

ZDRAVSTVENA NEGA

Učno gradivo za pripravo na strokovni izpit Strokovne vsebine poklicnega področja za tehnika/tehnicu zdravstvene nege

Dopolnjena različica. Gradivo pokriva teoretične osnove stroke, proces zdravstvene nege, vseh 14 temeljnih življenjskih aktivnosti po Virginii Henderson, osnovne negovalne postopke, preprečevanje zapletov in okužb, dokumentiranje, komunikacijo ter etiko. Vsebina je predelana in strnjena v lastnih besedah po vzoru standardne strokovne literature (npr. Hajdinjak in Meglič, Sodobna zdravstvena nega; Henderson, Osnovna načela zdravstvene nege) in izpitnega kataloga za predmet zdravstvena nega. Praktičnih negovalnih postopkov to gradivo ne nadomešča – tiste je treba obvezno dodatno vaditi pod mentorstvom.

Kazalo tem

1. Teoretične osnove zdravstvene nege
2. Proces zdravstvene nege
3. 14 temeljnih življenjskih aktivnosti – pregled
4. Aktivnosti 10–14 po Henderson – kratek pregled
5. Dihanje in krvni obtok
6. Prehranjevanje in pitje
7. Izločanje in odvajanje
8. Gibanje in ustrezna lega
9. Oblačenje in slačenje
10. Spanje in počitek
11. Osebna higiena in urejenost
12. Vzdrževanje normalne telesne temperature
13. Izogibanje nevarnostim v okolju – varnost pacienta
14. Preprečevanje razjed zaradi pritiska
15. Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom
16. Merjenje vitalnih znakov in ocena bolečine
17. Dajanje zdravil in aplikacija injekcij
18. Odvzem vzorcev in priprava na diagnostične posege
19. Oskrba ran in osnove previjanja
20. Komunikacija in terapevtski odnos
21. Zdravstvena vzgoja pacienta
22. Zdravstvena nega posebnih skupin pacientov
23. Paliativna oskrba in nega umirajočega
24. Dokumentiranje v zdravstveni negi
25. Kakovost in standardi v zdravstveni negi

- 26. Etika in poklicna drža v zdravstveni negi
- 27. Slovarček ključnih pojmov in kratic
- 28. Praktični povzetek – hitri pregled ključnih pojmov
- 29. Vprašanja za samopreverjanje
- 30. Viri za nadaljnje učenje

1. Teoretične osnove zdravstvene nege

1.1 Kaj je zdravstvena nega

Zdravstvena nega je veja zdravstvene dejavnosti, ki pomaga posamezniku, družini in skupnosti pri doseganju, ohranjanju ali povrnitvi optimalnega zdravja in funkcioniranja oziroma pri mirni smrti. Osredotoča se na odziv posameznika na trenutne ali morebitne zdravstvene težave, ne le na bolezen samo.

1.2 Virginia Henderson in definicija zdravstvene nege

Virginia Henderson je zdravstveno nego opredelila kot pomoč posamezniku, bolnemu ali zdravemu, pri opravljanju aktivnosti, ki prispevajo k zdravju ali okrevanju (ali mirni smrti), ki bi jih opravljal sam, če bi imel za to potrebno moč, voljo in znanje – in to na način, da mu pomagamo čim prej postati neodvisen.

i Pogosto na izpitu: **dobesedna oziroma vsebinsko natančna opredelitev zdravstvene nege po Henderson je eno najpogostejše vprašanih definicijskih vprašanj – velja si jo zapomniti določeno.**

1.3 Temeljni koncepti v teoriji Henderson

Koncept	Bistvo
Človek	Psihofizična in socialna celota, ki si prizadeva ohranяти ravnotežje; obravnavan skupaj z družino
Zdravje	Kakovost življenja, povezana z neodvisnostjo pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti
Okolje	Zunanji dejavniki in okoliščine, ki vplivajo na življenje in razvoj posameznika
Zdravstvena nega	Pomoč pri zadovoljevanju 14 temeljnih življenjskih aktivnosti, usmerjena v čim prejšnjo neodvisnost pacienta

1.4 Druge pomembne teoretičarke (kratek pregled)

- Nancy Roper – model življenja, temeljen na temeljnih življenjskih aktivnostih in kontinuumu odvisnost–neodvisnost.
- Callista Roy – adaptacijski model (samopodoba, fiziološke potrebe, funkcija vlog, medsebojna odvisnost).
- Hildegard Peplau – model medosebnih odnosov (faze: orientacija, identifikacija, izkoriščanje/interakcija, razrešitev); poudarek na terapevtskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom.
- Abraham Maslow (ni teoretičarka zdravstvene nege, a njegova hierarhija potreb se pogosto uporablja): fiziološke potrebe, potreba po varnosti, po pripadnosti in ljubezni, po ugledu/spoštovanju, po samouresničevanju.

2. Proces zdravstvene nege

Procesna metoda dela je sistematičen, na znanju utemeljen pristop k reševanju pacientovih zdravstvenih problemov. Poteka v petih med seboj povezanih fazah, ki se med obravnavo pacienta nenehno ponavljajo (ciklično).

Faza	Vsebina
1. Ocenjevanje (negovalna anamneza)	Zbiranje podatkov o pacientu (intervju, opazovanje, meritve, dokumentacija, pogovor s svojci) glede na 14 temeljnih življenjskih aktivnosti
2. Negovalna diagnoza	Strokovna presoja medicinske sestre o pacientovem dejanskem ali potencialnem odzivu na zdravstveno stanje oziroma življenjski proces
3. Načrtovanje	Določitev prednostnih nalog, ciljev zdravstvene nege in načrtovanih intervencij
4. Izvajanje	Dejansko izvajanje načrtovanih negovalnih intervencij
5. Vrednotenje	Primerjava doseženega stanja z zastavljenimi cilji in po potrebi prilagoditev načrta

i Pogosto na izpitu: naštej pet faz procesa zdravstvene nege po pravilnem vrstnem redu in na kratko opiši eno od njih.

2.1 Viri podatkov pri ocenjevanju

- Primarni vir: pacient sam.
- Sekundarni viri: družina/svojci, zdravstvena dokumentacija, drugi člani negovalnega/zdravstvenega tima, izvidi meritev in preiskav.

2.2 Tehnike zbiranja podatkov

- Intervju (negovalna anamneza) – uporaba odprtih vprašanj (»Povejte mi ...«, »Opišite ...«), izogibanje sugestivnim vprašanjem.
- Opazovanje – npr. videz kože, drža, izraz obraza, način dihanja.
- Meritve – vitalni znaki, telesna teža, bilanca tekočin.
- Pregled dokumentacije.

2.3 Kolaborativni problem

Kolaborativni problem je stanje, pri katerem medicinska sestra sodeluje z drugimi člani zdravstvenega tima (npr. z zdravnikom) – v nasprotju z negovalno diagnozo, ki jo medicinska sestra rešuje samostojno.

3. 14 temeljnih življenjskih aktivnosti – pregled

Virginia Henderson je opredelila 14 temeljnih (osnovnih) življenjskih aktivnosti, ki jih zadovoljuje vsak človek, zdrav ali bolan. Zdravstvena nega pacientu pri tem pomaga v obsegu, kolikor sam tega ne zmore.

