

# IZVEDBA RAZVOJNEGA PRESEJALNEGA TESTA DENVER II V SKLADU S PROCESOM ZDRAVSTVENE NEGE

## PERFORMING THE DENVER II TEST THROUGH NURSING PROCESS

Beisa Žabkar

UDK/UDC 616-007.1-07-053.2

**DESKRIPTORJI:** otrok razvoj; otrok razvojne nepravilnosti-dijagnostika; masovni pregledi

**Descriptors:** child development; developmental disabilities-diagnosis; mass screening

**Izvleček** – Članek predstavlja uporabo in izvedbo denverskega razvojnega presejalnega testa v Dispanzerju za predšolske otroke. V uvodu je opisan denverski razvojni presejalni test in pomen presejalnih testov za otroke. Sledi predstavitev dispanzerske zdravstvene nege in spremembe delokroga medicinske sestre pri uvajanju novega denverskega razvojnega presejalnega testa. V zadnjem delu je opisana izvedba testa v skladu s procesom zdravstvene nege in kot del dispanzerske zdravstvene nege za predšolske otroke.

**Abstract** – The article presents the use and performance of Denver II screening test and the significance of its use for children, followed by the description of nursing care in dispensaries and the changed role of the nurse. In conclusion, professional guidelines for the performance of Denver II test are given.

### Uvod

Najbolj ogrožena skupina prebivalstva so dojenčki in otroci v predšolskem obdobju, katerih razvoj je zato potrebno intenzivneje spremljati. Novi denverski razvojni presejalni test (v nadaljevanju NDRPT II) je test za spremljanje razvoja zdravih in navidezno zdravih otrok od rojstva do šestega leta starosti. Ime je dobil po mestu, kjer je nastal. Prvič je bil objavljen leta 1967. Je eden najstarejših in najbolj znanih presejalnih testov otrokovega razvoja (1, 2). V Sloveniji ga uporabljamo od leta 1986, ko je bila izvedena prva standardizacija (3, 4). Leta 1990 je izobraževanje za izvajalce testa prenehalo in trenutno se test le ponekod izvaja. Otrok mora imeti opravljen DRPT pri vseh sistematičnih pregledih. Izveden mora biti v skladu z doktrinami in načeli iz veljavne zakonodaje (Uradni list RS 1258/št.19 / 12. 3. 1998).

V Sloveniji smo pred uvedbo NDRPT II v dispanzerje za predšolske otroke. V dispanzerju za predšolske otroke Koper je potekala standardizacija NDRPT II. S pridobljenimi izkušnjami iz standardizacije in izobraževanja v denverskem razvojnem centru predstavljamo NDRPT II. NDRPT II bodo izvajale medicinske sestre po opravljenem tečaju, preizkusu znanja in ko

bodo dodobra seznanjene s testnim materialom ter pripravljene tudi na probleme, ki nastopijo med testiranjem majhnih otrok. NDRPT II bo del dispanzerske zdravstvene nege v vseh dispanzerjih za predšolske otroke po Sloveniji. Poudarila bi rada, da zdravstvena nega v dispanzerjih za predšolske otroke ni poenotena, organizirana, dogovorjena in uvedena v vsakdanje delo. Uvajanje kakršnihkoli novosti v nepoenotene delokroge zahteva dodatne obremenitve, ogromno znanja, volje, vztrajnosti in potrpežljivosti medicinske sestre in ostalih sodelavcev.

Na podlagi tega je cilj prikazati naslednje: uvedbo NDRPT II z enotnim modelom v dispanzersko preventivno zdravstveno nego za predšolske otroke, vlogo in naloge medicinske sestre v dispanzerski zdravstveni negi pri izvajanju NDRPT II in kakovostno izvedbo testa v skladu s procesom zdravstvene nege (5, 6).

