



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODZIVNOST MEDICINSKIH SESTER NA
ZAGOTAVLJANJE TEMELJNIH
ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI PACIENTA V
POOPERATIVNEM OBDOBJU – ŠTUDIJA
PRIMERA**

**NURSES' RESPONSIVENESS IN PROVIDING
THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING TO
PATIENTS IN THE POSTOPERATIVE
PERIOD – A CASE STUDY**

Diplomsko delo

Mentorica: Katja Vrankar, pred.

Kandidatka: Anja Šink

Jesenice, junij, 2022

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Katji Vrankar, pred. za hitro odzivnost, pomoč in nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki dr. Zdenki Tičar, pred. za recenzijo diplomske naloge in hitro odzivnost.

Zahvalila bi se tudi vsem zaposlenim na kirurškem oddelku na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik za sodelovanje in vso pomoč pri raziskavi.

Zahvala gre tudi moji družini. Možu, ki nikoli ni nehal verjeti vame in me vedno podpiral, mojim hčeram za potrpežljivost in razvedrilo ter vsem, ki ste kakorkoli pomagali k uresničitvi mojih sanj.

Zmagovalec boste, če se nikoli ne boste predali.

Ko vam je najtežje, poskusite še enkrat.

James J. Corbett

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Odzivnost medicinskih sester na pacientove klice pripomore k njihovem zadovoljstvu. Zagotovi čimprejšnjo oskrbo pacienta in prepreči neželene dogodke. Kakovost in varnost zdravstvene obravnave vplivata na pacientov potek zdravljenja. Zato smo želeli ugotoviti, kakšna je odzivnost medicinskih sester na zagotavljanje temeljnih življenjskih aktivnosti pacientov v pooperativnem obdobju na primeru kirurškega oddelka Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

Cilj: Cilji diplomskega dela so ugotoviti najpogostejše temeljne življenjske aktivnosti, za katere medicinska sestra prejme pacientov klic, odzivni čas medicinskih sester in način odziva medicinskih sester na pacientove potrebe ter od česa je ta odvisen.

Metoda: Teoretični del je oblikovan na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature. Empirični del temelji na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili kontrolno listo. V ciljno populacijo smo vključili zaposlene na kirurškem oddelku v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Z opazovanjem njihovih odzivov na klice pacientov smo pridobili 200 odzivov. Uporabili smo osnovne opisne statistike (frekvenčne porazdelitve) in bivariatno analizo (križanja). Povezanost spremenljivk je bila preverjena s hi-kvadrat testom. Vrednost $p < 0,05$ pomeni statistično značilno povezanost spremenljivk. Podatkovna baza je bila urejena in analizirana s programom za statistične analize IBM SPSS Statistics 25.

Razultati: Največkrat medicinska sestra prejme klic za temeljno življenjsko aktivnost osebna higiena in urejenost (30,5 %), sledita ji komunikacija, čustvovanje in izražanje potreb ter izločanje in odvajanje (21,5 %). Največkrat pacient pokliče neverbalno (70 %). Najvišji odstotek (34,4 %) čakanja v času do ene minute medicinske sestre navajajo pri temeljni življenjski aktivnosti osebna higiena in urejenost. Največkrat se medicinska sestra takoj odzove na klic pacienta oz. je takoj prisotna ob pacientu (78,5 %).

Preverjanje odzivnega časa pokaže, da obstajajo statistično značilne razlike med posameznimi temeljnimi življenjskimi aktivnostmi ($p = 0,045$). Najvišji odstotek (34,4 %) čakanja medicinske sestre (do ene minute) navajajo pri temeljni življenjski aktivnosti osebna higiena in urejenost. Medicinska sestra se praviloma odzove in uredi pacientovo potrebo v 86,5 %; Hi-kvadrat pokaže, da ni statistično značilnih spremenljivk pri odzivih medicinske sestre glede na temeljne življenjske aktivnosti ($p = 0,187$).

Razprava: Ugotovili smo, da so medicinske sestre na kirurškem oddelku hitro odzivne, ker so zaradi operativnih pacientov veliko časa prisotne ob njih, ki v večini verbalno pokličejo medicinsko sestro za pomoč. Menimo, da bi bilo potrebno podobne raziskave narediti še na drugih oddelkih in ustanovah, ker bi s tem izboljšali delo medicinskih sester in zadovoljstvo pacientov.

Ključne besede: temeljne življenjske aktivnosti, odzivnost medicinskih sester, intenzivna terapija, pooperativna zdravstvena nega, zdravstvena nega kirurškega pacienta, kirurgija, zdravstvena nega po operaciji

SUMMARY

Theoretical background: The responsiveness of nurses to patient calls helps improve their satisfaction, ensures the fastest possible delivery of patient care and prevents adverse events. The quality and safety of medical care influence the patients' course of treatment. Therefore, we wanted to determine the nurses' responsiveness to ensuring the basic life activities of patients in the postoperative period using the example of the Surgical Department of the University Clinic of Pulmonary and Allergic Diseases Golnik.

Objective: The thesis aims to determine the most common basic life activities for which the nurse receives a call from a patient; the response time of nurses and the way nurses respond to the patient's needs and what this depends on.

Method: The theoretical part was based on a review of professional and scientific literature. The empirical part was based on the descriptive method of quantitative research. A checklist was used to collect data. The target population included employees in the surgical department at Hospital Golnik- University Clinic of Pulmonary and Allergic Diseases Golnik. By observing their responses to patient calls, we obtained 200 responses. The database was edited and analyzed using IBM SPSS Statistics 25 statistical analysis software.

Results: Most often nurses receive a call for the basic life activities of personal hygiene and grooming (30.5 %), followed by communication, emotion and expression of needs, and excretion and discharge (21.5 %). Patient most frequently call non-verbally (70 %). The highest percentage (34.4 %) of waiting up to one is reported by nurses for the basic life activity of personal hygiene and grooming. Most often nurses immediately respond to patients' call or are immediately present next to the patient (78.5 %). Analysis of response times shows that there are statistically significant differences between individual basic life activities ($p = 0.045$). Nurses report the highest percentage (34.4%) of waiting time (up to one minute) for the basic life activity of personal hygiene and grooming. In principle nurses respond and take care of the patients' need in 86.5 %. The chi-square shows that there are no statistically significant variables in nurse responses to calls for basic life activities ($p = 0.187$).

Discussion: We have found that nurses in the surgical department are quick to respond because they are present with them for longer periods. Most of patients verbally call the nurse for help. We believe that similar research should be done in other departments and institutions, to improve the work of nurses and patient satisfaction.

Key words: basic life activities, nurses responsiveness, intensive care, postoperative nursing, surgical patient nursing, surgery, postoperative nursing

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL.....	3
2.1 POOPERATIVNO OBDOBJE.....	3
2.1.1 Nadzor pacienta v pooperativnem obdobju.....	3
2.1.2 Vloga medicinske sestre v pooperativnem obdobju.....	4
2.2 ZAGOTAVLJANJE TEMELJNIH ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI V POOPERATIVNEM OBDOBJU	6
3 EMPIRIČNI DEL.....	14
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	14
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	14
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	14
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	14
3.3.2 Opis merskega inštrumenta.....	15
3.3.3 Opis vzorca.....	15
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	16
3.4 RAZULTATI.....	18
3.5 RAZPRAVA	25
3.5.1 Omejitve raziskave.....	28
3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	28
4 ZAKLJUČEK.....	30
5 LITERATURA.....	31
6 PRILOGE	36

KAZALO SLIK

Slika 1: Graf temeljne življenjske aktivnosti.....	19
--	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki	16
Tabela 2: Starost.....	16
Tabela 3: Temeljne življenjske aktivnosti	18
Tabela 4: Odzivni čas	20
Tabela 5: Odzivni čas glede na temeljno življenjsko aktivnost	20
Tabela 6: Odziv medicinske sestre.....	21
Tabela 7: Klic pacienta	21
Tabela 8: Dan po operativnem posegu	22
Tabela 9: Odziv medicinske sestre glede na temeljno življenjsko aktivnost.....	23
Tabela 10: Temeljne življenjske aktivnosti glede na operativni dan.....	24

SEZNAM KRAJŠAV

C	Cilj
N	Število
Op	Operacija
P	Pacient
RV	Raziskovalno vprašanje
TŽA	Temeljna življenjska aktivnost

1 UVOD

Kirurgija je veja medicine, kjer se izvajajo kirurški posegi oziroma operacije, katerih namen je zdravljenje bolezni in poškodb, ugotavljanje bolezni, transplantacija organov ter plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije. Operacija je lahko načrtovana ali nenačrtovana (Fink, et al., 2013).

Kirurški poseg zajema tri faze: predoperativna, medoperativna in pooperativna faza (Lillis & LeMone, 2011). Celotna oskrba kirurškega pacienta vključuje medicinsko oskrbo, ki jo izvajajo in načrtujejo zdravniki ter zdravstveno nego, ki jo izvajajo in načrtujejo medicinske sestre (Miksić, 2010).

Medicinske sestre, ki izvajajo pooperativno zdravstveno nego, morajo poznati in pravilno ukrepati pri možnih zapletih diagnostično-terapevtskih postopkov, kliničnih manifestacij zapletov in dejavnikov tveganja. Ves čas morajo spremljati pacienta in biti pripravljene na preprečevanje pooperativnih zapletov. Za kvalitetno zdravstveno nego mora medicinska sestra imeti znanje za ugotavljanje pacientovih potreb, odzivnost ob prvih znakih sprememb stanja, zagotavljanje stabilnosti za zmanjšanje pacientovega strahu ter znanje poučevanja pacienta, s katerim zmanjšamo nepotrebno tesnobo ob odpustu iz bolnišnice (Lewis, et al., 2014).

Delo medicinskih sester je kontinuirano, je fizično in psihično zahtevno, zato mora imeti medicinska sestra psihične sposobnosti in osebne lastnosti, kot so dostojanstvo, obzirnost, zaupnost, pravičnost, vztrajnost, prijaznost, poštenost, spoštljivost, prilagodljivost. Poleg teh avtorja navajata še natančnost, komunikativnost, odgovornost, optimizem, sposobnost opazovanja, ukrepanja, kritično mišljenje, čustvena zrelost, trdnost in uravnovešenost (Fink & Kobilšek, 2013).

