibiotiki spremenijo črevesno floro, prev tako zloraba odvajal.
- *Vnetje urinarnega trakta* se pojavi, če se zdravila izločajo preko ledvic.
- MS opazuje stanje, da bi pravočasno ugotovila spremembe in varovanca uči o znakih in simptomih. ZN je usmerjena v preventivo sprememb odvajanja.
- Pri operativnem stanju se lahko razvije urinska inkontinenca, napetost v trebuhu ali obstipacija. To so posledice, ki se jim pravi atiperistaltični učinek anestezije, narkotikov, sedativov in draženja tkiva med operativnim posegom. Poleg tega vpliva tudi: prestrašenost, bolečina, moteno gibanje in spremenjeno prehranjevanje in pitje. Po operativnem posegu je produkcija urina zmanjšana do treh dni zaradi stresa, ker se poveča produkcija antiidiuretičnega hormona. Po treh dneh se stanje normalizira.

Psihosocialni vplivi → Pomembni so že v obdobju otroštva. *Toaletni trening* je navadno kulturno obarvan in ima vpliv na navade v zvezi z odvajanjem. Že takrat se oblikujejo stališča in odnos do lastnega telesa in to vpliva nedvoumno na delovanje črevesa.

- Na vzorec odvajanja vpliva tudi *čustveno stanje*. Strah in stres običajno povečata peristaltiko. Splošna adaptacija na stres je taka, da se poveča količina krvi v tistih organih, ki so življenjsko važni (srce, možgani, pljuča), zmanjša pa se v tistih, ki tisti trenutek niso življenjsko važni. Prebavni organi so tudi slabše prekravljeni. Posledica je spremenjena konsistenca fecesa.
- Pomanjkanje intimnosti je velikokrat prisotno pri varovancu, ki je odvisen d pomoči. Odvisnost je lahko vzrok odlaganju odvajanja, predvsem defekacije, zato, ker mora prositi za pomoč. Prizadeto je njegovo samospoštovanje.

Gibanje ali telesna dejavnost ugodno vpliva na mišični tonus. Pri defekaciji so soudeležene trebušne mišice in mišice medeničnega dna. Po dolgotrajno moteni gibljivosti, ko je izražena mišična atrofija, se pri vstajanju pojavi problem inkontinence, čeprav je na srečo ta lahko le predhodnega značaja.

- Pomemben je položaj pri odvajanju in s tem v zvezi upoštevanje zakona težnosti.
- Gibanje ugodno vpliva na peristaltiko, saj je cirkulacija v prebavnem traktu zaradi tega normalna ali optimalna.

Spremenjeno odvajanje.

- **Obstipacija** (zaprtje) je pojav otežene defekacije. Pomembno je to, da je konsistenca nenormalna in ne toliko zmanjšana frekvenca. Tako lahko govorimo o frekvenci od 2-3 x tedensko še za normalno, če je konsistenca normalna. Poleg tega je pomemben pogoj tudi, da ni prisotna bolečina. Obstipacijo navadno spremlja slabo počutje, glavobol in občutek napetosti v predelu trebuha.
- **Diareja** je pojav povečane frekvence defekacij vodenege in neformiranega fecesa.
- **Flatulenca** je pojav, ko se v želodcu ali trebuhu pojavi večja količina plinov. Vzrok je požiranje zraka pri uživanju hrane, ki je okužena z bakterijami ali je vzrok hrana, ki je stara in je začela razpadati, določena zdravila, operativni poseg, premalo gibanja in pri pitju tekočine po cevki. Nekaj tega zraka se resorbira, večinoma pa se izloči preko anusa.

Negovalne aktivnosti in intervencije pri zadovoljevanju potreb po odvajanju.

Cilji:

- Normalne, zdrave navade
- Znanje, informiranost o aktivnosti
- Normalno odvajanje, normalna frekvenca

Intervencije, ukrepi se nanašajo na:

- Prehrano in uživanje potrebne količine tekočine, ki vplivata na normalno odvajanje
- Spodbujanje gibanja
- Nuditi pomoč

Inkontinenca je nesposobnost kontrole defekacije. Vzrok je slaboten ali poškodovan sfinkter, motnje v ožvččenju in nesposobnosti reagirati na refleksi. Je lahko akuten ali kroničen problem. Prehodnega značaja je lahko zaradi neugodnega čustvenega stanja (strah, groza). Pojavlja se pri vsakem refleksu za defekacijo in seveda redno po obrokih, v času premika črevesne vsebine, pri spremembi lege telesa ali pri fizični aktivnosti.

