Др Александар Бањозовић • др Светислав Костић
др Никола Бањозовић

Здравствена нега I

за I разред медицинске школе

ЗАВОД ЗА УЏБЕНИКЕ, БЕОГРАД

Рецензенти

проф. др МИЛОШ ПОПОВИЋ,
Институт за болести дигестивног система Универзитетског клиничког центра, Београд

др АЛЕКСАНДАР КРСТИЋ,
Медицински факултет, Нови Сад

др СЛОБОДАН РАДМАНОВИЋ,
Дечја клиника, Универзитетски клинички центар, Београд

др ЗАГОРКА МРВОШ,
Медицинска школа „Београд", Београд

КОВИНА ЈОЈКИЋ,
Медицинска школа „7 април", Нови Сад

Уредник
др БОЈАН ПАВЛОВИЋ

Одговорни уредник
ТАТЈАНА КОСТИЋ

Главни уредник
ДРАГОЉУБ КОЈЧИЋ

За издавача
ДРАГОЉУБ КОЈЧИЋ,
директор

Просветни савет Републике Србије одобрио је овај уџбеник за издавање и употребу својим решењима 601-04-149/91 од 20. јуна 1991 и 650-523/89 од 26 јуна 1989 године

CIP – Каталогизација у публикацији –
Народна библиотека Србије, Београд

37.016:616-083(075.3)

БАЉОЗОВИЋ, Александар, 1925–1994
Здравствена нега I : за I разред медицинске школе / Александар Бањозовић, Светислав Костић, Никола Бањозовић ; [илустрације Шпиро Радуловић]. – 14. изд. – Београд : Завод за уџбенике, 2015 (Нови Сад : Сајнос). – 295 стр : илустр ; 24 cm

Текст штампан двостубачно. – Тираж 1.000. – Библиографија: стр. 290.

ISBN 978-86-17-19150-2

1. Костић, Светислав, 1928–2010 [аутор] 2. Бањозовић, Никола, 1957– [аутор]

COBISS.SR-ID 216364044

© ЗАВОД ЗА УЏБЕНИКЕ, Београд (1989–2015)
Ово дело не сме се умножавати, фотокопирати и на било који начин репродуковати, ни у целини, а ни у деловима, без писменог одобрења издавача.

ПРЕДГОВОР ТРЕЋЕМ ИЗДАЊУ

Овај уџбеник је написан на основу најновијег Наставног плана и програма предмета *здравствена нега деце и одраслих* за први разред медицинске школе образовних профила медицинска сестра – техничар, педијатријска сестра – техничар, медицинска сестра – васпитач, гинеколошко-акушерска сестра, козметички техничар и стоматолошка сестра – техничар. Евидентно је да су ова два програма комплементарна и да се могу артикулисати као интегрална целина у јединственом уџбенику, што смо и учинили.

При изради овог уџбеника користили смо нама доступну литературу, наше раније уџбенике из ове области и, наравно, сопствена дугогодишња искуства. Суштина наших напора састојала се у покушају да без непотребног понављања спојимо садржаје појединих поглавља у логичне целине здравствене неге деце и одраслих. Јер, основни принципи су, мање-више, слични и за негу деце и за негу одраслих особа, а разлике у бројним нијансама су описане тако да ученици ових профила могу брзо да спознају и сагледају којим фондом знања они морају посебно да овладају.

Свима, а пре свега наставницима и ученицима који су нам указивали на неке пропусте и давали корисне сугестије срдачно захваљујемо. Наравно, рукопис је отворен за нове предлоге.

Уџбеник посвећујемо свим медицинским сестрама које, улазећи у амбуланте домова здравља, дечје и школске диспанзере, болнице и друге здравствене установе, остављају своје бриге, радости и личне проблеме на вратима радне организације и посвећују своје знање, умење и психофизичке снаге лечењу и заштити људи, жена и деце.

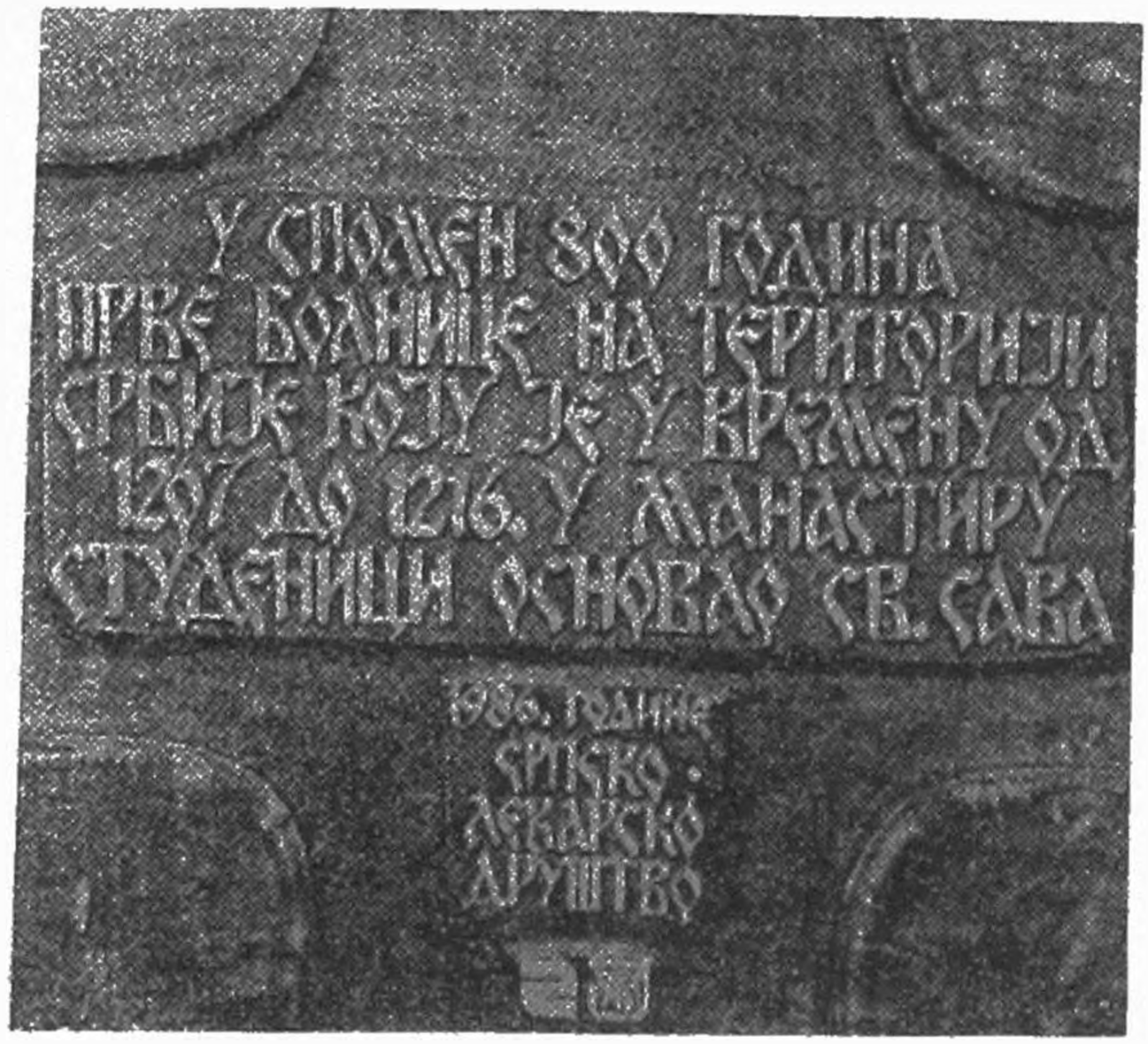
АУТОРИ

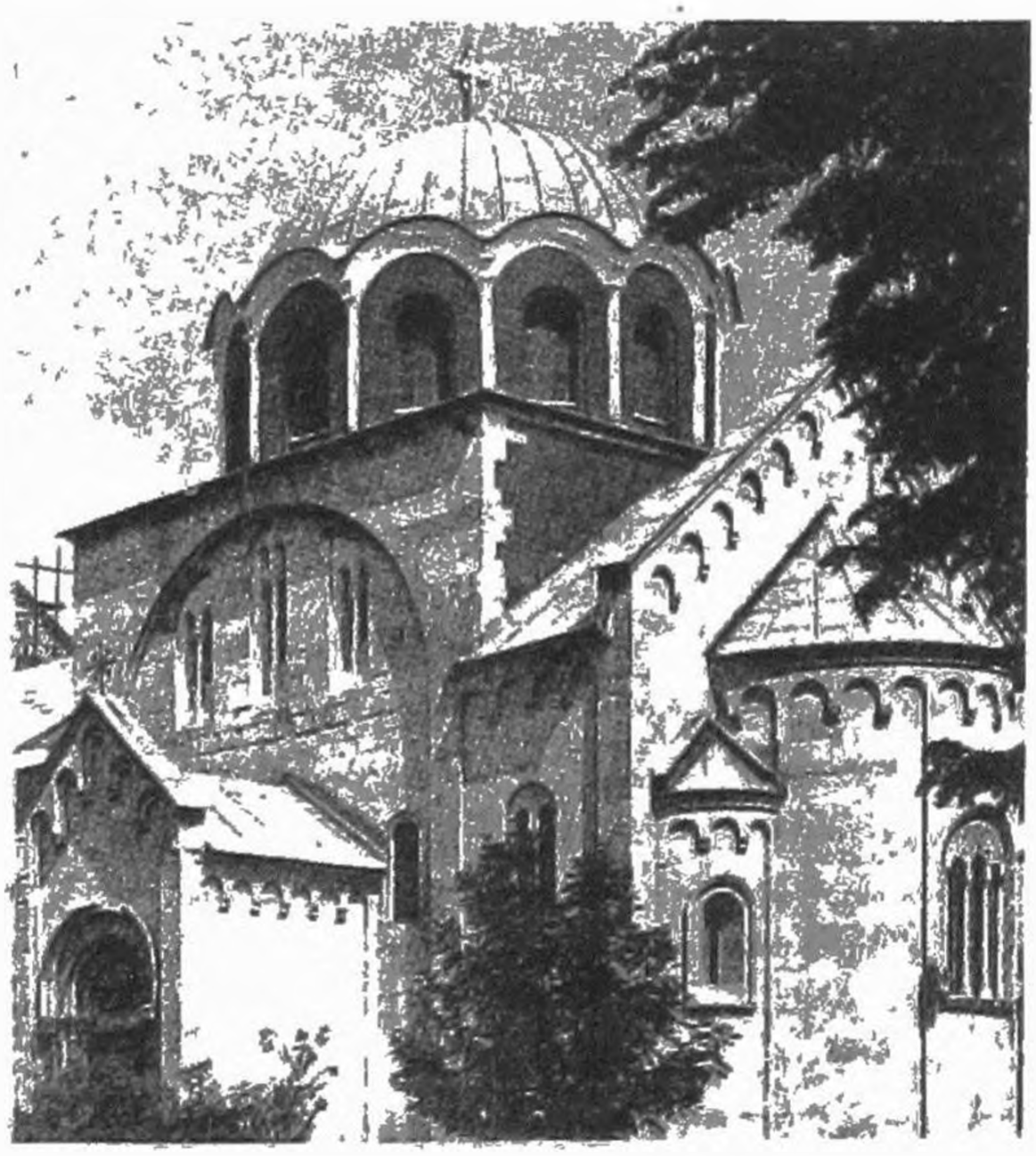
ПРЕДГОВОР ШЕСТОМ ИЗДАЊУ

Задовољство је аутора да овај уџбеник доживљава шесто издање. То показује да смо успели да у овом уџбенику интегришемо наставне програме предмета *здравствена нега*, као иницијалног предмета за професионално оспособљавање медицинских сестара – техничара готово свих профила.

У овом издању извршили смо мање измене и допуне у смислу осавремењавања назива и техника. Очекујемо и даље плодну сарадњу наставника и ученика који би својим примедбама и предлозима помогли да наредна издања буду увек боља и савршенија.

АУТОРИ





МАНАСТИР СТУДЕНИЦА

Манастир Студеница је задужбина Стефана Немање Манастир је имао прву болницу у Србији за лечење повреда, акутних обољења и душевних болести Лечење је спровођено духовно (молитвама), применом биљних лекова који су справљани у манастиру и хигијенско-дијететском исхраном болесника

ПРВИ ДЕО

УВОД У ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ И НЕГУ, КАО НАУЧНУ МЕДИЦИНСКУ ДИСЦИПЛИНУ И СЕСТРИНСТВО, КАО ПРОФЕСИОНАЛНУ ДЕЛАТНОСТ

ЗДРАВЉЕ КАО НЕДЕЉИВА ЦЕЛИНА ФИЗИЧКЕ, ПСИХИЧКЕ И СОЦИЈАЛНЕ РАВНОТЕЖЕ ЛИЧНОСТИ, ПОРОДИЦЕ И ШИРЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

Према дефиницији Светске здравствене организације: „здравље је стање комплетног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести и немоћи".

Ова, истина, широка, али једино правилна дефиниција здравља најбоље и најјасније указује на сву испреплетаност и међусобну условљеност психичког живота и социјалних односа сваке индивидуе, породице и шире заједнице. Такву комплексну равнотежу овој недељивој целини обезбеђује здравствена заштита.

Очигледно је, према томе, да је здравствена заштита целовит и добро координисани систем у коме учествују јединка, породица, општина и шира друштвена заједница, а здравствена служба је само један (истина веома значајан) чинилац у тој здравственој заштити.

На здравље људи делују бројни фактори, од којих су најважнији:

- *наслеђе;*
- *човекова животна и радна средина;*
- *утицаји патогених микроорганизама и паразита;*
- *исхрана и бројни други чиниоци.*

Сви ови и други фактори могу да потенцирају своје штетно деловање на човека због повећаних комуникација међу људима, регионима и државама, слабе здравствене службе, ослабљене опште, неспецифичне отпорности организма итд.

Здравље једне особе свакако је најважније за њу саму Међутим, било би погрешно ако би индивидуа схватила да је њено здравље ствар њеног личног односа према себи. Свака личност је део друштва и колико год је друштво обавезно да штити сваког свог члана исто толико је и сваки члан дужан да заштити своје друштво у микро и макро средини. На пример, сасвим је јасно да ако један човек болује од неке заразне болести, та болест угрожава здравље и живот не само овог болесника већ и здравље његове породице и шире средине у којој живи и ради.

Здравље једне особе обезбеђује се задовољавањем њених основних дневних и трајних потреба.

У елементарне дневне потребе, без обзира на узраст, између осталог, убрајају се:

1) лична нега и хигијена (нега коже, руку, ноктију, нега зуба, косе; затим хигијена одеће, обуће и др.);
2) спавање и одмор (континуирано спавање 8—10 часова просечно

дневно, са изузетком одојчета и малог детета који спавају дуже; затим периодични одмор у току дана),

3) уношење хране и воде (постоји јасан однос стања здравља према начину и врсти исхране и уношењу довољне количине здраве воде за пиће),

4) елиминација штетних продуката из организма (нормално знојење и редовно излучивање мокраће и столице),

5) правилно држање тела и физичка активност (максимално комфорно стање, седење, лежање и ходање имају велики значај за правилан развој и стање костију и мишића, а затим за правилно дисање, варење, елиминацију штетних продуката и циркулацију крви. Рад и физичка активност јачају општу отпорност организма);

6) утицај околине у којој човек живи и ради директно и индиректно утиче на његово здравље. Загађена околина (загађени ваздух и вода, галама, бука итд.) отежава рад, спавање, одмор и др.;

ДЕВЕТ ОСНОВНИХ ЖИВОТНИХ ПОТРЕБА КОЈЕ ОБЕЗБЕЂУЈУ ЗДРАВЉЕ

7) задовољавање емоционалних и психичких потреба, што је веома значајно за пуну човекову уравнотеженост. Сваки човек има емоције и сваком човеку је потребна емоционална и духовна подршка, јер се живи у ери пуној узбуђења, страха, бриге и других стресних ситуација које могу да угрозе здравље;

8) потреба за разонодом и рекреацијом (неопходност да се правилно користи слободно време, у осмишљеној разоноди и рекреацији која освежава човека и у физичком и у психичком смислу);

9) ментална хигијена је, такође, дневна потреба људи. Они треба да чине напоре да буду срећни и задовољни, да кроз рад и стваралаштво стичу што више задовољства у животу; да буду критични и према себи и према другима; да поштују друге људе и њихова права, тако да појединац буде поштован и неометан у својим правима, да воле и буду вољени Све су то неки од елемената који стварају услове за ментално здравље.

ЗДРАВА ПОРОДИЦА И ЗДРАВО ДРУШТВО

Породица, као основна средина заједничког живота, претпоставља такву унутрашњу организацију и односе који је оспособљавају да, поред осталог, носи све одговорности за своје чланове. У савременом животу породица је изложена многим позитивним и негативним променама.

Пре свега, изгледа нужно да се што пре предузму мере да став по коме је „породица основна ћелија друштва" не буде празна фраза.

Разбијајући конзервативне патријархалне породичне односе, мушкарац и жена су добили равноправно место у друштву, поставили међусобне односе мужа и жене, родитеља и деце савременије, хуманије и слободније. И то је добро. Али још увек нису дате све димензије једне нове породице.

Статистички подаци показују пораст броја разведених бракова. Савремен и брз темпо живота и жеља да се за кратко време обезбеди висок животни стандард стварају конфликтне ситуације и тешке неспоразуме у породици. Последице свега овога се најчешће одражавају на деци.

Према томе, неке вредности, неке светиње, морају се рестаурирати. Поновићемо неке ствари које су веома важне, а на које се понекад заборавља

Основу сваке породице треба да чини одговоран однос супружника према себи, према своме животном другу, а нарочито према својој деци.

Не треба много образовања да би се схватило да је нужна толеранција и разумевање како између брачних другова, тако и између родитеља и деце.

Дете које не живи у хармоничној породици, већ у социјално болесној средини, и само је болесно.

Нема породице која није у стању да својој деци обезбеди основне материјалне услове за нормалан развој. При томе се има у виду стара народна изрека: „Боље је умети, него имати!" Дугогодишње искуство у раду са децом потврђује да је за патолошко стање детета у првом реду одговорно незнање, а не немаштина.

Промене у друштвено-економским односима, снажна миграција становништва из села у град и из једног региона у други побољшавају животни стандард породице. Ово, међутим, проузрокује и многе потресе који се снажно одражавају на психофизичко и социјално стање друштва у целини.

Ако се жели здраво друштво, главни напори се морају усредсредити на појединца и породицу.

Здравствено стање чланова наше друштвене заједнице није прост збир стања здравља појединаца и породице. Обавезе друштва у здравственој заштити људи су огромне. Од општине, преко окружних центара до покрајина, република и савезне државе постоји организовани систем здравствене заштите.

ПРЕДМЕТ, ЗАДАЦИ, САДРЖАЈ И УЛОГА НЕГЕ КАО ДИСЦИПЛИНЕ У СИСТЕМУ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА И ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Нега као медицинска дисциплина означава садржаје којима се комплетно помаже онима којима је таква нега потребна. Ова медицинска дисциплина има улогу да задовољи потребе болесних и беспомоћних људи. Нега представља скуп мера и средстава којима треба да се спрече одређене негативне последице, ублаже, па и отклоне ако већ до њих дође, односно да се после излечења или залечења настави контрола или рехабилитација оболелих.

Покушај да се нега као медицинска дисциплина дефинише стар је више од сто година. Прву дефиницију дала је Флоренс Најтингејл (Florence Nightingale, 1820–1910), која је 1860. године написала да „нега значи нешто више од давања лекова и стављања облога", па је даље објаснила да се ту убраја и обезбеђење свежег ваздуха, топлоте, чистоће, мира, правилне исхране итд.

