

# Sestrinske dijagnoze

Hrvatska Komora Medicinskih Sestara  
Zagreb. 2011.



# SESTRINSKE DIJAGNOZE

Slava Šepec, dipl. med. techn.; Biljana Kurtović, bacc.med.techn.;  
Tatjana Munko, bacc.med.techn; Maša Vico, bacc.med.techn;  
Damjan Abcu Aldan, bacc.med.techn; Dijana Babić, bacc.med.techn;  
Ana Turina, bacc.med.techn

*Hrvatska Komora Medicinskih Sestara  
Zagreb, 2011.*





Izdavač:  
Hrvatska Komora Medicinskih Sestara

Urednica:  
Dragica Šimunec

Recenzent:  
dr.sc. Sonja Kalauz

Tisak & grafičko oblikovanje:  
Alfacommerce d.o.o.

ISBN: 978-953-95388-4-2





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### Uvod

Nakon izrade sestrinske liste, kategorizacije pacijenata ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom i izrade standardiziranih postupaka u zdravstvenoj njezi, logičnim slijedom, Hrvatska komora medicinskih sestara je pristupila izradi sestrinskih dijagnoza uobličениh u opće planove zdravstvene njege.

Imajući u vidu proces edukacije koji je prošla većina medicinskih sestara prvostupnica, izrađene su sestrinske dijagnoze i planovi zdravstvene njege u cilju pomoći izrade individualiziranih planova zdravstvene njege.

Opći planovi zdravstvene njege su izrađeni na način da svaka medicinska sestra prvostupnica, može odabrati dijagnozu zdravstvene njege. Uz svaku dijagnozu su priloženi najčešći mogući kritični čimbenici, moguća vodeća obilježja, najčešći ciljevi, intervencije i neke moguće evaluacije.

### Kako koristiti sestrinske dijagnoze i Planove zdravstvene njege?

Opći plan vodi medicinsku sestru kroz korake prikupljanja podataka koji su potrebni za odabir adekvatnog cilja i intervencije.

Opći plan pruža mogućnost odabira kritičnih čimbenika, vodećih obilježja, mogućnost odabira ciljeva, intervencija i evaluacije. Jasno je da nije bilo moguće pobrojiti sve ciljeve, intervencije i ishode / evaluaciju, mogućih unutar jedne dijagnoze, ali planovi su jasan vodič kako medicinska sestra prvostupnica, u slučaju potrebe, može odrediti cilj ili neku specifičnu intervenciju. Ciljevi, intervencije i evaluacija će za svakog pacijenta biti različiti. Medicinska sestra, koja planira zdravstvenu njegu i izrađuje plan zdravstvene njege, može odabrati bilo koju ponuđenu opciju od kritičnih čimbenika, vodećih obilježja, ciljeva, intervencija ili evaluacije. Opći planovi se ne smiju samo prepisati. U jednom planu je nabrojeno većina mogućnosti, a sestra će odabrati onu opciju koja je prikladna njezinom pacijentu i mogućnosti zdravstvene ustanove da provede planiranu zdravstvenu njegu. Npr. dijagnoza „Totalna inkontinencija“ u intervencijama pruža mogućnost primjene pelena, kondom katetera, uspostavu trajnog katetera. Medicinska sestra će odabrati onu intervenciju koja je prihvatljiva za tog pacijenta. Isto tako će moći upisati osobitost ukoliko je ne nalazi u općem planu zdravstvene njege.

Medicinska sestra će moći iz ponuđenih opcija odabrati po prioritetu onu opciju koja je najprikladnija za pacijenta čiji plan izrađuje.

U ovom času je radna grupa u sastavu: Slava Šepec, dipl. med. techn, voditeljica grupe, Biljana Kurtović, dipl. med. techn, Tatjana Munko, dipl. med. techn, Maša Vico, dipl. med. techn, Damjan Abcu Aldan, dipl. med. techn, Dijana Babić, dipl. med. techn, Ana Turina, dipl. med. techn, pripremila 23 dijagnoze zdravstvene njege i opće Planove zdravstvene njege za te dijagnoze.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

Opći planovi zdravstvene njege su izrađeni za slijedeće dijagnoze:

- *Anksioznost*
- *Dehidracija*
- *Dekubitus*
- *Funkcionalna inkontinencija*
- *Hipotermija*
- *Hipertermija*
- *Opstipacija*
- *Oštećenje sluznice usne šupljine*
- *Proljev*
- *Refleksna inkontinencija*
- *Smanjena prohodnost dišnih putova*
- *Smanjeno podnošenje napora*
- *Smanjena mogućnost brige o sebi – eliminacija*
- *Smanjena mogućnost brige o sebi – kupanje*
- *Smanjena mogućnost brige o sebi – hranjenje*
- *Smanjena mogućnost brige o sebi – odijevanje i dotjerivanje*
- *Stres inkontinencija*
- *Totalna inkontinencija*
- *Urgentna inkontinencija*
- *Visok rizik za dekubitus*
- *Visok rizik za ozljede*
- *Visok rizik za opstipaciju*
- *Visok rizik za infekciju*

*Dijagnoze i Planove zdravstvene njege su pregledali i odobrili članovi Stručnog vijeća HKMS.*

Slava Šepec, dipl. ms.  
Zagreb, 2011. godine





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### SADRŽAJ

1. Anksioznost .....	5
2. Dehidracija .....	8
3. Dekubitus .....	15
4. Funkcionalna inkontinencija .....	20
5. Hipertermija .....	22
6. Hipotermija .....	25
7. Opstipacija .....	29
8. Oštećenje sluznice usne šupljine .....	32
9. Proljevi .....	35
10. Refleksna inkontinencija .....	38
11. Smanjena prohodnost dišnih puteva .....	40
12. Smanjeno podnošenje napora .....	43
13. Smanjena mogućnost brige za sebe - odijevanje i dotjerivanje .....	47
14. Smanjena mogućnost brige za sebe - eliminacija .....	50
15. Smanjena mogućnost brige za sebe - osobna higijena.....	53
16. Smanjena mogućnost brige za sebe - hranjenje .....	57
17. Stres inkontinencija .....	61
18. Totalna inkontinencija .....	64
19. Urgentna inkontinencija .....	66
20. Visoki rizik za dekubitus .....	68
21. Visoki rizik za infekciju .....	71
22. Visoki rizik za opstipaciju .....	75
23. Visoki rizik za ozljede .....	78
24. Literatura.....	82
25. Prilozi:	
• Sestrinska lista	
• Razvrstavanja pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom	

*Hrvatska Komora Medicinskih Sestara*





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### ANKSIJZNOST

**Definicija** – Nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetecom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Procijeniti stupanj anksioznosti pacijenta (simptomi mogu biti od smanjene komunikativnosti do napada panike praćeno fiziološkim obilježjima – vidi vodeća obilježja).
2. Procijeniti pacijentove metode suočavanja s anksioznošću i stresom - kroz razgovor, od pacijenta i obitelji saznati prethodna suočavanja sa sličnim stanjem.
3. Saznati od pacijenta povezanost između pojave anksioznosti i činitelja koji do nje dovode.
4. Fizikalni pregled – utvrditi postoje li znaci samoozljeđivanja.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Dijagnostičke i medicinske procedure/postupci.
2. Prijetnja fizičkoj i emocionalnoj cjelovitosti.
3. Promjena uloga.
4. Promjena okoline i rutine.
5. Izoliranost (osjećaj izolacije).
6. Smanjena mogućnost kontrole okoline.
7. Strah od smrti .
8. Prijetnja socioekonomskom statusu.
9. Interpersonalni konflikti.
10. Nepoznati čimbenici – nema razloga za nastajanje vodećih obilježja.

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Hipertenzija, tahikardija ili tahipneja
2. Razdražljivost
3. Umor
4. Verbalizacija straha i napetosti
5. Osjećaj bespomoćnosti
6. Otežana koncentracija
7. Otežano suočavanje s problemom
8. Smanjena komunikativnost
9. Glavobolja
10. Mučnina i/ili proljev
11. Otežan san
12. Plačljivost





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

13. Vrtoglavica
14. Pojačano znojenje
15. Učestalo mokrenje
16. Sklonost ozljeđivanju

### MOGUĆI CILJEVI

1. Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti.
2. Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznosti.
3. Pacijent će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti.
4. Pacijent neće ozlijediti sebe ili druge osobe.

### INTERVENCIJE

1. Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
2. Stvoriti osjećaj sigurnosti. Biti uz pacijenta kada je to potrebno.
3. Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...).
4. Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost.
5. Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima.
6. Redovito informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima.
7. Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći.
8. Poučiti pacijenta postupcima/procedurama koje će se provoditi.
9. Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta.
10. Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.
11. Osigurati mirnu i tihu okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe i sl.
12. Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka.
13. Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba.
14. Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost.
15. Potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost.
16. Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.
17. Izbjegavati površnu potporu, tješjenje i žaljenje.
18. Pomoći i podučiti pacijenta vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti:
  - vođena imaginacija/vizualizacija ugodnih trenutaka
  - vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije
  - okupacijska terapija (glazboterapija, likovna terapija)
  - humor
  - terapijska masaža i dodir
19. Poučiti pacijenta pravilnom uzimanju anksiolitika.







## SESTRINSKE DIJAGNOZE

20. Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije.
21. Predložiti psihijatrijsku procjenu i tretman ukoliko su simptomi anksioznosti i dalje prisutni.
22. Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede...).

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih.
2. Pacijent se pozitivno suočava s anksioznosti - *opisati*
3. Pacijent se negativno suočava s anksioznosti - *opisati*
4. Pacijent opisuje smanjenu razinu anksioznosti.
5. Pacijent opisuje povećanu razinu anksioznosti.
6. Tijekom boravka u bolnici nije došlo do ozljeda.
7. Tijekom boravka u bolnici je došlo do ozljeda (*opisati ozljede*).



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### DEHIDRACIJA

**Definicija** - Stanje u kojem je prisutan deficit intersticijalnog, intracelularnog ili intravaskularnog volumena tekućine.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o unosu i izlučivanju tekućina.
2. Prikupiti podatke o vitalnim funkcijama: krvni tlak, puls, disanje, temperatura.
3. Prikupiti podatke o turgoru kože, stanju sluznice, popunjenosti vratnih vena.
4. Prikupiti podatke o mentalnom statusu pacijenta.
5. Prikupiti podatke o uporabi laksativa i diuretika.
6. Prikupiti podatke o stupnju samostalnosti.
7. Prikupiti podatke o postojećim bolestima koje mogu dovesti do dehidracije.
8. Prikupiti podatke o gubitku tekućina prirodnim putovima: povraćanje, proljev, znojenje, mokrenje.
9. Prikupiti podatke o gubitku tekućina umjetnim putovima (drenaže...).
10. Prikupiti podatke o prehranbenim navikama i unosu tekućine.
11. Prikupiti podatke o izgledu urina i specifičnoj težini.
12. Prikupiti podatke krvnih nalaza: hemoglobin, hematokrit, urea, kreatinin, elektroliti.
13. Prikupiti podatke o prisutnosti boli.
14. Intervjuom pacijenta i uvidom u medicinsku dokumentaciju utvrditi moguće uzroke dehidracije (npr. povraćanje, proljev, povišena tjelesna temperatura, neregulirani dijabetes TIPA II, diuretska terapija...).

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. **Medicinska stanja / bolesti**
  - Pojačani otpust urina sekundarno: dijabetes insipidus, hiperkalcemija, dijabetička ketoacidoza.
  - Gubitak tekućina u „treći“ prostor sekundarno: opekotine, crush ozljede, infekcije, krvarenja mekih tkiva (posljedica prijeloma i penetracijskih rana).
  - Gubitak tekućina (sekundarno): proljev, povraćanje, gastrointestinalno krvarenje, akutni abdomen, povišena tjelesna temperatura, drenažom (nazogastrična sonda, rana, pojačano menstrualno krvarenje...).
  - Abnormalno znojenje sekundarno: delirium tremens, povišena tjelesna temperatura, panična ataka, heroinska kriza...
  - Oslabljen/oštećen poticaj za žeđ sekundarno: CVI, trauma glave, stariji/gerijatrijski pacijenti.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### 2. Emocionalni faktori

- Apatija

### 3. Osobni / okolinski čimbenici

- Izmijenjen stupanj svijesti (koma...)
- Nedostatak znanja (neupućenost)
- Ekstremna vrućina/suša
- Pretjerana konzumacija alkoholnih i kofeinskih napitaka
- Veliki tjelesni napori
- Stres
- Smanjena motivacija za uzimanje tekućina sekundarno: dijeta/post, hranjenje putem nazogastrične sonde
- Otežano gutanje ili samo hranjenje, sekundarno: bol grla ili usne šupljine, umor
- Nedostupnost pitke vode sekundarno: beskućnici, udaljena mjesta stanovanja bez pitke vode, zagađena voda, smanjena mogućnost brige o sebi (bolesnik ne može sam uzeti tekućinu, piti, ne može doći do izvora tekućine), izletnici na udaljenim nenaseljenim/nedostupnim područjima

### 4. Psihički čimbenici / bolesti

- Depresija
- Anoreksija, nervoza
- Alkoholizam

### 5. Lijekovi

- Pretjerano uzimanje laksativa, diuretika...

### 6. Novorođenčad / djeca

- Povećana osjetljivost sekundarno; nemogućnost samostalnog uzimanja tekućine.

### 7. Starije osobe

- Povećana osjetljivost sekundarno; smanjene rezerve tjelesnih tekućina, smanjen osjećaj za žeđ.

## VODEĆA OBILJEŽJA

1. Pad krvnog tlaka
2. Smanjena punjenost vena
3. Ubrzan/oslabljen puls
4. Porast tjelesne temperature
5. Uvučena fontanela
6. Slabost
7. Umor
8. Povećan broj respiracija
9. Oslabljen turgor kože





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

10. Suha, blijeda koža
11. Suha, ljepljiva sluznica
12. Letargija, smetenost, koma
13. Pojačana žeđ
14. Upale oči, mekane očne jabučice
15. Nagli pad tjelesne težine (preko noći)
16. Neujednačen promet tekućina
17. Izlučivanje urina manje od 50 ml/h
18. Porast specifične težine urina
19. Porast uree i kreatinina u serumu
20. Povišen hematokrit
21. Poremećaj elektrolita (Na, K ...)
22. Pad centralnog venskog tlaka

### MOGUĆI CILJEVI

1. Pacijent će razumjeti uzroke problema i načine na koje mu se pomaže, pokazati će želju i interes za uzimanjem tekućine.
2. Pacijent neće pokazivati znakove i simptome dehidracije, imati će dobar (elastičan) turgor kože, vlažan jezik i sluznice kroz 24 sata.
3. Pacijent će povećati unos tekućine na minimalno 2000 ml/24sata. Diureza će viša od 1300 ml/dan (ili min 30 ml/sat), a specifična težina urina biti će u granicama normalnih vrijednosti za 48 sati.
4. Krvni tlak, puls, tjelesna temperatura i disanje u pacijenta će biti u granicama normalnih vrijednosti.

### INTERVENCIJE

1. Objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine tekućine i dogovoriti količinu i vrijeme pijenja tekućine tijekom 24h.
2. Osigurati pacijentu svježnu vodu i slamku ili napitak koji preferira tijekom 24 sata (npr. 1200 ml danju, 800 ml navečer, 200 ml noću), te je postaviti pokraj kreveta nadohvat ruke.
3. Pomoći pacijentu ukoliko nije u mogućnosti piti samostalno.
4. Uputiti pacijenta da napici kao kava, čaj, te sok od grapefruita imaju diuretski učinak koji može dovesti do još većeg gubitka tekućine.
5. Opažati rane i kasne znakove i simptome hipovolemije:
  - nemir, slabost, mišićni grčevi, ortostatska hipotenzija
  - kasni znaci: oligurija, bol u abdomenu i prsima, cijanoza, hladna i vlažna koža.
6. Pratiti promet tekućina – unos svih tekućina i izlučivanje.
7. Pratiti diurezu, specifičnu težinu urina, boju i miris urina.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

- Pratiti i zabilježiti gubitak tekućina kod drenažnih sustava, proljeva, povraćanja, krvarenja
- Mjeriti tjelesnu težinu pacijenta obvezno ujutro prije doručka, te po potrebi tijekom dana - posebice ako postoji dokaz o povećanoj diurezi ili gubitku tekućina.
- Vagati pacijenta u istoj odjeći i na istoj vagi.
- Kod hemodinamske nestabilnosti mjeriti vitalne funkcije – kako je ordinirano.
- Uspostaviti kontinuirani monitoring vitalnih funkcija.
- Mjeriti vitalne funkcije svaka 4 sata kod stabilnih pacijenata.
- Opažati i zabilježiti pojavu tahikardije, tahipneje, oslabljen puls, hipotenziju, povišenu ili sniženu tjelesnu temperaturu.
- Uočavati znakove promijenjenog mentalnog statusa: razdražljivost, smetenost, pospanost...
- Uočavati znakove opterećenja cirkulacije: glavobolja, zažarena/crvena koža, tahikardija, distenzija vena, povišen CVT, kratkoća daha, povišeni krvni tlak, tahipneja, kašalj.
- Pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza krvi; hemoglobin, hematokrit, urea, kreatinin.
- Provoditi oralnu higijenu dva puta dnevno ili više.
- Ponuditi različite vrste tekućina (npr. zamrznuti sok, sladoled, voda, mlijeko...).
- Ponuditi primjerene posude za pijenje: čaše, slamke u bojama...
- Objasniti pacijentu da se ne oslanja na žeđ kao indikator za uzimanje tekućine.
- Naučiti pacijenta da nadzire svoju hidraciju praćenjem boje urina.

### INTERVENCIJE KOD TEŽE DEHIDRACIJE

- Predložiti nadoknadu tekućine parenteralno.
- Postaviti i održavati intravenozni kateter s većim protokom.
- Primijeniti parenteralnu infuziju kako je propisano.  
Održavati brzinu intravenskog protoka.
- Primijeniti druge lijekove kako je propisano i lijekove protiv dijareje kako je propisano.
- Voditi evidenciju unosa i izlučivanja tekućine tijekom 24 h.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

- Pacijent je hidriran, pije \_\_\_\_\_ ml tekućine kroz 24 sata, turgor kože i sluznice su dobrog stanja, vrijednosti krvnog tlaka \_\_\_\_\_, pulsa \_\_\_\_\_, respiracija \_\_\_\_\_, tjelesna temperatura je \_\_\_\_\_, diureza je \_\_\_\_\_ ml/h.
- Pacijent pokazuje želju i interes za uzimanjem tekućine.
- Pacijent prepoznaje znakove dehidracije i izvještava o njima.
- Pacijent nije povećao unos tekućine do 2000 ml kroz 24 sata per os, te je ordinirana parenteralna nadoknada tekućine \_\_\_\_\_ ml.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

5. Tjelesna težina pacijenta je \_\_\_\_\_. Ne gubi / dobiva na tjelesnoj težini
6. Pacijent je i dalje dehidriran, diureza je nakon 48h \_\_\_\_\_ ml, specifična težina urina je \_\_\_\_\_,

### STUPNJEVI DEHIDRACIJE

ZNAKOVI I SIMPTOMI	BLAGA (gubitak < 5 %)	UMJERENA (gubitak 10 %)	TEŠKA (gubitak 15 %)
Sluznice	Djelomično suha	Suha	Suha, ispucana
Turgor kože	Normalan	Snižen (slab)	Veoma slab
Prednja fontanela	Normalna	Uvučena	Uvučena
Oči (izgled)	Normalne	Uvučene	Uvučene
Srčana frekvencija	Normalna	Povišena	Povišena
Respiratorna frekvencija	Normalna	Povišena	Povišena
Krvni tlak	Normalan	Minimalno snižen	Snižen
Koža	Blijeda, topla	Veoma blijeda do hladna, prošarana	Prošarana do cijanotična, hladna
Kapilarno punjenje	Normalno	Minimalno usporeno	Usporeno
Mentalni status	Budan	Razdražljivost	Letargičan (pospan)





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### DEKUBITUS

**Definicija** - Oštećenje tkiva koje nastaje kao posljedica djelovanja mnogostrukih vanjskih i unutarnjih čimbenika.

#### STUPNJEVI DEKUBITUSA:

- I. Crvenilo / eritem na intaktnoj koži koje ne bijeli na pritisak.
- II. Oštećenje površinskog sloja kože, vidljivo kao oguljotina, bula / mjehur, crvenilo sa središnjom hiperpigmentacijom.
- III. Potpuno oštećenje tkiva kože koje zahvaća potkožni sloj, ali ne prodire kroz mišićnu fasciju.
- IV. Izražene ulcerativne promjene koje osim kože i potkože zahvaćaju mišićno tkivo, potporne strukture i kosti.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o stupnju dekubitusa i lokalizaciji.
2. Prikupiti podatke o boli, sekreciji, boji kože, mirisu sekrecije, temperaturi.
3. Učiniti fizikalni pregled s posebnim osvrtom na predilekcijska mjesta.
4. Procijeniti rizik za nastanak dekubitusa - Braden skala (Braden Q za pedijatriju).
5. Procijeniti stupanj pokretljivosti i mogućnost samozbrinjavanja pacijenta.
6. Prikupiti podatke o laboratorijskim pokazateljima: hemoglobin, hematokrit, serumski albumin, fosfor, magnezij.
7. Prikupiti podatke o ranijim načinima zbrinjavanja dekubitusa.
8. Prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama (vidi kritične čimbenike).
9. Procijeniti stanje svijesti pacijenta.
10. Prikupiti podatke o socioekonomskom statusu pacijenta.
11. Procijeniti pacijentovo razumijevanje novonastale situacije.
12. Procijeniti pacijentovu sposobnost usvajanja novih znanja.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. **Medicinska stanja / bolesti**
  - nedovoljna/ smanjena tkivna cirkulacija
  - kronične bolesti: dijabetes melitus, plućne, kardiovaskularne, sistemne bolesti, psihičke bolesti
  - anemija
  - poremećaj prehrane: pretilost, malnutricija
  - upalni procesi dermalno - epidermalnih sveza
  - autoimune bolesti: lupus erithematosus, sklerodermija
  - metaboličke i endokrine bolesti: hepatitis, ciroza, tumori, bubrežno zatajenje, bolesti štitnjače





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

- bakterijske, virusne ili gljivične infekcije: impetigo, folikulitis, celulitis, herpes zoster, herpes simplex, AIDS, gingivitis, atletsko stopalo
  - smanjena pokretnost / nepokretnost
2. Lijekovi / terapijski postupci
- sedacija, kirurški zahvat, dijagnostički postupak
  - uporaba fiksatora i ortopedskih pomagala
  - primjena gipsanih udlaga, prevoja, traka, otopina
  - NPO status - ništa per os
  - terapijske promjene tjelesne temperature
  - primjena invazivnih katetera/pomagala
3. Osobni/ okolinski
- iritacija tkiva djelovanjem čimbenika iz okoline
  - izloženost izlučevinama – stolica, urin, znoj
  - radijacija/opekline od sunca
  - povišena tjelesna temperatura
  - kemijski štetne tvari – sapuni, dezinficijensi
  - bol, umor, nedostatak motivacije za kretanje
  - kognitivni/senzorni/motorički deficit – neosjetljivost na bol, toplinu, hladnoću
  - neadekvatne osobne navike (higijenske, prehrambene, vezane za odmor i spavanje)
  - starija životna dob

### VODEĆA OBILJEŽJA

I° crvenilo (eritem), svrbež, topla koža, bol

II° oštećenje epidermalnog i dermalnog tkiva, bol, crvena okolina, topla koža, bula, oguljena koža, sekrecija

III° destrukcija kože i potkožnog tkiva, bol, sekrecija-serozna, gnojna, krvava, toplina tkiva, znaci infekcije - temperatura, neugodan miris, porast laboratorijskih vrijednosti

IV° destrukcija kože, potkožnog tkiva, mišićnog tkiva i kosti, nekroza tkiva, sekrecija, bol, znaci infekcije - temperatura, neugodan miris, porast laboratorijskih vrijednosti.

IV° dekubitusa može izgledati i kao destrukcija potkožnih struktura-mišića do kosti uz očuvan integritet kože. Područje je lividno, na dodir mekano i bolno.

### CILJEVI

1. Postojeći stupanj dekubitusa neće prijeći u viši stupanj
2. Postići će se smanjenje veličine dekubitusa (utvrditi vremenski okvir)
3. Kirurška rana će cijeliti per primam
4. Neće doći do popratne komplikacije (infekcija, bol)
5. Pacijent i obitelj će usvojiti znanja o preventivnim mjerama i njihovoj važnosti u sprečavanju dekubitusa







## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### INTERVENCIJE

1. Procijeniti stanje dekubitusa pri prijemu pacijenta i svakodnevno.
2. Opisati stupanj dekubitusa, veličinu (izmjeriti!), lokaciju, sekreciju, nekrotično tkivo, granulacije.
3. Dokumentirati, posebno pratiti sve promjene u odnosu na raniji status.
4. Utvrditi plan zbrinjavanja dekubitalne rane.
5. Procijeniti potrebu uključivanja drugih stručnjaka u zbrinjavanje dekubitusa.
6. Pažljivo očistiti crveno područje pH neutralnim sapunom i vodom, sapun isprati i posušiti kožu. Izbjegavati primjenu sredstava koja dodatno isušuju i narušavaju pH kože (puder, dezinficijensi).
7. Stimulirati cirkulaciju „čupkanjem“ kože oko ugroženog područja, ne masirati.
8. Zaštititi površinu intaktne kože s jednim ili kombinacijom sljedećega:
  - nanijeti tanki sloj sredstva za zaštitu i obnovu kože (krema, gel, pjena)
  - pokriti područje tankom prozirnom oblogom
  - pokriti područje hidrokolidnom oblogom, osigurati rubove hipoalergijskom ljepljivom trakom - poštivati upute proizvođača
9. Isprati unutrašnjost dekubitusa sterilnom fiziološkom otopinom, očistiti kružnim pokretima u smjeru od unutra prema van, za ispiranje dubokih lezija koristiti štrcaljku
10. Asistirati kod kirurškog debridmana nekrotičnog tkiva, zaštititi granulacije od daljnjeg ozljeđivanja.
11. Održavati vlažnost unutrašnjosti dekubitalne rane kako bi se potaknulo cijeljenje.
12. Ispuniti unutrašnjost dekubitalne rane propisanim hidrokolidnim gelom.
13. Prekriti dekubitalnu ranu propisanom sekundarnom oblogom: alginatnom oblogom, hidrokolidnom oblogom ili sterilnim prijevojem (gaza). Osigurati rubove prijevoja ili obloge ljepljivom hipoalergijskim flasterom.
14. Izmijeniti podlogu ili prijevoj na dekubitalnoj rani.
15. Pratiti pojavu kliničkih znakova infekcije dekubitalne rane: miris, sekrecija, crvenilo, edem, porast temperature.
16. Osigurati optimalnu hidraciju pacijenta \_\_\_\_\_ml/24h.
17. Pratiti znakove i simptome hidracije: CVT, diurezu, specifičnu težinu urina i stanje sluznice usne šupljine.
18. Unositi propisanu pojačanu količinu bjelančevina i ugljikohidrata.
19. Uvesti u prehranu ordinirane suplemente (vitamin B i C i ostale nutrijente).
20. Vagati pacijenta.
21. Kontrolirati ordinirani serumski albumin.
22. Nadzirati pojavu edema.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

23. Održavati higijenu kože, koristiti blagi sapun (neutralni pH) i vodu, obvezno isprati sapun, posušiti kožu i zaštititi sredstvom koje će očuvati vlažnost: krema, mlijeko za tijelo...
24. Održavati higijenu kreveta i postelnog rublja: čiste, suhe, zategnute plahte, bez nabora, ukloniti ostatke hrane, papirnate rupčiče i sl.
25. Mijenjati položaj pacijenta u krevetu svakih 1 sat.
26. Mijenjati položaj pacijenta u krevetu svaka 2 sata.
27. Pojačati učestalost izmjene položaja ukoliko se pojave nova crvena područja čija prisutnost ne nestaje unutar 1 sata od promjene položaja.
28. Ograničiti podizanje pacijenta u visoki Fowlerov položaj do 30 minuta u jednom postupku.
29. Primijeniti niski Fowlerov položaj i ležeci bočni s podignutim uzglavljem za 30 stupnjeva.
30. Podložiti jastuke pod potkoljenice pacijenta.
31. Podložiti jastuke pod podlaktice pacijenta.
32. Podložiti jastuke pod leđa pacijenta.
33. Podložiti jastuke između koljena pacijenta.
34. Osloboditi pacijentove uške pritiska.
35. Primijeniti antidekubitalne madrace i jastuke koji umanjuju pritisak: punjene pjenom, zrakom, vodom ili gelom.
36. Položaj pacijenta u krevetu mijenjati podizanjem (ne povlačiti!), podložiti plahu pod dio koji premještamo kako bi se minimaliziralo trenje o podlogu.
37. Osigurati dovoljan broj osoblja.
38. Provoditi aktivne i pasivne vježbe ekstremiteta, vježbe cirkulacije te što raniju mobilizaciju pacijenta (sjedjenje uz rub kreveta, sjedenje u stolici, hodanje uz pomoć).
39. Podučiti pacijenta, samostalnosti promjene položaja tijela koristeći trapez, rukohvate na stolici ili ogradice.
40. Primijeniti propisana sredstva protiv boli.
41. Educirati pacijenta i obitelj o čimbenicima koji uzrokuju oštećenje kože i nastanak dekubitusa.
42. Dnevno procjenjivati rizik za nastanak dekubitusa.
43. Procjenjivati rizik za nastanak dekubitusa \_\_\_\_\_ tjedno.
44. Educirati pacijenta i obitelj o mjerama prevencije oštećenja kože.
45. Educirati pacijenta i obitelj o pravilnom postupku s dekubitalnom ranom kod kuće.
46. Obitelji i pacijentu omogućiti edukativni materijal.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Dekubitalna rana cijeli. Na rubovima rane je granulacijsko tkivo.
2. Pacijent je bez znakova i simptoma infekcije.
3. Pacijent i obitelj prepoznaju čimbenike rizika za oštećenje kože.
4. Pacijent i obitelj sudjeluju u provođenju preventivnih mjera.
5. Dolazi do progresije stupnja dekubitalne rane \_\_\_\_\_ .
6. Pojavili su se znakovi infekcije dekubitalne rane \_\_\_\_\_ .
7. Pacijent i obitelj nisu usvojili znanja o zbrinjavanju dekubitalne rane, odbijaju suradnju.
8. Došlo je do pojave novih dekubitalnih rana na \_\_\_\_\_, °





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### FUNKCIONALNA INKONTINENCIJA

**Definicija** – Nemogućnost zadržavanja mokraće kod osoba koja inače kontrolira eliminaciju, ali uslijed okolinskih prepreka, tjelesnih nedostataka ili senzornih promjena ne stiže na vrijeme do toaleta.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Pitati pacijenta ima li podražaj na mokrenje.
2. Provjeriti dostupnost toaleta ili noćne posude (sani kolica).
3. Provjeriti pacijentovu sposobnost da dođe do toaleta.
4. Provjeriti pacijentovu učestalost podražaja na mokrenje.
5. Prikupiti podatke o prijašnjim bolestima (kronične, neurološke, artritis).
6. Procijeniti stupanj pokretljivosti.
7. Procijeniti kognitivni i senzorni deficit.
8. Procijeniti okolinske barijere (stolci, kolica, zvono, daljina, dostupnost pomagala...).
9. Prikupiti podatke o traumi (kralježnice, mozga) i operativnim zahvatima.
10. Prikupiti podatke o stupnju samostalnosti.
11. Prikupiti podatke o lijekovima koje koristi (npr. diuretici, hipnotici...).