### Presajalni testi pri otrocih

Preiskovanje navidezno zdravih ljudi imenujemo presejanje (detekcija, »screening«). Presejanje je sistematični pregled celotne populacije ali specifično izbrane skupine populacije. Namen preiskave je lahko

Beisa Žabkar, dipl. m. s., Zdravstveni dom Koper, Dellavallejeva 3, 6000 Koper

Članek temelji na diplomskem delu z naslovom: »Vloga medicinske sestre pri izvajanju novega presejalnega testa Denver II« (mentorica mag. Danica Železnik, prof. zdrav. vzg., in somentor Martin Bigec, dr. med., spec. ped.), ki sem jo zagovarjala julija 2001 na Visoki zdravstveni šoli Univerze v Mariboru.

identifikacija bolezenskih znakov v zgodnjem ali preliminarnem stadiju ali ugotovitev dejavnikov tveganja bolezni. V vsakem primeru je vprašanje biološkega fenomena, ki ga lahko ugotovimo, še preden se bolezen pokaže. Presejanje ni primarna prevencija, usmerjena v iskanje povzročitelja, večji uspeh dosega pri namenu ugotavljanja zgodnjih bolezenskih znakov. Zaradi tega je presejanje sekundarna prevencija. Presejanje za ugotavljanje zgodnjih znakov bolezni lahko izboljša prognozo bolezni zaradi izredno zgodnjega zdravljenja.

Cilj presejanja je ugotavljanje preliminarnega stadija bolezni in ugotavljanje ter zdravljenje bioloških sprememb, zaradi katerih se lahko razvije bolezen v tridesetih do petdesetih odstotkih primerov.

Presejalni testi igrajo pomembno vlogo pri celostni obravnavi otrokovega zdravja. Z njimi sistematično pregledujemo navidezno zdrave otroke, da bi našli bolne. So samo del sistematičnih pregledov in predstavljajo del programov in prizadevanj za izboljševanje otrokovega zdravja (7–9).

### Dispanzerska zdravstvena nega predšolskega dispanzerja in NDRPT II

Dispanzerska zdravstvena nega je del primarnega dispanzerskega zdravstvenega varstva, je zdravstvena disciplina in obravnava posameznika ali skupino prebivalstva (različne skupine) katerih zdravje je ogroženo zaradi bioloških lastnosti ali socialnih bolezni, v času zdravja in bolezni, v zdravstveni instituciji (dispanzer) in na terenu (šola, vrtec, delovno mesto); cilj tega je, da omogočimo neodvisnost varovanca pri opravljanju življenjskih aktivnosti, če ima za to potrebno moč, voljo in znanje. Ena temeljnih nalog dispanzerjev za predšolske otroke je spremljanje rasti in razvoja otrok. Naloge pri spremljanju razvoja, odkrivanju in vodenju otrok z odkloni od normale si delijo zdravstveni delavci in sodelavci otroškega dispanzerja. V pediatrični dispanzerski zdravstveni negi so naloge medicinske sestre določene glede na zdravstveno stanje otroka in njegovo stopnjo razvoja (10).

1. Dejavniki, ki opredeljujejo dispanzersko zdravstveno nego otroka, so:
  - zdravstveno stanje otroka,
  - odvisnost otroka od odraslih,
  - delovanje otrokovega organizma, ki se razlikuje od odraslega in
  - otrokov imunski sistem, ki deluje drugače kot pri odraslem.
2. Medicinske sestre bomo z uvedbo NDRPT II pridobile nova znanja s področij:
  - socialnega razvoja otroka,
  - fine motorike,
  - grobe motorike,
  - govora,
  - komunikacije z otrokom in starši in

- nove možnosti znanstvenoraziskovalnega dela. Širjenje znanja in pridobivanje novih izkušenj bo pripomoglo k dvigu kakovosti dispanzerske zdravstvene nege.
3. Spremembe delokroga medicinske sestre z uvedbo NDRPT II  
Spremenil se bo delokrog medicinske sestre pri izvajanju sistematičnih pregledov zaradi izvajanja NDRPT II. Delokrog pri sistematičnih pregledih bo vseboval:
    - izvajanje biometričnih in antropometričnih meritev,
    - izvajanje zdravstvene vzgoje,
    - izvajanje NDRPT II po procesu zdravstvene nege,
    - analizo rezultatov sistematičnih pregledov in NDRPT II,
    - dokumentiranje pridobljenih podatkov v informacijski sistem in pošiljanje podatkov prek interneta v učni center Denver II Slovenija, Zdravstveni dom Maribor (11).