Новију, ширу и савременију дефиницију неге дала је 1964. године Вирџинија Хендерсон у својој књизи *Природа неге*. Она каже: „Јединствена функција неге је да помаже особама, болесним или здравим, у обављању оних активности које доприносе здрављу или оздрављењу или олакшању смртног исхода. Та помоћ се указује беспомоћним особама које немају снагу, жељу или знање које сестра има. Циљ ове помоћи је да ове особе, што је могуће пре, дођу у стање да не зависе од туђе помоћи."

Главни носилац посла и учитељ за друге у области неге као медицинске дисциплине је медицинска сестра, јер она започиње, врши, контролише и завршава негу. Поред овога, медицинска

МАНАСТИР СТУДЕНИЦА (РАШКА)

- *Купање новорођенчета у суду са млаком водом, прихватање новорођенчета у чисти бели убрус за брисање, мајка руком проверава топлоту воде,*
- *храна је сервирана у посудама од метала (сребра);*
- *течни напици такође су сервирани у посудама од метала (сребра)*

сестра помаже болеснику да спроведе план лечења како је замислио лекар / Она, такође, као члан медицинског тима, помаже другим члановима, и обратно, они помажу њој да се испланира и реализује укупни програм било да је реч о спречавању оболевања, побољшању здравља, оздрављењу од болести или олакшавању леталног исхода.

За дефиницију предмета неге као медицинске дисциплине најприхватљивија је она коју је дала Вирџинија Хендерсон. Из чињенице да су се негом, од самог њеног зачетка, бавиле медицинске сестре произлази да су појам неге и сестринства постали синоним, тако да када се говори о сестринству као професији истовремено се говори и о нези као дисциплини.

Као што је нега медицинска дисциплина, тако је и сестринство посебна професија. Професија обухвата одређени рад у коме се остварује стручно, интелектуално и морално расуђивање на високом нивоу одговорности.

За професионалну праксу, посебно у области неге и сестринског рада, потребни су:

- знање, вештина и лични квалитети онога ко обавља професионални рад,
- научно установљени процес и методологија при стварању и спровођењу одлуке;
- смисао за сагледавање и разрешење практичних проблема;
- дефинисано етичко понашање.

Процес здравствене неге прошао је кроз три фазе.

Прва фаза представљала је период у коме су се људи сами старали о себи (самопомоћ–*self care*), чланови породице старали су се једни о другима и неговали се међусобно (узајамна помоћ – *cowr care*).

Друга фаза започиње у хришћанству, када црква (калуђери и калуђерице) негује болеснике у специјалним установама (дом за старе, дом за сирочад и друге установе) или у њиховом обитавалишту (кућна нега)

У Србији је основана прва болница у манастиру Студеница (XIII век); на фрескама манастира осликано је купање новорођенчета, исхрана, нега и контрола болесника.

У Европи су познати домови „Hotel Dieu" у Паризу – за алкохоличаре, душевно поремећене особе и старе. Циљ неге је био физичка брига за телесно и душевно здравље, исхрана и спровођење мера личне хигијене и профилаксе масовних оболевања грађана. Рад и контролу рада ових домова спроводила је црква.

Трећа фаза отпочиње у доба романтизма, па се наставља у XIX и XX веку. Развој друштва и научна открића одражавају се на медицинску науку и здравствену негу болесника. Сестра – нудиља није више оријентисана само на физичку негу болесника. Она постаје активан сарадник лекару у дијагностици и лечењу. Видну улогу преузима и сестра у патронажној служби, здравственом просвећивању и кућној нези болесника. Тимски рад сестара захтева више стручног знања, што се може остварити продуженим школовањем. Ужа специјализација остварује се кроз рад, стручне семинаре, симпозијуме и конгресе, на којима сестре износе стечена искуства и резултате стручног рада.

Само медицинска сестра која добро познаје делатност и значај стручности у процесу здравствене неге може да унапреди тај процес и да укаже на улогу сестре у здравственој заштити становништва и њен допринос развоју доктрине здравствене неге.

Здравствена нега је важан стручни предмет у школовању медицинских сестара – техничара, јер повезује садржај неге са свим другим медицинским предметима.

Предмет се изучава теоријски и практично у школи и школском кабинету за негу болесника. Практично се примењује на одељењу уз постељу болесника.

Теоријски део здравствене неге објашњава начин извођења медицинско-техничких радњи у лечењу болесника, њихову суштину, значај и грешке које при раду могу да се начине.

Практични део неге болесника објашњава начин извођења медицинско-техничких радњи у нези и лечењу. Настава се обавља у болници, дому здравља, на терену и уз постељу болесника (кућна нега). Кроз практичну наставу ученици медицинских школа развијају мануелну спретност, сигурност у раду и систематичност у извођењу медицинско-техничких поступака.

Поједине радње се практично изводе у школском кабинету пре него што их ученици практично изводе у соби болесника (нега у болници), или у његовом стану (кућна нега). Радом уз постељу болесника медицинске сестре упознају његову психу, начин како да му приђу, како да схвате његове потребе, уче се хуманости и савесности у раду.

Развој и напредак медицинске науке, па и здравствене неге, захтева од медицинске сестре да практично примењује савремена медицинска достигнућа. У прогресивно-интензивној нези болесника користе се разни апарати и уређаји (компјутери, монитори, респиратори, пејсмејкери */pace maker/*, апарати за вештачко пречишћавање крви) Овим апаратима рукује медицинска сестра, а то захтева стално стручно усавршавање у већим клиничким центрима, на стручним курсевима и симпозијумима.

Делити здравствену негу болесника на општу и специјалну данас је практично немогуће. Савремене методе дијагностике и лечења чине нераздвојну целину у јединственом процесу неге и лечења.

ОПШТИ ЗАДАЦИ, ПРИНЦИПИ НЕГЕ И СЕСТРИНСТВА, ЕТИКА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА И ПЕДИЈАТРИЈСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА

Медицинска сестра – техничар, односно медицинска сестра за здравствену заштиту деце јесте лице које има завршену медицинску школу и које је квалификовано и овлашћено да обавља одговорну службу медицинских сестара у раду на унапређењу здравља, спречавању болести и нези оболелих. По овој дефиницији Светске здравствене организације основни задаци медицинске сестре су следећи:

– стручна нега и брига о болесним, изнемоглим и оним лицима којима је потребна помоћ сходно њиховим физичким, емоционалним и социјалним потребама, без обзира на то да ли се нега спроводи у болници, код куће или на неком другом месту;

– здравствено васпитање, саветовање болесника и његове околине у болници и осталим здравственим установама, у породицама, затим омладине по школама итд. Због сталног контакта са дететом и родитељима педијатријска сестра као здравствени радник има најпогоднији положај који јој омогућује да на једноставан начин преноси научна достигнућа, тако да их родитељи и већа деца разумеју, прихвате и да се по њима управљају;

– посматрање и проналажење субјективних и објективних чинилаца који утичу на здравље детета и његове породице;

– одабирање, оспособљавање и усмеравање других здравствених радника који раде на нези;

– сарадња са осталим члановима здравствене установе у планирању програма здравствене заштите и његовом реализовању када јој положај и установа то омогућују;

– сарадња при планирању изградње здравствених установа, њиховог опремања потребним инвентаром и помагалима од којих зависи рад сестринске службе.

Медицинска сестра може да ради у:

- амбулантно-поликлиничким установама (домови здравља);
- општим и специјализованим болницама;
- дечјим и школским диспанзерима,
- установама за здраву децу;
- установама за болесну децу (дечје болнице и дечја одељења);
- стручно-педагошким и социјално-здравственим и васпитним установама;
- заводу за здравствену заштиту итд.

ПРИНЦИПИ НЕГЕ И СЕСТРИНСТВА

У сестринству постоје четири следећа принципа.

Први принцип је да нико не би смео да губи самопоштовање и осећање права зато што је болестан или стар

или сиромашан, црнац или белац итд Сваки човек без обзира на статус у животу, религију, боју коже, националност, економско стање, старосно доба, стање здравља и личне особине има физиолошке, психолошке, социјалне и духовне потребе, које, ако је здрав, обезбеђује сопственим напорима, али ако је болестан, уз помоћ других.

Други принцип је да професионално сестринство захтева обим знања, који се састоји од чињеница, теорије, принципа и концепција. Овај обим знања произлази из хуманитарних, биолошких, физичко-хемијских, социолошких и других наука. Та знања су неопходна да би се разумели:

- *улога сестре*;
- *потребе људи*;
- *значај способности људи да се адаптирају на физиолошке, емоционалне и социјалне промене околине*

Трећи принцип је да професионално сестринство треба стварно да доприноси унапређењу здравља, омогућни превенцију болести, обезбеди негу и лечење оних који су болесни без обзира на то да ли је прогноза болести добра или лоша, безусловно и без очекивања било какве награде од онога коме пружа сестринску негу.

Четврти принцип је да у медицинском тиму свако има своје одговорности, законом дефинисане. Медицинска сестра је одговорна за доношење благовремених одлука и одговара за последице својих одлука. Када код болесника дође до погоршања, сестра сноси део одговорности за то стање.

ЕТИКА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И ЛИК МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА

Етика значи обичај (*ethos* – обичај, а *thikos* – моралан), у ширем значењу етика подразумева обичаје, норме и навике заједнице које обавезно спроводе сви њени чланови (одрасли, омладина, деца).

Медицинска етика је збир моралних начела којих се у своме раду, у нези и лечењу болесника обавезно придржавају сви здравствени радници. Негу болесника могу да обављају само карактерне и моралне особе које осећају љубав према позиву и имају склоност и спретност за рад Сестра мора да буде педантна, да брзо запажа и уочава промене општег стања болесника и да реагује одговарајућим поступцима и медицинско-техничким радњама, што се постиже свакодневним радом и праксом.

Поред знања, животна пракса је најбоља школа јер свакодневним радом у нези и лечењу болесника свака медицинска сестра стиче квалитете који су неопходни за обављање њене дужности.

Принципи етике за све здравствене раднике су следећи.

– Здравствени радник настоји да спречи појаву болести (по принципу: боље је спречити него лечити), лечи болеснике, ако до болести дође. Активна здравствена заштита и спровођење превентивних мера су његов свакодневни задатак.

– Највећа вредност је људски живот, па је најважнији задатак сачувати здравље и отклонити све факторе и процесе који штетно утичу на здравље.

– Сестра активно учествује у здравственом васпитању народа и шири здравствену културу и хигијенске навике

– Повређеном и оболелом мора пружити помоћ и отклонити животну опасност (то је законска обавеза – Кривични закон и Закон о безбедности саобраћаја).

– Обавеза чувања „медицинске тајне" односи се на све здравствене раднике. Све што сазна о болести, лечењу, породичним и личним проблемима болесника, сестра не сме никоме да повери Лекару саопштава само оно што је у интересу лечења болесника. Приликом судског поступка – истраге саопштава само податке у вези са безбедношћу земље и других особа.

– Сестра мора да негује болесника савесно и пожртвовано, чувајући лично достојанство болесника, без обзира на народност, његов економски и друштвени положај, политичку и верску припадност.

– Принцип у раду треба да буде: *primium non nocere* (најпре не нашкодити), увек се држећи начела да не постоји болест већ болесници.

– Медицинска сестра треба да буде несебична, уздржана, скромна, мора се одликовати логичним расуђивањем, размишљањем и чврстином приликом општења са људима. Све медицинске

радње око болесника треба да обавља мирно, коректно, не дозвољавајући да болесник, према њеном понашању, закључује о тежини своје болести, јер би то могло негативно да утиче на исход лечења. Повремено, у ствари само ако је то неопходно, болесника треба укорити, а иначе – треба бити нежан и пажљив.

– Здравствени радници у обављању својих дужности не смеју потцењивати и вређати своје колеге и сараднике, па макар ови учинили и пропуст у раду На грешке треба указивати на стручним састанцима, семинарима, а посебно у разговору и личним примером.

– Све медицинско-техничке радње које се спроводе у нези и лечењу болесника морају да буду у складу са медицинском науком; импровизације у раду нису дозвољене. Сестра и лекар су дужни да упознају болесника са природом болести и начином лечења. Болесник има право да сазна истину о свом здрављу, мада у нашој земљи није увек обавезно упознати болесника са обољењем (нпр. малигни тумор), што зависи од сваког случаја посебно. Да би болесник правилно био лечен, треба поставити тачну дијагнозу. Медицинска сестра учествује као члан тима у испитивању болесника и самостално обавља многе медицинско-техничке радње.

– Пре извођења сваке радње и психичке припреме болесника, нужна је његова сагласност, а за примену појединих метода чак и писмена сагласност (инвазивне методе дијагностике и оперативно лечење) Лекар и сестра су слободни у избору метода дијагностике и лечења, уз сагласност болесника и обавезу да примењују научно проверене методе које одговарају особинама болесника.

– Сестра не сме самовољно да напусти службу или да изостане с посла. Ако јој је то неопходно, мора добити сагласност главне сестре болнице, дома здравља или здравствене станице. Када не зна да обави неку радњу у нези и лечењу болесника, сестра треба да затражи савет и стручну помоћ искусне сестре, лекара, шефа медицинске службе одељења. Лекар и сестра не смеју учествовати у извршавању судских одлука, као што су, на пример, одсецање руку, кастрирање и извршавање смртне казне. Сестра не сме да сарађује у изради бактериолошко-хемијског оружја, нити да помаже геноцид и масовно уништавање националних, политичких и верских група. Експерименти на човеку су забрањени. Нове методе лечења могу се уводити само ако их прихвате медицински стручњаци (међународна удружења лекара или сестара) и ако су јавно публиковане и не угрожавају живот болесника. Закон не дозвољава еутаназију – усмрћивање болесника из самилости. Дужност сестре је да негује и лечи болесника, а не да својим поступцима убрза његову смрт.

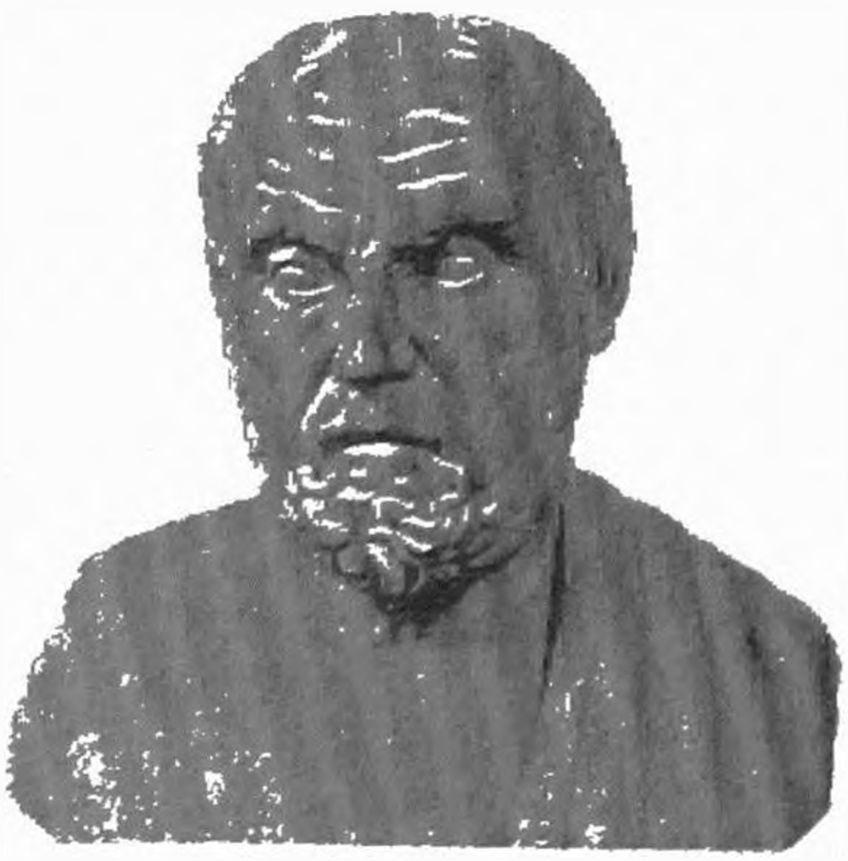
– Сестра мора увек да води рачуна о себи и о угледу своје професије и своје личности. Приликом масовних епидемија треба да предузме мере заштите становништва и сопственог здравља. Пред болесницима не сме да се препире са другим здравственим радницима и да вређа друге личности.

– Медицинска сестра мора имати све квалитете којима се одликује здравствени радник. Специфична, физички и психички напорна и одговорна служба намеће посебне задатке медицинској сестри. Да би могла да успешно одговори тим задацима, она треба да има солидно стручно теоријско и практично знање.

ИСТОРИЈСКИ РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ И СЕСТРИНСТВА

Нега болесника, као вештина, позната је из најстаријих описаних докумената Спроводи се у случају повреда најчешће насталих у борби за опстанак, у међусобним бојевима и племенским сукобима. Нега болесника развијала се у породици и племену током лечења њихових оболелих чланова. Подаци у документима указују да су вршени разни медицинско-оперативни захвати, а припрему и негу болесника обављали су чланови породице или лица из народа, вешта у нези болесника. Интересантно је да су за оне који негују и лече болеснике биле предвиђене казне (Хамурабијев закон) ако би погрешно лечили болеснике и рањенике (сечење руку, вађење очију, паљење коже и др.).

У старом веку болеснике су неговала иста лица која су обављала дијагностику, операције и друге медицинске радње



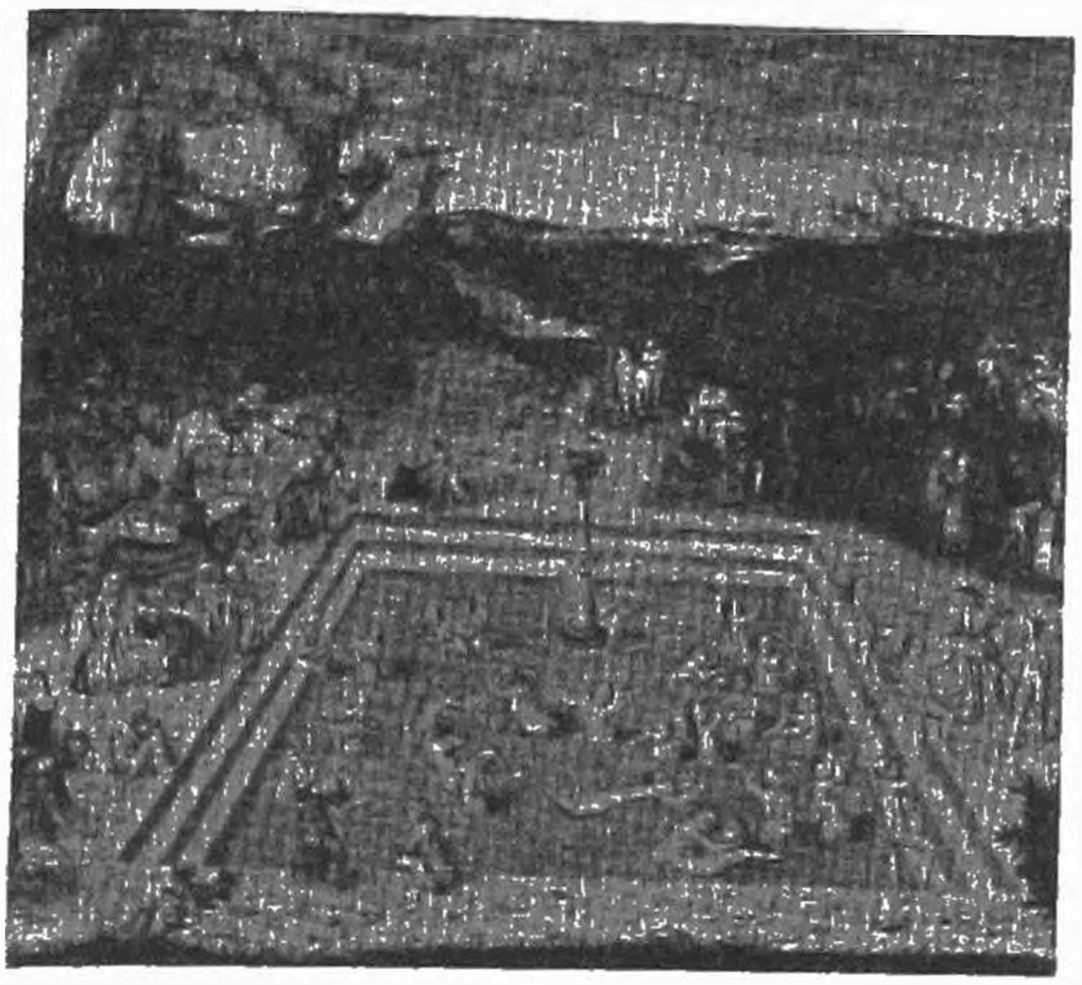
ХИПОКРАТ, ОСНИВАЧ САВРЕМЕНЕ МЕДИЦИНСКЕ НАУКЕ

У Грчкој су градили Асклепијеве храмове крај обале мора, због погодне медитеранске климе и текуће воде за пиће. Стечена знања у лечењу болесника преносила су се на млађе преко „школе сестринства и лекара". Међу ученицима једне такве школе био је и Хипократ (*Hippocrates*), оснивач медицинске науке (*per asclepiada*). Такви храмови – болнице носили су име *јатрелони* (*jatros* – онај који лечи). Отваране су и посебне болнице за старе и немоћне – *ксенодохију*, где се неговало и лечило природним средствима (лекови биљног и животињског порекла).