Pri obravnavi življenjsko ogroženega pacienta ima zdravstvena nega vlogo podpore načrtu zdravljenja. Medicinska sestra ima v intenzivni terapiji soodvisno in samostojno funkcijo. Pri soodvisni funkciji medicinska sestra izvaja nadzor pacienta, asistira pri diagnostičnih in terapevtskih postopkih ter aplicira terapijo po zdravnikovem naročilu. Samostojna vloga pa je v zdravstveni negi kot zadovoljevanje pacientovih potreb, ki izhajajo iz štirinajstih temeljnih

življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson (Kodila, 2008). Pri tem pa izvaja intervencije zdravstvene nege v okviru kompetenc in v skladu s standardi zdravstvene nege (Fink & Kobilšek, 2013).

V diplomskem delu se na primeru Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik na kirurškem oddelku osredotočamo na odzivnost medicinskih sester na zagotavljanje temeljnih življenjskih aktivnosti pacienta v pooperativnem obdobju, katere temeljne življenjske aktivnosti (v nadaljnjem, besedilu: TŽA) na katere medicinska sestra prejme klic pacienta, so najpogostejše, odzivni čas medicinskih sester ter njen način odziva na pacientove potrebe.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 POOPERATIVNO OBDOBJE

Pooperativno obdobje se začne takoj po operaciji in se nadaljuje, dokler pacienta ne odpustimo iz zdravstvene ustanove. Po operaciji je pacient nameščen v sobo za prebujanje in kasneje, glede na njegovo stanje ter potrebe, na bolniški oddelek; vendar vsi operacijski bloki nimajo sob za prebujanje, pacienta prebudijo, nato je premeščen na kirurški intenzivni oddelek (Hoch, 2017).

2.1.1 Nadzor pacienta v pooperativnem obdobju

Prvih 24 ur po operaciji je opazovanje pacienta ključnega pomena. Opazovati je potrebno učinek anestezije, izvajati nadzor pacienta in meriti vitalne funkcije: dihanje, saturacijo SpO₂, temperaturo, krvni pritisk, pulz, centralni venski pritisk. Spremljati je potrebno tudi količino zaužite in izločene tekočine, opazovati kirurško rano, samo prevezo in okolico, drenažni sistem in drenažno rano, izvajati ukrepe za obvladovanje bolečine, prepoznati in preprečevati zaplete in izvajati intervencije zdravstvene nege glede na oceno stopnje samooskrbe pacienta (Fink, et al., 2013). Hamzić (2018) dodaja poleg vseh naštetih še opazovanje zavesti, skrb za nemoten pretok infuzij in aplikacijo terapije po zdravnikovem naročilu, skrb za ustrezno hidracijo skozi usta, takoj po operacijo pa vlaženje ustne sluznice, aplikacijo kisika glede na vrednost kisika v krvi po zdravnikovem naročilu. Khanna in ostali (2019) navajajo, da se približno polovica vseh bolnišničnih srčno-respiratornih zastojev pojavi na pooperativnem oddelku in je povezano s slabimi izidi. Prvi znaki poslabšanja pacientovega stanja se pogosto pojavijo 8-12 ur pred akutnim dogodkom, zato je stalno spremljanje vitalnih znakov tako pomembno, saj bi z učinkovitimi terapevtskimi posegi zdravnikov potencialno izognili neposrednemu dogodku srčno-respiratornega zastoja.

Opazovanje poteka tudi s pomočjo monitorja za nadzorovanje življenjskih funkcij, katerih alarmi opozarjajo zdravstvene delavce na morebitne zaplete ali spremembe zdravstvenega stanja. Vendar moramo poleg monitorja opazovati tudi klinično sliko pacienta, več virov različnih aparatov ter smiselno ovrednotiti izmerjene in prikazane vrednosti, saj so raziskave pokazale, da je v kliničnem okolju kar od 72 % do 99 % lažnih alarmov, kar posledično privede do »utrujenosti« zdravstvenih

delavcev zaradi alarmov in ne reagirajo na posamezni alarm. Kot dobra rešitev k zmanjšanju lažnih alarmov se je izkazalo vsakodnevno redno menjavanje EKG samolepilnih elektrod, pravilna priprava pacientove kože na namestitev elektrod in senzorjev, prilagoditev alarmov glede na vsakega pacienta in izobraževanje zdravstvenih delavcev (Pungartnik, 2016). Watkins in ostali (2016) prav tako navajajo, da neprekinjeno spremljanje vitalnih znakov pacienta sprožijo izvajanje intervencij zdravstvene nege, ki preprečijo neprijetne dogodke oziroma zaplete. Anketirane medicinske sestre so se soglasno strinjale, da bi stalni nadzor vitalnih znakov pomagal povečati varnost pacientov. Odziv zdravstvene nege na nenormalne vitalne znake je eden najpomembnejših vzrokov za varnost pacientov, saj zagotavlja pravočasno prepoznavanje zgodnjega kliničnega poslabšanja. To se zgodi s skrbnim nadzorom zdravstvene nege, ki vključuje oceno, interpretacijo podatkov, prepoznavanje problema in smiseln odziv.

Pri večjih operacijah, kjer je pacient hemodinamsko nestabilen s pomočjo invazivnih in neinvazivnih metod, nadzoruje delovanje obtočil in hitro prepoznavanje poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta. Pri tem mora medicinska sestra imeti specifična znanja in strokovno sodelovati z zdravniki na vseh področjih (Đokić & Kenjar, 2016).

2.1.2 Vloga medicinske sestre v pooperativnem obdobju

»Edinstvena vloga medicinske sestre po Virginiji Henderson je, da pomaga posamezniku, bolnemu ali zdravemu pri izvajanju tistih aktivnosti, ki prispevajo k zdravju, vrnitvi zdravja ali mimi smrti in bi jo le-ta izvajal sam, če bi imel dovolj moči, volje ali znanja.« (Kodila, 2008).

Medicinska sestra s pomočjo lastne odgovornosti dostopa do lastnih občutkov in z zavezanostjo do notranjih vrednot, ki so del osebnega značaja (Pleskovič, et al., 2012). Fink in Kobilšek (2013) navajata, da mora medicinska sestra imeti določene psihične in osebne lastnosti, kot so dostojanstvo, obzirnost, pravičnost, zaupnost, prijaznost, poštenost, vztrajnost, spoštljivost, prilagodljivost, natančnost, komunikativnost, optimizem, odgovornost, sposobnost opazovanja, ukrepanja, kritično mišljenje, čustvena zrelost, trdnost in uravnovešenost.

Medicinske sestre, ki izvajajo pooperativno zdravstveno nego, morajo poznati in pravilno ukrepati pri možnih zapletih diagnostično-terapevtskih postopkov, kliničnih manifestacij zapletov in

dejavnikov tveganja. Ves čas morajo spremljati pacienta in biti pripravljene na preprečevanje pooperativnih zapletov. Za kvalitetno zdravstveno nego mora medicinska sestra imeti znanje za ugotavljanje pacientovih potreb, odzivnost ob prvih znakih sprememb stanja, zagotavljanje stabilnosti za zmanjšanje pacientovega strahu ter znanje poučevanja pacienta, s katerim zmanjšamo nepotrebno tesnobo ob odpustu iz bolnišnice (Lewis, et al., 2014).

Pri obravnavi življenjsko ogroženega pacienta ima zdravstvena nega vlogo podpora načrtu zdravljenja. Medicinska sestra ima v intenzivni terapiji soodvisno in samostojno funkcijo. Pri soodvisni funkciji medicinska sestra izvaja nadzor pacienta, asistira pri diagnostičnih in terapevtskih postopkih ter aplicira terapijo po zdravnikovem naročilu. Samostojna vloga pa je v zdravstveni negi kot zadovoljevanje pacientovih potreb, ki izhajajo iz štirinajstih temeljnih življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson (Kodila, 2008). Pri tem izvaja intervencije zdravstvene nege v okviru kompetenc in v skladu s standardi zdravstvene nege (Fink & Kobilšek, 2013).

Težave povezane z odgovornostjo medicinske sestre so nereden in podaljšan delavni čas, stresne situacije, kot so prevelika delavna obremenitev, povečane delavne zahteve ter travmatične izkušnje (Milojčić, 2012). Shanmugham in ostali (2018) navajajo, da je utrujenost na delovnem mestu tudi posledica povečane delovne obremenitve, povezane z alarmom.

Raziskava v Združenih državah Amerike, ki je potekala v štirih bolnišnicah, je pokazala, da je najpogostejši razlog za klic medicinske sestre pomoč pri spremstvu na stranišče oziroma temeljna življenjska aktivnost izločanje in odvajanje. Sledijo ji aplikacija protibolečinske terapije, ki spada v temeljno življenjsko aktivnost komunikacija, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb. Naslednji klic pacienta so težave pri intravenskih zdravilih, ki pa spadajo v temeljno življenjsko aktivnost izogibanje nevarnostim v okolju. Medicinska sestra se je odzvala na 6 do 7 klicev pacienta na uro in njen odzivni čas je bil ocenjen na 4 minute (Tzeng, 2010). Murray in ostali (2010) kot najpogostejše razloge za klic po protibolečinski terapiji navajajo komunikacijo, odnose z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb; alarmi monitorjev oziroma naprav pomenijo izogibanje nevarnostim v okolju in potreba po pomoči medicinske sestre. Tzeng in ostali (2012) so v svoji raziskavi potrdili povezavo med hitrejšim odzivnim časom in nižjo stopnjo padcev in poškodb pacientov. Tzeng in Larson (2011) sta prav tako potrdila, da sta klic pacienta in

odzivnost medicinske sestre velika dejavnika, ki vplivata na varnost pacienta v bolnišničnem okolju. Je pa odzivnost medicinskih sester na klice pacienta tudi velik dejavnik k večjemu zadovoljstvu pacientov.

Mitchell in ostali (2014) navajajo, da lahko strukturirano, urno opazovanje, ki obravnava najbolj izpostavljene TŽA pacienta, medicinskim sestram omogoči večjo odzivnost, ki je pomemben dejavnik pacientove izkušnje s hospitalizacijo. Pri pacientu se zmanjšata strah in tesnoba ter posledično tudi uporaba zvoncev, medicinskim sestram pa omogoča večjo odzivnost in nemoteno oskrbo.

