

## PROCESNA METODA ZDRAVSTVENE NEGE OTROČNICE

Izvleček – Predstavljeni projekt je nastal in je bil testiran v praksi na Ginekološko-porodniškem oddelku v Splošni bolnišnici Celje. Omogoča fazni potek dela (pridobivanje in rangiranje podatkov; definiranje negovalnih diagnoz in planiranje negovalnih ciljev, posegov in storitev; evidentiranje negovalnih aktivnosti; ocenjevanje doseženih ciljev in dopolnjevanje negovalnega načrta ter določanja načrta nege za naslednji dan). Vsebuje potrebne obrazce (negovalno anamnezo, negovalni list št. 1 in 2, sporočilo patronažni medicinski sestri). Izdelan računalniški program omogoča kvalitetno in poglobljeno komunikacijo v negovalnem timu na osnovi zbranih podatkov.

### Uvod

Znanja o procesni metodi zdravstvene nege so imele medicinske sestre Ginekološko-porodniškega oddelka v Splošni bolnišnici Celje veliko. Bile so izredno motivirane in so se v velikem številu udeležile internega funkcionalnega izobraževanja. Sodelovale so pri izdelavi projekta in njegovi testni uporabi v praksi.

V samem začetku aktivnosti, ko smo oblikovali končne cilje projekta in aktivnosti, ki bodo zagotovile uresničitev teh načrtov, so sodelovali tudi nekateri zdravniki oddelka za otročnice. Zato je projekt mogoče danes ponuditi v uporabo in lahko rečemo, da je mogoče z njegovo pomočjo izvajati zdravstveno nego otročnice s pomočjo sodobne metode.

Pri izgradnji elementov projekta smo upoštevali:

1. teoretična znanja o procesni metodi zdravstvene nege (1),
2. principe informacijskega sistema Telenursing oziroma Telenurs (2),
3. klasifikacijo negovalnih diagnoz NANDA (3),
4. cilje zdravstvene nege na Ginekološko porodniškem oddelku v Splošni bolnišnici Celje (4),
5. nove usmeritve v zdravstveni negi (5),
6. naloge zdravstvene nege in zahteve po dokumentiranju (6),
7. moralno etična načela zdravstvene nege (7),
8. pobude za novorojencem prijazno porodnišnico (8),
9. praktične izkušnje medicinskih sester pri zdravstveni negi otročnic in novorojenčkov.

### Cilji projekta in aktivnosti, ki zagotavljajo doseganje ciljev

1. Omogoča zdravstveno nego otročnic in novorojenčkov, ki temelji na procesni metodi dela. Otročnico obravnavamo kot subjekt nege in upoštevamo njene fizične, psihične in socialne lastnosti in potrebe. Zagotovimo ji intimnost, varnost in primerne bivalne pogoje ter krepimo njeno osebno in socialno integriteto.

### Aktivnosti in pripomočki

- Pridobivanje podatkov in vnos podatkov v obrazce »Negovalna anamneza« ob sprejemu nosečnice na oddelek oziroma v porodno sobo.
- Dnevno planiranje ravni zahtevnosti zdravstvene nege, intenzivnosti opazovanj in meritev ter negovalnih posegov in storitev. Uporabimo obrazca »Negovalni list št. 1 in 2«.
- Zdravstveno nego izvajamo po načelih, navedenih v sprejetih polnopomenskih negovalnih standardih.

2. Podpira timsko delo ter omogoča strokovno delitev dela v negovalnem in zdravstvenem timu.

### Aktivnosti

- Razdelitev nalog in pooblastil v negovalnem timu v vsaki fazi procesne metode zdravstvene nege otročnic.
- Izvajanje kombiniranega modela zdravstvene nege: sobna medicinska sestra in/ali funkcijska delitev dela.
- Opredeljene so tudi odgovornosti in naloge nadzorne medicinske sestre.

3. Omogoča planiranje, evidentiranje in evalvacijo vseh aktivnosti nudenja pomoči medicinskih sester pri povrnitvi zdravja, ohranitvi zdravja in krepitvi sposobnosti za samooskrbo otročnic ter usposabljanja svojcev za sodelovanje pri negi po odpustu otročnice in novorojenčka iz porodnišnice.

### Aktivnosti

- Zdravstvena vzgoja otročnic in njihovih svojcev je sestavni del zdravstvene nege v porodnišnici.
- Organizacija vzgoje, izobraževanja in usposabljanja individualno ali v skupini.
- Dnevno ocenjevanje ravni in kakovosti samooskrbe otročnice z vidika: Kaj zna? Kaj zmore? Kaj hoče oziroma želi?
- Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi na osnovi smernic negovalnih teorij: Virginije Henderson, Marye Levinae, Doroteje Oremove in Ide Orlando.

4. Dokumentacija omogoča medicinski sestri optimalno porabo časa za izpolnjevanje obrazcev in pisanje v vseh fazah procesne metode zdravstvene nege: ugotavljanju potreb po zdravstveni negi, planiranju, izvajanju in vrednotenju zdravstvene nege in nenazadnje pri raziskovalnem delu.

### Aktivnosti in pripomočki

- Uporaba dogovorjenih obrazcev: Negovalna anamneza, Negovalna lista št. 1 in 2 ter Sporočilo patronažni medicinski sestri.
- Izdelana so natančna navodila za izpolnjevanje negovalne dokumentacije.

- Določena je legenda znakov in oznak, da je zagotovljena kakovostna komunikacija v negovalnem in zdravstvenem timu.
- Izdelan je priročnik, ki pomaga medicinski sestri pri razumevanju in oblikovanju negovalnih diagnoz.
- Najpogosteje uporabljene negovalne diagnoze so že vpisane na negovalnem listu.
- Določeni so delni in končni cilji zdravstvene nege otročnice.
- Razpoložljiv računalniški program ima podatke, grupirane v skupine (podatki iz negovalne anamneze, negovalne diagnoze, negovalni cilji, negovalne akcije oziroma aktivnosti medicinske sestre).

#### 5. Krepi in razvija kakovost zdravstvene nege otročnice.

##### *Aktivnosti in pripomočki*

- Evidenca in poročila omogočajo medicinski sestri samokontrolo kvalitete dela.
- Omogočena je objektivna ocena kakovosti nege, realizacije planiranih nalog in individualnega prispevka vsake medicinske sestre, ki je sodelovala pri negi.
- Omogočena je tekoča analiza napak in tako preprečevanje ponavljanja napak.
- Dana je možnost za kakovostno in hitro reševanje konfliktnih situacij v zdravstvenem in negovalnem timu oziroma v odnosih medicinska sestra–otročnica–svoji.
- Zapise je mogoče uporabiti pri ugotavljanju strokovne, moralne ali sodne odgovornosti medicinskih sester in s tem seveda pri zaščiti medicinskih sester na vseh treh področjih.

6. Zbrani podatki so uporabni za sestavljanje negovalnih informacij, poročil in raziskav, za oceno realizacije načrtovanih negovalnih ciljev (z vidika odseka, oddelka, varovanke, tima) in za izdelavo povratnih informacij za izvajalce zdravstvene nege otročnice v določenem časovnem obdobju.

##### *Aktivnosti*

- Opišemo dosežene delne in končne cilje.
- Izdelamo mesečna, polletna ali letna poročila.
- Pošljamo sporočila in navodila patronažnim medicinskim sestram.
- Sestavljamo delovne načrte, plane nabave, kadrovske plane in dr. za določeno plansko obdobje

### Elementi – podsistemi projekta

Projekt omogoča fazni pristop dela. Medicinska sestra ima za uporabo pripravljena navodila, obrazce in poročila o opravljenem delu v željenem času.