Št.	Temeljna življenjska aktivnost
1	Dihanje in krvni obtok
2	Prehranjevanje in pitje
3	Izločanje in odvajanje
4	Gibanje in ustrezna lega
5	Spanje in počitek
6	Oblačenje in slačenje
7	Vzdrževanje normalne telesne temperature
8	Osebna higiena in urejenost telesa
9	Izogibanje nevarnostim v okolju – skrb za varnost
10	Komunikacija, odnosi z ljudmi, izražanje čustev in potreb
11	Izražanje verskih/duhovnih potreb in vrednot
12	Koristno delo in ustvarjalna zaposlitev
13	Razvedrilo in rekreacija
14	Učenje in pridobivanje znanja za zdrav način življenja

V nadaljevanju so vse aktivnosti obravnavane: aktivnosti 1–9 vsaka v svojem poglavju, aktivnosti 10–14 pa strnjeno v naslednjem poglavju, saj so na izpitu praviloma vprašane bolj na splošno.

i Pogosto na izpitu: naštetih vseh 14 aktivnosti po vrstnem redu ali vsaj osem od štirinajstih na pamet – to je eno najbolj klasičnih vprašanj pri tem predmetu.

4. Aktivnosti 10–14 po Henderson – kratek pregled

4.1 Aktivnost 10 – Komunikacija, odnosi z ljudmi, izražanje čustev in potreb

Zajema pacientovo zmožnost sporazumevanja (govorno, pisno, neverbalno), vzpostavljanja in ohranjanja odnosov ter izražanja čustev, strahov in potreb. Zdravstveni tehnik oceni morebitne ovire (jezikovne, senzorne, kognitivne) in prilagodi način komunikacije. Podrobneje je ta aktivnost obravnavana v poglavju o komunikaciji in terapevtskem odnosu.

4.2 Aktivnost 11 – Izražanje verskih/duhovnih potreb in vrednot

Vključuje spoštovanje pacientovih verskih prepričanj, duhovnih potreb in osebnih vrednot, tudi kadar se razlikujejo od prepričanj zdravstvenega osebja. V praksi to pomeni npr. omogočanje obiska duhovnika, upoštevanje verskih prehranskih omejitev in prilagoditev nege ob koncu življenja (glej poglavje o paliativni oskrbi).

4.3 Aktivnost 12 – Koristno delo in ustvarjalna zaposlitev

Nanaša se na pacientovo potrebo po občutku koristnosti in izpolnjenosti – pri hospitaliziranem ali kronično bolnem pacientu je ta aktivnost pogosto okrnjena (izguba delovne vloge, občutek nekoristnosti). Zdravstvena nega lahko pomaga z vključevanjem pacienta v manjše, njemu smiselne aktivnosti, kolikor to dopušča njegovo stanje.

4.4 Aktivnost 13 – Razvedrilo in rekreacija

Potreba po sprostitvi in razvedrilu ostaja tudi med boleznijo ali hospitalizacijo. Ustrezne oblike razvedrila (branje, glasba, druženje, sprehodi, kadar so zmožnosti pacienta to dopuščajo) pripomorejo k psihičnemu počutju in lahko pospešijo okrevanje.

4.5 Aktivnost 14 – Učenje in pridobivanje znanja za zdrav način življenja

Gre za pacientovo sposobnost in željo po učenju o svojem zdravstvenem stanju in zdravem načinu življenja. Ta aktivnost je tesno povezana z zdravstveno vzgojo pacienta, ki je podrobneje obravnavana v posebnem poglavju.

 Pogosto na izpitu: kandidati pogosto znajo podrobno le aktivnosti 1–9, aktivnosti 10–14 pa pozabijo popolnoma – komisija rada preveri ravno te.

5. Dihanje in krvni obtok

5.1 Ocenjevanje

- Frekvenca, globina, ritem in simetrija dihanja; barva kože in sluznic (cianoza); položaj, ki pacientu olajša dihanje (npr. ortopneja – sedeč položaj).
- Utrip (frekvenca, ritem, polnjenost), krvni tlak, kapilarni povratek.

5.2 Pogoste negovalne intervencije

- Namestitev pacienta v položaj, ki olajša dihanje (dvignjeno vzglavje, Fowlerjev položaj).
- Aplikacija kisika po naročilu zdravnika in nadzor nasičenosti krvi s kisikom (pulzna oksimetrija).
- Spodbujanje globokega dihanja in izkašljevanja, dihalne vaje, zgodnja mobilizacija za preprečevanje zapletov (npr. pljučnice).
- Aspiracija dihalnih poti pri pacientu, ki izločkov ne zmore izkašljati sam.

6. Prehranjevanje in pitje

6.1 Ocenjevanje prehranjenosti

- Telesna teža, indeks telesne mase (ITM), presejalni testi podhranjenosti (npr. NRS 2002), apetit, zobovje, požiranje.
- Beleženje zaužite hrane in tekočine, bilanca tekočin (vnos in izločanje).

6.2 Načini hranjenja

Način	Kdaj se uporablja
Peroralno (per os)	Pacient je sposoben požirati sam ali s pomočjo
Enteralno (npr. po nazogastrični sondi, PEG)	Prebavni trakt deluje, a pacient ne more/sme uživati hrane skozi usta
Parenteralno	Prebavni trakt ne deluje ali ni dostopen – hranila se dovajajo neposredno v žilni sistem

6.3 Pogosti zapleti in motnje hranjenja

- Disfagija (motnje požiranja) – tveganje za aspiracijo; potrebno prilagajanje gostote hrane in tekočin, počasno hranjenje, pokončen položaj med hranjenjem in po njem.
- Slabost, bruhanje, driska, zaprtost – vplivajo na izbiro in način prehrane.
- Podhranjenost in dehidracija pri starostnikih – pogosto podcenjena, zahteva redno spremljanje.

6.4 Vloga tehnika zdravstvene nege

- Ocena stopnje samostojnosti pri hranjenju in ustrezna pomoč (spodbuda, delna ali popolna pomoč pri hranjenju).
- Zagotavljanje primerne položaja med hranjenjem, spremljanje morebitnih znakov aspiracije.
- Merjenje in beleženje bilance tekočin.

7. Izločanje in odvajanje

7.1 Dejavniki, ki vplivajo na izločanje

Biofiziološki (prehrana, gibanje, delovanje živčevja), psihični (stres, tesnoba), sociokulturni (sram, zadržanost) in dejavniki okolja (bolnišnično okolje, pomanjkanje zasebnosti).

7.2 Negovalni cilji in intervencije

- Zagotoviti zasebnost in dostojanstvo pacienta pri izločanju (zapore vrat, zaves, obzirnost).
- Pomoč pri hoji do sanitarij ali uporaba pripomočkov (sanitarni voziček, plenica, urinska steklenica, bolnišnična posoda).
- Anogenitalna nega po izločanju, umivanje rok, zračenje prostora.
- Opazovanje in beleženje značilnosti izločkov (barva, količina, konsistenca, primesi) ter opozarjanje na odstopanja (npr. kri v blatu ali urinu, zaprtost, driska).

