

VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVENO NEGO
JESENICE

DIPLOMSKO DELO

MARIJA TAVŽELJ



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

NAJPOGOSTEJŠE NEGOVALNE DIAGNOZE PRI STAREJŠIH NEPOMIČNIH PACIENTIH V DOMU STAREJŠIH OBČANOV

Mentor: doc. dr. Brigita Skela Savič

Kandidatka: Marija Tavželj

Somentorica: Katja Skinder Savić, pred.

Jesenice, maj, 2011

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Brigiti Skela Savič za vso pomoč in vzpodbudo pri nastajanju mojega diplomskega dela ter tekom celotnega študija. Hvala tudi somentorici Katji Skinder Savić, pred., za vse nasvete in strokovne usmeritve.

Hvala mojim domačim za neomajno vero vame ter sodelavki in prijateljici Janji Duh za pomoč in podporo v težkih trenutkih.

Posebna zahvala pa je namenjena Janiti, Sabrini in Alenki, ki so leta mojega študija spremenile v nepozabno doživetje in brez katerih mi ne bi uspelo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V negovalni diagnozi je opisan posameznikov problem zdravja, ki ga medicinska sestra lahko obravnava, ker ima za to potrebno znanje in pristojnosti. Ugotavljanje in oblikovanje negovalnih diagnoz je del procesa zdravstvene nege. Nepomičnost je omejena sposobnost gibanja in je lahko pri posameznikih različno izražena. Negovalna diagnoza »nepopolna mobilnost v postelji IV. stopnje« opisuje pacienta, ki ne sodeluje pri premikanju in je popolnoma odvisen od pomoči. Kategorizacija zdravstvene nege je merilo, s pomočjo katerega ocenjujemo zahtevnost zdravstvene nege pri posameznem pacientu.

Namen: Namen diplomskega dela je bil ugotoviti najpogostejše negovalne diagnoze pri starejših nepomičnih pacientih v domu starejših občanov, predstaviti zahtevnost zdravstvene nege v socialnovarstveni ustanovi in jo primerjati z zahtevnostjo v negovalni bolnišnici.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi. Za zbiranje podatkov smo uporabili kvantitativne tehnike. Izvedli smo pregled dokumentacije v mesecu avgustu in septembru 2010. Vzorec merjencev je bil izbran namensko. Med 180 pacienti Doma starejših občanov Tržič smo v opazovanem obdobju v raziskavo vključili vse tiste, pri katerih je diagnosticirana negovalna diagnoza »nepopolna mobilnost v postelji IV. stopnje«. Za ugotavljanje najpogostejše prisotnih negovalnih diagnoz pri starejšem nepomičnem pacientu v domu starejših občanov smo oblikovali kontrolno ali ček listo. Iz priročnika negovalnih diagnoz Marjory Gordon (2003) smo izbrali aktualne in potencialne negovalne diagnoze, pri čemer smo upoštevali dve tipični lastnosti merjencev, starost in nepomičnost.

Rezultati: Pri 32 starejših nepomičnih pacientih sta bili ugotovljeni 302 negovalni diagnozi, 6 med njimi je bilo prisotnih pri vseh merjencih (100 %), kar jih uvršča med najpogostejše negovalne diagnoze pri nepomičnem starejšem pacientu v naši raziskavi. Tri med njimi so aktualne negovalne diagnoze. To so: popolna nezmožnost samonege, popolna inkontinenca urina, črevesna inkontinenca. Tri med najpogostejšimi negovalnimi diagnozami pa so potencialne: nevarnost infekcije, nevarnost poškodbe in nevarnost za poškodovanje kože.

Razprava: Rezultate naše raziskave smo primerjali s podobnimi raziskavami, izvedenimi v intenzivnih enotah in na kliničnih oddelkih brazilskih bolnišnic. Štiri od

ugotovljenih najpogostejših šestih negovalnih diagnoz so bile prisotne v obeh raziskovalnih okoljih, povprečno pa je bilo v Domu starejših občanov ugotovljenih celo več negovalnih diagnoz na posameznega merjenca kot v intenzivni enoti. Na kliničnih oddelkih je bilo povprečno ugotovljenih več kot pol manj negovalnih diagnoz kot v Domu starejših občanov. Glede na kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege ugotavljamo, da je zahtevnost zdravstvene nege v Domu starejših občanov večja kot na negovalnem oddelku bolnišnice, niso pa primerljivi kadrovski in finančni pogoji obeh okolij. Ti so v domovih za starejše občane bistveno slabši.

Ključne besede: negovalna diagnoza, nepomičnost, starostnik, pacient, dom starejših občanov, negovalni oddelek.

SUMMARY

Theoretical issues: Nursing diagnose is a description of individual's health problems, which a nurse can treat, because she has the appropriate knowledge and competences. Establishing and forming nursing diagnoses is a part of the proces of nursing care. Immobility is limited capability of movement and it is differently expressed at individuals. Nursing diagnose »incomplete mobility in bed IV degree« describe a patient, which doesn't cooperate in movement and he is entirely depended from help of another person. Categorization of nursing care is a measure which helps to value the complexity of nursing care at individual patient.

Purpose: The purpose of the study was to find out the most common nursing diagnoses at elderly immobile patients in nursing home, to present the difficulty of nursing care in the social care institution and to compare it with the nursing care provided on intermediate care department in hospital.

Method: Research was based on the descriptive metod. We used quantitative techniques (the revision of documentation) to collect the data. The revision of documentation was carried out in August and September 2010. The sample of measurements was chosen purposely. Between 180 patients of nursing home Tržič, we chose all with diagnosed nursing diagnose »incomplete mobility in bed IV degree«. To find out the most common nursing diagnoses at eldrely immobile patients, we designed the check list. From the Marjory Gordon's Manual of nursing diagnoses (2003), we selected actual and potential nursing diagnoses, while we considered typical characeristics of measurements: age and imobility.

Results: At 32 elderly immobile patients 302 nursing diagnoses were found. 6 of them were detected at all measurements (100%). That states that they are most common nursing diagnoses at elderly immobile patients in our research. Three of them are actual nursing diagnoses. Those are: total self-care deficit, total urinary incontinence and intestine incontinence. Three of most common nursing diagnoses are potential: risk for infection, risk for injury and risk for impaired skin integrity.

Discussion: The results of our research were compared with similar researches, which were carried out in intensive care units and on clinical wards of Brasilian hospitals. Four of six most common nursing diagnoses were present in both researching environments, but average number of diagnosed nursing diagnoses was even higher in nursing home

than on intensive care unit. The amount of diagnosed nursing diagnoses was a half smaller on clinical wards than in nursing home. We note that nursing care in nursing home, regarding categorization of complexity of nursing care for hospitals, is more complex than the nursing care on intermediate care department in hospital but the staff and financial aspects are not comparable. Those are significantly worse in nursing homes.

Key words: nursing diagnose, immobility, elderly patient, nursing home, intermediate care department

KAZALO

1.	UVOD	1
2.	TEORETIČNI DEL	3
2.1.	STAROST IN STARANJE	3
2.1.1.	Fizične spremembe v starosti	5
2.1.2.	Kognitivne spremembe v starosti	6
2.2.	NAMESTITEV STAROSTNIKA V SOCIALNO VARSTVENI ZAVOD	6
2.2.1.	Dom starejših občanov	6
2.2.2.	Oskrba stanovalca	7
2.2.3.	Zdravstvena nega stanovalca	8
2.3.	SPREJEM PACIENTA NA NEGOVALNI ODDELEK	10
2.3.1.	Kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege	11
2.4.	NEPOMIČNOST	12
2.5.	NEGOVALNE DIAGNOZE	14
2.5.1.	NANDA	15
2.5.2.	Oblikovanje negovalnih diagnoz	15
2.5.3.	Uporaba negovalnih diagnoz v praksi	17
2.5.4.	Negovalna diagnoza: nepopolna mobilnost	19
2.5.5.	Najpogostejše negovalne diagnoze pri nepomičnem pacientu	20
3.	EMPIRIČNI DEL	23
3.1.	PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA	23
3.2.	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	23
3.3.	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	23
3.3.1.	Metode in tehnike zbiranja podatkov	23
3.3.2.	Opis instrumentarija	24
3.3.3.	Opis vzorca	25
3.3.4.	Opis obdelave podatkov	25
3.4.	REZULTATI	25
3.5.	RAZPRAVA	31
4.	ZAKLJUČEK	35
5.	LITERATURA	36
6.	PRILOGE	42
6.1.	KONTROLNA LISTA	

KAZALO SLIK

Slika 1: Deleži posameznih negovalnih diagnoz med vsemi ugotovljenimi negovalnimi diagnozami pri merjencih v raziskavi (N=32).....	27
Slika 2: Pojavnost aktualnih negovalnih diagnoz pri merjencih v raziskavi (N=32).....	28
Slika 3: Pojavnost potencialnih negovalnih diagnoz pri starejšem nepomičnem pacientu (N=32).....	29

KAZALO TABEL

Tabela 1: Razvrstitev stanovalcev Doma starejših občanov Tržič v posamezno kategorijo zdravstvene nege.....	10
Tabela 2: 16 najpogosteje izbranih negovalnih diagnoz v intenzivnih enotah Brazilskih bolnišnic.....	21
Tabela 3: Število ugotovljeni negovalnih diagnoz pri merjencih v raziskavi (N=32)	25
Tabela 4: Pojavnost negovalnih diagnoz pri starejšem nepomičnem pacientu (N=32)	26
Tabela 5: Odstotek pacientov v posamezni kategoriji zdravstvene nege v Domu starejših občanov Tržič in na negovalnem oddelku Bolnišnice Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	30
Tabela 6: Število zaposlenih v zdravstveni negi v Domu starejših občanov Tržič in na negovalnem oddelku Bolnišnice Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.....	30
Tabela 7: Izobrazbena struktura zaposlenih v zdravstveni negi v Domu starejših občanov Tržič in na negovalnem oddelku Bolnišnice Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.....	31

1. UVOD

V drugi polovici 20. stoletja je v Evropi pojav staranja bistveno napredoval. Število starih oseb se je v zadnjih petdesetih letih več kot podvojilo. Njihov delež v celotnem prebivalstvu se je dvignil z 8 % leta 1950 na 14 % leta 2000. Vzrok za to je globok in nagel padec rodnosti in podaljševanje življenjske dobe (Avramov, Moskava, 2003; povz. po Suša, 2005, str. 32). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (2010) je bilo konec leta 2008 v Sloveniji 334.029 prebivalcev, starejših od 65 let, Evropski statistični urad (2010) pa v svojih projekcijah za Slovenijo do leta 2050 napoveduje v letu 2008 porast starejših od 65 let iz 16,08 % na 32,5 % celotne populacije.

Večina starejše generacije lahko sama skrbi zase, z zvišanjem starosti pa se povečuje delež tistih, ki tega niso več sposobni. V Sloveniji približno 15 % starostnikov potrebuje delno pomoč pri izvajanju dnevnih aktivnosti, v 10 % pa so od pomoči popolnoma odvisni. Zanje skrbijo domači, v 50 % pa jim nudijo oskrbo v javni mreži socialne pomoči in v domovih za starejše občane (Kek, Hrovat in Leskovic, 2010).

Dobro počutje starejših je velikokrat odvisno od stopnje njihove fizične kondicije. Vendar že sama starost povzroči upad fizičnih sposobnosti, kar je posledica degenerativnih procesov. Motnje gibanja ali celo nepomičnost pogosto nastopijo kot posledice degenerativnih obolenj kljub skrbi starostnika za dobro fizično kondicijo (Hur, Park, Kim, Storey in Kim, 2005). Pri starostniku z zdravstvenimi težavami se pogosto razvijejo problemi s pomičnostjo, kar zmanjša njihovo sposobnost samooskrbe in vpliva na kakovost življenja (Kneafsey, 2007).

Zdravstvena nega je v zadnjih desetletjih v fazi naglih sprememb. Pomemben pojav je bil uvajanje procesnega pristopa, ki je z istočasno uporabo računalnika v zdravstveni negi povzročil potrebo po razvoju in uporabi negovalnih diagnoz. Negovalna diagnoza predstavlja osnovo procesnega pristopa (Ščavničar, 1998). Pred približno tridesetimi leti je stroka zdravstvene nege prišla do spoznanja, da potrebuje jezik, ki bi opisoval presojo zdravstvene nege. Klasifikacija se je začela z abecednim seznamom 49. diagnoz leta 1982, ki jih je oblikovala Severnoameriška zveza za negovalne diagnoze (Gordon,

2002). Danes Priročnik negovalnih diagnoz po Marjory Gordon vsebuje 190 negovalnih diagnoz, ki so na podlagi povezanih pojavov sistematično in hierarhično urejene v skupine ali razrede (Gordon, 2003).