### Izvedba NDRPT II v okviru procesa zdravstvene nege

NDRPT II bomo izvajali pri populaciji otrok v starosti od nič do šest let ob rednih obiskih v posvetovalnici in cepljenju: v prvem, v tretjem, v šestem, v devetem, in v dvanajstem in v osemnajstem mesecu starosti. Sistematske preglede in NDRPT II bomo posebej organizirali za otroke v tretjem in petem letu starosti (12, 13).

#### Prva faza izvedbe NDRPT II

Prva faza izvedbe NDRPT II v okviru procesa zdravstvene nege vsebuje ugotavljanje potreb po zdravstveni negi in pridobivanje podatkov za negovalno anamnezo (sl. 1).

#### 1. Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi

Medicinska sestra najprej opravi sprejem otroka in staršev, sledi psihična in fizična priprava na celoten pregled.

##### – Sprejem otroka in staršev v posvetovalnico

Potrebe po zdravstveni negi medicinska sestra prične ugotavljati že ob prihodu otroka in staršev v čakalnico, sprejme jih in nameni dovolj časa za vzpostavitev primerne prvega stika, s tem:

- da vodi razgovor brez prisotnosti nepoklicanih oseb,
- da prilagodi pogovor razvojni stopnji otroka,
- da razvija sproščenost otroka in staršev s splošnim razgovorom in umirjenim delovanjem,
- da upošteva psihofizično sposobnost otroka in staršev ter sprejema njihove sedanje ravni funkcioniranja,

- obravnava otroka in starše kot subjekt in
- spoštuje morebitne drugačne družinske vrednote in življenjske cilje (14–16).
- *Psihična in fizična priprava otroka in staršev na antropometrične meritve, NDRPT II, pregled pri zdravniku in morebitno cepljenje dojenčka.*

Medicinska sestra pojasni: vsebino pregleda, kako naj starši ravnajo z otrokom in se dogovori za vrstni red ob samem pregledu. Če je otrok pripravljen sodelovati, ne bomo imeli težav pri testiranju, za razliko od tistega, ki tega ne želi. Otroka lahko na primer moti: neprimeren prostor, ropot ali strah pred neznanim. Lahko je nerazpoložen, bolan, lačen ali utrujen in takrat se dogovorimo s starši za drug termin. Otrok in starši se morajo počutiti sproščeno in ugodno, pogosto so starši moteči, ker so nestrpni, neučakani, silijo otroka k sodelovanju, četudi otrok odločno odkloni. Dajmo otroku čas, da se vživi v novo situacijo, omogočimo mu prosto igralno aktivnost (stolp iz kock), ki je prav tako testna enota. Otrok naj ne čaka predolgo na pričetek testiranja. V tem času medicinska sestra pregleda vse dosedanje negovalne in zdravniške anamneze, zapisane v otrokov zdravstveni karton. Nadaljuje z zbiranjem podatkov za ugotavljanje potreb po zdravstveni negi (17).

– *Negovalna anamneza*

Medicinska sestra pridobiva podatke za negovalno anamnezo ob vsakem obisku otroka in staršev in jo dokumentira v otroški zdravstveni karton in list zdravstvene nege ter jo dopolnjuje ob vsakem ponovnem sistematičnem pregledu. Za naše izvajanje NDRPT II so pomembne predvsem naslednje postavke:

- raven družinskega bivalnega okolja,
- otrokova starost in razvojna stopnja,
- fiziološke, anatomske in psihosocialne posebnosti otrokovega razvoja v določeni starosti,
- otrokova sposobnost samooskrbe,
- način komuniciranja z okoljem,
- običajne izraze oziroma pojme, ki jih že uporablja,
- način bivanja doma,
- kje je otrok v varstvu,
- predhodne izkušnje otroka in staršev z zdravstveno nego in
- potencialne možnosti za razvoj strahu in odpora.

Pred izvedbo NDRPT II medicinska sestra opravi analizo vseh zbranih podatkov in ugotovi otrokove zmožnosti in ovire, ki preprečujejo njegovo sodelovanje pri izvedbi NDRPT II (18).