2.2 ZAGOTAVLJANJE TEMELJNIH ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI V POOPERATIVNEM OBDOBJU

Osnovne življenjske aktivnosti so tesno povezane z Maslowo teorijo hierarhije človekovih potreb. Prvih devet osnovnih življenjskih aktivnosti je fizioloških, 10. in 14. sta psihološki, 11. je duševna in moralna, 12. in 13. pa sta socialni, ki pa izhajajo iz temeljnih življenjskih aktivnostih po Virginiji Henderson (Kodila, 2008).

Dihanje in krvni obtok

Respiratorni sistem je sestavljen iz mnogo organov, ki telesu omogočajo vzdrževanje notranjega okolja z izmenjavo zraka med pljuči in zunanostjo. Človek potrebuje kisik za procese v telesu, stranski produkt celičnega metabolizma pa je ogljikov dioksid. Dihanje je izmenjava plinov med celicami in zunanjim okoljem (Režonja, 2014).

Po operaciji pri pacientu opazujemo, merimo vitalne funkcije – saturacijo, krvi tlak in srčni utrip, opazujemo dihanje – simetrijo prsnega koša, prehodnost dihalnih poti in globino ter značaj dihanja, barvo in temperaturo kože. V primeru odstopanj obvestimo zdravnika (Fink, et al., 2013). Pogosti vzroki za respiratorne težave pri postoperativnem pacientu so atelektaza in pljučnica, zlasti pri bolnikih s sočasnimi obolenji in po abdominalnih in torakalnih operacijah. Povečani bronhialni izločki se pojavijo, če je pacient veliko kadil, akutna ali kronična pljučna okužba ali bolezni in

izsušitev sluznic, ki nastane z intubacijo, inhalacijsko anestezijo in dehidracijo. Brez intervencijske atelektaze lahko napreduje v pljučnico (Hoch, 2017).

Negovalne diagnoze:

- oslabljen izmenjava plinov;
- neučinkovit vzorec dihanja;
- prizadeto spontano dihanje;
- neučinkovito čiščenje dihalnih poti;
- nevarnost za aspiracijo;
- nevarnost za nestabilen krvni tlak;
- nevarnost za krvavitev;
- nevarnost za zmanjšan minutni volumen srca (Heather & Kamitsuru, 2019).

Prehranjevanje in pitje

Prehranjevanje in pitje sta osnovni človekovi potrebi. Za delovanje telesa je tekočina pomembnejša od hrane, saj sodeluje pri vseh reakcijah v telesu in se za razliko od hranilnih snovi ne shranjuje v telesu. Za zagotavljanje energije pa so pomembne tudi hranilne snovi, ki jih zaužijemo s hrano (Lillis & LeMone, 2011). Kamenik (2010) navaja, da je temeljna značilnost metabolizma kirurškega pacienta porušeno ravnovesje med vnosom in porabo kalorij. Kvalitetna prehrana je zelo pomembna, saj pripomore k hitrejšemu okrevanju po bolezni, operaciji ali poškodbi (Ivanuš, et al., 2008). Anestezija vpliva na požiralni refleks, poleg pa sta prisotna še navzea in bruhanje. Hoch (2017) navaja, da sta najpogostejša zapleta, ki prizadeneta kar 80 % bolnikov z visokim tveganjem. Dejavniki tveganja vključujejo mlajšo starost (mlajšo od 50 let), spol (žensko), nedejavnost, delovanje anestetikov ali opioidov ter trajanje in vrsto operacije. Fink in ostali (2013) navajajo, da je pri nekaterih pacientih potrebna omejitev tekočine, karenca hrane in pijače ali dieta. Pacient, ki je brez posebnosti, lahko 2 uri po posegu zaužije tekočino, po 4 urah po kirurškem posegu lahko zaužije lahko prebavljivo hrano.

Negovalne diagnoze:

- nevarnost za elektrolitsko neravnovesje;
- nevarnost za neuravnovešene volumenske tekočine;

- nevarnost za prenizek volumen tekočine;
- nevarnost za nihanje vrednosti krvnega sladkorja;
- navzea;
- oslabiljeno požiranje;
- neuravnovešena prehrana: manj kot telo potrebuje (Heather & Kamitsuru, 2019).

Izločanje in odvajanje

Pomanjkanje gibanja, posledica anestezije, uporaba opioidov lahko privedejo do zaprtja, lahko tudi do ileusa. Zato mora biti medicinska sestra pozorna pri odvajanju blata. Pri manjših operacijah se pričakuje, da gre pacient 6–8 ur po operaciji na vodo, v nasprotnem primeru kirurg naroči kateterizacijo po predhodnem tipanju mehurja in prepričanju, da je mehur poln (Hoch, 2017).

Pri večjih operacijah, pri katerih pacient takoj še ne sme vstati iz postelje, ima vstavljen urinski kateter, ki je vstavljen skozi uretro v mehur in odvaja urin iz mehurja (Berman, et al., 2015). Pri pacientih z vstavljenim urinskim katetrom spremljamo tudi bilanco tekočin, kamor računamo izločeno tekočino – urin, drenažno tekočino, bruhanje itd. in prejeto tekočino, kamor prištevamo vso popito tekočino ter intravenozno tekočino (Lillis & LeMone, 2011).

Težave z uriniranjem se pogosto pojavijo po operaciji in niso odvisne od same vrste narkoze, vzrok so zmanjšanje nastajanja urina med operacijo in same spremembe okolja. Pacient naj bi v osmih urah po operaciji spontano uriniral. Pri težavah medicinska sestra lahko pomaga z različnimi položaji uriniranja, odprtjem tekoče vode; če kljub pomoči uriniranje ni uspešno, medicinska sestra obvesti zdravnika (Zgong, et al., 2018).

Negovalne diagnoze:

- prizadeto izločanje urina;
- retencija urina;
- nevarnost za obstipacijo;
- diareja;
- nevarnost za poškodbo sečil (Heather & Kamitsuru, 2019).

Gibanje in ustrezna lega

Gibanje in ravnotežje pri hoji nam omogočajo nepoškodovane mišice in skelet, živčevje in notranje uho, ki skrbi za ravnotežje. Bolečina ob kirurški rani, drenu lahko ovira samo gibanje in okrevanje. Prav tako lahko ovira ležanje v postelji, saj na mestu vstavitve drena pacient zaradi bolečine ne zmore ležati na tisti strani. Prvo vstajanje iz postelje praviloma izvaja fizioterapevt, kasneje ga medicinska sestra spodbuja k aktivnostim, ki jih zmore sam, in mu nudi pomoč pri aktivnostih, ki jih ne zmore sam (Berman, et al., 2015). Z zgodnjim načrtnim vstajanjem se zmanjša tveganje za kardiopulmonalne in tromboembolične komplikacije. Pri načrtovanju mobilizacije, ki je individualna, upoštevamo operativni poseg, kronične bolezni, invalidnost, starost. V sam proces mobilizacije in načrtovanja vključimo tudi pacienta ter ga skupaj z medicinsko sestro, ki je kot svetovalka, pripeljemo do čim večje samostojnosti (Jakopin, 2013). Ob vsaki izmeni je potrebno oceniti kožo pacienta zaradi visoke ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska (Škerjanec, et al., 2015).

Negovalne diagnoze:

- oslABLJena fizična mobilnost;
- oslABLJena hoja;
- nevarnost za padce;
- nevarnost za razjedo zaradi pritiska;
- nevarnost za vensko tromboembolijo (Heather & Kamitsuru, 2019).

Spanje in počitek

Spanje je osnovna človekova potreba, ki je skupna vsem ljudem. Omogoča, da lažje opravljamo dnevne aktivnosti, obnovimo svojo energijo, telo in duha, prav tako je spanje ključno za kognitivne, fiziološke in psihične funkcije (Lillis & LeMone, 2011). Pacientu uredimo, kolikor je mogoče, mirno spalno okolje, zmanjšamo hrup, govor v bolniški sobi, zvočne alarme pripomočkov in aparatur naravnamo na ustrezno glasnost, zmanjšamo moč svetil (Ritmala, et al., 2015). Medicinska sestra aplicira predpisano protibolečinsko terapijo glede na oceno bolečine in opozori zdravnika na predpis uspaval, če bi jih pacient potreboval v času hospitalizacije.

Negovalne diagnoze:

- nespečnost;
- moten vzorec spanja (Heather & Kamitsuru, 2019).

Oblačenje in slačenje

Oblačila ščitijo telo pred vplivi okolja, pomagajo pri vzdrževanju telesne temperature in ščitijo kožo, hkrati pa je oblačenje ogledalo udobja, kulture. Oblačila oziroma pižama naj bodo udobna, čista, enostavna za oblačenje in slačenje, pri katerem pazimo na mesto kirurške rane, drenažne cevke, venske kanile in drugo. Medicinska sestra nudi pomoč in vzpodbuja samostojnost in samooskrbo.

Negovalna diagnoza:

- primanjkljaj v samooskrbi pri oblačenju (Heather & Kamitsuru, 2019).

Vzdrževanje telesne temperature

Človek je homeotermno bitje, to pomeni, da sam proizvaja in oddaja toploto in vzdržuje stalno telesno temperaturo, ki je pomembna za celično presnovo in delovanje telesa. Telesno temperaturo uravnavajo mehanizmi, kot so vazodilatacija, znojenje, izhlapevanje, vazokonstrukcija in izžarevanje. Pacientu je potrebno meriti telesno temperaturo ob sprejemu in ob normalni telesni temperaturi na nekaj ur, ob odstopanjih pa pogosteje. Ob odstopanjih obvestimo zdravnika (Ivanuš, et al., 2008). Ob povišani izmerjeni telesni temperaturi oziroma hipotermiji smo pozorni na znake vnetja, okužb in po naročilu zdravnika apliciramo antipiretike ali antibiotike. Nizka telesna temperatura oziroma hipotermija je lahko posledica dolgotrajnih kirurških posegov in anestetikov. Medicinska sestra že v naprej ogreje posteljo pacienta, dodatno odejo ali grelno blazino.

Negovalne diagnoze:

- hipotermija;
- hipotermija;

- nevarnost za perioperativno hipotermijo;
- neučinkovita termoregulacija (Heather & Kamitsuru, 2019).