Uporaba pravih negovalnih diagnoz predstavi posameznikove specifične potrebe po zdravstveni negi, tako se intervencije zdravstvene nege lahko usmerijo v celostno obravnavo starejšega pacienta in ne samo na zdravljenje (Hur, Park, Kim, Storey in Kim, 2005). V negovalni diagnozi je opisan posameznikov problem zdravja, ki ga medicinska sestra lahko obravnava, ker ima za to potrebno znanje in pristojnosti. Problem zdravja v tem primeru je zato negovalni problem. Negovalni problem, ki je pri posamezniku prisoten tukaj in sedaj, je aktualni problem. Tisti, ki se lahko pojavi v prihodnosti, je potencialni problem (Ščavničar, 2005).

Ena redkih raziskav, ki ugotavlja najpogostejše negovalne diagnoze pri določeni skupini pacientov, je bila izvedena v Braziliji. Diagnosticirali so najpogostejše negovalne diagnoze pri starejših pacientih, ki so bili hospitalizirani v intenzivni enoti. Uporabili so klasifikacijo Severnoameriške zveze za negovalne diagnoze in ugotovili štiri najpogosteje prisotne negovalne diagnoze: zmanjšana zmožnost za samostojno osebno higieno (stopnja ni specificirana), neuravnovešena prehrana – manj kot telo potrebuje, nevarnost infekcije in neučinkoviti vzorci dihanja (Almeida idr., 2008).

2. TEORETIČNI DEL

2.1. STAROST IN STARANJE

Starost je stanje posameznika ali naroda, staranje pa je proces, ki traja od rojstva do smrti. Življenjska doba starih ljudi se hitro podaljšuje in visoka starost je lahko velik dosežek, hkrati pa je tudi izziv za našo družbo, ki terja spremembo miselnosti in ravnanja (Špilič in Kadiš, 2002).

Osnovne principe geriatrične preventive zasledimo že v delih Hipokrata. Galen je pred več kot dvema tisočletjema v svojem delu »De sanitate tuenda« ugotavljal, da starost ni enaka boleznim, čeprav je odpornost do mnogih boleznim zmanjšana. Grški zdravnik Aretej je učil, da lahko le človek, ki je v mladosti živel harmonično in skladno, pričakuje zdravo in svežo starost oziroma da zdrava evolucija prinaša zdravo involucijo. Ta znanja so se v letih starega in srednjega veka povsem izgubila, saj je prevladalo mišljenje, da je starost sama po sebi bolezensko stanje ter da je zato vsaka zdravniška intervencija nesmiselna, saj naj bi bile vse bolezni starostnikov ireverzibilne in napredujoče. Ponoven interes za starostnike se je pojavil šele v 13. in 14. stoletju v Italiji z iznajdbo korelacijskih stekel za starostno daljnovidnost, s čimer se je pomembno izboljšala kakovost življenja starejših. Današnje poznavanje procesov staranja temelji na številnih raziskavah, ki potrjujejo nekatera spoznanja grških učiteljev (Troha-Jurekovič, 2004).

Kdaj se posameznik postara, je težko opredeliti. Ljudje se različno staramo in pri isti starosti nismo videti enako stari (Hojnik-Zupanc, 1997). Kakovostno starost omogočajo številni zdravstveni, socialni, vedenjski in psihološki dejavniki. Zdravstveni dejavniki so primarni, saj človek, ki ima težave z boleznimi, ne doživlja kakovostne starosti, čeprav je lahko njegovo življenje bolj ali manj kakovostno. Velja pa tudi obratno, saj dobro zdravje samo po sebi še ni dovolj za kakovostno življenje. Spremljati ga morajo še dobro počutje, zadovoljstvo s seboj in topli socialni odnosi (Špilič in Kadiš, 2002).

Med najbolj poznanimi teorijami, ki se nanašajo na staranje, so biološke, psihološke in družboslovne teorije. Razlage bioloških teorij pravijo, da se organizem stara zato, ker se

vedno manj naporov vlaga v vzdrževanje in krepitev telesnih celic in tkiv. To pa nadalje pripelje do telesnega propadanja in smrti. Psihološke teorije govorijo o odvisnosti staranja od stopnje zrelosti človekove osebnosti, kako se človek počuti, koliko samozaupanja, samostojnosti in življenjskega optimizma ima ter kakšni so njegovi interesi. Aktivnost oziroma pasivnost starih je odvisna od življenjskega stila v aktivnem obdobju ter od socialnih in ekonomskih okoliščin (Tomažič in Peternelj, 1998).

Razloge za mehanizem staranja lahko razdelimo v dve skupini: teorije o neizogibnosti staranja in teorije o razvoju starostnih sprememb. Teorije prve skupine razlagajo staranje kot neizogiben del življenja in navajajo, da je dolžina življenja obratno sorazmerna z intenzivnostjo presnove v organizmu, omejena s številom celičnih delitev in odvisna od števila mutacij pri prepisovanju dednega materiala, določena s hitrostjo odpovedovanja nevroendokrinega in imunskega sistema. Druga skupina teorij preverja hipotezo, da je staranje posledica enega ali majhnega števila mehanizmov. Temeljijo na ugotovitvah, da omejitev vnosa kalorij upočasnijo staranje pri sesalcih in da mutacije v enem genu podaljšajo življenjsko dobo večceličnih organizmov (Ribarič, 2004).

Pri vsakem človeku Hojnik-Zupanc (1997) razlikuje tri vrste starosti:

- kronološka starost, ki pomeni, koliko smo stari po koledarju;
- funkcionalna starost, ki pomeni, koliko je staro naše telo glede na pravilno delovanje osnovnih telesnih funkcij in celičnih procesov;
- doživljajsko starost, ki pomeni, koliko stare se dejansko počutimo (Hojnik-Zupanc, 1997).

Kronološko staranje poteka pri vseh ljudeh in v vsakem obdobju življenja enako hitro. Nanj človek nima nikakršnega vpliva. Funkcionalno se različni ljudje starajo različno hitro. Na funkcionalno staranje človek lahko vpliva z načinom življenja. Največje razlike med ljudmi pa so pri doživljajskem staranju, ki je povsem odvisno od človeka samega (Ramovš, 2004).

Hitrost staranja je odvisna od zunanjih in notranjih dejavnikov. Zunanji dejavniki so stres, življenjski slog, vplivi škodljivih dejavnikov iz okolja in zdravstveno varstvo. Notranji dejavniki so odvisni od dednega materiala v celici (Ribarič, 2004).

Socialna struktura staranja se je skozi družbeni in zgodovinski razvoj močno spremenila. V preteklosti je za starostnika skrbela družina. Danes so svojci starostnika v večini zaposleni, razpeti med službo in lastno družino, partnerji starostnikov pa so običajno sami oslabei in potrebni pomoči (Hvalič-Touzery, 2007; povz. po Skela-Savič, Zorc in Hvalič-Touzery, 2010).

2.1.1. Fizične spremembe v starosti

Osnovna značilnost sprememb v procesu staranja je upočasnitev različnih procesov in posledično zmanjšanje delovanja različnih organskih sistemov ter s tem delovanja celotnega organizma. Zaradi zmanjševanja delovanja in posledično zmanjšane funkcijske rezerve se organizem težje prilagaja na spremenjene pogoje in povečane obremenitve. Zaradi okrnjenega delovanja organizma lahko bolezen pri starostniku povzroči hujše in trajnejše okvare kot pri mladih ljudeh, prav tako je dovzetnost za bolezni povečana (Poredoš, 2004).

Najpogostejše kronične bolezni, ki prizadenejo starostnike, so: diabetes, povišan krvni tlak, kardiovaskularne bolezni, respiratorne bolezni in rak. Lahko se pojavijo tudi prizadeta mobilnost in spremembe v funkcionalnem statusu (zmanjšana mišična moč, vazomotorna nestabilnost, zastoj vode, zmanjšanje kostne gostote, slabša predihanost, zmanjšana senzorna občutljivost) (Tan, 2007; povz. po Skela-Savič, Zorc in Hvalič-Touzery, 2010).

Staranje posameznih organskih sistemov in organov je že leta 1987 podrobneje opisal dr. Bojan Accetto, ki velja za prvaka slovenske gerontologije. S staranjem se v telesu zmanjša količina tekočine, tako celične kot medcelične. Spremenjena biokemična sestava krvi je povezana tudi z zmanjšanjem celičja v organizmu. Spremembe v celicah in tkivih vodijo v spremembe funkcij posameznih organov ali organskih sistemov. S starostjo močno oslabi mišična moč, razvijejo se degeneracije in distrofije na okostju (Acceto, 1987).

2.1.2. Kognitivne spremembe v starosti

Zdravi starostniki ohranijo kognitivne sposobnosti vsaj do 80. leta, vendar po 70. letu začne pomembno upadati hitrost miselnih procesov. Starostnim spremembam kognitivnih funkcij se v tem obdobju pogosto pridružijo tudi bolezenske spremembe, kot na primer demenca. To je razlog, da je včasih težko ločiti starostne spremembe od bolezenskih. Že po 20. letu se začne zmanjševati tako število živčnih celic kot pretok krvi v možganih. Izguba celic je neenakomerna, največ jih propade v hipokampusu in možganski skorji. S starostjo se spremeni tudi aktivnost nevrottransmiterskih sistemov (Ribarič, 2004).

Demenca je opredeljena kot sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, navadno kronična ali progresivna, ki primarno ali sekundarno prizadene možgane. Značilen je upad spominskih sposobnosti, ki se nanašajo na pomnjenje in priklic novih informacij. Z napredovanjem bolezni je lahko prizadet tudi spomin na davne dogodke. Opazno je osiromašeno mišljenje, zmanjšana sposobnost orientacije, razumevanja, računskih operacij, učnih sposobnosti, govornega izražanja in presoje. Posledica upada vseh omenjenih višjih živčnih dejavnosti je zmanjšanje sposobnosti za obvladovanje čustev in socialnega vedenja ter samostojnega opravljanja dnevnih aktivnosti (Kogoj, 2004).

Depresija je najpogostejša duševna motnja v starosti. Pojavlja se pri 5–10 % starejših od 65 let. Depresija je zelo pogosta pri telesno bolnih starejših ter med oskrbovanci različnih ustanov, kjer je razširjenost 5–45 % (prav tam).

2.2. NAMESTITEV STAROSTNIKA V SOCIALNO VARSTVENI ZAVOD

2.2.1. Dom starejših občanov

Institucija po definiciji ne more zagotoviti domačega okolja. To je prostor, kjer se srečujejo različni ljudje, ki so si tujci, deliti pa si morajo bivalne prostore, interesne dejavnosti in tudi osebe. Institucionalni red jim omejuje osebno svobodo in kontrolo nad lastnim življenjem. S tem povečuje stopnjo njihove odvisnosti. Osebna kontrola je odločujoča pri premagovanju raznih situacij v kolektivni obliki bivanja. Stanovalci v

domu najtežje sprejmejo nove prostore, tuje ljudi in odvisnost od osebja (Leskovic, 2004).

V socialnovarstvenih ustanovah stanovalcem zagotavljajo zdravstveno nego in rehabilitacijo, osnovno in socialno oskrbo ter zdravljenje na primarni ravni z zagotavljanjem storitev v okviru splošne ambulante. Dejavnosti se med seboj tako prepletajo, da je ločevanje zdravstvene nege in oskrbe skoraj nemogoče. Ključno vlogo pri ločevanju prevzema plačnik, ker je sistem zastavljen tako, da je potrebno ločeno utemeljevati aktivnosti, ki jih izvaja multidisciplinarni tim, in se delijo na storitve zdravstvene nege in rehabilitacije ter storitve osnovne in socialne oskrbe (Černivec, 2010).