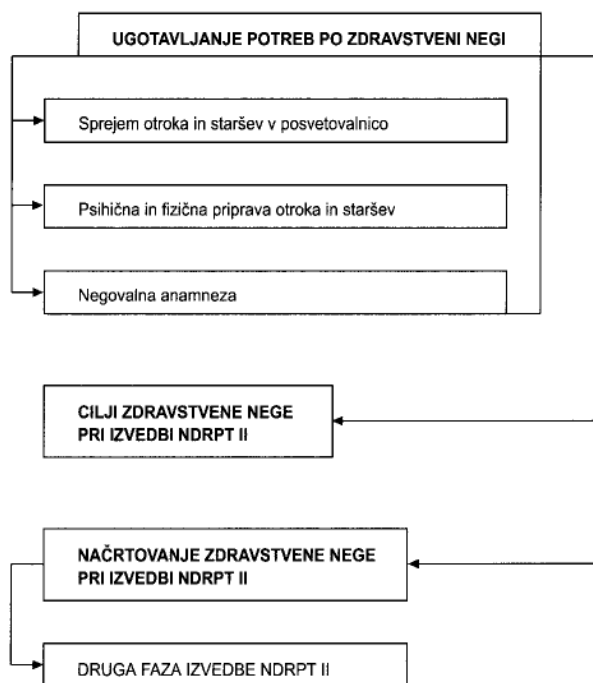
**2. Načrtovanje zdravstvene nege in postavitve ciljev pri izvedbi NDRPT II**

Na podlagi predhodno in trenutno zbranih podatkov medicinska sestra načrtuje zdravstveno nego

in postavi dolgoročne in kratkoročne cilje. Načrtuje, kako bo izvajala NDRPT II in pri tem predvideva spremembe v reakciji otroka in staršev.

- **Kratkoročni cilji:**
- vzpostavljen dober medosebni odnos z otrokom in starši,
- otrok in starši zaupajo medicinski sestri,
- otrok sodeluje pri celotnem testiranju,
- natančno spremljan in dokumentiran razvoj otroka.
- **Dolgoročni cilji:**
- zgodaj obravnavan in diagnosticiran otrok, ki zaostaja v razvoju,
- stimuliran otrok, katerega razvoj je pospešen.

Medicinska sestra pripravi individualni načrt zdravstvene nege, ki mora biti prilagojen starosti in razvojni stopnji otroka. Načrt vsebuje sistematično izvedbo NDRPT II v treh fazah in izvajanje testnih enot po navodilih iz Priročnika za izvedbo testnih enot. Izvajanje testa se prilagaja otrokovemu razpoloženju in odzivnosti, v zaporedju in prožno. Medicinska sestra mora zagotoviti dovolj časa za izvedbo testa v celoti in morebitno ponavljanje neuspešno opravljenih testnih enot. Izgovarjanje navodil za izvedbo testnih enot je natančno in jasno. Pri razumevanju otroka prosimo starše za razlago nerazumljivih besed. Opazujemo otrokovo verbalno in neverbalno komunikacijo. Izvedbo testnih enot pravilno ocenimo in le tako dobimo realne rezultate o razvoju otroka. Načrt je hitro in v celoti dokumentiran, ker sledi druga faza izvajanja NDRPT II (18–20).



Sl. 1. Prva faza izvedbe NDRPT II.

## Druga faza izvedbe NDRPT II

Druga faza izvedbe NDRPT II v okviru procesa zdravstvene nege vsebuje (sl. 2) izvedbo NDRPT II po načrtu zdravstvene nege. Druga faza izvedbe vsebuje uvod v testiranje in testiranje otroka iz vseh štirih razdelkov.

### 1. Uvod v izvajanje NDRPT II

V uvodu v testiranje staršem najprej pojasnimo osnovne značilnosti testa, to je, da je DENVER II presejalni test otrokovega razvoja in z njim ugotavljamo trenutni razvojni status otroka. Test ne ocenjuje otrokove inteligence, niti ne pričakujemo, da bo otrok uspešno opravil vse naloge, starše opozorimo, naj otroku ne pomagajo pri izvajanju nalog.

