

## PRIKAZ IZVAJANJA TEČAJEV TEMELJNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA IN REZULTATI RAZISKAVE O POMEMBNOСТИ IZVAJANJA TEČAJEV, OPRAVLJENE MED MEDICINSKIMI SESTRAMI

### Uvod

V SB Celje že sedem let izvajamo tečaje temeljnih postopkov oživljanja (TPO) za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. V tem obdobju (do 2. 2. 2001) se je tečaja udeležilo **971** tečajnikov.

Del tečaja je posvečen dodatnim postopkom oživljanja s posebnim poudarkom na uporabi dodatnih sredstev za vzdrževanje dihanja in cirkulacije ter za seznanitev z defibrilatorjem in defibrilacijo.

Zadnji dve leti posvečamo več pozornosti organizaciji in timskega delu vseh članov ter zadolžitvam posameznika pri poteku reanimacije.

Tečaj vodita zdravnik, specialista anesteziologa in reanimatologa, ki imata znanje in izkušnje s praktičnim izvajanjem reanimacije ter znanje in izkušnje s poučevanjem.

Julija 2000 smo v SB Celje med medicinskimi sestrami izvedli raziskavo. Njen namen je bil ugotoviti, ali medicinske sestre čutijo potrebo po poznavanju temeljnih postopkov oživljanja pri svojem delu. Rezultati raziskave so pokazali, da medicinske sestre čutijo potrebo po izvajanju tečajev TPO, da si želijo obnovitvenih tečajev, ki bi pripomogli k večji samozavesti in da čutijo negotovost pri odločitvi, kdaj pričeti z izvajanjem TPO.

Ali je potrebno poučevanje temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja (DPO)? Med osnovno znanje vsakega zdravstvenega delavca sodi tudi poznavanje temeljnih postopkov oživljanja. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki pridobijo v času šolanja veliko teoretičnega znanja, vendar imajo zamaglano predstavo o praktičnem izvajanju temeljnih postopkov oživljanja. Takoj po opravljenem pripravništvu pa od njih pričakujemo, da so v vsakem trenutku sposobni pravilno oceniti kritično stanje bolnika in pričeti z izvajanjem TPO.

### Začetki izvajanja tečajev

Pred sedmimi leti smo na željo medicinskih sester kirurških oddelkov pričeli z organiziranjem tečajev TPO ob upoštevanju standardov Ameriškega kardiološkega združenja (AHA) in Evropskega združenja za reanimacijo (ERC). Naš namen je bil približati znanja iz TPO vsem medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom in s tem zmanjšati strah pred neznanim.

Od leta 1994 do 2001 (2. 2. 2001) smo organizirali 47 tečajev. Od tega so bili: 4 tečaji TPO z dodatnimi postopki oživljanja otrok (l. 1999 in 2000), ki se jih je udeležilo 61 medicinskih sester z otroških oddelkov in porodne sobe, 2 tečaja TPO in reševanja iz vode (l. 2000), ki se ju je udeležilo 22 kandidatov (medicinske sestre, fizioterapevti, reševalci iz vode) ter 1 tečaj za laike (vojaki na civilnem sluzenju v naši bolnišnici), ki se ga je udeležilo 14 kandidatov.

### Organizacija tečajev

Tečaj traja 5 šolskih ur in je sestavljen iz treh delov:

- teoretični del,
- praktične vaje na lutkah,
- test.

Na željo medicinskih sester v teoretičnem delu poleg temeljnih postopkov oživljanja predstavimo tudi del dodatnih postopkov oživljanja s poudarkom na uporabi dodatnih sredstev za vzdrževanje dihanja in cirkulacije (maske, tubusi, ročni baloni, laringealne maske, infuzijske tekočine in uporaba osnovnih reanimacijskih zdravil) ter jih seznanimo z defibrilatorjem in defibrilacijo.

Zadnji dve leti smo posebno pozornost namenili organizaciji in timskega delu vseh sodelujočih pri reanimaciji, s posebnim poudarkom na zadolžitvah posameznega člana tima. Zaradi boljšega in bolj organiziranega izvajanja reanimacije smo po vzoru drugih velikih centrov v svetu izdelali shemo postavitve za vsakega člana reanimacijske ekipe, ki jo upoštevamo tudi pri praktičnem delu tečaja, ter natančno definirali dela in naloge vodje ekipe, zdravnikov, medicinskih sester (dve ali tri) ter pomožnega osebja. Definirana so dela in naloge posameznikov od sprejema bolnika, med samim potekom reanimacije, do predaje bolnika v nadaljnjo obravnavo.

Poseben poudarek smo posvetili nalogam medicinskih sester (če sodelujeta dve ali tri), jih natančno opredelili ter pokazali položaj (kje stoji med reanimacijo) za posamezno medicinsko sestro.

Po opravljenem teoretičnem in praktičnem delu sledi preiskus znanja. Za uspešno opravljen tečaj morajo kandidati doseči 80 % pravih odgovorov, ki jih v večini tudi dosežejo. Po uspešno opravljenem tečaju dobijo potrdilo o izobraževanju, ki šteje za napredovanje. Tečaj je že od leta 1994 prijavljen na Inštitutu za varovanje zdravja.

S podporo vodstva bolnišnice smo lani dobili nove lutke za izvajanje temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja odraslih in otrok. Izdelali in izdali smo tudi zloženko žepnega formata z osnovnimi napotki za izvedbo TPO otrok in odraslih. Zloženko dobi vsak udeleženec tečaja.

### Raziskava med medicinskimi sestrami

V SB Celje smo junija 2000 izvedli raziskavo, s katero smo želeli ugotoviti pomembnost poznavanja TPO za medicinske sestre.

#### *Namen raziskave*

Zanimalo nas je, ali se po opravljenem tečaju čutijo pripravljene za izvajanje TPO in če NE – zakaj ne, ter ali menijo, da bi bilo potrebno tečaje obnavljati in kako pogosto? Zanimalo nas je, ali bi obnovitveni tečaji pripomogli k večji samozavesti pri pristopu k izvajanju TPO, ali so se že znašli v okoliščinah, ko je bilo potrebno pričeti z izvajanjem TPO in ali so ustrezno ukrepali?

## Vzorec

Vzorec so predstavljale vse medicinske sestre in fizioterapevti, zaposleni v SB Celje.

Raziskovani vzorec so predstavljale medicinske sestre, ki so bile na delovnem mestu med 23. in 28. 6. 2000.

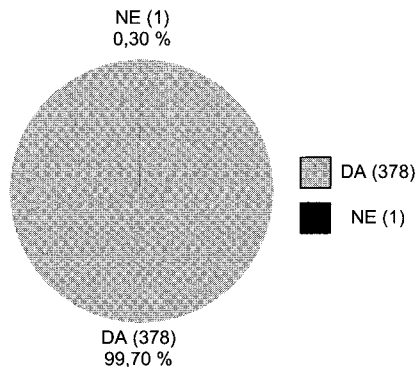
Podatke smo dobili na podlagi anketnega vprašalnika.

Število oddanih anketnih vprašalnikov je bilo 537, vrnjenih pa 379, kar pomeni 70,6 %.

V prvem delu vprašalnika smo dobili podatke o delovnem mestu, izobrazbi in delovni dobi.

## Rezultati raziskave

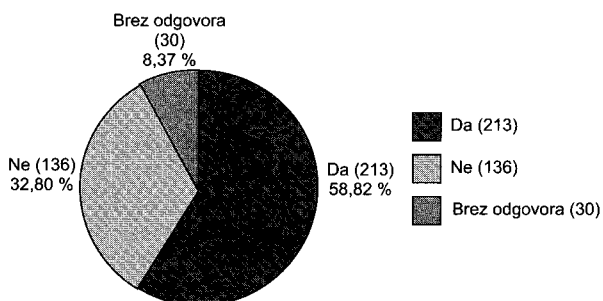
### 1. Ali se vam zdi potrebno izvajanje tečajev TPO?



Sl. 1. Potreba po izvajanju tečajev TPO.

Izvajanje TPO se zdi potrebno 99,7 % (378) anketiranim, le 0,3 % (1) se to ne zdi potrebno.

### 2. Ali ste se po opravljenem tečaju čutili pripravljene za izvajanje TPO?

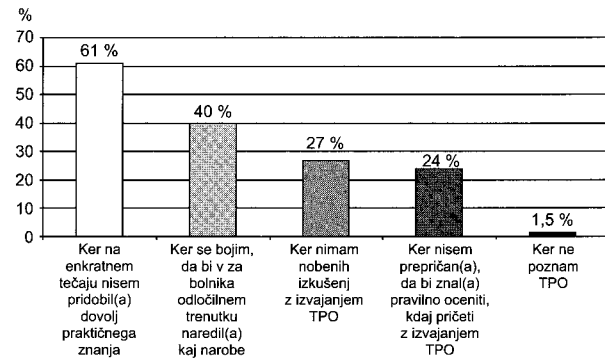


Sl. 2. Pripravljenost za izvajanje TPO po opravljenem tečaju.

Po opravljenem tečaju je 56,2 % (213) anketiranih čutilo pripravljenost za izvajanje TPO. To so bile v večini medicinske sestre z oddelkov, kjer se tudi pri svojem delu pogosteje srečujejo z reanimacijo, na primer oddelek za anestezijo, enota intenzivne medicine operativnih strok (EIMOS), oddelek intenzivne interne medicine (OIIM), bolnišnična poliklinika, oddelek za bolezni srca, pljuč in ožilja ... Pripravljenosti za izvajanje TPO pa po opravljenem tečaju ni čutilo 35,8 % (136) anketiranih. Te odgovore so pogosteje navajali tisti, ki se pri svojem delu redko ali pa sploh ne srečujejo z reanimacijo, na primer z očesnega oddelka in oddelka za nalezljive bolezni in vročinska stanja, fizioterapije, oddelka

za kirurgijo roke in opeklino, plastično in rekonstruktivno kirurgijo, sterilizacije ipd.

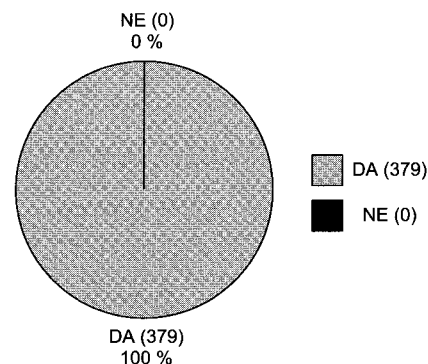
### 3. Če ste na 2. vprašanje odgovorili z NE – zakaj?



Sl. 3. Zakaj se po opravljenem tečaju niste čutili pripravljene za izvajanje TPO?