Sisteme, ki so med seboj tesno povezani in drug od drugega celo odvisni, je v sodobni družbi nemogoče ločevati. Takšna sistema sta tudi zdravstveni in socialni. Zdravstveno varstvo je sestavni del širšega področja socialne varnosti. Definicija zdravja opisuje, da ima socialno blagostanje pomemben vpliv na zdravstveno stanje posameznika in celotne družbe. Sistem socialne varnosti je nastal vzporedno s sistemi zdravstvenega varstva (Klemenc, 2003). Vendar pa je med različnimi resorji prisotno pomanjkanje sodelovanja in skupnih ciljev, ki bi določili usmeritve za razvoj oskrbe starostnikov v prihodnosti (Henriksen in Rosenqvist, 2003; povz. po Skela-Savič, Zorc in Hvalič-Touzery, 2010).

Velik del stanovalcev prihaja v domove neposredno iz akutnih in negovalnih oddelkov v bolnišnicah. Domovi starejših občanov so na zdravstvenem področju podvrženi isti strokovni doktrini in istim nadzornim mehanizmom kot bolnišnice. Stanovalcu so dolžni zagotavljati primerljiv obseg in vsebino zdravstvene nege, kot jo je imel v bolnišnici. Glede na vse to takšne razlike niso sprejemljive niti iz strokovnega niti iz finančnega in niti iz moralnega vidika (Koprivnikar, 2010).

2.2.2. Oskrba stanovalca

Po Pravilniku o standardih in normativih institucionalno varstvo v domovih obsega osnovno in socialno oskrbo. Osnovna oskrba zajema bivanje v opremljenih, ogrevanih in vzdrževanih eno- ali dvoposteljnih enotah, z zagotovljenimi sanitarnimi prostori, prostori za osebno higieno in skupnimi prostori, organizirano prehrano, vzdrževanje in

čiščenje prostorov, pranje in menjava posteljnega perila, likanje, šivanje, čiščenje osebne obleke. Socialna oskrba zajema pomoč pri vzdrževanju osebne higiene in pri dnevni opravi, varstvo in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, organiziranje prevozov, ki niso zdravstveno indicirani (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih ustanov, 2010).

2.2.3. Zdravstvena nega stanovalca

Upoštevajoč starostno strukturo v domovih za starejše občane, je razumljivo, da popolnoma zdravih stanovalcev praktično ni. Pri posamezniku je velikokrat prisotnih tudi več bolezni hkrati. Glede na zdravstveno stanje stanovalcev je zahtevnost zdravstvene nege zelo velika (Leskovic, 2004).

Po Merilih za razvrščanje stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege, ki jih je v Področnem dogovoru za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje za pogodbeno leto 2008 določil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), se stanovalce razvršča v kategorije zdravstvene nege. Zdravstvena nega je kategorizirana v tri oziroma štiri tipe glede na zdravstveno stanje stanovalca in dnevno porabo časa negovalnega tima na enega stanovalca (ZZZS, 2008).

Zdravstvena nega I

Storitve se praviloma nanašajo na pomične stanovalce, to so osebe z lažjo obliko duševne motnje, stanovalci s stabilnimi kroničnimi obolenji, vsi tisti, ki potrebujejo splošen nadzor, zdravstveno vzgojno delo in naslednje zdravstvene storitve: manjše preveze ran, pripravo, razdeljevanje in aplikacijo zdravil (skozi usta, v črevo, podkožje, mišico), opazovanje zdravstvenega stanja, vlažilne inhalacije, menjavo in vzdrževanje urinskih vrečk ter urinalov, merjenje vitalnih funkcij. Potrebni sta najmanj dve različni storitvi, ki skupno dnevno zahtevata nad 15 minut časa negovalnega tima na stanovalca. Lahko pa gre za eno samo storitev, ki se dnevno ponavlja trikrat in več. Dan zdravstvene nege je mogoče evidentirati tudi v primerih, ko gre dnevno za dve enaki storitvi zdravstvene nege I in eno storitev zdravstvene nege II (prav tam) .

Zdravstvena nega II

Storitve se praviloma nanašajo na delno pomične, delno inkontinentne stanovalce, osebe s srednjo stopnjo demence ali nepsihotičnimi duševnimi motnjami, stanovalce z nestabilnimi somatskimi kroničnimi obolenji ali po amputaciji udov, ki poleg splošnega nadzora in zdravstveno vzgojnega dela potrebujejo tudi: aplikacije klizem, preveze ran do velikosti 10 x 10 centimetrov, odvzem materiala za laboratorijske preiskave, kateterizacijo sečnega mehurja, aplikacijo večjih obkladkov, aplikacijo zdravil na kožo pri kroničnih dermatozah in preventivi razjede zaradi pritiska, aplikacijo kisika ali terapevtskih inhalacij, aplikacijo zdravil v žilo, pomoč pri vstajanju in hoji, pomoč pri vzdrževanju dnevnih aktivnosti ob poslabšanjih zdravstvenega stanja, terapevtske položaje, nadzor nad odvajanjem, opazovanje izločkov in aplikacijo odvajal, vodenje in nadzor stanovalca z neurejenim diabetesom na inzulinski terapiji in aspiracijo dihal. Potrebni sta najmanj dve različni storitvi zdravstvene nege, ki skupno dnevno zahtevata nad 30 minut časa negovalnega tima na stanovalca. Lahko pa gre za eno samo storitev, ki se dnevno ponavlja trikrat ali večkrat (prav tam).

Zdravstvena nega III

Storitve se praviloma nanašajo na nepomične stanovalce, ki so odvisni od pomoči zdravstvenega osebja zaradi telesne ali duševne prizadetosti oziroma obeh, kamor uvrščamo stanovalce s kronično zmedenostjo, nemirom in delirijem. Potrebujejo pomoč v vseh življenjski aktivnostih in stalen nadzor ter varstvo 24 ur dnevno (prav tam).

Zdravstvena nega IV

V skupino stanovalcev, ki potrebujejo zdravstveno nego kategorije IV, sodijo predvsem tisti, ki so premeščeni iz bolnišnice v socialnovarstveni zavod in je pri njih bistveno povečan obseg dela in poraba materiala za zdravstveno nego. Za izvajanje zdravstvene nege IV mora biti v zavodu zagotovljena 24-urna prisotnost osnovnega zdravstveno negovalnega tima ter vsakodnevna prisotnost zdravnika oz. zagotovljena njegova stalna dosegljivost (prav tam).

Iz vsebine Meril za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege ugotavljamo, da je glavni kriterij za upravičenost do zdravstvene nege izvajanje medicinsko-tehničnih posegov, ki jih odredi zdravnik. To pomeni, da pogoje za razvrstitev v kategorijo upravičencev izpolnjujejo samo akutno bolni in zdravljeni stanovalci (Černivec, 2010).

Povprečno je največji delež stanovalcev razvrščen v kategorijo III, sledi kategorija II in nato kategorija I (Leskovic, 2004).

Tabela 1: Razvrstitev stanovalcev Doma starejših občanov Tržič v posamezno kategorijo zdravstvene nege

Zdravstvena nega	Brez ZN	ZN I	ZN II	ZN III	SKUPAJ
Moški	1	3	9	32	45
Ženske	2	12	20	101	135
Vsi	3	15	29	133	180
%	1,67	8,33	16,11	73,89	100,

Vir: Statistični podatki Doma Petra Uzarja Tržič (2010)

V Domu starejših občanov Tržič je 73,89 % stanovalcev razvrščenih v zdravstveno nego III. kategorije, 16,11 % v kategorijo zdravstvene nege II, 8,33 % stanovalcev v kategorijo I, 1,67 % stanovalcev ne potrebuje storitev zdravstvene nege (Dom Petra Uzarja, 2010).

2.3. SPREJEM PACIENTA NA NEGOVALNI ODDELEK

Leta 2001 je bil v Sloveniji izdelan projekt potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov in zavodov. Cilj projekta je bil ugotoviti število pacientov, ki po akutni obravnavi potrebujejo nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje, rehabilitacije ali reševanje socialne problematike ter postavitev meril in smernic za obravnavo teh pacientov. Negovalni oddelki naj bi zapolnili vrzel med sekundarno in primarno zdravstveno obravnavo in omogočili celostno ter kakovostnejšo obravnavo pacienta. Leta 2001 je bil zagon projekta finančno podprt. Ustanovljeni so bili trije negovalni oddelki, vendar so zaradi nedorečenih meril (izvajanja diagnostike in zdravljenja) stroški preseglji dodeljena sredstva. Leta 2004 je politika plačevanja zdravstvene

obravnave v Sloveniji razdelila zdravstveno oskrbo na akutno in neakutno. Neakutna zdravstvena obravnava je plačana po oskrbnih dnevih (Peternelj in Šorli 2004).

Po kriterijih Bolnišnice Golnik, Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergijo so na negovalni oddelek sprejeti:

- pacienti z akutnim in kroničnim obolenjem, ki po končanem diagnostičnem in terapevtskem programu potrebujejo nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojo, rehabilitacijo ali čakajo na rešitev socialnega problema,
- pacienti, pri katerih je predvidena dvakratna povprečna ležalna doba (nad 20 dni) in premestitev v druge zdravstvene ustanove,
- pacienti s sladkorno boleznijo, ki potrebujejo prevedbo na insulinsko terapijo,
- pacienti za dekolonizacijo po okužbi z MRSA,
- pacienti z malignimi obolenji, ki potrebujejo paliativno oskrbo (Peternelj in Šorli, 2004).

Oddelek vodi diplomirana medicinska sestra, ki načrtuje in organizira delo negovalnega tima, koordinira delo multidisciplinarnega tima (fizioterapevt, socialna delavka), razpolaga s posteljami in glede na merila skupaj z lečečim zdravnikom načrtuje sprejem in odpust pacientov. Na oddelku z 22 posteljami je bilo v času raziskave zaposlenih 9 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (prav tam).

2.3.1. Kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege

Kriteriji za razvrščanje pacientov v posamezne kategorije zdravstvene nege v bolnišnicah so opisani v Priročniku slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN, 2010).

I. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege

Sem sodi pacient, ki je pretežno samostojen pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Potrebuje pa nadzor, medicinsko-tehnične postopke in posege ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo (SKZBZN, 2010).

II. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege

Sem sodi pacient, ki potrebuje delno pomoč pri eni ali več sledečih aktivnosti: osebni higieni, gibanju, hranjenju in/ali varnosti. Poleg tega potrebuje pogostejše in/ali dolgotrajnejše aplikacije terapije, pogosto spremljanje vitalnih znakov in/ali reden nadzor pri zagotavljanju varnosti in nad gibanjem v bolnišničnem okolju ter individualno načrtovano zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo (prav tam).

III. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege

Sem sodi pacient, ki lahko potrebuje popolno pomoč pri eni ali več sledečih aktivnosti: osebni higieni gibanju, hranjenju in/ali varnosti. Poleg tega lahko potrebuje pogostejše in/ali dolgotrajnejše aplikacije terapije, spremljanje vitalnih znakov v neprekinjenih intervalih oziroma neposredno opazovanje ter zdravstveno-vzgojno in/ali socialno-terapevtsko delo (prav tam).

IV. kategorija zahtevnosti zdravstvene nege

Sem sodi pacient, ki poleg zgoraj naštetega potrebuje še stalno spremljanje vitalnih znakov in/ali stalno spremljanje psihofizičnega stanja (prav tam).

V letu 2004 je bilo 36,08 % pacientov sprejetih na negovalni oddelek Bolnišnice Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, popolnoma odvisnih od pomoči zdravstvenega osebja, kar jih umešča v zdravstveno nego kategorije III, 35,57 % pacientov je bilo ob sprejemu delno odvisnih od pomoči (zdravstvena nega kategorije II), 28,35 % pacientov pa je bilo popolnoma samostojnih (zdravstvena nega kategorije I) (Peternelj in Šorli, 2004).

2.4. NEPOMIČNOST

Kakovost življenja v starosti je močno povezana z gibljivostjo. Zmanjšana gibljivost je ena najpogostejših in najresnejših težav starostnikov. Večina starostnikov je sprejetih v

domove za starejše občane zaradi omejene gibljivosti in posledično zmanjšane sposobnosti za samooskrbo (Chadwick, 2010).

Z omejeno gibljivostjo so povezane številne težave, s katerimi se morajo spopadati pacienti. Problem postane izločanje (ne pridejo pravočasno do stranišča), osebna higiena (stanje ob umivalniku, vstopanje ali izstopanje iz kopalne kadi so oteženi ali onemogočeni), ogrožena je njihova varnost (poskusi samostojnega opravljanja dnevnih aktivnosti lahko vodijo do poškodb) (Reed in Robbins, 1991).