Intervencije za zadovoljevanje potrebe po odvajanju

Cilji:

- Normalne, zdrave navade
- Znanje, informiranost varovanca
- Normalno odvajanje
- Normalna frekvenca

Načrt:

- Prehrana, ki vpliva na normalno odvajanje
- Dovolj tekočine
- Spodbuda za gibanje
- Nuditi pomoč
- Zagotoviti intimnost
- Nega peri-analnega predela
- Vplivati na obstipacijo
- Vplivati na diarejo (zmanjšati peristaltiko in vzdrževati tekočinsko ravnovesje)

Pomoč pri inkontinenci fecesa:

- Nesposobnost za spontano odvajanje posameznik občuti kot ponižanje.
- Odvisnost pri aktivnosti pa povzroča stres.
- Potrebna je psihična podpora in poostrena peri-analna nega.
- Postelja mora biti zaščitena z nepremočljivim platnom.
- Nujno je potrebna natančna evidenca o frekvenci odvajanja.
- Varovanec mora biti vključen po svojih sposobnostih.
- Podnevi naj bo brez podlog!
- Pot do toaletnih prostorov naj bo čim-krajša.
- Nastaviti je treba list odvajanja.
- Defekacija se planira 15 – 30 min. po obrokih, ko je spodbujen gastrolični refleks ali pa se izhaja iz individualnih navad

Pomoč pri inkontinenci urina.

- Inkontinenca urina predstavlja psihičen problem. Iz tega razloga je potrebno, da je varovanec vključen po svojih sposobnostih.
- Potrebno je spodbujanje za pitje 2000-3000 ml. tekočine. Velikokrat pitje odklanja, zato, ker se hoče izogniti pogostim mikcijam. Večja količina tekočine je potrebna zato, da se vzpostavi vzorec mikcije. Tekočina se ponudi 20-30 min. Pred načrtovanim časom za mikcijo in to podnevi, da bi se izognili nikturiji.
- Varovanca je potrebno naučiti vaje za utrjevanje tonusa sfinktra. V ta namen se nastavi list za izvajanje kontrakcij sfinktra. Varovanec skuša zadržati urin v mehurju, ker se s tem vpliva na kapaciteto mehurja.
- Vstaviti urinski kateter, če je peri-analni predel preveč nadražen.
- Funkcija črevesja vključuje proces prebave, absorpcije vode in izločanje nerabnih produktov prebave.
- Težave pri odvajanju vplivajo na človekovo samospoštovanje.
- Človekov vzorec odvajanja je posledica učenja (intimnost).

Dejavniki, ki vplivajo na mikcijo.

Mikcija in diureza sta odvisni od količine zaužite tekočine. Popita tekočina v obliki kave in pravega čaja ima diuretčni učinek. Slana tekočina (juhe...) in hrana, zadržujeta količino tekočine v telesu zaradi svojega osmotskega učinka. Beljakovinska hrana poviša količino urina, zato ker produkti presnove beljakovin potrebujejo veliko količino vode za izločanje.

Nevrološki vplivi → vključujejo uravnavanje volumna krvi in krvnega pritiska. Spremembi volumna krvi in krvnega pritiska, stimulirata živčne končiče, občutljive za napetost v steni srca in v krvnih žilah. Sporočila se prenašajo do centra v CZS. Od tukaj potujejo preko simpatičnega živčnega sistema do ledvic. Če je volumen krvi povečan in RR visok, ledvica izločajo več urina. Obratno, če sta volumen krvi in RR nizka, ledvica zadržujejo tekočino. Vzdrževanje simpatičnega živčnega sistema (stres, strah) povzroča porast RR in povečano cirkulacijo skozi ledvica.

Hormonalni vplivi → Antidiuretični hormon (ADH) ovira diurezo, zaradi česar se voda resorbira iz krvi v ledvičnih tubulih. ADH stimulira ledvica, da resorbirajo več vode. Obratno, če se volumen tekočine poveča, se izloča manj ADH in zaradi tega se diureza poveča.

Aldosteron je hormon, ki tudi vpliva na diurezo. Izloča se iz skorje nadledvične žleze. Stimulira resorbcijo natrija. Pri zadrževanju natrija telo lahko zadrži dovolj vode in s tem se zadovoljuje potreba po vodi. Več aldosterona ko se izloči, večja je diureza in obratno.

Problemi, ki so povezani z mikcijo?

Anurija je odsotnost možnosti tvorbe urina v ledvicah. Izraz se uporablja, če je diureza manjša od 100 ml. Je posledica okvare ledvic ali akutne ledvične odpovedi, bolezni ledvic, obstrukcije urinarnega trakta in druga stanja organizma, kot so hemoragija ali šokovno stanje.

Oligurija je stanje, kjer se diureza giblje v mejah med 100 – 500 ml. Oligurija lahko napreduje v anurijo.

Poliurija je stanje povečane diureze. Vzrok so bolezni ledvic, sistemske bolezni kot je sladkorna bolezen, hormonsko neravnovesje in nezadostna produkcija ADH. Posledica poliurije je dehidracija in občutek žeje.

Problemi, ki so povezani s transportom in mikcijo.

Obstrukcija predstavlja blokado, ki preprečuje pretok urina. Povzroča jo tumor, kamni, oteklina pri vnetjih, pri poškodbi ali pri zarastlinah. Delno obstrukcijo povzročajo strukture, ki pritiskajo na tube. Lahko so prirojene ali so posledica poškodb. Pri moških se po 50. letu starosti pojavi obstrukcija, ki je posledica hipertrofij prostate. Hipertrofirana prostata pritiska na lumen uretre in ovira odtok urina skozi uretro. Obstrukcija je lahko vzrok zastajanja urina in posledični infekciji ledvic.