Med tistimi, ki so odgovorili, da se po opravljenem tečaju niso čutili pripravljene za izvajanje TPO (136), je bil kot vzrok najpogostejši odgovor (61 %), da na enkratnem tečaju niso pridobili dovolj praktičnega znanja, ki ga pri izvajanju TPO potrebujejo. Drugi najpogostejši vzrok (40 %) je, da se bojijo, da bi v za bolnika odločilnem trenutku naredili kaj narobe. Na tretjem mestu je bil odgovor, da nimajo nobenih izkušenj z izvajanjem TPO (27,3 %), 24,2 % anketiranih ni prepričanih, da bi znali pravilno oceniti, kdaj pričeti z izvajanjem TPO. Le 1,5 % odgovorov je bilo, da je vzrok v ne poznavanju temeljnih postopkov oživiljanja.

### 4. Ali menite, da bi bilo tečaje TPO potrebno obnavljati?



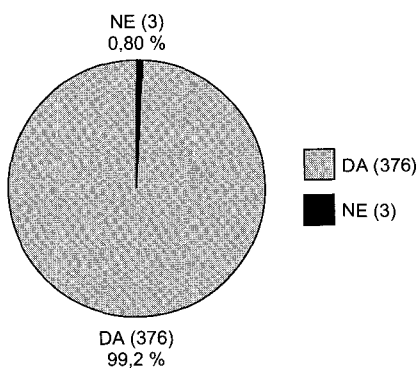
Sl. 4. Potreba po obnovitvenih tečajih.

Vsi anketirani so mnenja, da bi bilo tečaje TPO potrebno obnavljati.

Kako pogosto bi naj izvajali obnovitvene tečaje?

Od vseh anketirancev jih 63 % (239) meni, da vsako leto; najpogosteje so ta odgovor navajali tisti, ki poznavanje TPO potrebujejo vsakodnevno, na primer zaposleni na OIIM, travmatološkem oddelku – intenzivni negi, oddelku za bolezni srca, pljuč in ožilja, bolnišnični polikliniki in tisti, ki to znanje uporabljajo zelo redko, zavedajo pa se, da ga lahko vsak trenutek ne le potrebujejo, ampak ga morajo znati tudi uporabiti, to pa so zaposleni na otroškem, urološkem in ortopedskem oddelku ter otroškem oddelku kirurških strok. Od ostalih jih 22,16 % (84) meni, da bi bilo potrebno izvajati obnovitvene tečaje na dve leti, 14,7 % (56) pa na vsakih pet let.

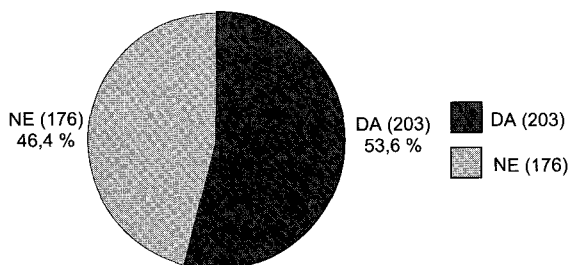
5. Če ste na vprašanje št. 4 odgovorili DA, ali menite, bi pogostejši (obnovitveni) tečajji TPO pripomogli k večji samozavesti pri pristopu k izvajanju in samem izvajanju TPO?



Sl. 5. Ali bi obnovitveni tečajji pripomogli k večji samozavesti pri izvajanju TPO?

Med anketiranimi jih 99,2 % (376) meni, da bi pogostejši (obnovitveni) tečajji pripomogli k večji samozavesti pri pristopu in samem izvajanju TPO in le 0,8 % (3) meni nasprotno.

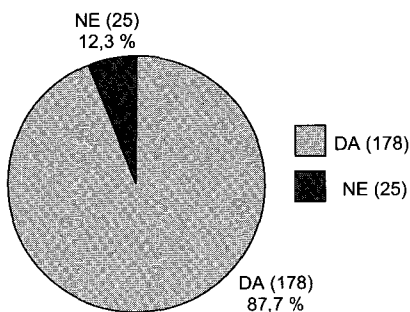
6. Ali ste se pri svojem delu že znašli v situaciji, ko je bilo (bi bilo) potrebno pričeti z izvajanjem TPO?



Sl. 6. Ali ste se že znašli v situaciji ko je bilo (bi bilo) potrebno pričeti z izvajanjem TPO?

Kar 53,6 % (203) anketiranih se je že znašlo v situaciji, ko je bilo potrebno pričeti z izvajanjem TPO. Večina je bila z naslednjih oddelkov: oddelek za anestezijo, EIMOS, OIIM, travmatološki oddelek – intenzivna nega, oddelek za bolezni srca, pljuč in ožilja. Ostalih 46,4 % (176) anketiranih takšne izkušnje še nima.

7. Če ste na vprašanje št. 6 odgovorili z DA, ali ste v danem trenutku ustrezno ukrepali?

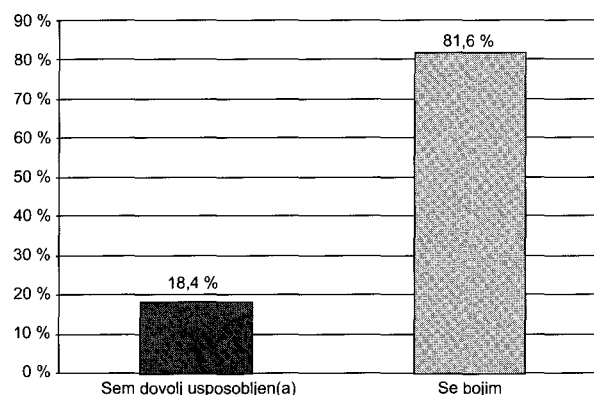


Sl. 7. Ali ste ustrezno ukrepali?

V danem trenutku je ustrezno ukrepalo 87,7 % anketiranih (največkrat zaposleni na oddelku za anestezijo, EIMOS, OIIM, oddelku za bolezni srca, pljuč in ožilja, travmatološkem oddelku – intenzivni negi)

Neustrezno je ukrepalo 12,3 % (25) anketiranih (zaposleni na ginekološko – porodniškem oddelku, otroškem oddelku in oddelku za krvne bolezni in bolezni veziva...) – oddelki, kjer so reanimacije manj pogoste.

8. Če ste na vprašanje št. 6 odgovorili z NE, ali se takšne situacije bojite in ali menite, da ste dovolj usposobljeni za izvajanje TPO?

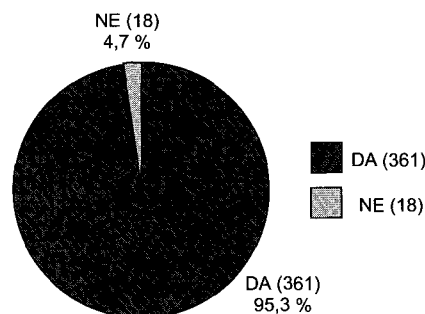


Sl. 8. Ali se bojite trenutka, ko bi bilo potrebno pričeti z izvajanjem TPO, ali menite, da ste dovolj usposobljeni?

Med anketiranimi jih 18,4 % meni, da so za izvajanje TPO dovolj usposobljeni (med njimi več VMS kot ZT, več z oddelkov, kjer so reanimacije pogostejše).

Kar 81,6 % pa se boji situacije, ko bo potrebno pričeti z izvajanjem TPO (med njimi več ZT kot VMS, več mlajših medicinskih sester, več z oddelkov, kjer so reanimacije redke oziroma jih skoraj ni ter z oddelkov, kjer so reanimacije sicer pogoste, vendar zaradi kratke delovne dobe še niso sodelovali pri reanimaciji).

9. Ali menite, da bi bilo potrebno, da bi imeli v bolnišnični prostor z ustrezno opremo (lutke, blazine...), kjer bi imeli možnost v določenem terminu (na primer enkrat mesečno 2 uri) vaditi TPO in bi imeli na razpolago strokovno usposobljeno osebo (zdravnik – specialist anesteziolog).



Sl. 9. Potreba po prostoru za vadbo TPO.

Med anketiranimi jih 95,3 % (361) meni, da bi bil tak prostor potreben, 4,7 % (18) pa meni nasprotno.

## Sklep

Rezultati raziskave so pokazali, da se medicinskim sestram zdi izvajanje tečajev TPO potrebno in pomembno, da čutijo potrebo po obnovitvenih tečajih. Na tečajih bomo morali še več časa nameniti praktičnemu delu ter simulaciji dejanskih dogodkov, kjer bodo udeleženci pridobili izkušnje in samozavest.

Trenutno zaradi prevelikega števila zainteresiranih in omejenih možnosti predavateljev ni mogoče izvajati obnovitvenih tečajev na eno ali dve leti. Obnovitvene tečaje smo izvedli le za najbolj izpostavljene skupine medicinskih sester; to so medicinske sestre z bolnišnične poliklinike, pri katerih smo največ pozornosti posvetili organizaciji ob izvajanju reanimacije, ter za medicinske sestre, ki delajo na otroških oddelkih, neonatalnem odseku ter v porodni sobi, za katere smo temeljne postopke oživljanja le obnovili, posebej pa obravnavali dodatne postopke oživljanja otrok. Medicinske sestre, ki so se udeležile obnovitvenega tečaja, pristopajo k samemu izvajanju oživljanja (pri praktičnem delu tečaja) bolj samozavestno kot tiste, ki so na tečaju prvič.

Približno polovica (53,6 %) medicinskih sester se je že znašla v situaciji, ko je bilo potrebno pričeti z izvajanjem TPO, kar previsok pa je odstotek tistih, ki niso ustrezno ukrepale.

Druga polovica medicinskih sester (46,4 %) pri reanimaciji še ni sodelovala. Kar 81,6 % teh se takšne situacije boji.

Zagotovo bi s pogostejšimi tečaji in po potrebi z več individualnega dela ta odstotek lahko precej zmanjšali.

Večina medicinskih sester (95,3 %) izraža potrebo po prostoru, v katerem bi lahko obnavljali posamezne postopke oživljanja s pomočjo strokovno usposobljene osebe. Zaenkrat tega žal še ne moremo zagotoviti zaradi pomanjkanja strokovnih delavcev (zdravnik specialist anesteziolog). Če bi rešili ta problem, bi udeležencem omogočili, da bi pridobili veliko praktičnih izkušenj, delo bi bilo individualno, kar bi pripomoglo tudi k dvigu samozavesti posameznika.

Zavedamo se pomena poznavanja TPO za vsakega občana, še posebej pa za zdravstvene delavce. Veseli nas, da se tega zavedajo tudi medicinske sestre. To dokazuje, da si prizadevamo doseči isti cilj – nuditi strokovno pomoč tistim, ki jo potrebujejo.