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Pacijent izražava prisustvo podražaja na mokrenje, ima mokru pidžamu.
2. Pacijent izražava da se pomokri prije nego stigne do toaleta.
3. Pacijent ima snažne kontrakcije mokraćnog mjehura što rezultira mokrenjem prije dolaska do toaleta.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Nedostupnost toaleta
2. Nemogućnost dostizanja do toaleta
3. Skraćeno vrijeme reagiranja na podražaj za mokrenje
4. Smanjena pokretljivost
5. Neurološke bolesti
6. Lijekovi (diuretici, mišićni relaksansi...)
7. Smetenost, dezorijentiranost
8. Dob pacijenta - motorna i senzorna slabost...
9. Okolinski čimbenici (slaba osvjetljenost...)

#### CILJEVI

1. Pacijent će primjenom pomagala uspostaviti potpunu kontrolu nad eliminacijom urina.
2. Pacijent će razumjeti problem, njegove uzroke i mogućnosti rješavanja problema.
3. Pacijent će sudjelovati u planiranju i provedbi intervencija.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

4. Pacijent će biti suh i osjećati će se ugodno.
5. Pacijent će prihvatiti svoje stanje i pozitivno misliti o sebi.
6. Pacijent će na vrijeme doći do sanitarnog čvora.

### INTERVENCIJE

1. Poučiti pacijenta o funkcionalnoj inkontinenciji i definirati uzrok.
2. Dogovoriti s pacijentom mogućnosti rješavanja problema.
3. Osigurati uredan toaletni prostor i poticati njegovo korištenje.
4. Omogućiti dobro osvijetljen i neometan put do toaleta.
5. Provjeriti ima li pacijent protetska pomagala i postaviti ih nadohvat ruke.
6. Provjeriti jesu li potrebna ostala pomagala i postaviti ih nadohvat ruke.
7. Kod teže pokretnih pacijenata postaviti noćnu posudu uz krevet (omogućiti najudobniji položaj za mokrenje).
8. Postaviti zvono nadohvat ruke.
9. Primijeniti lijekove za diurezu, bol i spavanje kako je ordinirano.
10. Savjetovati pacijentu/ci da koristiti odjeću (pidžamu) koja se lako skida - prikladnija je odjeća s gumom.
11. Voditi evidenciju prometa tekućine.
12. Izraditi plan unosa tekućine prema potrebama pacijenta.
13. Smanjiti unos tekućine u večernjim satima (poslije 19 sati).
14. Uputiti muške pacijente u korištenje kondom katetera tijekom noći.
15. Savjetovati pacijenta da nosi higijenske uloške i redovito mijenja donje rublje.
16. Potaknuti pacijenta na redovito održavanje higijene spolovila.
17. Savjetovati pacijentu/ci da uz sebe uvijek ima rezervnu odjeću.
18. Poticati pacijenta da provodi intervencije i pohvaliti napredak.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent je uspostavio potpunu kontrola nad eliminacijom urina, noću koristi gusku, a danju odlazi na toalet prije no što ima potrebu za mokrenjem.
2. Pacijent razumije problem, njegove uzroke i mogućnosti rješavanja.
3. Pacijent sudjeluje u planiranju i provedbi intervencija.
4. Pacijent je suh i izražava udobnost.
5. Pacijent prihvaća svoje stanje i pozitivno misliti o sebi.
6. Pacijent ne prihvaća svoje stanje i ne sudjeluje u provođenju intervencija.
7. Cilj je djelomično postignut, pacijent mokri tijekom dana, ali je noću inkontinentan, naročito nakon primjene lijekova (za bol, mokrenje, spavanje).



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### HIPERTERMIJA

**Definicija** – Stanje povišene tjelesne temperature iznad normalne.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o vrijednostima tjelesne temperature, krvnog tlaka, pulsa, disanja i stanja svijesti.
2. Prikupiti podatke o sadašnjoj bolesti, infekciji, te drugim bolestima i stanjima koje pacijent ima.
3. Prikupiti podatke o unosu tekućine i hrane u zadnja 24 sata.
4. Prikupiti podatke o nedavnoj tjelesnoj aktivnosti, izloženosti ekstremnim naporima, ekstremnim temperaturama.
5. Prikupiti podatke o emocionalnom stanju.
6. Prikupiti podatke o dobi pacijenta.
7. Prikupiti podatke o visini i težini pacijenta.
8. Prikupiti podatke o konzumaciji psihoaktivnih tvari i alkohola.
9. Prikupiti podatke o lijekovima koje pacijent uzima.
10. Prikupiti podatke o navikama odijevanja.
11. Prikupiti podatke o laboratorijskim pokazateljima: ABS, elektroliti, krvna slika...

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Infekcija
2. Izloženost visokoj temperaturi okoline
3. Neprimjerena odjeća
4. Smanjena/onemogućena perspiracija / znojenje
5. Ekstremna tjelesna aktivnost
6. Lijekovi: antidepresivi, antihipertenzivi, diuretici
7. Anestezija
8. Konzumacija droge i alkohola
9. Stanje povišenog metabolizma
10. Infekcija
11. Bolesti i stanja: infarkt miokarda, hipertireoza, neoplazma, trauma
12. Medicinsko tehnički postupci: terapijsko zagrijavanje nakon operacijskog zahvata
13. Dehidracija
14. Medicinsko tehnički postupci: transfuzija krvi, terapijsko zagrijavanje nakon operacijskog zahvata
15. Dehidracija





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Tjelesna temperatura iznad normale
2. Crvena i na dodir topla koža
3. Zimica
4. Tresavica
5. Tahikadija
6. Tahipneja
7. Dehidracija: suh, obložen jezik, oslabljen turgor...
8. Promjene krvnog tlaka
9. Razdražljivost i nemir
10. Glavobolja, vrtoglavica, osjećaj slabosti i iscrpljenosti
11. Poremećaj svijesti: kvalitativni, kvantitativni
12. Konvulzije
13. Gubitak apetita
14. Pojačana žeđ
15. Dijafereza/ pojačano znojenje
16. Oligurija
17. Poremećaj acidobaznog statusa
18. Poremećaj elektrolita

### MOGUĆI CILJEVI

1. Aksilarno mjerena tjelesna temperatura neće prelaziti \_\_\_\_\_ °C.
2. Po primijenjenim intervencijama tjelesna temperatura će za sat vremena biti niža za jedan stupanj.
3. Koža pacijenta će biti uredna bez mirisa po znoju.
4. Neće doći do komplikacija visoke tjelesne temperature.

### INTERVENCIJE

1. Febrilnom pacijentu mjeriti tjelesnu temperaturu sat vremena po primijenjenoj intervenciji.
2. Obavijestiti liječnika o svakoj promjeni temperature.
3. Pratiti promjene stanja pacijenta: promjena u stanju svijesti, pojava tresavice.
4. Odabrati najbolju metodu mjerenja tjelesne temperature.
5. Uvijek koristiti istu metodu i mjesto mjerenja tjelesne temperature.
6. Mjeriti krvni tlak, puls i disanje svaka 4 - 6 sata i i prema potrebi.
7. Primijeniti antipiretike prema pisanoj odredbi liječnika.
8. Primijeniti fizikalne metode snižavanja temperature.  
Neinvazivne metode snižavanja temperature:
  - upotrijebiti gelirane deke za snižavanje temperature



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

- staviti mokre obloge sobne temperature na velike krvne žile
  - odjenuti pacijenta u prozirnu, pamučnu odjeću
  - osloboditi pacijenta odjeće
  - primijeniti metode evaporacije - kupanje pacijenta u kupkama, polijevanje mlakom vodom
9. Hidrirati pacijenta.
  10. Bilježiti promet tekućine: unos tekućine, mjerenje diureze, kontrola znojenja...
  11. Poticati pacijenta da popije ordiniranu količinu tekućine: do 2500 ml tekućine kroz 24 sata.
  12. Preferirati napitke koje pacijent voli, ako ne postoji kontraindikacija (juhe zbog sadržaja soli).
  13. Primijeniti intravensku nadoknadu tekućine prema pisanoj odredbi liječnika.
  14. Uočavati simptome i znakove dehidracije (vidi plan dehidracije).
  15. Osigurati visokokaloričnu i visokoproteinsku prehranu, ako nije kontraindicirano.
  16. Smanjiti aktivnosti koje povećavaju tjelesnu temperaturu.
  17. Osigurati optimalne mikroklimatske uvjete u prostoriji u kojoj pacijent boravi (sobna temperatura 22-24°C, vlažnost zraka do 60%).
  18. Maknuti pacijenta s direktne sunčeve svjetlosti.
  19. Osigurati komfor pacijentu s dijaforezom - pojačanim znojenjem:
    - mijenjati položaj pacijenta svaka 2 sata
    - izmijeniti posteljno rublje 2 puta na dan i prema potrebi
    - provoditi toaletu usne šupljine svaka 3 sata
  20. Primijeniti oksigenoterapiju prema pisanoj odredbi liječnika.
  21. Utopliti pacijenta u slučaju zimice i tresavice.
  22. U slučaju jake i dugotrajne tresavice primijeniti analgetike, sedative, relaksanse prema pisanoj odredbi liječnika.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Po provedenim intervencijama tjelesna temperatura je nakon jednog sata \_\_\_\_\_°C i niža je za jedan stupanj.
2. Pacijent ima stabilne vitalne znakove  
tjelesna temperatura je \_\_\_\_\_°C; krvni tlak iznosi \_\_\_\_\_ mmHg  
puls iznosi \_\_\_\_\_/min.; respiracije \_\_\_\_\_/min.
3. Koža pacijenta je uredna, bez iritacije i neugodnih mirisa.
4. Pacijent je u \_\_\_\_\_sati imao tresavicu, tjelesna temperatura je bila \_\_\_\_\_°C.
5. Pacijent je u \_\_\_\_\_sati imao konvulzije i buncao je, tjelesna temperatura je bila \_\_\_\_\_°C.







## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### HIPOTERMIJA

**Definicija** – Stanje snižene tjelesne temperature ispod 35°C.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o vrijednostima tjelesne temperature, krvnog tlaka, pulsa.
2. Prikupiti podatke o sadašnjoj bolesti.
3. Prikupiti podatke o stanju svijesti (Glasgow Koma Skala).
4. Prikupiti podatke o dobi pacijenta.
5. Prikupiti podatke o uvjetima u kojima pacijent živi.
6. Prikupiti podatke o eventualnoj konzumaciji psihoaktivnih tvari i alkohola.
7. Prikupiti podatke o lijekovima koje pacijent uzima.
8. Prikupiti podatke o navikama odijevanja pacijenta.
9. Prikupiti podatke o prometu tekućine.
10. Prikupiti podatke o elektrolitskom statusu, acidobaznom statusu.
11. Prikupiti podatke o okolnostima koje su dovele do pothlađivanja.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Starija dob pacijenta
2. Novorođenčad, nedonoščad
3. Izloženost niskoj temperaturi okoliša (kiši, snijegu, vjetru)
4. Neprimjerena odjeća
5. Neadekvatna prehrana, malnutricija
6. Lijekovi (vazodilatatori, opijati)
7. Oštećenje hipotalamusa
8. Dugotrajno mirovanje
9. Anestezija
10. Pojačana evaporacija u hladnoj okolini
11. Konzumacija droge i alkohola
12. Bolest i trauma
13. Senzorni deficit posebice u starijih osoba i dijabetičara
14. Metaboličke bolesti
15. Bolesti CNS-a
16. Odsutne ili smanjene izometričke kontrakcije mišića pri drhtanju



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### VODEĆA OBILJEŽJA

1. **Blaga hipotermija 32-35°C**
  - a) Tresavica, piloerekcija
  - b) Hladna i blijeda koža
  - c) Prestanak znojenja
  - d) Smetenost, ataksija
  - e) Ukočenost zglobova
  - f) Poremećaj rasuđivanja, amnezija, disartrijska
  - g) Tahikardija, aritmije
  - h) Hipertenzija
  - i) Tahipneja, krvarenje iz bronha
  - j) Pojačana diureza, poremećaj elektrolita
  - k) Hiperglikemija
  - l) Hemokoncentracija
  - m) Ileus, pankreatitis, želučani stresni ulkusi, smanjenje funkcije jetre
2. **Umjerena hipotermija 28-32°C**
  - a) Somnolencija, halucinacije
  - b) Razdražljivost
  - c) Dilatacija pupila
  - d) Hiporefleksija
  - e) Blijeda i hladna koža
  - f) Bradikardija (30-40/min.)
  - g) Bradipneja, respiracijska acidoza
  - h) Hipoglikemija, hipokalijemija
  - i) Smanjena diureza
  - j) Poremećaj zgrušavanja
  - k) Petehijalna krvarenja po koži i sluznici
  - l) Ileus, pankreatitis, želučani stresni ulkusi, smanjenje funkcije jetre
3. **Teška hipotermija < 28°C**
  - a) Koma, gubitak svih refleksa
  - b) EEG aktivnost pada
  - c) Bradikardija (oko 10/min.)
  - d) Ventrikularne aritmije, asistola (temp. < 26°C)
  - e) Respiracijska acidoza, hipoveilacija, plućni edem, apneja (temp. < 24°C)
  - f) Hiperkalijemija, hipoglikemija
  - g) Oligurija, anurija
  - h) Poremećaj zgrušavanja krvi





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

- i) Petehijalna krvarenja po koži i sluznici
- j) Ileus, pankreatitis, želučani stresni ulkusi, smanjenje funkcije jetre - sporija razgradnja otpadnih produkata

### CILJEVI

1. Tjelesna temperatura će biti iznad 35°C.
2. Vrijednosti krvnog tlaka, pulsa i disanja biti će u normalnim granicama.

### INTERVENCIJE

1. Ukloniti čimbenike koji su doveli do pothlađivanja.
2. Zagrijavanje prostorije u kojoj pacijent boravi (21 - 24°C).
3. Primijeniti vanjsko zagrijavanje - koristiti tople pokrivače, pacijenta uroniti u toplu vodu, toplinu vode dogovoriti s liječnikom.
4. Utopliti pacijenta toplim pokrivačima i posebno utopeliti područje glave i vrata.
5. Održavati pacijenta u suhoj i toploj odjeći i postelji.
6. Osigurati toplu tekućinu za unos na usta prema pisanoj odredbi liječnika.
7. Primijeniti unutrašnje zagrijavanje - prema pisanoj odredbi liječnika:
  - udisanje toplog i ovlaženog kisika (100%, 40°C)
  - intravensko davanje infuzija zagrijanih na 40 - 42°C
  - pleuralna i peritonealna lavaža toplom fiziološkom otopinom (najučinkovitija mjera unutrašnjeg grijanja su izvantjelesna hemodijaliza i kardiopulmonalno premoštenje)
8. Pacijentu mjeriti tjelesnu temperaturu svakih sat vremena.
9. U umjerenoj i teškoj pothlađenosti tjelesnu temperaturu mjeriti kontinuirano putem plućnog arterijskog katetera ili direktno u mokraćnom mjehuru.
10. U budna pacijenta temperaturu mjeriti oralno (precizniji rezultati nego temperatura mjerena aksilarno i na membrani timpani).
11. Uvijek koristiti istu metodu i mjesto mjerenja tjelesne temperature.
12. Procijeniti stanje svijesti prema Glasgow Koma Skali svakih sat vremena.
13. Stalno nadzirati stanje svijesti i uočiti promjene.
14. Postaviti kontinuirani EKG monitoring, invazivno mjerenje arterijskog tlaka i puls oksimetriju – prema pisanoj odredbi liječnika.
15. Asistirati prilikom postavljanja centralnog venskog katetera.
16. Mjeriti centralni venski tlak u intervalima prema pisanoj odredbi liječnika.
17. Mjeriti satnu diurezu, pratiti izgled i boju urina.
18. Pratiti i uočiti promjene koje nastaju kao posljedica hipotermije: pojava bradikardija, aritmija, hipotenzije...
19. Bilježiti promet tekućine.
20. Uzeti laboratorijske uzorke prema pisanoj odredbi liječnika.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

21. Bilježiti znakove hipotermije - drhtanje, hladna koža, piloerekcija, slabo kapilarno punjenje, cijanoza okrajina i pratiti tijek liječenja.
22. Pratiti pojavu znakova koagulopatija - krvarenje oko intravaskularnog katetera, petehijalna krvarenja po koži i sluznici.
23. Primijeniti pismeno ordiniranu ugrijanu intravensku nadoknadu tekućine (40 - 42°C).
24. Primijeniti ugrijani i ovlaženi kisik putem oronazalne maske ili priključivanjem pacijenta na respirator prema pisanoj odredbi liječnika.
25. Asistirati prilikom postavljanja nazogastrične sonde.
26. Promatrati količinu, izgled i sadržaj želučane retencije.
27. Izbjegavati intramuskularne i subkutane injekcije.
28. Primijeniti svu terapiju prema pisanoj odredbi liječnika.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijentova tjelesna temperatura je \_\_\_\_\_, nije prisutan poremećaj srčanog ritma, koža je topla.
2. Vrijednosti tlaka su \_\_\_\_\_, pulsa \_\_\_\_\_, disanja \_\_\_\_\_.
3. Osiguran je optimalan komfor pacijenta.
4. Pojavila su se petehijalna krvarenja. Svijest pacijenta je \_\_\_\_\_ bodova GKS.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### OPSTIPACIJA

**Definicija** - Neredovito, otežano ili nepotpuno pražnjenje suhe i tvrde stolice (manje od učestalih navika pojedinca) popraćeno osjećajem bolne i neugodne defekacije.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o posljednjoj defekaciji i karakteristikama stolice.
2. Prikupiti podatke o učestalim navikama vezano uz defekaciju i usporediti ih sa sadašnjim stanjem.
3. Prikupiti podatke o uporabi lijekova i laksativa (opijati, antacidi na bazi aluminija, antikolinergici).
4. Prikupiti podatke o prehranbenim navikama i unosu tekućine.
5. Procijeniti razinu pokretljivosti.
6. Procijeniti prisutnost ili strah od boli.
7. Prikupiti podatke o mogućim neurološkim bolestima: multipla skleroza, Parkinsonova bolest...
8. Prikupiti podatke o izgledu perianalne regije (hemoroidi, upalni procesi...).

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Smanjena pokretljivost ili nepokretnost
2. Neadekvatan unos tekućine
3. Smanjen unos prehranbenih vlakana
4. Smanjena mogućnost žvakanja
5. Manjak privatnosti
6. Bol i/ili strah od boli tijekom defekacije
7. Anoreksija
8. Uporaba lijekova
9. Učestala uporaba laksativa ili klizmi
10. Zatamljivanje podražaja na defekaciju: promjena mjesta boravka, putovanje, neprihvatljivi higijenski uvjeti...
11. Psihološke poteškoće: anksioznost, žalovanje, stres...
12. Trudnoća
13. Opstruirajuće tvorbe
14. Anestezija

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Promjena u učestalosti defekacije; manje od 3 stolice tjedno.
2. Smanjen volumen stolice (suha i tvrda stolica).
3. Bolna i otežana defekacija.
4. Osjećaj punoće u ampuli recti.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

5. Česti ali neproduktivan podražaji na defekaciju.
6. Mučnina.
7. Distenzija abdomena.
8. Palpabilna masa u ampuli recti.
9. Povišena temperatura.
10. Hipotenzija (upućuje na dehidraciju).
11. Glavobolja.

### CIJEVI

1. Pacijent će imati redovitu eliminaciju meke stolice nakon primjene klizme, ili čepića, ili laksativa.
2. Pacijent će imati formiranu stolicu 3 puta tjedno.
3. Pacijent neće osjećati pritisak u ampuli recti.
4. Pacijent neće iskazivati nelagodu tijekom defekacije.

### INTERVENCIJE

1. Osigurati privatnost.
2. Auskultirati peristaltiku.
3. Palpirati fekalne mase.
4. Procijeniti prisutnost bola (u abdomenu, ili prisutnost bola koji može utjecati na nesmetano obavljanje defekacije).
5. Pratiti uzimanje propisanih lijekova – analgetika, narkotika, diuretika...
6. Primijeniti ordinirani oralni laksativ.
7. Primijeniti ordiniranu klizmu.
8. Primijeniti ordinirani supozitorij.
9. Pacijentu dati konzumirati napitke i namirnice koji potiču defekaciju: suhe šljive, smokve, mineralne napitke, lanene sjemenke...
10. Poticati pacijenta da dnevno unese 1500 - 2000 ml tekućine; ukoliko nije kontraindicirano.
11. Omogućiti dostupnost potrebne ili propisane tekućine pacijentu nadohvat ruke.
12. Poštivati pacijentove želje vezano uz konzumiranje tekućine – u skladu s mogućnostima i ukoliko nije kontraindicirano (hladna voda, čaj, topli ili hladni i sl.)
13. Poticati pacijenta da dnevno unosi barem 20 g prehrambenih vlakana (npr. integralne žitarice, povrće).
14. Objasniti važnost konzumiranja namirnica bogatih vlaknima.
15. Poticati pacijenta da jede 5 - 9 voćaka dnevno.
16. Poštovati pacijentove želje vezano uz izbor voća i povrća – u skladu s mogućnostima i ukoliko nije kontraindicirano.
17. Hranu pripremiti sukladno pacijentovim mogućnostima žvakanja.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

18. Poticati pacijenta na redovitu fizičku aktivnost: minimalno 15 - 20 min dnevno.
19. Poticati pacijenta na ustajanje iz kreveta.
20. Poticati pacijenta da provodi jednostavne vježbe unutar svojih mogućnosti: šetnja, vježbe u krevetu - odizanje zdjelice, promjene položaja, privlačenje koljena abdomenu, duboko disanje s uvlačenjem trbuha, abdukcija i adukcija ruku...
21. Pokazati pacijentu toalet i način uporabe, te poticati njegovu uporabu.
22. Osigurati čist i uredan toalet.
23. Potaknuti pacijenta na defekaciju prema njegovim navikama.
24. Uputiti pacijenta da ne zatomi podražaj na defekaciju.
25. Savjetovati pacijentu da izbjegava naprezanje pri defekaciji kako ne bi došlo do oštećenja crijevne sluznice.
26. Osigurati zvono nadohvat ruke.
27. Osigurati dostupnost toaleta 15 - 20 min nakon obroka (posebice nakon doručka)
28. Ponuditi pacijentu topli napitak zajedno s doručkom: čaj, kava, ukoliko nije kontraindicirano.
29. Smjestiti pacijenta na sani kolica.
30. Smjestiti pacijenta na zagrijanu noćnu posudu.
31. Pacijenta u krevetu postaviti u visoki Fowlerov položaj s nogama savijenima u koljenu.
32. Provjertiti sobu nakon defekacije.
33. Omogućiti pacijentu da opere ruke.
34. Učiniti higijenu perianalne regije nakon defekacije.
35. Omogućiti pacijentu obavljanje higijene perianalne regije.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent ima eliminaciju meke, formirane stolice nakon primjene klizme.
2. Pacijent ne iskazuje nelagodu tijekom defekacije.
3. Pacijent ima formiranu stolicu svaki treći dan.
4. Pacijent izvještava o pritisku u ampuli recti.
5. Pacijent nakon klizme nije imao stolicu, palpiraju se tvrde fekalne mase u ampuli recti.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### OŠTEĆENJE SLUZNICE USNE ŠUPLJINE

**Definicija** - Stanje u kojem kod pacijenta postoji oštećenje/ diskontinuitet integriteta sluznice usne šupljine.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o pacijentovoj oralnoj higijeni.
2. Prikupiti podatke o problemima pri izvođenju oralne higijene.
3. Prikupiti podatke o nutritivnom statusu pacijenta.
4. Prikupiti podatke o lijekovima koje pacijent koristi, pušenju i pijenju alkohola.
5. Prikupiti podatke o poteškoćama pacijenta pri uzimanju hrane i tekućina, žvakanju, promjeni okusa, netoleranciji toplih i hladnih napitaka.
6. Procijeniti izgled pacijentovih usana: boja, lezije, napuknuća, mjehurići.
7. Procijeniti izgled jezika: boja, naslage, lezije, suhoća.
8. Procijeniti izgled sluznice usne šupljine: krvarenje, otekлина, plakovi, lezije.
9. Prikupiti podatke o zubnoj protezi.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. **Patofiziološki:**
  - Diabetes mellitus
  - Oralni tumor
  - Parodontalne bolesti
  - Infekcije
2. **Vezani za liječenje:**
  - Zračenje glave ili vrata
  - Dugotrajna upotreba steroida ili drugih imunosupresiva
  - Upotreba antineoplastičnih lijekova
  - Sekundarni mehanički nadražaj: endotrahealna intubacija
3. **Ostali:**
  - Sekundarni kemijski nadražaji: kisela hrana, štetne tvari, lijekovi, alkohol, duhan
  - Sekundarna mehanička trauma: razbijen ili nazubljen zub, neuklapanje proteze, proteza
  - Pothranjenost
  - Dehidracija
  - Disanje na usta
  - Nedostatno poznavanje oralne higijene







## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Obložen jezik
2. Suha usta
3. Ragade
4. Krvarenje u usnoj šupljini
5. Smanjena salivacija
6. Prekomjerna salivacija
7. Leukoplakia
8. Edem sluznice usne šupljine i jezika
9. Hemoragični gingivitis
10. Suhe i ispucale usnice
11. Neugodan zadah
12. Bol u usnoj šupljini

### CILJEVI

1. Sluznica usne šupljine će biti bez plakova, naslaga i lezija.
2. Pacijent neće osjećati bol u ustima tijekom unosa hrane i tekućine.
3. Pacijent će demonstrirati održavanje oralne higijene.