### Celoto sestavlja 11 faz dela:

1. *Faza pridobivanja in rangiranja podatkov po vsebini in pomembnosti.*  
Medicinsko sestri pri pridobivanju podatkov usmerja obrazec »Negovalna anamneza za otročnico«.
2. *Faza definiranja negovalnih diagnoz.*  
V tej fazi dela je medicinski sestri v pomoč žepni priročnik »Negovalne diagnoze (z vidika življenjskih aktivnosti, merjenja in opazovanja, rangirane na osnovi štirih stopenj pogostnosti pojavljanja)«.
3. *Faza planiranja negovalnih ciljev, posegov in storitev.*  
V tej fazi sta medicinski sestri na razpolago »Negovalna lista št. 1 in 2«, kjer so izpisani negovalni cilji 1. ranga ter negovalne intervencije in storitve 1. in 2. ranga pogostnosti pri izvajanju zdravstvene nege otročnic v Splošni bolnišnici Celje v preteklem obdobju.
4. *Faza določitve frekvence opazovanj in merjenj.*  
Medicinska sestra – vodja tima dnevno za naslednji dan določi frekvenco opazovanj in merjenj, in sicer tako, da na »Negovalnem listu št.1 in 2 “ označi frekvenco z znakom ali z barvnim flomastrom, kot je to določeno v »Legendi “ na drugi strani negovalnega lista.
5. *Faza določitve nivoja zahtevnosti zdravstvene nege.*  
Medicinska sestra – vodja tima po enakem postopku in v skladu z dogovorjenimi barvami iz legende, določi raven zahtevnosti zdravstvene nege (upoštevata sposobnost samooskrbe otročnice).
6. *Faza evidentiranja vseh aktivnosti medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege.*  
Medicinska sestra – izvajalka zdravstvene nege otročnice (tudi dijaki in študentje zdravstvenih šol v prisotnosti mentorice) takoj zapišejo, katere posege in storitve so uporabili pri zdravstveni negi otročnice ter rezultate opazovanj in meritev. Pri tem uporabijo standardizirane znake, navedene v legendi na Negovalnem listu oz. v »Navodilu za izpolnjevanje obrazcev – negovalna dokumentacija otročnice«.
7. *Faza ocenjevanja doseženih ciljev in dopolnjevanja negovalnega načrta ter izdelava načrta nege za naslednji dan.*  
Medicinska sestra – vodja tima ovrednoti opravljeno delo minulega dne ter dopolni po potrebi negovalni načrt za naslednji dan. V času hospitalizacije otročnice sproti izpiše datum, ko je dosežen končni cilj nege (ko je problem v celoti obvladan), dosežene delne cilje pa izpišemo zadnji negovalni dan.
8. *Izdelava poročila patronažni medicinski sestri.*  
Pri pisanju sporočila patronažni medicinski sestri uporabi obrazec »Sporočilo patronažni medicinski sestri«. V njem zapiše, kateri delni in končni cilji so bili doseženi ter katere intervencije in posege priporočamo pri negi otročnice in novorojenčka doma.
9. *Faza vnosa podatkov v računalnik.*  
Podatke vnašamo v pripravljen program po odpustu otročnice iz porodnišnice, ko nadzorna medicinska sestra (vodilna medicinska sestra odseka) pregleda, ali je negovalna dokumentacija pravilno in v celoti izpolnjena.
10. *Faza izdelave poročil in analiza rezultatov.*  
Računalniški program omogoča celovito statistično obdelavo podatkov. Analizo rezultatov ter oblikovanje ocene ter usmeritev za delo v bodoče pa izdela tim vodilnih medicinskih sester. To je tudi trenutek, ko se zapišejo predlogi za kakršne koli spremembe in dopolnitve (sistem, obrazci, poimenovanja...).

11. *Predstavitev rezultatov članom negovalnega tima.*  
 Člani negovalnega tima so seznanjeni z rezultati na od-  
 delčnem sestanku.

**Predstavitev obrazcev**

1. (Priloga št. 1) »NEGOVALNA ANAMNEZA OTROČ-  
 NICE«:

- Usmerja medicinsko sestro pri zbiranju podatkov za prepoznavanje navad in razvad otročnice, njenih potreb, znanja in uporabe načel zdravega načina življenja. Izpolnjen obrazec prepreči, da bi več medicinskih sester spraševalo po istih podatkih oziroma da bi pogovor potekal v nasprotju z moralno-etičnimi načeli pridobivanja podatkov, pomembnih za kakovostno in individualno prilagojeno zdravstveno nego.
- Podatke prva vpiše medicinska sestra – babica v porodni sobi. Na odseku se vpišejo le morebitni izpuščeni podatki.
- Če otročnica pove podatek, ki je pomemben za planiranje zdravstvene nege, pa mesto vpisa ni določeno, ga zapišemo pod točko 4 – ugotovljene potrebe.
- Obrazec je namenjen za kakovostno strokovno komunikacijo v negovalnem timu, zato moramo zagotoviti kriterij varovanja podatkov in je shranjen v namenski mapi v sestriški sobi (oddelčni ambulanti).

**2. SOCIALNA ANAMNEZA :**

Število otrok ..... Čas dojenja prejšnjih otrok.....

Živi: 1 sama 2 pri starših 3 s partnerjem 4 drugo

Oblika varstva otrok: 1 doma 2 VVZ 3 drugo

Odnosi v družini: 1 zelo dobri 2 dobri 3 slabi

Ekonomsko stanje: 1 dobro 2 zadovoljivo 3 slabo

Potreba je povezava s socialno službo:

1 NE

2 DA Pomagajo pomoč: a. odklanja  
 b. soglasi

Kdo ji bo pomagal pri negi doma .....

**3. NEGOVALNA ANAMNEZA :**

**3.1. PREHRANJEVANJE**

• obroki: zajtrk O<sup>2</sup> D<sup>2</sup> N<sup>4</sup> kosilo O D N večerja O D N

• Vrsta hrane: 1 mešana 2 vegetarijanska ..... 3 drugo .....

• Dieta: 1 NE 2 DA .....

• Apetit: 1 povečan 2 normalen 3 slab

• Hrana, ki jo ne mara: .....

Hrana, ki jo ima zelo rada: .....

**3.2. ODVAJANJE (kolikokrat dnevno ali tedensko)**

• Odvajanje blata: pogostost ..... uživa odvajala: NE  
 DA .....

• Izločanje urina: pogostost .....

**LEGENDA:**

- <sup>2</sup> O = občasno
- <sup>3</sup> D = DA
- <sup>4</sup> N = NE



SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE  
 GINEKOLOŠKO PORODNIŠKI ODDELEK

**NEGOVALNA ANAMNEZA OTROČNICE<sup>1</sup>**

**1. SPLOŠNI PODATKI O OTROČNICI:**

Prilimek in ime: ..... Datum sprejema na odsek: .....

Roj. podatki: ..... Ura sprejema na odsek: .....

Matič. številka: .....

Stan: 1 samoka 4 vdova  
 2 poročena 5 izvenzak. skup.  
 3 razvezana 6 ni podatka

Po potrebi obvestiti: ..... Spremljevalci pri porodu: .....

- Prilimek in ime: ..... - partner: 1 DA 2 NE

- Sorod. razmerje: ..... - drugi: .....

- Bivališče: .....

- Telefon: doma ..... v službi .....

Šela za starše: 1 DA Obisk v posvetovalnici: 1 DA številka .....

2 NE 2 NE

Kontracepcija pred zanositvijo: 1 hormonska S seboj primelena zdravila:

2 IUV 1 DA 2 NE

3 NE Katera: .....

4 drugo .....

Alergije: 1 NE

2 DA .....

Želje glede izražanja verskih potreb: .....

Želje glede obiskov: .....

**3.3. OSEBNA HIGIENA (kolikokrat dnevno ali tedensko)**

• tuširanje .....

• kopanje v kadi .....

• umivanje las .....

• umivanje rok .....

• nega zob in ustne votline .....

**3.4. SPANJE: 1 normalno 2 moteno 3 posebnosti .....**

**3.5. RAZVADE: 1 kava 2 cigarete**  
 3 alkohol 4 drugo .....

**3.6. INVALIDNOST: 1 slab 2 vid 3 drugo .....**

**4. ČUSTVENO STANJE:**

• Prvi podaj novorojenčka 1 DA 2 NE VZROK: 1 mati 2 otrok  
 3 ne želi

• Odnos do dojenja: 1 je motivirana za dojenje  
 2 nimam znanja o prednostih dojenja

• Potrebuje pomoč pri dojenju: 1 NE 2 DA / vzrok .....

• Pričakovanja v času bivanja v porodnišnici .....

<sup>1</sup> DATOTEKA - OTR5; v obrazec izločeno zaščitne podatke ali se obkrožno številko ured izpisano trditveno.

## 5. UGOTOVLJENE POTREBE :

- 5.1. ....  
 5.2. ....  
 5.3. ....  
 5.4. ....  
 5.5. ....  
 5.6. ....

Negovalno anamnezo izpolni :

dno : .....

VMS .....  
 podpis

## 2. (Prilogi št. 2) »NEGOVALNI LIST ŠT. 1«:

Je dokument za planiranje zdravstvene nege otročnice in oceno doseženih delnih in končnih ciljev nege.

## A. Omogoča:

- vpis identifikacijskih podatkov otročnice,
- definiranje negovalnih diagnoz,
- določitev časa trajanja negovalnega problema (datum začetka in konca) ter prisotnosti bolezenskih znakov in vzrokov (en dan = ena vertikalna črtica),
- izpis števila realiziranih negovalnih dni.

SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE  
 Ginekološko porodniški oddelek  
 Odssek za otročnice

NEGOVALNI LIST <sup>1</sup>

PRIIMEK IN IME OTROČNICE ( 1 ) .....

Št. bolniške sobe .....

ROJ. ....19...

Datum sprejema : .....