7.3 Kateter in stoma – osnove

- Urinski kateter: uvaja ga usposobljeno osebje po naročilu; tehnik zdravstvene nege skrbi za nego katetra, opazovanje diureze in preprečevanje okužb sečil, povezanih s katetrom.
- Stoma (npr. kolostoma): nega kože okoli stome, menjava vrečke, opazovanje videza sluznice in izločka, psihična podpora pacientu.

8. Gibanje in ustrezna lega

8.1 Pomen gibanja

Gibanje ohranja mišični tonus, preprečuje kontrakture, izboljšuje cirkulacijo in dihanje ter zmanjšuje tveganje za nastanek razjed zaradi pritiska in trombozo globokih ven.

8.2 Osnovni položaji pacienta v postelji

Položaj	Uporaba
Hrbtni (supinacijski) položaj	Splošni počitek, nekateri diagnostični postopki
Fowlerjev položaj (polsedeč)	Olajša dihanje, uporaben pri srčnih/dihalnih težavah, pri hranjenju
Trendelenburgov položaj (glava nižje od nog)	Nekateri primeri šoka oz. po navodilu zdravnika
Bočni položaj	Razbremenitev hrbta/križnice, preprečevanje razjed zaradi pritiska, položaj pri nezavedi z ohranjenim dihanjem
Trebušni položaj	Razbremenitev hrbtnih predelov, pri nekaterih dihalnih stiskah

8.3 Mobilizacija in transfer pacienta

- Zgodnja mobilizacija pomembno zmanjša tveganje zapletov mirovanja (pljučnica, tromboza, razjede, zaprtost).
- Pri premikanju in dvigovanju pacienta upoštevamo načela varnega ravnanja s telesom (kinestetika, uporaba pripomočkov – dvigala, drsne podloge), da zaščitimo tako pacienta kot izvajalca.
- Redna sprememba položaja negibljivega pacienta (praviloma vsaj vsaki 2 uri) je ključni ukrep za preprečevanje razjed zaradi pritiska.

9. Oblačenje in slačenje

9.1 Pomen aktivnosti

Sposobnost samostojnega oblačenja in slačenja je pomemben pokazatelj splošne funkcionalne samostojnosti pacienta in vpliva na njegovo dostojanstvo, samopodobo ter socialno vključenost. Izguba te sposobnosti (npr. po možganski kapi, poškodbi, pri napredovali demenci) pogosto pomeni tudi izgubo samostojnosti pri drugih aktivnostih.

9.2 Ocenjevanje samostojnosti pri oblačenju

Ocenimo, ali pacient obleko izbere in obleče popolnoma sam, potrebuje le nadzor/spodbudo, delno fizično pomoč (npr. pri gumbih, zadrugi, obutvi) ali je pri oblačenju v celoti odvisen od pomoči. Upoštevamo tudi omejitve, ki jih narekuje zdravstveno stanje (npr. infuzija, mavec, operativna rana, oslabelost ene strani telesa po možganski kapi).

9.3 Negovalne intervencije

- Pri delni pomoči najprej oblečemo prizadeto/šibkejšo okončino, pri slačenju pa najprej sezujemo/slečemo zdravo stran (pravilo »prizadeto notri prvo, zdravo ven prvo«).
- Izbira oblačil, prilagojenih pacientovemu stanju (udobna, enostavna za oblačenje, primerna za morebitne pripomočke – npr. infuzijske sisteme, drenaže, mavec).
- Spoštovanje pacientove zasebnosti in osebne okusa pri izbiri oblačil, kolikor to dopuščajo okoliščine.
- Spodbujanje samostojnosti – pomagamo le pri delih, ki jih pacient resnično ne zmore sam, da ohranjamo njegove preostale sposobnosti.

10. Spanje in počitek

- Motnje spanja so v bolnišničnem okolju pogoste (hrup, luč, bolečina, tesnoba, neznano okolje).
- Negovalne intervencije: prilagoditev okolja (zmanjšanje hrupa in svetlobe ponoči), razporeditev negovalnih aktivnosti tako, da čim manj motijo nočni počitek, lajšanje bolečine in tesnobe pred spanjem, spodbujanje običajnih ritualov pred spanjem, če je mogoče.
- Pri ocenjevanju spanja povprašamo po običajnih navadah pacienta (čas, trajanje, morebitna uporaba pripomočkov za spanje) in trenutnih motnjah.

11. Osebna higiena in urejenost

11.1 Pomen osebne higiene

Osebna higiena ni le vprašanje udobja, temveč pomemben dejavnik preprečevanja okužb, ohranjanja celovitosti kože ter psihičnega počutja in dostojanstva pacienta.

11.2 Vrste izvajanja higiene glede na samostojnost pacienta

Stopnja pomoči	Opis
Samostojna higiena	Pacient higieno opravi povsem sam, ob morebitnem nadzoru
Delna pomoč	Pacient del higiene opravi sam, pri drugem delu potrebuje pomoč (npr. hrbet, noge)
Popolna pomoč – higiena v postelji	Zdravstveni tehnik izvede celotno umivanje pacienta, ki sam ni zmožen skrbeti zase

11.3 Osnovna nega ustne votline, oči, nohtov, las

- Redna ustna nega preprečuje okužbe in je posebej pomembna pri nezavestnih in intubiranih pacientih (poviša tveganje aspiracijske pljučnice, če je zanemarjena).
- Nega oči pri nezavestnem pacientu (preprečevanje izsušitve roženice), redno striženje nohtov, česanje in nega las glede na pacientovo stanje in želje.

11.4 Urejanje bolniške postelje

- Postelja mora biti čista, suha, brez gub (preprečevanje razjed zaradi pritiska), prilagojena pacientovim potrebam (npr. protidekubitusna blazina).
- Menjava posteljnine poteka po načelih asepse in ergonomije, pri negibljivem pacientu praviloma v dveh osebah.

12. Vzdrževanje normalne telesne temperature

- Zdrav človek uravnava telesno temperaturo z oblačili in izbiro okolja; bolnik je pogosto odvisen od pomoči drugih (klimatizacija, odeje, obleka).
- Merjenje telesne temperature (aksilarno, timpanično, oralno, rektalno) je del rednega spremljanja vitalnih znakov (glej poglavje o vitalnih znakih).
- Ukrepi pri povišani telesni temperaturi: razgrnitev/odstranitev odvečnih odej, zadostna hidracija, hlajenje po navodilu, spremljanje spremljajočih znakov (mrzlica, znojenje).
- Ukrepi pri podhladitvi: postopno ogrevanje, suha oblačila/odeje, topli napitki, če ni kontraindikacij.

13. Izogibanje nevarnostim v okolju – varnost pacienta

13.1 Ocena tveganja za padec

Padci so eden najpogostejših neželenih dogodkov v zdravstvenih ustanovah. Ocena tveganja upošteva starost, prejšnje padce, stanje zavesti, gibljivost, zdravila (npr. sedativi, diuretiki), pripomočke za gibanje in stanje okolja.