### *Naš moto:*

*Kot člani družbe si prizadevajmo,  
da bi čim manj ljudi potrebovalo nujno medicinsko pomoč;  
kot zdravstveni delavci si prizadevajmo,  
da bi pri bolnikih, ki jih zdravimo, ne prišlo do zastoja dihanja in srca;  
kot strokovnjaki si prizadevajmo,  
da bi v nujnem primeru pravočasno in pravilno izvedli potrebne postopke oživljanja.*

Darja Plank, viš. med. s., prof. zdr. vzg.,  
Splošna bolnišnica Celje,  
Služba za zdravstveno nego

Vesna Papuga, dr. med.,  
spec. anesteziologije in reanimatologije,  
Splošna bolnišnica Celje, Enota za  
intenzivno medicino operativnih strok

Slavomir Milovanovič, dr. med.,  
spec. anesteziologije in reanimatologije,  
Splošna bolnišnica Celje, Enota za  
intenzivno medicino operativnih strok

## PREŠERNOVE NAGRADE ZA RAZISKOVALNO DELO ŠTUDENTOV NA VISOKI ŠOLI ZA ZDRAVSTVO UNIVERZE V LJUBLJANI

Slovenski kulturni praznik, 8. februar, ima v Sloveniji dolgo tradicijo. Postal je praznik naše kulture in tudi znanosti takoj po II. svetovni vojni. Tedaj so bile podeljene prve republiške nagrade za kulturo in znanost, kasneje pa le za kulturo na vseh njenih področjih.

Univerza v Ljubljani je že zelo zgodaj, leta 1948, uvidela, da bi študentom, ki so poleg rednega študija naredili nekaj več, podelila posebno priznanje v obliki univerzitetne študentske Prešernove nagrade. Podeljevanju študentskih Prešernovih nagrad se je po vključitvi v univerzo leta 1975 pridružila Višja šola za zdravstvene delavce v Ljubljani, kasneje Visoka šola za zdravstvo. Prva nagrada je bila dodeljena s področja fizioterapije, mentor je bil doc. dr. Slobodan Grobel-

nik. Prva leta so podeljevali le eno nagrado letno, leta 1993 tri, leta 1999 štiri in 2000 pet. Do sedaj je bilo na Visoki šoli za zdravstvo (VŠZ) podeljenih 30 študentskih Prešernovih nagrad skupno 37 študentom. Največ, 13 nagrad, je bilo podeljenih na področju zdravstvene nege (nagrado je dobilo 18 študentov). Na drugem mestu po številu študentskih Prešernovih nagrad je delovna terapija – s tega področja je bilo podeljenih šest Prešernovih nagrad sedmim študentom.

Na študentske Prešernove nagrade, ki jih podeli Visoka šola za zdravstvo, je potrebno gledati iz več zornih kotov – kot na veliko priznanje posamezniku – študentu, ponos staršev in prijateljev, priznanje mentorju in uspeh Univerze ozioroma fakultete, v našem primeru Visoke šole za zdravstvo.

Prešernova študentska nagrada je priznanje študentki ali študentu, ki je naredil/a nekaj več kot le študijske obveznosti. V vsaki generaciji je nekaj študentov, ki bi radi vedeli in izvedeli nekaj več, spoznali stroko bolj podrobno, skratka v njih tli želja po preučevanju. Želijo si vstopiti v neznani svet raziskovanja in odkrivanja novih spoznanj. Dolžnost učiteljev je, da izpolnimo to željo študentov, celo več, k temu jih moramo spodbujati. Spodbujanje k raziskovalnemu delu ali vsaj k poglobljenemu strokovnemu delu pomeni krepiti prizadevanja študentov, da niso nikoli zadovoljni z obstoječim, temveč želijo več, več spoznati, raziskati in odkriti nove razsežnosti stroke. Omogočiti študentom poglobljeno znanje in raziskovanje, seveda v danih možnostih, je danes zahteva Univerze. V zgodnji študentski dobi moremo in moramo vplivati na željo po raziskovalnem delu, ki je v mladem človeku in ki ji pozneje ostane zvest. Zato tudi podatek, da se številni dobitniki študentske Prešernove nagrade razvijajo v bodoče raziskovalce in univerzitetne profesorje. Vložen trud in delo poleg uspešnega rednega študija – in nagrajenci so vedno odlični študenti – je kronano s priznanjem študentske Prešernove nagrade. To je nagrada, ki spremlja študenta vse življenje in kaže na njegovo odličnost.

Nesporno je študentska Prešernova nagrada tudi priznanje mentorju. Priznanje je že zato, ker je mentor poleg svojega dela, ki ga že obremenjuje z večjim številom pedagoških ur in drugimi obremenitvami še našel čas in voljo, da svoje znanje in izkušnje v raziskovalnem in poglobljenem strokovnem delu prenaša na mlajše rodove, na študente. Toda tudi to delo, od razpisa primerne teme za študenta, spremljanja dela, razpravljanja, učenja in nasvetov, je okronano z veseljem in ponosom ob zaključku dela za študentsko Prešernovo nagrado. Zato se vsi mentorji ob srečanju s temi študenti zazremo v njih s ponosom.

Poudariti je potrebno, da so študentske Prešernove nagrade tudi uspeh Univerze, v našem primeru Visoke šole za zdravstvo. Prva je bila podeljena leta 1979, torej 4 leta po njeni vključitvi v Univerzo. Študentske Prešernove nagrade (po ena letno) so bile podeljevane na Višji šoli za zdravstvene delavce od leta 1979 do leta 1982. Nato je ta aktivnost nekoliko zastala in smo jo ponovno obudili 1986. leta. Želeli smo, da bi tudi študentom Višje šole za zdravstvene delavce omogočila poglobljeno strokovno in znanstveno delo. Zavedali smo se, da študentske Prešernove nagrade povečujejo tudi ugled šole. Res je, da so do sedaj bile vse študentske Prešernove nagrade fakultetne oziroma konkretno pri nas šolske in ne univerzitetne. Ob pregledu nagrajenih nalog pa se zdi, da smo včasih preveč samokritični ali preskromni. Tako je študentka, ki je bila na VŠZ nagrajena leta 1998 za delo »Spolna zloraba otrok« pozneje dobila prvo nagrado OZN. Upamo, da se bodo naši študenti že kmalu potegovali za univerzitetno študentsko Prešernovo nagrado. Tako tudi ustvarjamo strokovnjake, ki bodo zavzeli vodilna mesta v stroki in jo razvijali. Prav te študentke in študenti bodo s svojim znanjem in željo po raziskovalnem delu in napredku stroke pripomogli, da bo Visoka šola za zdravstvo prerasla v fakulteto, na kar pa poleg tega vpliva še več dejavnikov. Potrebe po kadrih zanesljivo zahtevajo ohranitev visokostrokovnega študijskega programa, delu najspodobnejših absolventov tega programa pa naj se omogoči študij na fakultetnem nivoju. Fakultetno raven potrebujemo za pedagoško delo na vseh področjih, za vodilna dela v zdravstvu ter za raziskovalno delo. Prerast Visoke šole v fakulteto zahteva tudi ustvarjanje lastnega strokovnega kadra, ki bo strokovno in raziskovalno kos izzivom sedanjega časa. Prav med nagrajenci – dobitniki študentskih

Prešernovih nagrad najdemo pogosto bodoče strokovnjake in pedagoške delavce, ki bodo prispevali k napredku stroke in prenašali svoje znanje na druge.

Naloga šole je, da ustvarja pogoje, ki omogočajo študentom poglobljen študij in raziskovalno delo. K temu prispevajo tudi učitelji – mentorji študentov, ki jim pomagajo in jih usmerjajo pri raziskovalnem delu za pridobitev tega priznanja. Mentorji naših nagrajencev so učitelji naše šole, pa tudi učitelji drugih fakultet Univerze v Ljubljani. Zunanji mentorjem smo za njihovo delo še posebej hvaležni, ker so naredili nekaj več kot le svoj obvezni del, ker so zaživeli z našo šolo in nesebično pomagali študentom, da so dosegli to priznanje. S sodelovanjem mentorjev z drugih fakultet Univerze v Ljubljani smo omogočili interdisciplinarnost letošnjih študentskih nalog, ki so dobile nagrado. To dejstvo je pomembno, ker povezuje fakultete in visoke šole Univerze v Ljubljani, dviguje raven študentskih Prešernovih nagrajenih nalog in pomaga prerasti iz visokošolsko strokovnega programa v fakultetni – univerzitetni program. Študentske Prešernove nagrade istočasno kažejo na odličnost, uveljavljanje in ugled šole.

Želimo, da naši nagrajenci ne bi prenehali z raziskovalnim delom in da ga bodo še naprej razvijali v boljših pogojih ter v svoji stroki.

### **Študentske Prešernove nagrade, podeljene na Visoki šoli za zdravstvo (do 1993 Višji šoli za zdravstvene delavce) od leta 1979 do leta 2000**

#### **1979, oddelek za fizioterapijo:**

Maja Cvelbar Tomažič, Aleš Verbič: Ocenjevanje funkcije okvarjene roke.

Mentorja doc. dr. Slobodan Grobelnik, Milena Drugovič

#### **1980, oddelek za delovno terapijo:**

Evgenija Božič, Mirjana Kocjan: Izbira optimalnega programa službe delovne terapije v domovih za upokojence, v odvisnosti od števila oskrbovancev in njihovega psihosomatskega stanja.

Mentorica Nežka Jernejčič

#### **1980, oddelek za medicinske sestre:**

Mirjam Kumar, Marija Rebeušek, Meta Tavčar: Diabetični otrok, njegova družina in okolje.

Mentorji dr. Sabina Bertonec, dr. Ljubica Brus, asist. dr. Ciril Kržišnik, Štefka Est

#### **1981, oddelek za sanitarne tehnike**

Jelka Koprivšek: Pesticidi v človekovem okolju in živilih.

Mentor prof. dr. Marjan Milohnoja

#### **1982, oddelek za medicinske sestre**

Breda Hribar: Socialno-zdravstvena problematika starejših občanov in vloga patronažne medicinske sestre pri varstvu starostnikov v občini Ljubljana Vič Rudnik

Mentorica Aljeta Košir

#### **1987, oddelek za zdravljenje in nego**

Sonja Pečolar, Mojca Novak: Vrednotenje urinske inkontinence pri ženski in objektivizacija stopnje urinske inkontinence.

Mentor prof. dr. Božo Kralj

#### **1989, oddelek za zdravljenje in nego**

Klaudia Urbančič: Konservativno zdravljenje urinske inkontinence – vaje po Keglu.