Osebna higiena in urejenost

Osebno higieno si človek prizadeva izvajati sam in je intimne narave. Umivanje z vodo in mehanskimi dražljaji pospeši prekrvavitev kože, jo krepi in utrjuje ter izboljša fizično in psihično počutje (Fink & Kobilšek, 2013). Pomembno je opazovanje kože in sluznic, kjer smo pozorni na spremembe ali odstopanja. Usta in ustna sluznica morajo biti čista, vlažna in nepoškodovana (Krajnik, 2013).

Po operativnem posegu je opazovanje kirurške rane bistvenega pomena, kamor so vključeni pravočasen pregled rane, pravilno čiščenje in obveza kirurške rane ter zgodnje prepoznavanje in aktivno zdravljenje zapletov (Yao, et al., 2013). Bashaw in Keister (2019) navajata, da so okužbe kirurškega mesta ene najpogostejših in najdražjih okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo. Čeprav se je število takih okužb v zadnjem desetletju znatno zmanjšala, ostaja varnost pacientov ogrožena.

Negovalne diagnoze:

- primanjkljaj v samooskrbi pri izvajanju osebne higiene;
- nevarnost za suhost ust;
- nevarnost za okužbo operativnega polja (Heather & Kamitsuru, 2019).

Izogibanje nevarnostim v okolju

Za varnost pacienta je v veliki meri odgovorna medicinska sestra, saj se pacient zaradi svojega zdravstvenega stanja velikokrat ne zaveda nevarnosti, zato mora biti medicinska sestra seznanjena z njimi ter pravočasno ukrepati ob primeru pacientovega neustreznega odziva na okolje (Maze & Plank, 2012). Kodila (2008) navaja, da je preprečevanje okužb in prenosa bolnišničnih okužb najpomembnejše. Najnevarnejša mesta pa so vstopna mesta v telo, kot so venske kanile, arterijske kanile, centralni venski kateter, stalni urinski kateter, drenaže, kirurške rane ipd.

Negovalne diagnoze:

- nevarnost za okužbo;
- nevarnost za okužbo operativnega polja;
- nevarnost za padce (Heather & Kamitsuru, 2019).

Komunikacija, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov ter potreb

Komunikacija je bistvenega pomena za izvajanje zdravstvene nege, saj z njo izražamo naše potrebe, občutke, bolečino in gradimo odnose (Johnson, et al., 2015). Motnje tako kvalitativne kot kvantitativne zavesti ocenjujemo ob sprejemu in takoj po operaciji, če opazimo motnjo, izvajamo ukrepe za večjo varnost pacienta. Ob sprejemu pacientu razložimo lestvico ocene bolečine, ker je po operativnem posegu bolečina pričakovana. Tako bolečino kasneje po kirurškem posegu lažje nadziramo, ker so ocene realne. Medicinska sestra mora imeti znanje o nadzoru bolečine, apliciranju protibolečinske terapije in njenem dokumentiranju (Fink, et al., 2013). Bolečino se spremlja, ocenjuje in dokumentira skozi celotno hospitalizacijo do odpusta pacienta, ker je glavni pokazatelj okrevanja in z njenim lajšanjem omogočamo zgodnjo mobilizacijo (Jakopin, 2013). Zagorc in ostali navajajo, da sta nadzor in uspešnost lajšanja pooperativne bolečine prav tako kazalnika kakovosti. Pacienti navajajo, da je pooperativna bolečina ena najbolj neprijetnih izkušenj v času hospitalizacije in lahko vodi v pooperativne zaplete.

Negovalna diagnoza:

- akutna bolečina (Heather & Kamitsuru, 2019).

Izražanje duhovnih potreb

Pacient ima pravico do izražanja duhovnih potreb. Medicinska sestra pa mu omogoči, kar je v njeni moči. Na željo pacienta ali svojcev omogoči obisk duhovnika (Fink, et al., 2013).

Negovalna diagnoza:

- duhovna stiska (Heather & Kamitsuru, 2019).

Delo in ustvarjalna zaposlitev

Po kirurškem posegu se priporoča obiske ožjih sorodnikov za krajši čas ter omejeno število oseb (Fink, et al., 2013).

Učenje in pridobivanje znanja

Pacienta in svojce informiramo o okrevanju po posegu. Naučimo jih aplikacije predpisane terapije, ki jo bo prejemal v domačem okolju. Pogovorimo se o morebitni dieti, gibanju (Berman, et al., 2015).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je na primeru Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik na kirurškem oddelku ugotoviti odzivnost medicinskih sester na zagotavljanje temeljnih življenjskih aktivnosti pacienta v pooperativnem obdobju.

Cilji diplomskega dela so:

- C1: Ugotoviti najpogostejše temeljne življenjske aktivnosti, za katere medicinska sestra prejme pacientov klic;
- C2: Ugotoviti odzivni čas medicinskih sester;
- C3: Ugotoviti način odziva medicinske sestre na pacientove potrebe.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo si postavili naslednja temeljna raziskovalna vprašanja:

- RV1: Katere so najpogostejše temeljne življenjske aktivnosti, za katere medicinska sestra prejme pacientov klic?
- RV2: V kolikšnem času se medicinska sestra odzove na pacientov klic?
- RV3: Kako se medicinska sestra praviloma odzove na potrebe pacienta in od česa je to odvisno?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu diplomskega dela smo uporabili opisno oz. deskriptivno metodo. Podatke smo pridobili s pomočjo strokovne in znanstvene literature, dostopne v strokovnih, splošnih knjižnicah in na spletu. Vire smo iskali s pomočjo baz podatkov, kot so Google Učenjak, COBISS, SpringerLink, PubMed. Osredotočili smo se na ključne besede: temeljne življenjske aktivnosti, odzivnost medicinskih sester, intenzivna terapija, pooperativna zdravstvena nega, zdravstvena

nega kirurškega pacienta, kirurgija, zdravstvena nega po operaciji. Pri tuji literaturi smo uporabili ključne besede: postoperativecare, responseofnurses, surgicalcare, basiclifeactivitiesofpatient. Literatura ni starejša od 10 let, vendar smo uporabili tudi dve starejši deli zaradi pomembnosti navedb in verodostojnosti avtorjev (Kodila, 2008; Ivanuša, et al., 2008).

Empirični del je temeljil na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili kontrolni list. S pomočjo kontrolnega lista smo zbirali podatke o odzivnem času medicinskih sester na klic pacienta, vrsti klica pacienta ter zaporednem dnevu po operativnem posegu glede na temeljno življenjsko aktivnost, za katero pacient pokliče.

Literaturo smo pregledovali celotno leto 2020, praktični del raziskave pa je bil izveden v mesecu avgustu 2020.

3.3.2 Opis merskega inštrumenta

V empiričnem delu diplomskega dela smo uporabili opazovalno kontrolno listo, v kateri smo podatke za uporabo v raziskavi pridobili z opazovanjem dela medicinskih sester na oddelku za pooperativno zdravstveno nego Univerzitetne Klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Za oblikovanje kontrolne liste in po pregledu literature smo uporabili domačo in tujo literaturo: Lillis & LeMone, 2011; Fink, et al., 2013; Janson, et al., 2015 ter Ritmala, et al., 2015. Opazovanje je potekalo nenapovedano, z vnaprej pripravljeno kontrolno listo. Kontrolni list vsebuje podatke o odzivnem času medicinske sestre na pacientov klic, načinih klica pacienta ter zaporednem številu dneva po operativnem posegu in o namenu pacientovega klica, vezanega na temeljno življenjsko aktivnost.

3.3.3 Opis vzorca

V ciljno populacijo smo vključili zaposlene na kirurškem oddelku v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Sodelovali so vsi zaposleni na področju zdravstvene nege s končano srednjo zdravstveno šolo, 1. in 2. stopnjo študijskega programa zdravstvene nege. To so medicinske sestre, zdravstveni tehniki, tehniki zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki in magistri zdravstvene nege. Z opazovanjem njihovih odzivov na klice

pacientov smo pridobili 200 odzivov. Demografske podatke smo pridobivali na kirurškem oddelku, saj sem sama zaposlena na tem oddelku.

Tabela 1: Demografski podatki

Demografski podatki		n	%
Spol	Moški	1	8,3
	Ženski	11	91,7
	Skupaj	12	100
Starost	18–30	5	41,7
	31–40	4	33,3
	41–50	1	8,3
	51–60	2	16,7
	Skupaj	12	100

V raziskavi je sodelovalo 12 delavcev v zdravstveni negi, od tega je bilo 11 žensk (91,7 %) in en moški (8,3 %) (tabela 2). Starost smo razdelili v 4 kategorije: 18–30 let, 31–40 let, 41–50 let in 51–60 let. Največ sodelujočih v raziskavi je bilo starih 18–30 let (41,7 %), sledili so jim štirje v starostni skupini 31–40 let (33,3 %), eden v skupini 41–50 let (8,3 %) ter dva v skupini 51–60 let (16,7 %).

Tabela 2: Starost

	N	Min	Max	PV	SO
Starost	12	26	58	36,3	11,1

Zdravstveni delavci, ki so sodelovali v raziskavi, so bili stari od 26 do 58 let, njihova povprečna starost je bila $36,3 \pm 11,1$ let.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Glede na zastavljene raziskovalne cilje smo spremljali odzive dvanajstih medicinskih sester, ki izvajajo pooperativno zdravstveno nego, zaposlenih v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik na oddelku za pooperativno zdravstveno nego. Opazovanje je potekalo v dopoldanski, popoldanski in nočni izmeni od prihoda pacienta iz operacijskega bloka do odpusta. V podatkovno bazo smo vključili 200 odzivov medicinskih sester na klice pacientov. Ena enota v podatkovni bazi je en odziv medicinske sestre. Za posamezen odziv medicinske sestre smo pri pacientu beležili, za katero temeljno življenjsko aktivnost gre: odzivni čas, v katerem se

medicinska sestra odzove na pacientov klic in način, kako pacient pokliče medicinsko sestro (zvonec, klic, drugo), način, kako se odzove medicinska sestra (se odzove na klic/pove da se vme, se odzove na klic/uredi pacientovo potrebo, dokonča trenutno delo in se odzove na pacientov klic).

Medicinskim sestram, ki so sodelovale v raziskavi, je bila zagotovljena anonimnost. Opazovanje s kontrolnimi listami smo izvajali v vseh treh izmenah – dopoldanski, popoldanski in nočni. Za zagotavljanje enotnosti pri opazovanju smo določili tri medicinske sestre, ki jih smo jih prosili za sodelovanje. Ob klicu je opazovalec meril čas in ga beležil na kontrolno listo.