13.2 Preventivni ukrepi proti padcem

- Postelja v nizkem položaju, dosegljiva klicna naprava, urejeno in razsvetljeno okolje brez ovir.
- Ustrezna obutev, uporaba pripomočkov za hojo, po potrebi spremstvo pri hoji.
- Redno spremljanje pacientov s povečanim tveganjem, uporaba oznak za opozarjanje osebja (npr. barvne zapestnice).

13.3 Druge nevarnosti v bolnišničnem okolju

- Nevarnost opeklin (npr. pri vroči vodi, grelnih blazinah), zadušitve, samopoškodbe – prilagojeno pri posameznih skupinah pacientov (otroci, zmedeni starostniki, psihiatrični pacienti).
- Varno ravnanje z ostrimi predmeti (igle) in odpadki za preprečevanje poškodb osebja.

14. Preprečevanje razjed zaradi pritiska

14.1 Kaj je razjeda zaradi pritiska

Razjeda zaradi pritiska (dekubitus) je lokalizirana poškodba kože in/ali podkožnega tkiva, ki nastane zaradi pritiska ali pritiska v kombinaciji s strižnimi silami, običajno nad kostnimi izboklinami (križnica, peta, kolk, komolec).

14.2 Dejavniki tveganja

- Nepomičnost/omejena gibljivost, slaba prehranjenost, vlažnost kože (inkontinenca, znojenje), zmanjšana občutljivost, starost, spremljajoče bolezni (npr. sladkorna bolezen, žilne bolezni).
- Za oceno tveganja se uporabljajo standardizirane lestvice (npr. Bradenova lestvica).

14.3 Preventivni ukrepi

- Redna sprememba položaja negibljivega pacienta (praviloma vsaj vsaki 2 uri, po individualni oceni tveganja tudi pogosteje).
- Uporaba razbremenilnih pripomočkov (antidekubitusne blazine/vzmetnice, podloge pod pete).
- Vzdrževanje čiste in suhe kože, takojšnja nega po epizodah inkontinence.
- Zagotavljanje zadostne hidracije in beljakovinsko bogate prehrane.
- Redno opazovanje kože, zlasti nad kostnimi izboklinami, in dokumentiranje sprememb.

Razjede zaradi pritiska razvrščamo v stopnje glede na globino poškodbe (od pordelosti kože brez razjede pri I. stopnji do razgaljene kosti/mišice pri IV. stopnji) – natančno stopnjevanje in oskrbo posameznih stopenj podaja mednarodna klasifikacija (npr. EPUAP).

15. Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom

15.1 Osnovni pojmi: asepsa, antisepsa, dezinfekcija, sterilizacija

Ti štirje pojmi se na izpitu pogosto zamenjujejo, zato je pomembno razumeti razliko med njimi:

- Asepsa je celota postopkov in ukrepov, s katerimi preprečujemo vnos mikroorganizmov v sterilno področje, rano ali telo (npr. delo s sterilnim materialom na sterilnem polju).
- Antisepsa je uporaba kemičnih sredstev (antiseptikov) na živem tkivu (koža, sluznica) za zmanjšanje števila mikroorganizmov, npr. razkuževanje kože pred injekcijo.
- Dezinfekcija je postopek uničevanja bolezenskih mikroorganizmov na neživih površinah in predmetih (ne nujno spor), da se prepreči prenos okužbe.
- Sterilizacija je postopek popolnega uničenja vseh mikroorganizmov, vključno s sporami, na predmetih ali materialih (npr. kirurški instrumenti); doseže se z visoko temperaturo, paro pod pritiskom (avtoklav), plinom ali sevanjem.

i Pogosto na izpitu: jasno razlikovati asepsu, antisepsu, dezinfekcijo in sterilizacijo ter navesti primer za vsako.

15.2 Osnovna načela asepse in standardni ukrepi

- Higiena rok je najpomembnejši in najučinkovitejši ukrep za preprečevanje prenosa okužb – izvaja se ob petih ključnih trenutkih (pred stikom s pacientom, pred čistim/aseptičnim postopkom, po stiku s telesnimi tekočinami, po stiku s pacientom, po stiku z okolico pacienta).
- Uporaba osebne varovalne opreme (rokavice, predpasnik/plašč, maska, zaščita za oči) glede na vrsto izpostavljenosti.
- Ločevanje čistega in nečistega materiala, pravilno ravnanje z odpadki in ostrimi predmeti.

15.3 Izolacija pacientov

Vrsta izolacije	Namen/primer
Kontaktna izolacija	Preprečevanje prenosa okužb, ki se širijo z neposrednim ali posrednim stikom (npr. odporni mikroorganizmi)
Kapljična izolacija	Preprečevanje prenosa okužb, ki se širijo s kapljicami ob kašljanju/kihanju (npr. gripa)
Aerogena (zračna) izolacija	Preprečevanje prenosa okužb, ki se širijo po zraku na daljše razdalje (npr. tuberkuloza)
Zaščitna (obratna) izolacija	Zaščita imunsko oslabiljenega pacienta pred okužbami iz okolja

15.4 Vloga tehnika zdravstvene nege pri preprečevanju bolnišničnih okužb

- Dosledno izvajanje higiene rok in standardnih ukrepov pri vseh pacientih, ne glede na znano okužbo.
- Pravilna nega invazivnih pripomočkov (žilni katetri, urinski katetri, drenaže) za zmanjšanje tveganja z njimi povezanih okužb.
- Prepoznavanje zgodnjih znakov okužbe (povišana telesna temperatura, rdečina, gnojenje, poslabšanje splošnega stanja) in obveščanje odgovornega zdravstvenega delavca.

16. Merjenje vitalnih znakov in ocena bolečine

Vitalni znak	Normalne vrednosti pri odraslem (orientacijsko)	Opomba
Telesna temperatura	36,1–37,2 °C (aksilarno nekoliko nižje)	Merilno mesto vpliva na vrednost (aksilarno, oralno, timpanično, rektalno)
Srčni utrip (pulz)	60–100 utripov/min	Meri se tudi ritem in polnjenost, ne le frekvenca
Frekvenca dihanja	12–20 vdihov/min	Opazujemo tudi globino, ritem, morebiten napor pri dihanju
Krvni tlak	Okvirno do 120/80 mmHg (sistolični/diastolični)	Meri se v mirovanju, na nadlahti v višini srca
Nasičenost krvi s kisikom (SpO2)	95–100 %	Meri se s pulznim oksimetrom

Vrednosti so orientacijske in se razlikujejo glede na starost, telesno pripravljenost in klinično stanje pacienta – vedno jih presojamo v kontekstu celotne klinične slike, ne izolirano.

16.1 Kdaj vitalne znake merimo pogosteje

Ob sprejemu, pred in po posegih ali dajanju določenih zdravil, pri nestabilnem pacientu, ob poslabšanju stanja ali na izrecno naročilo zdravnika.

16.2 Ocena bolečine – »peti vitalni znak«

Bolečino v sodobni zdravstveni negi obravnavamo kot peti vitalni znak, ki ga je treba redno ocenjevati in dokumentirati, saj gre za subjektivno izkušnjo, ki je ni mogoče objektivno izmeriti od zunaj.