Izraz »mobilnost« oziroma pomičnost se v zdravstveni literaturi uporablja za opisovanje sposobnosti odraslih ljudi za premikanje v okolju. Iz tega izhaja, da gre za funkcionalno sposobnost, ki se lahko uporablja za ocenjevanje stopnje posameznikove neodvisnosti ali njegove potrebe po pomoči (Rush in Ouellet, 1993).

Gibanje je osnovna značilnost življenja, pokončna drža je značilnost človeške vrste. Na splošno ima nepomičnost negativen predznak. Opisana in razumljena je kot zadnja stopnja pred iztekom življenja (Zegelin, 2008).

Nepomičnost je opisana kot omejena sposobnost gibanja in je lahko pri posamezniku ali med posamezniki različno izražena, tako po stopnji kot po času trajanja. Lahko je trenutna, se razvije postopno, je začasna ali pa trajna. Lahko prizadene posamezne dele ali pa celo telo (Rush in Ouellet, 1993).

V preteklosti so »ležanje v postelji« uporabljali kot način zdravljenja, vendar se je kmalu izkazalo, da ima več negativnih kot pozitivnih učinkov. Med najpogostejšimi škodljivimi posledicami nepomičnosti so: padec krvnega tlaka, zmanjšana dihalna kapaciteta, neravnovesje telesnih tekočin in elektrolitov, spremenjeno izločanje prebavnih sokov, izguba kalcija v kosteh, mišične atrofije in kontrakture sklepov. Posledice se lahko pojavijo že po nekaj dneh ležanja. Prav tako je zmanjšano zaznavanje okolja in lastnega telesa, kar lahko vodi v zmanjšanje kognitivnih sposobnosti in depresijo (Zegelin, 2008).

Nekatere hude posledice nepomičnosti lahko nastopijo zelo hitro. Tako je lahko pri nepomičnem pacientu dnevna izguba mišične moči ob ležanju od 1,3 % do 3%. Kontrakture sklepov se lahko začnejo pojavljati že po 8. urah imobilizacije oziroma

nepomičnosti. Pri imobiliziranih ali politratviziranih pacientih se lahko poškodbe kože zaradi pritiska pojavijo že med tri urno urgentno obravnavo (Fletcher, 2005)

2.5. NEGOVALNE DIAGNOZE

Zdravstvena nega se je začela definirati že z opisi Florence Nightingale. K opisom zdravstvene nege sodi tudi negovalna diagnoza. Izraz se je začel uporabljati v šestdesetih letih, leta 1953 ga je prvič uporabil V. Fry, tekom let pa so se razvijale različne definicije, ki omenjajo problem zdravja, vzroke, znake ali simptome bolezni ter varovančev problem ali potrebo. V 60. in 70. letih so negovalne diagnoze opisovale predvsem varovančeve funkcionalne sposobnosti ali nesposobnosti (Ščavničar, 1998).

Različne definicije negovalne diagnoze skozi čas je povzela Ščavničarjeva (1998). Po Bircherjevi (1975; povz. po Ščavničar, 1998) je negovalna diagnoza rezultat ocene varovančevih individualnih odzivov na doživljanje posameznih življenjskih obdobj ali na določeno bolezen. Moritzova (1982; povz. po Ščavničar, 1998) definira negovalno diagnozo kot opis varovančevih odzivov na zdravje ali bolezen, ki jih je medicinska sestra sposobna obravnavati in ima za obravnavo dovoljenje. Po Gordonovi (1987, povz. po Ščavničar, 1998) se negovalna diagnoza nanaša na varovančeve odzive, ki jih je medicinska sestra sposobna obravnavati, ker ima za to potrebo znanje, spretnosti in izkušnje ter dovoljenje. Mnenje Carroll-Johnsonove (1990; povz. po Ščavničar, 1998) je, da je z negovalno diagnozo zagotovljena osnova za izbor negovalnih intervencij, s katerimi dosegamo negovalne cilje, za katere je odgovorna medicinska sestra.

Sodobnejše razumevanje negovalne diagnoze le-to opisuje kot odziv pacienta na aktualni ali potencialni problem zdravja, ki ga je medicinska sestra sposobna reševati, ker ima potrebno znanje, izkušnje in pristojnosti in je odgovorna za ugotovitev negovalne diagnoze (Carpenito, 2002; povz. po Ščavničar, 2005). V negovalni diagnozi je opisano določeno stanje na kontinuumu zdravja, kot so odkloni od zdravja, prisotnost dejavnikov tveganja in izboljšanje zdravja (Barrowcliff, 2004; povz. po Ščavničar, 2005).

Negovalna diagnoza je klinično mnenje o posamezniku, družini ali skupnosti in njihovih odzivih na aktualne in potencialne probleme zdravja v življenjskem procesu (NANDA, 2004; povz. po Ščavničar, 2005).

2.5.1. NANDA

Medicinska terminologija, ki ni omogočala natančnega opisovanja pomembnih pojavov v zdravstveni negi ter uvedba računalniške obdelave podatkov o pacientih, sta bila glavna spodbuda za začetek oblikovanja klasifikacije negovalnih diagnoz v Severni Ameriki. Prva delovna skupina je bila formirana v zgodnjih 70. letih, iz nje pa se je leta 1982 oblikovala Severnoameriška zveza za negovalne diagnoze – North American Nursing Diagnosis Assotiation (NANDA), ki je prerasla v internacionalno združenje za razvijanje negovalnih diagnoz. Klasifikacija se je začela z abecednim seznamom 49 diagnoz in se do leta 2002 razvila v hierarhično ureditev več kot 150 diagnoz. Taksonomija ali klasifikacijski sistem je sistematična, hierarhična ureditev povezanih pojavov v skupine ali razrede, ki temelji na njihovih značilnostih. Splošni cilj klasifikacije NANDA je zagotoviti celoten klasifikacijski sistem negovalnih diagnoz za prakso zdravstvene nege. To medicinskim sestram zagotavlja standardiziran jezik za razmišljanje in dokumentiranje (Gordon, 2002).

Priročnik negovalnih diagnoz Marjory Gordon vsebuje diagnostične kategorije – NANDA taksonomijo, ki je vključena v mednarodno klasifikacijo zdravstvene nege. Vsebuje diagnostična poimenovanja, definicije, lastnosti, dejavnike tveganja in vzročne dejavnike za posamezne diagnoze (Gordon, 2003).

2.5.2. Oblikovanje negovalnih diagnoz

Oblikovanje negovalnih diagnoz je del procesa zdravstvene nege. Proces zdravstvene nege je znanstvena metoda, ki vodi in definira zdravstveno nego ter vzpodbuja kritično razmišljanje. Obsega vse pomembne aktivnosti medicinke sestre in tvori osnovo za sprejemanje odločitev (American Nurses Association, 2004, povz. po Alfaro-LeFevre, 2006).

Negovalna diagnoza opisuje posameznikovo problemsko stanje (NANDA, 2004; povz. po Ščavničar, 2005). Negovalno diagnozo lahko izražamo enodelno, dvodelno ali trodelno. Enodelna diagnoza nam opiše stanje zdravja ali sindrom, kot na primer: sindrom motene gibljivosti. Dvodelna diagnoza je sestavljena iz problema iz katerega je razviden diagnostični kazalec in vzrok problema. Trodelno negovalno diagnozo sestavljajo: problem, vzrok problema in znaki ali simptomi. Začetnica vsakega omenjenega elementa v angleškem jeziku je sestavni del kratice PES (Problem, Etiology, Sign/Simptom). Od negovalnega problema so odvisni cilji, od vzrokov intervencije in od znakov/simptomov kriteriji za vrednotenje procesa zdravstvene nege (Ščavničar, 2005).

Problem ali diagnostična oznaka opisuje pacientov problem zdravja in njegove odzive na ta problem, katerih reševanje je v pristojnosti medicinske sestre. Rešuje se v zdravstveni negi, ker je negovalni problem (Ščavničar, 2005).

Vzrok problema prikazuje enega ali več vzrokov problemov zdravja pri posamezniku. Zaradi vzroka se pri posamezniku pojavijo nezdravi odzivi ali nezdravo stanje. Od vzroka je odvisna individualizacija zdravstvene nege (Ščavničar, 2005).

Znaki/simptomi so elementi negovalne diagnoze, s katerimi se kaže aktualni problem in so subjektivne in/ali objektivne narave (Ščavničar, 2005). Ugotovimo jih na podlagi opazovanja in nam omogočajo diagnostično presojo o prisotnosti ali odsotnosti določenega stanja. V priročniku negovalnih diagnoz Marjory Gordon so opisani kot diagnostični in podporni kazalci. Diagnostični kazalci so kritični do negovalne presoje, zvišujejo zanesljivost, konsistentnost in natančnost negovalnih diagnoz, pomagajo spoznavati razlike med posameznimi negovalnimi diagnozami, olajšajo presojanje in zmanjšujejo verjetnost, da bi določeno negovalno diagnozo poimenovali brez primerne količine podatkov (Gordon, 2003).

Za potrditev aktualne negovalne diagnoze je potrebno identificirati vsaj dva diagnostična kazalnika in dva vzročna dejavnika. V primeru, da si negovalne diagnoze delijo enake lastnosti, jih je potrebno med seboj primerjati in se odločiti za tiste, ki v največji meri opredeljujejo pacientov problem (Alfaro-LeFevre, 2006).

Negovalna diagnoza je lahko aktualna, potencialna ali kolaborativna. Aktualna negovalna diagnoza vsebuje aktualni negovalni problem, ki je prisoten sedaj in ga pacient doživlja kot posledico problema zdravja ali življenjskega obdobja. Za ugotovitev so na razpolago vsi podatki, čeprav vedno niso očitni. V opisu te negovalne diagnoze je navedena aktualna nesposobnost pacienta za zadovoljevanje življenjskih potreb ali pa je le-to nepravilno (Ščavničar, 1998).

Potencialna negovalna diagnoza se ugotovi na osnovi prepoznave dejavnikov tveganja (Ščavničar, 1998). Dejavniki tveganja lahko povzročijo problem zdravja ali negovalni problem pri posamezniku, družini ali skupnosti, ki ga lahko obravnava medicinska sestra (Ščavničar, 2005). Opisujejo stanja, ki so tipična za določene skupine ljudi v določenih situacijah, ali za ljudi s specifičnimi obravnavami (Gordon, 2003). V potencialni diagnozi simptomi niso vključeni, ker še niso prisotni (Ščavničar, 2005).

Kolaborativna negovalna diagnoza je v povezavi z diagnostično terapevtskim načrtom. Načrt usmerja zdravnik, medicinska sestra ga izvaja in opazuje pojav odzivov na izvedbo. Kolaborativne diagnoze so večinoma sestavni del negovalnega načrta predvsem v akutni fazi bolezni, kar pa ne pomeni, da v ostalih fazah niso prisotne (Ščavničar, 1998).

2.5.3. Uporaba negovalnih diagnoz v praksi

V velikem številu držav je negovalna dokumentacija del pacientove zdravstvene dokumentacije, ki je zahtevana s strani zdravstvene zakonodaje. Dokumentirani morajo biti tako pacientovi negovalni problemi, negovalne intervencije, ki so bile izvedene, kot tudi njihovi izidi (Müller-Staub, 2009). Pavčič Trškan (2005) ugotavlja, da je potrebno ustvariti zbirko nacionalnih negovalnih diagnoz in omogočiti sistem verificiranja novih negovalnih diagnoz, ki se bodo pojavljale v strokovni praksi.

Pred vpeljavo negovalnih diagnoz so medicinske sestre opisovale probleme pacientov »po svojih besedah«, brez uporabe standardiziranega jezika. V negovalni dokumentaciji pacientov ni bilo mogoče najti znakov in simptomov. Zelo malo dokumentiranih negovalnih problemov je temeljilo na etiologiji, veliko je bilo nepravilnih. Negovalne

intervencije in izidi so bili dokumentirani redko in velikokrat nepravilno (Müller-Staub, 2009).

Kljub razvitim klasifikacijam veliko medicinskih sester ni osvojilo uporabe standardiziranega jezika v zdravstveni negi (Müller-Staub, 2009).