У IV веку у Риму жене организују негу болесника и сиромашних. То обавља ред матрона – међу којима су најпознатије Римљанке Фабиола, Марцела и друге.

У VI веку настају византијски хоспитали (*hospital* – *hostes* – гост, сврatиште за госте). Познати Цариградски хоспитал, у коме су радиле жене – болничарке, био је смештен у манастиру Пантократор; имао је азиле за старе, умоболне и епилептичаре. У Дамаску је основан први муслимански хоспитал (Ale Walid, 707. год.), а у Багдаду болница за лечење заразних болести, психички поремећених особа и губаваца, коју је основао Харун ал Рашид 797. године.

Крсташки ратови вођени су од 1206. до 1270. године. Предузимано је седам похода војске крсташа из западне Европе пут Палестине, што је од војсковођа захтевало да спроведу превентивну за-



ЛЕЧЕЊЕ ПРИРОДНИМ МИНЕРАЛНИМ ВОДАМА У СРЕДЊЕМ ВЕКУ

штиту од заразних болести и да организују лечење болесних и повређених у борбама (ратовима) или током пута кроз земље куда су пролазили. Губа, колера и тифус харају међу крсташима, па је у Европи основано 19 000 установа за изолацију губаваца (лепрозорији). Ствара се нови ред Витезова хоспиталаца св. Ивана, који у Јерусалиму оснивају велику болницу.

Ред темплара лечи болеснике од лепре, ред лазариста такође лечи губавце, ред тевтонских витезова лечи заразне болести, а уједно прихвата у својим болницама, сврatиштима и находиштима (за сиромахе, старце, тешко болесне, напуштену децу) и све тзв. социјалне случајеве.

Винко Павелски (*Vincent de Vene* 1576 – 1669) уводи нови ред сестара за негу и социјалну помоћ „Dames de charite", које су биле плаћене за свој рад. Сестре су имале плавосиву униформу, укрућени бели оковратник и белу капу у облику троуглог шешира (тулька).

Неговале су болеснике у кућама и у болници, предавале у школама, водиле порођаје и негу новорођенчади, бринуле о напуштеној деци. У рату су лечиле и неговале рањенике и болеснике. У нашој земљи постојале су тзв. часне сестре реда Винка Павелског, које раде још само у неким болницама Све су, по правилу, завршиле медицинску школу (вечерња школа или редовна медицинска школа) Старије сестре су завршиле курсеве или допунске школе.

У XVIII веку жена је била задужена за негу и лечење чланова породице Временом стиче право да негује сиромашне и немоћне болеснике ван свог дома, у другим породицама, у азилу и болници.

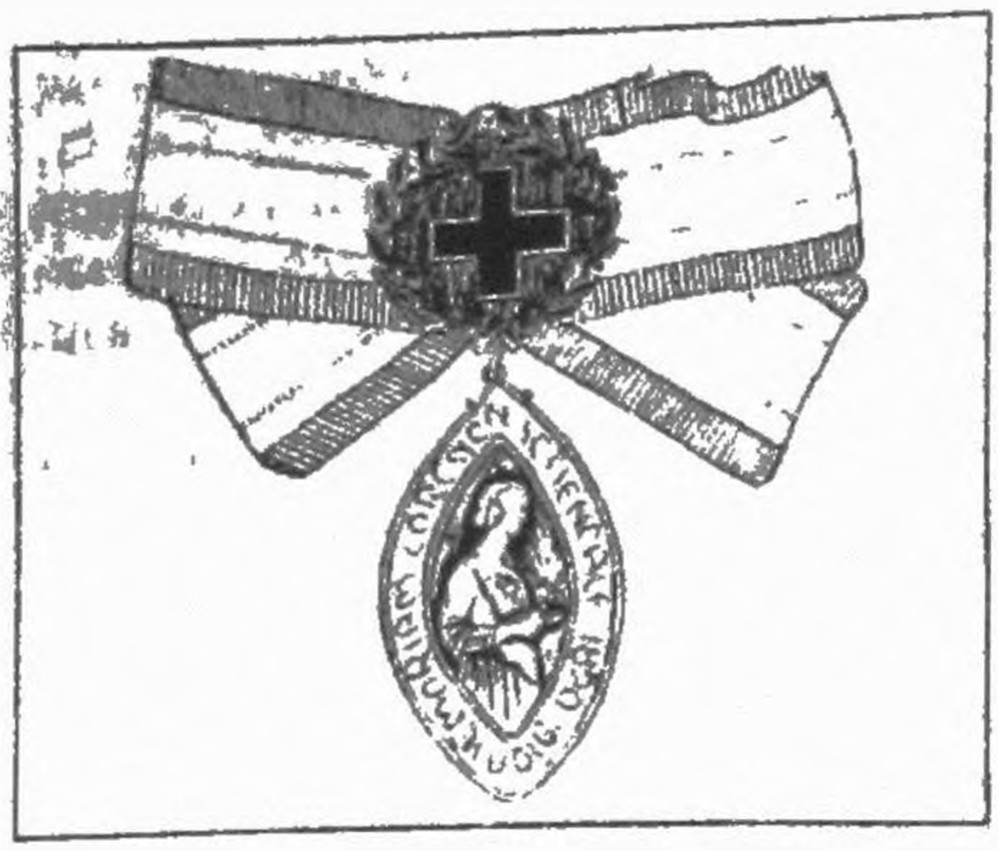
Теодор Фиднер (Theodor Fiedner, 1800 – 1864) оснива ред школованих сестара „ђакониста" које раде добровољно као припаднице евангелистичке цркве

Доба феудализма карактеришу сујеверје, надрилекарство и врачбине

Негу и лечење болесника карактеришу истеривање ђавола из организма, врачање, бацање жара, као и други сујеверни поступци који су остали и до данашњих дана у појединим земљама, па и у неким крајевима наше земље.

Болесника негују искључиво калуђерице, које ову вештину уче у манастиру од свештеника, у то време једини писмених људи који су могли да проучавају писане медицинске документе других народа. У том периоду болесници су лечени у манастирима или посебним зградама у близини манастира. Свештеници су обављали лекарске послове и, осим терапије, одређивали су технику неге (дијета, примена термофора или хладних облога, одржавање опште и личне хигијене) и друге мере које су биле саставни део лечења повреда и обољења.

Флоренс Најтингејл (Florence Nightingale) је много учинила за развој неге болесника. Она у руско-турском рату (Кримски рат, 1854 – 1856) учествује као сестра у редовима турске војске. Доводи из Енглеске 38 жена и у болници организује чишћење просторија, намештаја и стављање чистог постељног



ОДЛИКОВАЊЕ ЗА РАД У СЛУЖБИ НЕГЕ И ЛЕЧЕЊА БОЛЕСНИКА FLORENCE NIGHTINGALE КОЈЕ ДОДЕЉУЈЕ МЕЂУНАРОДНИ ЦРВЕНИ КРСТ

рубља за болеснике, уводи посебну дијеталну храну за болеснике и посебну храну за рањенике.

Обилази и ноћу болеснике (зову је the lady with the lamp – дама са светиљком). Учествује у реформи ратне санитетске службе Велике Британије (Енглеске) и пише књиге о нези болесника, нези детета и друге књиге и чланке о социјално-здравственим проблемима

У тим књигама она саветује:

- да се болесници не буде ни хотимично ни случајно, јер ако се болесник пробуди из првог сна, тешко ће поново заспати,
- ако болесник спава дању, спаваће и ноћу, сан је најбољи опоравак за болесника. Што више спава, то више има потребу за сном;
- да се улази и излази из собе болесника брзо и одлучно, али никако бучно, напрасно;
- болесника који је устао из постеље и кренуо да хода не треба заустављати јер му је напорно да, када први пут устане из постеље, стане и слуша шта му се говори;
- никада не треба стајати болеснику изнад главе, јер онда мора да гледа увис. Треба сести поред његове постеље како би при разговору гледао директно у очи.

У школама, међутим, не треба само глорификовати Флоренс Најтингејл, већ треба указати да су и наше жене и мајке неговале своје синове, браћу и мужеве из нужде, због сталних борби и ратова на Балкану и да заслужују историјско признање за негу болесника и рањеника. Треба нагласити да су још у XII веку у нашим манастирима калуђерице неговале здравствену културу и васпитање, што је у то време било непознато на дворовима Енглеске и других земаља западне Европе

На то указује и позната икона у манастиру Студеница на којој се види да новорођенче купају у посебном суду и бришу чистим пеленама.

У XIV веку, после битке на Косову (1389). Косовка девојка негује и превија рањене српске војнике.

У I српском устанку (Карађорђе, 1804), у II српском устанку (кнез Милош, 1815), у рату са Турцима, у Балканском рату (1912), затим у I светском рату (1914 – 1918) у народноослободилачкој борби народа Југославије (1941 – 1945) наше мајке и сестре неговале су рањене и болесне.

Дакле, историјска је заблуда да су први пут жене неговале рањенике после битке код Солферина (1878) и да се нега рањеника и болесника искључиво везује за име Енглескиње Флоренс Најтингејл (1820 – 1910), мада је неоспорна њена улога у савременој нези болесника.

Међународни Црвени крст у Женеви, у знак сећања на Флоренс Најтингејл, заслужним медицинским сестрама из целог света додељује највише одликовање за здравствену негу и увођење нових медицинско-техничких метода у тој нези.

У знак сећања на пожртвованост наших мајки и жена које су неговале рањене и болесне борце у ослободилачким ратовима уведена су у Југославији одликовања за сестре које пожртвовано негују болесника, доприносе здравственом васпитању народа и развоју здравствене службе.

По завршетку I светског рата, школске 1920/21, оснива се школа за сестре нудиље при Црвеном крсту у Београду.

Школске 1929/30 оснива се школа за медицинске сестре, која је дала бројне здравствене кадрове до 1941. године.

По завршетку II светског рата оснивају се бројне средње школе за медицинске сестре на подручју Србије.

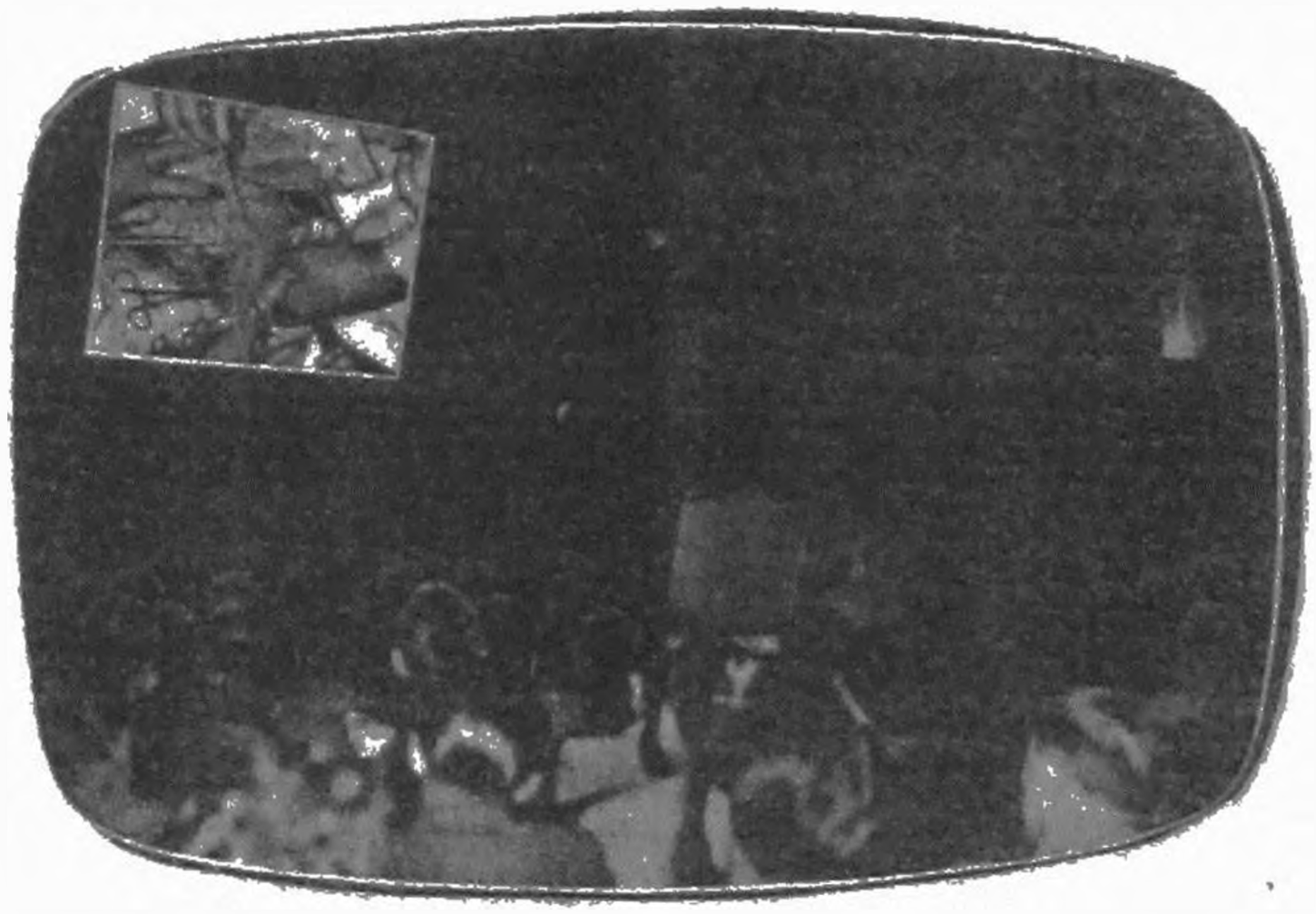
Виша медицинска школа у Београду оснива се школске 1952/53 као продужена школа у образовању медицинских кадрова — виших техничара. Наставним програмом школа доприноси развоју и унапређењу здравствене службе

Педијатријска нега и заштита се, упоредо са педијатријом, издвојила из оквира интерне медицине и неге одраслих лица почетком XIX века, мада су се њени зачеци јавили много раније.

О животу у преисторијско доба, пре 3000 година пре нове ере, мало се зна јер нема писаних докумената, па је све у домену претпоставки.

У доба старих цивилизација (од око 3000 година пре нове ере до око 500 година нове ере) Египта, Индије, Кине, затим код старих Јевреја и др., деца су живела према традицији предака

Практична медицина била је комбинација магије и медицинског знања. У старим египатским папирусима (писаним око 1500 година пре нове ере) постоје прескрипције за лечење уринарних инфекција код деце. У Кини, травари су правили разне саставе за лечење високих температура и конвулзија код деце. Вакцинација против великих богиња била је први пут извршена у старој Кини и Индији. Међу старим Јеврејима постојали су закони (Mosaic Law) који су прописивали хигијенске мере за заштиту мајке и детета, родитељство је било стимулисано, а велике породице, сматрало се, биле су под заштитом бога. Усвајање сирочади било је честа пракса. Јеврејски закони су пружали заштиту сирочади или удовицама и њиховим породицама. У IV веку пре н.е. у Грчкој је био створен фонд за бесплатно лечење деце погинулих војника. Слична заштита постојала је и у старом Јапану.



НАСТАВА ПРЕКО ТЕЛЕВИЗИЈЕ

Као што се види, медицинска заштита мајке и деце била је успостављена врло рано. Хипократ је написао много о заштити деце, али је Целзус (Celsus) у I веку н.е., први, и то писаним текстом, тврдио да деца захтевају другачији третман од одраслих особа.

Ова нова филозофија почела је од хуманих учитеља Грчке, затим Римљана, Јевреја, све до периода када је хришћанство у већини земаља постало званична религија

Хришћанство је, као израз милосрђа, организовало разне импровизоване и институционализоване облике здравствене заштите мајке и детета у оквиру опште бриге о болеснима и беспомоћнима У то време се појављују и зачеци школовања особља које би се бавило негом и заштитом деце.

У средњем веку (од око 450. до око 1350. године нове ере) у Европи и у другим деловима света харали су ратови и епидемије сејући свуда смрт, болест и патњу Лепра, грип, велике богиње и неке друге болести биле су узрок катастрофалне смртности деце. Једна четвртина укупне популације у Европи 1347 године нестала је у епидемијама разних болести

У периоду од половине XIV до почетка XIX века здравствена заштита деце постигла је одређен прогрес. Изменио се живот људи, а самим тим и друштвено-економски односи.

Сва знања, па и медицинска, ширила су се у условима веће усмене и писмене комуникације међу људима.

У новом веку распадање феудалног система и феудалне породице уводи друштво у нову еру. Рађају се капиталистички друштвени односи са наглим развојем трговине и индустрије. Та нова ера, поред осталог, повећава производне снаге, при чему настаје експлоатација јефтине женске и дечје радне снаге. Виталпа потреба капиталистичког система била је у довољном броју здраве радне снаге. Услед тога је појачано интересовање за живот и здравље деце. Разуме се, и поред тих почетних облика бриге о деци, дечја смртност се све више повећавала. Недостатак елементарних услова за живот, а нарочито недовољне хигијенске, стамбене и прехрамбене могућности породице, уз честе појаве великих епидемија, утицале су на масовно умирање.

На пример, у дечји дом у Даблину (Енглеска) за 20 година примљено је 10272 детета, а само је 42 доживело доба пубертета и адолесценције.

Тек отварање дечјих болница потпомогло је проучавање дечјих болести и помакло са мртве тачке борбу против дечје смртности, развој неге као дисциплине и сестринства као професије.

Прва дечја болница у свету отворена је у Паризу 1802. године и она је дуго била једини расадник педијатријске науке. Касније се отварају дечје болнице и у другим градовима, у Њујорку 1823. године, у Петрограду 1834, у Москви 1824, у Лондону 1855. и др. Осим лечења, овде су се зачела и искуства о правилној исхрани и нези одојчета и малог детета, затим имунологији, профилакси инфективних болести и др. Постепено је сазревало сазнање да су болести последица многобројних медицинских и парамедицинских чинилаца и да је суштина борбе за дечје здравље отклањање узрока. Тако су и створени први корени савремене педијатрије.

Двадесети век доноси потпуну афирмацију педијатрије као науке. Појачане везе између развијених и неразвијених земаља стварају јединствену педијатријску доктрину у међународним размерама. Прву школу за педијатријске сестре отворио је професор др Матија Амброжић 1932. године у Београду, а после тога проширио се и број и капацитет ових школа код нас.