Datum odpusta : ..... ( 3 ) skupno število negovalnih dni: .....



rač. šifra	NEGOVALNE		DIAGNOZE	
	problem - P	vzrok - E	simptom - S	
4	2.1. Deficit pri osebni higieni		Z:	/ K:
5	E: slabo počutje	bolečina	slaba pokretnost	drugo
9	S: prosi za pomoč		osebna neurejenost	
13	2.2. Deficit pri samonegi dojke		Z:	/ K:
14	E: ne zna	ne more		
16	S: boleče dojenje	prosi za pomoč	ragada na dojki L D	
21	2.3. Deficit pri negi novorojenčka		Z:	/ K:
22	E: ne zna	ne more	odsotnost novor.	
24	S: neguje ga MS	prosi za pomoč	drugo	
28	2.4. Deficit v samonegi po izločanju		Z:	/ K:
29	E: bolečina	slabo počutje	napokretnost	
32	S: umazan anogen.del	ne umiva si rok	prosi za pomoč	
36	4.1. Povečana možnost poškodb		Z:	/ K:
37	E: slabo počutje		vrtočlavlca	
39	S: prosi za pomoč		slaba mobilnost	
42	5.1. Oslabljeni socialni stiki		Z:	/ K:
43	E: ovire (sluh, govor)	kultura, vera, jezik	slaba mobilnost	
48	S: pokaže nesugodje	izraža nesugodje	opiše nesugodje	
52	6.1. Spremenjena funkcija črevesja		Z:	/ K:
53	6.1.1. DIAREJA		Z:	/ K:
54	E: prehrana	stres	okužba	
57	S: tekoče blato	pogosto izločanje	barva blata	
61	6.1.2. OBSTIPACIJA		Z:	/ K:
62	E: boleča defekacija	hemoroidi	zadrževanje blata	
65	S: boleča defekacija	zahteva po odvajalnih	bolečine v trebuhu	
69	6.2. Motnje v izločanju urina		Z:	/ K:
70	6.2.1. ZASTOJ URINA		Z:	/ K:
71	E: bolečine	urinski kateter	senzorinevr. motnje	
74	S: bolečine	poln mehur		

<sup>1</sup> OTR 2 - dokument za planiranje in vrednotenje zdravstvene nege, oblikovanje negovalnih diagnoz in ciljev ter evidenco posegov in storitev pri zdravstveni nezi otročnice

B. Na notranji levi strani negovalnega lista je izpisana **Legenda izrazov in znakov**, ki jih je dovoljeno uporabiti pri planiranju in evidentiranju zdravstvene nege otročnice:

- stopnje intenzivnosti merjenja oziroma opazovanja,
- stopnje ravni zahtevnosti zdravstvene nege,
- izvajanja zdravstvene vzgoje, učenja ali usposabljanja,
- izvajanja nekaterih storitev in posegov (trajni kateter, socialni posvet),
- poimenovanja nekaterih rezultatov opazovanj in merjenj (barva, vonj in količina čišče) ter za zagotavljanje popolnega oziroma nepopolnega rooming-in.

**LEGENDA:**

1. STOPNJA INTENZIVNOSTI - NIVOJA ZDRAV. NEGE:
    - REDČE** INTENZIVNO MERJENJE INTENZIVNO OPAZOVANJE CELOVITA POMOČ MS 4 krat v 24 urah
    - 4x
    - 6<sup>+</sup> vsakih 6 ur
  - MODRO** POGOSTEJŠE MERJENJE POGOSTEJŠE OPAZOVANJE DELNA POMOČ MS / NA KLIC 3 X 3 krat v 24 urah
  - 3 X
  - 12<sup>+</sup> vsakih 12 ur
2. TRAJNI KATETER :
    - U - uvajanje
    - Z - zamenjava
    - O - odstranitev
  3. SOCIALNI POSVET :
    - T - v negovalnem timu
    - S - s svojci
    - SS - s socialno službo
  4. BARVA ČIŠČE :
    - R - rdeča
    - RJ - rjava
    - K - krvavitev (z rdečim)
  5. KOLIČINA ČIŠČE:
    - N - normalna
    - O - obilna
    - ZO - zelo obilna
  6. VONJ ČIŠČE :
    - N - normalen
    - S - smrdč
  7. ROOMING - IN :
    - P - popolni
    - N - nepopolni
- U UČENJE - USPOSABLJANJE ZDRAVSTVENA VZGOJA

rač. štira	problem - P	NEGOVALNE vzrok - E	DIAGNOZE simptom - S
77	7.1. Nezmožnost samostojnega gibanja		Z: / K:
78	E: bolečine	omotice	slabost
81	S: prosil za pomoč	pasivnost	
84	8.1. Potreba po oskrbi rane		Z: / K:
85	8.1.1. RANE NA PRESREDKU		Z: / K:
86	E: epixlotomija	vnetne spremembe	poškodba presredka
89	S: edem	vnetje hematom	deshiscenca
95	8.1.2. RANE CARSKEGA REZA		Z: / K:
96	E: operativni poseg	vnetne spremembe	drugo
99	S: kista	vnata	izcedek
103	8.2. Zapleti venskega ožilja na nogah		Z: / K:
104	E: preventivni ukrepi		drugo
106	S: bolečina	rdečina	zadržlina
110	9.1. Neuspelno dojenje		Z: / K:
111	E: ne zna	nezadostna tvorba mleka	ragade L D
114	S: NOV.ne zgrabi dojka	polna dojka	uporaba nastavka
117	10.1. Potreba po merjenju vitalnih funkcij : RR TT <sup>0</sup>		Z: / K:
128	E: preventivni ukrepi	bolezni	
118	S: intenzivnost merjenjam določena na negovalnem listu		
131	10.2. Potreba po opazovanju čišče		Z: / K:
132/33	10.2.1. KOLIČINA : E: spreminjena k.		
135	S: obilna	zelo obilna	
139/40	10.2.2. BARVA : E: spreminjena b.		
142	S: rdeča	rjava	krvavitev
146/47	10.2.3. VONJ : E: spreminjen vonj		
149	S: smrdč		
152	10.3. Potreba po opazovanju stolice		Z: / K:
153	E: poporodno obdobje		
154	S: ni odvajala		
228	10.4. Podoj ob rojstvu novorojenčka	1 DA	
		2 NE	
	E: - mati	- otrok	- drugo
296	10.5. Nepopolni rooming - in	1 DA	
	E: - mati	- otrok	- odklanja
	S: novorojenček je ločen od matere samo ponoči:		
	novorojenček je ločen od matere cel dan :		

C. Negovalne diagnoze:

- Izpisano je 21 negovalnih diagnoz, ki jih je bilo zaradi pogostosti pojavljanja smiselno izpisati na obrazec. Vse nove negovalne diagnoze sestavi in ročno izpiše medicinska sestra po pravih teorije PES, grupiramo pa jih ob prvem vnosu za statistično obdelavo podatkov.
- Pri vsakem negovalnem problemu (v nadaljevanju NP) izpišemo datum, ko se je NP pojavil prvič (Z: .....) in zadnji dan prisotnosti NP (K: .....).
- Dneve prisotnosti posameznega vzroka in simptoma NP označimo z vertikalnimi črticami, ko ena črtica pomeni en dan.
- Zadnji datum prisotnosti NP hkrati pomeni, da smo dosegli končni cilj nege. Le-ta je lahko dosežen katerikoli dan v času hospitalizacije otročnice.



- izločanje urina \*kateterizacija \*trajni kateter
- opazovanje rane carskega reza \*prevez \*odstranitev šivov
- opazovanje venskega ožilja na nogah \*lokalni nanos zdravila \*hlajenje
- odvajanje blata \*klistir \*odvajalna svečka \*odvajalna tableta

- Planiranje in določitev frekvence negovalnih posegov in storitev medicinske sestre v vsaki izmeni.
- Vpis opravljenih negovalnih intervencij in storitev, ki upoštevajo delno ali popolno odvisnost otročnice od medicinske sestre ter učenje in usposabljanje otročnice za samonego in nego novorojenčka.
- Aktivnosti medicinske sestre so grupirane (dojenje, nega novorojenčka, nega dojk, nega telesa, gibanje, socialni posvet in dajanje zdravil).
- Vse ostale opravljene posege vpiše medicinska sestra ročno.

4. (Priloga št. 4) »NEGOVALNI LIST ŠT. 3« omogoča za 6 negovalnih dni:

red. št.	INTERVENCIJA STORITEV	DAN PORODA:			1. DAN:			2. DAN:			3. DAN:			4. DAN:			5. DAN:			6. DAN:			
		D	P	N	D	P	N	D	P	N	D	P	N	D	P	N	D	P	N	D	P	N	
	<b>DOJENJE</b>																						
231	• učenje tehnike dojenja																						
230	• pomoč pri dojenju																						
229	• dodatki po hrilgaiki																						
232	• motivacija za dojenje																						
	<b>NEGA NOVOROJENČKA</b>																						
191	• učenje tehnike nege																						
190	• pomoč pri negi																						
188	• neguje medicinska sestra																						
	<b>NEGA DOJK (L / D)</b>																						
	•																						
178	• praznjenje dojke																						
179	• obraba ragnad																						
180	• ogrevanje																						
	<b>NADZOR PRI:</b>																						
187	• anogenitalni higieni																						
181	• higieni rok																						
174	• tuširanje																						
184	• ustni higieni																						
	• nadzor pri gibanju																						
217	• pomoč pri gibanju																						
167	• socialni posvet (loganda)																						
	<b>DAJANJE ZDRAVIL</b>																						
300	• per os																						
310	• IV ( s injekcije)																						
311	• IV ( s infuzije)																						
301	• IM																						
303	• SC																						
306	• Rektalno																						
305	•																						
	Spremljanje OTR na UZ																						
	Asistenca MS pri UZ NOV																						

SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE  
Ginekološko porodniški oddelek

**OBVESTILO PATRONAŽNI  
MEDICINSKI SESTRICI<sup>1</sup>**



v zdravstvenem zavodu :  
.....

**1. PODATKI O OTROČNICI :**

Ime in priimek : ..... Datum rojstva : .....  
Bivališče : .....