### 2. Izvedba testnih enot iz razdelka socialno-osebnostni razvoj

Pogovor s starši naj bo sproščen in odprt, pozorni smo na komunikacijo. Otrok v začetku posluša, nato se samoiniciativno ali z našo pomočjo udeleži pogovora. Otrokova prizadevanja vedno pohvalimo, četudi testne enote ni uspešno opravil. To prispeva k otrokovi samozavesti in ga opogumi za opravljanje težjih testnih enot. Vprašanja so fokusne oblike glede na podatke, ki želimo dobiti. Starši se bolje počutijo, če postavljamo vprašanja z »že« (Ali vaš otrok že opravlja to ali ono nalogo?), tudi v primeru, ko morajo poročati, da otrok določene naloge še ne opravi uspešno. Otrok bo v nadaljevanju testiranja veliko lažje sodeloval in komuniciral, saj se je že privadil na nas in okolico.

### 3. Izvedba testnih enot iz razdelka fina motorika in prilagodljivost

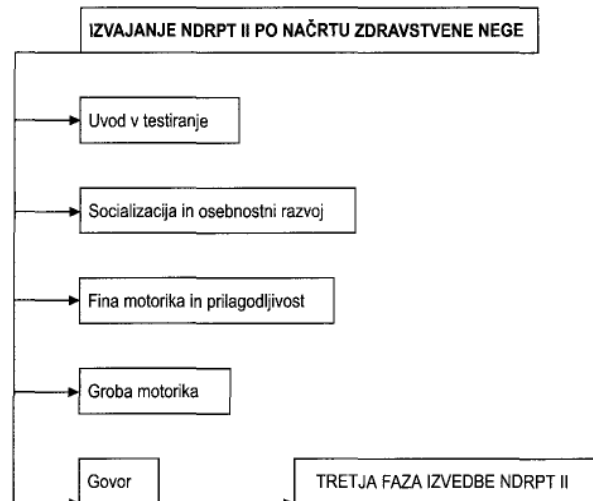
Sledijo testne enote iz fine motorike in prilagodljivosti, pri katerih otroku ni potrebno govoriti. Dojenčka pozorno opazujemo med testiranjem, da ugotovimo, ali je uspešno opravil testne enote. Besedna navodila, kako izvesti testno enoto, naj bodo prilagojena otrokovi starosti (jasne in razločne besede). Otrok mora razumeti, kaj želimo od njega. Začnemo z lažjimi testnimi enotami, da otroka razbremenimo strahu pred neznanjem. Testne enote, pri katerih uporabimo kocke, otroci zelo radi izvajajo in so uspešni.

### 4. Izvedba testnih enot iz razdelka govor

Otrok je navezal pogovor z nami, se počuti udobno in komunicira, uspešno opravlja testne enote in veliko lažje sodeluje pri izvajanju testnih enot iz razdelka govor. Pri dojenčku poslušamo, katere glasove oblikuje, kako se odziva, vokalizira, tvori zloge, katere besede izgovarja, ... Pozorni smo na otroka, ki opravlja testne enote NEUSPEŠNO. Večjemu otroku razložimo pomen sodelovanja in, če je potrebno, počakamo nekaj časa za nadaljevanje testiranja. Govor testiramo najprej z lažjimi testnimi enotami in nato preidemo na težje.

## 5. Izvedba testnih enot iz razdelka groba motorika

Nazadnje testiramo otroke s področja grobe motorike. Pozorni smo na varnost, ker se otroci razživijo. Njihova koncentracija in motiviranost za sodelovanje upada. Izvajanje testnih enot iz drugih razdelkov je lahko zato manj uspešno ali celo neuspešno (9, 18).



Sl. 2. Druga faza izvedbe NDRPT II.