### INTERVENCIJE

1. Uputiti pacijenta u važnost svakodnevne oralne higijene.
2. Omogućiti pacijentu provođenje oralne higijene - prema standardu.
3. Naučiti pacijenta ispravno provoditi oralnu higijenu:
  - Svakodnevno izvaditi i očistiti protezu i mostove
  - Čistiti zube zubnim koncem svakodnevno (svaka 24 sata)
  - Prati zube (nakon jela i prije spavanja)
  - Provjeravati usnu šupljinu (lezije, krvarenje)
4. Pacijentu bez svijesti oralnu higijenu provoditi s glavom okrenutom na stranu ili u bočnom položaju ako nije kontraindicirano.
5. Ne ispirati usta tekućinama sa sadržajem alkohola, limunske kiseline.
6. Uporabu oralnog dezinficijensa prema pisanoj odredbi liječnika
7. Primijeniti lubikant na usne svaka dva sata ili po potrebi
8. Pacijenta koji ne tolerira četkanje zubi, naučiti ispirati usta; svaka 2 sata i po potrebi
9. Usnu šupljinu pregledati tri puta dnevno špatulom i svjetlom, kod teškog oštećenja pregledati usta svaka 4 sata
10. Osigurati provođenje oralne higijene svaka 2 sata u vrijeme budnosti pacijenta
11. Provoditi oralnu higijenu svakih \_\_\_\_\_ sati.
12. Poučiti pacijenta da:
  - Izbjegava komercijalne tekućine za ispiranje usta, sokove od agruma, začinjenu





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

hranu, vruću ili hladnu hranu, hranu s koricama ili grubu hranu, alkohol, tekućine za ispiranje usta s alkoholom

- Jesti blagu, svježnu hranu
  - Posavjetovati se s liječnikom kako ublažiti bol
  - Lijekove za ublažavanje bola primijeniti prema pisanoj naredbi liječnika
  - Suspenzije i gotove pripravke primijeniti prema uputama
  - Primijeniti umjetnu slinu kod hiposalivacije
13. Podučiti pacijenta i obitelj čimbenicima koji doprinose oštećenjima sluznice usne šupljine i važnosti periodičnih stomatoloških pregleda.
  14. Osigurati dovoljno papirnatih maramica kod hipersalivacije
  15. Provjeriti znanje o održavanju higijene usne šupljine i zubi – pacijent demonstrira.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Sluznica usne šupljine je bez plakova, naslaga i lezija.
2. Pacijent ne osjeća bol u ustima tijekom unosa hrane i tekućine.
3. Pacijent uspješno demonstrira provođenje oralne higijene.
4. Pacijent ne održava usnu šupljinu i osjeća se zadah, prisutne su naslage na jeziku.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### PROLJEV

**Definicija** - Često pražnjenje polutekuće ili tekuće stolice, više od tri na dan, karakterizirano jakim i učestalom peristaltikom, uslijed čega sadržaj ubrzano prolazi kroz crijeva.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o učestalosti proljevastih stolica tijekom 24 sata.
2. Prikupiti podatke o konzistenciji stolice.
3. Prikupiti podatke o patološkim primjesama u stolici: krv, gnoj, sluz.
4. Prikupiti podatke o postojećim medicinskim dijagnozama – upale, tumori, ulcerozni kolitis, poremećaji resorpcije.
5. Prikupiti podatke o grčevima u crijevima.
6. Prikupiti podatke o općoj slabosti uzrokovanom gubitkom tekućine i elektrolita.
7. Prikupiti podatke o znakovima dehidracije.
8. Prikupiti podatke o prisutnosti podražaja na defekaciju.
9. Prikupiti podatke o uporabi laksativa.
10. Prikupiti podatke o utjecaju lijekova.
11. Prikupiti podatke o prehrambenim navikama i pojedenoj hrani u zadnja 24 h.
12. Prikupiti podatke o mogućim infekcijama u okruženju gdje pacijent živi.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Visoka razina stresa i tjeskobe
2. Infekcija
3. Nutritivni poremećaji i malapsorpcija
4. Metabolički i endokrini poremećaji
5. Dumping sindrom
6. Zarazne bolesti
7. Paraziti
8. Zlorababa alkohola
9. Zlorababa laksativa
10. Karcinomi
11. Radijacija
12. Hranjenje putem nazogastrične sonde
13. Nuspojave lijekova
14. Konzumiranje stare ili zaražene hrane

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Najmanje tri polutekuće ili tekuće stolice dnevno
2. Pojačana peristaltika crijeva
3. Hitnost odlaska do toaleta





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

4. Opća slabost i malaksalost pacijenta
5. Abdominalna bol/grčevi
6. Febrilitet
7. Hipotenzija
8. Dehidracija

### MOGUĆI CILJEVI

1. Pacijent će razumjeti problem i uzroke proljeva.
2. Pacijent će razumjeti načine na koje mu se pomaže i neće osjećati nelagodu.
3. Pacijent će sudjelovati u planiranju i provedbi intervencija sukladno svojim sposobnostima.
4. Pacijentove prehrabene i nutritivne potrebe će biti zadovoljene.
5. Pacijent će izvijestiti o manjem broju proljevastih stolica.
6. Pacijent će znati opisati konzistenciju i patološke promjene u stolici.

### INTERVENCIJE

1. Procijeniti uzročne faktore koji doprinose pojavi proljeva: hranjenje putem nazogastrične sonde.
2. Procijeniti kvalitetu konzumirane hrane - kontaminirane prehrabene namirnice.
3. Pravilno hraniti putem nazogastrične sonde – vidi standard.
4. Posjetama zabraniti unos hrane u bolničku ustanovu.
5. Odrediti količinu potrebnog unosa tekućine kroz 24 sata.
6. Voditi evidenciju prometa tekućine kroz 24 sata.
7. Poticati pacijenta da pije tekućinu prema pisanoj odredbi liječnika.
8. Poticati pacijenta da pije negaziranu vodu, čaj, otopine pripravaka za rehidraciju.
9. Nadomjestiti tekućinu i elektrolite parenteralno po pisanoj odredbi liječnika.
10. Osigurati pacijentu adekvatnu prehranu prema algoritmu.
11. Primijeniti prehranu prema algoritmu; moguće namirnice: prežgana juha bez masnoća, riža kuhana u slanoj vodi, juha od mrkve, suhi, nemasni keksi, slani štapići, dvopek, ribana jabuka, pečena jabuka, banana, svježi kravlji sir (manje masni), jogurt, tvrdo kuhano jaje, hrana bogata kalijem i natrijem.
12. Osigurati male, učestale obroke.
13. Primijeniti antidijaroik prema pisanoj odredbi liječnika.
14. Pitati pacijenta je li primijetio neuobičajene primjese u stolici, kao što su krv ili sluz.
15. Osigurati blizinu sanitarnog čvora.
16. Osigurati sani kolica.
17. Osigurati noćnu posudu.
18. Objasniti pacijentu utjecaj proljeva na hidraciju organizma.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

19. Objasniti pacijentu važnost prevencije prijenosa infekcije: pranje ruku, odgovarajuće pripremljena hrana.
20. Nadzirati provedbu preventivnih mjera.
21. Uočavati simptome i znakove dehidracije, ubilježiti ih i izvijestiti o njima.
22. Dokumentirati broj polutekućih ili tekućih stolica.
23. Održavati higijenu perianalne regije i uočavati simptome i znakove oštećenja kože.
24. Dnevno mjeriti i evidentirati tjelesnu težinu.
25. Mjeriti i evidentirati vitalne znakove.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA:

1. Pacijent razumije problem i uzroke proljeva.
2. Pacijent razumije načine na koje mu se pomaže i osjeća se ugodno.
3. Pacijent sudjeluje u planiranju i provedbi intervencija.
4. Pacijent izvješćuje o manjem broju proljevastih stolica i konzistenciji stolice.
5. Pacijent ne prepoznaje patološke promjene u stolici i nije u stanju izvijestiti o broju stolica kroz 24 sata.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### REFLEKSNA INKONTINENCIJA

**Definicija** - Nekontrolirano istjecanje urina u određenim intervalima (nakon dostizanja kapaciteta mokraćnog mjehura) najčešće povezano s ozljedom leđne moždine iznad sakralnog dijela.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Pitati pacijenta pomokri li se nekontrolirano.
2. Pitati pacijenta osjeća li potrebu za mokrenjem.
3. Pitati pacijenta u kojim se intervalima javlja istjecanje urina.
4. Prikupiti podatke o ozljedama i operacijama kralježnice.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Ozljeda leđne moždine
2. Tumori leđne moždine

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Istjecanje urina bez prethodnog upozorenja (nema podražaja).
2. Nije prisutan specifičan osjećaj punoće mokraćnog mjehura.
3. Kod punoće mokraćnog mjehura može se pojaviti znojenje, nejasna abdominalna nelagoda, nemir i sl.

#### CILJEVI

1. Pacijent će uspostaviti svjesnu kontrolu nad eliminacijom urina, primjenjivati će načine poticanja mokrenja prije refleksnog pražnjenja mokraćnog mjehura.
2. Smanjiti će se broj nekontroliranih epizoda istjecanja urina tijekom 24 sata.
3. Pacijent će razumjeti problem, njegove uzroke i mogućnosti rješavanja.
4. Pacijent će sudjelovati u planiranju i provedbi intervencija.
5. Pacijent će prihvatiti svoje stanje i pozitivno misliti o sebi.

#### INTERVENCIJE

1. Poučiti pacijenta o refleksnoj inkontinenciji, njenom uzroku i mogućnostima rješavanja.
2. Pridobiti suradnju pacijenta.
3. Voditi evidenciju prometa tekućine (unos tekućine, mokrenje).
4. Voditi evidenciju epizoda nekontroliranog mokrenja.
5. Izraditi plan unosa tekućine. Hidracija pacijenta \_\_\_\_\_ml/24 sata.
6. Izraditi plan dnevnih aktivnosti (prilagoditi raspored mokrenja životnim aktivnostima/prilagoditi životne aktivnosti rasporedu mokrenja).
7. Unositi tekućinu u organizam prema potrebama pojedinca.
8. Smanjiti unos tekućine u večernjim satima (poslije 19 sati).
9. Poučiti pacijenta kako može provocirati mokrenje - lupkanje po suprapubičnom



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

području, blago povlačenje stidnih dlaka, lupkanje po unutarnjoj strani bedara, Valsava manevar, digitalna stimulacija anusa i dr.

10. Objasniti pacijentu/ci da mokrenje treba provocirati kada se u mjehuru nakupi oko 300 ml urina (važno je praćenje unosa tekućine, određivanje pravilnih intervala i reagiranje na osjećaje koji mogu upućivati na punoću mjehura – napetost trbuha iznad suprapubičnog dijela).
11. U dogovoru s liječnikom, pacijenta/cu poučiti jednokratnoj kateterizaciji.
12. Muške pacijente uputiti u korištenje kondom katetera.
13. Primijeniti kondom kateter.
14. Provesti jednokratnu kateterizaciju.
15. Osigurati higijenske uloške.
16. Poticati pacijenta/cu da nosi higijenske uloške i redovito mijenja donje rublje.
17. Poticati pacijenta/cu na održavanje higijene spolovila.
18. Pomoći prilikom higijene spolovila.
19. Savjetovati pacijenta/cu da uz sebe uvijek ima rezervnu odjeću.
20. Osigurati uredan toaletni prostor i poticati njegovo korištenje.
21. Kod teže pokretnih pacijenata osigurati noćnu posudu uz krevet (omogućiti najudobniji položaj za mokrenje)
22. Pomoći prilikom korištenja noćne posude.
23. Osigurati odjeću - hlače.
24. Pacijenta/cu uputiti da koristiti odjeću (pidžamu) koja se lako skida (prikladnija je odjeća s gumom).
25. Poučiti pacijenta važnosti pranja ruku.
26. Kontrolirati održavanje higijene ruku.
27. Poticati pacijenta da provodi intervencije i pohvaliti napredak.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent kontrolira eliminaciju urina, primjenjuje načine poticanja mokrenja prije refleksnog pražnjenja mokraćnog mjehura.
2. Broj nekontroliranih epizoda isticanja urina je \_\_\_\_\_/24 h.
3. Pacijent razumije problem, njegove uzroke i mogućnosti rješavanja.
4. Pacijent sudjeluje u planiranju i provedbi intervencija.
5. Pacijent prihvaća svoje stanje i pozitivno misli o sebi.
6. Pacijent samostalno ili uz pomoć koristi pomagala (kondom i uloške).
7. Broj epizoda nekontroliranog istjecanja urina nije se smanjio.
8. Pacijent ne razumije problem i odbija suradnju.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### SMANJENA PROHODNOST DIŠNIH PUTEVA

**Definicija** – Opstrukcija dišnog puta koja onemogućuje adekvatnu ventilaciju.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o respiratornom statusu pacijenta - frekvencija disanja, dubina, zvukovi, hropci, osobitosti u mirovanju i naporu, simetričnost odizanja prsnog koša, uporaba pomoćne muskulature, kašalj i osobitosti, iskašljaj i osobitosti, acidobazni status.
2. Procijeniti disanje u mirovanju i naporu.
3. Izmjeriti ostale vitalne funkcije.
4. Prikupiti podatke o stanju svijesti, orijentaciji na sebe i okolinu.
5. Prikupiti podatke o psihomotornom statusu.
6. Prikupiti podatke o dobi pacijenta.
7. Prikupiti podatke o indeksu tjelesne mase - ITM.
8. Prikupiti podatke o stupnju pokretljivost pacijenta i stupanju samozbrinjavanja.
9. Prikupiti podatke o prometu i vrsti tekućine.
10. Prikupiti podatke o upućenosti pacijenta o bolesti.
11. Prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama.
12. Prikupiti podatke o aktivnostima koje bolesnik izvodi i kako ih podnosi.
13. Procijeniti pacijentovu sposobnost usvajanja znanja i vještina.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Trauma prsnog koša
2. Nakupljanje sekreta u dišnim putovima
3. Slabost disajne muskulature
4. Opstrukcija dišnih putova stranim tijelom
5. Respiratorne bolesti (pneumonija, bronhitis, emfizem, bolesti intersticija...)
6. Maligna bolest pluća i prsnog koša
7. Opća slabost pacijenta
8. Poremećaj svijesti
9. Psihoorganski poremećaji
10. Neurološke bolesti
11. Kardiovaskularne bolesti

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Dispneja,
2. Tahipneja
3. Gušenje i nedostatak zraka
4. Zvukovi pri disanju „sviranje“ u prsima, stridor, čujno disanje, krkljanje





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

5. Nakupljanje iskašljaja u ustima
6. Hipersalivacija
7. Tahikardija
8. Cijanoza
9. Bol u prsima
10. Hemoptiza/hemoptoa
11. Povišena temperatura
12. Kašalj
13. Iskašljaj (serozan, purulentan, mukopurulentan, krvav)
14. Poremećaj svijesti
15. Tjeskoba

### CILJEVI

1. Pacijent će imati prohodne dišne putove, disati će bez hropaca u frekvenciji 16-20 udaha u minuti.
2. Pacijent će znati primjenjivati tehnike iskašljavanja te će samostalno iskašljavati sekret.
3. Pacijent će samostalno izvoditi vježbe disanja.
4. Pacijent će razumjeti važnost unosa tekućine kroz 24 sata i biti će hidriran.

### INTERVENCIJE

1. Nadzirati respiratorni status tijekom 24 sata.
2. Mjeriti vitalne funkcije svaka \_\_\_\_\_ sata.
3. Poticati promjenu položaja svaka \_\_\_\_\_ sata.
4. Poučiti pacijenta o načinu i važnosti :
  - Pravilne primjene tehnika disanja,
  - Tehnici kašljanja i iskašljavanja
  - Drenažnim položajima
  - Unošenja 2-3 litre tekućine dnevno ako nije kontraindicirano
  - Uzimanju propisane terapije
  - Pravilnoj primjeni kisika
  - Održavanju fizičke kondicije
  - Pravilnom postupanju s iskašljajem
5. Osigurati privatnost prilikom iskašljavanja.
6. Dogovoriti fizioterapiju grudnog koša.
7. Provoditi položajnu drenažu.
8. Slušati i bilježiti pojavu i intenzitet hropaca, piskanja, šumnog disanja, krkljanja.
9. Provoditi perkusiju i vibraciju prsišta svaka 2 - 4 sata najmanje 1 sat nakon obroka (ako nije kontraindicirano).
10. Ukloniti činitelje koji imaju negativan utjecaj na motivaciju pacijenta za kašljanje i iskašljavanje (nesanica, lijekovi, bol, zabrinutost, neprimjerena okolina).





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

11. Provesti orofaringealnu aspiraciju.
12. Asistiranje kod bronhoaspiracije provoditi prema standardu.
13. Pružiti emocionalnu podršku i poticati pacijenta na iskašljavanje i vježbe disanja.
14. Pratiti i evidentirati izgled, količinu i miris iskašljaja.
15. Poticati pacijenta na fizičku aktivnost.
16. Poticati pacijenta da sjedi na rubu kreveta ili u stolici tijekom 24 sata.
17. Poticati pacijenta da ustaje iz kreveta.
18. Pomoći kod ustajanja iz kreveta.
19. Poticati pacijenta da provodi vježbe disanja.
20. Nadzirati i pomagati tijekom vježbi disanja.
21. Pomoći pacijentu pri kašljanju i iskašljavanju prema standardu.
22. Prepoznati komplikacije forsiranog iskašljavanja (tahikardija, hipertenzija, dispneja i mišićni zamor) i izvijestiti o njima.
23. Namjestiti pacijenta u visoki Fowlerov položaj u krevetu.
24. Primijeniti ordiniranu oksigenu terapiju prema standardu i pisanoj naredbi liječnika.
25. Primijeniti propisane inhalacije (vode, slane vode ili bronhodilatatora) prema pisanoj naredbi liječnika.
26. Primijeniti propisane lijekove (antibiotike, bronhodilatatore, ekspektoranse), pratiti njihovu učinkovitost, uočiti nuspojave i izvijestiti o njima.
27. Pratiti promet tekućine.
28. Nadzirati stanje kože i sluznica.
29. Osigurati 60% - tnu vlažnost zraka.
30. Pratiti vrijednosti acidobaznog statusa.
31. Uočavati promjene u stanju svijesti (letargija, konfuzno stanje, nemir i pojačana razdražljivost).
32. Pratiti bol u mirovanju i pri mobilizaciji pomoću skale za procjenu bola.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent diše u frekvenciji od 16-20 udaha u minuti, bez hropaca i šumova.
2. Pacijent se pravilno koristi tehnikama disanja, iskašljava samostalno i primjenjuje drenažne položaje.
3. Pacijent uzima tekućine \_\_\_\_\_ml/24sata, hidriran je.
4. Pacijent pravilno koristi propisane inhalacije.
5. Pacijent ne može samostalno iskašljavati, otežano diše u frekvenciji više od 20 udaha u minuti, čuju se hropci.
6. Prisutni su simptomi i znakovi retencije sekreta u dišnim putovima, tjelesna temperatura je \_\_\_\_\_ °C.
7. Pacijent izvještava o jakim bolovima, ne želi izvoditi vježbe disanja.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### SMANJENO PODNOŠENJE NAPORA

**Definicija** – Stanje u kojem se javlja nelagoda, umor ili nemoć prilikom izvođenja svakodnevnih aktivnosti.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o respiratornom statusu - acidobazni status, frekvencija i dubina disanja, osobitosti disanja u mirovanju i naporu, boji kože, vrijednosti hemoglobina i hematokrita.
2. Prikupiti podatke o kardiovaskularnom statusu - krvni tlak, frekvencija pulsa, ritam i osobitosti u mirovanju i naporu.
3. Prikupiti podatke o neurološkom statusu - procjena stanja svijesti, orijentacije na sebe i okolinu, procjena osjeta, motorni status.
4. Prikupiti podatke o lokomotornom sustavu – mišićna snaga i tonus, pokretljivost zglobova, imobilizacija ekstremiteta.
5. Procijeniti emocionalno stanje - depresija, anksioznost, nedostatak samopouzdanja.
6. Prikupiti podatke o vrijednosti tjelesne temperature.
7. Prikupiti podatke o boli.
8. Prikupiti podatke o dobi pacijenta.
9. Prikupiti podatke o tjelesnoj težini i indeksu tjelesne mase.
10. Prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama.
11. Prikupiti podatke o prethodnim kirurškim zahvatima.
12. Prikupiti podatke o lijekovima koje bolesnik uzima.
13. Prikupiti podatke o prehranbenim navikama.
14. Prikupiti podatke o prometu tekućine.
15. Prikupiti podatke o aktivnostima koje pacijent izvodi i kako ih podnosi.
16. Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti i stupnju samozbrinjavanja.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Medicinske dijagnoze
  - respiratorne bolesti
  - bolesti hematopoetskog sustava
  - bolesti mišića i zglobova
  - živčanog sustava
  - kardiovaskularne bolesti
  - endokrinološke bolesti
  - psihoorganske bolesti
2. Starija životna dob
3. Postojanje boli





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

4. Poremećaj svijesti
5. Dugotrajno mirovanje
6. Primjena lijekova
7. Pretilost
8. Pothranjenost
9. Nedostatak motivacije
10. Poremećaj spavanja

### VOĐEĆA OBILJEŽJA

1. Pacijent izvještava o umoru, nelagodi i boli.
2. Smanjenje fizioloških sposobnosti za izvođenje potrebnih ili željenih aktivnosti.
3. Kardiovaskularne reakcije na napor
  - srčana aritmija
  - cijanoza
  - tahikardija
  - bradikardija
  - palpitacije
  - slabost
  - vrtoglavica
  - poremećaj krvnog tlaka
  - ishemijske promjene na EKG-u
4. Respiratorne reakcije na napor
  - dispneja
  - tahipneja
  - bradipneja
  - cijanoza,
  - pad saturacije u krvi – promjene u acidobaznom statusu
5. Emocionalne reakcije
  - strah da će mu aktivnost naškoditi
  - tjeskoba

### MOGUĆI CILJEVI

1. Pacijent će racionalno trošiti energiju tijekom provođenja svakodnevnih aktivnosti.
2. Pacijent će bolje podnositi napor, povećati će dnevne aktivnosti.
3. Pacijent će očuvati mišićnu snagu i tonus mišićne mase.
4. Pacijent će razumjeti svoje stanje, očuvati samopoštovanje i prihvatiti pomoć drugih.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### INTERVENCIJE

1. Prepoznati uzroke umora kod pacijenta.
2. Primijeniti terapiju kisikom prema pisanoj odredbi liječnika.
3. Uočiti potencijalnu opasnost za ozljede za vrijeme obavljanja aktivnosti.
4. Prevenirati ozljede.
5. Izbjegavati nepotreban napor.
6. Osigurati pomagala za lakšu mobilizaciju bolesnika.
  - trapez
  - štake
  - naslon
  - štap
  - hodalicu
  - naočale
  - slušni aparat
7. Prilagoditi okolinske činitelje koji utječu na pacijentovo kretanje i stupanj samostalnosti.
8. Prilagoditi prostor - omogućiti rukohvate.
9. Izmjeriti puls, krvni tlak i disanje prije, tijekom i 5 minuta nakon tjelesne aktivnosti.
10. Prekinuti tjelesnu aktivnost u slučaju pojave boli u prsima, stenokardije, dispneje, pada ili porasta krvnog tlaka ili smetenosti.
11. Poticati pacijenta na aktivnost sukladno njegovim mogućnostima.
12. Ukloniti činitelje koji imaju negativan utjecaj na podnošenje napora (nesanica, lijekovi, bol, zabrinutost, neprimjerena okolina).
13. Pružiti emocionalnu podršku.
14. Poticati pozitivno mišljenje „ja mogu, ja želim“.
15. S pacijentom izraditi plan dnevnih aktivnosti.
16. Osigurati dovoljno vremena za izvođenje planiranih aktivnosti.
17. Osigurati 4 - 5 minuta odmora i poslije svake aktivnosti.
18. Izraditi plan odmora nakon svakog obroka.
19. Osigurati neometani odmor i spavanje.
20. Pacijentu postupno povećavati aktivnosti sukladno njegovoj toleranciji napora.
21. Podučiti pacijenta da svakodnevne aktivnosti izvodi sa što manje umaranja, npr. da se odijeva u sjedećem položaju, da koristi obuću koja se jednostavno obuje itd.
22. Mijenjati dnevni plan aktivnosti i odmora sukladno toleranciji napora – razraditi dnevni plan aktivnosti.
23. Omogućiti pacijentu da izrazi svoje sumnje i dvojbe vezane uz plan aktivnosti.
24. Davati pacijentu povratnu informaciju o napredovanju.
25. Pasivnim vježbama održavati mišićnu snagu i kondiciju.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

26. Smjestiti pacijenta u položaj koji omogućava neometanu respiraciju i ne umara ga.
27. Provoditi vježbe disanja 3 puta dnevno ili prema pisanoj odredbi liječnika.
28. Održavati prisilni položaj tijela i kontrolirati kako pacijent podnosi prisilni položaj.
29. Poticati/izvoditi promjenu položaja svaka dva sata.
30. Poučiti i poticati izotoničke vježbe ekstremiteta svaka 2 - 4 sata s ciljem poboljšanja cirkulacije i oksigenacije.
31. Podučiti i poticati izvođenje izometrijskih vježbi svaka 2 - 4 sata.
32. Sjedenje na rubu kreveta 3 puta dnevno u trajanju od \_\_\_\_\_ minuta.
33. Sjedenje u stolici izvoditi 3 puta dnevno u trajanju od \_\_\_\_\_ minuta.
34. Objasniti pacijentu i njegovoj obitelji / skrbniku zdravstveno stanje i reakcije na napor koje se dešavaju.
35. Pomoći pacijentu u prepoznavanju čimbenika koji loše utječu na podnošenje napora.
36. Osigurati primjerenu prehranu i unos tekućine (hrana koja se lako žvače i probavlja, izbjegavati velike i obilne obroke).
37. Dopustiti pacijentu odmor od 15 sekundi između zaloga hrane.
38. Educirati pacijenta o pravilnoj primjeni kisika.
39. Educirati pacijenta i obitelj / skrbnika o važnosti i pravilnom načinu planiranja svakodnevnih aktivnosti.
40. Ohrabriti obitelj / skrbnika da potiče pacijenta na primjerenu aktivnost i sudjelovanje u aktivnostima samozbrinjavanja.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent izvodi dnevne aktivnosti sukladno svojim mogućnostima, bez umora, zaduhe, vrtoglavice i bola.
2. Pacijent dobro podnosi postupke samozbrinjavanja u bolesničkom krevetu, ali nije u mogućnosti samostalno otići do toaleta.
3. Pacijent osjeća slabost u nogama i ne može stajati.
4. Pacijent prihvaća pomoć bez nelagode.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE - OBLAČENJE / DOTJERIVANJE

**Definicija** - Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta.
2. Procijeniti uporabu pomagala pri oblačenju / dotjerivanju.
3. Procijeniti mogućnost oblačenja ili skidanja odjeće.
4. Procijeniti potrebnu odjeću za pacijenta.
5. Procijeniti koordinaciju pacijentovih pokreta.
6. Izjava pacijenta: „Ne mogu se samostalno obući“, „Imam bolove, umorim se“.
7. Prikupiti podatke o postojanju boli.
8. Prikupiti podatke o pacijentovom vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu.
9. Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti pacijenta.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Senzorni, motorni i kognitivni deficit
2. Dob pacijenta
3. Bolesti i traume lokomotornog sustava: frakture, kontrakture, pareze, hemipareze, amputacija ekstremiteta, reumatoidni artritis...
4. Neurološke bolesti: cerebrovaskularni inzult, ALS, demencija...
5. Dijagnostičko terapijski postupci: i.v terapija, trajna infuzija, primjena kisika, gips/udlaga, nazogastrična sonda, mehanička ventilacija, drenaže...
6. Psihičke bolesti: depresija...
7. Poremećaj svijesti: kvalitativni, kvantitativni
8. Bol
9. Smanjeno podnošenje napora
10. Okolinski činitelji – neadekvatan prostor, nemogućnost osiguranja privatnosti
11. Ordinirano mirovanje

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Nemogućnost samostalnog oblačenja i svlačenja odjeće.
2. Nemogućnost samostalnog zakopčavanja odjeće.
3. Nemogućnost samostalnog odabira odjeće.
4. Nemogućnost samostalnog odijevanja / svlačenja gornjeg djela tijela.
5. Nemogućnost samostalnog odijevanje / svlačenja donjeg djela tijela.
6. Nemogućnost samostalnog dotjerivanja.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

7. Nemogućnost samostalnog oblačenja čarapa.
8. Nemogućnost samostalnog obuvanja cipela.

### CILJEVI

1. Pacijent će biti primjereno obučen/dotjeran, biti će zadovoljan postignutim.
2. Pacijent će bez nelagode i ustručavanja tražiti pomoć.
3. Pacijent će povećati stupanj samostalnosti, sam će odjenuti\_\_\_\_\_.
4. Pacijent će znati koristiti adaptivni pribor za oblačenje čarapa (hvataljke za čarape).
5. Pacijent će pokazati želju i interes za presvlačenjem odjeće / dotjerivanjem.
6. Pacijent će razumjeti uzroke koji su doveli do problema i načine pomoći.
7. Pacijent će prihvatiti pomoć druge osobe.

### INTERVENCIJE

1. Definirati situacije kada pacijent treba pomoć.
2. Poticati pacijenta da koristi propisana protetska pomagala: naočale, leće, slušni aparat...
3. Pomoći pacijentu u namještanju / korištenju pomagala.
4. Osigurati dovoljno vremena za oblačenje i presvlačenje\_\_\_\_\_minuta.
5. Napraviti plan izvođenja aktivnosti.
6. Svu potrebnu odjeću, pribor, pomagala staviti na dohvata ruke pacijenta.
7. Odabrati najprikladnije pomagalo i poticati na korištenje: drukeri umjesto gumbića, žlica za cipele na dugačkoj dršci, odjevni predmeti na čičak...
8. Pomoći pacijentu koristiti pomagalo.
9. Odabrati prikladnu odjeću: izabrati široku i udobnu odjeću, ne preširoku da pacijent ne padne, elastičnu, jednostavnog kopčanja.
10. Pomoći pacijentu odjenuti potrebnu odjeću.
11. Poticati pacijenta da sudjeluje u svim aktivnostima primjereno njegovim sposobnostima.
12. 30 minuta prije oblačenja/dotjerivanja primijeniti propisani analgetik ili neku drugu metodu za ublažavanje boli.
13. Osigurati privatnost.
14. Odjeću posložiti po redoslijedu oblačenja.
15. Osigurati sigurnu okolinu: suhi podovi, zidni držači, dobro osvjetljenje, papuče koje se ne kližu...
16. Osigurati optimalnu mikroklimu i toplu prostoriju.
17. Poticati na pozitivan stav i želju za napredovanjem.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S POREMEĆAJEM VIDA

1. Staviti odjeću i pribor pacijentu na dohvata ruke.
2. Osigurati okolinu za obavljanje aktivnosti, maknuti sve nepotrebne barijere.
3. Objašnjavati pacijentu postupke.
4. Poticati pacijenta na upotrebu pomagala.
5. Omogućiti uspostavu rutinskih radnji.