V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana so se za zaposlene v zdravstveni negi v letu 2004 pričele izvajati učne delavnice o postavljanju negovalnih diagnoz, ciljev in načrtovanju intervencij zdravstvene nege (Klančnik Gruden, Bitenc, Vujica, Medvešček Smrekar in Jaklič, 2005).

Različni avtorji se strinjajo, da je nujno potrebno izobraževanje medicinskih sester o tvorjenju negovalnih diagnoz, o znakih in simptomih ter njihovih vzrokih (Müller-Staub, Needham, Odenbreit, Lavin in Achterberg, 2007).

Švedska raziskava je pokazala velik napredek v kakovosti in doslednosti pri tvorjenju negovalnih diagnoz in dokumentiranju negovalnih intervencij ter izidov pri medicinskih sestrah, ki so se udeležile izobraževanja na to temo (Müller-Staub idr, 2007). Na Interni kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana so ugotovili, da so medicinske sestre ob omembi negovalnih diagnoz odklonilne, kar pogosto izhaja iz neznanja in nerazumevanja (Roš, 2005).

Turunen-Olssonova in Gardulfova sta v raziskavi leta 2001, ki je bila izvedena na geriatrični kliniki na Švedskem in katere namen je bil ugotoviti uporabo negovalnih diagnoz v praksi, ugotovili, da so bile negovalne diagnoze zapisane v dokumentaciji le pri 5 % pacientov, ki so se zdravili v tej ustanovi. Z naslednjo raziskavo, ki je bila izvedena v letu 2006, sta poskušali poiskati vzroke za to. Zaključili sta, da glavne medicinske sestre in vodje oddelkov pogosto niso prepričani v svoje vloge, naloge in kompetence pri razvijanju dokumentacije zdravstvene nege. Prisoten je bil odpor zaposlenih do uporabe negovalnih diagnoz, vendar niso bili izvedeni nikakršni ukrepi za rešitev problema. Zaključili sta, da je najpomembnejši dejavnik, ki spodbuja uporabo negovalnih diagnoz, kultura delovne organizacije, ki mora temeljiti na vrednotah, znanju in vedenju vseh zaposlenih (Turunen-Olsson in Gardulf, 2006).

Dejavniki, ki vplivajo na uporabo negovalnih diagnoz, so po poročanju medicinskih sester največkrat: pomanjkanje podatkov za določitev negovalne diagnoze, pomanjkanje

znanja s tega področja, nepoznavanje in zavračanje terminologije, pomanjkljiva standardizacija negovalnega jezika, slabi pogoji za vpeljavo procesa zdravstvene nege v prakso (Lucena in Barros, 2006).

Večina ugotovljenih negovalnih diagnoz pri pacientih se nanaša na fizične potrebe, kar bi lahko pomenilo, da imajo medicinske sestre težave pri ugotavljanju pacientovih psihičnih in duhovnih problemov oziroma so z njihovega stališča fizični problemi za pacienta prioritetni (Carmagnani, Cuncha in Behlau, 2003, povz. po Lucena in Barros, 2006). Lucena in Barros (2006) se sprašujeta, ali bi bilo takšno stališče medicinskih sester lahko posledica vplivov biomedicinskega modela dela, ki je še vedno prisoten v zdravstveni panogi, ali pa so negovalne diagnoze, ki se nanašajo na psihične in duhovne probleme, res manj pogoste pri zelo bolnih pacientih. Poudarjata, da je potrebna pozornost na celoten spekter pacientovih problemov, brez ločevanja na različne vrste potreb.

2.5.4. Negovalna diagnoza: nepopolna mobilnost

Priročnik negovalnih diagnoz Marjory Gordon (2003) nepopolno mobilnost obravnava v diagnostični kategoriji Fizična aktivnost. Mobilnost pacienta opisujejo tri negovalne diagnoze: nepopolna telesna mobilnost, nepopolna mobilnost v invalidskem vozičku in nepopolna mobilnost v postelji, pri čemer nepomičnega pacienta najbolje opisuje zadnja s svojo definicijo: nezmožnost samostojnega premikanja oziroma spreminjanja položaja v postelji (Gordon, 2003).

Diagnostični kazalci, ki nam pomagajo pri izbiri te negovalne diagnoze, so:

- zmanjšana zmožnost obračanja z ene na drugo stran,
- zmanjšana zmožnost dviga v sedeči položaj iz ležečega in obratno,
- zmanjšana zmožnost vstajanja iz postelje in vračanja v posteljo,
- zmanjšana zmožnost obračanja na trebuh in nazaj,
- zmanjšana zmožnost dolgotrajnega sedenja in vračanja iz sedečega položaja (prav tam).

Ločimo štiri funkcionalne stopnje nepopolne mobilnosti v postelji:

- I. stopnja – pacient potrebuje ortopedске pripomočke,

- II. stopnja – pacient potrebuje pomoč druge osebe ali več oseb, nadzor ali poučevanje,
- III. stopnja – pacient potrebuje pomoč druge osebe, več oseb ali ortopedske pripomočke,
- IV. stopnja – pacient ne sodeluje pri premikanju, je popolnoma odvisen od drugih oseb (prav tam).

2.5.5. Najpogostejše negovalne diagnoze pri nepomičnem pacientu

Leta 2005 je bila v brazilski univerzitetni bolnišnici izvedena ena redkih raziskav, z namenom ugotoviti najpogostejše negovalne diagnoze, prisotne pri starejših hospitaliziranih pacientih na kliničnih oddelkih. Povprečna starost merjencev je bila 72 let, med njimi je bilo 54 % žensk. Podatki so bili zbrani s pomočjo računalniškega sistema, ki ga uporabljajo v omenjeni bolnišnici. Zasnovan je na NANDA taksonomiji in omogoča dokumentiranje procesa zdravstvene nege. Rezultati raziskave so pokazali, da je bilo pri 1665 starejših pacientih ugotovljenih 62 negovalnih diagnoz, v povprečju 4 na pacienta. Najpogosteje (11,7 %) je bila ugotovljena zmanjšana zmožnost za samonego, natančneje zmanjšana zmožnost za samostojno osebno higieno. Sledila je negovalna diagnoza neuravnovešena prehrana – manj kot telo potrebuje (9,4 %), tretja negovalna diagnoza po pogostnosti je bila nevarnost infekcije (8,6 %) in četrta neučinkoviti vzorci dihanja (7,9 %) (Almeida idr, 2008).

V drugi, prav tako brazilski raziskavi so bili zbrani podatki o najpogosteje ugotovljenih negovalnih diagnozah v intenzivnih enotah bolnišnic. Računalniški podatki so bili zbrani za obdobje šestih mesecev, edini vključujoč kriterij je bil sprejem pacienta v intenzivno enoto. Zabeleženih je bilo 991 sprejemov, pri katerih je bilo ugotovljenih skupaj 6,845 negovalnih diagnoz, povprečno 6,9 negovalne diagnoze na sprejem. Raziskava je vključevala 63 diagnostičnih kategorij (Lucena in Barros, 2006).

Tabela 2: 16 najpogosteje izbranih negovalnih diagnoz v intenzivnih enotah Brazilskih bolnišnic

Negovalna diagnoza (ND)	Delež (%) pacientov s prisotno ND	Delež (%) posamezne ND med vsemi ugotovljenim
Zmanjšana zmožnost za samostojno osebno higieno	98,1	14,2
Nevarnost infekcije	95,9	13,9
Nepopolna telesna mobilnost	59,3	8,6
Neučinkoviti vzorci dihanja	49,8	7,2
Nepopolna spontana ventilacija	43,1	6,2
Nevarnost za poškodovanje kože	40,7	5,9
Neuravnotežena prehrana	39,9	5,8
Nevarnost spremenjene dihalne funkcije	39,5	5,7
Nekontrolirano izločanje urina	27,1	3,9
Nepopolna tkiva	26,5	3,8
Akutna bolečina	22,4	3,2
Neučinkovita periferna perfuzija	16,9	2,4
Nevarnost za prenizek volumen tekočin	13,6	2,0
Nepopolno požiranje	13,3	1,9
Prenizek volumen tekočin	10,3	1,5
Poškodovana koža	9,2	1,3

Vir: Lucena in Barros (2006)

V Tabeli 2 je predstavljenih 16 najpogostejših negovalnih diagnoz, ki so bile ugotovljene pri pacientih, sprejetih v intenzivno enoto. Predstavljajo 88 % vseh negovalnih diagnoz, od tega prvih 6 zavzema 56 %. 12 od 16 je aktualnih negovalnih diagnoz, 4 so potencialne, od tega dve med prvimi šestimi. Ta podatek nam pove, da je pozornost medicinskih sester v intenzivnih enotah usmerjena ne samo v aktivnosti, povezane s povrnitvijo zdravja, temveč tudi v aktivnosti za njegovo ohranjanje oziroma preventivo nehotenih posledic hospitalizacije. Ugotovljene negovalne diagnoze v tej raziskavi so kot najpogostejše omenjene tudi v literaturi, ki jo navajata avtorici

raziskave, iz česar sklepata, da so skupne celotni klinični praksi zdravstvene nege in si iz tega stališča zaslužijo več pozornosti in obravnave (Lucena in Barros, 2006).

3. EMPIRIČNI DEL

3.1. PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je s pomočjo klasifikacije Severnoameriške zveze za negovalne diagnoze ugotoviti najpogostejše negovalne diagnoze pri nepomičnem starostniku in rezultate primerjati z rezultati, ki so jih na tem področju pridobili v raziskavah, izvedenih v bolnišnicah. S primerjavo kategorizacije zahtevnosti zdravstvene nege v domu starejših občanov in na negovalnem oddelku bolnišnice smo želeli opozoriti na zahtevnost zdravstvene nege v domovih starejših občanov.

Cilji:

- ugotoviti najpogostejše negovalne diagnoze pri starejšem nepomičnem pacientu,
- ugotoviti razmerje med posameznimi vrstami negovalnih diagnoz,
- primerjati zahtevnost zdravstvene nege glede na kategorizacijo zdravstvene nege v domu starejših občanov in v negovalni bolnišnici.

3.2. RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Katere negovalne diagnoze so najpogostejše pri starejšem nepomičnem pacientu v domu starejših občanov?
2. Kakšna je zahtevnost zdravstvene nege glede na kategorizacijo zdravstvene nege v domu starejših občanov v primerjavi z negovalno bolnišnico?

3.3. RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1. Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni (opisni), neeksperimentalni metodi. Za zbiranje podatkov smo uporabili kvantitativne tehnike (kvantitativna analiza dokumentacije). Pregled dokumentacije smo izvedli v mesecu avgustu in septembru 2010, po predhodni pridobitvi soglasja s strani raziskovalnega okolja – Doma starejših občanov Tržič. Podatki so bili uporabljeni le v namen priprave diplomskega dela. Analizirali smo tudi strokovno literaturo na temo diplomskega dela ter pregledali bibliografsko-kataložno

bazo podatkov (COBIB.SI), mednarodne baze podatkov Cinahl, Springer Link in High wire. Pri iskanju gradiva smo v COBIB.SI uporabili besede in besedne zveze v slovenskem jeziku: najpogostejše negovalne diagnoze, starejši, nepomični pacient. V mednarodnih bazah podatkov smo za iskanje uporabili besede in besedne zveze v angleškem jeziku: prevalent nursing diagnoses; elderly; immobile, bedridden patient.