I. ВЕЖБЕ

1. УПОЗНАВАЊЕ КАБИНЕТА ЗА НЕГУ (ПРИБОРА, АПАРАТА И ОСТАЛИХ СРЕДСТАВА)

Школски кабинет је просторија у којој наставник припрема ученике за одлазак на болничка одељења Сваки кабинет је опремљен тако да ученик може да стекне утисак како изгледа болесничка соба. Кабинете опремају стручни наставници пратећи план и програм наставних јединица. У кабинету се формира болесничка соба, затим соба за интервенције са потребним апаратима, на пример за стерилизацију, лабораторијске посуде за узимање биолошких материјала, као и остали прибори којима ће се демонстрирати наставне јединице које су планиране.

У току стручно-медицинске обуке ученици у школи користе опрему за практичну наставу здравствене неге.

Од **болничке опреме** користе.

- лично и постељно рубље,
- материјал за спровођење личне хигијене болесника (убруси, трљачица, гумене рукавице, лавори, бокал за воду, бубрежњак, лопате, пљуваонице),
- материјал за спровођење опште хигијене.

Од **опреме за наставу** користе:

- апарат за мерење крвног притиска,
- термометре,
- разне сонде и лабораторијско посуђе.

Сва ова опрема је издвојена у посебном ормару. После завршене практичне наставе дежурна ученица сређује и чува опрему и материјал који су јој поверени.

У раду треба показати ученицима како да чувају и пазе опрему кабинета и по завршеном раду распреме и уреде кабинет.

Ученици се у току обуке у кабинету припремају за практичну наставу у здравственим установама

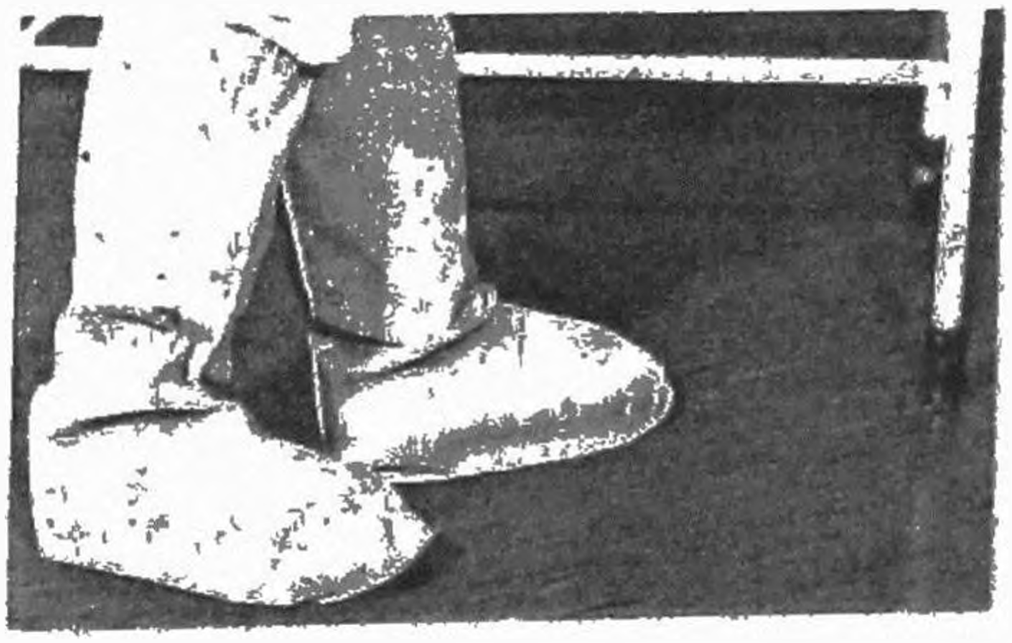
2. РАДНА ОДЕЋА И МЕРЕ ЛИЧНЕ ЗАШТИТЕ

У одговорном и напорном раду неге и лечења болесника сестра је свакодневно изложена инфекцији Она је у непосредном додиру с болесниковим излучевинама, болничким намештајем, судовима и прибором за јело и другим ризичним факторима Да би сачувала своје здравље, сестра мора да познаје путеве ширења инфекције и мере личне заштите

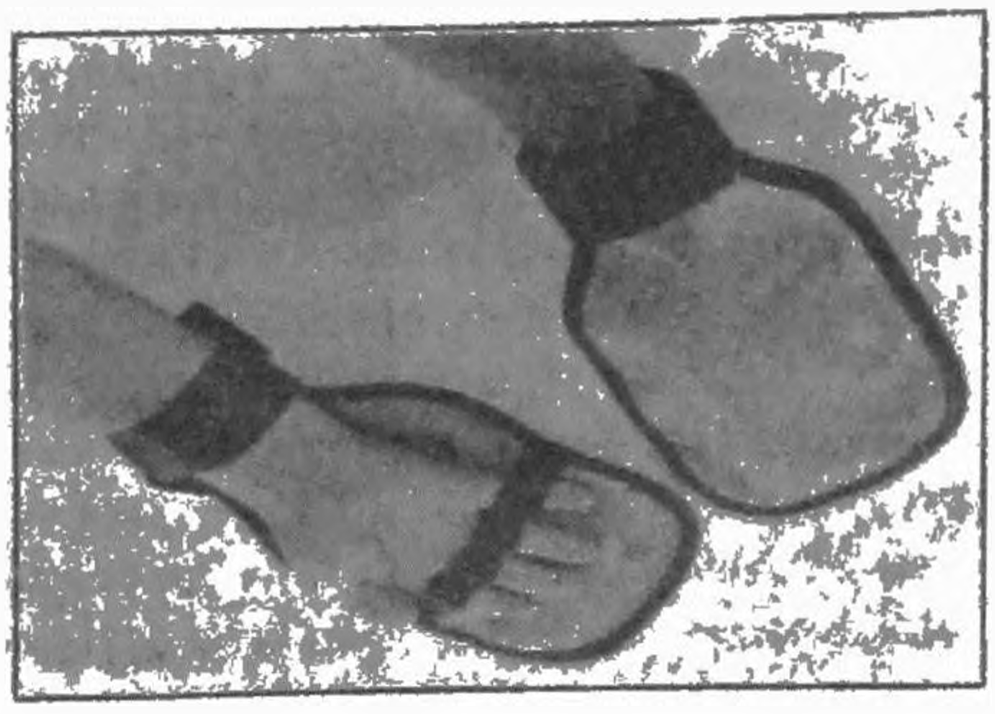
Пре ступања на посао она облачи своју радну одећу, а пре одласка с посла, радну одећу одлаже у посебну гардеробу; када напушта болницу, ђонове својих ципела очисти на застирачу натопљеном дезинфекционим раствором

Заштитна одећа. – Медицинско и техничко особље приликом доласка на посао облачи радно одело, које носи све време током рада.

Одело мора бити чисто, испеглано и уредно, оно треба да заштити здравствене раднике од инфекције и да им омогући несметан рад, а такође штити



ЗАШТИТНЕ ЧИЗМЕ ОД ПЛАТНА



ЗАШТИТНЕ РУКАВИЦЕ ОД РЕНДГЕНСКОГ ЗРАЧЕЊА

и болеснике и околину од могућег преношења инфекција.

Уредна и чиста одећа повољно делује на болесника и посетиоце, па запрљану одећу треба одмах променити и предати је одговарајућој техничкој служби (перионици).

Радно одело медицинских сестара и лекара је једнообразно, од белог платна. Одећу сестара чине: сукња, блуза и мантил. Капа је саставни део радне одеће и сестра је дужна да је стално носи. На капи се налазе плаве траке по којима се разликују сестре са средњом и вишом медицинском школом.

Сестре које раде на дечјем одељењу носе радну одећу розе боје.

Сестре које раде на хирургији носе радну одећу зелене боје.

У оперативном блоку, у служби прогресивне-интензивне неге, сестре носе одећу зелене боје и танку мараму којом покривају косу. Преко лица и косе имају заштитну маску. На ногама носе специјалну ортопедску обућу (боросане папуче) која смањују замор током рада. Могу да носе и клумпе са гуменим ђоном које при ходу не стварају буку.

Техничко особље носи тамноплаве, а административно светлоплаве мантиле.

Особље које преноси и дели храну болесницима носи белу одећу, чисте и уредне кецеље, мараме и ортопедске папуче.

ЗАШТИТА ОД ЗРАЧЕЊА У РЕНДГЕН-КАБИНЕТУ

При расподели хране преко носа и лица носи се заштитна маска ради спречавања капљичне инфекције.

Приликом узимања излучевина болесника ради прегледа у лабораторији сестра обавезно навлачи чисте рукавице за једнократну употребу. Рад око излучевина (узимање и слање материјала ради анализе) захтева од сестре да:

- после сваког додира и рада са материјалом одмах опере руке топлом водом и сапуном,
- употребљени материјал дезинфикује и тако спречи ширење инфекције,
- дезинфикује намештај у болесничкој соби. Постељно рубље и пижаме сме да прикупља само са гуменим рукавицама.

Када постоји инфекција на кожи болесника, сестра при раду обавезно носи заштитне гумене рукавице.

После додира болесника, скида рукавице и руке пере сапуном и водом, а потом их потапа у раствор са антисептицима. Сестра мора да води рачуна да док ради прстима не додирује своје очи, слузокожу носа, усана, лице и друге откривене делове тела.

После сваке интервенције око болесника сестра треба редовно да опере руке сапуном и млаком водом. Нокти на рукама морају да буду кратко подсечени и руке неговане. Коса може бити кратко подшишана или дуга, али увек уредно повезана марамом или покривена капом.

Своју радну одећу сестра даје на прање два пута недељно, а по потреби и чешће. Због могућности преношења инфекције, забрањено је да сестра у своме дому пере медицинску одећу. Радну обућу, када је то потребно, брише о застирач натопљен дезинфекционим средством. Када негује болеснике који болују од заразних болести, мора да носи заштитну маску преко носа и уста. Физиолошке потребе обавља у посебним санитарним просторијама које не користе болесници одељења.

Опште мере заштите. – Хигијена болесничких соба и пратећих просторија смањује могућност инфекције. Проветравањем болесничких соба и помоћних просторија одстрањују се загађени ваздух, прашина и микроорганизми

Повремено се врше контролни лекарски прегледи свих запослених здравствених радника.

Када помаже у радиолошкој дијагностици, сестра носи заштитну кецељу и рукавице, који је штите од ирадијације. Навика да увек носи заштитно одело спречава професионално оштећење и обољење (ирадијациона болест).

Рендгенско одељење повремено се проветрава (мера профилаксе). Током рада сестра носи дозиметар који показује степен озрачења. При радиоскопији и радиографији сестра не сме да буде изложена директном дејству зрачења, иако је заштићена гуменом кецељом са оловом и рукавицама. Услед продуженог зрачења штетне последице манифестују се клиничким симптомима као што су: бледило, слабост, малаксалост, губитак апетита, поспаност, појачана главобоља, опадање косе и раздражљивост.

ПИТАЊА И ЗАДАЦИ

1 *ДЕФИНИШИ ПОЈАМ „ЗДРАВЉЕ" У ЊЕГОВОМ ПУНОМ ЗНАЧЕЊУ*

2. *ОБЈАСНИ ЗАШТО САДА ЉУДИ ДУЖЕ ЖИВЕ*

3 *НАВЕДИ НАЈЧЕШЋЕ УЗРОКЕ МОРБИДИТЕТА И МОРТАЛИТЕТА КОД ДЕЦЕ.*

4 *КОЈИ ФАКТОРИ УТИЧУ НА ЗДРАВЉЕ?*

5 *НЕКЕ ЗЕМЉЕ У СВЕТУ ПА И НЕКИ КРАЈЕВИ У НАШОЈ ЗЕМЉИ ЧИНЕ ВИШЕ ЗА ЗАШТИТУ ЗДРАВЉА СВОГА НАРОДА ОД ДРУГИХ – КОЈИ СУ РАЗЛОЗИ ЗА ТО ПО ТВОМ МИШЉЕЊУ?*

6 *КОРИСТЕЋИ СРЕДСТВА ЈАВНОГ КОМУНИЦИРАЊА (НОВИНЕ, ЧАСОПИСИ, РАДИО ТВ И ДР.), ЉУДИ САЗНАЈУ СВЕ ВИШЕ О СВОМЕ ЗДРАВЉУ И ЗДРАВЉУ СВОЈЕ ШИРЕ ЗАЈЕДНИЦЕ. ПОСТОЈИ ЛИ ГРАНИЦА ПОПУЛАРИСАЊА МЕДИЦИНЕ? ПОКУШАЈ ДА ОБЈАСНИШ ШТА ЈЕ ТО ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЈНА*

7 *ОПИШИ ОДГОВОРНОСТ СВАКОГ ПОЈЕДИНЦА ЗА СВОЈЕ ЗДРАВЉЕ, КАО И ОДГОВОРНОСТ ПОРОДИЦЕ И ШИРЕ ДРУШТВЕНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ.*

8 *УПОРЕДИ ПАТРИЈАРХАЛНУ И МОДЕРНУ ПОРОДИЦУ У ОДНОСУ НА БРИГУ О ЗДРАВЉУ И ПОЗИТИВНЕ И НЕГАТИВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ У СВАКОЈ ОД ЊИХ*

9. *НАВЕДИ КО СВЕ ЧИНИ ПОРОДИЦУ У УЖЕМ И ШИРЕМ СМИСЛУ*

10. *КАКО СЕ МЕЊАЈУ ОДНОСИ ИЗМЕЂУ ЧЛАНОВА ПОРОДИЦЕ ПОД УТИЦАЈЕМ ПРОМЕНА У ДРУШТВУ (МИГРАЦИЈЕ, УРБАНИЗАЦИЈА ИТД.)?*

11 *РЕЦИ НЕШТО ВИШЕ О ТОМЕ КАКО „ПОРОДИЦА УТИЧЕ НА ЗДРАВЉЕ И КАКО ЗДРАВЉЕ УТИЧЕ НА ПОРОДИЦУ".*

12 *ПОРОДИЦА ЈЕ ПРВИ ИЗВОР ИНСТРУКЦИЈА ЗА ДЕТЕ. РЕЦИ НЕШТО О ТОМЕ ШТА ЈЕ ЗНАЧАЈНО ДА И ДЕТЕ НАУЧИ И ПРИМИ У*

ПОРОДИЦИ, ШТО ЋЕ НОСИТИ КРОЗ ЦЕО СВОЈ ЖИВОТ

13. ОПШТИНА И ШИРА ДРУШТВЕНА ЗАЈЕДНИЦА ВОДЕ ОРГАНИЗОВАНУ БРИГУ О ЗДРАВЉУ ПОЈЕДИНЦА И ПОРОДИЦЕ. НАВЕДИ ИНСТИТУЦИЈЕ. ОРГАНЕ И ОРГАНИЗАЦИЈЕ КОЈЕ СЕ ТИМЕ БАВЕ У ОКВИРУ МЕСНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ ОПШТИНЕ. ОКРУГА. РЕПУБЛИКЕ И САВЕЗНЕ ДРЖАВЕ

14 НАУЧИ ЗНАЧЕЊЕ СЛЕДЕЋИХ ИЗРАЗА·
- ОПШТИНА
- ОКРУГ.
- МЕСНА ЗАЈЕДНИЦА.
- РУРАЛНО
- ХУМАНОСТ
- РЕХАБИЛИТАЦИЈА
- ЗДРАВСТВЕНО ВАСПИТАЊЕ.
- ИМУНИЗАЦИЈА.
- ПРОГРЕСИВНА НЕГА БОЛЕСНИКА.
- УРГЕНТНО.
- МОДЕРНА ПОРОДИЦА.
- ГЕНЕРАЦИЈА.
- МОРБИДИТЕТ.
- МОРТАЛИТЕТ.
- НАТАЛИТЕТ.
- ПРЕДИСПОЗИЦИЈА.
- МИНИМУМ.
- ОПТИМУМ
- МАКСИМУМ.
- КОНСТИТУЦИЈА
- ПОВЕРЕЊЕ.
- УРБАНИЗАЦИЈА.
- МИГРАЦИЈА.
- УНИВЕРЗАЛНО.
- ЗАКОН

ДРУГИ ДЕО

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И ЗДРАВСТВЕНА СЛУЖБА – ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ

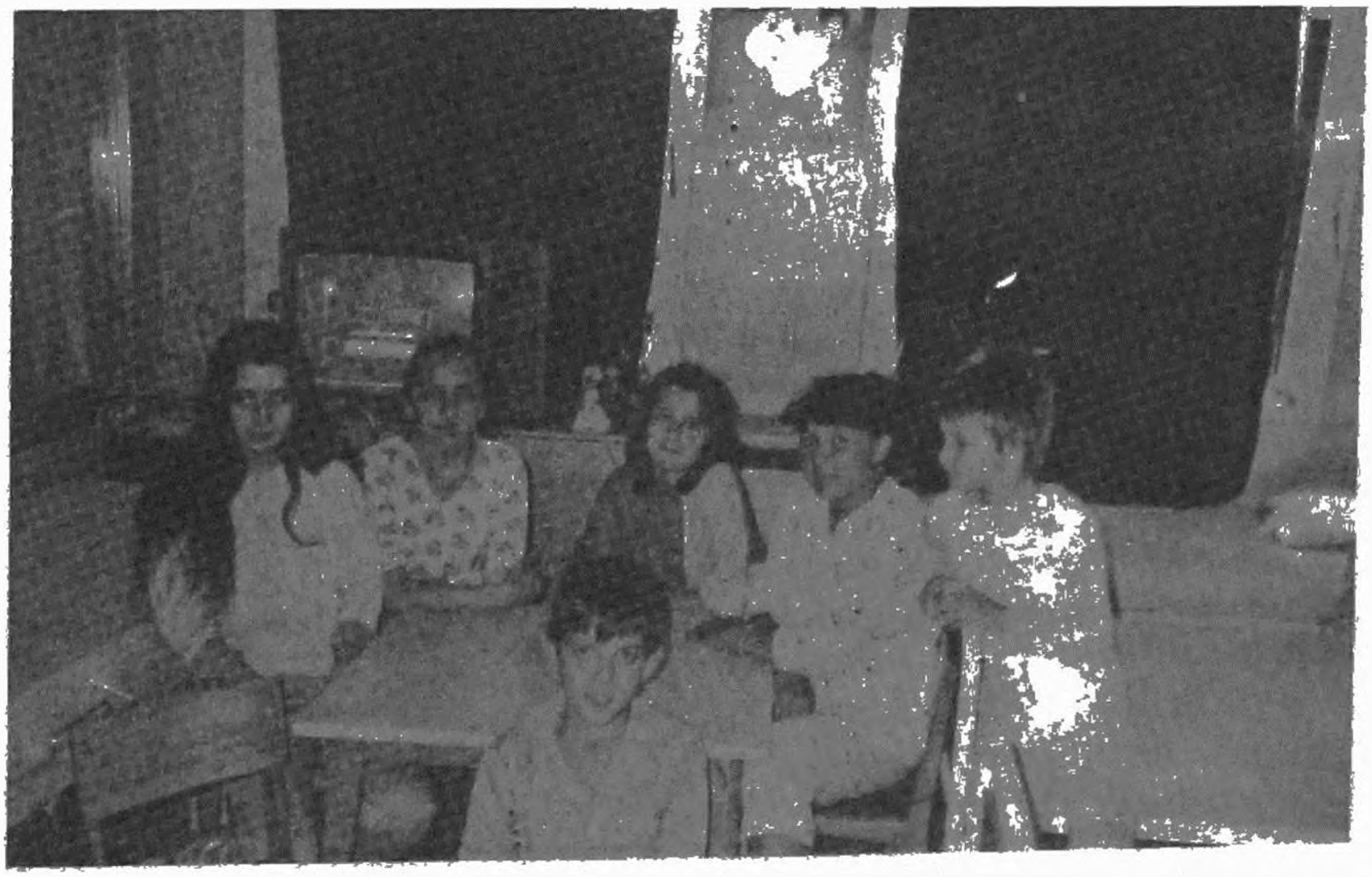
ДЕФИНИЦИЈА И САДРЖАЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Здравствена заштита је врста друштвене делатности која треба да обезбеди здравље народа у добро организованом систему у коме учествују здравствена служба и бројни немедицински фактори (породица, месна заједница, општина, округ, република).