Mentor prof. dr. Božo Kralj, mentorica Mihaela Skoberne

- 1992**, oddelek za zdravljenje in nego  
Marija Milavec, Irena Ahčin: Profil uretralnega pritiska – vrednotenje z ozirom na uporabljeno merilno tehniko in ponovljivost.  
Mentor prof. dr. Božo Kralj
- 1993**, oddelek za delovno terapijo  
Nataša Medmeš: Delovna terapija v programih osnovnega zdravstvenega varstva.  
Mentorica Nežka Jernejčič
- Helena Mezeg: Delovna terapija v socialnih zavodih za starejše oskrbovance.  
Mentorica Nežka Jernejčič
- 1993**, oddelek za zdravljenje in nego  
Špela Osredkar, David Vrban: Vrednotenje rezultatov zdravljenja urinske inkontinence z akutno maksimalno funkcionalno električno stimulacijo.  
Mentor prof. dr. Božo Kralj
- 1994**, oddelek za delovno terapijo  
Suzana Brozovič: Delovna terapija pri avtoimunih obolenjih na pediatričnem področju  
Mentor prof. dr. Aleksander Janežič, somentorja Tone Kunstelj in Nežka Jernejčič
- 1995**, oddelek za zdravstveno vzgojo  
Milica Maslo: Stališča slovenskih osnovnošolcev zdravih šol in drugih šol do vzgoje in izobraževanja o drogah.  
Mentorica prof. dr. Martina Tomori
- 1995**, zdravstvena vzgoja  
Klaudija Urbančič: Pomen praktičnega pouka pri izobraževanju za zdravstveno nego na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani.  
Mentor prof. dr. Miroslav Kališnik, somentorici Majda Pahor, Vera Grbec
- 1995**, oddelek za zdravstveno nego  
Marija Štefančič: Pospeševanje dojenja na porodnem oddelku.  
Mentorica Silva Hoyer
- 1996**, oddelek za zdravstveno nego  
Mirna Jezerinac: Tesnobnost pri medicinskih sestrah in temeljni razlogi zanjo.  
Mentorica doc. dr. dr. Asja Nina Kovačev
- 1996**, oddelek za delovno terapijo  
Polonca Zupančič: Funkcijski test roke po Jebsenu.  
Mentor prof. dr. Tomaž Pogačnik, somentorica Nežka Jernejčič
- 1997**, oddelek za zdravstveno nego  
Brigita Niegenhell: Spolna zloraba otrok.  
Mentor prof. dr. Anton Strojcin
- 1998**, oddelek za zdravstveno nego  
Metka Debevec Švigelj: Odnos zaposlenih v ZD Center do uporabnikov metadonske ambulante zdravstvenega doma.  
Mentorica dr. Majda Pahor
- 1998**, oddelek za zdravstveno nego  
Monika Kalin: Zdravstvena nega pri porodu s carskim rezom: odnos negovalnega tima do procesa zdravstvene nege v splošni bolnišnici dr. Franc Derganc, Šempeter pri Novi Gorici.  
Mentor prof. dr. Božo Kralj, somentorica Mihela Skoberne
- 1998**, oddelek za zdravstveno vzgojo  
Melita Peršolja: Očetovo izražanje navezanosti na novorojenca glede na prisotnost pri porodu.  
Mentorica doc. dr. Asja Nina Kovačev
- 1999**, oddelek za delovno terapijo  
Suzana Likar Štrukelj: Delovna terapija pri slepim in slabovidnim predšolskih in mlajših osnovnošolskih otrocih.  
Mentorica Nežka Jernejčič
- 1999**, oddelek za zdravstveno nego  
Lucija Matič: Bolečina  
Mentorica Darja Thaler
- 1999**, oddelek za zdravstveno nego  
Anja Rozman: Vloga očeta pri dojenju.  
Mentorica dr. Silva Hoyer
- 1999**, oddelek za zdravstveno vzgojo  
Helena Zevnik: Soočanje medicinske sestre s smrtjo bolnika in profesionalna pomoč.  
Mentorica doc. dr. Asja Nina Kovačev
- 2000**, oddelek za fizioterapijo  
Katarina Skaza: Povezava med močjo mišic kolenskega sklepa in funkcionalnimi testi po operativni rekonstrukciji sprednjega križnega ligamenta.  
Mentorica Sonja Hlebš
- 2000**, oddelek za radiologijo  
Boštjan Pintar: Računalniška korekcija detektorskega polja gama kamere.  
Mentor: dr. Valentin Fidler
- 2000**, oddelek za sanitarno inženirstvo  
Damjan Kovačič: Mednarodne obveznosti pri zmanjševanju onesnaženja zraka in obveznosti Republike Slovenije.  
Mentor: Martin Bauer
- 2000**, oddelek za sanitarno inženirstvo  
Irena Križman: Sistem HACCP v proizvodnji poltrdih in trdih sirov.  
Mentor prof. dr. Marjan Milohnoja
- 2000**, oddelek za sanitarno inženirstvo  
Predrag Petrovič: Oljčno olje v našem okolju.  
Mentor prof. dr. Dražigost Pokorn

*Preglednica Prešernovih nagrad za študentsko raziskovalno delo na VŠZ (prej VŠZD) od leta 1979 do 2000.*

Oddelek	Število nagrad/ nagrajencev	Leto
Delovna terapija	6/7	1980, 1993, 1994, 1996, 1999
Fizioterapija	2/3	1979, 2000
Ortopedska tehnika	–	–
Radiologija	1	2000
Sanitarno inženirstvo	4/4	1981, 2000
Zdravstvena nega	13/18	1980, 1982, 1987, 1989, 1992, 1993, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999
Zdravstvena nega ginekološko-porodniške smeri	–	–
Zdravstvena vzgoja	4/4	1995, 1998, 1999

Prof. dr. Božo Kralj, dr. Majda Pahor,  
Visoka šola za zdravstvo, Univerza v Ljubljani

## UVAJANJE 24-URNEGA SOBIVANJA MATERE IN OTROKA V IZOLSKI PORODNIŠNICI

Prispevek predstavlja rezultate anonimne ankete, izvedene na porodniško-ginekološkem oddelku bolnišnice Izola v času uvajanja 24-urnega sobivanja matere in otroka in preverjanje počutja varovank na oddelku. Pridobljene rezultate smo primerjali z anketo, opravljeno leta 1996 v starih prostorih porodnišnice.

Glede na rezultate smo uvedli nekaj sprememb v procesu dela zdravstvene nege ter dokumentiranja zdravstvene nege. Poseben poudarek je na pristnem odnosu do varovank ter na individualnem delu. Timsko usklajeno delo ter urejeni medsebojni odnosi so predpogoj za doseg zastavljenih ciljev.

Odkar imamo 24-urno sobivanje matere in otroka, so varovanke ob odpustu bolj mirne in samozavestne.

Želimo si tudi povratno informacijo o dojenju po odpustu iz porodnišnice, zato bomo izvedli anonimno anketo, na katero bodo varovanke odgovarjale po pošti.

V letu 1997 se je porodnišnica preselila v nove prostore izolske bolnišnice. Gradnja in urejanje novih prostorov je trajala nekaj let, zato je bilo v tem obdobju v prostore stare porodnišnice v Koprno vloženo zelo malo. Opravljala so se le najnujnejša vzdrževalna dela. Prostori so bili stari, dotrajani, vendar smo se vsi zaposleni trudili, da bi bilo počutje varovank v porodnišnici čim boljše.

Že leta 1996 smo v starih prostorih izvedli anonimno anketo med nosečnicami in porodnicami. Anketa je vsebovala vprašanja o počutju varovank v porodnišnici, o porodu, o zadovoljstvu z odnosom zdravstvenega osebja, o tem, kako so se soočale z dojenjem, ali so bile deležne pomoči pri dojenju in kako so bile zadovoljne s higienskimi razmerami na oddelku. Zanimalo nas je tudi, kaj menijo o obiskih na oddelku za otročnice. Predvsem pa smo hoteli izvedeti, kako bi sprejele 24-urno sobivanje matere in otroka.

V tistem obdobju smo na našem oddelku za otročnice že imeli prirejeno triposteljno sobo za otročnice, ki so želele imeti pri sebi otroka čez dan. Tiste, ki so ta sistem sprejele, so bile zadovoljne in niso imele težav z dojenjem. Ob 23. uri smo jim otroke odpeljali v štacijo, čez noč pa smo jih na željo prinašali dojit.

Kljub temu, da je anketa pokazala, da si 24-urno sobivanje z otrokom želi le 12 % anketiranih, smo se zaposleni zavedali, da bo ta sistem v novi porodnišnici prej ali slej postal pravilo. Zato ga v novih prostorih nismo uvedli takoj, ampak smo ga uvajali postopoma prek dneva in na željo tudi ponoči.

Do takrat je projekt »Novorojencu prijazna porodnišnica – NPP« sprejelo že nekaj slovenskih porodnišnic in tako smo ga začeli uresničevati tudi mi. Uvajanje je potekalo previdno in korakoma, saj smo imeli občutek, da nosečnice na to še niso pripravljene. Seznanjene so namreč bile, da je zelo utrujajoče in so ga v večjem številu še odklanjale.

Po predhodnem izobraževanju za zdravstveno osebje na oddelku smo pripravili gradivo za vse zunanje sodelavce (patronažno službo, šolo za bodoče starše, dispanzerje za žene...), pa tudi za nosečnice, ki ležijo na oddelku za patološko nosečnost.

Istočasno smo se odločili za ponovno anonimno anketo, da bi ugotovili, kako se počutijo varovanke sedaj v novih prostorih porodnišnice in kakšne napake delamo pri vpeljevanju projekta NPP.

### Rezultati ankete

Anketa je zelo podobna anketi iz leta 1996 in je razdeljena na štiri poglavja. Vanjo smo vključili 200 porodnic, ki so rodile od maja do oktobra 1999. Kot sem že omenila, nas je zanimalo predvsem mnenje o:

- sprejemu porodnice in samega poroda,
- bivanju na oddelku za otročnice,
- dojenju,
- 24-urnem sobivanju matere in otroka,
- zadovoljstvu z delom in odnosom zdravstvenega osebja.

Podatki, ki smo jih dobili, so zelo zanimivi in koristni. Rezultati in spremembe, ki smo jih na podlagi te ankete uvedli, so naslednji:

- Porodnice so bile s sprejemom v porodnišnico v večini zadovoljne. Ugotovili smo, da jih moramo podrobneje seznaniti s hišnim redom in jim razložiti, zakaj morajo določen čas počakati na določene preiskave in preglede. Glede na to pripombo smo začeli s pripravo zloženke o našem oddelku, ki bo dostopna vsem nosečnicam.
- 24 % porodnic je izjavilo, da jim je bila priprava na porod neprijetna. Kot večina slovenskih porodnišnic smo tudi mi začeli opuščati klistir in britje oziroma glede tega odloča porodnica, razen če to ni nujno potrebno.
- 18 % porodnic je napisalo, da niso razumele zdravnikove razlage nadaljnjih napotkov in razlage drugega zdravstvenega osebja. To pomeni, da moramo porodnicam informacije posredovati tako, da jih bodo razumele. Zaradi tega naj ne bi uporabljali strokovnih izrazov, saj jih vse porodnice ne razumejo.
- Da babica ni bila dovolj prisotna v porodni sobi v času poroda, je menilo 9 % porodnic. Zato bomo poskušali izpeljati dodatno izobraževanje na temo »komunikacija med porodom«.
- Glede prisotnosti partnerja pri porodu so izjavile, da bi moral biti partner prisoten od samega začetka poroda ali namestitve porodnice v porodno sobo. Pripombo že upoštevamo in skušamo porodnicam ugoditi.
- Le nekaj odstotkov porodnic je izrazilo željo po prisotnosti koga drugega pri porodu (mami, prijateljica ...), kar tudi upoštevamo.
- Polovica anketiranih varovank je omenila krajšo hospitalizacijo. Tako smo ležalno dobo skrajšali – otročnice so odpuščene že peti dan po porodu, na željo pa lahko tudi četrty dan. Odpusta pred četrty dnevom pa ne priporočamo zaradi težav, ki lahko nastanejo po porodu (zlatenica pri otroku, zastoj mleka pri materi, celjenje epiziotomijske rane ...).
- S čistočo na oddelku in pogoji za osebno higieno so anketiranke bile zadovoljne, saj ni bilo nobene pripombe. Sklepam, da je to posledica novih prostorov in večjega udobja.
- 39 % otročnic je menilo, da bi morali biti obiski krajši. Iz tega sklepam, da si verjetno želijo več miru in počitka.