3.3.2. Opis instrumentarija

Za ugotavljanje najpogosteje prisotnih negovalnih diagnoz pri starejšem nepomičnem pacientu v domu starejših občanov smo oblikovali kontrolno ali ček listo. Iz priročnika negovalnih diagnoz Marjory Gordon (2003) smo izbrali aktualne in potencialne negovalne diagnoze, pri čemer smo upoštevali dve tipični lastnosti merjencev, starost in nepomičnost. Kontrolna lista aktualnih negovalnih diagnoz je vključevala 9, lista potencialnih pa 6 negovalnih diagnoz. Pri vsaki izbrani negovalni diagnozi smo določili tudi diagnostične kazalce (aktualne negovalne diagnoze) ali štiri dejavnike tveganja (potencialne negovalne diagnoze), ki so bili prav tako izbrani glede na večjo verjetnost prisotnosti glede na starost in nepomičnost merjencev. V kontrolni listi se je prisotnost določenega diagnostičnega kazalnika ali dejavnika tveganja označila z znakom »X«. Kot kriterij, ki določa prisotnost negovalne diagnoze, smo izbrali pristnost dveh diagnostičnih kazalnikov pri aktualni negovalni diagnozi in prisotnost enega dejavnika tveganja pri potencialni negovalni diagnozi. Za dva diagnostična kazalnika smo se odločili, ker na ta način lahko z večjo verjetnostjo trdimo, da je negovalna diagnoza res prisotna in ne samo možna. Namenoma so bile izbrane samo negovalne diagnoze, ki opisujejo fizične probleme stanovalcev, psihičnega in duhovnega vidika nismo zajeli. Razlog za to je bilo zdravstveno stanje merjencev, v večini primerov so bile prisotne kognitivne motnje ali motnje zavesti. Drugi razlog za to je bil namen naše raziskave, ki je bil primerjava z že izvedenimi raziskavami v bolnišnicah, usmerjenimi samo v fizične probleme pacientov.

3.3.3. Opis vzorca

Vzorec merjencev je bil izbran namensko. Med 180 stanovalci Doma starejših občanov Tržič smo v opazovanem obdobju v raziskavo vključili vse tiste, pri katerih je diagnosticirana negovalna diagnoza »nepopolna mobilnost v postelji IV. stopnje« kot osnovna negovalna diagnoza, kar pomeni, da je njihova mobilnost okrnjena do te stopnje, da niso več sposobni samostojnega obračanja v postelji. V času izvedbe raziskave je bilo takšnih stanovalcev 32. Merjence smo izbrali na podlagi pregleda negovalne in zdravstvene dokumentacije. Prav tako so bili iz dokumentacije pridobljeni podatki o spolu in starosti merjencev. Povprečna starost merjencev je bila 84 let, pri čemer je bil najmlajši star 69 in najstarejši 96 let. 18,8 % merjencev je bilo moškega, 81,3 % ženskega spola.

3.3.4. Opis obdelave podatkov

Pridobljeni podatki so bili obdelani z računalniškima programoma SPSS 19.0 in Excell 2003. S programom SPSS 19,0 smo obdelali demografske podatke (starost in spol merjencev), s pomočjo Excela pa ugotovili zastopanost posameznih negovalni diagnoz v odstotkih in izdelali grafe.

3.4. REZULTATI

Povprečno je bilo pri vsakem starejšem nepomičnem pacientu ugotovljenih skupaj 9,47 negovalnih diagnoz, od tega 4,72 aktualnih in 4,69 potencialnih diagnoz. Podatki so prikazani v Tabeli 3.

Tabela 3: Število ugotovljeni negovalnih diagnoz pri merjencih v raziskavi (N=32)

	minimum	maksimum	povprečje
Vse negovalne diagnoze	8	12	9,47
Aktualne negovalne diagnoze	3	7	4,72
Potencialne negovalne diagnoze	4	6	4,69

Pri 32 starejših nepomičnih pacientih sta bili ugotovljeni 302 negovalni diagnozi, 6 med njimi je bilo prisotnih pri vseh merjencih (100 %), kar jih uvršča med najpogostejše

negovalne diagnoze pri starejšem nepomičnem pacientu v naši raziskavi. Podatki so prikazani v Tabeli 4.

Tabela 4: Pojavnost negovalnih diagnoz pri starejšem nepomičnem pacientu (N=32)

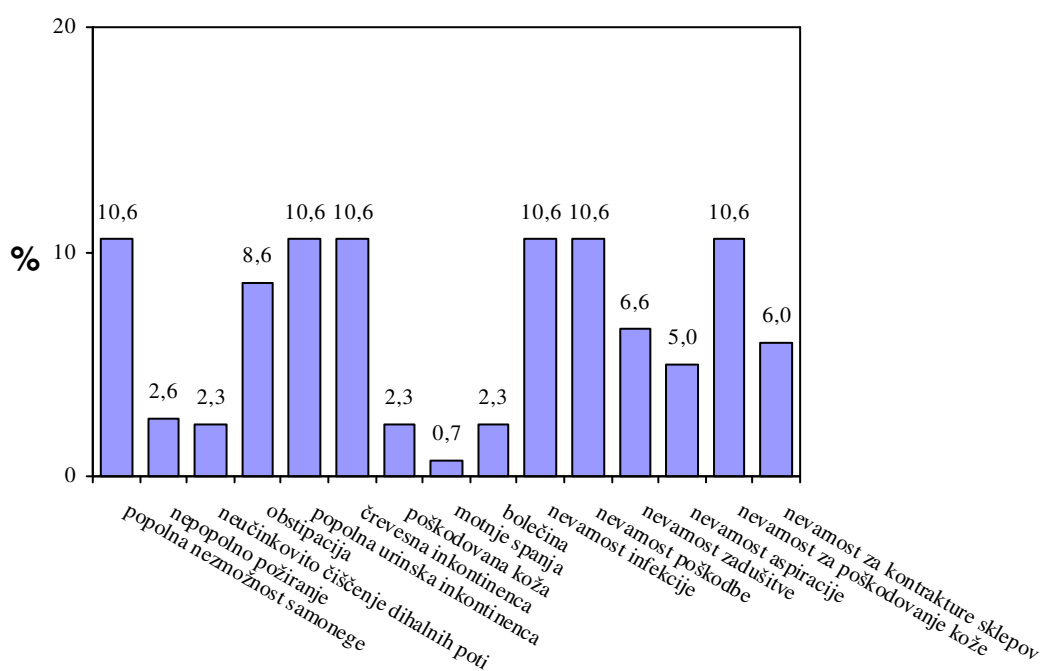
Negovalna diagnoza (Gordon, 2003)	Število merjencev s prisotno negovalno diagnozo	Delež (%) merjencev s prisotno negovalno diagnozo
Popolna nezmožnost samonege IV. stopnje	32	100
Nepopolno požiranje	8	25
Neučinkovito čiščenje dihalnih poti	7	21,9
Obstipacija	26	81,3
Popolna inkontinenca urina	32	100
Črevesna inkontinenca	32	100
Poškodovana koža	7	21,9
Motnje spanja	2	6,3
Bolečina	7	21,9
Nevarnost infekcije	32	100
Nevarnost poškodbe	32	100
Nevarnost zadužitve	20	62,9
Nevarnost aspiracije	15	46,9
Nevarnost za poškodovanje kože	32	100
Nevarnost za kontrakture sklepov	18	56,3
SKUPAJ	302	

Slika 1 prikazuje delež posamezne negovalne diagnoze med vsemi ugotovljenimi negovalnimi diagnozami. Pri starejšem nepomičnem pacientu v raziskavi je prvih šest negovalnih diagnoz zastopanih v enakem deležu (10,6 %). Predstavljajo kar 63,6 % vseh ugotovljenih negovalnih diagnoz. To so negovalne diagnoze: popolna nezmožnost samonege IV. stopnje, kar pomeni, da pacienti niso sposobni samostojne osebne higiene, samostojnega oblačenja in osebne urejanja, samostojnega hranjenja in samostojnega opravljanja telesne potrebe, popolna inkontinenca urina, črevesna

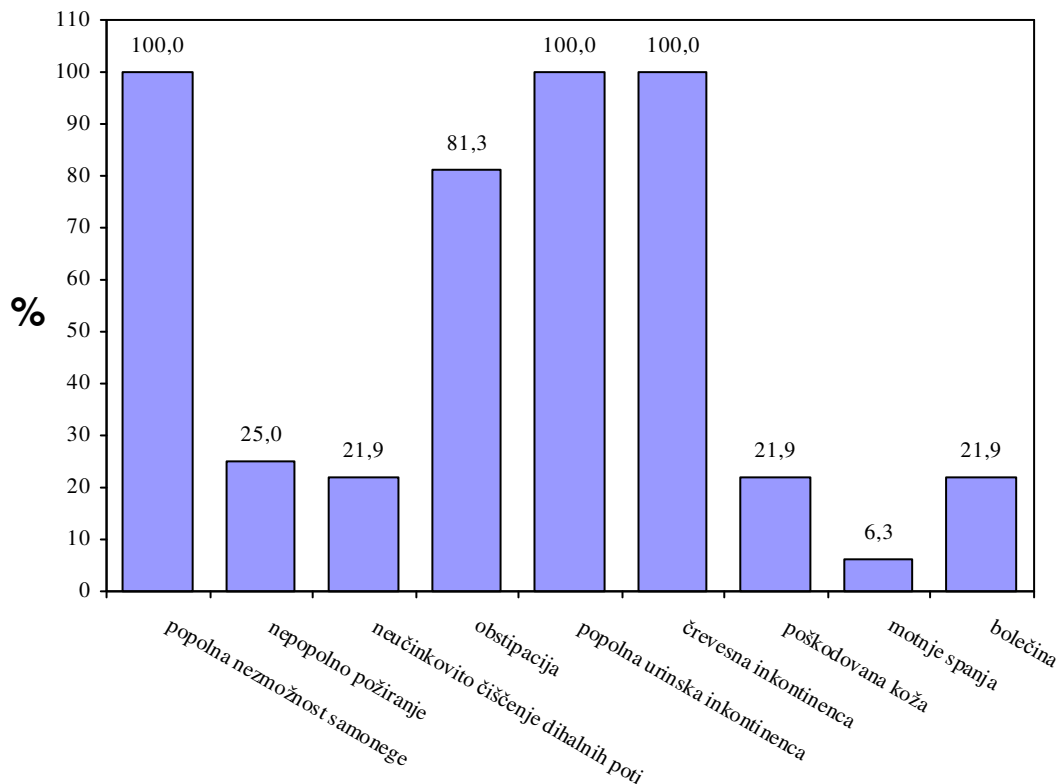
inkontinenca, nevarnost infekcije, nevarnost poškodbe in nevarnost za poškodovanje kože.

Zelo pogosta je tudi negovalna diagnoza obstipacija (8,6 %), sledijo nevarnost zadušitve (6,6 %), nevarnost za kontrakturo sklepov (6,0 %) in nevarnost aspiracije (5,0 %). Ostalih 5 negovalnih diagnoz obsega 10,2 % vseh ugotovljenih negovalnih diagnoz.

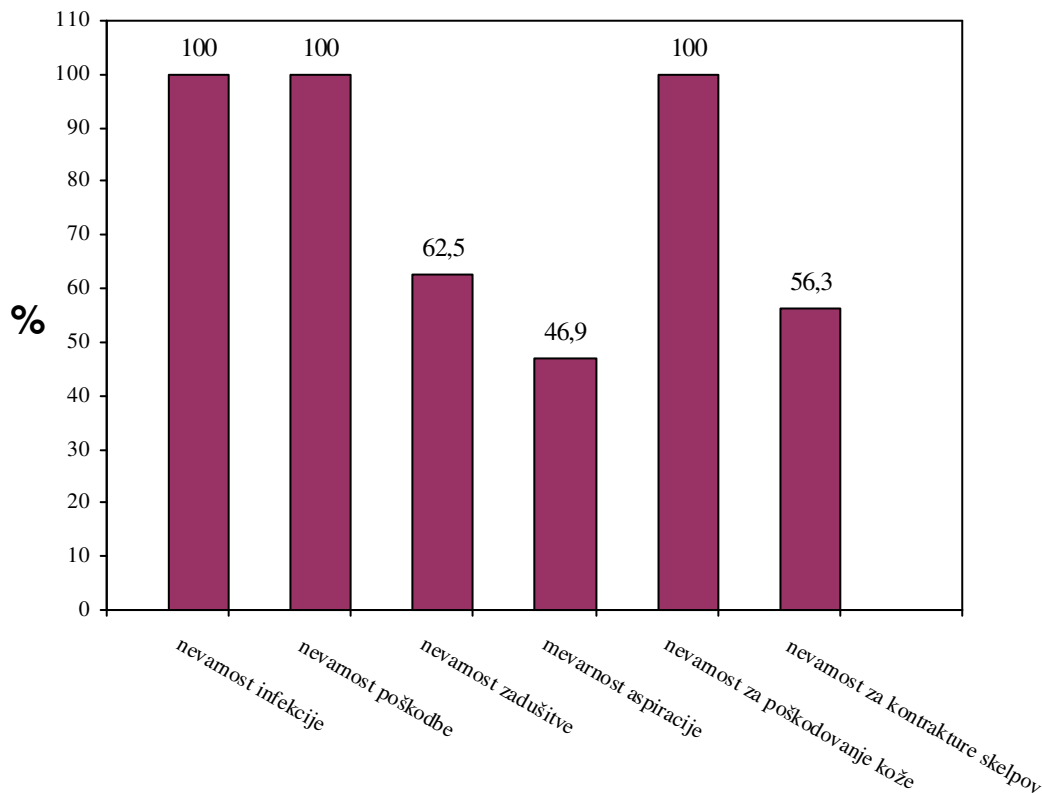
Slika 1: Deleži posameznih negovalnih diagnoz med vsemi ugotovljenimi negovalnimi diagnozami pri merjencih v raziskavi (N=32)



Najpogostejše 4 aktualne negovalne diagnoze so bile ugotovljene v več kot 80 %, popolna nezmožnost samonege IV. stopnje, popolna črevesna inkontinenca in urinska inkontinenca so bile zastopane v 100 %, negovalna diagnoza obstipacija pa v 81,3 %. Podatki so prikazani na Sliki 2.