**2. V ČASU HOSPITALIZACIJE SO BILI DOSEŽENI NASLEDNJI<sup>2</sup> :**

- končni negovalni cilji :

.....  
.....  
.....  
.....

- delni - fazni negovalni cilji :

.....  
.....  
.....  
.....

**3. PRIPOROČILO ZA NEGOVALNE AKTIVNOSTI DOMA :**

.....  
.....  
.....  
.....

Za vse dodatne informacije v zvezi z nego otročnice in novorojenčka je dosegljiva višja medicinska sestra na telefonski številki ..... interna .....

Celje .....199..

Poročilo izpolnila :

.....  
.....

5. (Priloga št. 5) »OBVESTILO PATRONAŽNI MEDICINSKI SESTRICI«

<sup>1</sup> datoteka : odpotr ; negovalni list št. 4

<sup>2</sup> končni in fazni cilji so opisani za vsako življenjsko aktivnost z vidika dosežene stopnje odvisnosti od druge osebe (MS, svojci) oz. sposobnosti za popolno samooskrbo otročnice oz. pri negi novorojenčka.

## Zaključek

Statistično poročilo, ki smo ga izdelali po 6-mesečni poskusni uporabi projekta, je potrdilo:

- da nam projekt omogoča zavestno usmerjeno, strokovno, varno in kakovostno zdravstveno nego otročnic;
- da je mogoče dobljene rezultate uporabiti v raziskovalne namene;
- da je optimalno olajšano delo medicinskim sestram pri izvajanju zdravstvene nege otročnice po procesni metodi dela.

V tem obdobju smo spremljali 60 porodnic oziroma otročnic v 210 negovalnih dneh.

## Literatura

1. Gordana Fučkar. Proces zdravstvene nege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.

2. Mortensen RA, Nielsen GH. Concerted action TELENURSING. Copenhagen: Danish Institute for Health and Nursing Research, november, 1994.
3. Skupina soavtoric Kolaborativnega centra SZO za primarno zdravstveno nego v Mariboru. Maribor: Negovalne diagnoze – uvod v študij negovalnih diagnoz, junij 1993.
4. Markovič M. Misija, filozofija, strategija in cilji zdravstvene nege bolnic in varovank na Ginekološko-porodniškem oddelku v Splošni bolnišnici Celje v letu 1997. Celje, januar 1997.
5. Salvage J. Nursing in action – strengthening nursing and midwifery to support health for all. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1990–1992; 24–7.
6. Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Predlog zakona o zdravstveni negi. Ljubljana, julij 1997.
7. Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana, 1994.
8. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A Joint WHO/UNICEF Statement, Published by WHO, 1211 Geneva, 1992. Celje, januar 1999.

V projektne skupini so sodelovale še: Ana Justin, Zdenka Oblak in Vida Purnat.

Milica Markovič, vms,  
svetovalka za ginekološko porodniško  
zdravstveno nego,  
Splošna bolnišnica Celje

## BOLNIKOVI SVOJCI SO V STISKI – PONUDIMO JIM ROKO

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki pogosto menimo, da nam bolnikovi svojci ne želijo pomagati, namenoma rušijo red na oddelku, včasih celo, da nam kljubujejo. Zaradi teh občutkov je sodelovanje z bolnikovimi svojci slabo, kar bolniku in svojem pušča grenke spomine na negovalno osebje, zdravljenje, oddelek in bolnišnico. Slabo sodelovanje bolnika, svojcev in negovalnega tima pa pri doseganju zdravja pomeni tudi slabše rezultate. V želji, da bi lahko vzpostavili tudi s svojci bolnikov tople in prijazne odnose, kakor tudi prijazno in poučno zdravljenje za bolnika in svojce, sem razmišljala, čemu neustrezne reakcije svojcev, in prišla do spoznanj, ki so zapisana v nadaljevanju prispevka.

### Uvod

Naše življenje je stekano iz bolj ali manj lepih dogodkov – tako prvi kot drugi pa nas lahko privedejo v bolnišnico in nam ostanejo v trajnem spominu. Kontaktna kultura negovalnega osebja v času hospitalizacije pri bolniku in njegovih svojcih lahko rodi zaupanje, občutek varnosti, spoštovanje ali pa hud odpor in nezaupanje do negovalnega osebja in zdravljenja nasploh. Ljubečim svojcem (kakor tudi bolniku) je tem težje, čim bolj v njih prevladujejo tesnoba, občutki krivde in negotovost. Najpomembnejši način izkazovanja pozornosti je poslušanje, zato bolniku in svojem ob prihodu v bolnišnico posvetimo dovolj časa, da bi jim znali in zmogli pomagati. Ob hospitalizaciji bolnika katerekoli

starosti in s kakršnokoli boleznijo sta v enaki meri čustveno prizadeta bolnik kot tudi njegov svojec. Nemalokrat je bolnikov svojec bolj prizadet, prestrašen in obupan kot bolnik sam; predvsem takrat, kadar bolnik za svojo bolezen ni kritičen, so svojci tisti, ki se ne znajdejo prav in potrebujejo »intenzivno nego utrujene duše«. Svojci ob sprejemu bližnjega v bolnišnico občutijo krivdo za nastanek bolezni, skrb ob bolezni, strah pred trpljenjem bližnjega, morda bojazen pred izgubo in nenazadnje strah, da sami bolnemu ne bodo več zmogli nuditi ustrezne nege. Za bolnika je od sprejema v bolnišnico naprej strokovno prav gotovo poskrbljeno po najboljših močeh. Svojci bolnika puščajo za varnimi vrati bolnišnice in domov odhajajo s težkimi občutki krivde, strahu, nemoči in včasih tudi sramu.

V bolnišnici zdravstveni delavci bolnika nekako vzamemo svojcem in smo prepričani, da zanj znamo najbolje skrbeti prav mi. Pozabljamo, da so svojci pred sprejemom v bolnišnico živeli z bolnikom vrsto let, morda celo več desetletij in ga zato vsekakor najbolje poznajo. Nesporno so nam informacije o bolniku in njegovih navadah temeljna spoznanja, na katerih gradimo pričakovanja in postopke zdravstvene nege. Bolnika nismo posvojili, nekoč se bo vrnil k svojim domačim in prav je, da njegovi najbližji aktivno sodelujejo v procesu rehabilitacije, da bi se dodobra seznanili z vsemi boleznimi njihovega svojca in ga tako znali kasneje tudi negovati. Uspešno zdravljenje bolnika, kjer ne bo nepotrebnih preiskav (ker jih je morda že opravil), kjer bo rehabilitacija bolnika takšna, da bo dobro funkcioniral v



domačem okolju in bodo svoji kos nastalim spremembam v življenju njihovega svojca, zahteva dobro sodelovanje svojcev s celotnim negovalnim timom. Za vzpostavitev dobrega odnosa med zdravstvenimi delavci in svojci bolnika moramo le-tim nuditi razbremenitev ob problemu, razumevanje njihovih težav, dati informacije o bolezni in jih s tem naučiti negovati bolnika ter svojce bolnika aktivno vključevati v proces rehabilitacije.

### Razbremenitev

Doma je boj z boleznijo včasih lahko dolg in hud, preden svojci bolnika pripeljejo k zdravniku in v bolnišnico. Mnogi svojci se sprašujejo, kaj so storili napak, da je ravno njihov najbližji zbolel, iščejo krivdo pri sebi, so osebno prizadeti, jih je strah, ker imajo radi svojca, pa mu ne znajo in ne morejo pomagati. Morda je domače preprosto sram bolezni, morda so v težki socialni stiski. Včasih opazim, kako so svojci prav izmučeni ob bolezni najbližnjega in nekako z olajšanjem puščajo bolnega svojca za varnimi vrati bolnišnice. Bolnik in svojci se bojijo, kaj jim bo bolezen prinesla, ker je ne poznajo. Ne znajdejo se prav, kar rodi drobne nerodnosti. Pojavi se notranji signal, imenovan strah, ki opozori osebo da se je znašla v okoliščinah, za katere so premalo pripravljeni in presegajo njihove zmožnosti. Nemalokrat so svojci preprosto skrušeni in potrebujejo topel stisk roke, preprosto priznanje, da so ravnali prav, ko so bolnika pripeljali v bolnišnico, in naš čas, da bi svojo težavo lahko izlili na plano in jo tako zmanjšali.

Svojcem bolnika pokažemo naklonjenost, sprejetost in spoštovanje s toplim, iskrenim stiskom roke. Prav ta stisk roke, ponujen stol in čas, ki jim ga namenimo, ne glede na ostalo (neurgentno) dogajanje v oddelku pa nam ob naslednjem obisku svojcev pomeni pričetek dobrega sodelovanja.

### Razumevanje

Topel, prijazen sprejem, pomoč in razumevanje v času telesne in duševne stiske rodijo večje zaveznitvo in prijateljstvo, zato je odnos medicinske sestre do bolnika in njegovih svojcev v tem trenutku najpomembnejši. To je čas, ko s profesionalnim in toplim sprejemom bolnika in svojcev lahko največ pridobimo. Bolnik in njegovi svojci nam bodo zaupali. Kakovostno in učinkovito zdravstveno nego lahko zagotavljamo samo z dobrim medsebojnim sodelovanjem bolnika in svojcev s celotnim negovalnim timom (zdravnik, medicinska sestra, delovni terapevt, fizioterapevt in socialna delavka). Pomembno je, da tako bolniku kot svojcem vedno govorimo resnico in jim ne obljublamo stvari, ki jih ne bomo mogli uresničiti.