Основни заједнички циљ здравствене заштите је очување и побољшање здравља становништва, посебно неких групација (радника, жена, деце, омладине и старог становништва); спречавање, сузбијање и благовремено лечење у случају болести, повреда и инвалидности, хабилитација и рехабилитација за живот и рад

Осим друштвеног заједничког циља, постоје и циљеви у области здравствене заштите као што су·

- продужење просечног трајања живота;
- заустављање опадања стопе природног прираштаја становништва, односно планирање породице,



ДЕЦА СУ НАЈДРАГОЦЕНИЈЕ ШТО НАША ЗЕМЉА ИМА

- смањење стопе смртности одојчади;
- смањење пораста разболевања и стопе разболевања становништва од болести и стања којима најчешће подлежу;
- снижење стопе оболевања од заразних и паразитарних болести,
- заустављање стопе пораста инвалидности и смањење стопе одсутности с посла због привремене спречености за рад;
- обезбеђивање уједначенијих услова за остваривање обавезних видова здравствене заштите становништва;
- подстицање бржег развоја здравства на привредно недовољно развијеним подручјима;
- обезбеђење услова за задовољавање заједничких потреба и интереса у области здравствене заштите,
- планско усмеравање развоја здравствене делатности усклађеног са материјалним могућностима и њеним доприносом повећању укупне продуктивности рада.

Остваривање ових циљева развоја здравствене заштите обезбедиће се усмеравањем развоја и активности здравствене делатности.

САВРЕМЕНА НАУЧНА СХВАТАЊА У ОБЛАСТИ ПРИМАРНЕ, СЕКУНДАРНЕ И ТЕРЦИЈАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Установе за примарну здравствену заштиту су домови здравља, који се налазе у свакој општини. Они у свом саставу имају бројне јединице, као што су: дечји и школски диспанзери и саветовалишта, диспанзери и саветовалишта за жене, диспанзери медицине рада, амбуланте за одрасле, апотеке, лабораторије, хигијенско-епидемиолошке службе итд. Основни принцип у домовима здравља је диспанзерски метод рада.

Примарна здравствена заштита треба да обезбеди:

- унапређење здравља јединке, породице и шире заједнице и њихово оспособљавање за чување сопственог здравља;
- васпитање и образовање свих становника у једној општини у вези са здрављем, здравственим проблемима и путевима за превенцију и контролу;
- унапређење исхране и снабдевање водом;
- унапређење хигијенских услова и свестрану заштиту животне и радне средине;
- повољне услове за правилан развој деце и омладине, заштиту живота за време трудноће, порођаја и после порођаја, заштиту радника и других лица;
- лечење и лекове и друга медицинска средства за превенцију, терапију и рехабилитацију;
- заштиту од заразних болести (вакцинација);
- здравствено васпитање, планирање породице итд.

У свему овоме поред здравствених установа учествују и радне организације у области образовања, културе, пољопривреде, индустрије, комуналних делатности и стамбене изградње, средстава информисања и комуналија итд.

СЕКУНДАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Ту се сврстава болничка (хоспитална) и специјалистичко-консултативна делатност.

Болничка делатност (хоспитална, специјалистичко-консултативна и заједничке медицинске делатности) организује се за подручје две или више општина (међуопштинска ниво) и подручје региона (регионални ниво), с тим што се:

— за међуопштинско подручје обезбеђују специјалистичко-консултативне делатности најчешће из области интер-

не медицине, неуропсихијатрије, педијатрије, опште хирургије, оториноларингологије, очних болести и физикалне медицине и рехабилитације, затим, заједничке медицинске делатности из области рендгенске и лабораторијске дијагностике и збрињавања ургентних стања. Хоспитална делатност организује се за области интерних болести, неуропсихијатрије, дечјих болести, опште хирургије, гинекологије и акушерства, оториноларингологије, очних болести и физикалне медицине и рехабилитације.

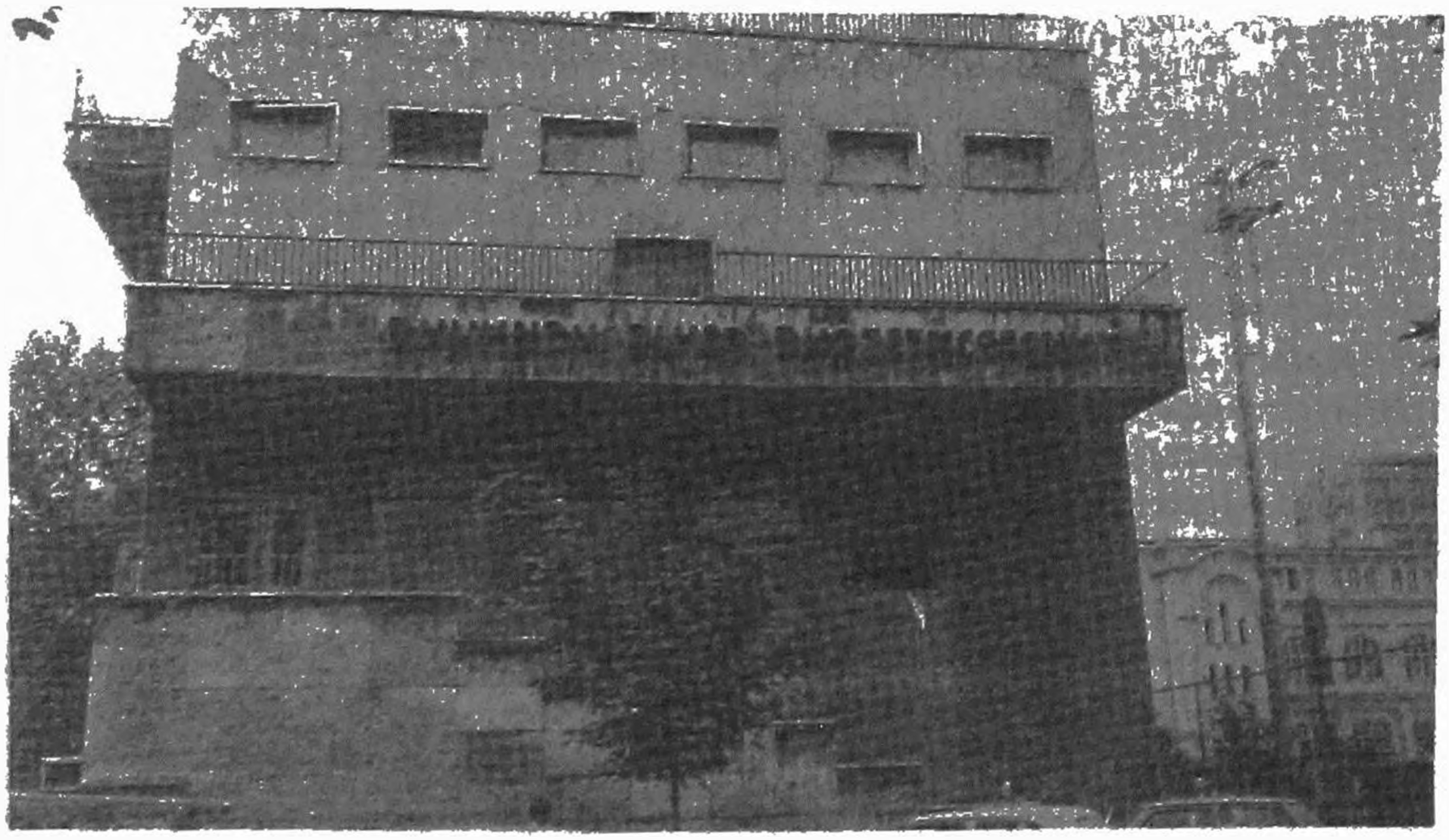
— за подручје региона, поред набројаних, обезбеђују се, најмање, и следеће специјалистичко-консултативне и хоспиталне делатности: за област пнеумофизиологије, кардиологије, реуматологије, заразних болести, кожних и венеричних болести, трауматологије, ортопедије, урологије, дечје хирургије.

У региону се могу организовати специјалистичко-консултативна и хоспитална делатност и за друге области у зависности од потреба и могућности региона.

У оквиру општих болница обезбеђује се стационарно лечење оболелих или повређених, обавља специјалистичка служба и учествује у спровођењу превентивних мера у оквиру своје делатности

Основни задаци стационарних установа су.

- да обављају прегледе и лече оболеле и повређене, као и да спроводе њихову рехабилитацију;
- да примају и збрињавају хитне медицинске случајеве;
- да у својим ординацијама или у стану болесника обављају специјалистичку службу за спољне болеснике;
- да обављају кућно лечење;
- да сарађују са здравственим установама на побољшању дијагностике, лечења и рехабилитације оболелих и повређених,
- да учествују у спровођењу превентивних мера за спречавање и сузбијање заразних и других масовних обољења,
- да раде на здравственом васпитању у болници и ван ње;



УНИВЕРЗИТЕТСКА ДЕЧЈА КЛИНИКА У БЕОГРАДУ

– да раде на стручном усавршавању здравствених радника и да пружају стручну помоћ здравственим установама у погледу усавршавања здравствених радника

ОСТАЛЕ УСТАНОВЕ У СЕКУНДАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Домови за трудницe су установе које примају трудницe да би им се пружила квалификована заштита у току трудноће и обезбедио нормалан порођај Индикације за пријем у ове домове могу бити социјално-економске или здравствене природе. Иако постоји потреба за овим домовима, нажалост, у нашој земљи их нема довољно

Домови за одојчад и малу децу формирају се у већим центрима. Њихов задатак је да примају, негују, хране и обезбеђују целокупну здравствену и социјалну заштиту деци за чије се родитеље не зна или родитељи, из било ког разлога, нису у стању да својој деци обезбеде основне услове живота. Нахочад, ванбрачна деца чије су мајке незбринуте, деца чији су родитељи умрли, налазе у овим домовима нову породицу. Уз свестрану бригу лекара, сестара и социјалних радника овој деци се омогућује да учине први корак и изговоре прву реч, да формирају све хигијенске и културне навике.

Боравак деце у овим домовима различито траје, јер је задатак социјалне службе да их што пре врати у праву породицу. Неку од ове деце усвоје породице без деце. Законом су прецизирани сви здравствени и социјално-економски, правни и други услови под којима се дете може усвојити. Нека деца из домова смештају се у породице које имају децу, али које желе, уз одговарајућу материјалну накнаду, да чувају ову децу док се не створе могућности за повратак у праву породицу.

ТЕРЦИЈАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Овде спада специјализована здравствена заштита Ову врсту делатности обезбеђују заводи и институти, клинике и заводи за заштиту здравља Они обављају специјализовану здравствену заштиту из једне или више грана медицине, односно области здравствене заштите или за поједине групације становништва

Одређен број ових институција, укупном делатношћу, или само једним делом, треба да задовољава заједничке потребе и интересе у области здравствене заштите свих заједница здравствене заштите у републици.

Под пословима и задацима од ширег заједничког интереса подразумевају се оне активности у области здравствене заштите које произлазе из закона, усвојених планова и програма, а којима се обезбеђује развој друштвено-економских односа и решавају стручни и организациони проблеми у здравственој заштити. То су такође и послови на указивању најсложенијих, високоспецијализованих дијагностичких и терапеутских метода лечења и рехабилитације

Ове послове и задатке обављају одређене здравствене организације, односно њихови делови, републичке стручне комисије, хуманитарна друштва, удружења и друге организације.

Здравствене организације од заједничког интереса, односно делови који обављају или ће обављати наведене послове, треба да раде на унапређивању стручног рада, ефикасности и рационалности и остваривању и спровођењу здравствене заштите, стручно-методолошком и доктринарном усмеравању здравствене делатности, стручном усавршавању и специјализацији здравствених радника, да врше надзор над стручним радом здравствених организација и радника у усавршавању постојећих, усвајању, примени и ширењу нових ме-

тода и поступака у здравственој заштити становништва.

Делатношћу здравствених организација ширег заједничког интереса задовољавају се заједничке потребе и интереси најмање у следећим областима, односно делатностима здравствене заштите.

– социјално-медицинској, аналитичко-планској, здравствено-васпитној, хигијенско-епидемиолошкој делатности,

– производњи серума и вакцина, обезбеђивању крви и крвних продуката и унапређењу производње постојећих и освајању производње нових лекова, лековитих и дијагностичких средстава и прибора;

– специјализованој, специјалистичко-поликлиничкој и стационарној заштити (клинике, заводи, институти и др.).

ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

ВРСТЕ ЗДРАВСТВЕНИХ ОРГАНИЗАЦИЈА ЗА ЗАШТИТУ ОДРАСЛИХ И ДЕЦЕ

Здравствене организације се према врсти здравствене заштите коју пружају организују као:

- завод за заштиту здравља,
- дом здравља,
- заводи и институти,
- болница (општа и специјална),
- апотека,
- природно лечилиште,
- медицински центар,
- универзитетски клиничко-болнички центар,
- клиника,
- клиничко-болнички центар и
- као приватне амбулантно-поликлиничке установе.

ЗАВОД ЗА ЗАШТИТУ ЗДРАВЉА

Завод за заштиту здравља пружа специјализовану здравствену заштиту становништву у области епидемиологије, хигијене, социјалне медицине и микробиологије на територији више суседних општина.

Здравствена заштита коју пружа завод обухвата:

- праћење, истраживање и проучавање здравственог стања становништва, откривање узрока појаве и ширења заразних и других масовних обољења и појава које имају социјално-медицинске карактеристике и значај, предлагање и спровођење мера за њихово спречавање и сузбијање;
- праћење и проучавање хигијенских и других услова под којима становништво живи и ради и предлагање и спровођење мера за унапређење и заштиту здравља, нарочито у погледу заштите ваздуха, воде за пиће, животних намирница и предмета опште употребе;
- проучавање исхране становништва, обољења и стања која су последица недовољне и неправилне исхране и предлагање и спровођење мера за њихово отклањање;
- праћење и проучавање система здравствене заштите, организације здравствене делатности и економских аспеката здравља, односно болести;
- предлагање и предузимање мера за унапређење здравствене заштите и организације здравствене делатности;
- организовање и спровођење здравственог васпитања;
- прикупљање, обрађивање и анализирање података о заразним и другим болестима, оболевању и смртности становништва и дру-

гих података о здравственом стању становништва;
- обављање хемијских, микробиолошких, паразитолошких, токсиколошких и биохемијских анализа животних намирница, воде, предмета опште употребе и биолошког материјала;
- обављање других послова из области епидемиологије, хигијене, социјалне медицине и микробиологије

Завод за здравствену заштиту организује (најмање) службу за· епидемиологију, микробиологију са паразитологијом, хигијену са санитарном хемијом, социјалну медицину са организацијом здравствене заштите и здравственом статистиком, здравствено васпитање, дезинфекцију, дезинсекцију и дератизацију.

ДОМ ЗДРАВЉА

Дом здравља је здравствена организација амбулантно-поликлиничког типа која се, по правилу, организује за територију једне општине. Спроводи мере примарне здравствене заштите примењујући диспанзерски метод рада.

Примарна здравствена заштита је заштита коју планski и организовано спроводе здравствени и други друштвени чиниоци као што су појединци, породица, месна заједница, радне организације, на месту где људи живе, раде и школују се, ради унапређења и очувања здравља, спречавања болести, лечења и рехабилитације, све у складу са друштвено-економским могућностима заједнице

ОРГАНИЗАЦИЈА И РАД ДОМА ЗДРАВЉА

Задаци дома здравља су да:
- истражује, прати и проучава здравствено стање, хигијенске прилике и услове живота и рада становништва;
- системски спроводи мере и акције ради раног откривања оболелих од хроничних болести,
- спроводи и предлаже мере за заштиту здравља и побољшање животних и радних услова радника;
- спроводи мере здравствене заштите жена, трудница, одојчади, предшколске и школске деце, омладине и старих лица;
- спроводи мере за планирање породице и развијање хуманих односа међу половима,
- спроводи мере за спречавање, сузбијање, рано откривање, лечење и рехабилитацију грађана у случајевима заразних и масовних обољења, других стања и повреда;
- спроводи лекарске прегледе лица пре ступања на рад и систематске и контролне прегледе радника, нарочито оних који раде на местима са посебним условима рада;
- прати и проучава професионална обољења, ради на откривању узрока болести и повреда, предузима мере за њихово спречавање, контролише радну способност радника и привремену неспособност, ради на унапређивању услова у радним организацијама на побољшању друштвене исхране и становања радника;
- води регистар болесника оболелих од болести од већег социјално-медицинског значаја;
- спроводи јединствени програм здравственог васпитања и обавља поливалентну патронажу;
- лечи оболеле и повређене и спроводи медицинску рехабилитацију у здравственој организацији и стану оболелих;
- организује и спроводи кућно лечење и учествује у обезбеђењу кућне неге болесника;

- организује и спроводи мере ради спречавања обољења уста и зуба, као и њиховог лечења;
- пружа хитну медицинску помоћ;
- организује и спроводи здравствену заштиту у радним организацијама социјалне заштите за лица смештена у њима;
- организује и спроводи здравствену заштиту у организацијама за колективни боравак деце.

Дом здравља обавља здравствену делатност у областима као што су.

- општа медицина,
- здравствена заштита жена,
- здравствена заштита деце,
- медицина рада,
- пнеумо-физиолошка заштита,
- физикална медицина и рехабилитација,
- поливалентна патронажа,
- стоматолошка здравствена заштита,
- лабораторијска дијагноза,
- хигијенско-епидемиолошка заштита,
- кућно лечење и медицинска нега,
- хитна медицинска помоћ,
- социјална медицина,
- здравствена статистика.

Ради обављања здравствене делатности у дому здравља обезбеђује се тимски рад: доктора медицине, доктора стоматологије, специјалиста опште медицине, медицине рада, радиологије, физикалне медицине и рехабилитације, педијатрије, акушерства и гинекологије, здравствених радника са вишом и средњом спремом, као и здравствених сарадника.

У дому здравља према потреби раде и специјалисти из других грана медицине.

Уколико на територији општине постоји здравствена организација која обавља делатност у некој од наведених области здравствене заштите, дом здравља није дужан да обезбеди здравствену заштиту из тих области. Здравствена заштита може да се повећа организовањем на већој удаљености од седишта дома здравља здравствене станице и амбуланте, а у радним организацијама јединице медицине рада.

У *здравственој станици* раде лекар, стоматолог и одговарајући број других здравствених радника; у *амбуланти* ради медицинска сестра, а лекар долази повремено. У *јединици медицине рада* ради лекар, односно лекар специјалиста медицине рада и потребан број других здравствених радника. Сви здравствени радници у дому здравља примењују диспанзерски метод рада.

Диспанзерски метод рада представља примену социјално-медицинског метода у пракси. Тај метод укључује праћење и проучавање здравственог стања становништва, хигијенског стања, хигијенских прилика и услова живота и рада и спровођење мера комплексне здравствене заштите становништва.

То је метод који истовремено открива чињенице, доноси закључке и претвара их у практична решења. Његова примена није везана само за дом здравља. Он може и треба да се примењује на свим нивоима здравствене заштите и зато га не треба везивати за организациону форму у оквиру које се примењује, него за активности које чине његов садржај рада. У оквиру дома здравља организују се диспанзери за обезбеђивање здравствене заштите појединим категоријама становништва, или за поједине врсте болести. Сви домови здравља спроводе здравствено-васпитни рад директно, што подразумева активности свих здравствених радника, и посебно преко организованих саветовалишта и теренске поливалентне патронажне службе.

Поливалентна патронажна служба је служба чија се активност одвија у породици, радној организацији, школи и месној заједници. Активност службе има здравствено-васпитни карактер, а циљ је сагледавање здравствених проблема и утицај на њихово решавање формирањем позитивног здравственог понашања и мењања негативног.