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S KOGNITIVNOM DEFICITOM

1. Procijeniti kognitivni deficit.
2. Primjereno komunicirati s pacijentom.
3. Davati kratke i jasne upute.
4. Davati pacijentu komad po komad odjeće.
5. Osigurati dobro osvjetljenje prostora.
6. Osigurati mirnu okolinu bez vizualnih ili slušnih distraktora.

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S OŠTEĆENIM EKSTREMITETOM

1. Oblačenje provoditi u dogovoru s pacijentom.
2. Pacijentu s amputiranim ekstremitetom pomagati pri oblačenju.
3. Tijekom oblačenja prvo obući protezu ili bataljak.
4. Osigurati adekvatna pomagala za oblačenje.
5. Podučiti pacijenta korištenju pomagala.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent izvodi aktivnosti oblačenja/dotjerivanja primjereno stupnju samostalnosti.
2. Pacijent iskazuje zadovoljstvo postignutim.
3. Pacijent razumije zašto mu se pomaže, traži i prihvaća pomoć medicinske sestre kada je to potrebno.
4. Pacijent primjenjuje pribor i pomagala koja povećavaju stupanj njegove samostalnosti.
5. Pacijent pokazuje želju i interes za oblačenjem / dotjerivanjem.
6. Pacijent nije sposoban povećati stupanj samostalnosti.
7. Pacijent ne prihvaća i odbija pomoć.
8. Pacijent ne želi sudjelovati u provođenju intervencija.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE – ELIMINACIJA

**Definicija** -Stanje kada postoji smanjena ili potpuna nemogućnost samostalnog obavljanja eliminacije urina i stolice.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Procijeniti stupanj samostalnosti.
2. Procijeniti mogućnost uporabe pomagala pri obavljanju eliminacije.
3. Prikupiti podatke o mogućnosti odlaska na toalet i svlačenja odjeće.
4. Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti.
5. Prikupiti podatke o mogućnosti puštanja vode nakon obavljene eliminacije.
6. Procijeniti mogućnost održavanja potrebne higijene nakon obavljene eliminacije: pranje ruku, održavanje urednosti perianalne regije...
7. Prikupiti podatke o postojanju boli.
8. Izjava pacijenta: „Ne mogu doći do toaleta“, „Imam bolove“...
9. Prikupiti podatke o vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Senzorni, motorni i kognitivni deficit
2. Dob pacijenta
3. Bolesti i traume lokomotornog sustava: frakture, kontrakture, pareze, hemipareze, amputacija ekstremiteta, reumatoidni artritis...
4. Neurološke bolesti: CVI, ALS, demencija...
5. Dijagnostičko terapijski postupci: i.v terapija, trajna infuzija, primjena kisika, gips/udlaga, nazogastrična sonda, mehanička ventilacija, drenaže...
6. Psihičke bolesti: depresija...
7. Poremećaj svijesti: kvalitativni, kvantitativni
8. Bol
9. Smanjeno podnošenje napora
10. Okolinski činitelji
11. Ordinirano mirovanje

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Nemogućnost samostalnog odlaska / povratka do toaleta ili sani kolica.
2. Nemogućnost samostalnog premještanja na WC školjku ili sani kolica.
3. Nemogućnost samostalnog sjedanja ili ustajanja s toaleta ili sani kolica.
4. Nemogućnost samostalne higijene nakon eliminacije: pranje ruku, perianalne regije.
5. Nemogućnost puštanja vode nakon obavljene eliminacije.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### CILJEVI

1. Pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom obavljanja eliminacije.
2. Pacijent će bez nelagode i ustručavanja tražiti i prihvatiti pomoć.
3. Pacijent će biti zadovoljan postignutim.
4. Pacijent će koristiti pomagala uz pomoć sestre.
5. Pacijent će biti suh i uredan.
6. Pacijent će razumjeti uzroke koji su doveli do problema i načine pomoći koji mu se pružaju.

### INTERVENCIJE

1. Procijeniti stupanj samostalnosti.
2. Poticati pacijenta da koristi protetska pomagala: propisane naočale, leće, slušni aparat, štap, hodalice, štake, kolica...
3. Napraviti plan izvođenja aktivnosti: s pacijentom utvrditi metode, vrijeme eliminacije i načine pomoći.
4. Dogovoriti način na koji će pacijent pozvati pomoć kada treba obaviti eliminaciju.
5. Dogovoriti način na koji će pacijent pozvati pomoć po završetku eliminacije.
6. Omogućiti da pozove pomoć na dogovoreni način.
7. Biti uz pacijenta tijekom eliminacije.
8. Biti u neposrednoj blizini pacijenta tijekom eliminacije.
9. Pripremiti krevet i pomagala za eliminaciju u krevetu:
  - pelene,
  - ulošci
  - kondom kateteri,
  - guske,
  - nepropusne podloge,
  - noćna posuda
  - sani kolica...
10. Osigurati dovoljno vremena, ne požurivati pacijenta.
11. Osigurati i upotrebljavati pomagala: povišeno sjedalo za WC školjku, produženi držači za toaletni papir...
12. Osigurati privatnost.
13. Poticati pacijenta da sudjeluje u izvođenju aktivnosti sukladno svojim sposobnostima.
14. Pokazati poštovanje tijekom izvođenja intervencija.
15. Ukloniti prostorne barijere - sigurna okolina.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S POREMEĆAJEM VIDA

1. Potreban pribor staviti na dohvata ruke.
2. Dogovoriti s pacijentom način pozivanja, objasniti pacijentu položaj zvona, odazvati se na zvono odmah.
3. Ukloniti sve prepreke od kreveta do toaleta.
4. Omogućiti rutinsko provođenje postupaka.
5. Pomoći pacijentu koristiti pomagala.
6. Podučiti pacijenta koristiti pomagala.

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S KOGNITIVNOM DEFICITOM

1. Procijeniti kognitivni deficit.
2. Poticati na obavljanje nužde prema dogovorenom ritmu, npr. nakon obroka, prije spavanja.

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S OŠTEĆENIM EKSTREMITETOM

1. Osigurati i poticati pacijenta da koristi pomagala koja povećavaju stupanj samostalnosti.
2. Procijeniti rizik za pad i ozljede.
3. Podučiti pacijenta koristiti pomagalo.
4. Pomoći pacijentu koristiti pomagalo.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent izvodi aktivnosti eliminacije primjereno stupnju samostalnosti, samostalno siđe s kreveta i sjedne na pripremljenu noćnu posudu.
2. Pacijent iskazuje zadovoljstvo postignutim.
3. Pacijent razumije problem, prihvaća pomoć.
4. Pacijent bez nelagode i ustručavanja traži pomoć kada je potrebna.
5. Pacijent primjenjuje potreban pribor i pomagala.
6. Pacijent je nakon obavljene eliminacije suh i uredan.
7. Pacijent nije sposoban povećati stupanj samostalnosti.
8. Nakon defekacije pacijent, zbog nelagode, odbija pomoć medicinske sestre tijekom uređivanja perianalne regije.
9. Pacijent ne želi sudjelovati u provođenju intervencija.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE – OSOBNA HIGIJENA

**Definicija** - Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Procijeniti stupanj samostalnosti.
2. Procijeniti sposobnost uporabe pomagala pri provođenju osobne higijene.
3. Prikupiti podatke o mogućnosti korištenja pribora za osobnu higijenu: voda, sapun, ručnik, četkica za zube.
4. Prikupiti podatke o mogućnosti pranja pojedinih dijelova tijela.
5. Prikupiti podatke o mogućnosti dolaska do kupaonice i pripreme odgovarajuće temperature vode.
6. Prikupiti podatke o postojanju boli.
7. Izjava pacijenta: „Ne mogu se oprati samostalno“, „Možete li mi pomoći oko kupanja“, „Imam bolove“, „Preumoran sam da bih se samostalno okupao“.
8. Prikupiti podatke o vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu.
9. Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Senzorni, motorni i kognitivni deficit
2. Dob pacijenta
3. Bolesti i traume lokomotornog sustava: frakture, kontrakture, pareze, hemipareze, amputacija ekstremiteta, reumatoidni artritis...
4. Neurološke bolesti: CVI, ALS, demencija...
5. Dijagnostičko terapijski postupci: i.v terapija, trajna infuzija, primjena kisika, gips/udlaga, nazogastrična sonda, mehanička ventilacija, drenažni sustavi...
6. Psihičke bolesti: depresija...
7. Poremećaj svijesti: kvalitativni, kvantitativni
8. Bol
9. Smanjeno podnošenje napora
10. Okolinski činitelji
11. Ordinirano mirovanje

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Nemogućnost samostalnog pranja cijelog tijela ili pojedinih dijelova tijela.
2. Nemogućnost samostalnog dolaska/odlaska do/od izvora vode: kupaonica, umivaonik.
3. Nemogućnost samostalnog reguliranja temperature i protoka vode.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

4. Nemogućnost shvaćanja potrebe održavanja osobne higijene.
5. Nemogućnost samostalnog sušenja tijela.

### CILJEVI

1. Pacijent će sudjelovati u provođenju osobne higijene sukladno stupnju samostalnosti:
  - samostalno će oprati\_\_\_\_\_.
  - samostalno će obrisati\_\_\_\_\_.
2. Pacijent će razumjeti problem i prihvatiti će pomoć medicinske sestre.
3. Pacijent će biti zadovoljan postignutom razinom samostalnosti.
4. Pacijent će znati objasniti i primijeniti načine za sigurno održavanje osobne higijene.
5. Pacijent će izvoditi aktivnosti održavanja osobne higijene koristeći potrebna pomagala: četku duge drške, sjedalica za kadu...
6. Pacijent će bez nelagode tražiti pomoć medicinske sestre/tehničara kada mu je potrebna.
7. Pacijent će biti čist, bez neugodnih mirisa, očuvanog integriteta kože, osjećati će se ugodno.

### INTERVENCIJE

1. Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta.
2. Definirati situacije kada pacijent treba pomoć.
3. Dogovoriti osobitosti načina održavanja osobne higijene kod pacijenta.
4. U dogovoru s pacijentom napraviti dnevni i tjedni plan održavanja osobne higijene.
5. Osigurati potreban pribor i pomagala za obavljanje osobne higijene i poticati ga da ih koristi.
6. Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme, ako je to moguće, te tijekom izvođenja aktivnosti poticati pacijenta na povećanje samostalnosti.
7. Osigurati privatnost.
8. Osigurati s pacijentom dogovorenu temperaturu vode.
9. Osigurati optimalnu temperaturu prostora gdje se provodi osobna higijena.
10. Primijeniti propisani analgetik ili druge metode ublažavanja boli 30 minuta prije obavljanja osobne higijene.
11. Potrebni pribor i pomagala staviti na dohvat ruke, te poticati pacijenta da ih koristi.
12. Zajedno s pacijentom procijeniti najprihvatljivije pomagalo.
13. Pomoći pacijentu koristiti pomagalo.
14. Podučiti pacijenta koristiti pomagalo.
15. Promatrati i uočavati promjene na koži tijekom kupanja.
16. Osigurati zvono na dohvat ruke pacijentu.
17. Biti u blizini pacijenta tijekom kupanja.
18. Biti uz pacijenta tijekom kupanja.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

19. Okolinu učiniti sigurnom za obavljanje aktivnosti: sprječavanje pada.
20. Dogovoriti način pozivanja.
21. Koristiti pH neutralni sapun, naročito u predjelu genitalne i aksilarne regije.
22. Ne koristiti grube trljačice i ručnike.
23. Utrljati losion u kožu po završenom kupanju.
24. Oprati kosu pacijentu.
25. Koristiti regeneratorski nakon pranja kose.
26. Ne koristiti regeneratorski nakon pranja kose.
27. Urediti nokte na nogama.
28. Urediti nokte na rukama.
29. Kupanje provesti u kadi u sjedećem položaju.
30. Tuširati pacijenta.
31. Kupati pacijenta u krevetu.
32. Oprati toraks pacijenta.
33. Oprati perianalnu regiju pacijentu.
34. Oprati noge pacijentu.
35. Presvući krevet nakon kupanja.

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S POREMEĆAJEM VIDA

1. Potrebni pribor i pomagala staviti unutar vidnog polja.
2. Pribor postavljati uvijek na isti način.
3. Osigurati i objasniti položaj zvona ako bolesnik ostaje sam u kupaonici.
4. Osigurati privatnost.
5. Opisati gdje se što nalazi u kupaonici (potrebni pribor i zvono - izbjegavati korištenje izraza „tu“, „tamo“ i „ovdje“).
6. Dogovoriti druge načine poziva u pomoć.

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S KOGNITIVNOM DEFICITOM

1. Procijeniti kognitivni deficit.
2. Obavljati aktivnosti uvijek u isto vrijeme.
3. Davati jednostavne upute.
4. Izbjegavati sve što bi bolesniku moglo odvući pažnju: drugi bolesnici u sobi, radio, televizija...
5. Nadgledati izvođenje aktivnosti.
6. Dogovoriti stupanj samostalnosti i razinu pomoći prilikom higijene.

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S OŠTEĆENIM EKSTREMITETOM

1. Osobnu higijenu provoditi u dogovoru s pacijentom.
2. Pacijenta s amputiranim ekstremitetom poticati da promatra bataljak, i uočava promjene.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

3. Nakon kupanja protezu vratiti na suhi bataljak.
4. Pomagati tijekom obavljanja higijene.
5. Okolinu učiniti sigurnom za obavljanje aktivnosti; sprječavanje pada bolesnika u kadi: neklizajući podlošci, sjedalice u kadi.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent provodi aktivnosti osobne higijene primjereno stupnju samostalnosti:
  - samostalno pere \_\_\_\_\_
  - traži pomoć za pranje \_\_\_\_\_
2. Pacijent iskazuje zadovoljstvo postignutom razinom samostalnosti, razumije zašto mu se pomaže, te traži pomoć medicinske sestre.
3. Pacijent je suh, čist, očuvan je integritet kože.
4. Pacijent primjenjuje postupke za sigurno provođenje aktivnosti osobne higijene bez komplikacija.
5. Pacijent primjenjuje potreban pribor i pomagala koja povećavaju stupanj njegove neovisnosti: pere leđa četkom dugog drška, pridržava se jednom rukom za rukohvat u kadi.
6. Pacijent ne želi sudjelovati u obavljanju osobne higijene.
7. Pacijent je nezadovoljan razinom pružene pomoći tijekom provođenja osobne higijene.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE – HRANJENJE

**Definicija** - Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog uzimanja hrane i tekućine.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Procijeniti stupanj samostalnosti.
2. Procijeniti sposobnost žvakanja i gutanja hrane.
3. Procijeniti sposobnost uporabe pomagala pri uzimanju hrane.
4. Prikupiti podatke vezane uz nutritivni status i usporediti ih sa sadašnjim stanjem.
5. Izjava pacijenta: „Ne mogu samostalno uzeti hranu“, „Jako sam umoran, ne mogu jesti“, „Možete li mi pomoći pri hranjenju“.
6. Prikupiti podatke o postojanju boli.
7. Prikupiti podatke o stanju usne šupljine: nedostatak zubi, prisutnost zubne proteze, ozljede usne šupljine, ulceracije, deformiteti...
8. Prikupiti podatke o vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu.
9. Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Senzorni, motorni i kognitivni deficit
2. Dob pacijenta
3. Bolesti i traume lokomotornog sustava: frakture, kontrakture, pareze, hemipareze, amputacija ekstremiteta, reumatoidni artritis...
4. Neurološke bolesti: cerebrovaskularni inzult, ALS, demencija...
5. Dijagnostičko terapijski postupci: intravenozna terapija, trajna infuzija, primjena kisika, gips/udlaga, nazogastrična sonda, mehanička ventilacija, drenaže...
6. Psihičke bolesti: depresija...
7. Poremećaj svijesti: kvalitativni, kvantitativni
8. Bol
9. Smanjeno podnošenje napora
10. Okolinski činitelji
11. Ordinirano mirovanje

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Nemogućnost samostalnog pripremanja hrane.
2. Nemogućnost samostalnog rezanja hrane ili otvaranja posude s hranom.
3. Nemogućnost samostalnog prinošenja hrane ustima.
4. Nemogućnost gutanja hrane.
5. Nemogućnost samostalnog žvakanja hrane.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

6. Nemogućnost samostalnog rukovanja priborom za jelo.
7. Nemogućnost samostalnog korištenja pomagala pri uzimanju hrane.
8. Nemogućnost konzumiranja cjelovitog obroka.
9. Nemogućnost uzimanja hrane socijalno prihvatljivim načinom.
10. Nemogućnost samostalnog prinošenja čaše ili žlice ustima.

### CILJEVI

1. Pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom hranjenja.
2. Pacijent će bez nelagode i ustručavanja tražiti pomoć tijekom hranjenja.
3. Pacijent će zadovoljiti potrebu za jelom, te će, usprkos ograničenjima, biti sit.
4. Pacijent će znati i htjeti koristiti potrebna pomagala za hranjenje.
5. Pacijent će pokazati želju i interes za jelom.
6. Pacijent će razumjeti uzroke problema i načine pomoći koji mu se pružaju tijekom hranjenja.
7. Pacijent će samostalno uzimati hranu.

### INTERVENCIJE

1. Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta.
2. Prinijeti pacijentu hranu na poslužavniku i staviti na stolic za serviranje.
3. Otvoriti pakiranje hrane: namaz, maslac, paštetu.
4. Narezati hranu.
5. Približiti stolic s hranom 30 - 40 cm od pacijenta.
6. Postaviti zaštitnu kompresu ili salvetu pod bradu.
7. Biti uz pacijenta tijekom hranjenja.
8. Povremeno, svakih 5 minuta, nadgledati pacijenta tijekom hranjenja.
9. Osigurati 30 - 40 minuta za hranjenje pacijenta.
10. Osigurati \_\_\_\_\_ minuta za hranjenje pacijenta.
11. Definirati situacije kada pacijent treba pomoć kod jela i pijenja.
12. Pacijentu ne servirati vilicu i nož uz jelo.
13. Medicinska sestra će pacijenta nahraniti juhom, a krutu hranu će jesti sam.
14. Omogućiti ritual prije obroka (molitva), ako ga pacijent primjenjuje.
15. Osigurati mir tijekom konzumiranja obroka.
16. Osigurati hranu odgovarajuće temperature.
17. U slučaju boli primijeniti propisani analgetik 30 minuta prije hranjenja.
18. Učiniti toaletu usne šupljine prije i poslije uzimanja obroka.
19. Prije obroka namjestiti protetska pomagala: zubnu protezu, naočale, leće.
20. Smjestiti pacijenta u odgovarajući položaj: visoki Fowlerov.
21. Posjesti pacijenta na stolicu za stol.
22. Smjestiti pacijenta u odgovarajući postranični položaj.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

23. Nakon hranjenja ostaviti pacijenta još 30 minuta u istom položaju.
24. Osigurati mir u vrijeme obroka.
25. Omogućiti higijenu ruku pacijenta prije obroka.
26. Omogućiti higijenu ruku pacijenta nakon obroka.
27. Oprati ruke pacijentu prije obroka.
28. Oprati ruke pacijentu nakon obroka.

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S POREMEĆAJEM VIDA

1. Poticati pacijenta da koristi leće, naočale.
2. Opisati gdje se što nalazi na stolu: potreban pribor, hrana - izbjegavati korištenje izraza „tu“, „tamo“, „ovdje“.
3. Hranu i pribor stavljati uvijek istim redoslijedom i na isto mjesto.
4. Opisati hranu bolesniku.
5. Servirati hranu u primjerenom posuđu: u šalicama, plastičnom posuđu, bočica s dudicom.
6. Dogovoriti uobičajeni način unosa hrane.
7. Osigurati hranu koja je jednostavna za konzumiranje.
8. Potreban pribor i hranu staviti unutar vidnog polja pacijenta.
9. Osigurati dovoljno vremena za hranjenje.

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S KOGNITIVNOM DEFICITOM

1. Procijeniti kognitivni deficit.
2. Osigurati privatnost, mirnu okolinu, bez distraktora koji mogu pacijentu odvlačiti pažnju od obroka.
3. Nadzirati pacijenta za vrijeme obroka kako ne bi došlo do aspiracije ili gušenja hranom.
4. Ne ometati pacijenta prilikom jela, voditi primjeren razgovor.
5. Postaviti pacijenta u odgovarajući položaj: sjedeći za stolom, sjedeći u krevetu...
6. Osigurati obroke u isto vrijeme.
7. Poticati pacijenta na urednost.
8. Poticati da uzima ili mu davati male zalogaje.
9. Osigurati dovoljno vremena (\_\_\_\_\_min).
10. Prepoznati umor i uznemirenost kod pacijenta.
11. Poticati pacijenta da tijekom jela koristi kratke pauze i omogućiti ih.

### INTERVENCIJE KOD PACIJENTA S OŠTEĆENIM EKSTREMITETOM

1. Osigurati ugodnu okolinu za pacijenta.
2. Osigurati dovoljno vremena (\_\_\_\_\_min), ne požurivati pacijenta.
3. Osigurati podršku/pomoć ako je potrebno: otvoriti kutijicu s hranom, izrezati meso, namazati namaz na kruh, poticati samostalnost.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

4. Poticati pacijenta da koristi pomagala.
5. Osigurati adaptivna pomagala/pribor za povećanje stupnja samostalnosti: tacne s gumom, specijalne čaše za piće, pribor za jelo sa zadebljanim drškama...
6. Podučiti ga korištenju pomagala.
7. Pomoći mu koristiti pomagalo.
8. Hranu servirati na način da pacijent ima dovoljno prostora za jelo.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent izvodi aktivnosti hranjenja primjereno stupnju samostalnosti, razumije problem i prihvaća pomoć medicinske sestre:
  - samostalno pije iz bočice s dudicom
  - medicinska sestra mu namaže namaz na kruh, a pacijent jede sam
  - medicinska sestra ga hrani žlicom
2. Pacijent je sit i zadovoljan.
3. Pacijent pokazuje želju i interes za uzimanjem hrane.
4. Pacijent primjenjuje potreban pribor i pomagala, ali ne pojede svu hranu. Brzo se umori.
5. Pacijent ne prihvaća pomoć, ne sudjeluje u hranjenju.
6. Pacijent nije u mogućnosti povećati stupanj samostalnosti.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### STRES INKONTINENCIJA

**Definicija** – Nekontrolirano mokrenje manjih količina urina (manje od 50 ml) neposredno nakon povećanja intraabdominalnog tlaka.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Pitati pacijenta dolazi li do istjecanja urina pri kašljanju, kihanju, smijanju, vježbanu, dizanju predmeta...
2. Provjeriti istjecanje urina iz mokraćnog mjehura pri kašljanju u ležećem, povišenom i uspravnom položaju.
3. Procijeniti stanje kože perianalne regije.
4. Prikupiti podatke o trudnoći i porodu.
5. Prikupiti podatke o operativnim zahvatima.
6. Prikupiti podatke iz medicinske dokumentacije i od pacijenta o dijagnostičkim postupcima: cistoskopija, UZV, RTG, urinokultura...
7. Prikupiti podatke o pretilosti pacijenta.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Višestruki vaginalni porodi
2. Operacije u području zdjelice, traume zdjelice
3. Operacije prostate
4. Manjak estrogena (menopauza)
5. Dijabetička neuropatija
6. Pretilost
7. Bolesti i ozljede uretre i mokraćnog mjehura
8. Infekcije
9. Trudnoća
10. Nedavni gubitak tjelesne težine
11. Slabost sfinktera

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Istjecanje urina prilikom napora: kašljanja, kihanja, smijanja, dizanja tereta.
2. Istjecanje urina prilikom vježbanja.
3. Istjecanje urina prilikom spolnog odnosa.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### CILJEVI

1. Pacijent će uspostaviti kontrolu nad eliminacijom urina za vrijeme kašljanja i kihanja.
2. Smanjiti će se broj nekontroliranih epizoda istjecanja urina tijekom 24 sata: broj epizoda \_\_\_\_\_.
3. Pacijent će razumjeti problem, njegove uzroke i načine rješavanja.
4. Pacijent će sudjelovati u planiranju i provedbi intervencija.
5. Pacijent će provoditi Kegelove vježbe.
6. Pacijent će prihvatiti svoje stanje i pozitivno misliti o sebi.

### INTERVENCIJE

1. Savjetovati pacijenta/cu da nosi higijenske uloške i redovito mijenja donje rublje.
2. Potaknuti pacijenta/cu na redovito održavanje higijene spolovila.
3. Poučiti pacijenta važnosti i pravilnom provođenju Kegelovih vježbi – vidi standard.
4. Uputiti pacijenta/cu da prije provođenja vježbi isprazni mokraćni mjehur, svaki segment vježbe (stezanje/opuštanje) provede kroz 10 sekundi, vježbu ponovi 10 puta i tako 3 puta dnevno.
5. Objasniti pacijentu/ci da povećanje broja vježbi s ciljem ubrzanja rezultata može pogoršati inkontinenciju: rezultati se očekuju nakon 4 - 6 tjedana.
6. Kod teže pokretnih pacijenata osigurati čistu noćnu posudu uz krevet; omogućiti najudobniji položaj za mokrenje.
7. Namjestiti noćnu posudu kada je potrebno.
8. Osigurati uredan toaletni prostor i poticati njegovo korištenje.
9. Objasniti pacijentu/ci da koristiti odjeću (pidžamu) koja se lako skida; prikladnija je odjeća s gumom.
10. Poticati pacijenta da provodi intervencije i pohvaliti napredak.
11. Voditi evidenciju prometa tekućina: unos tekućine, mokrenje...
12. Unositi tekućinu u organizam prema potrebama i stanju pacijenta.
13. Potaknuti pacijenta/cu da češće urinira kako bi se smanjila količina urina u mokraćnom mjehuru.
14. Smanjiti aktivnosti u kojima se očekuje skakanje, trčanje, dizanje tereta...
15. Pacijenta savjetovati da provodi fizičku aktivnost, vježbe jačanja mišićne mase cijelog tijela.
16. Održavati redovitu eliminaciju stolice.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent je djelomično uspostavio kontrolu nad eliminacijom urina.
2. Smanjio se broj nekontroliranih epizoda istjecanja urina: broj epizoda \_\_\_\_\_ .
3. Pacijent razumije problem, njegove uzroke i načine rješavanja, redovito mijenja uloške.
4. Pacijent sudjeluje u planiranju i provedbi intervencija, izvještava o nemogućnosti održavanja higijene nakon mikcije.
5. Pacijent provodi Keglove vježbe 3x dnevno.
6. Pacijent prihvaća svoje stanje i pozitivno misli o sebi.
7. Pacijent ne sudjeluje u provedbi intervencija.
8. Broj nekontroliranih epizoda istjecanja urina se nije smanjio.
9. Pacijent ne može uspostaviti kontrolu nad eliminacijom urina.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### TOTALNA INKONTINENCIJA

**Definicija** - Potpuno i nepredvidljivo istjecanje urina.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o učestalosti i količini izlučenog urina.
2. Pitati pacijenta ima li podražaj na mokrenje.
3. Prikupiti podatke o stanju kože perianalnog područja.
4. Prikupiti podatke o bolestima: kroničnim, neurološkim...
5. Prikupiti podatke o traumi i operativnim zahvatima u području zdjelice.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Operativni zahvati u području zdjelice
2. Traume i tumori mozga
3. Cerebrovaskularni inzult
4. Multipla skleroza
5. Parkinsonova bolest
6. Dijabetička neuropatija
7. Traume i tumori kralježnice
8. Infekcije
9. Kongenitalna oštećenja

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Kontinuirano i nekontrolirano istjecanje urina.
2. Istjecanje urina bez kontrakcija mjehura.
3. Nedostatak osjećaja za mokrenje.

#### CILJEVI

1. Uz pomoć pomagala biti će uspostavljena kontrola nad eliminacijom urina.
2. Pacijent će razumjeti problem, njegove uzroke i mogućnosti rješavanja.
3. Pacijent će sudjelovati u planiranju i provedbi intervencija.
4. Pacijent će biti suh i izražavati će udobnost.
5. Koža perianalnog područja će biti neoštećena i čista.
6. Pacijent će prihvatiti svoje stanje i pozitivno misliti o sebi.

#### INTERVENCIJE

1. Poučiti pacijenta o totalnoj inkontinenciji, njenom uzroku i mogućnostima rješavanja.
2. Prema individualnoj procjeni, primjena programa kontrole nad inkontinencijom:
  - primjena jednokratnih kateterizacija
  - trajna kateterizacija
  - primjena pomagala (pelene, ulošci, predlošci, kondom kateteri)
3. Voditi evidenciju prometa tekućine: unos tekućine, mokrenje, vaganje pelena...