## Tretja faza izvedbe NDRPT II

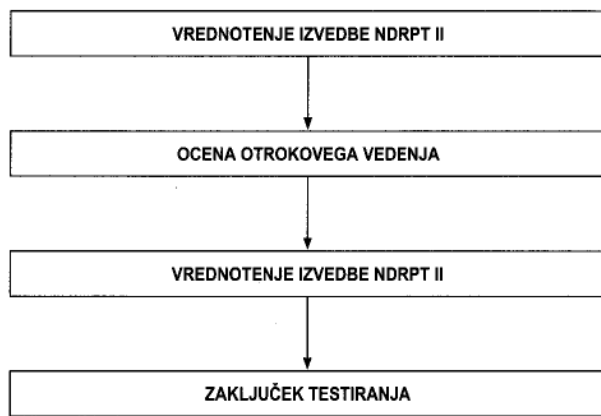
Tretja faza izvedbe NDRPT II vsebuje (prikazana na sl. 3) ovrednotenje ocen izvedbe posamezne testne enote. Tako smo prepričani, da smo testno enoto izvedli in pravilno ocenili. Po zaključenem testiranju se prepričamo, če smo izvedli, ocenili in ovrednotili vse testne enote. Otroka pohvalimo za sodelovanje in uspešno opravljene naloge. Neuspešno opravljene testne enote poskusimo ponovno opraviti. Ocenimo otrokovo vedenje in ovrednotimo testiranje glede na zastavljene cilje.

### 1. Ocena otrokovega vedenja in zaključek testiranja

Vprašamo starše, ali je bilo otrokovo vedenje med testiranjem zanj običajno in odgovor vpišemo v razpredelnico. Izvajalec testa še subjektivno oceni in označi otrokovo sodelovanje, zanimanje za okolje, plašnost in razpon pozornosti med testiranjem. Če izvajalec testa med testiranjem opazi kakršnokoli nenavadno vedenje ali izvajanje določene testne enote, to sproti zabeleži ob testni enoti ali na hrbtni strani testnega lista.

### 2. Vrednotenje NDRPT II

Ob zaključku testiranja otroka opravljeno delo vrednotimo glede na cilje in pregledamo ocene izvedbe testnih enot kot: »USPEŠNO«, »NEUSPEŠNO«, »NI IMEL PRILOŽNOSTI« ali »ZAVRNITEV«.



Sl. 3. Tretja faza izvedbe NDRPT II.

Medicinska sestra ovrednoti oceno izvedbe posamezne testne enote kot: »POSPEŠENO«, »NORMALNO«, »POZOR« ali »ZAOSTANEK«. Medicinska sestra in zdravnik pediater ocenita celoten test kot: »NORMALEN«, »VPRAŠLJIV« ali »NEIZVEDLJIV«. Po opravljenem vrednotenju testiranja, medicinska sestra napoti otroka in starša na klinični pregled k zdravniku, ki določi na podlagi NDRPT II in kliničnega pregleda, zdravstveno stanje otroka (15, 16, 18).

## Zaključek

Zdravstvena nega je področje nenehnih sprememb. Zavedamo se da spremembe v zdravstvu lahko krepko posežejo tako v ekonomsko kot v socialno raven družbe. Prednost pa naj imajo oblike zdravstvenega varstva, ki ob najboljšem učinku zagotavljajo uspešno preprečevanje bolezni in zgodnjo diagnostiko. Slovenski otroci predstavljajo prihodnost naše države. Samo zdrav otrok lahko doseže najvišji nivo produktivnosti in zraste v srečno osebnost. V primarnem zdravstvenem varstvu uvajanje NDRPT II predstavlja preprečevanje bolezni in je pomemben pripomoček pri enakovrednem spremljanju otrokovega razvoja, ne glede na to kje stanuje (mesto, podeželje) in kdo ga obravnava (pediater, družinski zdravnik).

Izvajalka testa bo medicinska sestra in svoj delokrog bo razširila na nova področja. Širjenje delokroga pa zahteva nova znanja in izobraževanje. Glede na dosedanje ugotovitve predvidevam, da izobraževanje za izvedbo novega testa ne bo težavno. Kako se bodo medicinske sestre spoprijele z novo nalogo v veliki meri zavisi od dosedanje organizacije zdravstvene nege predšolskega dispanzerja, starosti in delovnih izkušenj medicinskih sester. Največ težav lahko pričakujemo pri uvajanju izvedbe testa v nepoenotene delokroge. Sklepam, da če želimo zagotoviti kontinuirano izvajanje NDRPT II je potrebno pristopiti k organizaciji kvalitetnega izobraževanja medicinskih sester in zdravnikov. Šola za izvajanje Denver II testa v Sloveniji mora

biti usmerjena v pridobivanje novih znanj, katera medicinska sestra potrebuje pri uvajanju in izvedbi testa.