Slika 2: Pojavnost aktualnih negovalnih diagnoz pri merjencih v raziskavi (N=32)

Slika 3 prikazuje pojavnost potencialnih negovalnih pri starejšem nepomičnem pacientu v raziskavi. V kontrolno listo potencialnih negovalnih diagnoz smo vključili 6 negovalnih diagnoz. Ugotovili smo, da so vse izbrane diagnoze pri starejšem nepomičnem pacientu v raziskavi prisotne v več kot 40 %, nevarnost infekcije, nevarnost poškodbe in nevarnost za poškodbo kože pa v 100 %.

Slika 3: Pojavnost potencialnih negovalnih diagnoz pri starejšem nepomičnem pacientu (N=32)

V Tabeli 5 je prikazana kategorizacija stanovalcev Doma Petra Uzarja Tržič in pacientov na negovalnem oddelku Bolnišnice Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v posamezno kategorijo zdravstvene nege po slovenski kategorizaciji zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Podatki za Dom starejših občanov so pridobljeni v času raziskave, podatki za negovalni oddelek pa so povzeti po Peternej in Šorli (2004), ki ugotavljata, da je bilo na negovalnem oddelku Bolnišnice Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v času njune raziskave 28,35 % pacientov razvrščenih v I., 35,57 % v II. in 36,08 % v III. kategorijo zdravstvene nege. V času izvedbe naše raziskave v Domu starejših občanov je bilo v zdravstveno nego I razvrščenih 25 %, v zdravstveno nego II 16,67 % in v zdravstveno nego III kar 58,33 % stanovalcev. V Domu starejših občanov je bilo v času raziskave nastanjenih 180 stanovalcev, na negovalnem oddelku Bolnišnice Golnik, Klinični oddelek za pljučne

bolezni in alergijo pa hospitaliziranih 22 pacientov. Iz podatkov lahko razberemo, da je v Domu starejših občanov, predvsem na račun nižjega deleža zdravstvene nege II, delež zdravstvene nege III bistveno višji kot na negovalnem oddelku.

Tabela 5: Odstotek pacientov v posamezni kategoriji zdravstvene nege v Domu starejših občanov Tržič in na negovalnem oddelku Bolnišnice Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo

Ustanova	Delež (%) pacientov v kategoriji ZN I	Delež (%) pacientov v kategoriji ZN II	Delež (%) pacientov v kategoriji ZN III
Dom starejših občanov (N=180)	25,00	16,67	58,33
Negovalni oddelek (N=22)	28,35	35,57	36,08

Vir: Peternelj in Šorli (2004)

V Tabeli 6 so prikazani podatki o številu zaposlenih v zdravstveni negi v Domu starejših občanov Tržič in na negovalnem oddelku Bolnišnice Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo. Podatki za Dom starejših občanov so pridobljeni v času raziskave, podatki za negovalni oddelek pa so povzeti po Peternelj in Šorli (2004). Iz podatkov lahko razberemo, da v Domu starejših občanov en zaposleni skrbi povprečno za 4,28 stanovalca, na negovalnem oddelku pa za 2.

Tabela 6: Število zaposlenih v zdravstveni negi v Domu starejših občanov Tržič in na negovalnem oddelku Bolnišnice Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo

Ustanova	Število diplomiranih medicinskih sester	Število zdravstvenih tehnikov	Število bolničarjev
Dom starejših občanov	2	15	25
Negovalni oddelek	2	9	0

Vir: Statistični podatki Doma Petra Uzarja Tržič (2010); Peternelj in Šorli (2004)

Poleg števila zaposlenih v posameznem raziskovalnem okolju je pomemben tudi podatek o izobrazbeni strukturi zaposlenih v zdravstveni negi. V Tabeli 7 so predstavljeni deleži o zastopanosti posameznega profila v Domu starejših občanov in na negovalnem oddelku. Ugotavljamo, da je na negovalnem oddelku bistveno višji delež

diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. V Domu starejših občanov je v najvišjem deležu zastopan profil bolničarja, ki pa v bolnišničnem okolju ni prisoten. Vsekakor je izobrazbena struktura zaposlenih na negovalnem oddelku bistveno višja kot v Domu starejših občanov.

Tabela 7: Izobrazbena struktura zaposlenih v zdravstveni negi v Domu starejših občanov Tržič in na negovalnem oddelku Bolnišnice Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo

Ustanova	Delež (%) diplomiranih medicinskih sester	Delež (%) zdravstvenih tehnikov	Delež (%) bolničarjev
Dom starejših občanov	4,76	35,71	59,53
Negovalni oddelek	18,18	81,82	0

Vir: Statistični podatki Doma Petra Uzarja Tržič (2010); Peternelj in Šorli (2004)

3.5. RAZPRAVA

Z raziskavo, ki je bila izvedena v Domu starejših občanov Tržič, smo poskušali prikazati, katere negovalne diagnoze so najbolj pogoste pri starejšem nepomičnem pacientu. Po pregledu literature nismo uspeli pridobiti podatkov o pogostosti oziroma prisotnosti negovalnih diagnoz pri starejših nepomičnih pacientih v drugih socialnovarstvenih ustanovah ali na negovalnih oddelkih, pridobili pa smo podatke o najpogostejših negovalnih diagnozah pri starejših pacientih, hospitaliziranih na kličnih oddelkih in intenzivnih enotah brazilskih bolnišnic (Almeida idr., 2008; Lucena in Barros, 2006).

Ugotovili smo, da je bilo povprečno pri posameznem starejšem nepomičnem pacientu ugotovljenih 9,5 negovalnih diagnoz. Na kliničnih oddelkih brazilskih bolnišnic so diagnosticirali povprečno 4 negovalne diagnoze (Almeida idr, 2008), v intenzivnih enotah pa 6,9 negovalnih diagnoz na enega pacienta (Lucena in Barros, 2006).

Z raziskavo smo ugotovili, da so najpogosteje prisotne negovalne diagnoze pri nepomičnem starejšem pacientu v Domu starejših občanov: popolna nezmožnost samonege IV. stopnje, popolna urinska inkontinenca, črevesna inkontinenca, nevarnost infekcije, nevarnost poškodbe in nevarnost za poškodovanje kože. Vseh šest negovalnih

diagnoz je bilo prisotnih pri vseh 32 starejših nepomičnih pacientih. Almeida idr. (2008) ugotavljajo, da so pri pacientih, hospitaliziranih na kliničnih oddelkih brazilskih bolnišnic, najpogosteje prisotne 4 negovalne diagnoze: zmanjšana sposobnost za samonego, natančneje zmanjšana zmožnost za samostojno osebno higieno, neuravnovešena prehrana – manj kot telo potrebuje, nevarnost infekcije in neučinkoviti vzorci dihanja. Lucena in Barros (2006) sta v svoji raziskavi pri pacientih sprejetih v intenzivne enote ugotovili 6 najpogostejših negovalnih diagnoz: zmanjšana zmožnost za samostojno osebno higieno, nevarnost infekcije, nepopolna telesna mobilnost, neučinkoviti vzorci dihanja, nepopolna spontana ventilacija in nevarnost za poškodovanje kože. Iz pridobljenih podatkov lahko povzamemo, da je vsem raziskovalnim okoljem skupna prva najpogostejša negovalna diagnoza, ki se nanaša na pacientovo sposobnost samooskrbe, pri čemer pa ne gre prezreti dejstva, da je pri vseh starejših nepomičnih pacientih v domu starejših občanov le-ta okrnjena popolnoma, medtem ko je pri hospitaliziranih pacientih sposobnost samooskrbe zmanjšana. V obeh raziskavah smo ugotovili skupno negovalno diagnozo nevarnost infekcije, v intenzivni enoti in domu starejših občanov pa tudi nevarnost poškodovanja kože. Prav tako je v intenzivnih enotah na tretjem mestu po pogostnosti negovalne diagnoza nepopolna telesna mobilnost, pri čemer stopnja ni specificirana. V naši raziskavi je bila nepopolna telesna mobilnost v postelji IV. stopnje vključujoč kriterij.

Tri od šestih negovalnih diagnoz, ki so najpogostejše pri starejšem nepomičnem pacientu v Domu starejših občanov, so aktualne in tri negovalne diagnoze so potencialne. Tudi Lucena in Barros (2006) sta ugotovili, da sta med najpogostejšimi šestimi negovalnimi diagnozami pri pacientih, sprejetih v intenzivne enote brazilskih bolnišnic, dve negovalni diagnozi potencialni. Pridobljeni podatki nakazujejo na to, da je poleg skrbi za povrnitev zdravja v obeh raziskovalnih okoljih pomembna tudi skrb medicinskih sester za ohranjanje zdravja in preprečevanje negativnih posledic hospitalizacije ali institucionalizacije. Mogoče je ta vidik dela medicinskih sester še bolj izražen v Domu starejših občanov, kjer so starejši nepomični pacienti nastanjeni veliko daljši čas kot v bolnišnicah, tako negativne posledice njihovih nediagnosticiranih problemov postanejo in ostanejo tudi problem zaposlenih v zdravstveni negi.

Med prvimi šestimi najpogostejšimi negovalnimi diagnozami so bile štiri prisotne v obeh raziskovalnih okoljih, povprečno pa je bilo v Domu starejših občanov ugotovljenih celo več negovalnih diagnoz na posameznega merjenca kot v intenzivni enoti. Na kliničnih oddelkih bolnišnic je bilo povprečno ugotovljenih več kot pol manj negovalnih diagnoz kot v Domu starejših občanov.

Pomemben dejavnik, ki nam lahko pomaga pri primerjavi zahtevnosti zdravstvene nege med domovi za starejše občane in bolnišnicami, je kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege. S pomočjo te lahko Dom starejših občanov primerjamo z negovalnim oddelkom v bolnišnici. Za realnejšo primerjavo smo stanovalce v Domu starejših občanov razvrstili v posamezne kategorije zdravstvene nege po Slovenski kategorizaciji zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Iz ugotovljenih podatkov lahko razberemo, da je v Domu starejših občanov delež zdravstvene nege III višji kot na negovalnem oddelku.

Razpolagamo tudi s podatkom, da je v Domu starejših občanov glede na število stanovalcev zaposlenih bistveno manj izvajalcev zdravstvene nege kot na negovalnem oddelku. Tako en zaposleni v Domu starejših občanov povprečno skrbi za 2-krat več stanovalcev kot na negovalnem oddelku. Pomemben podatek je tudi izobrazbena struktura zaposlenih v posameznem raziskovalnem okolju. Ugotavljamo, da je le-ta bistveno nižja v Domu starejših občanov kot na negovalnem oddelku, kar je lahko zelo pomemben dejavnik pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege.

Na podlagi kategorizacije zahtevnosti zdravstvene nege ugotavljamo, da je zahtevnost zdravstvene nege v domu starejših občanov primerljiva z zahtevnostjo na negovalnem oddelku bolnišnice, vsekakor pa niso primerljivi kadrovske pogoji obeh okolij.