Lestvica	Uporaba
Numerična lestvica (0–10)	Pri odraslih in mladostnikih, ki znajo oceno izraziti številčno
Vizualna analogna lestvica (VAS)	Pacient označi jakost bolečine na črti med skrajnima točkama
Lestvica z obrazi (npr. Wong-Baker)	Pri otrocih ali osebah s težavami pri besednem izražanju
Opazovalne lestvice	Pri nezavestnih, dementnih ali drugače neverbalnih pacientih (opazujemo mimiko, držo, nemir)

Bolečino ocenjujemo tudi po lokaciji, trajanju, značaju (topa, ostra, pekoča) in dejavnikih, ki jo sprožijo ali lajšajo. Po ukrepu za lajšanje bolečine (npr. analgetik) oceno ponovimo, da preverimo učinkovitost ukrepa.

16.3 Merjenje krvnega sladkorja (glukometrija)

Merjenje krvnega sladkorja s prenosnim glukometrom je eden najpogostejših negovalnih postopkov pri pacientih s sladkorno boleznijo in pri oceni nenadnih sprememb zavesti.

- Vzorec kapilarne krvi se praviloma odvzame iz stranske strani blazinice prsta, po predhodni razkužitvi in posušitvi kože (vlažen alkohol lahko popači rezultat).

- Orientacijske vrednosti krvnega sladkorja na tešče pri odraslem so približno 4,0–6,0 mmol/L; vrednosti se razlikujejo glede na laboratorij in klinično stanje.
- Rezultat vedno beležimo in ob odstopanjih (zlasti pri hipoglikemiji) takoj obvestimo odgovornega zdravstvenega delavca in ukrepamo v skladu s protokolom ustanove.

16.4 Osnove elektrokardiograma (EKG)

EKG je neinvazivna diagnostična preiskava, ki beleži električno aktivnost srca prek elektrod, nameščenih na kožo pacienta (okončine in prsni koš). Tehnik zdravstvene nege pogosto sodeluje pri pripravi pacienta in izvedbi standardnega 12-kanalnega EKG-ja.

- Priprava pacienta: pojasnilo postopka, razkritje prsnega koša, po potrebi britje mest namestitve elektrod, mirno ležanje med snemanjem.
- Pravilna namestitev elektrod na okončine in določena mesta na prsnem košu je ključna za natančnost izvida.
- Med snemanjem pacient miruje in ne govori, da se prepreči motnja zapisa (artefakt).
- Tehnik zdravstvene nege EKG posnetek praviloma ne interpretira samostojno, mora pa prepoznati očitna odstopanja (npr. zelo nepravilen ali zelo počasen/hiter ritem) in o tem takoj obvestiti zdravnika.

17. Dajanje zdravil in aplikacija injekcij

17.1 Pravilo »pravih« pri dajanju zdravil

Pri dajanju zdravil dosledno upoštevamo osnovna pravila varnosti, ki jih v praksi pogosto povzemamo kot »pravih pet« (v razširjeni obliki tudi več):

- Pravi pacient, pravo zdravilo, pravi odmerek, pravi način in mesto aplikacije, pravi čas.
- Razširjeno tudi: pravi razlog za dajanje zdravila in pravilna dokumentacija po aplikaciji.

17.2 Poti aplikacije zdravil

Pot	Primer
Peroralna	Tablete, kapsule, sirupi
Parenteralna	Injekcije (intramuskularna, subkutana, intravenska)
Transdermalna	Obliži
Rektalna/vaginalna	Čepki
Inhalacijska	Pršila, razpršilniki (npr. pri astmi)
Lokalna	Kreme, mazila, kapljice za oči/ušesa/nos

17.3 Mesta za aplikacijo injekcij (orientacijsko)

- Subkutana injekcija: nadlaket, trebuh, stegno – tanka podkožna plast.
- Intramuskularna injekcija: običajno stranski del stegna ali zgornji zunanji kvadrant zadnjice/nadlaket (deltoidna mišica), odvisno od količine zdravila in starosti pacienta.

17.4 Pogosti zapleti pri aplikaciji injekcij

Bolečina, hematoma, okužba mesta vboda, poškodba živca ali žile pri neustrezni tehniki, alergijska reakcija na zdravilo.

V okviru pristojnosti tehnika zdravstvene nege je aplikacija injekcij dovoljena skladno z izobrazbo, usposobljenostjo in navodili nadrejenega zdravstvenega delavca – natančen obseg samostojnih in po naročilu izvedenih posegov je določen z zakonodajo in internimi akti izvajalca.

18. Odvzem vzorcev in priprava na diagnostične posege

18.1 Osnovna načela pri odvzemu vzorcev

- Pravilna identifikacija pacienta, ustrezna priprava pacienta (npr. tešč odvzem krvi), pravilno označevanje vzorcev in takojšen, ustrezen transport v laboratorij.
- Upoštevanje standardnih ukrepov za preprečevanje okužb (rokavice, pravilno ravnanje z ostrimi predmeti).

18.2 Venepunkcija (odvzem venske krvi)

Venepunkcija je najpogostejši postopek odvzema krvi za laboratorijske preiskave, izveden z vbodom v periferno veno (najpogosteje v komolčni jami).

- Priprava: identifikacija pacienta, pojasnilo postopka, izbira ustreznega mesta (izogibamo se okončini z infuzijo, fistulo za dializo ali po operaciji dojke na tisti strani), namestitev podveze (staze).
- Razkuženo kožo pustimo posušiti, preden vbodemo, da preprečimo pekočo bolečino in kontaminacijo vzorca.
- Podvezo (stazo) sprostimo takoj po vzpostavitvi pretoka krvi v epruveto, praviloma pa najkasneje po eni minuti, da se izognemo popačenju rezultatov zaradi zastoja krvi.
- Po odvzemu mesto vboda pritismo s sterilnim zložencem, dokler krvavitev ne preneha, nato namestimo obliž.
- Epruvete označimo takoj ob odvzemu, ob pacientu, nikoli vnaprej ali kasneje.

i Pogosto na izpitu: zakaj podvezo sprostimo pravočasno (dolgotrajna staza popači izvide) in zakaj vzorce označujemo šele ob pacientu.

18.3 Priprava pacienta na pogoste diagnostične in terapevtske posege

- Seznanitev pacienta s potekom posega v okviru pristojnosti (podrobno pojasnilno dolžnost ima zdravnik), pridobitev sodelovanja in zmanjšanje tesnobe.
- Fizična priprava (npr. tešče stanje, praznjenje mehurja, odstranitev nakita pred slikanjem, ustrezen položaj).
- Spremljanje pacienta po posegu glede na vrsto posega (npr. mirovanje po določenih posegih, spremljanje mesta vboda).

18.4 Priprava na operativni poseg (osnove)

- Predoperativno: tešče stanje, higiena/priprava operativnega polja, odstranitev nakita in zobne proteze, preverjanje identitete in strani posega, izpraznitev mehurja.
- Pooperativno: spremljanje vitalnih znakov, bolečine, mesta posega/drenov, zgodnja mobilizacija po navodilih, preprečevanje zapletov (slabost, zaprtost, tromboza).