Po izobraževanju pa morajo izobraževalni centri dobiti povratno informacijo iz dispanzerjev. V Združenih državah Amerike uporabljajo naslednje strategije ob uvajanju novosti: vzpostavijo dobro notranjo komunikacijo v kolektivu, uporabljajo različne načine komunikacije, spodbujajo interakcijo v obe smeri in predvsem želijo imeti povratno informacijo pravočasno (21).

Ob uvajanju novosti je potrebno opozoriti na dobro organizacijo dispanzerske zdravstvene nege predšolskega dispanzerja, primerno dogovarjanje o skupnih ciljih, pozitivno pristopanje k reševanju problemov in načinu motiviranja medicinskih sester (21). Potrebno bi bilo, da bi se medicinske sestre čimbolj usposobile za izvajanje zdravstvene nege po procesu zdravstvene nege in za odtenke medosebnih komunikacij, saj bi le tako zmogle vsaj delno dosegati tiste smotre zdravstvene nege, ki so danes v doktrini predvideni kot optimalni. Samo tako bomo našle skupen govor na poti do sprememb in uspeha. Razmišljati bi morali tudi o uvedbi NDRPT II v specialistični študij visokošolskega programa za pediatrične medicinske sestre, kjer bi se še posebej seznanile z dispanzersko zdravstveno nego in NDRPT II, ki bo zelo široko področje in pomemben del preventivne dispanzerske zdravstvene nege (22).

## Literatura

1. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Bresnick B, Maschka P, Edelman N, Shapiro H. Denver II Training manual. Denver: Denver Developmental Materials, Inc; 1992: 5–15.
2. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P. The Denver II: A major revision and standardization of the Denver Developmental Screening test. *Pediatrics*, 1992: 91–7.
3. Kenda R, Accetto M. Denverski razvojni presejalni test. *Zdrav Var* 1986; 25: 290–1.
4. Kenda R, Accetto M. Standardization of the Denver Developmental Screening test in the socialist republic of Slovenia. Ljubljana: Municipal Children's Hospital, 1987: 1–5.
5. Kenda R, Accetto M. Denverski razvojni presejalni test priročnik. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva, 1988: 5–13.
6. Kenda R. Denverski razvojni presejalni test. *Medicinski razgledi* 22; 1983: 325–36.
7. Frankenburg WK, Camp BW. Pediatric screening tests. University of Colorado, 1975: 403–7.
8. Premik M. Prvine vrednotenja presejalnih programov. *Slovenska pediatrija* 1996; 1-3: 36–40.
9. Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Visoka zdravstvena šola Maribor, 1999: 205–12.
10. Filej B. Zdravstvena nega v dispanzerski dejavnosti. *Zdrav Obzor* 1991; 3-4: 207–16.
11. Burns EC, Brady A, Dunn MA, Starr BN. *Pediatric primary care: a handbook for nurses practitioners*. Philadelphia 2000: 15–6, 96–7, 116–7, 174–5, 1287–91.
12. Bigec M, Kancler K, Seme-Cinglenečki P. Sistematski pregledi v dispanzerjih za predšolske otroke. *Slovenska pediatrija* 1996; 1-3: 46–50.
13. Bigec M. Preventivni programi v dispanzerju za otroke. *Slovenska pediatrija – XI. srečanje pediatrov v Mariboru* 2000, 23–31.
14. Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1995: 41–6, 82–3.
15. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. *Proces zdravstvene nege*. Maribor 1995, 17–93.

16. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. Poti posodabljanja zdravstvene nege. Maribor 1996: 9–67.
17. Cohen-Solal J. Spoznajte svojega otroka, Mladinska knjiga Ljubljana 1984: 139–233.
18. Hoyer S. Zdravstvena nega pediatričnega varovanca. Univerza v Ljubljani, 1991: 29–39, 102–44.
19. Filipič I. Komunikacija v zdravstveni negi. Zdrav Obzor 1998, 5-6: 221–5.
20. Kovačič D. Besedna in telesna komunikacija. Psihološka obzorja 1994; 3-4: 49–60.
21. Harris J. Getting employes to fall in love with your company. New York, 1996: 40–1.
22. Kersnič P. Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. Zdrav Obzor 1997; 1-2: 31–1.
23. The Danish National Board of Health. Screening Why, when, and how? 1990: 6–14.