Ugotovitev naše raziskave ne moremo posploševati. Vzorec merjencev je bil neslučajni, namenski, raziskava je bila izvedena v eni socialnovarstveni ustanovi. Da bi pridobili verodostojne podatke, bi bilo potrebno raziskavo razširiti, tako po obsegu raziskovanih negovalnih diagnoz kot tudi na več domov za starejše občane in tudi na negovalne oddelke bolnišnic. Potrebna bi bila tudi primerjava kadrovskega normativov in virov financiranja med negovalnimi oddelki in domovi starejših občanov. V izjavi za javnost Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2010) je navedeno, da izvajalci

institucionalnega varstva res sodijo na področje socialnega varstva, kar pa ne pomeni, da se v domovih za starejše občane ne izvaja kakovostna zdravstvena nega. Zato je podcenjujoči odnos do tega pomembnega dela zdravstvenega področja nesprejemljiv. Prav tako se razkorak med različnimi vključenimi sektorji v nasprotju s potrebami in pričakovanji povečuje; na ta način postaja situacija za izvajalce institucionalnega varstva starejših nevzdržna. Na sistemskem nivoju bi bilo zato nujno zagotoviti financiranje, standarde in pogoje za izvajanje zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih ter povezati področje oskrbe, sociale, zdravstvene nege in rehabilitacije (Koprivnikar, 2010).

4. ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo želeli opozoriti na to, da je zahtevnost zdravstvene nege v domu starejših občanov primerljiva ali celo presega zahtevnost zdravstvene nege na negovalnem oddelku bolnišnice, ob tem da se materialni in kadrovski pogoji za delo pri obeh močno razlikujejo in so v bolnišničnem okolju bistveno boljši.

Glede na demografske napovedi, ki predvidevajo intenzivno staranje populacije v naslednjih desetletjih, so naše ugotovitve zaskrbljujoče. V družbi, ki naj bi bila demokratična in socialna, je pričakovati, da bo za generacijo, ki jo je gradila, primerno poskrbljeno, žal pa se soočamo z boji med različnimi vladnimi resorji, ki urejajo isto področje in katerih cilj je očitno samo prevlada enega nad drugim. Ob tem pozabljajo, da so predmet njihovih bojev ljudje. V zadnjih nekaj desetletjih so domovi za starejše občane dosegli velik napredek na področju zdravstvene nege. Ob vlaganju velikih naporov v to so pozabili ali pa jim je zmanjkalo energije, da bi svoje dobro delo pokazali navzven. Premalo je raziskav, ki bi pokazale, da je zdravstvena nega v domovih za starejše občane zelo zahtevna, a kljub temu kakovostna.

5. LITERATURA

Accetto B. Starost in staranje – osnove medicinske gerontologije. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1987.

Alfaro-LaFevre R. Applying nursing process-a tool for critical thinking. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.

Almeida MA, Aliti GB, Franzen E, Thome EGR, Unicovsky MR, Rabelo ER, et al. Prevalent nursing diagnoses and interventions in the hospitalized elder care. Rev Lat Am Enfermagem 2008; 16(4): 707-11. Dostopno na: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=en (30.03.2010).

Chadwick M. Providing excellent service for those with mobility impairment. Nursing & Residential Care 2010; 12(6): 278-82. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=112&sid=993d8212-a4f6-4f67-8637-1d6cb3649923%40sessionmgr113> (25.08.2010).

Černivec J. Razmejitev zdravstvene nege in oskrbe da ali ne. In: Leskovic L. ed. Zdravstvena nega in oskrba starostnika – 26. strokovno srečanje; 2010 Mar 25–26; Dolenjske toplice, Slovenija. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 2010: 31–5.

Dom Petra Uzarja Tržič. Statistični podatki [interno gradivo]. Tržič: Dom Petra Uzarja Tržič; 2010.

Fletcher K. Immobility: geriatric self-learning module. Medsurg nursing 2005; 14(1): 35–7. Dostopno na: <http://baze.vszn-je.si:2058/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=9&sid=8682f534-b7b6-4fbd-8392-8c1a617024ec%40sessionmgr15&vid=4> (10.03.2011).

Giannakouris K. Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Eurostat 2008; 72. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF (19.05.2010).

Gordon M. Negovalne diagnoze – priročnik. Maribor: Rogina; 2003.

Gordon M. NANDA klasifikacija II. Obzor Zdr N 2002; 36(4): 227–35.

Hojnik-Zupanc I. Dodajmo življenje letom. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije; 1997.

Hur HK, Park SM, Kim SS, Storey MJ, Kim GY. Activity intolerance and impaired physical mobility in elders. Int J Nurs Terminol Classif 2005; 16(3–4): 47–53. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&hid=10&sid=c78177f9-17b2-4c9a-baaa-f5c185bb0f19%40sessionmgr10> (19.05.2010).

Kek D, Hrovat A, Leskovic L. Obravnava starostnikov z okužbo v domu za starejše občane z vidika zdravstvene nege. In: Beovič B, Strle F, Tomažič J, eds. Okužbe pri starostnikih: novosti. Infektološki simpozij; 2010 Mar 26–27; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF; 2010: 167–73.

Klančnik Gruden M, Bitenc N, Vujica R, Medvešček Smrekar M, Jaklič A. Education of nurses in the application of nursing diagnoses, aims and interventions in clinical practice. In: Oud N, Sermeus W, Ehnfors M, eds. Documenting Nursing Care. 5th European Conference of ACENDIO; 2005, Apr 7–9; Bled, Slovenija. Bern: Verlag Hans Huber; 2005: 97–104

Klemenc D. Skrb v zdravstveni negi ali zdravstvena nega v (o)skrbi. *Obz Zdr N* 2003; 37(2): 99–106.

Kneafsy R. A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence. *Journal of Nursing & Healthcare of chronic illnesses* 2007; 16(11c): 325-40. Dostopno na: <http://baze.vszn-si.si:2058/ehost/resultsadvanced?hid=8&sid=881d8fcd-cf36-49f8-a08c-655a9044055c%40sessionmgr13&vid=3&bquery=%28a+systematic+review+of+nursing+contributions+to+mobility+rehabilitation%3a+examining+the+quality+AND+content+of+the+evidence%29&bdata=JmRiPwM4aCZkYj1jbWVkbSZsYW5nPXNsJnR5cGU9MSZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d> (08.03.2011).

Kogoj A. Patologija staranja. In: Smrkolj V, Komadina R, eds. *Gerontološka travmatologija*. Celje: Grafika Gracer; 2004; 21–7.

Koprivnikar B. Financiranje zdravstvene nege v domovih. Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2010. Dostopno na: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=1694E17F> (26.11.2010).

Leskovic L. Aktualna problematika na področju varstva starejših. In: Tršek J, ed. *Sodobni pristopi obravnave dementnih oseb v socialnih zavodih – 15. strokovno srečanje strokovne sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih*; 2004 Apr 13–14; Bled, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2004: 5–10.

Lucena AF, Barros AL. Nursing diagnoses in a Brazilian intensive care unit. *Int J Nurs Terminol Classif* 2006; 17(3): 139-46. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=10&sid=c78177f9-17b2-4c9a-baaa-f5c185bb0f19%40sessionmgr10> (19.05.2010).

Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif* 2009; 20(1): 9–15. Dostopno na:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=10&sid=c78177f9-17b2-4c9a-baaa-f5c185bb0f19%40sessionmgr10> (10.09.2010).

Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions and outcomes implementation study. *Int J Nurs Terminol Classif* 2007; 18 (1): 5–16. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=10&sid=c78177f9-17b2-4c9a-baaa-f5c185bb0f19%40sessionmgr10> (10.09.2010).

Pavčič Trškan B. Developing professional language and current dilemmas. In: Oud N, Sermeus W, Ehnfors M, eds. *Documenting Nursing Care. 5th European Conference of ACENDIO*; 2005, Apr 7–9; Bled, Slovenija. Bern: Verlag Hans Huber; 2005: 18–23.

Peternelj A, Šorli J. Neakutna obravnava-nepogrešljiv del v celostni zdravstveni oskrbi. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 743–8.

Poredoš P. Zdravstveni problemi starostnikov. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 753–6.

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih ustanov. Uradni list Republike Slovenije št. 25/2010.

Priročnik Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (verzija 3). Stalna delovna skupina RSKZN za Slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Ljubljana, 2010.

Ramovš J. Specifika potreb in oskrbe starih ljudi s stališča socialnega dela. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 72–30.

Reed J, Robbins I. Models of nursing: their relevance to the care of elderly people. *Journal of advanced nursing* 1991; 16: 1350-7. Dostopno na: <http://baze.vszn-je.si:2058/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=9&sid=8682f534-b7b6-4fbd-8392-8c1a617024ec%40sessionmgr15&vid=5> (10.03.2011).

Ribarič S. Patologija staranja. In: Smrkolj V, Komadina R, eds. Gerontološka travmatologija. Celje: Grafika Gracer; 2004; 21–7.

Roš A. Negovalne diagnoze pri obravnavi bolnikov z arterijsko hipertenzijo. In: Dolenc P, ed. Zbornik – 14. strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo; 2005, Nov 24–26; Portorož, Slovenija. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo; 2005: 131–5.

Rush KL, Ouellet LL. Mobility: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18: 486–92. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=10&sid=dc79d4ac-41de-447c-aa1b-b1b3b7701d17%40sessionmgr14> (03.09.2010).

Skela Savič B, Zorc J, Hvalič Touzery S. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N* 2010; 44(2): 89-100.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Splošno o domovih in posebnih zavodih. Dostopno na: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=2361E17F> (19.05.2010).

Statistični urad Republike Slovenije. Demografsko socialno področje – prebivalstvo. Dostopno na: http://www.stat.si/tema_demografsko_prebivalstvo.asp (23.03.2010).

Suša M. Staranje prebivalstva v Evropski uniji [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2005.

Ščavničar E. Negovalna diagnoza. *Obzor Zdr N* 1998; 32(3–4): 167–72.

Ščavničar E. Negovalna diagnoza pri starostniku, ki ima sladkorno bolezen. *Obzor Zdr N* 2005; 39(2): 111–7.

Špilič V, Kadiš D. Psihosocialni vidik staranja. *Socialno delo* 2002; 41: 295–300

Tomažič N, Peternelj O. Organiziranje služb za pomoč starostnikom na domu v občini Koper [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 1998.

Troha – Jurekovič D. Preventiva staranja in demenca. In: Tršek J, ed. Sodobni pristopi obravnave dementnih oseb v socialnih zavodih – 15. strokovno srečanje strokovne sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 2004 Apr 1–14; Bled, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2004: 11–4.

Turunen-Olsson P, Gardulf A. Nurses and head nurses views of nursing diagnoses at a geriatric clinic. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=10&sid=dc79d4ac-41de-447c-aa1b-b1b3b7701d17%40sessionmgr14> (03.09.2010).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Področni dogovor za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje za pogodbeno leto 2008. Dostopno na: <http://www.zzzs.si/egradiva> (05.08.2010).

Zegelin A. Tired down - the process of becoming bedridden through gradual local confinement. Journal of Clinical Nursing 2008; 17: 2294–301. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=119&sid=723eef91-76a2-446f-8fde-ddcf1d666acb%40sessionmgr104> (20.08.2010).

6. PRILOGE

6.1. KONTROLNA LISTA

POTENCIALNA ND	DEJAVNIKI TVEGANJA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
nevarnost infekcije	zvišana ogroženost inf. s pat. organizmi iz okolja																																				
	okvara kože																																				
	zastoj telesnih tekočin ali izločkov																																				
	kronična obolenja																																				
nevarnost poškodbe	oslabiljeno senzorično področje																																				
	izgubljen občutek percepcije																																				
	nezmožnost uporabe klicne naprave																																				
	neprimeren položaj v postelji																																				
nevarnost zadušitve	motnje občutenja ob požiranju																																				
	motnje v kognitivnih procesih																																				
	slabša mobilnost																																				
	preobilni zalogaji hrane v ustih																																				
nevarnost aspiracije	nepopolno požiranje																																				
	zmanjšana stopnja zavesti																																				
	slabši požiralni refleks in izkašljevanje																																				
	hranjenje po cevki																																				
nevarnost za poškodovanje kože	nesposobnost samostojne menjave položaja v postelji																																				
	prisotnost sekretov na koži																																				
	motnje v zaznavanju																																				
	zmanjšana odpornost																																				
nevarnost za kontrakturo sklepov	izguba nadzora mišic																																				
	dolgotrajna upognjenost sklepov																																				
	spastičnost																																				
	nenormalen položaj telesa zaradi spoznavnih motenj																																				

ND – negovalna diagnoza

X – prisotna diagnoza