Iz svojih izkušenj menim, da mora vsakega bolnika sprejeti oddelčna medicinska sestra. Sama vedno sprejem bolnika in njegove svojce (če so prisotni), se predstavim (da bi me znali poiskati) in jim ponudim roko. Skupaj z bolnikom in svojci naj oddelčna medicinska sestra ob tej priložnosti tudi naredi načrt zdravstvene nege. V času, ki ga bo medicinska sestra namenila za pogovor z bolnikom in svojci, bo bolnika spoznala, se seznanila z njegovimi navadami, potrebami, načinom življenja doma in morebitnimi težavami. Vzpostavila bo lahko pristen in dober stik z njim in svojci. Bolniku in svojcem moramo pokazati, da so dobrodošli, sprejeti, da smo njihovi zavezniki, kar sama storim tako, da jim namenim svoj čas, da bi jim v pogovoru olajšala probleme.

### Zdravstvena vzgoja

Sama sem bila deset let koterapevt v klubu zdravljenih alkoholikov. Nešteto sem se srečevala z ljudmi, ki o bolezni niso želeli vedeti nič, saj so bili prepričani, da se to njih prav nič ne tiče, da se bolezen njih ne bo dotaknila. Ko pa bolezen pride bliže k nam, k našim sorodnikom ali celo v našo družino, pa bi vsi želeli vedeti o tej bolezni čimveč, o zaščiti pred njo, o zdravljenju in o rehabilitaciji. Prav to je najdragocenejši čas za zdravstvene delavce, ko se svojci zanimajo za učenje o bolezni in ni to le naša želja, in ta čas moramo s pridom izkoristiti. Medicinska sestra lahko s preprostimi besedami pove čimveč o bolezni s stališča zdravstvene nege in s tem pripomore, da bodo bolezen bolje razumeli, izgubili strah in odpor pred neznanim in znali sodelovati v procesu rehabilitacije bolnika. Oddelčna medicinska sestra bo v nadaljevanju zdravljenja tista, ki bo svojcem dajala podatke in informacije s področja zdravstvene nege; saj prav ona najbolje pozna bolnika in njegove osnovne potrebe, kot so hranjenje, spanje, morda izločanje, potreba po bližini, bolečina in strah.

Včasih svojcem pač ne morem povedati vsega prvič, in si kopice informacij tudi ne morejo zapomniti. Iz nevednosti se zgodijo drobne nerodnosti, ki so lahko celo nevarne za bolnika ali sobolnike (kot je hranjenje, prinašanje predmetov in podobno). Izkušnje kažejo, da še tako izobraženi svojci, pogosto celo zdravstveni delavci, ob bolezni svojca reagirajo povsem čustveno in pozabijo svoje strokovno znanje. Menim, da se takšno neustrezno ravnanje svojcev pojavi predvsem zaradi zanikovanja problema, kadar svojci namreč ne verjamejo ali pa preprosto nočejo sprejeti bolezni. Spomim se, kako sem bila sama kot svojec v bolnišnici in sem bila sila nebogljen, prav nič se nisem znašla, vprašati pa tudi nisem upala, ker nisem vedela, kaj je prav. Prav vsi svojci potrebujejo suport in korektno podajanje informacij o aktualni bolezni ali pa vsaj osvežitev znanja in seznanjanje z novostmi ali morda našimi izkušnjami.

Zaželela sem si, da bi svojcem lahko ponudila v pisni obliki nekakšno informacijo o oddelku, o bolezni in jih opozorila na tveganja, zato sem takšna navodila tudi pripravila.

Menim, da bi moral imeti vsak oddelk brošuro ali preprosto zloženko, ki bo dala svojcem vse pomembne informacije, kot so: naslov klinike in oddelka, telefonsko številko, ime in priimek oddelčnega zdravnika in oddelčne medicinske sestre, kakor tudi imena ostalih strokovnih sodelavcev, ki bodo pri rehabilitaciji sodelovali, čas, primeren za obiske pri bolniku, kdaj lahko dobijo informacije o zdravju in kdaj o zdravstveni negi bolnika, kaj mu lahko prinesejo na oddelk. Zloženko bi svojci odnesli domov in v miru prebrali. Menim, da bi svojci ob prebiranju doma ugotovili, da nas utegne še kak podatek zanimati in bi ga zdravniku ali medicinski sestri povedali ob prvem naslednjem obisku. Zaradi stisk, sramu in bojazni ob bolezni, ki je ne poznajo, in tudi zaradi pripravljenosti spremeniti način življenja sebi v prid so bolniki in svojci zelo željni informacij. Ljubeči svojci si prizadevajo naše informacije o bolezni in varovanju zdravja tudi najbolje uporabljati in zaradi navedenih dejstev zdravstveni delavci ne smemo zamuditi tega časa za izobraževanje svojcev.

### Sodelovanje

Bolnikje iz domačega, ljubečega okolja prišel v bolnišnico za krajši ali daljši čas, a moramo se zavedati, tako zdrav-

stveni delavci kot njegovi domači, da se bo nekoč tudi verjetno vrnil nazaj domov. Zato moramo pomagati ohranjati pristne družinske vezi, tako da po nepotrebnem ne omejujemo obiskov. Bolnika v vseh pogledih poznajo najbolje prav njegovi domači, kar nam lahko v veliki meri koristi tako pri načrtovanju zdravstvene nege kot tudi pri diagnostičnih postopkih. Da bi svojci pridobili čimveč informacij tudi o boleznih, ki jih ne zdravimo na naši kliniki, sem na podlagi dogovora z oddelčnim zdravnikom poprosila svojce, da sami spremljajo bolnika na pregled k zdravniku specialistu izven naše klinike. Svojci tako (če bolnik sam ne zna več ali ne zmore) lahko povedo podatke o pričetku bolezni, morda tudi o pojavljanju bolezni pri drugih članih družine, povedo, katere preiskave je bolnik že opravil in izvide tudi prinesejo s seboj, morda tudi vedo, kako je bolnik na določena zdravila reagiral. Hkrati lahko svojci zdravnika specialista povprašajo vse o bolezni in negi bolnika za čas po vrnitvi domov. Menim, da je to najboljša pomoč, ki jo k prijaznejši, boljši in hitrejši rehabilitaciji bolnika lahko prispevajo svojci. Kadar je potrebno, se skupno z bolnikom lahko odločijo za nadaljevanje zdravljenja bolezni in ohranjanja preostalega zdravja. Hkrati bolnik dolgo čakanje na pregled preživi ob tolažbi ljubečega svojca. Mnogi svojci so veseli, ker so aktivno vključeni v proces zdravljenja, lahko poznajo podrobnosti o svojem bolniku in se učijo, kako ga bodo negovali

doma, ali pa, kaj bo potreboval in na kaj je treba paziti v domu starejših občanov.

Svojci, ki živijo z bolnikom in bodo zanj skrbeli tudi po vrnitvi domov, so pomemben člen rehabilitacijskega procesa. Če bomo svojce bolnika poučili, kako najlažje obvladovati spremembe, bolezen in sprejemati drugačen način življenja bolnika, se bodo s spremembami soočali postopno, jih tega ne bo strah, sram in bodo uspešni. Svojci se tako ne bodo vprašali, ali so res oni tisti, ki morajo skrbeti za bolnika, ampak se bodo oboroženi z znanjem, junaško in samozavestno lahko srečali z boleznijo, ki je njim in bolniku spremenila način življenja.

### Literatura

1. Scott Peck M. Ljubezen in duhovna rast. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga, 1993.
2. Milivojevič Z. Psihoterapija i razmevanje emocija. Novi Sad: Prometej, 1993.
3. Anon. Bolniki niso razstavni primerki. Ljubljana: Dnevnik: 16. 4. 1999.
4. Vassiliki AL. Herojstvo kot vrednota v zdravstveni negi. Ljubljana: Obzor Zdr N 1998; 3-4:139-44.
5. Urbančič K. Komunikacija s starši prezgodaj rojenega otroka v enoti INT. Ljubljana: Obzor Zdr N 1998; 3-4:155-66.
6. Kisner N, Rozman M, Klasinc M, Pernat S. Maribor: Založba Obzorja, 1998: 400-1.

Milena Marinič, vms,  
specialistka psihiatrične zdravstvene nege,  
Psihiatrična klinika Ljubljana

## STRESORJI UČENCEV PRI URAH PRAKTIČNEGA POUKA NA BOLNIŠKEM ODDELKU

Stresnim situacijam na delovnem mestu se ne moremo izogniti. Kako znamo premagovati stres, pa je pogosto stvar posameznika. Na bolniškem oddelku je stresorjev veliko, in ko razmišljamo o svojih, pozabljamo na šolarje, bodoče zdravstvene tehnike, ki so nekaj ur dnevno z nami v delovnem procesu.

Podatki, ki sem jih dobila na majhnem vzorcu učencev četrtega letnika zdravstvene šole, pa nas vseeno silijo k razmišljanju.