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

4. Izraditi plan unosa tekućine.
5. Smanjiti unos tekućine u večernjim satima, iza 19 sati.
6. Tijekom noći pacijenta probuditi kako bi mokrio.
7. Muške pacijente uputiti u korištenje kondom katetera.
8. Savjetovati pacijentu da nosi higijenske uloške i redovito mijenja donje rublje.
9. Potaknuti pacijenta da redovito održava higijenu spolovila.
10. Perianalnu regiju, teže pokretnih pacijenata: oprati i posušiti nakon svakog mokrenja.
11. Savjetovati pacijentu da uz sebe uvijek ima rezervnu odjeću.
12. Osigurati uredan toaletni prostor i poticati njegovo korištenje.
13. Teže pokretnim pacijentima osigurati noćnu posudu uz krevet, omogućiti najudobniji položaj za mokrenje.
14. Postaviti noćnu posudu.
15. Zvono staviti na dohvat ruke.
16. Koristiti dobro upijajuće pelene ili predloške s indikatorima zasićenja.
17. Upozoriti pacijenta da pozove medicinsku sestru / tehničara ako je mokar.
18. Potaknuti pacijenta da odlazi na toalet u pravilnim vremenskim razmacima, napraviti „plan“ mokrenja.
19. Savjetovati pacijentu da koristi odjeću (pidžamu) koja se lako skida; prikladnija je odjeća s gumom.
20. Nakon svake epizode istjecanja mokraće, odjeću i posteljinu promijeniti.
21. Poučiti pacijenta važnosti pranja ruku.
22. Kontrolirati higijenu ruku.
23. Pomoći ili oprati pacijentu ruke.
24. Poticati pacijenta da provodi intervencije i pohvaliti napredak.
25. Upotrebljavati sredstva za zaštitu i njegu kože.
26. *Ukoliko se bolesniku postavi trajni kateter dijagnoza se mijenja u „Visok rizik za infekciju.“*

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent uspješno koristi pomagala (pelene, kondom kateter..).
2. Uspostavljena je kontrola nad eliminacijom urina trajnom kateterizacijom.
3. Pacijent razumije problem, njegove uzroke i mogućnosti rješavanja.
4. Pacijent sudjeluje u planiranju i provedbi intervencija.
5. Pacijent je suh i izražava udobnost.
6. Koža perianalnog područja je neoštećena.
7. Pacijent prihvaća svoje stanje i pozitivno misliti o sebi.
8. Pacijent ne prihvaća svoje stanje te ne sudjeluje u provođenju intervencija.
9. Cilj je djelomično ostvaren, pacijent razumije svoje stanje, ali je uzrujan i ljut te odbija pomoć.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### URGENTNA INKONTINENCIJA

**Definicija** - Nekontrolirano istjecanje urina nedugo nakon jakog podražaja na mokrenje.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Pitati pacijenta kakav podražaj prethodi nekontroliranom mokrenju.
2. Prikupiti podatke opisa pojedine epizode inkontinencije. (Pacijent se žali da ne stiže do toaleta na vrijeme i na nemogućnost odgađanja mokrenja.)
3. Prikupiti podatke o dobi pacijenta.
4. Prikupiti podatke o bolestima: traume kralježnice, operacije, kronične i neurološke bolesti...

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Smanjen kapacitet mokraćnog mjehura
2. Cerebrovaskularni inzult
3. Ozljeda leđne moždine
4. Parkinsonova bolest
5. Multipla skleroza
6. Hipetrofija prostate
7. Infekcije mokraćnih putova
8. Psihološki čimbenici
9. Alkohol, kofein
10. Operacije abdomena
11. Nakon postavljanja urinarnog katetera
12. Ozljede i tumori mozga
13. Dijabetička neuropatija
14. Fekalna impakcija
15. Povećan unos tekućine

#### VODEĆA OBILJEŽJA

1. Nagli, neočekivan i „nenajavljen“ podražaj na mokrenje.
2. Mokrenje manje od 100 ml.
3. Česta nikturija.
4. Nekontrolirano mokrenje u svakom položaju.
5. Mokrenje češće od svaka dva sata.
6. Kontrakcije mokraćnog mjehura na koje pacijent ne može utjecati.

#### CILJEVI

1. Tijekom 24 sata biti će potpuna kontrola nad eliminacijom urina.
2. Tijekom noći biti će uspostavljena kontrola nad eliminacijom urina.
3. Tijekom 24 sata biti će smanjen broj nekontroliranih epizoda istjecanja urina.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

4. Pacijent će razumjeti problem, njegove uzroke i mogućnosti rješavanja.
5. Pacijent će sudjelovati u planiranju i provedbi intervencija.
6. Pacijent će prihvatiti svoje stanje i pozitivno misliti o sebi.

### INTERVENCIJE

1. Poučiti pacijenta o inkontinenciji, uzroku urgentne inkontinencije i mogućnostima rješavanja.
2. Voditi evidenciju prometa tekućine: unos tekućine, mokrenje...
3. Izraditi plan unosa tekućine.
4. Smanjiti unos tekućine u večernjim satima, nakon 19 sati.
5. Potaknuti pacijenta da odlazi na toalet u pravilnim vremenskim razmacima; napraviti „plan“ mokrenja.
6. Poticati pacijenta da s vremenom pokuša produžiti razmak između dva mokrenja.
7. Muške pacijente uputiti u korištenje kondom katetera, preporučiti korištenje preko noći.
8. Savjetovati pacijenta da nosi higijenske uloške i redovito mijenja donje rublje.
9. Potaknuti pacijenta na redovito održavanje higijene spolovila.
10. Savjetovati pacijentu da uz sebe uvijek ima rezervnu odjeću.
11. Osigurati uredan toaletni prostor i poticati njegovo korištenje.
12. Kod teže pokretnih pacijenata osigurati noćnu posudu uz krevet.
13. Omogućiti najudobniji položaj za mokrenje.
14. Pomoći prilikom postavljanja noćne posude.
15. Postaviti noćnu posudu.
16. Savjetovati pacijentu da koristiti odjeću (pidžamu) koja se lako skida; prikladnija je odjeća s gumom.
17. Poticati pacijenta da provodi intervencije i pohvaliti napredak.
18. U slučaju trajnog urinarnog katetera zatvoriti kateter svaka 3 - 4 sata.
19. Prije vađenja urinarnog katetera zaklamati ga 1 - 3 sata.
20. Prevenirati urinarni infekt.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Uspostavljena je trajna kontrola nad eliminacijom urina uvođenjem urinarnog katetera.
2. Tijekom noći pacijentu je postavljen kondom kateter. Pacijent je bio suh.
3. Broj nekontroliranih epizoda istjecanja urina je smanjen čestim odlaskom na toalet.
4. Pacijent razumije problem, njegove uzroke i mogućnosti rješavanja.
5. Pacijent sudjeluje u planiranju i provedbi intervencija.
6. Pacijent prihvaća svoje stanje i pozitivno misli o sebi.
7. Pacijent ne prihvaća svoje stanje i ne sudjeluje u provođenju intervencija,
8. Ima nisko samopoštovanje





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### VISOK RIZIK ZA DEKUBITUS

**Definicija** - Prisutnost mnogostrukih vanjskih i unutarnjih čimbenika rizika za oštećenje tkiva.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o ranijim oštećenjima kože.
2. Procijeniti rizik za nastanak dekubitusa - Braden skala (Braden Q za pedijatriju): senzorna percepcija, vlažnost, aktivnost, pokretljivost, prehrana, trenje i razvlačenje
3. Učiniti fizikalni pregled s posebnim osvrtom na predilekcijska mjesta.
4. Procijeniti mogućnost samozbrinjavanja.
5. Prikupiti podatke o laboratorijskim pokazateljima: hemoglobin, hematokrit, serumski albumin, fosfor, magnezij.
6. Prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama.
7. Prikupiti podatke o socioekonomskom statusu pacijenta.
8. Procijeniti pacijentovo razumijevanje novonastale situacije.
9. Procijeniti pacijentovu sposobnost usvajanja novih znanja.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

##### 1. Medicinska stanja / bolesti

- Nedovoljna/smanjena tkivna cirkulacija
- kronične bolesti: dijabetes melitus, plućne, kardiovaskularne, sistemne bolesti, psihičke bolesti
- anemija
- poremećaj prehrane: pretilost, malnutricija
- upalni procesi dermalno - epidermalnih sveza
- autoimune bolesti: lupus erithematosus, sklerodermija
- metaboličke i endokrine bolesti: hepatitis, ciroza, tumori, bubrežno zatajenje, bolesti štitnjače
- bakterijske, virusne ili gljivične infekcije: impetigo, folikulitis, celulitis, herpes zoster, AIDS, atletsko stopalo, smanjena pokretnost

##### 2. Lijekovi / terapijski postupci

- sedacija, kirurški zahvat, dijagnostički postupak
- uporaba fiksatora i ortopedskih pomagala
- primjena gipsanih udlaga, prevoja, traka, otopina
- dugotrajna primjena urinarnog katetera, nazogastrične sonde, endotrahealnog tubusa, kontaktnih leća, oralne proteze
- NPO status - ništa per os



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### 3. Okolinski

- iritacija tkiva djelovanjem čimbenika iz okoline
- izloženost izlučevinama
- radijacija / opekline od sunca
- temperatura, vlaga
- kemijski štetne tvari / sastojci

### 4. Osobni

- bol, umor, nedostatak motivacije
- kognitivni / senzorni / motorički deficit
- neadekvatne osobne navike (higijenske, prehrambene, vezane na odmor i spavanje)
- starija životna dob

## CILJEVI

1. Pacijentova koža će ostati intaktna; integritet kože će biti očuvan.
2. Pacijent i obitelj će znati nabrojiti i primijeniti mjere prevencije nastanka dekubitusa.
3. Pacijent će sukladno svojim sposobnostima sudjelovati u provođenju mjera prevencije nastanka dekubitusa.

## INTERVENCIJE

1. Procjenjivat postojanje čimbenika rizika za dekubitus - Braden skala (Braden Q) dva puta tjedno.
2. Procjenjivat postojanje čimbenika rizika za dekubitus - Braden skala (Braden Q).
3. prilikom promjene stanja pacijenta, odrediti učestalost ponovne procjene na Braden (Braden Q) skali.
4. Upisati rizike čimbenika sukladno broju bodova Braden skale.
5. Djelovati na rizike čimbenika sukladno bodovima Braden skale.
6. Dokumentirati ranija oštećenja kože i sadašnje stanje.
7. Osigurati optimalnu hidraciju pacijenta.
8. Pratiti znakove i simptome hidracije: CVT, diurezu, specifičnu težinu urina i stanje sluznice usne šupljine.
9. Pojačati unos bjelanjčevina i ugljikohidrata - sukladno bodovima (Braden skala).
10. Uvesti u prehranu splete: vitamin B i C i ostale nutrijente - sukladno bodovima Braden skale.
11. Vagati pacijenta.
12. Kontrolirati serumski albumin.
13. Nadzirati pojavu edema.
14. Održavati higijenu kože - prema standardu.
15. Održavati higijenu kreveta i posteljnog rublja.
16. Izraditi algoritam mijenjanja položaja pacijenta sukladno bodovima Braden skale.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

17. Mijenjati položaj pacijenta u krevetu svakih 1 sat.
18. Mijenjati položaj pacijenta u krevetu svakih 2 sata.
19. Pojačati učestalost izmjene položaja na \_\_\_\_\_ sati.
20. Ograničiti podizanje pacijenta u visoki Fowlerov položaj do 30 minuta u jednom postupku.
21. Primijeniti niski Fowlerov položaj i ležeci bočni s podignutim uzglavljem za 30 stupnjeva.
22. Podložiti jastuke pod potkoljenice.
23. Podložiti jastuke pod podlaktice.
24. Podložiti jastuke pod leđa.
25. Podložiti jastuke između koljena.
26. Koristiti antidekubitalne madrace i jastuke koji umanjuju pritisak: punjene pjenom, zrakom, vodom ili gelom.
27. Položaj u krevetu mijenjati podizanjem pacijenta, ne povlačenjem.
28. Osigurati potreban broj osoblja.
29. Stimulirati cirkulaciju „čupkanjem“ kože oko ugroženog područja.
30. Provoditi aktivne vježbe ekstremiteta.
31. Provoditi pasivne vježbe ekstremiteta.
32. Provoditi vježbe cirkulacije.
33. Poticati pacijenta na ustajanje i kretanje.
34. Posjesti pacijenta u stolicu.
35. Pomoći pri hodanju.
36. Podučiti pacijenta samostalnosti promjene položaja tijela u krevetu koristeći trapez, rukohvate na stolici ili ogradice.
37. Primijeniti propisana sredstva protiv boli.
38. Educirati pacijenta i obitelj o čimbenicima koji uzrokuju oštećenje kože i nastanak dekubitusa.
39. Educirati pacijenta o važnosti svakodnevne fizičke aktivnosti u očuvanju cirkulacije.
40. Educirati pacijenta i obitelj o mjerama prevencije oštećenja kože.

### MOGUĆI ISHODI/ EVALUACIJA

1. Pacijentova koža je očuvanog integriteta. Nema crvenila i drugih oštećenja.
2. Pacijent sudjeluje u mjerama prevencije dekubitusa – *nabrojiti ih*.
3. Pacijent nabraja znakove i simptome oštećenja kože prvog stupnja.
4. Pacijent i obitelj nabrajaju i pokazuju mjere prevencije nastanka dekubitusa prvog stupnja.
5. Prisutni su simptomi i znaci dekubitusa prvog stupnja.
6. Pacijent i obitelj nisu usvojili znanja o mjerama prevencije dekubitusa.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### VISOK RIZIK ZA INFEKCIJU

**Definicija** - Stanje u kojem je pacijent izložen riziku nastanka infekcije uzrokovane patogenim mikroorganizmima koji potječu iz endogenog i/ili egzogenog izvora.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA:

1. Učiniti fizikalni pregled i procijeniti stanje postojećih oštećenja na koži i sluznicama, (stanje dekubitusa, rana, kirurške incizije - izgled, sekreciju, crvenilo, edem, bol).
2. Izmjeriti vitalne znakove.
3. Procijeniti stupanj svijesti.
4. Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti.
5. Prikupiti podatke o kognitivno - senzornom deficitu.
6. Prikupiti podatke o aktualnoj terapiji i liječenju.
7. Prikupiti podatke o mogućim izvorima infekcija.
8. Procijeniti druge faktore rizika: urinarni kateter, ET tubus ili trahealna kanila, I.V. kateter, centralni venski ili arterijski kateter, drenovi, gastične sonde i stome.
9. Prikupiti podatke o vrsti i intenzitetu boli.

#### KRITIČNI ČIMBENICI:

1. **Medicinska stanja / bolesti:**
  - kronične bolesti
  - poremećaj prehrane
  - oslabljen imunološki sustav - leukopenija
  - trudnoća - mogućnost puknuća amnijske membrane
2. **Lijekovi / medicinski postupci:**
  1. Postojanje ulaznog mjesta za mikroorganizme:
    - intravenski/arterijski kateter
    - kirurški zahvat
    - drenaža
    - fiksator
    - dijaliza
    - endotrahealna intubacija
    - urinarni kateter
    - stome
  2. Kemoterapija
  3. Primjena imunosupresiva
  4. Dugotrajna primjena antibiotika.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### 3. Osobni / Okolinski :

- dugotrajna hospitalizacija,
- kontakt s infektivnim tvarima/materijalima.
- neupućenost – nedostatak znanja o prijenosu infekcija
- loše higijenske navike
- oštećenje tkiva (opekline, ugrizi životinja, radijacija)

### 4. Dobni :

- nedostatna stečena imunost
- nezrelost imunološkog sustava
- svježa umbilikalna rana
- nedostatna imunizacija

## MOGUĆI CILJEVI

1. Tijekom hospitalizacije neće biti simptoma niti znakova infekcije:
  - pacijent će biti afebrilan, (temp. 36 - 37°C),
  - laboratorijski nalazi (leukociti, SE) će biti unutar referentnih vrijednosti
  - pacijent neće imati pojačanu sekreciju iz dišnih putova, bronhalni sekret će biti proziran i bez mirisa
  - urin će biti makroskopski čist, svjetlo žute boje, bez mirisa i sedimenta
  - ubodna mjesta intravaskularnih katetera će biti bez znakova infekcije
  - rana i mjesta incizije će ostati čista, bez crvenila i purulentne sekrecije
  - uzorci prikupljeni i poslani na bakteriološku analizu će ostati sterilni
2. Pacijent će usvojiti znanja o načinu prijenosa i postupcima sprečavanja infekcije, demonstrirati će pravilnu tehniku pranja ruku.
3. Pacijent će znati prepoznati znakove i simptome infekcije.

## INTERVENCIJE

1. Mjeriti vitalne znakove (tjelesnu temperaturu afebrilnim pacijentima mjeriti dva puta dnevno, te izvijestiti o svakom porastu iznad 37°C).
2. Pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima.
3. Pratiti izgled izlučevina.
4. Bronhalni sekret poslati na bakteriološku analizu.
5. Poslati urin na bakteriološku analizu prije uvođenja urinarnog katetera.
6. Urin iz urinarnog katetera poslati na bakteriološku analizu.
7. Vrh urinarnog katetera nakon promjene poslati na bakteriološku analizu.
8. Učiniti brisove:
  - operativne rane
  - vrha endovenoznog katetera
  - mjesta insercije katetera







## SESTRINSKE DIJAGNOZE

9. Održavati higijenu ruku prema standardu.
10. Obučiti zaštitne rukavice prema standardu.
11. Primijeniti mjere izolacije pacijenata prema standardu.
12. Obučiti zaštitnu odjeću prema standardu
  - kapa,
  - maska,
  - ogrtač,
  - nazuvci za cipele,
  - naočale.
13. Poučiti posjetitelje higijenskom pranju ruku prije kontakta s pacijentom.
14. Poučiti posjetitelje ponašanju u uvjetima izolacije.
15. Održavati higijenu prostora prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP).
16. Ograničiti širenje mikroorganizama u okolinu zrakom (prašina, rastresanje posteljnog rublja, održavanje filtera klima-uređaja i sl).
17. Prikupiti i poslati uzorke za analizu prema pisanoj odredbi liječnika (urin, krv, sputum, drenaža, brisovi i sl.), te evidentirati i izvijestiti o nalazu.
18. Podučiti pacijenta važnosti održavanja higijene ruku.
19. Pomoći oprati ruke pacijentu.
20. Održavati higijenu perianalne regije nakon eliminacije prema standardu.
21. Provoditi higijenu usne šupljine prema standardu.
22. Aspiracija dišnog puta prema standardu.
23. Uvoditi i održavati intravenozne / arterijske katetere prema standardu.
24. Održavati drenažne katetere prema standardu.
25. Aseptično previjanje rana.
26. Njega i previjanje stoma prema standardu.
27. Zbrinuti infektivni i oštri materijal prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP).
28. Pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije.
29. Održavati setove i instrumente prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP).
30. Njega i.v. i arterijalnog katetera, urinarnih katetera, ET tubusa, trahealnih kanila, NG sonda i prema standardu
31. Provoditi mjere sprečavanja respiratornih postoperativnih komplikacija:
  - Provoditi vježbe disanja
  - Provoditi vježbe iskašljavanja
  - Provoditi aktivne i pasivne vježbe ekstremiteta
  - Mijenjati drenažne položaje
32. Održavati optimalne mikroklimatske uvjete
33. Primijeniti antibiotsku profilaksu prema pisanoj odredbi liječnika





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### 34. Educirati pacijenta i obitelj:

- O čimbenicima rizika za nastanak infekcije
- O načinu prijenosa infekcije
- O mjerama prevencije infekcije
- O ranim simptomima i znakovima infekcije
- O zbrinjavanju infektivnog otpada

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Tijekom hospitalizacije nije došlo do pojave infekcije
  - tjelesna temperatura pacijenta je \_\_\_\_\_°C
  - mikrobakteriološki nalazi uzoraka su sterilni
  - nema pojačane sekrecije iz dišnih putova, iskašljaj je serozan
  - urin je bistar svjetlo žute boje bez mirisa i sedimenta
  - nema znakova infekcije na mjestu insercije i.v ili i.a katetera
  - rana je bez simptoma i znakova infekcije, cijeli per primam
2. Pacijent demonstrira pravilnu tehniku pranja ruku
3. Pacijent nabraja simptome infekcije
4. Pacijent nabraja čimbenike rizika za nastanak infekcije
5. Došlo je do pojave infekcije:
  - operativna rana je crvena, inflamirana, gnojna
  - mikrobakteriološka analiza uzorka pokazuje prisutnost patogenih mikroorganizama.
  - urin je mutan, zaudara, pacijent se tuži na bol u donjem dijelu trbuha
  - na mjestu insercije i.v ili i.a katetera pojavilo se crvenilo, bol i pečenje
  - tjelesna temperatura je \_\_\_\_\_°C





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### VISOK RIZIK ZA OPSTIPACIJU

**Definicija** - Rizik za izostanak ili smanjenje učestalosti stolice (manje od učestalih navika pojedinca) popraćeno otežanim i / ili nepotpunim pražnjenjem crijeva.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA:

1. Prikupiti podatke o posljednjoj defekaciji i karakteristikama stolice.
2. Prikupiti podatke o uobičajenim navikama vezano uz defekaciju.
3. Prikupiti podatke o uporabi lijekova i laksativa: opijati, antacidi na bazi aluminija, antikolinergici.
4. Prikupiti podatke o prehranbenim navikama i unosu tekućine.
5. Procijeniti razinu pokretljivosti.
6. Prikupiti podatke o mogućim neurološkim bolestima: multipla skleroza, Parkinsonova bolest...
7. Prikupiti podatke o stanju perianalne regije.

#### KRITIČNI ČIMBENICI:

1. Promjena okoline (bolnička sredina)
2. Odsutnost privatnosti
3. Smanjena privatnost
4. Smanjen motilitet probavnog trakta
5. Zatamljivanje osjećaja za defekaciju
6. Smanjena fizička aktivnost
7. Slabost abdominalne muskulature
8. Neadekvatan unos hrane
9. Neadekvatan unos tekućine
10. Dehidracija
11. Smanjen unos prehranbenih vlakana (npr. integralne žitarice)
12. Psihički čimbenici
13. Primjena određenih lijekova (hipnotika, lijekova protiv bolova, diuretika...)
14. Prekomjerno korištenje laksativa
15. Trudnoća
16. Bolesti debelog crijeva: tumori, Hirsprungova bolest, postoperacijske opstrukcije...
17. Disbalans elektrolita
18. Hemoroidi
19. Osjećaj boli i/ili nelagodje pri defekaciji





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### CILJEVI

1. Pacijent neće biti opstipiran tijekom hospitalizacije.
2. Pacijent će imati redovitu eliminaciju meke, formirane stolice, najmanje svaka tri dana.
3. Pacijent će znati prepoznati uzroke nastanka opstipacije.
4. Pacijent će znati primjenjivati mjere sprečavanja opstipacije.
5. Pacijent neće osjećati abdominalnu bol, nelagodu, punoću crijeva i nelagodu pri defekaciji.

### INTERVENCIJE

1. Procijeniti pacijenta s ciljem utvrđivanja ranih znakova opstipacije.
2. Poticati pacijenta da dnevno unese 1500 - 2000 ml tekućine, ukoliko nije kontraindicirano.
3. Poštivati pacijentove želje vezano uz konzumiranje tekućine – u skladu s mogućnostima i ukoliko nije kontraindicirano: hladna voda, čaj sa šećerom ili saharinom...
4. Ponuditi pacijentu topli napitak uz doručak: čaj, kava, ukoliko nije kontraindicirano.
5. Omogućiti dostupnost tekućine pacijentu nadohvat ruke.
6. Poticati pacijenta da dnevno unosi barem 20 g prehrambenih vlakana (npr. integralne žitarice).
7. Poticati pacijenta da jede 5 - 9 voćki dnevno.
8. Uvažavati pacijentove želje vezano uz izbor voća i povrća – u skladu s mogućnostima i ukoliko nije kontraindicirano.
9. Poticati pacijenta na redovitu fizičku aktivnost; minimalno 15 - 20 min dnevno.
10. Savjetovati pacijentu konzumaciju napitaka i namirnica koje potiču defekaciju: suhe šljive, smokve, mineralni napici, sjemenke...
11. Poticati pacijenta na ustajanje iz kreveta.
12. Poticati pacijenta da provodi jednostavne vježbe u skladu sa svojim mogućnostima.
13. Poticati pacijenta da šeće.
14. Poticati pacijenta da vježba u krevetu - odizanje zdjelice, abdukcija i adukcija ruku...
15. Poticati pacijenta na promjene položaja u krevetu.
16. Poticati pacijenta da privlači koljena abdomenu.
17. Poticati pacijenta na duboko disanje s uvlačenjem trbuha.
18. Postupno povećavati razinu aktivnosti pacijenta sukladno toleranciji napora.
19. Pokazati pacijentu toalet i način uporabe, te poticati njegovu uporabu.
20. Osigurati čist i uredan toalet.
21. Poticati pacijenta na defekaciju sukladno uobičajenim navikama.
22. Uputiti pacijenta da ne zatambljuje podražaj na defekaciju.
23. Pacijentu postaviti zvono na dohvat ruke.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

24. Omogućiti pacijentu odlazak na toalet 15 - 20 min nakon obroka, posebice nakon doručka.
25. Ponuditi pacijentu sani - kolica.
26. Ponuditi pacijentu noćnu posudu.
27. Koristiti zagrijanu noćnu posudu.
28. Postaviti pacijenta u visoki Fowlerov položaj s nogama savijenim u koljenima za defekaciju u krevetu.
29. Osigurati privatnost.
30. Nakon defekacije provjetriti sobu.
31. Omogućiti pacijentu da opere ruke.
32. Oprati pacijentu ruke.
33. Svaku defekaciju i karakteristike stolice dokumentirati.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA

1. Pacijent nije opstipiran, ima eliminaciju meke, formirane stolice tri puta tjedno.
2. Pacijent prepoznaje i primjenjuje mjere sprečavanja opstipacije - nabrojiti ih.
3. Pacijent ne osjeća abdominalnu bol, nelagodu, punoću crijeva i nelagodu pri defekaciji.
4. Pacijent nije imao stolicu \_\_\_\_\_ dana.



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### VISOK RIZIK ZA OZLJEDE

**Definicija** - Visok rizik za ozljede jest prijetuća opasnost od ozljede uslijed interakcije uvjeta u okolini s prilagodbenim i obrambenim mogućnostima pojedinca.

#### PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. Prikupiti podatke o vidu.
2. Prikupiti podatke o sluhu.
3. Prikupiti podatke o kvaliteti osjeta (hladno / toplo).
4. Procijeniti stanje svijesti (orijentiranost, smetenost, nemir...).
5. Prikupiti podatke o mogućnosti samozbrinjavanja.
6. Prikupiti podatke o korištenju lijekova.
7. Prikupiti podatke o mogućnostima signalizacije.  
(zvono, uporaba telefona, kontakt hitne pomoći)
8. Procijeniti postojanje opasnosti u okolini pacijenta.
9. Prikupiti podatke o životnim aktivnostima.
10. Procijeniti rizik za ozljede pomoću Morseove skale za ozljede: prethodni padovi, druge medicinske dijagnoze, pomagala pri kretanju, stav/premještanje, mentalni status.

#### KRITIČNI ČIMBENICI

1. Transport pacijenta
2. Čimbenici u okolini, npr. građevinske prepreke
3. Neadekvatna obuća i odjeća
4. Kemijski: otrovi, lijekovi, alkohol, kofein, nikotin
5. Smanjena sposobnost orijentacije u prostoru
6. Pothranjenost
7. Glad
8. Lijekovi: sedativi, vazodilatatori, antihipertenzivi, diuretici
9. Promjene u krvnoj slici - niska razina hemoglobina
10. Hipoksija tkiva
11. Vrtoglavica
12. Dehidracija
13. Umor
14. Ortostatska hipotenzija
15. Poremećaj ravnoteže
16. Nesvjestica
17. Hipoglikemija
18. Amputacija





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

19. Neurološke bolesti
20. Senzorna disfunkcija
21. Smanjena pokretljivost
22. Trudnoća
23. Razvojna dob
24. Ortopedska pomagala
25. Nedostatak spoznaje o ograničenjima
26. Odgovor na kirurški zahvat na sedaciju i anesteziju

### CILJEVI

1. Pacijent će znati prepoznati faktore koji povećavaju rizik za ozljede.
2. Pacijent će znati koristiti sigurnosne mjere za sprečavanje ozljeda.
3. Pacijent će odabrane preventivne mjere za sprečavanje ozljeda demonstrirati.

### INTERVENCIJE

1. Upoznati pacijenta s nepoznatom okolinom.
2. Objasniti pacijentu sustav za poziv u pomoć te procijeniti sposobnost pacijenta da ga koristi.
3. Omogućiti siguran transport pacijenta: zaštitne ograde, zakočeni kotači.
4. Osigurati uporabu noćnog svjetla.
5. Poticati pacijenta da traži pomoć tijekom noći.
6. Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta i zajedno s njim izraditi plan dnevne aktivnosti.
7. Objasniti pacijentu nuspojave lijekova koji utječu na budnost, vrtoglavicu.
8. Bolesnički krevet spustiti na optimalnu razinu.
9. Omogućiti optimalno osvjetljenje u bolesničkoj sobi.
10. Označiti rub stuba svijetlom bojom.
11. Omogućiti uporabu termometra prilikom kupanja.
12. Upozoriti pacijenta na korištenje slušnog aparata.
13. Objasniti pacijentu da prilikom ustajanja iz kreveta najprije sjedi u krevetu nekoliko minuta a potom ustane iz kreveta pridržavajući se za stolicu, štap, štaku.
14. Pomoći pacijentu prilikom ustajanja.
15. Pomoći pacijentu namjestiti pomagalo.
16. Namjestiti pacijentu pomagalo.
17. Objasniti pacijentu da izbjegava podizanje stvari s poda.
18. Naučiti pacijenta uporabi ortopedskih pomagala: štap, štaka...
19. Uputiti pacijenta kako koristiti držače za ruke.
20. Preporučiti prikladnu obuću i adekvatna pomagala s gumenim podlogama.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

21. Pratiti pacijentovu opću kondiciju, mišićnu snagu i sposobnost obavljanja dnevnih aktivnosti.
22. Ukloniti iz prostora u kojem pacijent boravi sve nepotrebne stvari.
23. Rasporediti namještaj tako da ne smeta pacijentu.
24. Procijeniti činitelje u okolini koji utječu na pacijentovo kretanje i s ukućanima napraviti plan potrebnih promjena, pratiti i poticati njihovo izvršavanje.
25. Savjetovati ukućane kako povećati nadzor nad pacijentom.
26. Pomoći u nabavci i primjeni određenih pomoćnih sredstava za kretanje i ostale životne aktivnosti. Objasniti i pokazati njihovu primjenu.
27. Poticati pacijenta na sudjelovanje u izradi plana održavanja fizičke pokretnosti, uravnoteženog odmora i aktivnosti.
28. Poticati pacijenta da provodi preporučene vježbe.
29. Pad dokumentirati u sestrinsku dokumentaciju.
30. Savjetovati pacijenta na redovite kontrole vida i sluha.
31. Držati vrata otvorena osim za vrijeme trajanja izolacije.
32. Učiniti okolinu sigurnom.
33. Nadzirati pacijenta kontinuirano ili po pisanom nalogu liječnika.