ЗАВОДИ И ИНСТИТУТИ

Специјални заводи и институти су здравствене установе за одређену област здравствене заштите које у целини унапређују рад здравствене службе. Специјални заводи прате стручни рад одређених здравствених установа и предлажу мере за унапређење организације стручног рада. Заводи проучавају нове методе које се уводе у свету и у нашој земљи и предлажу њихово коришћење (дијагностика, лечење, рехабилитација). Такође они организују и стручно усавршавање здравствених радника у одређеној специјалности.

У Србији постоје следеће здравствене установе:

- Завод за серуме и вакцине,
- Институт за реуматизам,
- Институт за туберкулозу плућа,
- Онколошки институт,
- Институт за здравствену заштиту мајки и деце,
- Институт за рехабилитацију болесника,
- Институт за медицину рада,
- Завод за фармацију,
- Завод за трансфузију крви,
- Завод за ментално здравље и др.

СТАЦИОНАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

Стационарне здравствене установе у којима се лече болесници јесу:

- болница,
- специјална болница,
- медицински центар.

БОЛНИЦА

Болница је стационарна и поликлиничка здравствена организација која обезбеђује део здравствене заштите становништва у стационарним условима, а врши и специјалистичко-консултативну и саветодавну функцију.

Задаци болнице су.

- лечење и рехабилитација оболелих и повређених;
- збрињавање хитних медицинских случајева;
- специјалистичка и конзилијарна медицинска помоћ;
- учешће у посебним програмима за спречавање, сузбијање и рано откривање обољења;
- учешће у кућном лечењу;
- здравствено васпитање оболелих и повређених у току боравка у болници;
- стручно усавршавање здравствених радника;
- стручна помоћ другим здравственим организацијама.

Може да се организује као општа и као специјална болница.

Општа болница пружа здравствену заштиту особама свих узраста, оболелим од различитих болести. Располаже са најмање 150 стандардних постеља, распоређених у следећа обавезна одељења: за интерне болести, општу хирургију, акушерство и гинекологију, дечје болести и одељење физикалне медицине и рехабилитације.

Ради успешног обављања свих задатака болница мора да има службу за клиничко-биохемијска испитивања и радиолошку дијагностику, анестезиологију са реаниматологијом, клиничку патологију и трансфузију крви, медицинско снабдевање лековима и санитетским материјалом, као и да располаже просторијама за изолацију од заразних болести и смештај оболелих од акутних психоза.

Уколико у седишту опште болнице постоји здравствена организација која обавља неку од наведених делатности, болница није дужна да је обезбеђује (трансфузија крви, снабдевање лековима), изузев ако је то предвиђено планом.

Свака болница има следећа одељења:

- интерно,
- хируршко,
- гинеколошко-акушерско,
- инфективно,
- дечје,
- рендген-кабинет,
- кабинет или станицу за трансфузију крви,
- апотеку,
- просектуру (мртвачницу).

Осим наведених, болница може по потреби да има:

- очно одељење,
- ушно одељење,
- кожно-венерично и др.

Свака општа болница има своје природно гравитационо подручје, које се потпуно не поклапа са територијалним границама општина. Који део становништва природно гравитира болници процењује завод за заштиту здравља на основу статистичких података. Број становника је основ за планирање капацитета (број лежаја) болнице.

Избор локације за болницу

Пре избора локације за болницу претходно треба проучити структуру становништва, перспективни развој индустрије и привреде, прираст становништва и здравствене услове подручја. Ужа локација болнице одређује се у складу са планом развоја насеља, саобраћајница и хигијенским условима земљишта.

При избору локације за болницу треба водити рачуна о следећем:

- да се болница гради у мирном подручју;
- да земљиште на коме ће се градити болница буде равно, окренуто према југу или југоистоку; не сме да буде подводно, мочварно и загађено органским отпацима;
- да је могућ прикључак на водоводну и канализациону мрежу;
- да улаз у болницу буде приступачан за особље, болеснике, посетиоце и возила;
- да се предвиди најмање 15-20 квадратних метара по једној болесничкој постељи;
- да болница има парк или пространо сунчано двориште са доста зеленила.

Систем грађења болнице

Блок - систем грађења болнице има следеће предности:

- сва клиничка, административна и техничка служба обавља се у једној згради;
- болница има више врста лифтова (за особље, болеснике, храну, теретне лифтове);
- систем грејања и уређаја за вентилацију су централизовани;
- подела рубља и другог материјала за негу и лечење болесника обавља се са једног места;
- отпадни материјал и ђубре сакупљају се и уништавају на једном месту;
- целокупна служба болнице је централизована, па је пословање економично.

Најчешће се граде вишеспратне зграде са свим клиничким одељењима, типа централизоване болнице, тзв. блок-система. Болница је оријентисана тако да је „отворена" на све четири стране света; рад је централизован и прегледан, а координација између оде-

љења добра. Помоћне радне јединице (лабораторије, рендген-кабинети, апотека, кухиња) заједничке су за сва одељења. Такође се заједнички користе ложионица, магацин, перионица, лифтови, санитарни уређаји и др.

Коридорни систем карактерише дугачак ходник који се пружа кроз цео спрат, а болесничке собе се налазе са обе стране ходника, мада могу да буду само са једне стране, а са друге стране су прозори. Болнице типа централног коридорног система више се не граде због мрачних ходника, лоше вентилације болесничких соба, и могућих интрахоспиталних инфекција. Уколико се ипак граде, са друге стране ходника треба да буду помоћне просторије: амбуланте за медицинско-техничке радње, дневни боравак, трпезарија и друго.

Павиљонски систем болница одликује постојање више једноспратних или вишеспратних зграда (павиљона). Свако одељење је смештено у посебном павиљону. Такви типови болничких зграда користе се за инфективно одељење, јер је добро проветравање и осунчавање болесничких соба, обезбеђен је мир за болеснике и теже се преносе интрахоспиталне инфекције. Изградња ове болнице је скупља, захтева већу површину земљишта, посебне техничке и санитарне уређаје, као и већи број персонала јер је рад децентрализован. Да би се остварила координација рада између павиљона и заједничких служби, павиљони и заједничке службе су повезани надземним или подземним ходницима.

Трабантни тип болнице представља комбинацију коридорног и павиљонског система. Централна зграда је коридорног типа, са интерним, хируршким, дечјим и гинеколошким одељењима; око централне зграде налазе се павиљони за друга лечења.

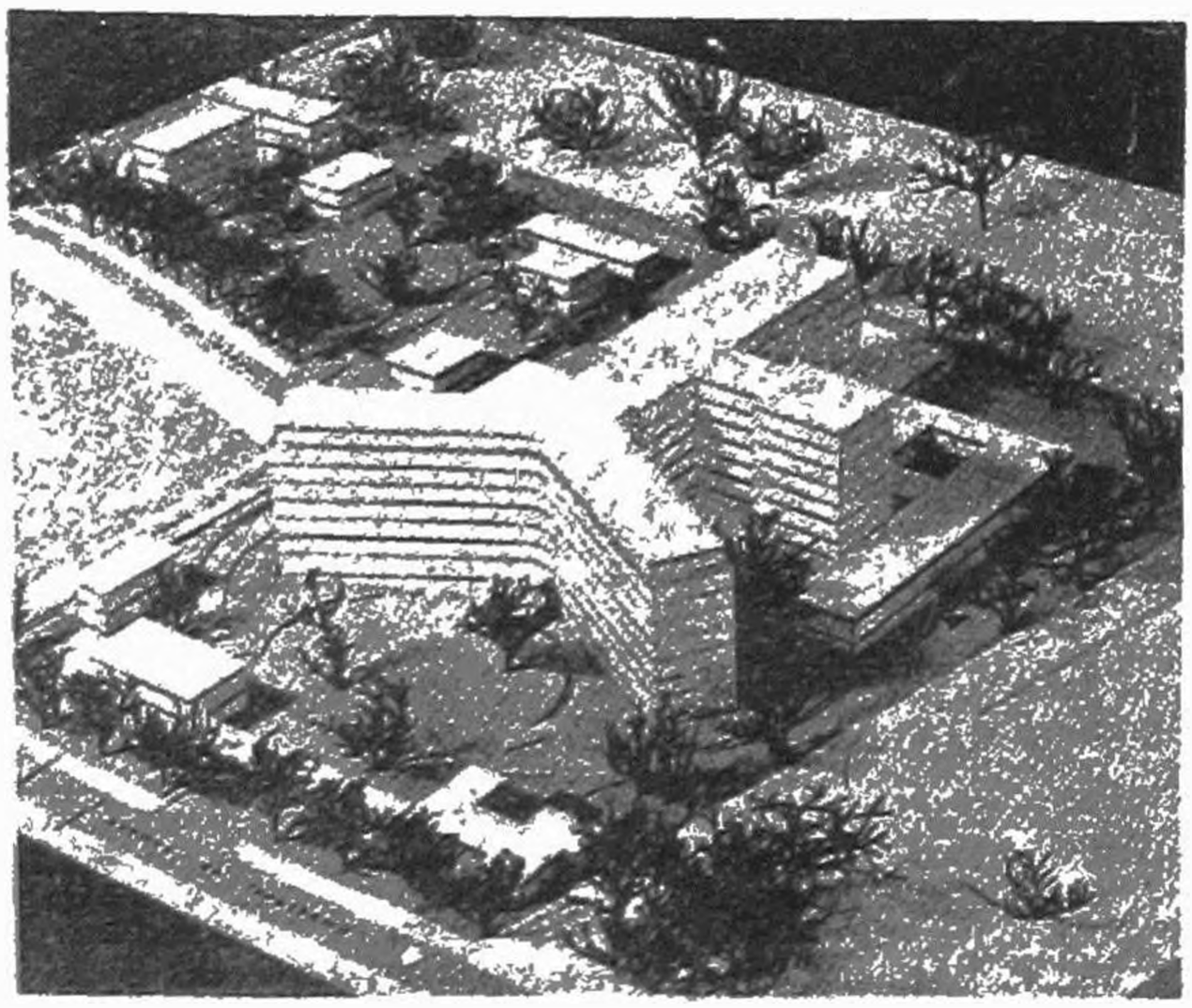
Систем барака гради се у специјалним условима као привремена болница (за време епидемија, елементарних непогода, катастрофа и за привремено проширење постојеће болнице). То су приземне, лако покретљиве зграде, изграђене од блокова, лако се монтирају, демонтирају и транспортују.

Специјална болница пружа здравствену заштиту особама оболелим од одређених болести (заразне, психијатријске, реуматске), особама одређених година старости (дечје, геријатријске) и особама одређеног пола (гинеколошко-акушерске), ако испуњава услове из претходног става.

Специјална болница организује посебну јединицу за медицинску негу и лечење лица чија обољења и повреде захтевају трајну негу и лечење.

Специјалне болнице служе за лечење:

- туберкулозе плућа;
- коштано-зглобне туберкулозе;
- душевних болести;
- старијих особа (служба геријатрије);
- лепре (лепрозоријум) и др.



КЛИНИЧКО-БОЛНИЧКИ ЦЕНТАР

Специјална болница има следећа одељења:

- амбулантно-поликлиничку службу;
- болничка одељења;
- лабораторију;
- рендген-кабинет,
- апотеку,
- мртвачницу.

По потреби, у болници се може организовати:

- служба трансфузије и
- служба рехабилитације.

Савремено лечење и здравствена нега болесника захтевају тимски рад више специјалистичких служби. Стога савремена организација здравствене службе предвиђа уклапање специјалних болница у опште болнице, односно медицинске центре За лечење обољења која су у сталном порасту данас се граде специјалне болнице, као што су:

- служба психијатрије;
- онколошка служба;
- дечја болница.

АПОТЕКА

Апотека је здравствена организација која обавља фармацеутску здравствену делатност.

Она обезбеђује:

- непрекидно и благовремено снабдевање лековима;
- израду магистралних лекова,
- упознавање здравствених радника са новим лековима и начином њиховог коришћења;
- може да врши и неке лабораторијске анализе;
- спроводи здравствено васпитање корисника.

Према потреби апотека може да организује своје организационе јединице као огранке у којима раде дипломирани фармацеути и јединице са фармацеутским техничаром. Ове јединице такође издају готове лекове и санитетски материјал.

ПРИРОДНО ЛЕЧИЛИШТЕ

Природно лечилиште је здравствена организација која обезбеђује лечење и рехабилитацију уз коришћење природних фактора лечења (гас, минерална вода, пелоид, климатски фактор)

Може да обавља стационарну здравствену делатност ако испуњава услове за специјалну болницу У току коришћења природног фактора дужно је да прати његова лековита својства и најмање сваке треће године да изврши поновно испитивање лековитости

МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТАР

Медицински центар је комплексна здравствена организација која представља пре организациону форму него посебну врсту здравствене организације

Најчешће се организује на територији више општина, тако што се здравствене организације удружују у јединствену целину. На тај начин омогућено је планирање и обезбеђивање комплетне здравствене заштите, која обухвата мере примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите, односно комплексан савремени концепт, укључујући амбулантно-поликлиничку, поликлиничко-консултативну, стационарну, социјално-медицинску и хигијенско-противепидемијску делатност.

Медицински центар пружа све видове здравствене заштите на подручју за које је основан, а то су:

- праћење и проучавање стања у области здравствене заштите за коју је основан;
- предлагање и предузимање мера за побољшање здравствене заштите у области за коју је основан;
- испитивање, примена и усавршавање метода и средстава за спре-

чавање, сузбијање и лечење обољења и рехабилитацију оболелих;
- стручно-методолошка помоћ другим здравственим организацијама,
- здравствено васпитање лица којима пружа здравствену заштиту.

У медицинском центру постоје следеће службе:
- служба опште медицине;
- служба заштите здравља одојчади и деце са диспанзером, саветовалиштем и болничким одељењем;
- служба заштите жена са диспанзером, саветовалиштем, патронажним сестрама и болничким одељењем;
- хигијенско-противепидемијска служба са болничким одељењем;
- служба за борбу против туберкулозе са диспанзером и болничким одељењем;
- хируршка служба са станицом хитне медицинске помоћи,
- служба интерних обољења;
- зубно-лекарска служба са ординацијама у здравственим станицама;
- служба медицине рада;
- заштита деце и омладине са диспанзерима и поликлиником;
- клиничка лабораторија;
- рендген-кабинет;
- опште одељење са службом статистике;
- просектура са мртвачницом.

Осим набројаних, према потреби се организује:
- ОРЛ служба (за болести грла, ува и носа);
- служба офталмологије;
- служба онкологије и др.

Службе болнице све више се укључују у здравствену заштиту грађана: специјалисти раде у амбулантно-поликлиничкој служби и тако настављају лечење болесника започето у болници.

Кућно лечење и нега болесника продужетак је болничког лечења. Тиме се скраћује дужина лечења у болници, а боравак у породици повољно психички делује на ток оздрављења.

УНИВЕРЗИТЕТСКИ КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР

Формира се у местима где постоје медицински факултети. У састав центра улазе клинике и институти.

УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА

Универзитетска клиника пружа високоспецијализовану здравствену заштиту која обухвата:
- дијагностичке специјалистичке прегледе, лечење и рехабилитацију оболелих и повређених лица у једној или више грана медицине;
- здравствено васпитање лица којима се пружа здравствена заштита и
- истраживање нових метода и средстава који се користе у превенцији, дијагностици и лечењу.

Клиника обавља и васпитно-образовну делатност вишег и високог образовања и васпитања и научноистраживачку делатност у области медицинских наука у оквиру своје делатности.

Клиника може обављати своју делатност ако има у радном односу најмање пет радника у звању научног сарадника или вишем звању, од којих су два или више њих наставници медицинског, односно стоматолошког факултета.

ИНСТИТУТ УНИВЕРЗИТЕТСКЕ КЛИНИКЕ

Слично као и клинике, институти:
- прате и проучавају узроке и кретања оболевања и повређивања у области у којој пружају здравствену заштиту;

- обављају превенцију, дијагностику, специјалистичке прегледе, лечење и рехабилитацију оболелих и повређених лица;
- истражују, проучавају и предлажу нове методе и средства која се користе у превенцији, дијагностици и лечењу и
- воде регистар и лонгитудинално прате посебне групе обољења или патолошка стања која имају велики медицински и социјални значај — планирају и програмирају мере за спречавање ових патолошких стања.

Институт остварује стручно-методолошку сарадњу са другим здравственим организацијама.

Институт обавља и васпитно-образовну делатност вишег и високог образовања и васпитања и научноистраживачку делатност у области медицинских наука у оквиру своје делатности.

Клиника и институт могу организовати одговарајуће диспанзере. Клиника и институт организују у сарадњи са другим здравственим организацијама стручно усавршавање здравствених радника.

КЛИНИЧКО-БОЛНИЧКИ ЦЕНТАР

Формира се у већим градовима где постоји више специјализованих болничких одељења или клиника у којима се обавља само здравствена служба и образују кадрови. И ови центри, као и универзитетски, могу бити наставне базе за обуку студената.

САМОСТАЛНА ПРИВАТНА ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ

Законом је дозвољено да се највећи део здравствене заштите народа може организовати као облик самосталне приватне здравствене делатности. Већ више година раде бројне амбуланте, поликлинике, лабораторије, апотеке, болнички стационари итд. Основни принцип и доктрине приватне здравствене делатности су исти као и у државним здравственим установама. Чине се покушаји да се ова два сектора интегришу у свим активностима, тако да разлике буду једино у природи власништва.

УНУТРАШЊА ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

ОРГАНИЗАЦИЈА БОЛНИЦА

Болница има три дела који су организовано и функционално повезани, а то су:

- динамички,
- стационарни и
- технички део.

Динамички део болнице користе болесници који се лече амбулантно; смештен је у приземљу да би се смањила шетња посетилаца и болесника кроз болнички део. У његовом склопу су следеће службе:

- чекаоница и пријемна канцеларија,
- амбулантно-поликлинички блок са специјалистичким службама;
- служба лабораторије;
- радиолошка служба,
- служба медицинске документације.

Разумљиво је да све ове службе обављају радне задатке и за болеснике који леже у болници (стационару).

Стационарни део болнице служи за негу и лечење болесника. У његов састав улазе специјализоване службе болнице (одељења), и то:

- интерно одељење;
- дечје одељење;
- одељење за лечење заразних болести;
- гинеколошко-акушерско одељење;
- хируршко-трауматолошко одељење.

Организација и рад ових одељења (специјалистичке службе) зависе од стручног развоја службе, опреме и медицинских кадрова који раде на одељењу. Сестра на одељењу обавља негу и лечење болесника зависно од природе болести и процеса неге, која се планира за сваког болесника зависно од општег стања болесника и тока развоја болести. Свако од ових одељења има своју службу за информације.

Амбулантно одељење служи за преглед болесника. Опрема амбуланте је стандардна.

Одељење за медицинске интервенције служи за:

- припрему болесника за дијагностичке поступке;
- извођење медицинско-техничких радњи;
- указивање хитне медицинске помоћи и реанимације.

Ова просторија има следећи инвентар:

- лежај за болесника;
- амбулантни сто;
- стаклени ормар са комплетом инструмената и апарата за медицинске интервенције;
- стаклени ормар са медикаментима, пластичним стерилним бризгалицама и другом опремом за хитне медицинске интервенције;

– комплет лекова за хитне интервенције. Лекови су уредно распоређени и на свакој кутији (посуди) постоји ознака лека (сигнатура). Поједини од ових лекова (нпр. опијати, аналгетици и др.) закључани су у посебном ормару.

О хигијени ове просторије, опреми и одржавању инвентара води рачуна сестра. Она се стара да просторија буде увек чиста и спремљена за прихватање болесника и извођење медицинско-техничких радњи.

За сваку медицинско-техничку радњу постоји одређени редослед поступака којег се сестра строго придржава у свом раду.