### Anketa

Zanimalo me je, kaj učence najbolj obremenjuje pri praktičnem pouku na bolniškem oddelku. Izvedla sem anketo med 43 učenci obeh četrth letnikov Zdravstvene šole v Novi Gorici. Postavila sem jim dve vprašanji:

- Kaj je pri vajah na bolniškem oddelku delovalo name najbolj stresno?
- Kako sem stresno situacijo reševal-a?

Na prvo vprašanje so učenci točkovali stopnjo stresnosti situacije z 1 do 5 točk, pri čemer je bila 1 najmanj stresna situacija, 5 pa najbolj. Na drugo vprašanje vsakega sklopa so učenci odgovarjali z da ali ne.

### Rezultati ankete in interpretacija odgovorov na prvo vprašanje

Ker je bilo to prvo vprašanje središče mojega zanimanja, se bom vanj bolj poglobila. Pri prvem vprašanju so učenci navedli stresne situacije v naslednjem vrstnem redu glede na moč stresa:

- Srečanje z umirajočimi in umrlimi.
- Srečanje s hudo bolnimi in poškodovanimi.
- Stiki z učiteljem – mentorjem praktičnega pouka.
- Urgentni posegi.
- Stiki z osebjem.
- Stiki z bolniki.

### Srečanje z umirajočimi in umrlimi

Zagotovo so dileme prvih dveh odgovorov za mladega človeka hudo obremenjujoče. Večina srednješolcev se z umiranjem in smrtjo le ne sreča do poznih srednjih let, ko imajo že širše poglede na življenje in s tem tudi na smrt. Učenci zdravstvene šole se z umirajočimi in umrlimi srečajo konec tretjega in v četrtem letniku, se pravi v starosti 17 oziroma 18 let. Mladostnik ima tedaj še veliko težav s samim seboj, zato mu ta stresna situacija zagotovo pušča določene posledice.

### Srečanje s hudo bolnimi in poškodovanimi

Močno jih prizadenejo tudi hudo bolni in poškodovani, saj si glede na pridobljene izkušnje in znanje v tem času še ne morejo razlagati možnih izidov.

### Stiki z učiteljem – mentorjem

Kot tretji obremenjujoč dejavnik so učenci navedli učitelje. Praktični pouk na bolniškem oddelku je voden, v skupinah je od 9 do 12 učencev. Učitelj izpeljuje učni načrt, usklajuje delo med učenci, zaposlenimi in bolnikom. Upoštevati mora bolnikove pravice do zasebnosti, intimnosti, in ga seveda zaščititi pred napakami učencev.

Katerikoli poseg, opravljen na bolniku (na primer previjanje ran, dajanje injekcij), je »javen«. Ko bolnik privoli, da mu učenec na primer previje rano, je učitelj v tem trenutku tudi bolnikov varuh in zato skrbno nadzoruje delo učenca. Če učitelj predvideva, da učenec posega ne bo opravil pravilno, mora takoj poseči v dogajanje in napake preprečiti. Delo pod stalnim nadzorom pa je resnično utrudljivo, a žal se mu pri teh vajah ne moremo izogniti.

### Urgentni posegi

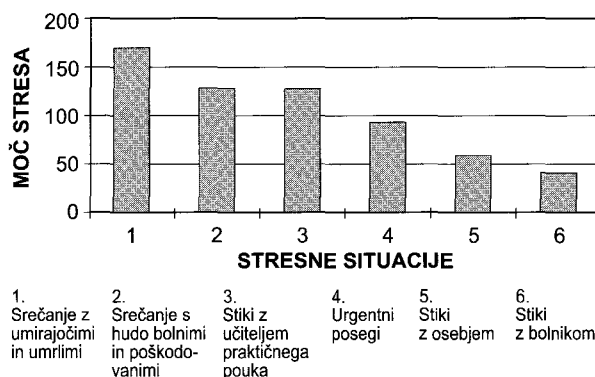
Urgentni posegi bi sicer lahko spadali tudi v prvo skupino, vendar so učenci pri njih prisotni, rezultat vidijo takoj, zato jim je malo lažje. Tako je na primer pri reanimaciji – bolnika so uspešno oživljali in odpeljali v intenzivno enoto. Uspešnost oživljanja pa je gotovo zadovoljstvo vseh, ki pri tem sodelujejo.

### Stiki z osebjem

Stiki z osebjem oddelka so različni in so vezani na samo dogajanje na oddelku. Seveda so razlike med posameznimi zaposlenimi, učenci pa jih prav gotovo občutijo. Nezadovoljstvo zaradi težkih delovnih pogojev, slabe finančne stimulacije in necenjenosti poklica pa se na učenca hitro prenesejo.

### Stiki z bolniki

Najmanj obremenjujoči so za učence stiki z bolnikom. Bolniki jih večinoma lepo sprejemajo, ker vedo, da so to učenci, in jih moralno podpirajo. To je prav gotovo svetla



Sl. 1. Odnos med stresno situacijo pri praktičnem pouku in močjo stresa.

točka njihovega izobraževanja, saj se pravzaprav učijo za delo s človekom – bolnikom.

### Rezultati in interpretacija odgovorov na drugo vprašanje

Morda pa so bolj zaskrbljujoči podatki o načinu reševanja stresa. Približno tretjina jih na neprijetnosti kmalu pozabi. Ostalim pa se dogodki pogosto vračajo v spomin.

Veliko učencev primerja bolezenske znake hudo bolnih s svojimi zdravstvenimi težavami ali težavami njihovih svojcev. Pogosteje razmišljajo o smrti kot o procesu življenja. To pa je odpiranje novega stresa, ki mu učitelji nismo kos. O posameznih dogodkih se sicer z učenci pogovorimo in jim razložimo, vendar učenec potrebuje v tej starosti paleta pogledov na življenje, ki jih nato sestavlja v sebi lastno marnico, s katero bo lahko in moral živeti.

### Sklep

Anketa, ki sem jo izvedla, je obravnavala tudi stresorje v razredu, pri pouku, ter primerjavo z močjo stresa pri praktičnem pouku. Pokazalo se je, da je stresnost pri vajah praktičnega pouka večja od stresnosti v razredu. In ker so učenci zdravstvenih šol izpostavljenih dvojnemu stresorju, pomislimo na to vsakokrat, ko jih srečujemo na bolniških oddelkih, in jim bodimo z izkušnjami in znanjem v čim večjo oporo.

Valerija Seljak, vms,  
učiteljica zdravstvene nege,  
Srednja strokovna in poklicna  
zdravstvena šola Nova Gorica,  
Delpinova 9, 5000 Nova Gorica

## ZDRAVSTVENA NEGA OTROKA Z BOLEČINO

### Uvod

Zdravstvena nega otroka z bolečino je v veliki meri odvisna od opazovanja in pravilnega ukrepanja oseb okoli otroka. To je zelo pomembno, ker le tako lahko otroku ustrezno in pravočasno pomagamo. Prednost pri zdravstveni negi ima procesna metoda dela.

Opisana negovalna diagnoza je pomemben pripomoček pri načrtovanju individualne zdravstvene nege.

### Kako nastane bolečina?

Na koži je razvit tako imenovan nociceptivni sistem. Prek tega zaznamo bolečino, ki je površinska ali globlja. Površinsko bolečino lažje lokaliziramo... »Vzrok za nastanek bolečine je pogosto v perifernem živčevju. Dojemanje bolečine nastaja na podlagi informacij, ki v obliki živčnih impulzov potujejo prek aferentnih niti do osrednjega živčevja. Te niti imenujemo nociceptivne niti, ker so specializirane za prenos bolečinskih informacij.« (Szepessy N. 1997, str.19) Te informacije pa se razlikujejo po hitrosti prevojanja.

### Kaj je bolečina in kako jo blažimo?

Bolečina je simptom, ki opozarja, da je v telesu nekaj narobe in včasih pomaga odkriti bolezen, ki jo je povzročila. Kljub temu pa je bolečina neprijetno doživljanje in je lahko tudi škodljiva, zato jo je treba ublažiti in če je mogoče popolnoma odstraniti. Zoper bolečine uporabljamo različne analgetike. Bolečino lahko označimo tudi kot osebno doživljanje neprijetne čustvene izkušnje iz preteklosti. Lahko so različne: krčevite, pekoče, zbadajoče, stalne, v napadih, omejene na neko področje, razširjene ali izžarevajoče...

### Kaj pomeni bolečina otroku?

Tudi otroku pomeni bolečina neprijetno izkušnjo, ki je lahko nova ali pa ne. Rad bi se je rešil, pa pogosto ne ve kako (na primer: praskanje ušesa pri otitisu). Pomembno je seveda upoštevati otrokovo starost, da lahko bolečino sploh odkrijemo. Opazujemo:

- fiziološke parametre, torej srčni utrip, dihanje, znojenje...
- otrokovo vedenje, kot je jok, izraz obraza, gibanje telesa, dotikanje rane, brcanje, verbalni odgovor...

Pri nedonošenčkih in novorojenčkih opazujemo predvsem izrazno mimiko, jok, gibanje telesa in spremembe fizioloških parametrov. Vse to je manj izraženo pri nedonošenčkih in raste vzporedno z gestacijsko starostjo.