### MOGUĆI ISHODI / EVALUACIJA:

1. Pacijent nabraja i prepoznaje faktore koji povećavaju rizik za ozljede (vrti mu se prilikom ustajanja, zamagli mu se pred očima prilikom uspravljanja iz sagnutog položaja).
2. Pacijent koristi sigurnosne mjere za sprečavanje ozljeda, pridržava se za rub kreveta, hoda uz zid.
3. Pacijent koristi odabrane preventivne mjere za sprečavanje ozljeda, pozove sestru da odmakne infuzijski stalak, traži protuklizajuću podlogu za tuširanje, ne silazi s kreveta kada je mokar pod.
4. Pacijent se ne pridržava preporučenih mjera za sprečavanje pada, hodalicu ostavlja daleko od kreveta, sagiba se unatoč preporuci da traži pomoć.
5. Pacijent je pao \_\_\_\_\_ - opisati.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### MORESOVA SKALA

- 45 i više bodova: VISOK RIZIK
- 25 do 44 bodova: UMJEREN RIZIK
- 0 do 24 bodova: NIZAK RIZIK

ČIMBENIK RIZIKA	OPIS	BODOVI
Prethodni padovi	DA	25
	NE	0
Druge medicinske dijagnoze	DA	15
	NE	0
Pomagala pri kretanju	Namještaj	30
	Štake, štap, hodalica	15
	Ne koristi pomagala, mirovanje u krevetu, kretanje uz pomoć medicinske sestre / tehničara, invalidska kolica	0
Infuzija	DA	20
	NE	0
Stav / premještanje	Oštećenje (nestabilan, poteškoće pri uspravljanju tijela)	20
	Slab	10
	Normalan, miruje u krevetu, nepokretan	0
Mentalni status	Zaboravlja ograničenja	15
	Orijentiran u odnosu na vlastitu pokretljivost	0





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### KORIŠTENJA LITERATURA

1. Gonce Morton, P. Fontaine, D. K., Hudak, C. M., Gallo, B.M., Critical care nursing-A holistic approach, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005.
2. Brunner & Suddarth's, Smeltzer, S. C., Bare, B., Textbook Of Medical-Surgical Nursing, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005.
3. Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Nursing Diagnosis Handbook, Mosby, St.Louis, 2004.
4. Gulanick, M., Myers, J. L., Kolpp A., Galenes S., Gradishar, D., Puzas M., Nursing Care Plans, Nursing Diagnoses and Intervention, Mosby, St.Louis, 2003.
5. DeWit C. S., Fundamental concepts and skills for nursing, Saunders, Philadelphia, 2001.
6. Puderbaugh Ulrich, S., Weyland Canale, S., Nursing care planning guides, Elsevier Saunders, St.Louis, 2001.
7. North American Nursing Diagnosis Association Nursing diagnoses, Definitions & Classification 2001 -2002. Philadelphia, USA, 2001.
8. Carpenito, L. J., Handbook of Nursing Diagnosis, Lippincott, Philadelphia, 1997.
9. Swearingen, P. L., Hicks Keen, J., Critical Care Nursing, Mosby, St.Louis:2001.
10. Sparks, S. M., Taylor, C. M., Nursing Diagnosis Reference Manual, Springhouse corp, Pennsylvania, 2001.
11. Zdrave vijesti (br 14/ Srpanj-Kolovoz/ godina II, str 57), Zagreb, 2010.
12. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku Edukaciju, 1996.

### E-LITERATURA:

1. [http://books.google.hr/books?id=ZCzDj7D4PEYC&pg=PA735&dq=nursing+diagnosis+carpenito+12+edition&hl=hr&ei=K2G7TJWiJ8uNjAfluJm3Aw&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCYQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.hr/books?id=ZCzDj7D4PEYC&pg=PA735&dq=nursing+diagnosis+carpenito+12+edition&hl=hr&ei=K2G7TJWiJ8uNjAfluJm3Aw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCYQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)
2. <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/Constructor/index.cfm?plan=21>
3. <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/Constructor/index.cfm?plan=37>
4. <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/Constructor/index.cfm?plan=38>
5. <http://www.wrongdiagnosis.com/o/obesity/intro.htm>
6. <http://www.wrongdiagnosis.com/sym/dysphagia.htm>





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

7. [http://www.medicinenet.com/obesity\\_weight\\_loss/article.htm#tocb](http://www.medicinenet.com/obesity_weight_loss/article.htm#tocb)
8. [http://nursingcareplan.blogspot.com/2009/02/ncp-nursing-diagnosis-imbalanced\\_05.html](http://nursingcareplan.blogspot.com/2009/02/ncp-nursing-diagnosis-imbalanced_05.html)
9. [http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/lose\\_wt/bmi\\_dis.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/lose_wt/bmi_dis.htm)
10. <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/47/energije.htm>
11. [http://www.uppt.hr/index.php?option=com\\_content&view=article&catid=1:7-pitanja&id=1:znate-li-to-je-prekomjerna-tjelesna-tein](http://www.uppt.hr/index.php?option=com_content&view=article&catid=1:7-pitanja&id=1:znate-li-to-je-prekomjerna-tjelesna-tein)
12. <http://adam.about.com/encyclopedia/Swallowing-difficulty.htm>
13. <http://nursingcareplan.blogspot.com/2009/02/ncp-nursing-diagnosis-imbalanced.html>
14. [http://nursingcareplan.blogspot.com/2009/02/ncp-nursing-diagnosis-imbalanced\\_05.html](http://nursingcareplan.blogspot.com/2009/02/ncp-nursing-diagnosis-imbalanced_05.html)
15. <http://www.bmi-calculator.net/bmr-calculator/harris-benedict-equation/>
16. <http://www.aafp.org/afp/20000415/2453.html>
17. <http://www.healthscout.com/ency/1/003115.html>
18. [http://coursewareobjects.elsevier.com/objects/elr/Ackley/NDH8e/constructor/careplan\\_169.php](http://coursewareobjects.elsevier.com/objects/elr/Ackley/NDH8e/constructor/careplan_169.php)
19. <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/Constructor/index.cfm?plan=04>
20. <http://www.msdlatinamerica.com/ebooks/NursingDiagnosisApplicationtoClinicalPractice/sid385799.html>
21. <http://www.centar-zdravlja.net/clanci/zdravlje-opcenito/12/2045/dehidracija-uzroci-simptomi-i-prevencija/>
22. <http://www.medicinenet.com/dehydration/article.htm>
23. <http://www.wrongdiagnosis.com/d/dehydration/intro.htm>
24. <http://www.docstoc.com/docs/20049872/NURSING-CARE-PLAN-Deficient-Fluid-Volume>
25. <http://nursing-concept.blogspot.com/2009/02/nursing-care-plans-with-nursing.html>
26. [http://hr.wikipedia.org/wiki/Indeks\\_tjelesne\\_mase](http://hr.wikipedia.org/wiki/Indeks_tjelesne_mase)
27. <http://en.wikipedia.org/wiki/Obesity>
28. <http://www.bmi-calculator.net/waist-to-hip-ratio-calculator/waist-to-hip-ratio-chart.php>
29. [http:// 2.bp.blogspot.com](http://2.bp.blogspot.com)





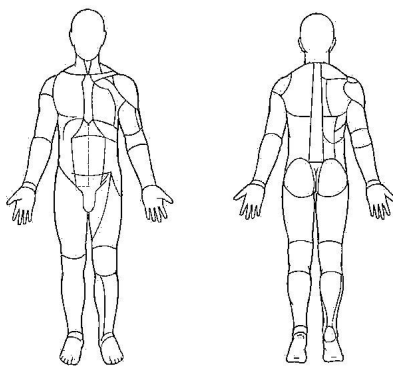
## SESTRINSKE DIJAGNOZE

30. [http:// www.lifenurses.com/nursing-care-plans-for-dementia/](http://www.lifenurses.com/nursing-care-plans-for-dementia/)
31. <mhtml://Toileting Self – Care Deficit.mht>
32. <mhtml: file://E:\ Self Care Deficit Dressing and Grooming.mht>
33. <mhtml: file://E:\ Nursing Care Plan: NCP Nursing Diagnosis: Self- Care Deficit>
34. <mhtml:file://E:\ Self Care Deficit Bathing.mht>
35. [www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/Constructor/index.cfm?plan=49](http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/Constructor/index.cfm?plan=49)<http://>
36. <http://nursingcareplan.blogspot.com/2009/07/ncp - nursing-diagnosis-ineffective-3868.h...>
37. [www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/Constructor/index.cfm?plan=08](http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/Constructor/index.cfm?plan=08)<http://>
38. <http://nursingcareplan.blogspot.com/2009/01/ncp-nursing-diagnosis-disturbed-sleep.html>
39. [http://books.google.hr/books?id=ZCzDj7D4PEYC&pg=PA735&dq=nursing+diagnosis+carpenito+12+edition&hl=hr&ei=K2G7TJWj8uNjAfluJm3Aw&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCYQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.hr/books?id=ZCzDj7D4PEYC&pg=PA735&dq=nursing+diagnosis+carpenito+12+edition&hl=hr&ei=K2G7TJWj8uNjAfluJm3Aw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCYQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)



USTANOVA		<b>SESTRINSKA LISTA</b>	
Matični broj MBG	Datum i sat prijama	Način prijama Hitni <input type="checkbox"/> Redovni <input type="checkbox"/> Premještaj <input type="checkbox"/>	Odjel
Ime i prezime	Datum rođenja	Adresa i br. telefona	Zanimanje
	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>		Radni status
Med. dijagnoza		Osoba za kontakt (ime, prezime, adresa, br. telefona)	
		Osiguranje	
Izabrani liječnik	Patronažna sestra - D. Z.	Planirani otpust.....Stvarni..... kući <input type="checkbox"/> druga ustanova <input type="checkbox"/> sanitet <input type="checkbox"/> vlastiti prijevoz <input type="checkbox"/>	
Broj hospitalizacije		Obitelj udomitelja-skrbnika	
Alergije DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	LIJEKOVI..... OSTALO.....		
Procjena samostalnosti	0 - nije ovisan <input type="checkbox"/>	2 - ovisan u višem stupnju <input type="checkbox"/>	4 - potpuno ovisan <input type="checkbox"/>
	1 - ovisan u manjem stupnju <input type="checkbox"/>	3 - ovisan u visokom stupnju <input type="checkbox"/>	
Samozbrinjavanje	higijena - 0, 1, 2, 3, 4 hranjenje - 0, 1, 2, 3, 4	eliminacija - 0, 1, 2, 3, 4 oblačenje - 0, 1, 2, 3, 4	ostalo
Fizičke aktivnosti	hodanje - 0, 1, 2, 3, 4 premještanje - 0, 1, 2, 3, 4	sjedenje - 0, 1, 2, 3, 4 stajanje - 0, 1, 2, 3, 4	okretanje - 0, 1, 2, 3, 4 ostalo
Oprema i pomagala	štake <input type="checkbox"/> štap <input type="checkbox"/> hodalica <input type="checkbox"/> kolica <input type="checkbox"/> proteza <input type="checkbox"/> trapez <input type="checkbox"/>	ostala pomagala i osobitosti	
Podnošenje napora	DA <input type="checkbox"/> osobitosti NE <input type="checkbox"/>		
Prehrana	Dijeta	oralna prehrana <input type="checkbox"/> parenteralna prehrana <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> stoma <input type="checkbox"/> ostalo.....	
Apetit	normalan <input type="checkbox"/> povećan <input type="checkbox"/> smanjen <input type="checkbox"/> mučnina <input type="checkbox"/> povraćanje <input type="checkbox"/> uzrok.....	Žvakanje bez teškoća <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> uzrok.....	
Gutanje	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> ostalo.....uzrok.....	Zubna proteza DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....	
Sluznica	normalna <input type="checkbox"/> suha <input type="checkbox"/> naslage <input type="checkbox"/> oštećena <input type="checkbox"/>	Osobitosti i opis	
Eliminacija Eliminacija stolice	Zadnja defekacija .....	inkontinencija <input type="checkbox"/> proljev <input type="checkbox"/> opstipacija <input type="checkbox"/> ileostoma <input type="checkbox"/> kolostoma <input type="checkbox"/> rektalno pražnjenje <input type="checkbox"/> ostalo.....	
Eliminacija urina	normalna <input type="checkbox"/> inkontinencija <input type="checkbox"/> vrsta inkontinencije..... urin. kateter <input type="checkbox"/> zadnja promjena.....urostoma <input type="checkbox"/>	osobitosti	
Znojenje	normalno <input type="checkbox"/> smanjeno <input type="checkbox"/> povećano <input type="checkbox"/>	Drenaža	
Iskašljavanje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> sluz <input type="checkbox"/> gnoj <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/>	osobitosti	Kašalj DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....
Perceptivne sposobnosti	Vid dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> slijep <input type="checkbox"/>	Naočale <input type="checkbox"/> leće <input type="checkbox"/> Očna proteza <input type="checkbox"/>	osobitosti
Sluh	dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> gluh <input type="checkbox"/> ostalo.....	Slušni aparat DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Drugo	osobitosti
Bol	DA <input type="checkbox"/> opis bola (lokalizacija, jačina, vrsta...)..... NE <input type="checkbox"/>		
Govor	bez teškoća <input type="checkbox"/> afazija <input type="checkbox"/> ostalo		
Spavanje	Nesanica DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti spavanja..... Hodanje u snu DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		



<b>Svijest</b>	očuvana <input type="checkbox"/> somnolencija <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/> ostalo.....		Procjena na Glasgow koma skali.....
	iluzije <input type="checkbox"/> halucinacije <input type="checkbox"/> konfuzija <input type="checkbox"/> ostali poremećaji svijesti.....		
<b>Seksualnost</b>	Prva menstruacija..... Zadnja menstruacija.....	Osobitosti vezane uz spolnost	
<b>Aktivnosti koje utječu na zdravlje</b>	Pušenje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> kom/dan...../god.....	Alkohol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> količina/dan...../god.....	droge..... ostalo.....
<b>Prihvatanje zdravstvenog stanja</b>	neprihvatanje <input type="checkbox"/> prilagođivanje <input type="checkbox"/> prihvatanje <input type="checkbox"/> ostali oblici ponašanja.....		
<b>Vjerska uvjerenja</b>	ograničenja..... potrebe.....	<b>Samopercepcija</b> sigurnost, strah...	
<b>Doživljavanje hospitalizacije</b>			
<b>FIZIKALNI PREGLED</b> pregledavanje		visina..... težina.....ITM.....	<b>Promjena tjelesne težine</b>
<u>Puls/min</u>	<u>Temperatura i način mjerenja</u>	<u>Krvni tlak:</u> D.R..... L.R.....	
<u>Disanje i osobitosti</u>			
<u>Koža - izgled i promjene</u>		<u>Glava i vrat</u>	
<u>Braden skala - bodovi</u>			<u>Legenda:</u> D=Dekubitus E=Edemi H=Hematom R=Oštećenja tkiva .....
<u>Toraks</u>			
<u>Abdomen</u>			
<u>Gornji ekstremiteti</u>			<u>Kateteri</u>
<u>Donji ekstremiteti</u>			CVK-mjesto:..... Dat. uvođenja:..... Tko je uveo:
<b>Terapija koju uzima:</b>			
<b>Znanje o:</b>	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	<b>Rizik za:</b> pad <input type="checkbox"/> povrede <input type="checkbox"/> infekciju <input type="checkbox"/> ostalo.....	<u>I.V. kanila:</u> mjesto..... izgled.....
<u>bolesti</u>	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	<b>Elektrostimulator:</b> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	<u>Nazogastrična sonda:</u> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
<u>terapiji</u>	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>		<u>Tubus</u>
<u>načinu života</u>	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>		
<b>Sestrinske dijagnoze</b>			
<b>Osobitosti o pacijentu:</b>			
<b>Potpis med. sestre, broj registra</b>			

Legenda: 0-nije ovisan=samostalan, 1-ovisan u manjem stupnju=treba pomagalo, 2-ovisan u višem stupnju=treba pomoć druge osobe, 3-ovisan u visokom stupnju=treba pomagalo i pomoć druge osobe, 4-potpuno ovisan



IME I PREZIME:

MATIČNI BROJ:

ODJEL:

3a

**SAŽETAK PRAĆENJA STANJA PACIJENTA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE**

DATUM	HIGIJENA	HRANJENJE	ELIMINACIJA	OBLAČENJE	HODANJE	PREMJEŠTANJE	SJEDANJE	STAJANJE	OKRETANJE	PREHRANA -DIJETA	PODNOŠENJE NAPORA	BOL	GLASGOW KOMA/TRAUMA SKOR SKALA	BRADEN SKALA	RIZIK ZA PAD	KATEGORIZACIJA

UPISATI STUPNJEVE I BODOVE

**SAŽETAK TRAJNOG PRAĆENJA POSTUPAKA**

DATUM	I.V. KANILA	URINARNI KATETER	CENTRALNI VENSKI KATETER	DRENAŽA	STOMA	OSTALO

Upisati: datum postavljanja, mjesto postavljanja, izgled mjesta insercije (promjene), uzimanje mikrobioloških uzoraka; uz svaku bilješku obavezan je potpis med. sestre.





USTANOVA

**TRAJNO PRAĆENJE STANJA PACIJENTA (DECURSUS)**

DATUM/SAT	IME I PREZIME:	MATIČNI BROJ:	ODJEL:	POTPIS M.S.





# PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE

6

USTANOVA

Ime i prezime:	Datum rođenja:	Odjel:	Matični broj:
----------------	----------------	--------	---------------

Sestrinska dijagnoza po prioritetu:	Cilj po prioritetu:
-------------------------------------	---------------------

DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUACIJA

Potpis VMS, broj registra:









# PROCJENA BOLA

9

Ime i prezime:	Odjel:	Matični broj:
----------------	--------	---------------

**LEGENDA**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bez bola	podnošljiva bol			jaka bol			vrlo jaka bol			nepodnošljiva bol

Početak bola:.....

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:						
<b>Opis bola:</b>				<b>Vrijeme javljanja:</b>				<b>Reakcija na bol:</b>				<b>Trajanje bola:</b>							
<input type="checkbox"/> oštra bol		<input type="checkbox"/> na pritisak		<input type="checkbox"/> neočekivano		<input type="checkbox"/> mirovanje		<input type="checkbox"/> akutno		<input type="checkbox"/> žareća bol		<input type="checkbox"/> na lupkanje		<input type="checkbox"/> u mirovanju		<input type="checkbox"/> plakanje		<input type="checkbox"/> kronično	
<input type="checkbox"/> pulsirajuća bol		<input type="checkbox"/> na dodir		<input type="checkbox"/> u kretanju		<input type="checkbox"/> bljedilo kože		<input type="checkbox"/> UČESTALOST		<input type="checkbox"/> grčevita bol - kolike		<input type="checkbox"/> spontano		<input type="checkbox"/> kratko poslije jela		<input type="checkbox"/> znojenje		<input type="checkbox"/> kontinuirano	
<input type="checkbox"/> sjevajuća bol		.....		<input type="checkbox"/> danju		<input type="checkbox"/> mučnina/povraćanje		<input type="checkbox"/> često		<input type="checkbox"/> šetajuća bol		.....		<input type="checkbox"/> noću		<input type="checkbox"/> širenje zjenica		<input type="checkbox"/> povremeno	
<input type="checkbox"/> .....		.....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		.....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....	
<b>Postupci sestre:</b>																			
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>											
												<b>Potpis med. sestre:</b>							

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>					
												<b>Potpis med. sestre:</b>	

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>					
												<b>Potpis med. sestre:</b>	

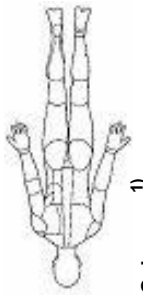
Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>					
												<b>Potpis med. sestre:</b>	

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>					
												<b>Potpis med. sestre:</b>	

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija
<b>Primjena analgetika:</b>				<b>Ostali postupci:</b>				<b>Evaluacija:</b>					
												<b>Potpis med. sestre:</b>	



## LISTA ZA PRAĆENJE DEKUBITUSA

IME I PREZIME:		DOB:												MB:												ODJEL:																							
DATUM:		2				4				6				8				10				12				14				16				18				20				22				24			
 Opis rane <sup>1)</sup> I.°, II.°, III.°, IV.°, N, INF, K		Sat																																															
		Leda																																															
		L bok																																															
		D bok																																															
VELIČINA RANE (širina, dubina, dužina)																																																	
OKOLNO TKIVO (macerirano, upaljeno)																																																	
RUBOVI RANE (crvenilo, džepovi, granulacija)																																																	
KOLIČINA SEKRECIJE (mala, srednja, jaka)																																																	
POSTUPAK S RANOM																																																	
ANTIDEKUBITALNA POMAGALA																																																	
UČESTALOST PRIJEVOJA																																																	
BRADEN SKALA																																																	
EVALUACIJA																																																	
POTPIS MEDICINSKE SESTRE																																																	

1) I.° - CRVENILO - ne povlači se; II.° - OŠTEĆENJE EPIDERMA; III.° - OŠTEĆENJE POTKOŽNOG TKIVA; IV.° - ZAHVAĆEN MIŠIĆ (kost, tetiva);  
 N - NEKROZA; INF - POSTOJI INFEKCIJA; B - INTAKTNI MJEHUR ISPUNJEN TEKUĆINOM (BULA); E - ESKARA



# NADZORNA LISTA RIZIČNIH POSTUPAKA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

IME I PREZIME:..... MATIČNI BROJ:..... ODJEL:.....

Datum	Vrijeme	Postupak	Moguće komplikacije	Potpis liječnika	Datum, vrijeme	Postupci med. sestre	Potpis med. sestre

Lista služi za upis mogućih komplikacija nakon medicinsko-tehničkih postupaka kod pacijenata kod kojih je prisutan veći rizik za pojavu komplikacija.





USTANOVA

## IZVJEŠĆE O INCIDENTU (SPRIJEČENOM ILI NASTALOM)

Ime i prezime	Matični broj	Odjel
Datum izvješća	Datum incidenta	Vrijeme incidenta
<b>MJESTO INCIDENTA:</b>		
<b>Opis incidenta (spriječenog ili nastalog):</b>	<input type="checkbox"/> bolnička soba <input type="checkbox"/> kupaonica <input type="checkbox"/> hodnik <input type="checkbox"/> operacijska soba <input type="checkbox"/> drugo mjesto:	
	<b>Uzrok incidenta:</b>	<b>Vrsta incidenta:</b>
	<input type="checkbox"/> pad <input type="checkbox"/> terapija <input type="checkbox"/> opekotina <input type="checkbox"/> drugo:	
Izvješće medicinske sestre		
Izvješće bolesnika		
Izvješće druge osobe		
Odredbe liječnika po incidentu	Terapija:	
	Potpis liječnika	
Odredbe i postupci medicinske sestre		
Potpis medicinske sestre .....		

OSTALE NAPOMENE (materijalna šteta i slično):

Obavijest dostaviti:

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

Potpis med. sestre ..... Radno mjesto ..... Datum .....





USTANOVA

## OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE

Pacijent	Datum rođenja	Adresa Tel.:	Grad/gradsko područje
Zakonski određen skrbnik	Srodstvo	Adresa skrbnika Tel.:	
Datum prijama	Vrijeme otpusta (datum, sat)	Klinika/Odjel	
Medicinska dijagnoza kod otpusta			Izabrani obiteljski liječnik Šifra:

## SOCIJALNI STATUS

Živi sam DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Socijalno stanje	Tko mu može pružiti pomoć po otpustu iz bolnice	U skrb su do prijama u bolnicu bili uključeni
Živi sa:	Korisnik socijalne pomoći <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Suprug-a <input type="checkbox"/> Roditelj <input type="checkbox"/> Djeca <input type="checkbox"/> Brat-sestra <input type="checkbox"/> Prijatelj <input type="checkbox"/> Susjed-a <input type="checkbox"/> Nitko	<input type="checkbox"/> Članovi obitelji <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega u kući..... <input type="checkbox"/> Neprofitna organizacija <input type="checkbox"/> Dostava hrane iz.... <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega koju sam plaća <input type="checkbox"/> Kućna pomoćnica <input type="checkbox"/> Nitko, nije trebalo
U kojem segmentu njega, značajne osobe ne mogu pomoći:			
<input type="checkbox"/> Kod specijalnih postupaka (stoma, nazogastrična sonda, peritonealna dijaliza.....)			
<input type="checkbox"/> U opskrbi rane.....			
<input type="checkbox"/> Kod prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja <input type="checkbox"/> Kod osobne higijene inkontinentnog pacijenta <input type="checkbox"/> Kod kupanja, tuširanja			
<input type="checkbox"/> Drugo:			

## PROVEDENA ZDRAVSTVENA NJEGA U BOLNICI/POSTUPCI

Koliko je pacijent informiran i educiran u bolnici o svom novonastalom zdravstvenom stanju		Nakon novonastalog zdravstvenog stanja, po otpustu iz bolnice, što pacijent zna i može uraditi sam u procesu samozbrinjavanja
Informiran:	Educiran:	
<input type="checkbox"/> Potpuno	<input type="checkbox"/> Potpuno	
<input type="checkbox"/> Djelomično	<input type="checkbox"/> Djelomično	
<input type="checkbox"/> Nikako	<input type="checkbox"/> Nikako	
<input type="checkbox"/> Značajne osobe P	<input type="checkbox"/> Značajne osobe P	
Pacijentu date pisane upute o:		

## UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI

<input type="checkbox"/> Pacijent treba, po otpustu iz bolnice, zdravstvenu njegu u kući		Vremensko razdoblje - nužnost prvih postupaka ZNJ u kući				
<input type="checkbox"/> Informacije patronažnoj MS		<input type="checkbox"/> VRLO HITNO-na dan otpusta		<input type="checkbox"/> Treći dan po otpustu		
<input type="checkbox"/> Informacije MS druge klinike/odjela ili stacionarne ustanove		<input type="checkbox"/> HITNO-prvi dan po otpustu		<input type="checkbox"/> Tjedan dana po otpustu		
.....		<input type="checkbox"/> Drugi dan po otpustu				
Fizičko stanje	Mentalno stanje	Aktivnost	Pokretljivost	Inkontinencija	Prehrana	Tekućina
<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Vrlo loše	<input type="checkbox"/> Pri svijesti <input type="checkbox"/> Apatičan, pasivan <input type="checkbox"/> Konfuzan <input type="checkbox"/> Stuporozan	<input type="checkbox"/> Pokretan <input type="checkbox"/> Hoda uz pomoć <input type="checkbox"/> Vežan na kolica <input type="checkbox"/> Vežan na krevet	<input type="checkbox"/> Puna <input type="checkbox"/> Ograničena <input type="checkbox"/> Vrlo ograničena <input type="checkbox"/> Nepokretan	<input type="checkbox"/> Nije <input type="checkbox"/> Povremeno <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Kompletno	<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne jede	<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne pije
Dekubitus DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Druge rane DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Specijalne potrebe			
Lokalizacija: Stupanj: Veličina: Sekrecija: Procjena rizika po Braden skali:	Tip rane: Lokalizacija: Veličina: Starost rane: Sekrecija: Kratak opis:		<input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Kanila <input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda <input type="checkbox"/> Peritonejska dijaliza <input type="checkbox"/> Kronična hemodijaliza <input type="checkbox"/> Trajna epiduralna analgezija <input type="checkbox"/> Urinarni kateter <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Drugo			



### SESTRINSKE DIJAGNOZE PRI OTPUSTU IZ BOLNICE

Opis pacijentovih problema, uzroka, simptoma

Kategorija pacijenta

I.  II.  III.  IV.

### PREPORUKE ZDRAVSTVENE NJEGE

Preporučeni plan postupaka u ZNJ/Koliko puta u tjednu

### POTREBNI MATERIJALI/POMAGALA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU

- Prevoj, toaleta rane
  - Inkontinencija
  - Retencija urina
  - Klizma
  - Njega stome
  - Njega kanile
  - Hranjenje na sondu
  - Toaleta CVK
  - Hranjenje na sondu
- Drugo:

Opis preporučenog materijala/opreme

### POTREBNA TERAPIJA/LIJEKOVI KOD KUĆE

Popis propisanih lijekova, dnevna doza, način uzimanja

Mogućnost uzimanja/primjene lijekova

- Pacijent može sam redovito uzimati lijekove
- Potrebna kontrola kod uzimanja lijekova
- Pacijentu treba druga osoba davati lijekove
- Potrebna primjena parenteralne terapije

### DRUGI ZDRAVSTVENI RADNICI KOJI SU, UZ LIJEČNIKA, UKLJUČENI U LIJEČENJE U BOLNICI

- Fizioterapeut
- Dijetetičar
- Psiholog
- Logoped
- Drugi:

Daljnji tretman

- DA
- NE

Kada.....