Raziskavo smo izvedli avgusta 2020 po predhodni odobritvi dispozicije diplomskega dela na Komisiji za diplomska in podiplomska zaključna dela na seji Senata Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in po soglasju Kolegija Službe zdravstvene nege in oskrbe Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

Podatkovna baza je bila urejena in analizirana s programom za statistične analize IBM SPSS Statistics 25. Uporabili smo osnovne opisne statistike (frekvenčne porazdelitve) in bivariatno analizo (križanja). Povezanost spremenljivk smo preverili s hi-kvadrat testom. Če je vrednost $p < 0,05$, pomeni, da sta spremenljivki statistično značilno povezani, če pa je vrednost $p > 0,05$ pa povezava ni statistično značilna.

3.4 RAZULTATI

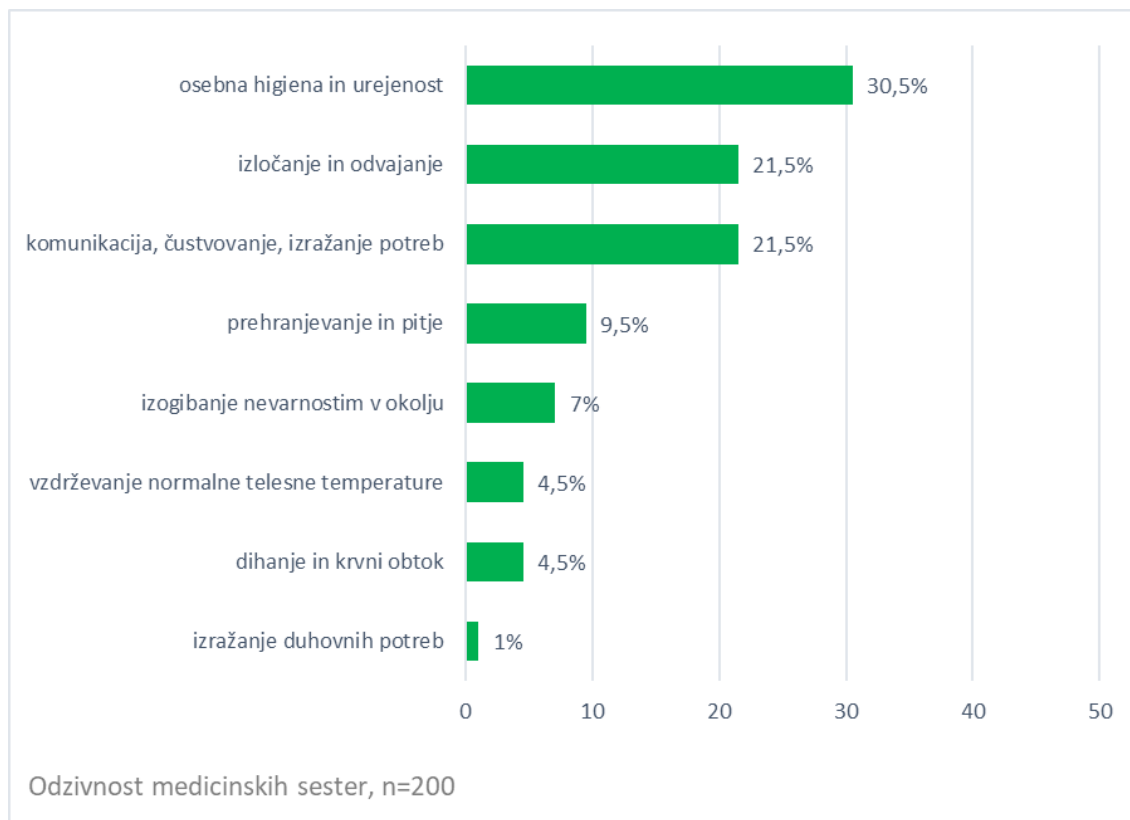
Prikazani rezultati v diplomskem delu so analizirani na podlagi zbrane literature in so predstavljeni po raziskovalnih vprašanjih.

Raziskovalno vprašanje 1: Katere so najpogostejše temeljne življenjske aktivnosti, za katere medicinska sestra prejme pacientov klic?

Tabela 3: Temeljne življenjske aktivnosti

TŽA	Frekvenca	Odstotek	Veljavni odstotek	Kumulativni odstotek
Dihanje in krvni obtok	9	4,5	4,5	4,5
Vzdrževanje normalne telesne temperature	9	4,5	4,5	9,0
Komunikacija, čustvovanje, izražanje potreb	43	21,5	21,5	30,5
Izločanje in odvajanje	43	21,5	21,5	52,0
Prehranjevanje in pitje	19	9,5	9,5	61,5
Osebna higiena in urejenost	61	30,5	30,5	92,0
Izogibanje nevarnostim v okolju	14	7,0	7,0	99,0
Izražanje duhovnih potreb	2	1,0	1,0	100,0
Skupaj	200	100,0	100,0	

Legenda: TŽA = temeljna življenjska aktivnost



Slika 1: Graf temeljne življenjske aktivnosti

Največkrat medicinska sestra prejme klic za temeljno življenjsko aktivnost osebna higiena in urejenost (30,5 %), sledita ji komunikacija, čustvovanje in izražanje potreb (21,5 %) in izločanje in odvajanje (21,5 %), naslednja je prehranjevanje in pitje (9,5 %), sledijo pa še izogibanje nevarnostim v okolju (7 %), dihanje in krvni obtok (4,5 %), vzdrževanje normalne telesne temperature (4,5 %) ter izražanje duhovnih potreb (1 %). Med 200 opazovanji ni bilo navedenih temeljnih življenjskih aktivnosti: gibanje in ustrezna lega, spanje in počitek, oblačenje in slačenje, razvedrilo in rekreacija, delo in ustvarjalna zaposlitev ter učenje in pridobivanje znanja.

Raziskovalno vprašanje 2: V kolikšnem času se medicinska sestra odzove na pacientov klic?

Tabela 4: Odzivni čas

Odzivni čas	Frekvenca	Odstotek	Veljavni odstotek	Kumulativni odstotek
Takoj je prisotna ob P	157	78,5	78,5	78,5
Do 1 min	42	21,0	21,0	99,5
Ostali časi	1	0,5	0,5	100,0
Skupaj	200	100,0	100,0	

Legenda: P = pacient

Medicinska sestra se na pacientov klic največkrat takoj odzove oz. je takoj prisotna ob pacientu (78,5 %), manj se jih odzove v času od 1 do 2 minuti (21 %), več od tega časa pa nismo zabeležili na kontrolni listi.

Tabela 5: Odzivni čas glede na temeljno življenjsko aktivnost

TŽA		Odzivni čas			Skupaj
		1 takoj je prisotna ob P	2 do 1 min	3 ostali časi	
Dihanje in krvni obtok	N	8	1	0	9
	%	88,9 %	11,1 %	0,0 %	100,0 %
Vzdrževanje normalne telesne temperature	N	9	0	0	9
	%	100,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Komunikacija, čustvovanje, izražanje potreb	N	35	8	0	43
	%	81,4 %	18,6 %	0,0 %	100,0 %
Izločanje in odvajanje	N	33	10	0	43
	%	76,7 %	23,3 %	0,0 %	100,0 %
Prehranjevanje in pitje	N	17	1	1	19
	%	89,5 %	5,3 %	5,3 %	100,0 %
Osebna higiena in urejenost	N	40	21	0	61
	%	65,6 %	34,4 %	0,0 %	100,0 %
Izogibanje nevarnostim v okolju	N	13	1	0	14
	%	92,9 %	7,1 %	0,0 %	100,0 %
Izražanje duhovnih potreb	N	2	0	0	2
	%	100,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Skupaj	N	157	42	1	200
	%	78,5 %	21,0 %	0,5 %	100,0 %
Skupaj p vrednost		p			0,045

Legenda: N = število; % = procent; TŽA = temeljna življenjska aktivnost, P = pacient;

Medicinska sestra je vedno takoj oziroma v času do ene minute prisotna pri pacientu, ko jo ta pokliče. Najvišji odstotek (34,4 %) čakanja v času do ene minute medicinske sestre navajajo pri temeljni življenjski aktivnosti osebna higiena in urejenost, na drugem mestu je izločanje in odvajanje, sledi komunikacija, čustvovanje in izražanje potreb.

Preverjanje odzivnega časa glede na temeljno življenjsko aktivnost pokaže, da obstajajo statistično značilne razlike med posameznimi TŽA ($p=0,045$), vendar pa moramo pri tem upoštevati, da je bilo kar 14 celic takšnih, v katerih je bila frekvenca manjša od 5. Pokaže pa se, da se medicinske sestre takoj odzovejo na vse klice. Le pri osebni higieni in urejenosti; komunikacija, čustvovanje in izražanje potreb ter izločanje in odvajanje je nekoliko pogostejše omenjen čas do 1 minute. Ostali odzivni časi razen v enem primeru prehranjevanja in pitja sploh niso navedeni. Iz podatkov se pokaže, da so minimalne razlike v odstopanju med odzivnim časom pri življenjsko ogrožajočih in ostalih.

Raziskovalno vprašanje 3: Kako se medicinska sestra praviloma odzove na pacientove potrebe in od česa je to odvisno?

Tabela 6: Odziv medicinske sestre

Odziv	Frekvenca	Odstotek	Veljavni odstotek	Kumulativni odstotek
Se odzove/pove, da se vrne	11	5,5	5,5	5,5
Se odzove/uredi potrebo P	173	86,5	86,5	92,0
Dokonča trenutno delo in se odzove	16	8,0	8,0	100,0
Skupaj	200	100,0	100,0	

Legenda: P = pacient

Medicinska sestra se praviloma odzove in uredi pacientovo potrebo (86,5 %), nekaj medicinskih sester dokonča trenutno delo in se nato odzove (8 %), najmanj pa je medicinskih sester, ki se odzovejo na pacientov klic in povedo, da se vrnejo uredit njegovo potrebo (5,5 %).