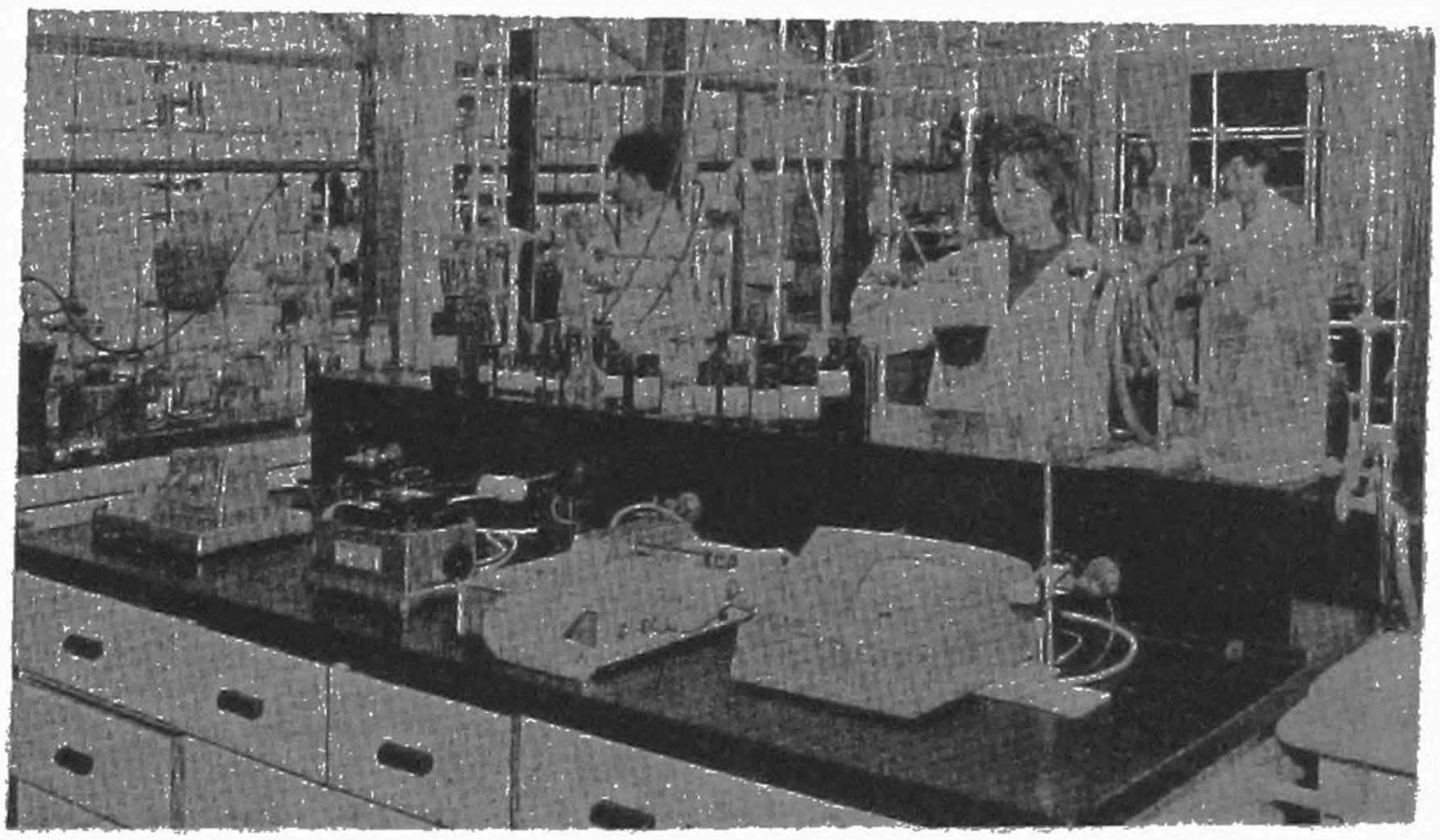
ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА У БОЛНИЦИ

Припрема материјала. – За сваки поступак користи се одређени материјал, који се претходно припреми, а затим распореди на покретна колица, према технологији рада. Припремљени материјал се проверава да ли је исправан и да ли се може употребити. Такав систематски рад омогућава сестри да на време уочи шта од материјала недостаје.

Припрема болесника – Сарадња болесника у току медицинско-техничке радње и интервенције је нужна, па се болесници обавештавају о начину сарадње, а тражи се и њихова сагласност за извођење одређеног поступка Од коматозних болесника и болесника са тешким поремећајем општег стања не може се добити сагласност, па одлуку доноси конзилијум лекара тог одељења, а по потреби и конзилијум болнице, који чине шефови служби. Када постоје могућности, треба затражити сагласност од чланова уже породице

Болесника треба и физички припремити за интервенцију (оперативно поље, рубље болесника, клизма и друге радње), а затим га поставити у одговарајући положај у коме се може извести медицинско-техничка радња.

Припрема сестре. – Осим припреме спољашњег изгледа (уредна одећа и обућа), сестра мора физички да припреми руке за интервенцију (дезинфекција руку). Потребна је и психичка припрема за извођење радње, што подразумева и стручно обављање радње, јер импровизација није допуштена.



ЛАБОРАТОРИЈА БОЛНИЦЕ

РАДНИ ДЕЛОВИ БОЛНИЦЕ

Лабораторија служи за дијагностику. Зависно од величине болнице (броја болесничких постеља), у састав лабораторије улазе:

- чекаоница.
- просторија за узимање материјала;
- просторија за преглед мокраће и крвне слике;
- просторија за биохемијске, хематолошке, бактериолошке и друге анализе;
- просторија за прање лабораторијских судова,
- просторија за стерилизацију и чување лабораторијских судова и материјала.

Савремене болнице имају јединствену лабораторију.

Рендген-кабинет служи за дијагностику, зависно од величине и степена развоја службе. Дијагностика зависи од опреме — уређаја кабинета. У састав кабинета улазе следеће просторије:

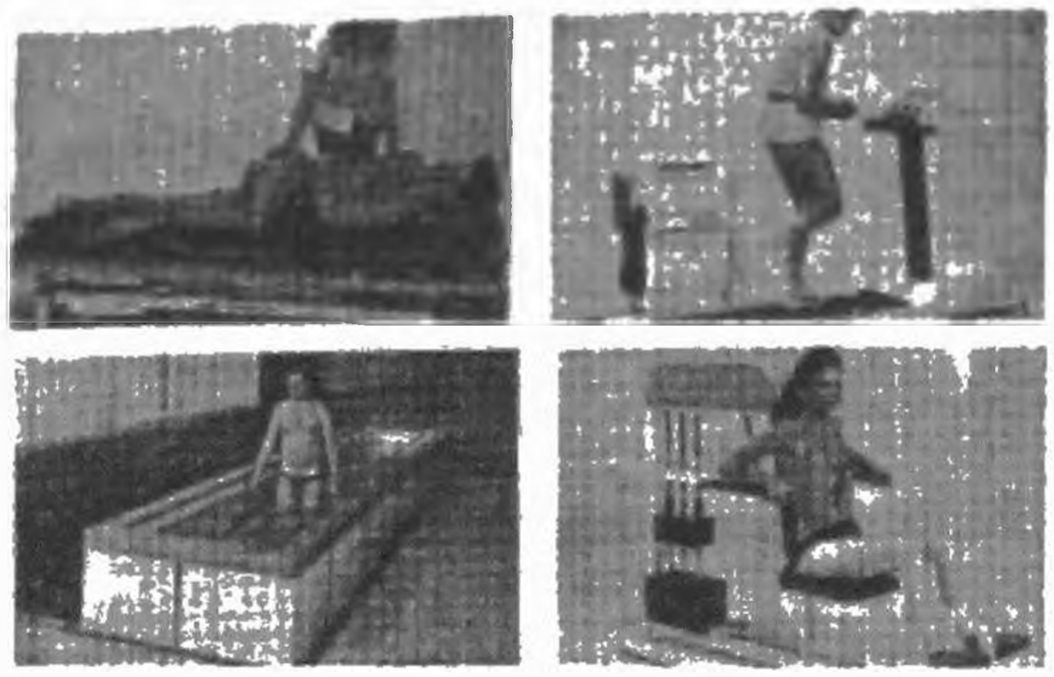
- чекаоница са кабинетом за свлачење болесника;
- просторије за скопију и графију;
- мрачна комора;
- просторија за евиденцију, читање и чување филма (архива—фототека)

У клиничко-болничком центру постоје апарати за радио-терапију (кобалт, рендген-зрачење и др.).

Савремене болнице имају јединствену службу радиологије за потребе болнице.

Кабинети су специјализоване радне јединице са одређеном наменом, и то:

- за трансфузију крви;
- за физикалну терапију и рехабилитацију;
- за електрокардиографске и осцилометријске прегледе. Такође постоје и кабинети за друге намене у зависности од организације специјалистичке службе болнице.



КАБИНЕТ ЗА ФИЗИКАЛНУ ТЕРАПИЈУ

САЛА ЗА ФИЗИЧКУ РЕКРЕАЦИЈУ

У **кабинету за трансфузију крви** се:

- узима крв од рођака или пријатеља болесника;
- складиште резерве крви, крвних деривата и електролитних раствора.

Осим тога, овај кабинет набавља крв из Завода за трансфузију, врши расподелу крви одељењима болнице и извршава остале задатке предвиђене законом и статутом радне организације.

Кабинет за физикалну терапију и рехабилитацију поседује одређену опрему и апарате којима рукује лекар специјалиста за физикалну медицину и рехабилитацију или виши физиотерапеутски техничар. Саставни део лечења болесника је примена физикалне терапије.

Кабинет за ЕКГ. – Сестра стручно оспособљена за рад са електрокардиографом региструје ЕКГ болесника, а налаз прегледа кардиолог.

Зависно од развоја специјалистичке службе, постоје и други кабинети: за испитивање дисајне функције, проходности крвних судова, за енцефалографију, ултразвучну дијагностику и др.

Савремене болнице имају јединствене кабинете за сва специјалистичка одељења болнице.

Болничка апотека. – Из болничке апотеке снабдевају се сва одељења лековима, санитетским материјалом и опремом. Располаже апаратима и уређајима за дестилацију воде и стерилизацију течности. На основу требовања болничких одељења редовно врши расподелу:

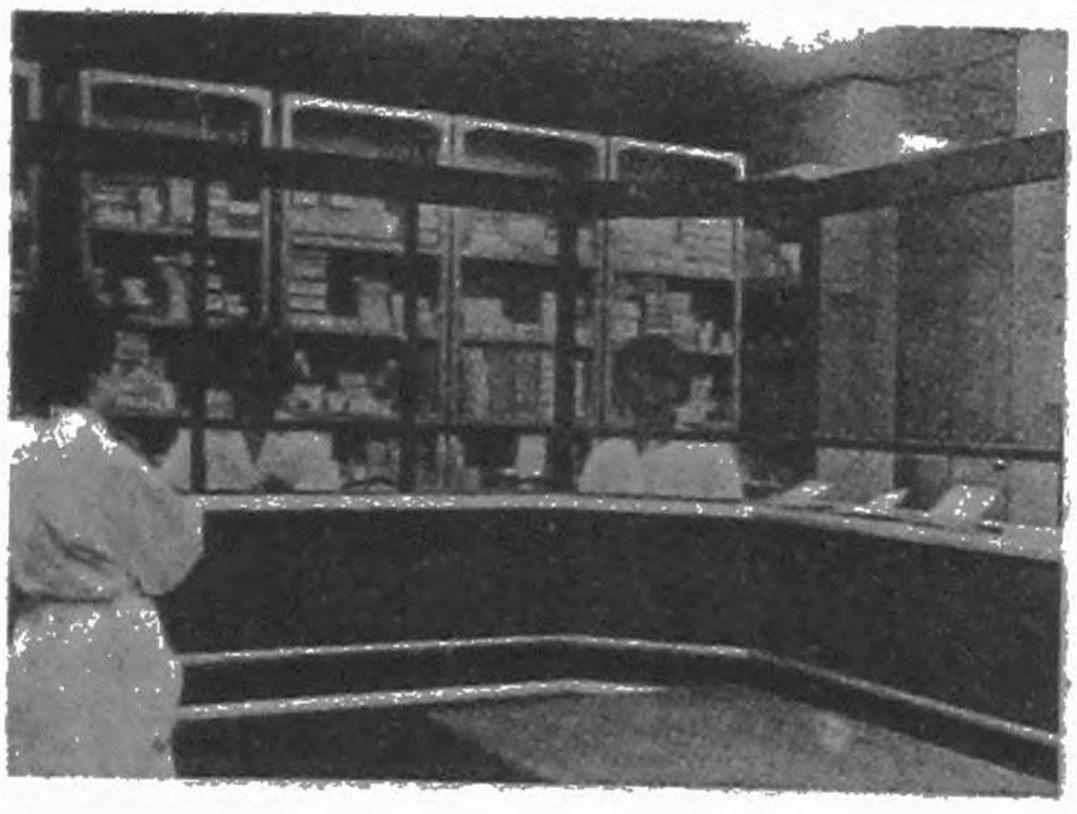
- готових лекова (који су у облику и паковању како их произвођач пушта у промет);
- биолошких производа, серума, вакцина и бактеријских производа који служе за профилактичке, дијагностичке и терапијске сврхе;
- лековитих супстанција, биљног, животињског и хемијског порекла, од којих апотекар израђује лекове по рецепту лекара;
- завојног материјала,
- течности и раствора за инфузије и другог санитетског материјала.

Када болница нема свој кабинет за трансфузију крви, тада апотека требује крв, плазму и деривате (заменике) крви од Службе трансфузије крви Републике Србије или Покрајинског завода.

Соба главне сестре одељења служи за обављање разних задатака главне сестре.

Поподне и у току ноћи ову собу користи дежурна сестра.

Соба главне сестре мора да је уредна, чиста, са удобном столицом или фотељом. У предаху рада, сестра се одма-



АПОТЕКА У БОЛНИЦИ

СОБА ГЛАВНЕ СЕСТРЕ

ра и узима окрепљујући оброк хране или воћног сока. У соби постоји умиваоник са топлом и хладном водом, огледало, мали сто за вођење медицинске документације Ту су и телефон, цвеће, слике, а све то доприноси естетском и пријатном изгледу

Радна соба сестре. — Радна соба је већа просторија која служи за припрему и стерилизацију инструмената. Ту се налазе приручна апотека, ормар са лабораторијским посудама, термометрима, апаратом за мерење притиска, као и други апарати и уређаји који се користе у нези и лечењу болесника.

Радна соба је преграђена стаклом или платном на септички и анестетички део, да би се инфекција спречила или свела на најмање могућу меру. Хигијена и ред у радној соби морају да буду беспрекорни, а технологија рада прецизна, тако да се материјал, опрема и уређаји из септичког дела не преносе у асептички део.

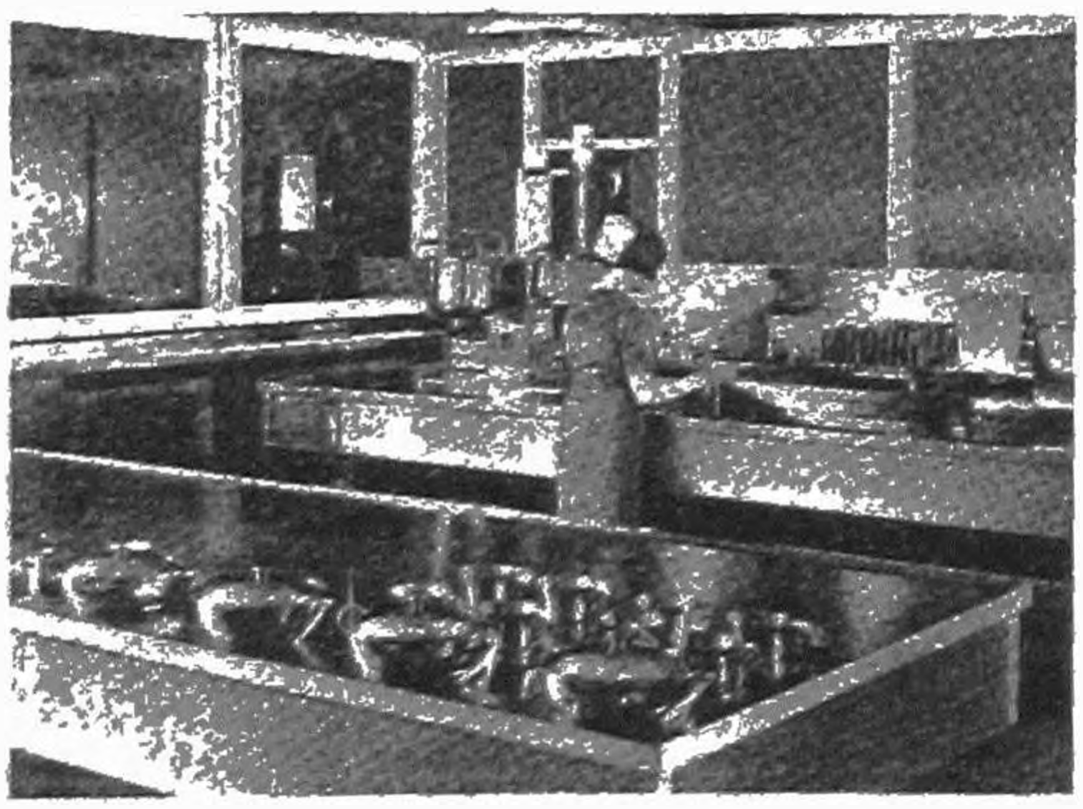
У радној соби се чува материјал за негу и лечење болесника. У овој соби сестра припрема материјал за лечење: инфузије, трансфузије, инјекциони материјал и посуде за слање крви, мокраће и спутума ради лабораторијске анализе У њој се, такође, припрема рубље за болеснике и пресвлачење постеља.

Сестра води администрацију о датој терапији, извршеним медицинским интервенцијама и води књигу примопредаје дужности (сменски рад сестара)

Соба за лекаре. — Служи за вођење медицинске документације, историје болести, отпуста и превођења болесника, као и за друге административне послове. Такође служи и за предах у послу (одмор) и коришћење стручне литературе (библиотеке), као и за размену стручних мишљења о нези, дијагностици и лечењу болесника (консултације лекара).

Приручна (чајна) кухиња. — Приручна кухиња служи за расподелу хране која се припрема у централној кухињи болнице и за кување чаја за болеснике; ту се храна дели у судове (тањире) и на посебном тасу разноси болесницима у трпезарији одељења, а за непокретне болеснике храна се дели по собама.

Кухиња мора да буде увек чиста и сређена. На прозоре се постављају тан-



ЦЕНТРАЛНА КУХИЊА

КОЛИЦА ЗА ПРЕНОШЕЊЕ ХРАНЕ

ке мреже које спречавају улазак инсеката.

У чистом делу чајне кухиње постоји следећа опрема·

- лифт за допремање хране из централне кухиње,
- сто за поделу и сервирање хране,
- електрични штедњак са више грејних места;
- тасови (пластични послужавници) за сервирање хране;
- плакари за чување чистих судова и друге опреме,
- колица за разношење хране по трпезарији за покретне болеснике и до собе за тешке и непокретне болеснике.

Постоји издвојени део кухиње у коме се налазе

- судопере са топлом и хладном водом;
- сто за прихватање прљавих судова;
- канте за отпатке од хране.

Контролу квалитета и укуса хране и расподелу врши сестра одељења и дежурни лекар болнице. Сервирка не сме храну од ручка да оставља за вечеру. Неутрошена јела просипају се у посебне судове и износе из кухиње (тзв. помије).

Сви зачини (со, бибер, шећер, чај) који се користе у чајној кухињи морају да буду добро затворени у посебним кутијама или теглама.

Из хигијенских разлога забрањен је улазак у чајну кухињу другом особљу болнице и болесницима. Из кухиње се не узима вода за облоге, прање бризгалица и друге опреме, јер постоји опасност загађења кухиње, судова и хране.