Kome.....

### PACIJENTOVO DOŽIVLJAVANJE OTPUSTA (i njegovih značajnih osoba)

Datum:.....

Potpis VMS odjela.....

Telefon:.....



## Moguće sestrinske dijagnoze

	Sestrinska dijagnoza
<b>PERCEPCIJA I ODRŽAVANJE ZDRAVLJA</b>	Visok rizik za pad
	Neučinkovito održavanje zdravlja
	Ponašanje usmjereno unaprijeđenju zdravlja
	Nesurađivanje
	Sedentranost
	Lutanje
	Učinkovito pridržavanje zdravstvenih preporuka
	Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih preporuka
Visok rizik za ozljede	
<b>PREHRANA – METABOLIZAM</b>	Hipotermija
	Hipertermija
	Visok rizik za poremećaj termoregulacije
	Dehidracija
	Visok rizik za dehidraciju
	Povećan volumen tekućina
	Visok rizik za infekcije
	Poremećaj prehrane- manjkav unos hrane
	Poremećaj prehrane- prekomjeran unos hrane
	Visok rizik za oštećenje tkiva
	Oštećenje sluznice usne šupljine
	Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine
	Otežano gutanje
<b>ELIMINACIJA</b>	Opstipacija
	Visok rizik za opstipaciju
	Proljevanje
	Inkontinencija stolice
	Poremećaj eliminacije urina
	Retencija urina
	Inkontinencija urina (stres, totalna, refleksna, urgentna, funkcionalna)
<b>AKTIVNOSTI</b>	Smanjena mogućnost održavanja osobne higijene
	Smanjena mogućnost hranjenja
	Smanjena mogućnost obavljanja nužde
	Smanjena mogućnost odijevanja/dotjerivanja
	Smanjena mogućnost održavanja domaćinstva
	Smanjena pokretljivost
	Sindrom neuporabe
	Visok rizik za sindrom neuporabe
	Smanjen minutni volumen
	Smanjeno podnošenje napora
	Visok rizik za smanjeno podnošenje napora
	Visok rizik za oštećenje respiratorne funkcije
	smanjena prohodnost dišnih putova
	Oštećena izmjena plinova
	Neučinkovito disanje
<b>SPAVANJE – ODMOR</b>	Nesanica
	Poremećaj spavanja
<b>KOGNITIVNO PERCEPTIVNE FUNKCIJE</b>	Akutna bol
	Kronična bol
	Poremećaj senzorne percepcije (vizualna, slušna, kinestetska, okusna, taktilna, olfaktorna)
	Jednostrano zanemarivanje
	Mučnina
	Autonomna disrefleksija
	Visok rizik za autonomnu disrefleksiju
	Neupućenost
	Spremnost za učenje
	Poremećaj misaonog procesa
	Smetnje pamćenja
	Visok rizik za aspiraciju
Kronična smetenost	



<b>SAMOPERCEPCIJA</b>	Bespomoćnost
	Beznadnost
	Poremećaj osobnog identiteta
	Poremećaj tjelesnog izgleda
	Nisko samopoštovanje
	Kronično nisko samopoštovanje
	Strah
	Anksioznost
	Umor
<b>SEKSUALNA AKTIVNOST I REPRODUKCIJA</b>	Poremećaj seksualne funkcije
	Promijenjen seksualni obrazac
<b>ULOGA I ODNOSI S DRUGIMA</b>	Poremećaj socijalne interakcije
	Usamljenost
	Visok rizik za usamljenost
	Oštećena verbalna komunikacija
	Žalovanje
	Promijenjeni obiteljski odnosi
	Nedostatno roditeljstvo
	Oštećena socijalna interakcija
<b>ŠUČELJAVANJE I TOLERANCIJA NA STRES</b>	Neadekvatna prilagodba
	Neučinkovito sučeljavanje
	Obrambeno sučeljavanje
	Neučinkovito poricanje
	Visok rizik za samoozljeđivanje
	Visok rizik za nasilje usmjereno prema drugima
	Visok rizik za samoubojstvo
	Poteškoće pri zbrinjavanju (njegovatelj)
<b>VRIJEDNOSTI I STAVOVI</b>	Duševni distres
	Poremećaj religioznosti

## LISTA OKRETANJA PACIJENATA

Lista okretanja pacijenata se može upotrebljavati za organizaciju ZNJ na odjelima s većim brojem pacijenata, kod kojih postoji rizik za nastanak rane zbog pritiska. Pacijenti na timu ili odjelu mogu biti uključeni u jedan od tri rasporeda u ravnoteži, npr.: 6 pacijenata, 2 u svakom od tri rasporeda.

Smjer okretanja	Raspored 1	Raspored 2	Raspored 3
Leđa (doručak)	7:00 – 9:00	7:30 – 9:30	8:00 – 10:00
Desna strana	9:00 – 11:00	9:30 – 11:30	10:00 – 12:00 podne
Leđa (ručak)	11:00 – 13:00	11:30 – 13:30	12:00 – 14:00
Lijeva strana	13:00 – 15:00	13:30 – 15:30	14:00 – 16:00
Desna strana	15:00 – 17:00	15:30 – 17:30	16:00 – 18:00
Leđa (večera)	17:00 – 19:00	17:30 – 19:30	18:00 – 20:00
Lijeva strana	19:00 – 21:00	19:30 – 21:30	20:00 – 22:00
Desna strana	21:00 – 23:00	21:30 – 23:30	22:00 – 24:00 ponoć
Leđa	23:00 – 1:00	23:30 – 1:30	24:00 – 2:00
Desna strana	1:00 – 3:00	1:30 – 3:30	2:00 – 4:00
Lijeva strana	3:00 – 5:00	3:30 – 5:30	4:00 – 6:00
Desna strana	5:00 – 7:00	5:30 – 7:30	6:00 – 8:00





## BRADEN SKALA ZA PROCJENU SKLONOSTI NASTANKA DEKUBITUSA

Braden skala sastoji se od procjene 6 parametara:

- senzorna percepcija – sposobnost osobe da izvijesti o nelagodnosti uslijed pritiska na tvrdi podlogu
- vlažnost – stupanj u kojem je koža izložena vlazi
- aktivnost – stupanj fizičke aktivnosti
- pokretljivost – sposobnost osobe da mijenja i kontrolira položaj tijela
- prehrana – uobičajen unos hrane i tekućine
- trenje i razvlačenje

Raspon bodova kreće se od 6 do 23, pri tome manji broj bodova označava veći rizik za nastanak dekubitusa.

19 – 23	Nema rizika
15 – 18	Prisutan rizik
13 – 14	Umjeren rizik
10 – 12	Visok rizik
9 i manje	Vrlo visok rizik

### 1. SENZORNA PERCEPCIJA

1. KOMPLETNO OGRANIČENA	2. VRLO OGRANIČENA	3. LAGANO OGRANIČENA	4. BEZ OŠTEĆENJA
Ne reagira na bolne podražaje uslijed poremećaja stanja svijesti ili je ograničena sposobnost osjeta boli na većem dijelu tijela.	Reagira samo na bolne podražaje. Bol iskazuje jaukanjem i nemirom. Ili je prisutno senzorno oštećenje koje smanjuje pacijentovu sposobnost osjeta bola ili nelagodu u većem dijelu tijela.	Reagira na verbalne podražaje, ali ne može uvijek iskazati nelagodu ili potrebu da ga se okrene. Ili je prisutno senzorno oštećenje koje smanjuje pacijentovu sposobnost osjeta bola ili nelagodu u jednom ili dva ekstremiteta.	Reagira na verbalne podražaje. Nisu prisutna senzorna oštećenja, može iskazati bol i nelagodu.

### 2. VLAŽNOST

1. KOŽA STALNO VLAŽNA	2. KOŽA VRLO VLAŽNA	3. KOŽA POVREMENO VLAŽNA	4. KOŽA JE RIJETKO VLAŽNA
Koža je gotovo stalno vlažna (znoj, urin). Vlažnost se zamjećuje pri svakom okretanju pacijenta.	Koža je često, ali ne uvijek vlažna. Posteljina je potrebno promijeniti barem jednom tijekom smjene.	Koža je povremeno vlažna. Posteljina je potrebno dodatno promijeniti jednom tijekom dana.	Koža je obično suha, posteljina se rutinski mijenja.





### 3. AKTIVNOST

1. U POSTELJI	2. U STOLICI	3. POVREMENO ŠEĆE	4. ČESTO ŠEĆE
Pacijent je stalno u postelji.	Sposobnost hodanja je vrlo ograničena ili ne može hodati. Potrebna je pomoć za premještanje na stolicu ili u kolica.	Povremeno šeće tijekom dana, ali na vrlo kratkim udaljenostima sa ili bez pomoći. Provodi veći dio smjene u postelji ili stolici.	Barem dva puta tijekom smjene šeće izvan sobe; te po sobi barem jednom svakih 2 sata tijekom dana.

### 4. POKRETLJIVOST

1. POTPUNO NEPOKRETAN	2. VRLO OGRANIČENA	3. LAGANO OGRANIČENA	4. BEZ OGRANIČENJA
Pacijent ne mijenja samostalno položaj tijela niti ekstremiteta nimalo (bez pomoći).	Povremeno učini male promjene položaja tijela ili ekstremiteta, ali ne može samostalno učiniti značajnije promjene položaja ili učestalo mijenjati položaj tijela.	Pravi učestalo male promjene dijelova tijela i/ili ekstremiteta samostalno.	Pravi velike i česte promjene položaja samostalno.

### 5. PREHRANA

1. VRLO SLABA	2. VJEROJATNO NEADEKVATNA	3. ADEKVATNA	4. ODLIČNA
Nikada ne pojede cijeli obrok. Rijetko pojede više od pola obroka. Jede dva ili manje obroka proteina. Slab unos tekućine. Ne uzima tekuće dijetne dodatke, na nihilu je, bistra tekuća dijeta ili infuzija više od 5 dana.	Rijetko pojede cijeli obrok, obično pojede pola ponuđenog obroka. Dnevno unese tri obroka proteina. Povremeno uzima dijetne suplemente ili prima manje od potrebne tekuće dijete ili hrane putem NG sonde.	Jede više od polovine obroka. Dnevno unosi 4 jedinice proteina. Povremeno odbija obroke, ali uzima suplemente kada su ponuđeni. Hrani se putem NG sonde ili TPP, što vjerojatno zadovoljava većinu prehrambenih potreba.	Pojede gotovo većinu svakog obroka. Nikada ne odbija obrok. Unosi 4 i više jedinica obroka proteina dnevno. Povremeno jede između obroka. Nisu potrebni suplementi.

### 6. TRENJE I RAZVLAČENJE

1. PRISUTAN PROBLEM	2. POTENCIJALAN PROBLEM	3. NEMA PROBLEMA
Zahtjeva umjerenu do veliku pomoć pri kretanju. Kompletno dizanje bez klizanja po plahtama je nemoguće. Često isklizne u postelji ili stolici. Zahtjeva česte promjene položaja s maksimalnom pomoći. Spastičnost, kontrakture ili agitiranost dovode gotovo uvijek do konstantnog trenja.	Malaksao pri kretanju ili zahtjeva minimalnu pomoć. Tijekom kretanja koža vjerojatno klizi po plahtama, stolici i sl. Održava relativno dobar položaj u stolici ili postelji većinu vremena, ali povremeno isklizi.	U postelji ili stolici. Kreće se samostalno i ima dovoljno mišićne snage za ustajanje. Održava dobar položaj u postelji ili na stolici.





## KNOLL SKALA

Knoll skala upotrebljava se u svrhu procjene rizika za nastanak dekubitusa. Mogući raspon bodova je od 0-33, pritom veći broj bodova ukazuje na veći rizik za nastanak dekubitusa. Krićna vrijednost iznosi 12 bodova. Ukoliko pacijent ima manje od 12 bodova, najvjerojatnije neće dobiti dekubitus, dok ukoliko ima 12 i više bodova rizik za nastanak dekubitusa je prisutan.

	0	1	2	3	BODOVI
<b>Opće stanje</b>	dobro	osrednje	loše	jako loše	
<b>Mentalno stanje</b>	pri svijesti	stupor	predkoma	koma	
			<b>BODUJ DVOSTRUKO</b>		
<b>Aktivnost</b>	aktivan	treba pomoć	sjedi	leži	
<b>Pokretljivost</b>	pokretan	ogranićena	jako ogranićena	nepokretan	
<b>Inkontinencija</b>	ne	povremeno	urin	urin i stolica	
<b>Peroralna prehrana</b>	dobra	osrednja	slaba	ništa	
<b>Peroralna tekućina</b>	dobro	osrednja	slabo	ništa	
<b>Predisponirajuće bolesti (šećerna bolest, anemija)</b>	ne	blaga	slabo	ozbiljna	
<b>UKUPNO:</b>					





## **NORTON SKALA**

Norton skala upotrebljava se u svrhu procjene rizika za nastanak dekubitusa. Mogući raspon bodova je od 5-20, pritom manji broj bodova ukazuje na veći rizik za nastanak dekubitusa.

Bodovi se interpretiraju na slijedeći način:

- 18-20 bodova: minimalni rizik
- 15-17 bodova: osrednji rizik
- 5-14 bodova: veliki rizik

<b>ČINITELJ</b>	<b>OPIS/SKALA</b>	<b>BODOVI</b>
<b>Tjelesno stanje</b>	Dobro	4
	Osrednje	3
	Loše	2
	Jako loše	1
<b>Mentalno stanje</b>	Pri svijesti	4
	Bezvoljan	3
	Smeten	2
	Stupor	1
<b>Kretanje/aktivnost</b>	Hoda sam	4
	Hoda uz pomoć	3
	Kreće se u kolicima	2
	Stalno u krevetu	1
<b>Pokretljivost</b>	Potpuna	4
	Blago ograničena	3
	Jako ograničena	2
	Nepokretan	1
<b>Inkontinencija</b>	Nije prisutna	4
	Povremeno	3
	Često urin	2
	Urin i stolica	1
<b>UKUPNO</b>		







### GLASGOW KOMA SKALA

Glasgow koma skala koristi se u svrhu procjene svijesti na osnovi otvaranja očiju te verbalne i motorne reakcije. Mogući raspon bodova je 3-15, a pritom veći broj bodova ukazuje na višu razinu svijesti. Manje od 8 bodova ukazuje na tešku ozljedu glave.

REAKCIJA	OPIS	BODOVI
OTVARANJE OČIJU	spontano	4
	na govor	3
	na bolni podražaj	2
	ne otvara oči	1
NAJBOLJA VERBALNA REAKCIJA	orijentiran i razgovara	5
	smeten	4
	neprikladno	3
	nerazumljivo	2
	ne odgovara	1
NAJBOLJA MOTORNA REAKCIJA	izvršava naloge	6
	lokalizira bol	5
	fleksija na bolni podražaj	4
	abnormalna fleksija na bolni podražaj	3
	ekstenzija na bolni podražaj	2
	ne otvara oči	1
UKUPNO		

## TRAUMA SCORE

Trauma score ljestvicu opisali su Champion i suradnici. Procjena uključuje brzinu disanja, respiracijsku ekspanziju, sistolički krvni tlak, kapilarno punjenje te se dodaje 1/3 vrijednosti dobivene na Glasgow koma skali.

PARAMETAR	OPIS	BODOVI
BROJ RESPIRACIJA	10-24	4
	24-35	3
	36 i više	2
	1-9	1
	ništa	0
RESPIRACIJSKI POKRETI	normalni	0
	upotreba pomoćne respiratorne muskulature	1
SISTOLIČKI KRVNI TLAK	90 mmHg i više	4
	70-89 mmHg	3
	50-69 mmHg	2
	nema karotidnog pulsa	0
KAPILARNO PUNJENJE	normalno	2
	usporeno	0
	ne postoji	1
DODATI TREĆINU VRIJEDNOSTI GSC		
UKUPNO		

## MORSEOVA LJESTVICA ZA PROCJENU RIZIKA ZA PAD

U svrhu procjene rizika za pad preporuča se Morseova ljestvica. Mogući raspon bodova je od 0 do 125 bodova. Dobiveni rezultat interpretira se na slijedeći način:

- 45 i više bodova - visok rizik
- 25-44 bodova - umjeren rizik
- 0-24 boda - nizak rizik.

ČIMBENIK RIZIKA	OPIS	BODOVI
Prethodni padovi	DA	25
	NE	0
Druge medicinske dijagnoze	DA	15
	NE	0
Pomagala pri kretanju	Namještaj	30
	Štake, štap, hodalice	15
	Ne koristi pomagala, mirovanje u krevetu, kretanje uz pomoć medicinske sestre, invalidska kolica	0
Infuzija	DA	20
	NE	0
Stav/premještanje	Oštećenje (nestabilan, poteškoće pri uspravljanju tijela)	20
	Slab	10
	Normalan/miruje u krevetu/nepokretan	0
Mentalni status	Zaboravlja ograničenja	15
	Orijentiran u odnosu na vlastitu pokretljivost	0



## UPUTE O VOĐENJU SESTRINSKE LISTE

Upute o vođenju sestrinske liste, su kratak vodič kroz Sestrinsku listu i njezine sastavnice, a u cilju lakšeg vođenja same liste i lakšeg korištenja dobivenih podataka.

Klasifikacijski podaci koji su korišteni u sastavljanju Sestrinske liste, prilagođeni su potrebama za zdravstvenom njegom u RH, te usklađeni s edukacijskim programom sestrinstva u RH.

Sestrinska lista je sastavljena na način da sestre mogu procijeniti pacijentovo stanje i na osnovi toga donijeti određene zaključke, dijagnosticirati problem i odrediti količinu sestrinske skrbi za određenog pacijenta, te na taj način poboljšati kvalitetu zdravstvene njege.

Klasifikacija sestrinskih dijagnoza, ciljeva i intervencija smatra se jednim od najvećih postignuća u sestrinstvu. Istodobno je to instrument daljnjeg razvoja u sestrinstvu i zdravstvu općenito.

Sestrinska lista biti će osnova koja će pružiti bazu podataka za razvoj sestrinskog dijela zdravstvene informatike, omogućiti sestrinska istraživanja, pružati osnove za obrazovanje medicinskih sestara, garantirati i unaprjeđivati kvalitetu zdravstvene njege, te stoga biti vrlo korisna i za Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi.

Svrha jedinstvene dokumentacije s minimalnim setom podataka autorsko je djelo Majde i Oscara De Miranda.

Pri izradi sestrinske liste nastojali smo stručnu terminologiju uskladiti sa svjetskim i europskim standardima. Za usklađivanje podataka koji su potrebni u zdravstvenoj njezi korišteni su slijedeći predlošci:

- obrasci zdravstvenog funkcioniranja M. Gordon
- MNDS - minimalnog seta podataka u zdravstvenoj njezi
- ICNP - International Classification for Nursing Practice, djelomično, jer je sistem u razvoju
- NANDA - Klasifikacija sestrinskih dijagnoza
- dosadašnja iskustva, stečena uvidom u različite oblike sestrinske dokumentacije različitih odjela u bolnicama RH
- edukacijski program sestrinskog obrazovanja u RH.

Sestrinska lista je sastavljena prema Obrascima zdravstvenog funkcioniranja M. Gordon.

Obuhvaćene su osnovne ljudske potrebe, koje su djelokrug rada medicinskih sestara.

Sestrinska lista je predviđena za upotrebu u svakodnevnoj praksi, na razini medicinska sestra - pacijent, na bolničkim odjelima, za pacijente koji borave na odjelima duže od 24 sata.

Dobiveni podaci se mogu koristiti u istraživačke i edukacijske svrhe, a pacijent na vlastiti zahtjev može dobiti uvid u Listu.

### **Sestrinska lista se sastoji od vanjskog dijela, na A3 formatu i umetnutih sastavnica.**

1. strana Sestrinske liste sadrži sestrinsku anamnezu

(MNDS: demografski podaci o pacijentu,  
elementi zdravstvene njege - obrasci zdravstvenog funkcioniranja,  
elementi servisnih institucija važnih za ZNJ)

2. strana sadrži nastavak s prethodne strane, fizikalni pregled od glave do pete, sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu.





**Ovi podaci moraju biti prikupljeni tijekom 24 sata od prijama pacijenta. Sestrinske dijagnoze, ciljeve i intervencije određuje viša medicinska sestra. Ciljeve i intervencije određuje u dogovoru s pacijentom.**

3. strana je **praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije**. Ovdje se svakodnevno upisuju stupnjevi Samozbrinjavanja i Fizičkih aktivnosti tijekom hospitalizacije, bodovi skala (Braden, Glasgow/trauma skor, Morse-rizik za pad – tablice su u prilogu), broj razine bola, DA/NE za toleranciju napora. Rubrika kategorizacije će se popunjavati kada će biti određena kategorizacija pacijenata.

Skale su preporučene i imaju potvrđenu sigurnost u istraživačkom radu. Braden skala za procjenu rizika za nastanak dekubitusa je najkorištenija skala i ima potvrđenu valjanost, za razliku od drugih skala.

• **trajno praćenje postupaka** - provodi se sukladno preporukama na dnu liste, a mogu se, osim navedenih postupaka, upisati i drugi postupci. Na taj način se omogućava brz uvid u opće stanje pacijenta, te brza procjena za trenutačnom potrebom kadrova na odjelu.

Strana 3a se može umetnuti kao dodatak ako pacijent boravi duže vrijeme u bolnici.

4. strana - upisuju se medicinsko - tehnički i dijagnostički postupci, koji su ordinirani, planirani i obavljani tijekom hospitalizacije. U primjedbe se upisuju eventualne promjene i zbivanja vezana uz postupak.

**Br. 5 Trajno praćenje stanja pacijenta** (decursus) upisuju se sve promjene kod pacijenta tijekom 24 sata (simptomi, znaci, opisi novonastalog stanja, mogući uzroci).

#### **Br. 6 Plan zdravstvene njege**

izrađuje viša medicinska sestra sukladno utvrđenim potrebama za zdravstvenom njegom. Sestrinske dijagnoze se evidentiraju prema PES modelu (P=problem, E=etiologija, S=simptom) za aktualne dijagnoze, te po PE modelu za visokorizične dijagnoze.

Ciljevi i intervencije - sestrinski postupci, definiraju se u dogovoru s pacijentom. Provedeni postupci iz plana evidentiraju se na listi **6a Lista provedenih sestrinskih postupaka**. Evaluacija se upisuje prema zadanom cilju, a može biti trajna, dnevna, tjedna i završna.

Ostale sastavnice Sestrinske liste

**Br. 7 Evidencija ordinirane i primijenjene terapije** uz svaku primjenu lijeka medicinska sestra mora upisati vrijeme davanja lijeka i potpisati se.

#### **Br. 8 Unos i izlučivanje tekućine**

primjenjuje se kod pacijenata kod kojih je potrebno pratiti unos i izlučivanje tekućina kroz 24 sata.

#### **Br. 9 Procjena bola**

primjenjuje se kod pacijenata koji imaju učestalu ili trajnu bol. Uz primjenu lijekova ili distraktora, potrebno je upisati i učinak istih - evaluacija. Učestalost procjene je individualna.





### **Br. 10 Lista za praćenje dekubitusa**

vodi se kod pacijenata kod kojih je prisutan dekubitus. Svaku promjenu položaja sestra evidentira zaokruživanjem vremena i potvrđuje svojim inicijalima u rubriku uz odgovarajući položaj. Uz dijagnozu Visok rizik za nastanak dekubitusa, VMS će ordinirati postupke u listu br. 6.

### **Br. 11 Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi**

lista služi za upis mogućih komplikacija nakon medicinsko tehničkih postupaka, kod pacijenata kod kojih je prisutan veći rizik za pojavu komplikacija. (Npr.: uvođenje NG sonde ili lavaža unutarnjih organa kod hipotermije, bronhoaspiracija kod pacijenata s trombocitopenijom, kateterizacija urina kod pacijenata s trombocitopenijom ili pancitopenijom...)

### **Br. 12 Izvješće o incidentu**

Spriječenom ili nastalom može se pisati u više primjeraka, sukladno pravilima Ustanove, a jedan primjerak obavezno ostaje u Sestrinskoj listi.

### **Br. 13 Otpusno pismo zdravstvene njege**

izdaje se za pacijente kod kojih je potreban nastavak zdravstvene njege. Pismo se piše u više primjeraka, a jedan primjerak obavezno ostaje u Sestrinskoj listi. Otpusno pismo se šalje patronažnoj službi prema mjestu stanovanja, ili nadležnoj sestri kod premještaja u drugu ustanovu ili odjel.

Otpusno pismo su izradili:

Majda de Miranda B.Sc.prof.Health Education, RN, Senior advisor

Oscar R. de Miranda M.Sc.Med.Soc., M.Sc.OD,Ph.D.NSc, RN, Senior advisor,  
uz nekoliko sugestija tima za izradu Sestrinske liste.

### **Poseban prilog:**

- 1 - Moguće sestrinske dijagnoze
- 2 - Lista okretanja pacijenata

## **POSEBNE NAPOMENE**

### **Sestrinska lista je obavezna od broja 1 do broja 6 i 6a.**

Sastavnice Sestrinske liste Br. 7, 8, 9, 10, 11, 12 i 13 upotrebljavaju se ovisno o potrebama. Isto tako, ovisno o specifičnostima pojedinih odjela ili ustanova, mogu se izraditi sastavnice koje su specifične za taj odjel ili ustanovu.

Sestrinska lista nije prilagođena odjelima na kojima postoji specifična potreba za zdravstvenom njegom, npr., neonatologija. Te Liste se mogu izraditi ukoliko se ukaže potreba za jedinstvenom listom na nacionalnoj razini, ali one ne predstavljaju MNDS podataka.

### ***Korištena literatura za izradu sestrinske liste:***

Snježana Čukljek, 2005.: Osnove zdravstvene njege

Gordana Fučkar, 1996.: Uvod u sestrinske dijagnoze

ICNP BETA 2 2001.

Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2005-2006, NANDA, 2005.

Brief Synopsis of the Nursing Minimum Data Set (NMDS), 2003.,





Majda i Oscar De Miranda sudjelovali su u izradi Sestrinske liste korisnim savjetima i ulaganjem svojeg velikog stručnog znanja.

**Tim koji je izradio Sestrinsku listu:**

- Slavica Šepec, vms, glavna sestra odjela Klinike za plućne bolesti Jordanovac, mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Snježana Čukljek, vms, prof., predavač na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Ružica Gračak, vms, glavna sestra Specijalne bolnice za plućne bolesti Rockefellerova, mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Ružica Evačić, vms, glavna sestra Interne djelatnosti Opće bolnice "Tomislav Bardek" u Koprivnici, nastavnik u školi za medicinske sestre u Koprivnici
- Ana Ljubas, vms, glavna sestra Kardiološke klinike KBC Rebro, mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Zvezdana Beštek - Smajilović, vms, glavna sestra odjela abdominalne kirurgije Kliničke bolnice Dubrava, mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Vesna Stuzić, vms, glavna sestra Interne klinike KB Merkur, mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Nada Hrdan, vms, glavna sestra Dijalize i nefrologije Klinike za dijabetes "Vuk Vrhovec", mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu

Zagreb, studeni 2005. godine.





**SAŽETAK PRAĆENJA STANJA PACIJENTA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE**

DATUM	HIGIJENA	HRANJENJE	ELIMINACIJA	OBLAČENJE	HODANJE	PREMJEŠTANJE	SJEDANJE	STAJANJE	OKRETANJE	PREHRANA -DIJETA	PODNOŠENJE NAPORA	BOL	GLASGOW KOMA/TRAUMA SKOR SKALA	BRADEN SKALA	RIZIK ZA PAD	KATEGORIZACIJA
I. dan																

UPISATI STUPNJEVE I BODOVE

**SAŽETAK TRAJNOG PRAĆENJA POSTUPAKA**

DATUM	I.V. KANILA	URINARNI KATETER	CENTRALNI VENSKI KATETER	DRENAŽA	STOMA	OSTALO

Upisati: datum postavljanja, mjesto postavljanja, izgled mjesta insercije (promjene), uzimanje mikrobioloških uzoraka; uz svaku bilješku obavezan je potpis med. sestree.







## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### RAZVRSTAVANJE PACIJENATA U KATEGORIJE OVISNO O POTREBAMA ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM

O potrebi kategoriziranja pacijenata ovisno o količini zdravstvene njege koju je potrebno pružiti pacijentu, govorila je još i F. Nightingale, a ponovni naglasak i velika pozornost organiziranju i pružanju potrebne količine zdravstvene njege pacijentima pridaje se tijekom 50-tih i 60-tih godina dvadesetog stoljeća.

Progresivna njega pacijenta znači njeno maksimalno prilagođavanje potrebama pacijenta, odnosno, patofiziološkim promjenama u organizmu. Zahtjeva pravovremeno primanje pacijenta, smještanje u postelju, poduzimanje odgovarajućeg liječenja i usmjeravanje njege liječenju. Prema suvremenoj klasifikaciji, težak pacijent je onaj kome je potrebna najveća količina rada u njezi i liječenju.

Progresivna njega podrazumijeva:

- svrstavanje pacijenata u skupine prema stupnju potrebne njege,
- upotrebu određenih medicinsko-tehničkih zahvata i određene opreme,
- rad stručnog osoblja s odgovarajućom stručnom spremom i radnim iskustvom.

Najčešće se koristi klasifikacija progresivne njege u tri stupnja:

- I. stupanj - intenzivna njega
- II. stupanj - poluintenzivna njega (intermedijalna njega)
- III. stupanj - minimalna njega (obična, standardna)

Warstler je 1972. prepoznala 5 kategorija pacijenata s obzirom na količinu potrebne njege kroz 24 sata. Modificirala je podjelu na tri kategorije.