Tabela 7: Klic pacienta

Način klica	Frekvenca	Odstotek	Veljavni odstotek	Kumulativni odstotek
Zvonec	51	25,5	25,5	25,5
P pokliče	140	70,0	70,0	95,5
Drugo	9	4,5	4,5	100,0
Skupaj	200	100,0	100,0	

Legenda: P = pacient

V kontrolni listi smo imeli še del opazovanja, kjer smo opazovali, kako pacient pokliče medicinsko sestro. Največkrat jo pokliče neverbalno (70 %), sledi klic z zvoncem (25,5 %), kot drugo pa smo med opombami zabeležili fizioterapevte, študente in pripravnike, ki pokličejo medicinsko sestro (4,5 %).

Tabela 8: Dan po operativnem posegu

Dan po op posegu	Frekvenca	Odstotek	Veljavni odstotek	Kumulativni odstotek
Op. dan	84	42,0	42,0	42,0
1. dan	26	13,0	13,0	55,0
2. dan	51	25,5	25,5	80,5
3. dan	31	15,5	15,5	96,0
Več kot 3. dan	8	4,0	4,0	100,0
Skupaj	200	100,0	100,0	

Legenda: op = operacija

V raziskavi smo opazovali tudi dan pacienta po operativnem posegu; največ klicev smo zabeležili na operativni dan (42 %), sledi mu 2. dan po operativnem posegu (25,5 %) in 3. dan po operativnem posegu (15,5 %), 1. dan po operativnem posegu (13 %) in več kot 3. dan po operativnem posegu (4 %).

Tabela 9: Odziv medicinske sestre glede na temeljno življenjsko aktivnost

TŽA		Odziv medicinske sestre			Skupaj
		se odzove/pove, da se vrne	se odzove/uredi pacientovo potrebo	dokonča trenutno delo in se odzove	
Dihanje in krvni obtok	N	1	7	1	9
	%	11,1 %	77,8 %	11,1 %	100,0 %
Vzdrževanje normalne telesne temperature	N	1	8	0	9
	%	11,1 %	88,9 %	0,0 %	100,0 %
Komunikacija, čustvovanje, izražanje potreb	N	4	38	1	43
	%	9,3 %	88,4 %	2,3 %	100,0 %
Izločanje in odvajanje	N	3	35	5	43
	%	7,0 %	81,4 %	11,6 %	100,0 %
Prehranjevanje in pitje	N	0	15	4	19
	%	0,0 %	78,9 %	21,1 %	100,0 %
Osebna higiena in urejenost	N	1	57	3	61
	%	1,6 %	93,4 %	4,9 %	100,0 %
Izogibanje nevarnostim v okolju	N	1	12	1	14
	%	7,1 %	85,7 %	7,1 %	100,0 %
Izražanje duhovnih potreb	N	0	1	1	2
	%	0,0 %	50,0 %	50,0 %	100,0 %
Skupaj	N	11	173	16	200
	%	5,5 %	86,5 %	8,0 %	100,0 %
Skupaj p vrednost					0,187

Legenda: N = število; % = procent; TŽA = temeljna življenjska aktivnost

Na splošno (86,5 %) se medicinske sestre odzovejo in takoj uredijo pacientovo potrebo. Da dokončajo svoje delo in se potem odzovejo na klic (21,1 %) se je največkrat zgodilo pri prehranjevanju in pitju.

Hi-kvadrat v tem primeru pokaže, da ni statistično značilnih spremenljivk pri odzivih medicinske sestre glede na TŽA ($p = 0,187$). Podatki kažejo, da je kar 17 celic, v katerih je frekvenca manjša od 5.; odgovori se zgostijo na kategoriji »se odzove/uredi pacientovo potrebo«, kar je zabeleženo kar s 86,5 %. Da se odzove in pove, da se vrne je le 5,5 % navedb, da dokonča delo in se vrne, pa je 8,0 % navedb. Lahko rečemo, da med odzivnostjo in TŽA ni razlik, saj se v večini primerov sestre odzovejo takoj in uredijo pacientovo potrebo.

Tabela 10: Temeljne življenjske aktivnosti glede na operativni dan

TŽA		Dan po op posegu					Skupaj
		operativni dan	1. dan	2. dan	3. dan	več kot 3. dan	
Dihanje in krvni obtok	N	1	3	3	2	0	9
	Dan po op. posegu v %	1,2 %	11,5 %	5,9 %	6,5 %	0,0 %	4,5 %
Vzdrževanje normalne telesne temperature	N	6	1	1	1	0	9
	Dan po op. posegu v %	7,1 %	3,8 %	2,0 %	3,2 %	0,0 %	4,5 %
Komunikacija, čustvovanje, izražanje potreb	N	18	5	10	7	3	43
	Dan po op. posegu v %	21,4 %	19,2 %	19,6 %	22,6 %	37,5 %	21,5 %
Izločanje in odvajanje	N	33	1	4	4	1	43
	Dan po op. posegu v %	39,3 %	3,8 %	7,8 %	12,9 %	12,5 %	21,5 %
Prehranjevanje in pitje	N	4	6	4	5	0	19
	Dan po op. posegu v %	4,8 %	23,1 %	7,8 %	16,1 %	0,0 %	9,5 %
Osebna higiena in urejenost	N	12	8	28	10	3	61
	Dan po op. posegu v %	14,3 %	30,8 %	54,9 %	32,3 %	37,5 %	30,5 %
Izogibanje nevarnostim v okolju	N	10	0	1	2	1	14
	Dan po op. posegu v %	11,9 %	0,0 %	2,0 %	6,5 %	12,5 %	7,0 %
Izražanje duhovnih potreb	N	0	2	0	0	0	2
	Dan po op. posegu v %	0,0 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
Skupaj	N	84	26	51	31	8	200
	Dan po op. posegu v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Legenda: N = število, % = procent, op. = operativni dan

Na operativni dan pacient največkrat pokliče medicinsko sestro pri temeljni življenjski aktivnosti izločanje in odvajanje (39,9 %). Ostale dni po operaciji pa pacient največkrat pokliče pri osebni higieni in urejenosti.

3.5 RAZPRAVA

V raziskavi smo za namen diplomskega dela ugotavljali najpogostejše TŽA, za katere medicinska sestra prejme pacientov klic.

Z opazovanjem smo ugotovili, da so najpogostejše TŽA po operaciji, za katere pokliče pacient medicinsko sestro: osebna higiena in urejenost 61 (30,5 %), sledijo komunikacija, čustvovanje in izražanje potreb 43 (21,5 %) ter izločanje in odvajanje 43 (21,5 %). Raziskava v Združenih državah Amerike, ki je potekala v štirih bolnišnicah, je pokazala, da je najpogostejši razlog za klic medicinske sestre pomoč pri spremstvu na stranišče oziroma TŽA izločanje in odvajanje. Sledijo ji aplikacija protibolečinske terapije, ki spada v temeljno življenjsko aktivnost komunikacija, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb. Naslednji klic pacienta so težave pri intravenskih zdravlilih, ki pa spadajo v temeljno življenjsko aktivnost izogibanje nevarnostim v okolju (Tzeng, 2010). Ugotovili smo, da je TŽA izločanje in odvajanje skupna. Hoch (2017) navaja, da je tako po operaciji kot na splošno pri pacientih pomoč medicinskih sester potrebna zaradi samega pomanjkanja gibanja, raznih dodatnih cevk in sistemov, ki ovirajo gibanje, kot so urinski kateter, drenaže, venski kanali z infuzijami. Po operativnem posegu pa je močno zmanjšana sposobnost samostojnega izvajanja osebne higiene in skrbi za urejenost. Posledično je zaradi same operacije, pooperativne rane, bolečine, protibolečinske terapije pomoč medicinske sestre nujno potrebna. Med samim izvajanjem medicinska sestra opazuje stanje kože in sluznic (Krajnik, 2013) in pooperativne rane, ki jih tudi prevezuje ter prepozna in se aktivno vključuje v zdravljenje zapletov (Yao, et al., 2013). Bashaw in Keister (2019) navajata, da so okužbe kirurškega mesta ene najpogostejših in najdražjih okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, zato je opazovanje le te tako pomembno. TŽA komunikacija, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb pa je bistvenega pomena za izvajanje zdravstvene nege (Johnson, et al., 2015). Po operativnem posegu je bolečina ena najbolj neprijetnih izkušenj, ki lahko vodi tudi v pooperativne zaplete (Zagorc, et al., 2016). Ob sprejemu pacientu razložimo lestvico ocene bolečine, ker je po operativnem posegu bolečina pričakovana. Medicinska sestra mora imeti znanje o nadzoru bolečine, apliciranju protibolečinske terapije in njenem dokumentiranju (Fink, et al., 2013). Bolečino se spremlja, ocenjuje in dokumentira skozi celotno hospitalizacijo do odpusta pacienta, ker je glavni pokazatelj okrevanja in z njenim lajšanjem omogočamo zgodnjo mobilizacijo (Jakopin, 2013).

Zanimal nas je odzivni čas medicinskih sester na pacientov klic in opazovali smo ga v treh kategorijah: medicinska sestra je takoj prisotna pri pacientu, do 1 minute in drugo, kar smo izmerili. Medicinska sestra se na pacientov klic največkrat takoj odzove oz. je takoj prisotna ob njem (78,5 %), sledi čas od 1 do 2 minut (21 %), več od tega časa nismo zabeležili na kontrolni listi. To nam kaže na visoko odzivnost, ki jo lahko povežemo z intenzivno terapijo, kjer medicinska sestra obravnava manj pacientov, vendar pa so ti bolj odvisni od njene pomoči, izvaja neprekinjen nadzor pacientov, saj je večino časa ob ali v njihovi neposredni bližini. Watkins in ostali (2016) prav tako navajajo, da neprekinjeno spremljanje vitalnih znakov pacienta sprožijo izvajanje intervencij zdravstvene nege, ki preprečijo neprijetne dogodke oziroma zaplete. Odziv medicinskih sester na nenormalne vrednosti vitalnih funkcij je eden najpomembnejših vzrokov za varnost pacientov, saj zagotavlja pravočasno prepoznavanje zgodnjega kliničnega poslabšanja. To se zgodi s skrbnim nadzorom pacienta s strani medicinskih sester, ki vključuje oceno, interpretacijo podatkov, prepoznavanje problema in smiseln odziv. Raziskava v Združenih državah Amerike (Tzeng, 2010), ki je potekala v štirih bolnišnicah, je pokazala, da se medicinska sestra odzove na 6 do 7 klicev pacienta na uro in njen odzivni čas je bil ocenjen na 4 minute. Mitchell in ostali (2014) navajajo, da lahko strukturirano, urno opazovanje, ki obravnava najbolj izpostavljene TŽA pacienta, medicinskim sestram omogoči večjo odzivnost, ki je pomemben dejavnik pacientove izkušnje s hospitalizacijo. Pri pacientu se zmanjšata strah in tesnoba ter posledično tudi uporaba klicnih naprav, medicinskim sestram pa omogoča večjo odzivnost in nemoteno oskrbo. To lahko povežemo z našo študijo primera, kjer so medicinske sestre v intenzivni terapiji večino časa prisotne ob pacientu in veliko temeljnih življenjskih aktivnosti zadovoljijo tekom svoje prisotnosti ob pacientu.