Glede odnosa zdravstvenega osebja do varovank so podatki naslednji:

- 10 % jih ni bilo zadovoljnih z medicinsko sestro,
- 5 % jih ni bilo zadovoljnih z zdravnikom,
- 4 % se jih ne bi vrnilo v našo porodnišnico (vzrokov za to niso navajale).

Odnos osebja do varovank vpliva na njihovo počurje. Je pomemben dejavnik, ki pokaže naš interes, to pa vpliva tudi na kakovost dela. Odkar smo vključeni v projekt NPP, se je naš odnos do varovank spremenil. Mislim, da je to ključnega pomena, predvsem pa je treba nenehno vzpostavljati stik z njimi, ta pa mora biti jasen in pristen.

Medsebojni urejeni odnosi so prvi pogoj za dober potek dela. Naše osebne in kadrovske težave ne smejo ovirati prijetnega počutja varovank na porodniškem oddelku. Tudi nasvete glede dojenja in ostalih težav smo poenotili; s tem smo izboljšali kakovost medsebojnih odnosov in dela.

Iz rezultatov je bila razvidna tudi želja po večjem številu zdravniških in sestrskih pregledov, zato smo se odločili, da tem željam ugodimo, saj se bodo tako varovanke po vsej verjetnosti počutile bolj varne.

Zdravnik otročnico pregleda prvi dan po porodu v sobi, na pobudo medicinske sestre ali otročnice pa vsak dan ob viziti. Ob odpustu jo pregleda v ambulanti, kjer ima možnost osebne pogovora. V sobi namreč to ni vedno mogoče.

Uvedli smo negovalni list, na katerega vpisujemo vse ugotovitve ter sestrške preglede, ki jih opravi vsak dan enkrat oziroma po potrebi večkrat. Prav tako zabeležimo naša načrtovanja in potrebe otročnice. Negovalni list bomo morali še dodatno izpopolniti in se odločiti za enotno izrazoslovje, ki naj bi ga v nadalje uporabljali.

Ugotovili smo, da 18 % otročnic – anketirank meni, da niso imele dovolj pomoči pri dojenju. Zanimiv podatek je bil, da bi šele 5 % mamic imelo otroka pri sebi le v času dojenja, kar pomeni, da se je mnenje začelo spreminjati, saj je leta 1996, tako želelo kar 37 % anketiranih.

Poučene mamice, ki so obiskovale šolo za starše, so imele manj težav pri dojenju in 24-urnem sobivanju z otrokom.

Zavedali smo se, da moramo porodnici takoj po porodu otroka pristaviti k prsim, ji pokazati osnovne prijeme pri dojenju in ponovno razložiti, zakaj je to pomembno. Glede več pomoči pri dojenju in negi otroka se podatek sklada s pomanjkanjem vzpodbudnih besed in enotnih nasvetov, kar se izboljšuje, odkar imamo NPP. Veliko je odvisno od zdravstvenega osebja, vendar mora tudi mamica z nami sodelovati in si prizadevati za premagovanje manjših in večjih težav, ki lahko nastanejo v prvih dneh.

Že vrsto let omogočamo ogled porodnišnice za nosečnice, ki obiskujejo šolo za starše. Ogled smo dopolnili s predvajanjem videokasete o dojenju in prisotnostjo porodničar-

ja, ki jim odgovarja na vprašanja. Predstavimo jim prostore in jih ponovno seznanimo s projektom NPP. Na željo nosečnic se jim dodatno posvetimo glede načina poroda in dojenja.

V septembru 1999 smo dokončno uvedli 24-urno sobivanje z otrokom za vse mamice. Kljub dvomom in skrbem smo prebili led in rezultati po prvih podatkih niso bili slabi. Prva dva dneva sta kar naporna za otročnico in osebje. Osebje mora neprekinjeno sodelovati in pomagati, predvsem pa vzpodbujati mamico. Otroci so zelo zahtevni, vendar pa temu ni vedno vzrok hrana, temveč je včasih dovolj že sama bližina mamice, dotik, ljubkovanje. Po tretjem dnevu se dojenje uredi, otrok pri mamiči dobi dovolj mleka, prespi nekaj ur in to mora mamica izkoristiti za počitek. Vse ostale težavice, ki nastanejo (boleče bradavice, utrujenost...) se uredijo z nasveti in s pomočjo zdravstvenega osebja. Težav z zastojem mleka pa skoraj ne poznamo več. Pogosto dojenje, predvsem na željo otroka, pa vzpodbuja nastanek mleka pri doječi materi. Tako otroci hitreje pridobivajo na teži, so bolj mirni, ob odpustu jih je na dojenje večina že navajenih, mamice so samostojne tako pri dojenju kot pri negi otroka. Na našem oddelku skoraj ne slišimo otroškega joka, saj jih mamice znajo takoj umiriti.

Slišati je bilo pripombo, da je 24-urno sobivanje z otrokom za mamice »mučenje«. Menim, da si lahko to upravičeno razlaga nosečnica, ki ni bila pripravljena na porod, na dojenje in na življenje z otrokom takoj po porodu. Če bi obiskovala šolo za starše, kjer bi si pridobila določeno znanje, koristno za čas poroda in čas po porodu, bi bilo njeno mnenje drugačno, predvsem bolj pozitivno. Zdravstveni delavci moramo taki porodnici posvetiti več pozornosti in pomoči ter ji vse bolj sistematično razlagati. Če taka otročnica tudi pozneje ne sprejme novih sprememb in pogojev, je nezadovoljna sama s seboj in prenaša to nezadovoljstvo na ostale mamice in tudi na otroka. Zato ji poskušamo razložiti, da bo doma z otrokom sama in ji bo takrat lažje, če bo nego in dojenje osvojila že v porodnišnici.

Pohval je bilo veliko več kot pripomb, čeprav so tudi slednje zelo dobrodošle. Na teh pohvalah bomo delali naprej, upoštevali pa bomo vse pripombe, ki nas vodijo, da izboljšamo, kar je slabo in tisto, kar je dobro, naredimo še boljše. Vse to za dobro počutje porodnic na našem oddelku. Trudimo se, da bi bila naša porodnišnica resnično prijazna obema – otroku in mami.

V pripravi je že anonimna anketa, namenjena našim varovankam, ki so rodile pri nas po septembru 1999. Anketo bi jim bomo poslali po pošti; prostovoljno in anonimno naj bi nam odgovorile na vprašanja, ki nas zanimajo. Z novo anketo želimo dobiti povratno informacijo o poteku dojenja po odpustu iz porodnišnice.

Mirjana Grižon, viš. med. s.,  
Splošna bolnišnica Izola,  
Porodniško-ginekološki oddelek



## VSEBINSKO USMERJENA DOKUMENTACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI

### Uvod

V članku je predstavljena negovalna dokumentacija, ki jo uporabljajo medicinske sestre in zdravstveni tehniki na Oddelku za bolezni srca, pljuč in ožilja v Bolnišnici Celje. Izvajanje zdravstvene nege bolnikov po procesni metodi dela, kronično pomanjkanje negovalnega kadra, bolniki z zelo kompleksno negovalno problematiko in potreba po kakovostni, hitri komunikaciji v zdravstvenem in negovalnem timu, so bili najpomembnejši vzroki, da so izdelali zahtevam zdravstvene nege primerno negovalno dokumentacijo.

Vsaka izboljšava zahteva poleg želje in materialnih pogojev tudi pogoj, da mora dovolj veliko število članov negovalnega tima osvojiti sodobnejša teoretična znanja, ki zagotavljajo kakovostnejšo zdravstveno nego (ZN). Pogosto uporabimo izraz, da mora kolektiv za vsako pozitivno spremembo tudi strokovno dozoreti. Čeprav je negovalni tim na oddelku razmeroma mlad in so imeli člani tima na začetku uvajanja sprememb pri zdravstveni negi zelo različno osvojena strokovna in ostala znanja, se je z odločitvijo, da je potrebno dvigniti kakovost ZN na višjo raven in  **narediti ZN bolj vidno**, identificirala večina medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Rezultati tega dela so že vidni. Dokumentacija je prilagojena zdravstveni negi naših bolnikov, podpira vse faze procesne metode ZN, pisna komunikacija v timu dopolnjuje ustno in spremljamo lahko kakovost ZN od sprejema do odpusta bolnika. Izdelan in testiran je namenski računalniški program, ki nam omogoča večplastno vrednotenje opravljenega dela. Ne nazadnje pa nam bodo podatki omogočali v prihodnosti raziskovalno delo na osnovi že zbranih objektivnih dejstev.

Trenutni problem je to, da glavna medicinska sestra oddelka še nima računalnika in tiskalnika in smo vnos podatkov v računalnik morali izvesti doma.

### Teoretična izhodišča

#### 1. Najprej smo si poiskali strokovne, v praksi preverjene trditve, katerim kriterijem mora ustrezati negovalna dokumentacija.

**Upoštevali smo definicije 1 (Kersnik), 2 (LEMON) in 3 (Lahe):**

(Kersnik, 1996; 1) definira sicer cilje medicinske dokumentacije, kar pa lahko velja enako za negovalno dokumentacijo. Pravi, da mora biti dokumentacija problem-sko usmerjena; uporabna za računalniško nadgradnjo; osnova za ocenjevanje kakovosti strokovnega dela; poenoteno zapisovanje; izogibanje kaotičnemu zapisovanju; razdeljena na glavni list in vložne liste; format A4; omogoča kakovostno povratno informacijo.

Ostali kriteriji strokovne dokumentacije: arhiv podatkov; sodnomedicinski dokument; dokument za finančni in strokovni nadzor; pripomoček za ocenjevanje kakovosti opravljenega dela; baza podatkov za pedagoško in raziskovalno delo in ne nazadnje za izpisovanje lista za pisanje končnih ocen zdravstvenega stanja bolnika.