Najpomembnejše je upoštevati mnenje tistih, ki za takega otroka skrbijo (starši, medicinske sestre).

### Proces zdravstvene nege otroka z bolečino

Negovalna anamneza je pisno poročilo o podatkih, ki so pomembni za poznavanje in razumevanje otrokovih potreb po zdravstveni negi in obsega:

- osnovne podatke,
- funkcionalno stanje,
- pregled zdravstvene dokumentacije,

- pogovor s starši,
- pogovor s člani negovalnega tima,
- pogovor z drugimi zdravstvenimi delavci (drug oddelek, druga ustanova...).

Na podlagi zbranih podatkov, analize funkcionalnega stanja in ustrezne dokumentacije ugotavljamo individualne negovalne diagnoze:

### Bolečina

#### Definicija:

Stanje, ko otrok doživlja neprijetno izkušnjo, ki je lahko nova ali pa tudi ne, in je posledica motnje v telesu. Ne more si pomagati sam.

#### Povzročitelji:

- poškodba,
- bolezen,
- psihična travma,
- nevrnomuskularne motnje,
- mišičnoskeletne motnje,
- kongenitalne malformacije.

#### Kazalci:

- pospešen srčni utrip,
- pospešeno in/ali plitvejšo dihanje,
- znojenje,
- povišana telesna temperatura,
- jok, stokanje,
- sprememba mimike obraza,
- dotikanje rane,
- brcanje,
- previdno obnašanje ob gibanju,
- verbalno izražanje bolečine,
- strah,
- motnje pri prehranjevanju in spanju.

#### Negovalni cilji:

- zmanjšanje bolečine,
- odstranitev bolečine.

Globalni cilj je zmanjšanje ali popolna odstranitev bolečine, posledično pa izboljšanje psihičnega in fizičnega stanja otroka.

Načrtovane negovalne intervencije, ki jih izvajamo pri otroku z bolečino, so postavljene individualno glede na posebnosti otroka: pogovorimo se s starši in z otrokom o opazovanju prisotnosti bolečine, otroka pestujemo, merimo in beležimo vitalne funkcije, damo ustrezno terapijo po naročilu zdravnika, otroka obračamo ali mu pomagamo v ustrezen položaj.

Sledita še tretja in četrta faza procesa zdravstvene nege, to je izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege. O tem, kakšne ukrepe bomo izvedli za zmanjšanje ali odstranitev bolečine, se odločimo timsko. Pri tem sodeluje zdravnik, medicinska sestra, ki za otroka skrbi, starši, če je potrebno pa tudi drugi strokovnjaki, kot na primer psiholog, pedopsihi-

ater... S tem se tudi sklene krog, saj na podlagi vrednotenja ugotavljamo nove ali stare negovalne diagnoze.

### Sklep

Bolečina otroku pomeni zelo neprijetno izkušnjo, ki si jo bo zapomnil zavestno ali podzavestno. Če bolečine ne olajšamo ali popolnoma odstranimo, kmalu zatem ko se je pojavila, je ta neprijetna izkušnja toliko bolj izražena. Lahko se tudi zgodi, da otrok nehote poveže bolečino in hospitalizacijo, kar pa pomeni veliko oviro pri morebitni ponovni hospitalizaciji. Zato je potrebno opazovanje, pravilno ocenjevanje in pravočasno ukrepanje.

### Literatura

1. Ackley JB, Ladwig GB. Nursing diagnoses handbook. St. Louis: Mosby, 1995: 221–2, 246–7.
2. Cesar-Komar M. Anatomija, mehanizmi prevajanja in moduliranja bolečinskih impulzov na ravni medule spinalis. V: Zbornik predavanj 1. Seminar o bolečini; 1997 junij 6–7; Zdravilišče Atomske toplice, Podčetrtek. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 1997; 39.
3. Medicinska enciklopedija / 1. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1980: 135.
4. Proces zdravstvene nege. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1993.
5. Szepešy N. Periferni mehanizmi nastanka bolečine. V: Zbornik predavanj 1. Seminar o bolečini; 1997 junij 6–7; Zdravilišče Atomske toplice, Podčetrtek. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 1997; 17–35.
6. Šarman M. Merjenje bolečine pri človeku. V: Zbornik predavanj 1. Seminar o bolečini; 1997 junij 6–7; Zdravilišče Atomske toplice, Podčetrtek. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 1997; 97–104.
7. Uvod v študij negovalnih diagnoz. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1993; 34–5.

Monika Pevec, vms,  
Otroški oddelek, EIT,  
Splošna bolnišnica Maribor,  
Ljubljanska 5, 2101 Maribor

## KLINIČNA SLIKA SRČNEGA POPUŠČANJA

Srčno popuščanje je pogost zaplet in končna stopnja vseh kroničnih bolezni srca. To je stanje, pri katerem srce (zaradi različnih vzrokov) ne zmore prečrpati dovolj krvi, da bi zadostilo potrebam organov, ali pa to zmore le ob povečanem polnilnem tlaku (povečanem tlaku v preddvoru). Običajno delimo srčno popuščanje na levo- in desnostransko. Popuščanje levega prekata in obojestransko popuščanje sta precej pogostejša od izoliranega popuščanja desnega prekata.

Glavni hemodinamični motnji sta torej previsok tlak v preddvoru, ki polni oslabei prekat in/ali premajhen minutni volumen srca (količina prečrpane krvi/minuto). Te značilnosti napovedujejo tudi klinično sliko, ki je ne glede na vzrok popuščanja podobna:

- **Visok tlak v levem preddvoru** (običajno visok pljučni zagoditveni tlak, t. im. »wedge«) se širi nazaj v pljučne vene in kapilare. Tekočina zato iz njih prestopa v intersticij, v hujših primerih pa vdira tudi v alveole – nastane intersticijski in nato alveolarni pljučni edem. Tekočina ovira difuzijo plinov med kapilarami in alveoli. Bolnik ima zato občutek težkega dihanja (dispnoa), kar je še posebej izrazito v ležečem položaju (ortopnoa). Ima občutek dušenja in diha pospešeno (tahipnoa). Tekočina lahko vdira iz alveolov tudi navzgor v dihalne poti, kjer se zaradi gibanja zraka peni. Bolniki s pljučnim edemom zato hropejo in izkašljejuje obilo penastega, krvavkastega sputuma.
- **Visok tlak v desnem preddvoru** (visok CVP) se kaže z visoko polnjenimi vratnimi venami in z višjim tlakom v venah trebuha (kar povzroči nabrekla, povečana jetra in ascites) in v venah spodnjih okončin (zato edemi glež-

njev in goleni). Pozitiven bo t. im. hepatojugularni refluks: če z dlanjo za nekaj sekund plosko pritisnemo na trebuh, se bo zgornja meja pulzacij vratnih ven dvignila vsaj za 3 cm.

- **Premajhen minutni volumen srca** ne zadostuje za oskrbo tkiv v telesu. Bolnik občuti splošno mišično šibkost, ni sposoben fizičnih naporov. Sprožijo se refleksni mehanizmi, ki preusmerjajo tok krvi k najpomembnejšim organom. Arterijski pulz je na okončinah zato včasih težje zatipati. Aktivacija simpatičnega živčevja in adrenergičnega hormonskega sistema povzroči tahikardijo in nemir, v koži pa vazokonstrikcijo in znojenje (bolnik je bled, hladen in poten). Dolgoročno pride do zadrževanja soli in vode v organizmu.

Zdravnik bo pri telesni preiskavi poleg opisanega iskal še značilno obliko arterijskega pulza (pulsus alternans), razširjen in podaljšan udarec srčne konice, tretji srčni ton, pri avskultaciji pljuč pa poke med vdihom.

Hudo obliko levostranskega srčnega popuščanja – *pljučni edem* – bomo spoznali po ekstremni dispnoji, izkašljevanju penastega, rožnatega sputuma, cianozi, hladni in potni koži ter strahu bolnika, da se bo zadušil. Pri akutnem popuščanju srca se lahko klinična slika razvije v nekaj minutah. Nezdravljeni ali neuspešno zdravljeni bolnik lahko umre v pol ure. Majhen minutni volumen srca pospeši utrujenost dihalnih mišic, kar hipoksemijo (pomanjkanje kisika v krvi) še poglobi. Če oskrba s kisikom ne zadovoljuje več potreb možganov, postane bolnik somnolenten, nepriseben in na koncu nezavesten. Vdih postanejo kratki, hitri in plitki

(podihavanje), kar vodi v prenehanje dihanja. Ob tem se razvija tudi hipoksična bradikardija, ki vodi v asistolijo. Ukrepanje ob takem bolniku mora biti izjemno hitro. Velikokrat moramo začeti simptomatsko zdravljenje še pred natančnejšo diagnostiko. Bolnik pogosto ni sposoben podajati anamneze. Heteroanamneza ima zato ključni pomen pri ugotavljanju vzroka akutne odpovedi oziroma vzroka nenadnega poslabšanja kroničnega popuščanja.