Ugotavljali smo tudi način, kako se medicinska sestra odzove na pacientov klic. Na opazovalni listi smo imeli tri kategorije: medicinska sestra se odzove in uredi potrebo, medicinska sestra dokonča trenutno delo in se odzove ter se odzove in pove, da se vrne, da uredi pacientovo potrebo. Ugotovili smo, da se medicinska sestra praviloma odzove in uredi pacientovo potrebo (86,5 %), potem medicinska sestra dokonča trenutno delo in se odzove (8 %) ter medicinska sestra se odzove na pacientov klic in pove, da se vrne, da uredi njegovo potrebo (5,5 %). Ali in Li (2022) v svoji opazovalni študiji v domu za starejše navajata, da je najvišja stopnja alarmov pred in po obroku. Osebje je bilo odzivno v 50 % primerov. V 10 % je osebje preklicalo klicne alarme in se ni takoj odzvalo na klice stanovalcev zaradi prevelike obremenitve, od tega se je več kot 3 %

pozabilo vmiti, da bi zadovoljili potrebe stanovalcev. Opazovalni študiji se ne moreta ravno primerjati, ker sta si že sami ustanovi – dom starejših in bolnišnica (intenzivna terapija) – povsem različni.

Za konec pa nas je zanimalo še, od česa je odvisen odziv medicinske sestre, kjer smo pogledali več vzrokov.

Pogledali smo si, pri kateri življenjski aktivnosti smo zabeležili najvišji odstotek čakanja. Izkazalo se je, da je najvišji odstotek čakanja (34,4 %) medicinske sestre do ene minute pri temeljni življenjski aktivnosti osebna higiena in urejenost, na drugem mestu (23,3 %) izločanje in odvajanje, sledijo (18,6 %) komunikacija, čustvovanja in izražanje potreb. Ostali odzivni časi razen v enem primeru prehranjevanja in pitja sploh niso navedeni. Podatki kažejo, da so minimalne razlike v odstopanju med odzivnim časom pri življenjsko ogrožajočih temeljnih življenjskih aktivnostih in ostalih. Osebno higieno in urejenost si pacient prizadeva izvajati sam in je intimne narave. Medicinska sestra ga spodbuja pri samooskrbi in pomaga, če potrebuje pomoč (Fink & Kobilšek, 2013).

Pri načinu pacientovega klica medicinske sestre je bil največkrat zabeležen neverbalen način (70 %), sledil je klic z zvoncem (25,5 %), kot drugo pa smo med opombami zabeležili fizioterapevte, študente in pripravnike, ki pokličejo medicinsko sestro (4,5 %). To nam potrdi, zakaj tako velika odzivnost, saj je medicinska sestra v pacientovi bližini, da jo ta lahko pokliče neverbalno. Lewis in ostali (2014) navajajo, da mora medicinska sestra, ki izvaja pooperativno nego, ves čas spremljati pacienta in biti pripravljena na preprečevanje pooperativnih zapletov.

Opazovali smo tudi dan pacienta po operativnem posegu. Največ klicev smo zabeležili na operativni dan (42 %), sledijo mu 2. dan po operativnem posegu (25,5 %), 3. dan po operativnem posegu (15,5 %), 1. dan po operativnem posegu (13 %) in več kot 3. dan po operativnem posegu (4 %). Fink in ostali (2013) navajajo, da je prvih 24 ur po operativnem posegu ključnega pomena, kar lahko povežemo z največjim odstotkom klicev na operativni dan, saj medicinska sestra opazuje učinek anestezije, izvaja nadzor pacienta in meri vitalne funkcije. Berman in ostali (2015) pravijo, da pri večjih operativnih posegih pacient še ne sme takoj vstati iz postelje in ima praviloma vstavljen urinski kateter glede na vrsto operacije ter drenažne sisteme. To nam pove, da

je pacient praviloma vsaj na operativni dan odvisen od medicinske sestre. Iz opazovanih podatkov smo ugotovili še, da na operativni dan pacient največkrat pokliče medicinsko sestro pri temeljni življenjski aktivnosti izločanje in odvajanje (39,9 %). Ostale dni po operaciji pa pri osebni higieni in urejenosti.

V raziskavi smo si tudi raziskali, pri kateri TŽA se je največkrat zgodilo, da se medicinska sestra ni takoj odzvala na pacientov klic in izkazalo se je, da medicinska sestra dokonča svoje trenutno delo in se nato odzove na pacientov klic pri prehranjevanju in pitju (21,1 %). Hoch (2017) navaja, da sta kar pri 80 % pacientov z visokim tveganjem po operativnem posegu prisotna navzea in bruhanje. Prav tako anestezija vpliva na požiralni refleks, zato lahko pacient brez dodatnih posebnosti po 2 urah zaužije tekočino, po 4 urah po operativnem posegu pa lahko prebavljivo hrano (Fink, et al., 2013). Zaradi tega lahko povzamemo, da pacientu, ki je brez posebnosti po operativnem posegu, pustimo čas pri prehranjevanju in pitju. Verjetno zaradi tega razloga medicinska sestra najprej dokonča trenutno delo in se nato odzove na pacientov klic.

3.5.1 Omejitve raziskave

Pri raziskovalnem delu diplomskega dela smo opazovali zdravstvene delavce na področju zdravstvene nege samo na enem oddelku- kirurški oddelku, kar je glavna omejitev diplomskega dela. Posledično so zato rezultati prikazani kot študija primera. Menimo, da bi vzorec lahko razširili na več bolnišničnih oddelkov ali na več zdravstvenih ustanov, saj bi tako bolj realno ugotovili odzivnost medicinskih sester. Omejitev najdemo tudi pri literaturi. Izbrana literatura je zgolj v slovenskem in angleškem jeziku. Raziskave iz tega področja pa le v Združenih državah Amerike, v slovenskem prostoru jih nismo zasledili.

3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Opazovanje je doprineslo refleksijo dela medicinskih sester na kirurškem oddelku. Izkazalo se je, da je odzivnost medicinskih sester na hitra, pri katerih TŽA pacient največkrat potrebuje pomoč medicinske sestre, kako se medicinska sestra odziva na klice pacienta. Menimo, da bi lahko raziskovanje nadgradili, še drugje- na bolniških oddelkih in v drugih zdravstvenih ustanovah ter

povezali raziskavo s kadrovskimi standardi in normativi, saj je odzivnost medicinskih sester močno povezano s številom medicinskih sester in posledično z zadovoljstvom pacientov.

4 ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala najpogostejše TŽA, za katere medicinska sestra prejme klic, njihov odzivni čas ter način odziva na pacientove potrebe. Ugotovili smo, da je osebna higiena in urejenost najpogostejša temeljna življenjska aktivnost, za katero medicinska sestra prejme pacientov klic, sledita ji komunikacija, čustvovanje in izražanje potreb ter izločanje in odvajanje. Pri tej najpogostejši življenjski aktivnosti osebna higiena in urejenost pa se je izkazalo, da tudi pacienti tudi najdlje čakajo na odziv medicinske sestre. Največ pacientovih klicev je bilo na operativni dan. Večinoma se medicinska sestra takoj odzove oziroma je takoj prisotna ob pacientu, kar lahko povežemo, da je pacient medicinsko sestro največkrat verbalno poklical oziroma prosil za pomoč. Najdaljši zabeležen odzivni čas je bil od 1 do 2 minuti.

Ugotovili smo, da se medicinska sestra praviloma odzove in uredi pacientovo potrebo. Da medicinska sestra dokonča trenutno delo in se nato odzove na pacientov klic, je bilo največkrat zabeleženo pri prehranjevanju in pitju.

Dejstvo pa je tudi, da je bila raziskava narejena v intenzivni terapiji na kirurškem oddelku, kjer ima medicinska sestra v obravnavi manj pacientov kot na drugih kliničnih oddelkih, iz razloga, ker so pacienti po operaciji življenjsko ogroženi in ker na kirurškem oddelku, kjer smo opazovanje izvedli ni sobe za prebujanje. Pacienti pridejo direktno iz operacijske sobe na bolniški oddelek. Medicinska sestra je večino časa prisotna ob pacientu, saj zaradi operativnega posega potrebuje dodatno opazovanje zdravstvenega stanja.

5 LITERATURA

Ali, H. & Li, H., 2012. *Use of Notification and Communication Tehnology (Call Light System) in Nursing Homes: Observational Study*. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7148550/> [Accessed 7 March 2022].

Bashaw, M.A. & Keister, K.J., 2019. Perioperative Strategies for Surgical site Infection Prevention. *Association of Operating Room Nurses journal*, 109(1), pp. 68-78. 10.1002/aorn.12451.

Berman, A., Snyder, S.J. & Frandsen, G., 2015. *Fundamentals of nursing, concepts, process, and practice*. New Jersey: Pearson.

Fink, A. & Kobilšek, P.V., 2013. *Osnove zdravstvene nege: učbenik za modul Zdravstvena nega v izobraževalnem programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer.

Fink, A. & Kobilšek, P.V., 2013. *Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih: učbenik za modul zdravstvena nega v izobraževalnem programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer.

Fink, A., Kobilšek, P.V. & Mesarec M., 2013. *Diagnostično-terapevtski pristopi in fizika v medicini: učbenik za modul Zdravstvena nega v izobraževalnem programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer.

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2017. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Hamzić, V., 2018. Oskrba bolnic po ginekoloških operacijah-vloga pooperativne zdravstvene nege. In: A. Istenič, ed. *Ženske in ginekološki raki. Kranjska Gora, 9.-10. november 2018*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 94-95.