1. samonjega 1-2 sata (za jednog pacijenta tijekom 24 sata),
2. minimalna njega 3-4 sata,
3. intermedijalna njega 5-6 sati,
4. modificirana intenzivna njega 7-8 sati,
5. intenzivna njega 10-14 sati.

Utvrđivanje težine stanja pojedinih pacijenata (kategoriziranje pacijenata) pruža brzi uvid u težinu stanja pacijenta na odjelu, a time ukazuje i na potrebe za zdravstvenom njegom koju je potrebno pružiti, odnosno broj medicinskih sestara koji je potreban za pružanje odgovarajuće zdravstvene njege.

Pri kategoriziranju pacijenta autori se koriste s dva pristupa – opisom pojedinih čimbenika karakterističnih za pojedinu kategoriju, ili zasebnim bodovanjem pojedinih čimbenika i izračunavanjem prosječne vrijednosti koja tada predstavlja kategoriju pacijenta.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

St. Luke's Hospital u Denveru koristila je kategorizaciju sačinjenu od 30 čimbenika koji se mogu svrstati u 5 kategorija – aktivnosti svakodnevnog života, medicinsko tehnički postupci, terapijski postupci, monitoring pacijenta, edukacija i savjetovanje, te ostalo.

Hospital System Study Group (University of Saskatchewan) izradila je kategorizaciju pacijenta koja obuhvaća četiri velike komponente – osobna higijena, hranjenje, nadzor nad pacijentom (praćenje stanja) i pokretnost. Za svaku od navedenih komponenti, predloženi su stupnjevi samostalnosti koje određuje medicinska sestra. Dodana su i dva dodatna indikatora: inkontinencija i operativni zahvat. Zbrajaju se vrijednosti za pojedine kategorije i određuje prosječna vrijednost.

Kategorizacija pacijenta iz studije iz San Joaquin uključuje slijedeće parametre – aktivnost, pokretljivost, održavanje osobne higijene, hranjenje, primjena i.v. terapije, praćenje stanja pacijenta. Procjenjuje se stanje pacijenta za pojedini parametar (ukupno 9 parametara) na skali od 1 do 4, a kategorija pacijenta se određuje prema broju parametara na skali (npr.: najveći broj parametara na skali je procijenjen s 2, te se pacijent svrstava u kategoriju 2).

Kako bi bilo moguće kategorizirati pacijente, sukladno potrebama sestrinstva i zdravstva u Republici Hrvatskoj, ovisno o količini potrebne zdravstvene njege, potrebno je definirati kritične čimbenike. Kritični čimbenici su indikatori koji predstavljaju aktivnosti koje najviše utječu na vrijeme utrošeno na pružanje zdravstvene njege. Odabir kritičnih čimbenika potrebnih za kategorizaciju pacijenata zasniva se na definiciji zdravstvene njege V. Henderson, koja definira ulogu medicinske sestre kao pružanje pomoći pacijentu pri zadovoljavanju četrnaest osnovnih ljudskih potreba, te definiciji zdravstvene njege D. Orem, koja se temelji na ideji samozbrinjavanja. Ovisno o pomoći medicinske sestre, Oremova razlikuje tri sustava: kompenzatorni, djelomično kompenzatorni, te suportivno edukacijski sustav. Pri odabiru kritičnih čimbenika za kategorizaciju pacijenta ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom, u obzir su uzeti i terapijski i dijagnostički postupci.

Pri kategorizaciji, pacijenti se razvrstavaju u četiri skupine ovisno o potrebnoj pomoći pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, te ovisno o dijagnostičkim i terapijskim postupcima koji se kod pacijenta provode. O potrebnoj pomoći pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, te o pomoći pri dijagnostičkim i terapijskim postupcima, ovisi i količina zdravstvene njege koju medicinska sestra pruža, odnosno broj i kompleksnost intervencija koje ona pruža.

Pacijenti se svrstavaju u četiri kategorije; kategorizacija pacijenata u četiri kategorije koristi se i pri razvrstavanju pacijenta u primarnoj zdravstvenoj djelatnosti.





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

Pri kategorizaciji, kao kritični čimbenici, uzeti su slijedeći parametri:

1. Procjena samostalnosti: higijena, oblačenje, hranjenje, eliminacija  
Svaka aktivnost se zasebno procjenjuje prema količini pomoći koju medicinska sestra pruža pacijentu, ovisno o potrebi korištenja pomagala. U kategoriju 1 smještaju se pacijenti koji su samostalni, odnosno koriste pomagalo.
2. Fizička aktivnost: hodanje i stajanje, sjedenje, premještanje i okretanje  
Aktivnosti se procjenjuju prema količini pomoći koju medicinska sestra pruža pacijentu, ovisno o potrebi korištenja pomagala. U kategoriju 1 smještaju se pacijenti koji su samostalni, odnosno koriste pomagalo.
3. Rizik za pad  
Ukoliko ne postoji rizik za pad, pacijent se svrstava u prvu kategoriju, ukoliko postoji rizik za pad, on se procjenjuje pomoću Morseove skale za procjenu rizika za pad. Ovisno o broju bodova, pacijenti se svrstavaju u kategorije: nizak rizik (0-24 boda), umjeren rizik (25-44 boda), visok rizik (45 i više bodova).
4. Rizik za nastanak dekubitusa  
Rizik za nastanak dekubitusa procjenjuje se pomoću Braden skale. Ovisno o broju bodova na skali, pacijenti se smještaju u 1., 2., 3. ili 4. kategoriju. Prema Braden skali: nema rizika (19-23 boda), prisutan rizik (15-18 bodova), umjeren rizik (13-14 bodova), visok rizik (10-12 bodova), te vrlo visok rizik (9 i manje bodova).
5. Komunikacija  
Pacijent je svrstan u pojedinu kategoriju, ovisno o njegovoj sposobnosti da primi i razumije usmene i pismene upute, te ovisno o komunikaciji sa zdravstvenim i drugim djelatnicima, komunikaciju pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, kao i pri svim drugim postupcima (terapijskim i dijagnostičkim). Budući da je komunikacija obostrani (dvokanalni) proces, procjenjuje se komunikacija medicinska sestra - pacijent, odnosno pacijent – medicinska sestra, npr.: pacijent s afazijom (senzornom i motornom, smješta se u 4. kategoriju, pacijent s dislalijom (ili nerazumljivog govora) ovisno o intenzitetu dislalije/poteškoće, smješta se u odgovarajuću kategoriju.
6. Edukacija  
Kategorija pacijenta ovisi o intenzitetu edukacije koja se provodi, te vrsti znanja koju je potrebno usvojiti – teorijska, praktična, a ovisi i o uključenosti članova obitelji u edukaciju.
7. Stanje svijesti  
Ovisno o težini promjene stanja svijesti, pacijenti se svrstavaju u pojedine kategorije: pacijent koji je pri svijesti, orijentiran u vremenu i prostoru, svrstava se u prvu kategoriju, smeten pacijent u drugu, pacijent u stuporu u treću, dok pacijent u stanjima predkome i kome, u četvrtu kategoriju.

*Hrvatska Komora Medicinskih Sestara*





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### 8. Vitalni znakovi

Kategorija pacijenta ovisi o učestalosti kojom se procjenjuju vitalni znakovi kod pacijenta (veći broj mjerenja označava višu kategoriju pacijenta).

### 9. Specifični postupci u zdravstvenoj njezi

Ova kategorija odnosi se na specifične postupke u zdravstvenoj njezi – njega rana, njega centralnog venskog katetera, drenaže, specifičnosti pri eliminaciji – eliminacija putem stoma (nefrostoma, kolostoma, ileostoma), katetera, aspiraciju bronhalnog stabla. Ukoliko je pacijent samostalan pri ovim postupcima, svrstava se u kategoriju 1 (ili ukoliko ovi postupci nisu potrebni), a u više kategorije svrstava se ovisno o količini pomoći medicinske sestre koja mu je potrebna.

### 10. Dijagnostički postupci

Kategorija pacijenta ovisi o dijagnostičkom postupku koji će se provoditi kod pacijenta – ovisi o vrsti pripreme koja je potrebna (fizička/psihička), potrebnoj pratnji medicinske sestre, asistiranju pri zahvatu, te intenzitetu nadzora koji je potreban po završetku pretrage.

### 11. Terapijski postupci

Pacijenti su kategorizirani ovisno o vrsti i učestalosti terapije koja se kod njih primjenjuje.

SESTRINSKE DIJAGNOZE  
KATEGORIZACIJA PACIJENTA

KATEGORIZACIJA PACIJENTA

Ime i prezime:	Datum rođenja:	Matični broj:
----------------	----------------	---------------

Datum/Dan hospitalizacije:	ODJEL:
----------------------------	--------

	ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	1	2	3	4
1	Higijena				
2	Oblačenje				
3	Hranjenje				
4	Eliminacija				
5	Hodanje, stajanje				
6	Sjedenje				
7	Premještanje, okretanje				
8	Rizik za pad				
9	Rizik za nastanak dekubitusa				
10	Komunikacija				
11	Edukacija				
12	Stanje svijesti				
13	Vitalni znakovi				
14	Specifični postupci u zdravstvenoj njezi				
15	Dijagnostički postupci				
16	Terapijski postupci				
<b>BODOVI PO KATEGORIJAMA</b>					
<b>BODOVI UKUPNO</b>					
<b>KATEGORIJA</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

KATEGORIJA	BROJ BODOVA
1	16 - 26
2	27 - 40
3	41 - 53
4	54 - 64



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

Medicinska sestra svakodnevno procjenjuje stanje pacijenta prema navedenim čimbenicima, te ga, ovisno o njegovim potrebama, svrstava u određenu kategoriju na skali od 1 do 4. Pri tome, svaka kategorija se zasebno boduje (broj bodova za pojedini čimbenik jednak je kategoriji u koju je pacijent svrstan – kategorija 2 iznosi 2 boda) i izračunava ukupan broj bodova. Ovisno o ukupnom broju bodova, određuje se kategorija u koju će pacijent biti svrstan.

Najmanji broj bodova koji pacijent može ostvariti je 16, u slučaju da je stanje pacijenta u svakoj kategoriji procijenjeno s 1, a najveći broj bodova koji pacijent može ostvariti je 64, u slučaju da je u svakoj kategoriji stanje pacijenta procijenjeno s 4.

Pri podjeli broja bodova u kategorije, modificirali smo pravilnu raspodjelu; pri tom smo uzeli u obzir činjenicu da se najveći broj hospitaliziranih pacijenata nalazi u kategorijama 2 i 3. Stoga je za kategorije 1 i 4 mogući raspon bodova 11, za kategoriju 2 raspon bodova je 14, a za kategoriju 3 raspon bodova je 13.

Koristeći se Kategorizacijom pacijenata izrađenom za kategoriziranje pacijenta u stacionarnim ustanovama (bolnicama), za potrebe sestinstva u Republici Hrvatskoj u periodu od srpnja do listopada 2005., provedeno je pilot istraživanje.

U istraživanje/kategoriziranje uključeno je 629 pacijenata, koji su liječeni na Internoj klinici KB Merkur, Abdominalnoj kirurgiji KB Dubrava, Hemodijalizi Sveučilišne klinike "Vuk Vrhovec", Internoj djelatnosti OB "Tomislav Bardek", Koprivnica, Specijalnoj bolnici za plućne bolesti Rockefellerova, Pulmološkom odjelu Klinike za plućne bolesti Jordanovac, Kardiologiji KBC Zagreb.

Na temelju pilot istraživanja, radna grupa može preporučiti vrijeme potrebno za zbrinjavanje jednog pacijenta u pojedinoj kategoriji tijekom 24 sata:

- samonjega 1-2 sata,
- minimalna njega 3-5 sati,
- intermedijalna njega 6-9 sati,
- intenzivna njega 10 i više sati.

Prilozi:

- Opis čimbenika kategorizacije
- Tablica za kategorizaciju pacijenata
- Rezultati pilot istraživanja
- Grafički prikaz pilot istraživanja





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### KATEGORIZACIJA PACIJENATA

Čimbenik kategorizacije	1	2	3	4
<b>Procjena samostalnosti</b>				
<b>1. Osobna higijena</b>	Samostalan/potrebno pomagalo	Ovisan u višem stupnju, potrebna pomoć druge osobe	Ovisan u visokom stupnju, potrebna pomoć druge osobe i pomagala	Potpuno ovisan o drugim osobama i pomagalima
<b>2. Oblačenje</b>	Samostalan/potrebno pomagalo	Ovisan u višem stupnju, potrebna pomoć druge osobe	Ovisan u visokom stupnju, potrebna pomoć druge osobe i pomagala	Potpuno ovisan o drugim osobama i pomagalima
<b>3. Hranjenje</b>	Samostalan/potrebno pomagalo	Ovisan u višem stupnju, potrebna pomoć druge osobe	Ovisan u visokom stupnju, potrebna pomoć druge osobe i pomagala	Potpuno ovisan o drugim osobama i pomagalima
<b>4. Eliminacija</b>	Samostalan/potrebno pomagalo	Ovisan u višem stupnju, potrebna pomoć druge osobe	Ovisan u visokom stupnju, potrebna pomoć druge osobe i pomagala	Potpuno ovisan o drugim osobama i pomagalima
<b>FIZIČKA AKTIVNOST</b>				
<b>5. Hodanje, stajanje</b>	Samostalan/potrebno pomagalo	Ovisan u višem stupnju, potrebna pomoć druge osobe	Ovisan u visokom stupnju, potrebna pomoć druge osobe i pomagala	Potpuno ovisan o drugim osobama i pomagalima
<b>6. Sjedenje</b>	Samostalan/potrebno pomagalo	Ovisan u višem stupnju, potrebna pomoć druge osobe	Ovisan u visokom stupnju, potrebna pomoć druge osobe i pomagala	Potpuno ovisan o drugim osobama i pomagalima
<b>7. Premještanje, okretanje</b>	Samostalan/potrebno pomagalo	Ovisan u višem stupnju, potrebna pomoć druge osobe	Ovisan u visokom stupnju, potrebna pomoć druge osobe i pomagala	Potpuno ovisan o drugim osobama i pomagalima
<b>8. Procjena rizika za pad (koristiti Morseovu skalu)</b>	nema rizika	0-24 boda nizak rizik	25-44 boda umjeren rizik	45 i više bodova visok rizik
<b>9. Stanje svijesti</b>	pri svijesti, orijentiran u vremenu i prostoru	smeten, somnolentan	stupor	predkoma, koma
<b>10. Procjena rizika za nastanak dekubitusa (koristiti Braden skalu)</b>	19-23 boda nema rizika	15-18 bodova prisutan rizik	13-14 bodova umjeren rizik 10-12 bodova visok rizik	9 i manje bodova vrlo visok rizik
<b>11. Vitalni znakovi</b>	mjerjenje 1-2x dnevno	mjerjenje 3-4x dnevno	mjerjenje 6x dnevno	stalni monitoring
<b>12. Komunikacija</b>	bez teškoća, dobrih kognitivnih sposobnosti, razumije pisane i usmene upute bez potrebe za dodatnim objašnjenjima i ponavljanjima	razumije usmene i pismene upute uz dodatna objašnjenja, ponavljanja i jezične prilagodbe	teško razumije usmene i pismene upute, potrebna su višestruka ponavljanja i provjere shvaćanja uputa, potrebna je prilagodba pisanih i usmenih uputa i demonstracija (komunikacija medicinska sestra → pacijent; pacijent → medicinska sestra)	ne razumije i ne shvaća usmene i pismene upute, potpuno ovisan o medicinskoj sestri ili ne može preneti poruku

## SESTRINSKE DIJAGNOZE

<p><b>13. Specifični postupci u zdravstvenoj njezi</b></p>	<p>nisu potrebni samostalan</p>	<p>potrebni su specifični postupci i minimalna pomoć medicinske sestre</p>	<p>potrebni su specifični postupci 2 i više puta dnevno i značajna pomoć medicinske sestre</p>	<p>specifične postupke u potpunosti obavlja medicinska sestra</p>
<p><b>14. Dijagnostički postupci</b></p>	<p>potrebno je objašnjenje postupka, nije potrebna specifična priprema, ni nadzor pacijenta po povratku s pretrage</p>	<p>potrebno je objašnjenje postupka, psihička priprema pacijenta, priprema pribora, prisutnost medicinske sestre tijekom postupka</p>	<p>potrebno je objašnjenje postupka, psihička i fizička priprema pacijenta, priprema pribora, pratnja pacijenta na pretragu, medicinska sestra sudjeluje pri izvođenju pretrage, te nadzor pacijenta do 12 sati po završetku pretrage...</p>	<p>potrebno je objašnjenje postupka, psihička i fizička priprema pacijenta, priprema pribora, pratnja pacijenta na pretragu, medicinska sestra sudjeluje pri izvođenju pretrage, nadzor pacijenta 12-24 sata po završetku pretrage...</p>
<p><b>15. Terapijski postupci</b></p>	<p>primjena peroralne terapije, inhalacija, lokalne terapije do 4x dnevno, primjena terapije kisikom</p>	<p>primjena peroralne terapije, inhalacija, lokalne terapije 5 i više puta dnevno, primjena injekcija (i.c., s.c., i.m., i.v.), sudjelovanje u terapijskim punkcijama (abdominalna i pleuralna punkcija), radioterapija, samostalna, grupna i obiteljska terapija</p>	<p>intermitentna terapija (enteralna i parenteralna), primjena 24 satne infuzije u svrhu održavanja centralnog venskog puta, CAPD...</p>	<p>24 satna kontinuirana terapija (enteralna i parenteralna), i.v. citostatska terapija, hemodijaliza, plazmafereza, biofiltracija, kontinuirani nadzor nad transfuzijom krvnih derivata, kontinuirani nadzor nad transplantacijom krvotvornih stanica...</p>
<p><b>16. Edukacija</b></p>	<p>potrebne su usmene i pismene upute o prilagodbama stila života u novonastaloj situaciji ili bolesti</p>	<p>potrebne su usmene i pismene upute, te demonstracija o prilagodbama stila života u novonastaloj situaciji ili bolesti, te provjera razumijevanja</p>	<p>potrebne su usmene i pismene upute, te demonstracija o prilagodbama stila života u novonastaloj situaciji ili bolesti, rad s obitelji, skrbnikom, značajnom osobom, te provjera osobom, te provjera razumijevanja</p>	<p>potrebno je uvježbavanje znanja i vještina pacijenta i obitelji, usmene i pismene upute, te demonstracija o prilagodbama stila života u novonastaloj situaciji ili bolesti, rad s obitelji, skrbnikom, značajnom osobom, te provjera znanja i provjera potpune samostalnosti u primjeni znanja</p>



## SESTRINSKE DIJAGNOZE PRIMJER

### KATEGORIZACIJA PACIJENTA

Ime i prezime:	Datum rođenja:	Matični broj:
----------------	----------------	---------------

Datum/Dan hospitalizacije:		ODJEL:			
	ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	1	2	3	4
1	Higijena			X	
2	Oblačenje				X
3	Hranjenje		X		
4	Eliminacija			X	
5	Hodanje, stajanje			X	
6	Sjedenje			X	
7	Premještanje, okretanje		X		
8	Rizik za pad		X		
9	Rizik za nastanak dekubitusa	X			
10	Komunikacija	X			
11	Edukacija		X		
12	Stanje svijesti	X			
13	Vitalni znakovi	X			
14	Specifični postupci u zdravstvenoj njezi				X
15	Dijagnostički postupci		X		
16	Terapijski postupci	X			
BODOVI PO KATEGORIJAMA		5	10	12	8
BODOVI UKUPNO		35			
KATEGORIJA		1	2	3	4

KATEGORIJA	BROJ BODOVA
1	16 - 26
2	27 - 40
3	41 - 53
4	54 - 64



## SESTRINSKE DIJAGNOZE

USTANOVA

### KATEGORIZACIJA PACIJENTA

Odjel:

Ime i prezime:	Datum rođenja:	Mat. br.:
----------------	----------------	-----------

KATEGORIJA	1	2	3	4
BROJ BODOVA	16-26	27-40	41-53	54-64

Datum/Dan hospitalizacije:				
ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	1	2	3	4
1	Higijena			
2	Oblačenje			
3	Hranjenje			
4	Eliminacija			
5	Hodanje, stajanje			
6	Sjedenje			
7	Premještanje, okretanje			
8	Rizik za pad			
9	Rizik za nastanak dekubitusa			
10	Komunikacija			
11	Edukacija			
12	Stanje svijesti			
13	Vitalni znakovi			
14	Specifični postupci u zdr. njezi			
15	Dijagnostički postupci			
16	Terapijski postupci			
<b>BODOVI PO KATEGORIJAMA</b>				
<b>BODOVI UKUPNO</b>				
<b>KATEGORIJA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Datum/Dan hospitalizacije:				
ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	1	2	3	4
1	Higijena			
2	Oblačenje			
3	Hranjenje			
4	Eliminacija			
5	Hodanje, stajanje			
6	Sjedenje			
7	Premještanje, okretanje			
8	Rizik za pad			
9	Rizik za nastanak dekubitusa			
10	Komunikacija			
11	Edukacija			
12	Stanje svijesti			
13	Vitalni znakovi			
14	Specifični postupci u zdr. njezi			
15	Dijagnostički postupci			
16	Terapijski postupci			
<b>BODOVI PO KATEGORIJAMA</b>				
<b>BODOVI UKUPNO</b>				
<b>KATEGORIJA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Datum/Dan hospitalizacije:				
ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	1	2	3	4
1	Higijena			
2	Oblačenje			
3	Hranjenje			
4	Eliminacija			
5	Hodanje, stajanje			
6	Sjedenje			
7	Premještanje, okretanje			
8	Rizik za pad			
9	Rizik za nastanak dekubitusa			
10	Komunikacija			
11	Edukacija			
12	Stanje svijesti			
13	Vitalni znakovi			
14	Specifični postupci u zdr. njezi			
15	Dijagnostički postupci			
16	Terapijski postupci			
<b>BODOVI PO KATEGORIJAMA</b>				
<b>BODOVI UKUPNO</b>				
<b>KATEGORIJA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Datum/Dan hospitalizacije:				
ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	1	2	3	4
1	Higijena			
2	Oblačenje			
3	Hranjenje			
4	Eliminacija			
5	Hodanje, stajanje			
6	Sjedenje			
7	Premještanje, okretanje			
8	Rizik za pad			
9	Rizik za nastanak dekubitusa			
10	Komunikacija			
11	Edukacija			
12	Stanje svijesti			
13	Vitalni znakovi			
14	Specifični postupci u zdr. njezi			
15	Dijagnostički postupci			
16	Terapijski postupci			
<b>BODOVI PO KATEGORIJAMA</b>				
<b>BODOVI UKUPNO</b>				
<b>KATEGORIJA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Potpis VMS/Reg. br.:

*Hrvatska Komora Medicinskih Sestara*





## SESTRINSKE DIJAGNOZE REZULTATI PILOT ISTRAŽIVANJA

Primjena predložene kategorizacije pacijenata

Istraživanje je provedeno u 7 zdravstvenih ustanova.

- kliničkim bolnicama
- općim bolnicama
- specijalnim bolnicama

Obuhvaćene su slijedeće specijalnosti:

- Opća interna
- Kardiologija
- Pulmologija
- Hematologija
- Nefrologija s hemodijalizom
- Neurologija
- Kirurgija
- Jedinica intenzivnog liječenja interne
- Jedinica intenzivnog liječenja kirurgije
- Jedinica intenzivne njege

Obrađeno je 629 pacijenata. Razvrstavanje pacijenata u kategorije obavljeno je prema potrebama za zdravstvenom njegom s čimbenicima kategorije koje je izradila radna grupa Komore (Povjerenstvo).

Uzorak je bio slučajan. Kategorizirani su svi zatečeni pacijenti u razdoblju od 10 dana.

KATEGORIJA	BROJ PACIJENATA	%
I.	342	54,4
II.	176	28,8
III.	79	12,5
IV.	32	5,1

Iz navedenih rezultata moguće je kvalitetno izraditi potrebe za medicinskim sestrama po pojedinim djelatnostima i odjelima, tj. sistematizaciju sestrinske službe.

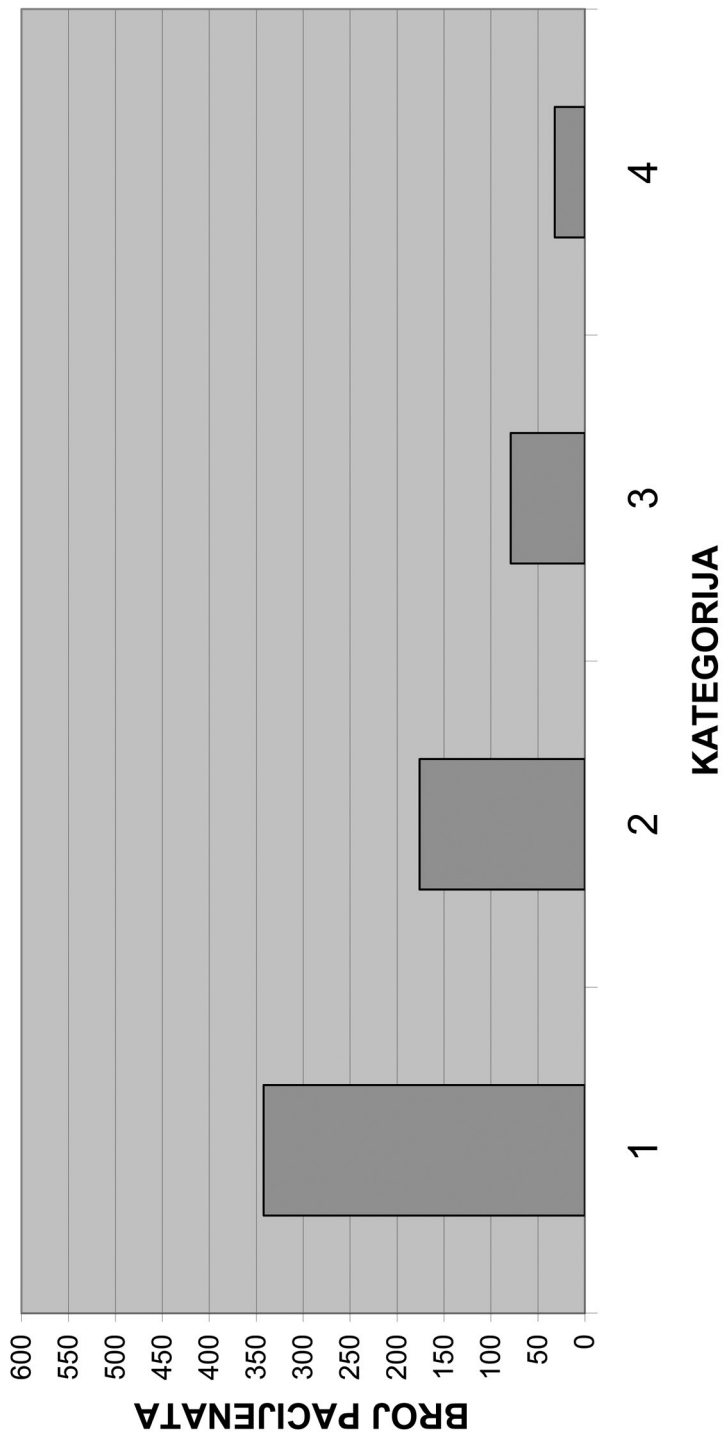
*Hrvatska Komora Medicinskih Sestara*





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### RASPODJELA PACIJENATA PO KATEGORIJAMA



*Hrvatska Komora Medicinskih Sestara*





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### LITERATURA:

1. Henderson, V. Osnovna načela zdravstvene njege, HUSE i HUMS, Zagreb, 1994.
2. Fučkar, G. Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.
3. Fučkar, G. Uvod u sestrijske dijagnoze, HUSE, Zagreb, 1996.
4. Čukljek, S. Osnove zdravstvene njege, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2005.
5. ICNP- BETA 2 - Međunarodna klasifikacija sestrijske prakse, 2003.
6. Planinc, N., Pikec, M., Slavec, S. Software solution for recording patients care category, Proceedings of the 5th ACENDIO conference, Bled, 7-9 April 2005., Verlag Hans Huber, Bern, 2005.
7. Hanson, R.L. Management systems for nursing service staffing, Aspen Publications, Rockville, 1983.

### Članovi radne grupe:

- Zvezdana Beštek-Smajilović, vms, glavna sestra odjela Abdominalne kirurgije Kliničke bolnice Dubrava, mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Snježana Čukljek, vms, prof., predavač na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Ružica Evačić, vms, glavna sestra Interne djelatnosti Opće bolnice "Tomislav Bardek" u Koprivnici, nastavnik u školi za medicinske sestre u Koprivnici
- Ružica Gračak, vms, glavna sestra Specijalne bolnice za plućne bolesti Rockefellerova, mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Nada Hrdan, vms, glavna sestra Dijalize i nefrologije Klinike za dijabetes "Vuk Vrhovec", mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Ana Ljubas, vms, glavna sestra Kardiološke klinike KBC Rebro, mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Vesna Stučić, vms, glavna sestra Interne klinike KB Merkur, mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu
- Slavica Šepec, vms, glavna sestra odjela Klinike za plućne bolesti Jordanovac, mentor za zdravstvenu njegu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu





## SESTRINSKE DIJAGNOZE

### *BILJEŠKE*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---







## SESTRINSKE DIJAGNOZE

*BILJEŠKE*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Hrvatska Komora Medicinskih Sestara*