19. Oskrba ran in osnove previjanja

19.1 Vrste ran

- Akutne rane: operativne rane, poškodbene rane – pri pravilnem celjenju sledijo predvidljivemu poteku celjenja.
- Kronične rane: razjede zaradi pritiska, golenje razjede, diabetično stopalo – celjenje je počasnejše in zahteva dodatno obravnavo vzročnih dejavnikov.

19.2 Faze celjenja rane

Faza	Kaj se dogaja
Vnetna faza	Ustavitev krvavitve, čiščenje rane pred okužbo in odmrlim tkivom (rdečina, oteklina, toplina so normalen del te faze)
Proliferativna faza	Nastajanje novega veznega tkiva in žilic, postopno zapiranje rane
Faza zorenja (remodelacije)	Utrjevanje in preoblikovanje brazgotinskega tkiva, lahko traja mesece

19.3 Osnovna načela previjanja

- Higiena rok in uporaba zaščitnih rokavic (nesterilnih za odstranitev stare obveze, sterilnih za stik z rano, kjer je to zahtevano).
- Odstranitev stare obveze in ocena rane (velikost, globina, barva dna rane, količina in videz izločka, stanje okolne kože, znaki okužbe).
- Čiščenje rane po naročenem protokolu (npr. s fiziološko raztopino), od čistejšega proti bolj onesnaženemu delu.
- Namestitev ustreznega obliža/obveze glede na fazo celjenja in količino izločka.
- Dokumentiranje videza rane in izvedenega postopka.

19.4 Znaki okužbe rane

Povečana rdečina in oteklina okolice, lokalna toplina, gnojni ali smrdeč izloček, povečana bolečina, morebitna povišana telesna temperatura – ob teh znakih obvestimo odgovornega zdravstvenega delavca.

20. Komunikacija in terapevtski odnos

20.1 Terapevtska komunikacija

Terapevtski odnos temelji na empatiji, zaupanju, partnerskem sodelovanju in spoštovanju zasebnosti (tajnosti) pacienta. Peplau je opisala fazni potek odnosa: orientacija, identifikacija, izkoriščanje (aktivno sodelovanje) in razrešitev.

20.2 Tehnike učinkovite komunikacije

- Uporaba odprtih vprašanj (»Povejte mi, kako se počutite«) namesto zaprtih ali sugestivnih vprašanj.
- Aktivno poslušanje, potrjevanje razumetega, opazovanje neverbalnih znakov.
- Razlaga postopkov v pacientu razumljivem jeziku, znotraj pristojnosti tehnika zdravstvene nege.

20.3 Komunikacija s posebej občutljivimi skupinami

- Otroci: prilagojen, razumljiv jezik, vključevanje staršev/skrbnikov.
- Starostniki in osebe z okvaro sluha/vida: počasnejši, jasen govor, po potrebi pisna ali slikovna podpora.
- Osebe v duševni stiski: miren, spoštljiv pristop, izogibanje obsojanju, po potrebi vključitev drugih članov tima.

21. Zdravstvena vzgoja pacienta

21.1 Namen zdravstvene vzgoje

Zdravstvena vzgoja je namenjena krepitevi pacientovega znanja in spretnosti za samostojno obvladovanje svojega zdravstvenega stanja, preprečevanje zapletov in sprejemanje bolj zdravih življenjskih navad.

21.2 Koraki pri zdravstveni vzgoji

- Ocena pacientovega predznanja, pripravljenosti za učenje in morebitnih ovir (jezik, zaznavne težave, tesnoba).
- Postavitev jasnih, dosegljivih učnih ciljev skupaj s pacientom.
- Izbira primerne metode (razlaga, demonstracija, pisno gradivo, prikaz in ponovitev s strani pacienta).
- Preverjanje razumevanja (npr. da pacient postopek ponovi ali pokaže sam).
- Dokumentiranje izvedene zdravstvene vzgoje in doseženega napredka.

21.3 Primeri vsebin zdravstvene vzgoje

- Pravilna tehnika injiciranja insulina in prepoznavanje hipoglikemije pri sladkorni bolezni.
- Nega stome ali rane v domačem okolju po odpustu.
- Pravilna uporaba inhalatorja pri astmi/KOPB.
- Prilagoditev prehrane in telesne dejavnosti pri kroničnih boleznih (npr. povišan krvni tlak, sladkorna bolezen).

22. Zdravstvena nega posebnih skupin pacientov

22.1 Zdravstvena nega otroka

- Prilagojena komunikacija in vključevanje staršev v nego, upoštevanje razvojne stopnje otroka pri pojasnjevanju posegov.
- Drugačne referenčne vrednosti vitalnih znakov glede na starost, drugačno odmerjanje zdravil (po telesni teži).

22.2 Zdravstvena nega starostnika

- Pogosto več sočasnih kroničnih bolezni (multimorbidnost), večje tveganje za padce, razjede zaradi pritiska, podhranjenost in dehidracijo.
- Pomembna sta ohranjanje samostojnosti pri vsakodnevni aktivnosti in preprečevanje nepotrebne imobilizacije.

22.3 Zdravstvena nega kronično bolnega pacienta

Poudarek na zdravstveni vzgoji za samooskrbo (npr. merjenje krvnega sladkorja pri sladkorni bolezni), spremljanju kazalnikov bolezni in preprečevanju zapletov.

22.4 Zdravstvena nega pacienta z demenco ali zmedenostjo

Strukturirano, mirno okolje, dosledna dnevna rutina, preprosta in ponavljajoča se navodila, poudarjena skrb za varnost (tveganje padcev, pobega, samopoškodbe).

22.5 Zdravstvena nega pacienta s telesno ali senzorno oviranostjo

- Prilagoditev okolja in pripomočkov (npr. dostopnost prostorov, komunikacijske table, pisna komunikacija pri okvari sluha).
- Spoštovanje pacientove samostojnosti pri aktivnostih, ki jih zmore opraviti sam, in ponujanje pomoči le tam, kjer je resnično potrebna.

23. Paliativna oskrba in nega umirajočega

23.1 Kaj je paliativna oskrba

Paliativna oskrba je celostna obravnava pacienta z neozdravljivo boleznijo, usmerjena v lajšanje trpljenja (telesnega, psihičnega, socialnega in duhovnega) ter čim boljšo kakovost preostalega življenja – ne v ozdravitev osnovne bolezni.

23.2 Vloga zdravstvene nege pri umirajočem pacientu

- Lajšanje bolečine in drugih simptomov (npr. slabost, težko dihanje) v sodelovanju z zdravnikom.
- Nega ustne votline in kože, ki pri umirajočem pacientu zahtevata posebno pozornost.
- Psihična in duhovna podpora pacientu in njegovim svojcem, spoštovanje pacientovih (in družinskih) verskih in kulturnih potreb.

23.3 Oskrba po smrti pacienta

- Dostojanstveno ravnanje s pokojnikom v skladu z internimi protokoli ustanove, upoštevanje kulturnih in verskih posebnosti, kadar so znane.
- Ustrezna dokumentacija in obveščanje svojcev po protokolu ustanove.