Problemi s kontroliranjem mikcije

Inkontinenca je nesposobnost kontrolirati mikcijo in defekacijo. Je posledica poškodovanega ali ohlapnega sfinktra, motnje živčnega sistema ali motnje zavesti. Pri starejših je združena z fekalno inkontinenco. Je lahko kroničen problem ali se pojavi kot začasni problem pri infekciji, duševnih stanjih kot sta strah in groza. Urinska inkontinenca se izraža v več oblikah.

Refleksna inkontinenca ki se pojavlja kot nevrološka motnja; mehur se prazni avtomatično, ko se pojavi urin, ali ko se pojavijo dražljaji, ki izzovejo refleks za mikcijo.

Over flow (preko teči) mehur je relativno poln urina. Urin prestopi, ko poraste pritisk do take točke, da njegova sila pritiska na eksterni sfinkter. Za to je običajno dovolj manj kot 50 ml. urina. S tem se tudi volumen mehurja manjša. Vzrok je obstrukcija uretre in motnje v oživitvenosti mehurja in sfinktrov.

Stresna inkontinenca nastane zaradi povišanega intra-abdominalnega pritiska. Kašljanje, kihanje ali dvigovanje bremen lahko povzroči pri osebah, ki imajo ohlapen sfinkter. Prevladuje pri ženskah, ki so večkrat rodile ali tudi pri moških, kot posledica operacije prostate.

Urgentna inkontinenca Potreba po mikciji se pojavi zelo hitro, oseba ne more priti pravočasno do toaletnih prostorov. Kot vzrok se pojavljajo krč mehurja ali infekcija mehurja in uretre.

Enuresis nocturna je nehotena mikcija ponoči, med spanjem. Vzrok je lahko draženje mehurja ali uretre, prekomerno pitje tekočine, nevrološki vzroki, emocionalne motnje ali zelo trdo spanje. Lahko se pojavlja pri starejših ljudeh ali otrocih kot posledica slabljenja mišic oz. tonusa, ki prizadene tudi sfinkter.

Retenca urina urin se tvori normalno, vendar se ne izloča iz sečnega mehurja. Vzrok je poškodba pri kateri pride do oteklina, ki pritiska na uretro, v nosečnosti, ko pritiska plod na uretro ali po operaciji mehurja, uretre ali perineja; tumor, zarastline, brazgotine, ledvični kamni in hipertrofija prostate. Dolgotrajna retenca pa nastane zaradi blokade refleksa za mikcijo v spinalnem delu ali pri nevroloških izpadih. V normalnih pogojih je v mehurju po mikciji manj kot 3 ml. urina, pri retenci pa več kot 100 ml. urina.

Disurija je boleča mikcija _posledica delne obstrukcije uretre ali okvare živcev.

Ocenjevanje stanja mikcije.

Upošteva se prehranjevanje, vzorec (količina urina, frekvenca mikcij, diureza), karakteristike urina: barva, vonj, specifična teža, bistrost, Ph, ki se giblje od 4.5-7.5 in se spreminja v odnosu s prehrano in fizično aktivnostjo; tekočinska bilanca, fizična aktivnost, zdravila, bolezen, počutje in posameznikovo znanje o aktivnosti. To so specifični podatki.

Standardi zdravstvene nege

Vrsta standarda	Povežite s puščico vprašalnico s katero določimo kriterij in standard	Avtor-napiši (poveži s prvim stolpcem)
Struktura	Kdo izvaja in kje	Elizabeth Mason, Donabedian
Proces	Kdaj, kako pogosto, na kakšen način izvajamo	Elizabeth Mason, Donabedian
Vsebina	Kaj učimo, povemo	Elizabeth Mason
Izid	Kakšen izid pričakujemo, kdaj	Elizabeth Mason, Donabedian

Telesna temperatura...Poimenuj vrsto telesne temperature!?

Febris INTERMITTENS	Temperatura z močnim nihanjem (za 1,5 do 2°C). Pade na normalno. Značilna za sepso.
Febris REMITTENS	Temperatura z močnejšim nihanjem (za 1,5°C, a ne pade na normalno. Značilna za infekcije.
Febris CONTINUA	Stalno visoka temperatura z majhnim nihanjem (le za 1 do 2 desetinki stopinje), temperatura ostane enaka preko celega dne.
RECIDIVIRAJOČA temperatura	Dalj časa povečana, nato se za krajši čas normalizira ter spet poveča. Značilna za Hodgkinovo bolezen.

Napiši pravi izraz-poimenovanje motnje izločanja urina!

Enuresis nocturna	Nehotena mikcija ponoči, med spanjem.
Anurija	Ni produkcije seča.
Oligurija	Diureza med 100-500ml (zmanjšanje seča).
Inkontinenca	Nesposobnost kontroliranja mikcije (in defekacije).
Poliurija	Stanje povečane diureze (patološko povečanje seča).
Retenca urina	Zastoj urina-tvori se normalno, vendar se ne izloča iz sečnega mehurja.
Disurija	Boleča mikcija.
Piurija	Izločanje gnoja z urinom.
Bakteriurija	Izločanje bakterij v seč.