(Lahe, Železnik, 1999; 3) postavljata tri definicije kakovostne dokumentacije o ZN:

– *Definicija dokumentiranja v zdravstveni negi:* pomeni zbiranje in zapisovanje vseh podatkov, ki jih medicinska sestra dobi pri bolniku/varovancu.

– *Pomen dokumentiranja v zdravstveni negi:* koristni zapisi o bolniku/varovancu; razširjena in dinamična informacija o človekovih potrebah, ciljnih ZN, aktivnostih ZN, doseženih napredkih in pričakovanih rezultatih zdravstvene nege; kronološki pregled dogajanja; osnova za vrednotenje ZN; zanesljivi podatki o diagnostično-terapevtskih intervencijah in za raziskovalne namene; enake informacije za vse izvajalce ZN vseh 24 ur; samozaščitno orodje kontinuirane ZN in za izobraževalne namene.

– *Namen dokumentiranja:* komunikacija; koordinacija; kakovost; nadzor nad kakovostjo; izobraževanje; raziskovanje; pravna zaščita; vrednotenje.

(Peric, 1995; 4) jih navaja kot načela dokumentiranja: čitljivo dokumentiranje; pisanje s pisalom, ki ni izbrisljivo; strokovno in jezikovno neoporečno zapisovanje; sprotno, objektivno in natančno dokumentiranje; uporaba kratkih, natančnih in jedrnatih izrazov; varno hranjena dokumentacija.

Omogočati mora dokumentiranje zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje, diagnostično terapevtskega programa in ostalih opravil in dogodkov.

#### 2. Glede tega, kako zagotoviti enoten zapis in enako razumevanje iste karakteristike, zapisane v negovalni dokumentaciji, smo se na osnovi ocene uporabnosti naslednjih modelov odločili za fenomene zdravstvene nege (ICNP):

(Šušteršič s soavtoricami, 1998; 5) v prevodu alfa verzije mednarodnega projekta ICNP postavijo poenotene strokovne definicije negovalnih diagnoz – fenomenov ZN. Fenomeni so grupirani glede na fiziološke funkcije, psihološke funkcije, osebnost bolnika/varovanca in okolje. Veliko informacij se najde tudi na spletnih straneh ([www.icn.ch/icnpupdate.htm](http://www.icn.ch/icnpupdate.htm)). Čeprav je v mednarodno sestavljeni delovni skupini končana že beta verzija projekta, se vse informacije pretakajo v zelo zaprtem krogu ljudi v Sloveniji. To se lahko vidi tudi, če primerjamo prej navedeno spletno stran z informacijami na spletni strani mariborske univerze (<http://llopes1.fov.uni-mb.si/crii>).

(Grindel s sodelavci, 1999; 6) so določili enotno poimenovanje dogodkov in intervencij ZN že v tretji izdaji učbenika za izvajalce ZN. Ob posameznem negovalnem problemu ali intervenciji oziroma negovalni aktivnosti sproti citirajo, katere informacije naj se vpisujejo v dokumentacijo in na kakšen način. Podatki so sicer strukturirani, njihovo prepoznavanje in definiranje pa temelji na znanju izvajalcev zdravstvene nege in procesov v ZN.

**V strokovnih negovalnih standardih SB Celje** imamo natančno določeno, kaj, kako in kam zapišemo ukrepe, opazovanja in ostale aktivnosti in pojme pri izvajanju ZN bolnikov.

(KC za primarno ZN v Mariboru, 1993; 7) so prevajalke predstavile nekaj skupin NANDA negovalnih diagnoz, ki se sestavljajo po sistemu PES (Problem – Etiologija – Simptom). Seveda pa smo največ kakovostnih informacij o teoriji in vsebini NANDA diagnoz ter novih diagnozah dobile iz učnega gradiva, ki ga je izdal **Center za razvoj klasifikacije v ZN v Iowi** (8) in ga tudi osodablja oziroma dopolnjuje.

- 3. Obliko, videz in vsebino negovalne dokumentacije smo oblikovale, ko smo si odgovorile na vprašanja, katere teorije zdravstvene nege najpogosteje in najbolj celovito uporabljamo pri ZN bolnikov na našem oddelku.** (Bohinc, Cibic, 1995; 8) sta predstavili dokaj nazorno najpogosteje uporabljane teorije ZN, zato smo izbrale tri:
- teorijo *Virginije Henderson* – načrtovanje in ukrepi ZN na področju 14 življenjskih aktivnostih bolnika in je uvrščena v skupino teorij potreb;
  - teorijo *Dorothee E. Orem* – model samooskrbe;
  - teorijo *Myre E. Levine* – ohranitveni model.

### Izdelava projekta

Vodja tima, glavna medicinska sestra oddelka, *Milica Podobnik* – višja medicinska sestra, je razdelila naloge med vse izvajalce zdravstvene nege na oddelku. Glede na osebno željo, usposobljenost in razporeditev v negovalnem timu smo bile razporejene v štiri skupine. Seveda so nekatere medicinske sestre in tehniki sodelovali tudi v dveh skupinah.

1. skupina Izdelale so organizacijski negovalni standard št. 139 – *Dokumentacija o ZN bolnikov na Oddelku za bolezni srca, pljuč in ožilja* (predstavljen je v prilogi št.1) ter 20 strokovnih negovalnih standardov, ki še niso bili izdelani na ravni bolnišnice, so pa nujni za postavitev kriterijev kakovostne izvedbe negovalnih posegov. Sodelovale so tudi fizioterapevte (bronhialna drenaža posameznih pljučnih režnjev pri odraslem bolniku; vertikalizacija bolnika brez prizadetosti lokomotornega aparata; zgodnja rehabilitacija bolnika po akutnem miokardnem infarktu). V njih je opredeljeno, kaj, kako in zakaj moramo opazovati, meriti in evidentirati pri posamezni negovalni intervenciji.
2. skupina je oblikovala in testirala v praksi pripravljene obrazce, ki so morali podpirati vse faze procesa zdravstvene nege. Izdelan je tudi *Žepni priročnik* za vsakega člana negovalnega tima, ki vsebuje grupirane fenomene zdravstvene nege in Negovalni standard št. 139.
3. skupina je bila zadolžena za zbiranje in sortiranje zapisanih podatkov, izdelavo računalniškega programa (uporabile smo program Excel), vnos podatkov v PC in izdelavo testnega poročila. Grafična predstavitev je bila predstavljena v obliki plakata na strokovnem srečanju sekcije v Dobrni lansko leto.
4. skupina, v kateri je glavno nalogo opravila voditeljica projekta, ki je s pomočjo merilnega instrumenta za merjenje ravni kvalitete negovalne dokumentacije izdelala končno oceno projekta in ga tudi predlagala v obvezno uporabo.

### Predstavitve dokumentacije

Negovalno dokumentacijo sestavljajo:

- Sprejemna anamneza zdravstvene nege (priloga št. 2)
- Plan zdravstvene nege (priloga št. 3)
- Obrazec za evidenco opravljene ZN (priloga št. 4)
- Obrazec za predajo in sprejem sestrške službe (priloga št. 5)
- Terapevtski list (priloga št. 6)
- Obvestilo službi zdravstvene nege (priloga št. 7)

Uporabljamo pa še nekatere dodatne pisne dokumente, kot na primer Poročilo o zdravstveni vzgoji bolnikov, Nortonovo shemo za določitev stopnje ogroženosti bolnika za nastanek preležanin in Poročilo o ZN bolnika ob premestitvi na drug oddelek.

### Sklep

Ocenjujemo, da je projekt zadovoljil vse naše trenutne potrebe. Poenotili smo poimenovanje prakse ZN. Zapisi so kratki, razumljivi in jedrnat. Ustna komunikacija temelji na zapisanih dejstvih, kar pomeni, da smo zmanjšali tveganje nepopolnega prenosa pomembnih informacij o ZN in bolniku med člani negovalnega tima. Komunikacija v zdravstvenem timu je hitra, kakovostna in učinkovita. Omogočen je nadzor nad kakovostjo ZN bolnikov. Imamo boljši nadzor nad porabo negovalnih pripomočkov, saj sta zelo olajšana njihovo načrtovanje in naročanje.

Najpomembnejše pa je dejstvo, da smo postale samozavestne, bolj natančne, bolj kritične do lastnega dela in se bolniki veliko bolje odzivajo in vključujejo kot naši partnerji v procesu zdravstvene nege. Naša identifikacija s poklicem je še močnejše izražena in ne nazadnje, zdravstvena nega postaja na našem oddelku vedno bolj vidna.

### Uporabljena literatura

1. Kersnik J. Problemsko usmerjena dokumentacija. *Zdrav Var* 1996; 9–10 in 11–2.
2. Bohinc M in sodelavke LEMON. Proces zdravstvene nege in dokumentiranje. Serija LEMON. Kolaborativni center za primarno zdravstveno nego Maribor, 1995.
3. Lahe M, Železnik D. Informacijski sistemi v zdravstveni negi – dokumentiranje informacij. *Informatika v zdravstveni negi*. Univerza v Mariboru 1999; 2:17–21.
4. Peric HK. Dokumentiranje v zdravstveni negi – ali je res potrebno. *Obzor Zdr N* 1995; 29: 167–70.
5. Šušteršič O in sod. Mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege – alfa verzija. Zbornica zdravstvene nege Slovenije in Univerza v Ljubljani. Kranj: Moderna organizacija, 1998.
6. Grindel et al. Documentation. Nursing procedures – 3<sup>rd</sup> ed. Pennsylvania: Springhouse Corporation, 1999.
7. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego v Mariboru. Uvod v študij negovalnih diagnoz. Černel & Rogina, Radizel, 1993.
8. Center for Nursing Classification. Making quality care visible – gateway to the future of nursing language. Iowa City: The University of Iowa College.

**Priloga št. 1 članka - VSEBINSKO USMERJENA DOKUMENTACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI**

**NEGOVALNI STANDARD 139/1**

je sprejet na 49. seji Strokovnega kolegija glavnih MS in tehnikov  
SB Celje dne 30.11.2000

Avtorica : Vida PURNAT, VMS - univ.dipl.organizatorica

**PODROČJE : Dokumentacija o zdravstveni negi bolnikov na  
Oddelku za bolezni srca, pljuč in ožilja  
v Splošni bolnišnici Celje**

**PODPODROČJA :**

- Postopek sprejema bolnika na bolniški oddelek
- Sprejemna dokumentacija zdravstvene nege
- Načrt zdravstvene nege :
  - prepoznavanje in definiranje negovalnih problemov
  - opazovanje bolnika
  - definiranje negovalnih diagnoz \*
  - definiranje kratkoročnih in končnih ciljev ZN
  - načrt negovalnih akcij.
- Evidenca opravljenih negovalnih akcij in opazovanj bolnika
- Zdravstvena vzgoja bolnika in njegovih svojcev
- Postopek odpusta bolnika.