*Od preiskavnih metod* je koristna rentgenska slika prsnih organov. Presežek tekočine v pljučih se bo kazal kot zasenčenja v intersticiju ali tudi v alveolah. Pri bolnikih s kroničnim srčnim popuščanjem lahko najdemo tudi plevralni izliv. Za natančno opredelitev srčnega popuščanja so potrebne meritve tlakov v srčnih votlinah. To naredimo s Swan-Ganzovim katetrom, ki nam omogoča tudi meritve minutnega volumna srca.

Najdba srčnega popuščanja je samo prvi diagnostični korak. Nujna je natančna anamneza (ali heteroanamneza) in celotni telesni pregled, da bomo lahko opredelili vzrok popuščanja. Simptomatskemu zdravljenju takrat pridružimo še vzročno. Pogosti vzroki so dolgotrajna arterijska hipertenzija, koronarna bolezen, bolezen srčnih zaklopk, kardiomiopatije. Nenadni nastanek srčnega popuščanja je najpogosteje posledica akutnega srčnega infarkta ali motnje srčnega ritma.

*Najpogostejše diagnostične težave* povzročajo okužbe dihal in poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB). Okužbe bomo spoznali po povišani telesni temperaturi, mrzlici, gnojnem izpljunku in topli koži. Na rentgenskem posnetku pljuč ni znakov dekompenzacije srca. KOPB

se pogosto poslabša prav zaradi okužbe. Diferencialno diagnostično je pomembna anamneza, znaki hiperinflacije pljuč in visoka vsebnost ogljikovega dioksida v arterijski krvi. Do diagnostične napake lahko pride tudi pri starostnikih, ki se niso sposobni učinkovito izkašljati. Dihajo hropeče in so včasih tudi somnolentni. Praviloma iz heteroanamneze izvemo, da se njihovo stanje slabša že več dni in ne nekaj ur, kot je to značilno za akutno srčno popuščanje.

### Sklep

Medicinska sestra ali zdravstveni tehnik naj poznata naslednje najpomembnejše simptome in znake srčnega popuščanja: dispnoa, ortopnoa, tahipnoa, tahikardija, hitra utrujenost ob naporu, cianoza, otekanje gležnjev in goleni. Zaradi podobnosti klinične slike zahtevajo posebno pozornost predvsem akutna okužba dihal, poslabšanje kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) in trahealno hropenje pri bolniku, ki se ne more izkašljati.

### Priporočena literatura

1. Berkow R, Fletcher AJ, Beers MH, eds. The Merck manual of diagnosis and therapy. Rahway: Merck research laboratories, 1992: 446–59.
2. Braunwald E, Collucci WS, Grossman W. Clinical aspects of heart failure: high-output heart failure; pulmonary edema. In: Braunwald E, ed. Heart disease. Philadelphia: W. B. Saunders company, 1997: 445–70.
3. Braunwald E. Heart failure. In: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, eds. Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw-Hill, Inc., 1994: 998–1009.
4. Horvat M. Srčno popuščanje. V: Kocijančič A, Mrevlje F, ur. Interna medicina. Ljubljana: EWO, 1993: 67–76.

Mag. Tom Ploj, dr. med.,  
Katedra za interno medicino,  
Medicinska fakulteta,  
Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Prof. dr. sc. Matija Horvat, dr. med.,  
Center za intenzivno interno medicino,  
Klinični center,  
Zaloška 7, 1525 Ljubljana

## POSTAJAJMO ODPRTI DO DRUGAČNEGA...

### Uvod

Prispevek je nastal kot rezultat študija, katerega nova spoznanja sem uspela praktično preizkusiti pri praktičnem poku skupaj z dijaki Srednje zdravstvene šole Juge Polak v Mariboru. Izkušnje so tiste, ki uspešno povezujejo teorijo in prakso, znanje, pridobljeno na izkustveni način, pa je mnogo bolj individualno določeno in enkratno. V prispevku predstavljam nekatere metode, s pomočjo katerih lahko razvijamo posamezne sposobnosti dijakov: simulacijo, burjenje du-

ha, skupinsko interakcijo, metodo igranja vlog, vaje gibanja, preučevanja primera. Različne metode še ne pomenijo stoddostnega doseganja ciljev, lahko pa nam pomagajo, da postajamo bolj odprti do drugačnega.

Za opravljanje svojega bodočega poklica in za življenje nasploh dijaki Srednje zdravstvene šole poleg strokovnega znanja in splošne razgledanosti potrebujejo tudi dodatne sposobnosti, kot so prilagajanje novim okoliščinam, zmožnost sodelovanja, dovtetnost zase in za druge, obvladovanje komunikacijskih spretnosti, iznajdljivost v novih, nepredvid-

ljivih okoliščinah, za katere ni vnaprej predvidene rešitve, kreativnost, ustvarjalnost...

Izkustveno učenje spodbuja pridobivanje teh sposobnosti. Po Kolbu, enem največjih teoretikov tega področja, je izkustveno učenje vsako učenje v neposrednem stiku z realnostjo, ki jo preučuje, oziroma je proces, v katerem se ustvarja znanje s pretvorbo (transformacijo) izkušnje.

Izkustveno učenje je v ZDA že od šestdesetih let naprej vse pogostejše. V zadnjem času pa tudi pri nas narašča ponudba izkustvenega učenja v obliki različnih dinamičnih treningov za učitelje, nevrolingvističnih programiranj (NLP), sprostitvenih treningov, seminarjev »superučjenja«, mladinskih delavnic in drugega.

Izkušnje kažejo, da izkustveno učenje povezuje teorijo in prakso, praksa, ki ni oplemenitena s teorijo, je le rutina.

Na izkustveni način pridobljeno znanje je bolj individualno opredeljeno, torej bolj enkratno za posameznika, hkrati pa spodbuja razvoj posameznikove osebnosti.

Zato se izkustveno učenje oz. izkustveni način poučevanja vedno bolj seli tudi v šolske učilnice, spodbuja notranjo motivacijo učencev za pouk in vsebine, pa tudi boljše pozornjenje novih vsebin. Preteklo šolsko leto sem v pouk predmeta zdravstvene nege in prve pomoči in k drugim didaktičnim metodam priključila tudi metode izkustvenega učenja. Med šolskim letom sem pri dijaki opazila večjo motiviranost za predmet, dijaki so pouk označili za bolj zanimiv in privlačen, za. učenje doma pa so porabili manj časa.

Moj namen ni opisati tehnike in metode izkustvenega učenja, pač pa informirati, katere sposobnosti lahko pri dijaki spodbujamo ali razvijamo z metodami izkustvenega učenja.

Tematika in izbrane metode so bile v soglasju s snovjo, ki je predpisana v učnem načrtu. Za ilustracijo navajam primer: Pri učni temi, kjer dijaki spoznavajo posebnosti starostnika in zdravstveno nego starostnika, sem uporabila metodo strukturne vaje – burjenje duha, ker s prav to metodo pospešujemo proces samozavedanja in razmišljanja o samem problemu.

Naša družba se stara... odrinjenost starostnikov na socialni rob... vloga klasične družine, kjer je starostnik spoštovan član družine, se izgublja... vsi se staramo... so le utrinki ugotovitev, do katerih so prišli dijaki spodbujeni k razmišljanju z metodo burjenja duha. Dijaki so zaznali problem, o njem

so kritično razmišljali, zaznali pa so tudi sebe kot potencialnega starostnika, torej je vaja sprožila tudi proces samozavedanja.

Navajam, katere sposobnosti lahko razvijamo s posameznimi metodami izkustvenega učenja pri predmetu zdravstvena nega in prva pomoč:

**Simulacija** – Dijaki ponazorijo poskuse posnemanja realnosti. Poskušajo ponazarjati profesionalno vedenje, cilji in vedenje udeležencev niso vnaprej določeni. Metoda simulacije je uporabna pri spodbujanju ustvarjalnosti in eksperimentiranja.

**Strukturne vaje** – Burjenje duha, snežna kepa. Z vajami se spodbuja učenje spretnosti ali pospešuje proces samozavedanja in razmišljanja o posameznem problemu.

**Skupinska interakcija** – Prisotna je skupinska izkušnja, ki ima namen pospešiti samozavedanje, poznavanje sebe in drugih udeležencev skupine. Temeljno izkustvo so medsebojni odnosi.

**Metoda igranja vlog** – Metoda je primerna za socialno učenje. Dijaki se živijo v vlogo druge osebe in ravnajo tako, kot predvidevajo, da bi ravnala oseba, katere vlogo igrajo.

**Vaje gibanja** – Omogočajo sproščanje in samozavedanje, pospešujejo sodelovanje. Takšne vaje so dobrodošle med poukom, ko prehajamo z ene aktivnosti na drugo.

**Preučevanje primera** – Namen te metode je naučiti se odločati in delovati skladno z odločitvijo.

Zavedam se, da različne didaktične metode same po sebi še ne vodijo do zastavljenih ciljev, če v proces ni vključenih vseh »sedem skrivnosti« *dobre šole*, kot jih imenuje P. Brajša – ljubezen, možgani, motivacija, demokratično vodenje, tim in reflektirajoča komunikacija.

#### Literatura

1. Marentič-Požarnik B. Izziv raznolikosti; stili spoznavanja, učenja, mišljenja. Nova Gorica: Educa, 1995.

Lidija Žagar-Žnidarec, vms,  
učiteljica praktičnega pouka,  
Srednja zdravstvena šola Juge Polak,  
Maribor