Heather, T.H. & Kamitsuru, S., eds. 2019. *Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2018-2020*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Hoch, C., 2017. Postoperative Care. In: S. L. Lewis, L. Bucher, M. McLeanHeitkemper & M.M. Hardling, eds. *Medical Surgical Nursing: assessment and management of clinical problems*. St. Louis, Missouri. Elsevier, pp. 330-346.

Ivanuša, A., Železnik, D., Lednik, L. & Kamenik, M., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Jakopin, K., 2013. Zdravstvena nega in laparoskopska kirurgija: izziv za prihodnost. In: L. Fošnarič, ed. *Zdravstvena nega kirurškega bolnika v sodobni kirurgiji- problemi, izzivi in priložnosti za prihodnost. Laško, 15. marec 2013*. Celje: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, pp. 18-19.

Johnson, C., Carta, T. & Thronson, K., 2015. Communicate with me: information exchanges between nurses. *CanNurse*, 111(2), pp. 24-7.

Kamenik, M., 2010. Metabolizem kirurškega pacienta. In: V. Flis & K. Miksić, eds. *Izbrana poglavja iz kirurgije*. Maribor: Založba Pivec, p. 45.

Khanhna, A.K., Ahuja, S., Weller, R.S. & Harwood, T.N., 2019. Postoperative ward monitoring- Why and what now? *Bets practice & research Clinical anesthesiology*, 33(2), pp. 229-245. 10.1016/j.bpa.2019.06.005.

Krajnik, S., 2013. Posebnosti zdravstvene nege ustne votline pri pacientu s karcinomom v otorinolaringološkem področju. In: T. Štemberger Kolnik, S. & Majcen Dvoršak, eds. *Traheostoma v vseh življenjskih obdobjih. Ljubljana, 31. januar 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in

zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v otorinolarinologiji, pp. 30-31.

Kodila, V., 2008. *Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja: priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Lewis, L.S., Dirksen, R.S. & Heitkemper, M.M., 2014. *Medical-surgical nursing, assessment of clinical problems*. St. Louis (Missouri) : Elsevier, Mosby.

Lillis, T. & LeMone, L., 2011. *Fundamentals of nursing the art and science of nursing care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Murray, T., Spence, J., Bena, J., Morrison, S. & Albert, N., 2010. Perceptions of reasons call lights are activated pre- and postintervention to decrease call light use. *Journal of nursing care quality*, 25(4), pp. 366-72. 10.1097/NCQ.0b013e3181e0cf08.

Mitchell, M., Levenberg, J., Trotta, R. & Umscheid, C., 2014. Hourly Rounding to Improve Nursing Responsiveness. *The Journal of nursing administration*, 44(9), pp. 462-472. 10.1097/NNA.0000000000000101.

Miksić, K., 2010. Pristop h kirurškemu pacientu. In: V. Flis & K. Miksić eds. *Izbrana poglavja iz kirurgije*. Maribor: Založba Pivec, pp. 79-81.

Pleskovič, M., Šterk, S. & Saje, M., 2012. Odgovornost študenta na klinični praksi v zdravstveni negi. In: M. Berkopce, ed. *4. dnevi Marije Tomšič – Odgovornost v zdravstveni negi. Dolenjske Toplice, 19.-20. januar 2012*. Novo mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo, pp. 80-86.

Pungartnik, J., 2016. Opozorilni alarmi-ali jih slišimo?. In: D. Doberšek & R. Kočevar, eds. *Anesteziologija, intenzivna terapija, transfuziologija: skupaj za bolnika: Zbornik predavanj z recenzijo, 49. strokovni seminar. Rogaška Slatina, 1.- 2. april 2016*. Rogaška Slatina: Zbornica

zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 18-24.

Režonja, K., 2014. Anatomija dihal in fiziologija dihanja. In: I. Šumek, ed. *Zdravstvena nega pri osnovni življenjski aktivnosti-dihanju*. Murska Sobota, 11. april 2014. Murska Sobota: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 10.

RitmalaCastren, M., Virtanen, I., Leivo, S., Kaukonen, K.M. & LeinoKilpi, H., 2015. Sleep and nursing care activities in an intensive care unit. *Nursing and Health Sciences*, 17(3), pp. 354-61. 10.1111/nhs.12195.

Shanmugham, M., Strawderman, L., Babski-Reeves, K., & Brain, L., 2018. *Alarm-related workload in default and modified alarm setting sand the relation ship between alarm work load, alarm responserate, and care providerexperience*. [online] Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30355550/> [Accessed 9 March 2022].

Škerjanec, H.A. & Majanović, D., 2015. Metode za oceno stanja kritično bolnega pacienta. In: K. Peternelj, R. Kočevár, A. Nunar Perko & D. Doberšek, eds. 48. *Strokovni seminar: Obravnava kritično bolnih od novorojenčka do odraslega, Rogaška Slatina, 22. in 23. maj 2015*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 172-6.

Tzeng, H.-M., 2010. *Perspective of staff nurses of the reason for and the nature patient- initiated call lights: an exploratory survey study in four USA hospitals*. [online] Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20184775/> [Accessed 16 April 2022].

Tzeng, H.-M. & Larson, J., 2011. Exploring the relationship between patient call-light use rate and nurse call-light response time in acute care setting. *Computers, informatics, nursing*, 29(3), pp. 138-43. 10.1097/NCN.0b013e3181fc41d9.

Tzeng, H.-M., Titler, M.G., Ronis, D.L. & Yin, C.-Y., 2012. *The contribution of staff call light response time to fall and injurious fall rates: an exploratory study in four US hospitals using archived hospital data*. [online] Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22462485/> [Accessed 20 April 2022].

Watkins, T., Whisman, L. & Booker, P., 2016. Nursing assesment of continuous vital sign surveillance to improve patient safety on the medical/surgical unit. *Journal of clinical nursing*, 25(1-2), pp. 278-81. 10.1111/jocn.13102.

Zgong, Y., Zeng, F., Li, Y., Yang, Y., Zhong, S. & Song, Y., 2018. Electroacupunture for Postoperative Urinary Retention: A systematic Reviewand Meta-Analysis. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2018(26), p. 2.

Zagorc, A., Švajgner, H. & Blagojevc Štemberger, S., 2016. Obvladovanje akutne pooperativne bolečine v Splošni bolnišnici Novo Mesto. In: D. Doberšek, R. Kočevár, A. Nunar Perko, K. Peternelj, eds. *Anesteziologija, intenzivna terapija, transfuziologija: skupaj za bolnika*. Rogaška Slatina, 1. in 2. april, 2016. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške zveze Slovenije-Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije & Sekcija v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 70-74.

Yao, K., Bae, L. & Yew, W.P., 2013. Post-operative wound management. *Australian family physican*, 42(12), p. 867.

Dokić, S. & Kenjar A., 2016. Vloga medicinske sestre pri zagotavljanju hemodinamske podpore. In: D. Doberšek, R. Kočevár, A. Nunar Perko & K. Peternelj, eds. *Anesteziologija, intenzivna terapija, tranfuziologija: skupaj za bolnika*. Rogaška Slatina, 1. in 2. april 2016. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 88-90.

6 PRILOGE

življenjska aktivnost	odzivni čas	klic pacienta	dan po operativnem posegu																				
	<table><tr><td>Takoj-je prisotna ob P</td><td></td></tr><tr><td>Do 1 min</td><td></td></tr><tr><td>Ostali časi- vpiši čas</td><td></td></tr><tr><td>Se odzove na klic/pove, da se vrne</td><td></td></tr><tr><td>Se odzove na klic/uredi potrebo pacienta</td><td></td></tr><tr><td>Dokonča trenutno delo in se odzove na klic pacienta</td><td></td></tr></table>	Takoj-je prisotna ob P		Do 1 min		Ostali časi- vpiši čas		Se odzove na klic/pove, da se vrne		Se odzove na klic/uredi potrebo pacienta		Dokonča trenutno delo in se odzove na klic pacienta		<table><tr><td>zvonec</td><td></td></tr><tr><td>P</td><td></td></tr><tr><td>pokliče</td><td></td></tr><tr><td>drugo</td><td></td></tr></table>	zvonec		P		pokliče		drugo		* operativni dan * 1.dan * 2.dan * 3.dan * več kot 3.dan
Takoj-je prisotna ob P																							
Do 1 min																							
Ostali časi- vpiši čas																							
Se odzove na klic/pove, da se vrne																							
Se odzove na klic/uredi potrebo pacienta																							
Dokonča trenutno delo in se odzove na klic pacienta																							
zvonec																							
P																							
pokliče																							
drugo																							
	<table><tr><td>Takoj-je prisotna ob P</td><td></td></tr><tr><td>Do 1 min</td><td></td></tr><tr><td>Ostali časi- vpiši čas</td><td></td></tr><tr><td>Se odzove na klic/pove, da se vrne</td><td></td></tr><tr><td>Se odzove na klic/uredi potrebo pacienta</td><td></td></tr><tr><td>Dokonča trenutno delo in se odzove na klic pacienta</td><td></td></tr></table>	Takoj-je prisotna ob P		Do 1 min		Ostali časi- vpiši čas		Se odzove na klic/pove, da se vrne		Se odzove na klic/uredi potrebo pacienta		Dokonča trenutno delo in se odzove na klic pacienta		<table><tr><td>zvonec</td><td></td></tr><tr><td>P</td><td></td></tr><tr><td>pokliče</td><td></td></tr><tr><td>drugo</td><td></td></tr></table>	zvonec		P		pokliče		drugo		* operativni dan * 1.dan * 2.dan * 3.dan * več kot 3.dan
Takoj-je prisotna ob P																							
Do 1 min																							
Ostali časi- vpiši čas																							
Se odzove na klic/pove, da se vrne																							
Se odzove na klic/uredi potrebo pacienta																							
Dokonča trenutno delo in se odzove na klic pacienta																							
zvonec																							
P																							
pokliče																							
drugo																							

LEGENDA	TEMELJNA ŽIVLJENJSKA AKTIVNOST
	Dihanje in krvni obtok
	Vzdrževanje normalne telesne temperature
	Komunikacija, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov ter potreb
	Izločanje in odvajanje
	Prehranjevanje in pitje
	Gibanje in ustrezna lega
	Spanje in počitek
	Osebna higiena in urejenost
	Oblačenje in slačenje
	Izogibanje nevarnostim v okolju
	Izražanje duhovnih potreb
	Razvedrilo in rekreacija
	Delo in ustvarjalna zaposlitev
	Učenje in pridobivanje znanja