**SKUPINA : odrasli bolniki**

**CILJI STANDARDA :** v dokumentaciji o zdravstveni negi so s pomočjo individualnega pristopa obravnave bolnika, kot subjekta nege, ocenitvijo vseh 14 življenjskih aktivnosti, upoštevanjem stopnje samostojnosti pri samooskrbi bolnika in s ciljem optimalnega varovanja oz. krepitev bolnikove integritete, zabeleženi vsi podatki, ki so :

- potrebni za zdravstveno nego bolnika,
- navodila za opazovanje bolnika in rezultati opazovanj,
- podatki, ki jih je dobil bolnik ali druge pristojne osebe,
- podatki, ki jih je posredoval bolnik ali druge pristojne osebe.

**KRITERIJI :** so izdelani za vsako od 6 podpodročij zdravstvene dokumentacije.

**INSTRUMENTI ZA MERJENJE KAKOVOSTI NEGOVALNE DOKUMENTACIJE :**

- Ocenjevalni list št. 1 – Analiza uporabe negovalne dokumentacije ( negovalna anamneza, načrt zdravstvene nege, list realizacije nege bolnika ).
- Ocenjevalni list št. 2 – Vprašalnik za MS.
- Ocenjevalni list št. 3 – Vprašalnik za bolnike.

KRITERIJI STRUKTURE	KRITERIJI PROCESA	KRITERIJI REZULTATA
<p>S1. V vsaki izmeni mora biti zaposlena vsaj ena MS z znanji o bolniški sredi, pljuč in ožila in je usposobljena za vse faze PMZN in intervencije ZN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- timska MS / ZT</li> <li>- VMS / VZT</li> <li>- dežurna VMS / VZT.</li> </ul> <p>S2. Dokumentacija o ZN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Sprejemna anamneza</li> <li>2.2 Plan nege</li> <li>2.3 Evidenca opravljene ZN</li> <li>2.4 Predaja in sprejem sestrske službe</li> <li>2.5 Terapevtski list</li> <li>2.6 Poročilo o ZV bolnikov</li> <li>2.7 Obvestilo službi ZN (ob premeštrvi, odpustu)</li> <li>2.8 Notorna shema</li> </ul> <p>S3. Zlatve :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prostor ( postelja ) za bolnika</li> <li>- dokumentacija - obratzi ( medicinska, negovalna )</li> <li>- pripomočki za merjenje RR, (el)temperatur, pulza, pulzno oksimetrijo)</li> <li>- pisalni pribor</li> </ul> <p>S4. Navodila za bolnika :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hišni red</li> <li>- dajanje informacij</li> <li>- umik obiskov</li> <li>- dietna navodila</li> <li>- Klub starih bolnikov</li> <li>- specialistična ambulanta</li> </ul> <p>S5. Izvajalka aktivnosti ali faze PMZN se mora čitljivo podpisati</p>	<p>P1. Sprejem bolnika na oddetek z zdravstveno dokumentacijo.</p> <p>P2. Izmenjava informacij med MS in transportjem</p> <p>P3. pregled medicinske dokumentacije</p> <p>P4. Zbiranje osnovnih podatkov o bolniku za potrebe MS in informiranje bolnika</p> <p>P5. Predstavitev oddelka bolniku ( če to dovoljuje njegovo zdravstveno stanje ).</p> <p>P6. Na vse liste iz negovalne dokumentacije se izpiše osebne podatke bolnika.</p> <p>P7. Na osnovi razgovora z bolnikom, opazovanj in meritev definirati negovalne probleme na vseh spreminjenih 14 ŽA ter določiti stopnjo samoskrbe</p> <p>P8. Planirati negovalne akcije in akcije opazovanj in merenj</p> <p>P9. Izvesti oz. organizirati planirane preizkave in intervencije, zapisane v medicinski dokumentaciji</p> <p>P10. Informirati bolnika o:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zaupnosti in pomenu podatkov</li> <li>- kako uporabiti zvočec,</li> <li>- času obiskov</li> <li>- hišnem redu</li> <li>- planiranih preiskavah</li> <li>- možnostih telefoniranja</li> <li>- varovanju osebne lastnine</li> </ul>	<p>R1. Uporabiti rezultate PMZN.</p> <p>R2. Zagotoviti individualni pristop k bolniku ( svojem ).</p> <p>R3. Evidenca podatkov za kontinuirano ZN bolnika.</p> <p>R4. Ohraniti bolnikovo osebno in psihosocialno integriteto.</p> <p>R5. Informiran in zadovoljen bolnik in njegovi spremljevalci.</p> <p>R6. Optimalna kvaliteta ZN.</p> <p>R7. Racionalna poraba časa ob dobrem pretoku informacij v zdravstvenem in negovalnem timu.</p> <p>R8. Baza podatkov za načrtovanje in razvoj ZN.</p> <p>R8. Baza podatkov za raziskovalne aktivnosti v ZN.</p> <p>R9. Preprečevanje dekubitusa oz. poslabšanja že prisotnega dekubitusa.</p> <p>R10. Podatki o parenteralni terapiji in planirani diagnostiki omogočajo ambulanti in dežurni medicinski sestri planirati delo.</p>

<p>P11. Na koncu vsake izmene ob bolniku predati informacije o ZN pri bolniku - vpis pomembnih naročil na list 2.4.</p> <p>P12. Za vsakega bolnika takoj vpisati parenteralno terapijo, planirane diagnostične postopke in preglede na list 2.5.</p> <p>P13. Vse organizirane ZV aktivnosti pri bolniku vpisati takoj na list 2.6.</p> <p>P14. Ob odpustu ali premeštrvi bolnika iz oddelka izpolniti list 2.7 in ga priložiti k medicinski odpravnici oz. premeštrveni dokumentaciji.</p> <p>P15. Negovalna dokumentacija se hrani pri glavni MS oddelka ( mimarno računališkega softvera za ZN ).</p> <p>P16. Oceniti bolnikovo stopnjo ogroženosti za nastanek dekubitusa :</p> <p>    - Točkovati takoj ob sprejemu in v času hospitalizacije ob spremembi katerega od kriterijev v shemi - list 2.8.</p>	
---	--

## PRILOGA

Na vseh obrazcih morajo biti izpisani identifikacijski podatki bolnika ( ime in priimek, rojstni podatki ).

- KRITERIJI NEGOVALNE DOKUMENTACIJE V POSTOPKU SPREJEMA BOLNIKA NA BOLNIŠKI ODELEK IN AKTIVNOSTI ZN :**

  - ustmene informacije o zdravstvenem stanju in počutju bolnika ( bolnik, spremljevalec, transporter )
  - pisмене informacije v zdravstveni dokumentaciji iz sprejemne ambulante oz. iz prenesitvenega lista in obvestila službi ZN,
  - identifikacija bolnika,
  - planirane medicinske intervencije takoj prepisati v negovalno dokumentacijo in poskrbeti za izpis ustreznih spremnih listov in napotic za diagnostične postopke ( laboratorijski listi, delovni nalogi, napotnice ),
  - podpis MS/ZT, ki je posamezno nalogo opravil,
  - predstavitve oddelka, hišnega reda, kontaktnih oseb ( če to dovoljuje zdravstveno stanje bolnika ) ter predaj pismenih navodil bolniku oz. spremljevalcu.
- KRITERIJI ZA PRIDOBITEV PODATKOV IN NJIHOV VPIS V OBRAZEC SPREJEMNA ANAMNEZA :**

  - vse zahtevane podatke vpisati do konca izmene, v kateri je bil bolnik sprejet,
  - s pomočjo opazovanj, merenj in pogovora oceniti stopnjo ogroženosti bolnika v vseh 14. življenjskih aktivnostih ( V. Henderson ), stopnjo zmožnosti za samooskrbo in stopnjo osebne, strukturne in socialne integritete,
  - opredeliti ( definirati ) prisotne negovalne probleme in negovalne diagnoze,
  - popisati osebno lastnino bolnika ( denar, zlatnino, osebne dokumente, ortopedske pripomočke, osebno perilo, vzglavnike ),
  - opisati psihološke in socialne reakcije bolnika in svojcev na hospitalizacijo in bolezen,
  - zapisati telefonsko številko in ime kontaktne osebe na bolnikovem domu ( v zavodu ).
- KRITERIJI ZA IZDELAVO NAČRTA ZDRAVSTVENE NEGE :**

  - k vsakemu ugotovljenemu negovalnemu problemu določiti negovalne akcije za dosego kratkoročnih in končnih ciljev ter načrt potrebnih opazovanj in merenj ( vrsta in frekvenca aktivnosti ), ter datum in podpis osebe, ki je izdelala negovalni načrt,
  - faza dnevnega izpisa negovalne diagnoze in pismeno določanje kratkoročnih in končnih negovalnih ciljev bo obvezna, ko bo dan v uporabo negovalni softver,
  - ko določen negovalni problem ne obstoja več ( dosežen negovalni cilj ), se označi z >>, kar pomeni konec. Enaka oznaka se uporabi, ko mi več potrebna določena negovalna akcija, ko je ena stran lista polna, je potrebno list obrniti oz. zamenjati, ter izpisati vse 4 dele ( datum, ugotovljene negovalne probleme, negovalne akcije, opazovanja in merjenja ) ter podpis planerja.
- KRITERIJI ZA EVIDENCO NEGOVALNIH AKCIJ IN OPAZOVANJ :**

  - takoj zapisati vsako opravljeno negovalno akcijo ( storitev, intervencijo ) in podpis izvajalca,
  - omogočena je tudi individualna uporaba " terapevtskega lista "

### 5. KRITERIJI ZA EVIDENCO ZDRAVSTVENE VZGOJE

#### BOLNIKA / SVOJCEV:

- z vpisom podatkov začeti v fazi planiranja zdravstveno vzgojne aktivnosti ( točke št. 1,2,3 ),
- čas trajanja, število in tip udeležencev ZV aktivnosti ter podpis izvajalca se vpiše po končanem ZV delu,
- upoštevati je potrebno najodobnejše metode in tehnike pedagoško-andragoškega dela z odraslimi bolniki, kroničnimi bolniki in njihovimi svojci.

### 6. KRITERIJI ZA OBLIKOVANJE SPOROČILA SLUŽBI ZDRAVSTVENE NEGE NA DRUGEM ODELEKU OZ. V DRUGI USTANOVJI ( PATRONAŽI ):

- identifikacijski podatki bolnika so na samolepljivi etiketi,
- napisati informacije, pomembne za kontinuirano nego bolnika po odpustu
- dopisati ostala sporočila ( delovni čas kontrolne ambulante,... ),
- pismeno sporočilo mora biti podpisano od izpolnjevalca obrazca ter dano bolniku ob odpustu oz. prenestitvi osebno.

## OCCENJEVALNI LIST <sup>1</sup>

Ocena temelji na analizi uporabljene negovalne dokumentacije DNE ..... ( D, P, N ),  
Število bolnikov .....; število MS/ZT v izmeni.....; vodja izmene

### 1. NEGOVALNA ANAMNEZA :

- izpolnjena pri .....bolnikih; pomanjkljivo izpolnjena pri.....bolnikih;
- napake pri izpolnjevanju .....