24. Dokumentiranje v zdravstveni negi

24.1 Namen dokumentiranja

Zagotavljanje neprekinjenosti in kakovosti obravnave, pravna zaščita pacienta in izvajalca, osnova za komunikacijo v timu, vir podatkov za nadzor kakovosti in raziskovanje.

24.2 Načela dobrega dokumentiranja

- Točnost, jedrnatost, objektivnost (dejstva, ne domneve), pravočasnost (dokumentiramo takoj po izvedbi), čitljivost, kronološki zapis.
- Dokumentiramo dejansko izvedene aktivnosti – nikoli vnaprej ali za nazaj z domnevanimi podatki.

24.3 Kaj vse sodi v negovalno dokumentacijo

Negovalna anamneza, negovalne diagnoze, načrt zdravstvene nege, izvedene intervencije, vrednotenje, meritve vitalnih znakov, opažanja o spremembah stanja.

25. Kakovost in standardi v zdravstveni negi

25.1 Standard v zdravstveni negi

Standard je zaželen, dosegljiva raven opravljanja določenega dela, ki jo primerjamo z dejanskim stanjem. Standardi zdravstvene nege določajo, kakšni viri so potrebni (struktura), kaj naj bo storjeno (proces) in kakšne koristi ima pacient od tega (izid).

25.2 Značilnosti dobrih standardov – RUMBA

Črka	Pomen
R – Relevant	Primerni, realni in ustrezni glede na univerzalne standarde, enoto, skupino pacientov ter kompetence izvajalca
U – Understandable	Razumljivi izvajalcem, ki jih uporabljajo in vrednotijo, ter študentom/dijakom
M – Measurable	Merljivi – z jasnimi kriteriji v strukturi, procesu in izidu
B – Behavioral	Objektivni, zasnovani na objektivnih in znanstvenih osnovah
A – Attainable	Dosegljivi glede na skupino pacientov ter zmožnosti oddelka/ustanove/stroke

25.3 Tristopenjski sistem kakovosti zdravstvene nege

Stopnja	Opis
1. – Sprejemljiva zdravstvena nega	Minimalni standardi; vsi pacienti oskrbovani po rutinski shemi
2. – Primerno dobra zdravstvena nega	Optimalni standardi; nega je načrtovana, a pacient ni neposredno vključen v načrtovanje/vrednotenje
3. – Odlična zdravstvena nega	Maksimalni standardi; nega je načrtovana in vrednotena skupaj s pacientom in svojci

Zdravstvena nega, ki je ni mogoče uvrstiti v nobeno od zgornjih stopenj, velja za nesprejemljivo (stopnja 0).

26. Etika in poklicna drža v zdravstveni negi

26.1 Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Poklicno delovanje ureja Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki ga je sprejela Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Temeljna načela vključujejo spoštovanje človekovega dostojanstva in pravic, varovanje poklicne skrivnosti, strokovnost in odgovornost, sodelovanje v timu ter nenehno strokovno izpopolnjevanje.

26.2 Poklicna skrivnost

Vsi podatki o pacientovem zdravstvenem stanju in zasebnosti so varovani kot poklicna skrivnost; posredujejo se le pooblaščenim osebam in v obsegu, ki je nujen za nadaljnjo obravnavo.

26.3 Meje samostojnega dela tehnika zdravstvene nege

- Tehnik zdravstvene nege dela v okviru svojih formalnih kompetenc, del posegov izvaja samostojno, del pa po naročilu in pod nadzorom diplomirane medicinske sestre/babice ali zdravnika.
- Ob dvomu o pravilnosti ali varnosti naročenega ukrepa ima zdravstveni delavec dolžnost opozoriti nadrejenega – sledenje internemu protokolu komunikacije ob dvomu je del varne prakse.

26.4 Odnos do napak

Prijavljanje odstopanj in neželenih dogodkov (namesto prikrivanja) je del kulture varnosti in etične poklicne drže.

27. Slovarček ključnih pojmov in kratic

Pojem/kratica	Razlaga
ITM	Indeks telesne mase
NRS 2002	Presejalni test za oceno tveganja podhranjenosti
PEG	Perkutana endoskopska gastrostoma – sonda za enteralno hranjenje skozi trebušno steno
EPUAP	Evropski panel za razjede zaradi pritiska – mednarodna klasifikacija dekubitusa
VAS	Vizualna analogna lestvica za oceno bolečine
Asepsa	Postopki preprečevanja vnosa mikroorganizmov v sterilno področje ali telo
Antisepsa	Uporaba kemičnih sredstev za zmanjšanje mikroorganizmov na živem tkivu
Dezinfekcija	Uničevanje bolezenskih mikroorganizmov na neživih površinah/predmetih
Sterilizacija	Popolno uničenje vseh mikroorganizmov, vključno s sporami
Venepunkcija	Odvzem venske krvi z vbodom v periferno veno
Glukometrija	Merjenje koncentracije glukoze v krvi s prenosnim glukometrom
EKG	Elektrokardiogram – zapis električne aktivnosti srca
Disfagija	Motnja požiranja
Dekubitus	Razjeda zaradi pritiska
Kolaborativni problem	Zdravstveno stanje, ki ga medicinska sestra obravnava skupaj z drugimi člani tima
RUMBA	Relevant, Understandable, Measurable, Behavioral, Attainable – lastnosti dobrega standarda zdravstvene nege

28. Praktični povzetek – hitri pregled ključnih pojmov

Kratek pregled najpogostejše vprašanih pojmov in okvirnih vrednosti – uporabno za hitro ponovitev tik pred izpitom.

Pojem / postopek	Ključna točka
5 faz procesa zdravstvene nege	Ocenjevanje – negovalna diagnoza – načrtovanje – izvajanje – vrednotenje
14 temeljnih življenjskih aktivnosti	Avtorica: Virginia Henderson
Sprememba položaja negibljivega pacienta	Praviloma vsaj vsaki 2 uri
5 ključnih trenutkov higiene rok	Pred stikom s pacientom, pred aseptičnim postopkom, po stiku s telesnimi tekočinami, po stiku s pacientom, po stiku z okolico
»Pet pravih« pri dajanju zdravil	Pravi pacient, zdravilo, odmerek, način/mesto, čas
Normalen srčni utrip odraslega	60–100 utripov/min
Normalna frekvenca dihanja odraslega	12–20 vdihov/min
RUMBA	Relevant, Understandable, Measurable, Behavioral, Attainable
3 stopnje kakovosti zdravstvene nege	Sprejemljiva – primerno dobra – odlična
3 faze celjenja rane	Vnetna – proliferativna – zorenje (remodelacija)
Razlika asepsa/antisepsa	Asepsa = preprečevanje vnosa mikrobov v sterilno področje; antisepsa = kemično zmanjšanje mikrobov na živem tkivu
Razlika dezinfekcija/sterilizacija	Dezinfekcija ne uniči nujno spor; sterilizacija uniči vse mikroorganizme, vključno s spori
Ko sprostimo stazo pri venepunkciji	Takoj po vzpostavitvi pretoka krvi, najkasneje po 1 minuti

29. Vprašanja za samopreverjanje

Kratka vprašanja za preverjanje ključnih pojmov. Praktične postopke dodatno vadi v živo pod mentorstvom.