### 2. NAČRT NEGE BOLNIKA :

- izpolnjen pri .....bolnikih; pomanjkljivo izpolnjen pri .....bolnikih;
- napake pri izpolnjevanju ( zamenjava izrazov ) :  
- ..... X poimenovanje negovalnega problema

- ..... X planiranje negovalnih akcij

<sup>1</sup> list za oceno kvalitete pri uporabi negovalne dokumentacije, Celje 1999

..... X planiranje opazovanj in meritev

..... X vzorno izpolnjena negovalna dokumentacija;

**3.2. Priimki MS/ZT, ki vzorno izpolnjujejo negovalno dokumentacijo**

ukrep : javna pohvala individualna pohvala drugo .....

**3.3. Priimki MS/ZT, ki pomanjkljivo izpolnjujejo negovalno dokumentacijo**

ukrep : osebni razgovor dodatno izobraževanje v skupini drugo .....

**4. LIST REALIZACIJE ZDRAVSTVENE NEGE BOLNIKA :**

izpolnjen pri ..... bolnikih; pomanjkljivo izpolnjen pri ..... bolnikih;

napake pri izpolnjevanju

..... X poimenovanje negovalne akcije

..... X izbor negovalnih akcij

..... X izbor opazovanj in meritev

..... X opravljene akcije niso zapisane :

..... X vzorno izpolnjena negovalna dokumentacija;

**4.1. Priimki MS/ZT, ki vzorno izpolnjujejo negovalno dokumentacijo**

ukrep : javna pohvala individualna pohvala drugo .....

**4.2. Priimki MS/ZT, ki pomanjkljivo izpolnjujejo negovalno dokumentacijo**

ukrep : osebni razgovor dodatno izobraževanje v skupini drugo .....

**5. PRIPOMBE**

Celje: ..... ocenjevalec / ocenjevalci .....

Ocene uporablja in arhivira Glavna medicinska sestra oddelka. So osnova za nakrtovanje izobraževalnih akcij ME/ZT o procesni metodi ZN; za oceno kvalitete opravljenе nege; za oceno kvalitete pri realizaciji faze projekta - Uvajanje negovalne dokumentacije v prakso. AVTORICA : Vida Punat, VMS univ.dipl.organizator

**OCENJEVALNI LIST 2**

Vprašalnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike

Prosimo, da odgovorite na vprašanja tako, da podčrtate DA ali NE. Če boste odgovorili negativno, vas prosimo, da zelo na kratko utemeljite, zakaj.

Obrazložitev uporabljenih kratic : ZN - zdravstvena nega; ZV - zdravstvena vzgoja. Odgovori bodo uporabljeni za oblikovanje ocene o praktični uporabi negovalne dokumentacije v vseni fazi procesne metode zdravstvene nege (PMZN) bolnika.

1. Ali pri vsakem bolniku izpolnite dogovorjene obrazce :	DA	NE
• Spjelemno anamnezo	DA	NE
• Plan nege	DA	NE
• Evidenco opravljenе ZN	DA	NE
• Terapevtski list	DA	NE
• Obr. za predajo/sprejem službe	DA	NE
• Poročilo o ZV bolnikov	DA	NE
• Obvestilo službi ZN	DA	NE
2. Ali napišete na vsak obrazec ZN :	DA	NE
• identifikacijske podatke bolnika	DA	NE
• vaše ime ( podpis )	DA	NE
• datum vpisovanja podatkov	DA	NE
3. Bolnik/ svojce informirate o hitnem redu oz. obiskih in dajanju informacij :	DA	NE
• ustmeno	DA	NE
• uporabite tudi pisarna navodila	DA	NE
• odgovorite le na vprašanja	DA	NE

- 10. So vam predstavili oddelek DA NE
- 11. So vas poučili, kako in koga lahko pokličete za pomoč DA NE
- 12. So spremljali vaše počutje in potrebe DA NE
- 13. So vam pomagali zadovoljiti vaše potrebe in želje DA NE

**Hvala !**

Celje, ...../2001

- 4. Določite vrstni red posameznih negovalnih aktivnosti ob sprejemu bolnika na oddelek :
  - ..... sprejem bolnika in namestitve v bolniško posteljo
  - ..... prevzem in proučitev medicinske dokumentacije
  - ..... pogovor s transporterjem
  - ..... pogovor bolnikom
  - ..... pogovor s svojci
  - ..... izpolnjevanje obrazca Negovalna anamneza
  - ..... izdelava negovalnega načrta
  - ..... realizacija planiranih intervencij in preiskav ( temperaturni list )
  - ..... realizacija planiranih negovalnih akcij in opazovanj ter meritev ( negovalni načrt )

- 5. V primeru premestitve ali odpusta bolnika iz oddelka vedno izpišete obrazec Obvestilo službi
  - Zdravstvene negs : DA NE

6. Opravljene negovalne akcije, meritve in intervencije:

- takoj evidentirate na negovalni list DA NE
- ko opravite vse aktivnosti DA NE
- na koncu izmene DA NE
- zapišem le nekatere DA NE

Celje, ...../2001

**HVALA !**

**OCENJEVALNI LIST <sup>3</sup>**  
Vprašalnik za bolnike

Prosimo, da odgovorite na vprašanja tako, da podčrtate DA ali NE. Za sodelovanje se Vam najlepše zahvaljujemo.

1. Kdo vas je pospremil na oddelek :
  - transporter DA NE
  - medicinska sestra DA NE
  - svojci DA NE
  - prišel sem sam DA NE
2. Ste razumeli vprašanja medicinske sestre DA NE
3. So bila vprašanja preveč osebna DA NE
3. Ste dobili odgovore na vaša vprašanja DA NE
4. Ste razumeli odgovore medicinske sestre DA NE
5. Ste dobili pismene informacije ( hišni red ) DA NE
6. Ste se počutili ob sprejemu varni DA NE
7. Ste se počutili ob sprejemu spoštovani DA NE
8. So zavarovali vašo osebnost lastnino ( denar, zlato ) DA NE
9. Vas je medicinska sestra poučila, zakaj je potreben določen poseg, meritev in kako bo to naredila DA NE

**ODDELEK ZA BOLEZNI SRCA, PULUČ IN OŽILJA**  
**SPLOŠNA BOLNIČA CELJE**

DATUM: \_\_\_\_\_  
 MED. SR.: \_\_\_\_\_

**SPREJEMNA ANAMNEZA ZDRAVSTVENE NEGE**

BOLNIK: \_\_\_\_\_

ROJENI: \_\_\_\_\_

PRIHAJA IZ OD: \_\_\_\_\_

DAT. URA PRIHODA NA ODD: \_\_\_\_\_

PODATKI O SVOJCIH: \_\_\_\_\_

DO SEDAJ ZIVANE ALERGJE: \_\_\_\_\_

**I. NEGOVALNA ANAMNEZA**

1. DIHANJE: \_\_\_\_\_
2. HRANJENJE IN PITJE: \_\_\_\_\_
3. IZLOČANJE IN ODVAJANJE: \_\_\_\_\_
4. GIBANJE IN USTREZNA NEGA: \_\_\_\_\_
5. SPANJE IN POČUTEK: \_\_\_\_\_
6. OBLAČENJE: \_\_\_\_\_
7. VZDRŽEVANJE NORM. TEL. TEMP.: \_\_\_\_\_
8. OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST: \_\_\_\_\_
9. IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU: \_\_\_\_\_
10. STANJE ZAVESTI, KOMUNICIRANJE: \_\_\_\_\_
11. IZRAŽANJE VERSKIH ČUSTEV, OBČUTIJ, POTREB: \_\_\_\_\_
12. KORISTNO DELO: \_\_\_\_\_
13. RAZVEDRILLO IN REKREACIJA: \_\_\_\_\_
14. UČENJE IN PRIDOBIVANJE ZNANJA: \_\_\_\_\_

**II. PRI BOLNIKU UGOTAVLJAM ŠE NASLEDNJE PROBLEME:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**III. OBLIKOVANJE NEGOVALNIH DIAGNOZ ALI NEGOVALNIH PROBLEMŌV BOLNIKA:**

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**IV. POPIS OSEBNIH STVARI BOLNIKA:**  
 (ortopedski pripomočki, proteze, denar, dokumenti)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

BOLNIK: \_\_\_\_\_

MED. SESTRA: \_\_\_\_\_







**TERAPEVTSKI LIST**

*Oddelek za bolezni srca, pljuč in ožilja*

BOLNIK.....Rojen/a.....soba..... št. lista.....

TERAPIJA	DATUM	DATUM	DATUM	DATUM	DATUM	DATUM
i. v.						
i. v.						
i. v.						
s. c.						
s. c.						
s. c.						
i. m.						
<b>Perfuzor</b>						
<b>Perfuzor</b>						
<b>Perfuzor</b>						
<b>Laboratorij</b>						
<b>Preiskave</b>						

114. Grafika Grozde

SPOLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE  
Uprava – Zdravstvena nega

**OBVESTILO SLUŽBI ZDRAVSTVENE NEGE**

v zdravstvenem zavodu..... je bil(a) pri nas obravnavan(a) od..... do.....  
 Nalepka ali podatki o otroku:.....  
 Priimek in ime:.....  
 Datum rojstva:.....  
 Bivališče:.....  
 Telefon:.....  
 Lečeči zdravnik:.....  
 Negovane diagnoze (na katere se navezuje zdr. nega):.....

I. Otroku bo nudili nege in oskrbo:  svoji  drugi(naš)ov.....  
 Navodila za nego so dana svojem  ne  da  pisna  ustna, vsebina:.....  
 Socialna služba je seznanjena s primerom  ne  da, kateri:.....  
 Oseba lastnika ki jo ima otrok s seboj:  ne  da, kaj:.....  
 dokumenti:  ne  da, kaj:..... ortop. pripomočki:  ne  da, kaj:.....  
 dne:..... pri:.....  
 Kontrolni pregled je potrebno naročiti pri:.....

II. PSIHOFIZIČNO STANJE OB ODPUSTU IN POTREBE PO ZDRAVSTVENI NEGI

1. Dihanje	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
2. Izločanje urina	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
3. Odvajanje	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
4. Spanje, počitek	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
5. Vzdrževanje normalne telesne temperature	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
6. Sporazumevanje	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
7. Govor	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
8. Hranjenje, pitje:	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
9. Gibanje in ustrezna lega:	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
10. Oblačenje:	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
11. Osebnostna higiena:	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
12. Izogibanje nevarnostim v okolju:	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
13. Izražanje čustev in potreb:	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
14. Izražanje verskih potreb:	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
15. Izraba prostega časa:	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
16. Učenje (šola):	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema
17. Razvada:	<input type="radio"/>	normalno	<input type="radio"/>	opis problema