- V: Kako je Virginia Henderson opredelila zdravstveno nego? O: Kot pomoč posamezniku pri opravljanju aktivnosti za zdravje, okrevanje ali mirno smrt, ki bi jih opravljal sam, če bi imel moč, voljo in znanje – z namenom čim prejšnje neodvisnosti.
- V: Naštete pet faz procesa zdravstvene nege. O: Ocenjevanje, negovalna diagnoza, načrtovanje, izvajanje, vrednotenje.
- V: Kaj je kolaborativni problem? O: Zdravstveno stanje, pri reševanju katerega medicinska sestra sodeluje z drugimi člani zdravstvenega tima, npr. z zdravnikom.
- V: Naštete vseh 14 temeljnih življenjskih aktivnosti po Henderson. O: Dihanje in krvni obtok, prehranjevanje in pitje, izločanje in odvajanje, gibanje, spanje, oblačenje in slačenje, vzdrževanje telesne temperature, osebna higiena, izogibanje nevarnostim, komunikacija, izražanje verskih/duhovnih potreb, koristno delo, razvedrilo, učenje.
- V: Katere tri poti hranjenja poznamo? O: Peroralno, enteralno (npr. po sondi) in parenteralno.
- V: Kako pogosto praviloma spreminjamo položaj negibljivega pacienta za preprečevanje razjed zaradi pritiska? O: Praviloma vsaj vsaki 2 uri, po individualni oceni tveganja lahko tudi pogosteje.
- V: Kaj je Fowlerjev položaj in kdaj ga uporabimo? O: Polesedeč položaj, ki olajša dihanje; uporablja se pri dihalnih in srčnih težavah ter pri hranjenju.
- V: Kako pri oblačenju pacienta z oslabele eno stranjo telesa ravnamo z zaporedjem oblačenja? O: Najprej oblečemo prizadeto/šibkejšo okončino, pri slačenju pa najprej slečemo zdravo stran.
- V: Kateri je najpomembnejši ukrep za preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb? O: Higiena rok, izvedena ob petih ključnih trenutkih.
- V: Naštete vrste izolacije pacientov s primerom. O: Kontaktna, kapljična, aerogena in zaščitna (obratna) izolacija.
- V: Razložite razliko med asepso in antisepto. O: Asepsa preprečuje vnos mikroorganizmov v sterilno področje ali telo; antisepta je uporaba kemičnih sredstev za zmanjšanje mikroorganizmov na živem tkivu (koža, sluznica).
- V: Razložite razliko med dezinfekcijo in sterilizacijo. O: Dezinfekcija uničuje bolezenske mikroorganizme na neživih površinah, a ne nujno spor; sterilizacija uniči popolnoma vse mikroorganizme, vključno s spori.
- V: Katere so orientacijske normalne vrednosti srčnega utripa pri odraslem? O: 60–100 utripov na minuto.
- V: Katerih »pet pravih« upoštevamo pri dajanju zdravil? O: Pravi pacient, pravo zdravilo, pravi odmerek, pravi način/mesto aplikacije, pravi čas.
- V: Kaj je disfagija in zakaj je pomembna pri hranjenju? O: Motnja požiranja, ki poveča tveganje za aspiracijo hrane ali tekočine v dihalne poti.
- V: Kje pri venepunkciji najpogosteje odvzamemo vensko kri in kdaj sprostimo stazo? O: Najpogosteje v komolčni jami; stazo sprostimo takoj po vzpostavitvi pretoka krvi, najkasneje po eni minuti.
- V: Kje na telesu praviloma odvzamemo kapilarno kri za meritev krvnega sladkorja? O: Iz stranske strani blazinice prsta, po predhodnem razkuženju in posušenju kože.

- V: Kaj mora tehnik zdravstvene nege storiti, če pri EKG opazi očitno nepravilen srčni ritem? O: Takoj obvestiti zdravnika, saj EKG praviloma ne interpretira samostojno.
- V: Kaj pomeni RUMBA pri standardih zdravstvene nege? O: Relevant, Understandable, Measurable, Behavioral, Attainable – lastnosti dobrega standarda.
- V: Naštetje tri stopnje kakovosti zdravstvene nege. O: Sprejemljiva (minimalni standardi), primerno dobra (optimalni standardi), odlična (maksimalni standardi, pacient vključen v načrtovanje in vrednotenje).
- V: Kaj je paliativna oskrba? O: Celostna obravnava neozdravljivo bolnega pacienta, usmerjena v lajšanje trpljenja in kakovost preostalega življenja, ne v ozdravitev.
- V: Kaj sodi med temeljna načela dobrega dokumentiranja v zdravstveni negi? O: Točnost, jedrnatost, objektivnost, pravočasnost, čitljivost in kronološki zapis dejansko izvedenih aktivnosti.
- V: Kaj ureja Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije? O: Temeljna etična načela poklicnega delovanja: spoštovanje dostojanstva, varovanje poklicne skrivnosti, strokovnost, sodelovanje v timu, stalno izpopolnjevanje.
- V: Kaj naj zdravstveni delavec stori ob dvomu o pravilnosti naročenega ukrepa? O: Opozoriti nadrejenega oz. slediti internemu protokolu komunikacije ob dvomu, namesto da ukrep izvede brez presoje.
- V: Zakaj bolečino imenujemo »peti vitalni znak«? O: Ker jo je treba pri pacientu redno in sistematično ocenjevati ter dokumentirati, čeprav gre za subjektivno izkušnjo.
- V: Katero lestvico za oceno bolečine uporabimo pri majhnem otroku? O: Lestvico z obrazi (npr. Wong-Baker).
- V: Naštetje tri faze celjenja rane. O: Vnetna faza, proliferativna faza, faza zorenja (remodelacije).
- V: Kateri so znaki okužbe rane? O: Povečana rdečina in oteklina, lokalna toplina, gnojni ali smrdeč izloček, povečana bolečina, morebiti povišana telesna temperatura.
- V: Kaj obsega aktivnost »izražanje verskih/duhovnih potreb« pri Henderson? O: Spoštovanje pacientovih verskih prepričanj, duhovnih potreb in vrednot, npr. omogočanje obiska duhovnika ali upoštevanje verskih prehranskih omejitev.
- V: Kateri je zadnji korak pri izvajanju zdravstvene vzgoje pacienta? O: Preverjanje razumevanja in dokumentiranje izvedene vzgoje ter doseženega napredka.

30. Viri za nadaljnje učenje

- Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998.
- Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006.
- Strokovne vsebine poklicnega področja – zdravstvena nega, gradivo Ministrstva za zdravje za pripravo na strokovni izpit.
- Izpitni katalog za predmet zdravstvena nega (poklicna matura, program tehnik zdravstvene nege), Državni izpitni center.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
- Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev zdravstvene nege, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Praktične negovalne postopke (npr. aplikacija injekcij, kateterizacija, venepunkcija, oskrba ran, urejanje postelje z bolnikom v njej) je treba dodatno in obvezno vaditi pod mentorstvom med pripravništvom – teoretično gradivo tega ne more nadomestiti.