Сервирка на раду у кухињи носи радну одећу, која је, по правилу, беле боје (да би се уочило када је прљава). Одећа мора да буде увек чиста, уредна, испеглана; коса очешљана и уредно повезана марамом. Пре поделе хране сервирка обавезно опере руке водом и сапуном и не сме прстима да додирује ивице тањира и јело

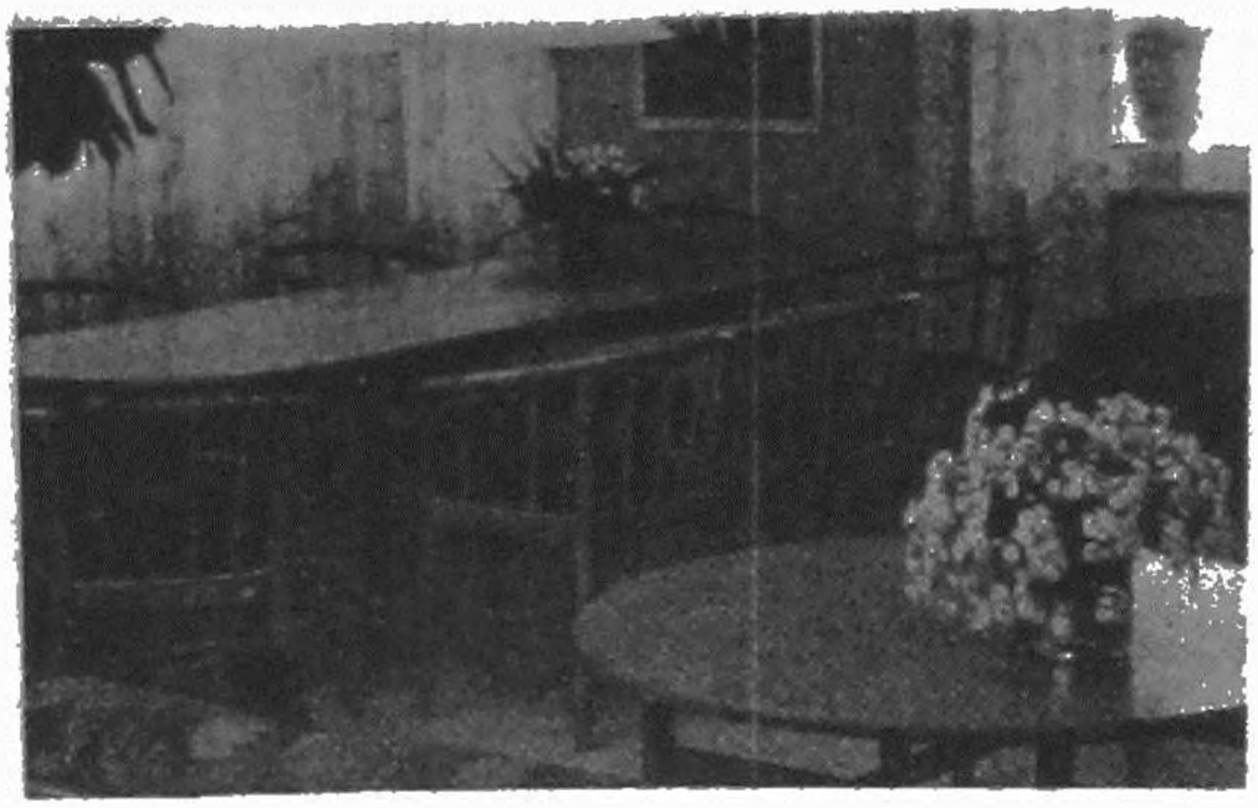
Прљави судови се сакупљају и перу у приручној кухињи. Пожељно је да кухиња има апарат за дезинфекцију судова и прибора за јело Тасови и колица за разношење хране дезинфикују се после употребе. Судови се перу у млакој води, јер се у врелој води згрушавају беланчевине из хране, па се угрушци прилепе за зид суда и теже се перу и одстрањују

У болници за заразне болеснике прибор за јело, судови и тасови се не износе из одељења, већ се ту перу и дезинфикују. Потапају се у већи суд са детерџентом, а потом се перу и испирају под млазом текуће топле воде Пошто се осуше, слажу се у плакаре (ормаре) или стерилишу у посебним уређајима.

Колица за преношење хране се само у оваквој болници могу дезинфиковати после сваког оброка, а потом се стерилишу у посебним уређајима за стерилизацију. У другим болницама колица се после употребе оперу и пребришу дезинфекционим средствима

Приручна кухиња се после сваке поделе хране чисти, пере и дезинфикује. Када се подели вечера, кухиња се почисти, опере и закључа, а кључ предаје дежурној сестри или се оставља на одређено место у сестринској соби, тако да дежурна сестра у случају потребе може да користи чајну кухињу.

Трпезарија. — Налази се у непосредној близини кухиње. Пожељно је да је малим отвором (шубером) повезана са кухињом. Пространа је, светла, увек чиста и у њој болесници обедују. Пожељно је да болесници који могу сами да узимају храну то обаве у овој просторији, а не у болесничкој соби или постељи.



ПРОСТОРИЈА ЗА ДНЕВНИ БОРАВАК

ПРОСТОРИЈА ЗА ДНЕВНИ БОРАВАК, ОДМОР И РАЗОНОДУ БОЛЕСНИКА

Болесник проводи дуже време у болници изолован од средине у којој живи и ради Неопходно је у поподневним и раним вечерњим сатима обезбедити болеснику активан одмор и разоноду, јер психички повољно делује на њега, а омогућава му да буде информисан (ТВ и радио) и да скрати дуго време — поподне и вече.

Болесник у овој просторији може да прима посете и разговара са другим болесницима са одељења. У овој просторији од опреме постоје:

- столови и столице,
- телевизор и радио-апарат,
- шах, домине и друге забавне игре.

Библиотека за болеснике који леже у болници налази се у посебној просторији. Библиотеком руководи стручан библиотекар, а књиге су сређене у полице У саставу библиотеке постоји читаоница са столовима и столицама. Болесници и радници болнице у слободно време користе библиотеку ради стручног усавршавања и разоноде.

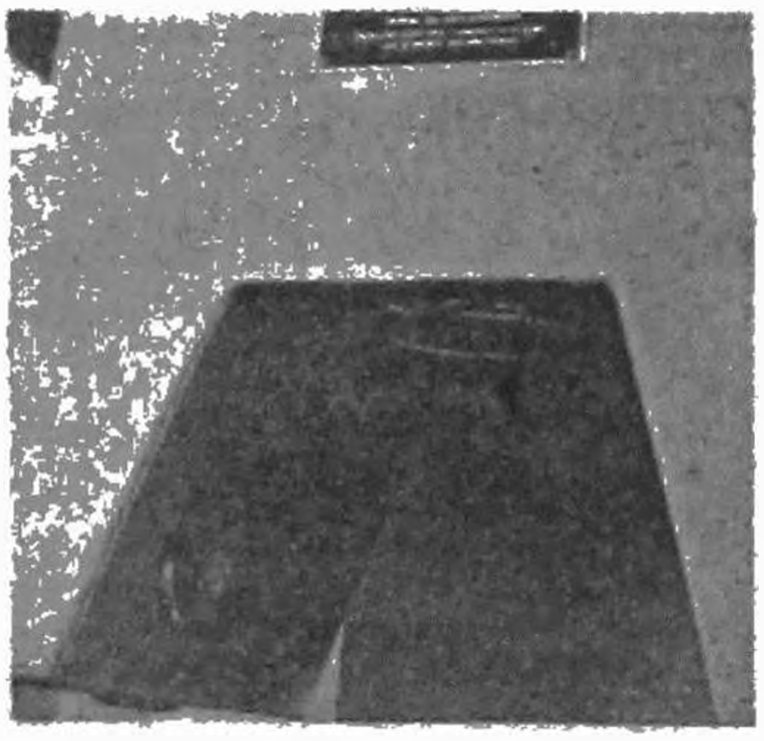
У болницу долазе болесници из разних крајева наше земље са различитим схватањем о здравственој култури. Добро опремљена библиотека и организована служба поделом књига доприносе разоноди болесника и ширењу њихове здравствене и опште културе Болесник је најбољи пропагатор књиге код других болесника, чиме се постиже њихово интересовање и смањује осећај усамљености.

Непокретним болесницима библиотекар на колицима доноси књиге у болесничку собу и преузима и враћа прочитане књиге. Болесник сам одабира књиге које га интересују.

САНИТАРНЕ ПРОСТОРИЈЕ

Свака болничка јединица има посебну просторију са умиваоницима, купатилом и тушем (са топлом и хладном водом). На сваких шест болесника долази један умиваоник, а на 30 болесни-

БИБЛИОТЕКА У БОЛНИЦИ



АПАРАТ ЗА СУШЕЊЕ РУКУ ПОСЛЕ ПРАЊА И ДЕЗИНФЕКЦИЈЕ

ка једна кабина са тушем за покретне болеснике. Сестра одељења, по потреби, прави распоред купања и коришћења просторије. У овим просторијама постоје уграђени вентилатори ради пречишћавања ваздуха.

Клозет — нужник (WC). — У свакој болничкој јединици постоје посебни нужници (клозети) за мушкарце и посебни за жене. У сваком нужнику има више клозетских шоља, а у нужнику за мушкарце и више писоара (за мокрење).

Хигијену просторија одржава екипа хигијеничара (чистачица). Ове просторије чисте се више пута у току дана да би се спречило ширење непријатног мириса у одељењу Чистоћа ових просторија васпитно делује на болеснике, те се и они старају о њиховој хигијени

У предсобљу нужника налази се умиваоник са топлом и хладном водом и течним сапуном. Опране руке суше се папиром (који се налази покрај умиваоника) или електричним апаратом за сушење руку.

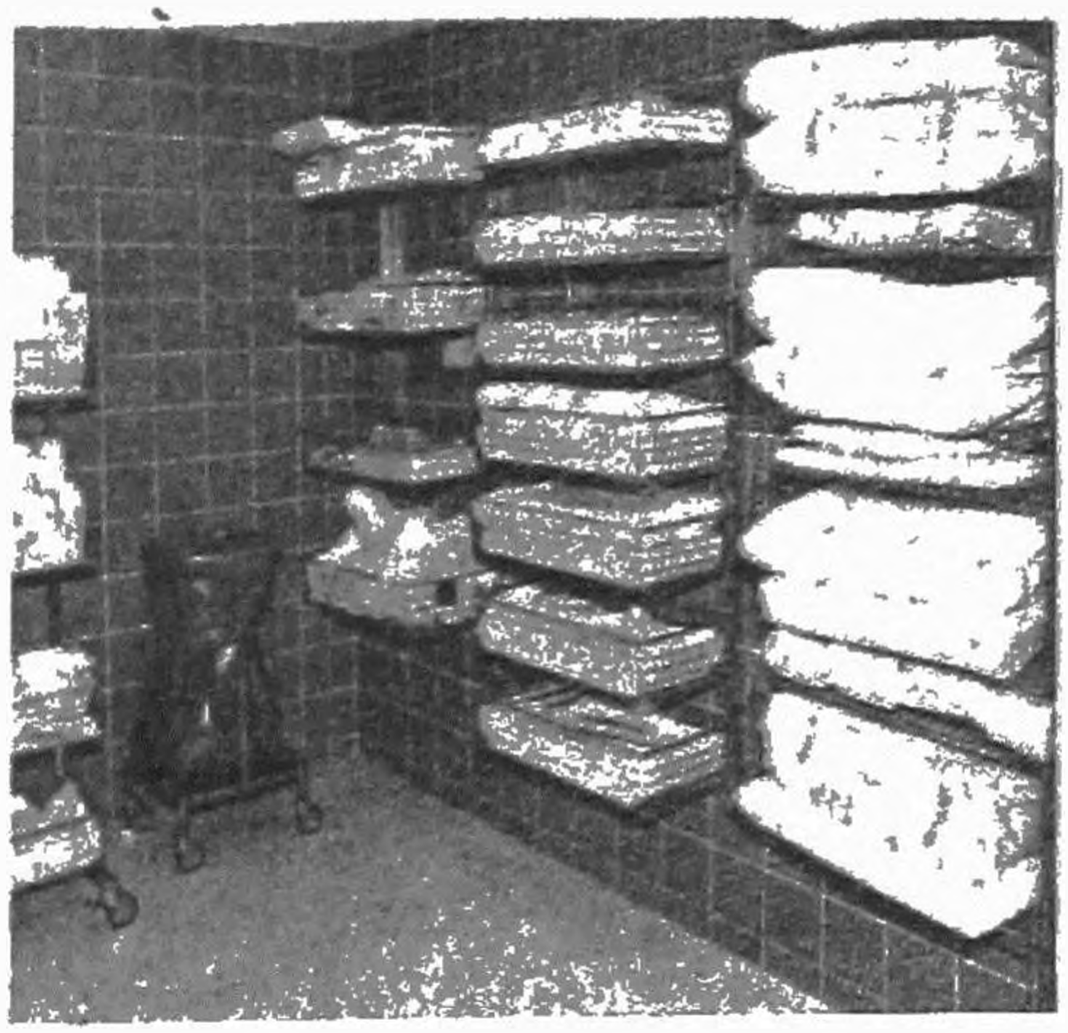
На одељењу постоји посебна просторија у којој се чува материјал за чишћење ових просторија, која мора бити уредна и чиста.

ТЕХНИЧКА ОДЕЉЕЊА

Магацин служи за складиштење разног материјала потребног за рад болнице, као што су

- резерве детерџената и другог материјала потребног за одржавање хигијене просторија;
- канцеларијски и други материјали;
- резерве постељног и болничког рубља;
- различит материјал према профилу и потребама болнице.

Материјал из магацина издаје се у одређено време (9—12 h) на основу требовања одељења или служби. Радом магацина руководи радник који се стара и о благовременој набавци потребног материјала (болнички економ — набављач).



ПРИРУЧНИ МАГАЦИН ЧИСТОГ ПОСТЕЉНОГ РУБЉА

Перионица прихвата прљаво рубље из свих одељења Налази се у приземљу или подруму зграде, а припада техничком делу болнице. Просторија за прљаво рубље снабдевена је специјалним врећама, у којима се прљаво рубље класификује (лично рубље, постељно рубље, мантили, компресе, пешкири и др.) и чува до слања у перионицу у специјалним врећама од непромочивог платна. Сакупљање прљавог рубља у корпе није погодно, јер постоји опасност од ширења интрахоспиталне инфекције чак и кад су корпе обложене непропустљивим материјалом.

Прљаво рубље са одељења односи се споредним степеницама или посебним лифтом, уколико је перионица у граду. У перионици се рубље предаје преко књиге реверса, посебно за свако одељење. Радник који прима прљаво рубље заштићен је мантилом, капом, маском и гуменим рукавицама. У просторији постоји чесма са топлом и хладном водом и дезинфекционим средством. Када заврши рад, радник скида заштитно

одело и шаље га на прање, а рукавице потапа у дезинфекционо средство, па их опере и осуши за употребу у следећој смени. Затим се окупа и обуче своје одело. Савремене болнице имају специјалне вакууме и канал за транспорт прљавог рубља.

Перионица има машине за прање, цеђење и сушење рубља. Рад је механизован и служба се обавља према потреби болнице (једна или две смене).

Прање и стерилизација рубља умрлих болесника захтева специјални поступак. Ово рубље се потапа у дезинфекционе растворе, где стоји 12 сати, а потом се искувава и пере

Рубље се суши у посебним просторијама. Опрано, закрпљено и испеглано рубље складишти се у магацину и по требовању издаје одељењима.

Свако одељење има приручни магацин рубља, тако да може брзо и једноставно да се замени. Рубље се чува у ормарима, који треба да су беспрекорно чисти и уредни. Рубље мора бити сређено према врсти, квалитету и исправности за употребу. Естетски изглед унутрашњег дела ормара, пријатан мирис и уредност најбоља су слика рада медицинске сестре. Ормаром рукује сестра задужена за одељењски инвентар. Свакодневно се за потребе одељења издаје чисто, а прима прљаво рубље, које се шаље у перионицу. У неким болницама је пракса да се у једној просторији налази и чисто и прљаво рубље, што је неправилно и забрањено из следећих разлога:

- постоји могућност инфекције чистог рубља и пренос инфекције на друге болеснике,
- шири се непријатан мирис, па чисто рубље добија задах.

Просектура. – Закон о организацији здравствене заштите обавезује болницу да има посебну службу где се врши обдукција лешева. Задаци просектуре су комплексни и доприносе усавршавању метода лечења. Проверава се узрок смрти, ток и развој болести. Службом руководи лекар специјалиста – патолог.

Просектура је смештена у кругу болнице, где је забрањен приступ особљу, болесницима и родбини покојника. Евакуацију лешева из просектуре спроводи посебна служба.

Служба везе у болници. – Ради правилног функционисања болнице и комуникације између служби одељења и свих здравствених радника, као и везе болесника са члановима породице и међусобне везе здравствених радника, користе се телефони и разни уређаји везе и комуникације.

Светлосни сигнали монитора у болесничким собама упозоравају сестру на поремећај животних функција болесника (пулса, крвног притиска, дисања), па лекар и сестра одмах спроводе одговарајуће терапијске методе.

Звучни сигнали из болесничке собе позивају медицинску сестру да хитно дође у собу болесника коме је неопходна помоћ.

Интерна телевизија постављена је у соби главне медицинске сестре, која прати стање болесника и рад медицинских сестара на свим одељењима.

Вакуум-канали граде се у савременим болницама и преко њих се достављају извештаји стручних служби (лабораторија, рендген-кабинет), мала паковања лекова, пошта и други материјал.

ОРГАНИЗАЦИЈА АМБУЛАНТНО-ПОЛИКЛИНИЧКИХ УСТАНОВА

ДОМ ЗДРАВЉА.

Дом здравља је јавна здравствена установа амбулантно-поликлиничког типа, са специјалистичким службама за негу и лечење болесника.

АМБУЛАНТА ДОМА ЗДРАВЉА

У амбуланти дома здравља обавља се преглед болесника, одређује терапија, боловање, начин исхране и контролише лечење. Кад је то индиковано, лекар специјалиста дома здравља упућује болесника ради лечења у болницу. У амбуланти се води здравствена документација у коју се уписује целокупан ток лечења болесника и води евиденција боловања.

Служба дома здравља ради од 7 до 19 h, а, по потреби, дом здравља организује и службу ургентне медицинске помоћи.

ЛАБОРАТОРИЈА ДОМА ЗДРАВЉА

Служи за анализе крви и мокраће ради постављања дијагнозе болести и контроле лечења.

Радно време лабораторије је од 8 до 18 h; болесник не сме узети храну и течност непосредно пре прегледа крви.

Кабинет за рехабилитацију служи за потребе амбулантне службе за покретне болеснике. Рехабилитација се наставља после завршеног болничког лечења или после лечења у рехабилитационим центрима

МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА У АМБУЛАНТНО-ПОЛИКЛИНИЧКИМ УСТАНОВАМА

Здравствени картон опште праксе води се за сваког осигураника – грађанина који се определио за лекара опште медицине. То је основна медицинска документација о здравственом стању, прележаним болестима и повредама и стационарном лечењу у здравственој организацији.

У здравствени картон уписује се привремена неспособност–спреченост за рад.

Здравствени картон медицине рада установљава се у амбуланти службе медицине рада радне организације или амбуланти дома здравља. Сви подаци о испитивању и лечењу болесника уносе се у картон, као и подаци о професионалним обољењима и отпусту из болнице.

Стручна служба дома здравља издаје следећа документа:

- извештај лекара специјалисте;
- рецепте за подизање лека у градској апотеци;
- упуте за лабораторијске анализе, радиолошке прегледе и прегледе код других лекара специјалиста;
- упуте за болницу ради стационарног лечења болесника;

– даје налог станици за хитну помоћ за превоз болесника кући или у болницу;
– даје налог медицинској сестри за давање инјекција у стану болесника;
– води и другу медицинску документацију а према потребама специјалистичке службе у дому здравља, завода за заштиту здравља и за потребе скупштине општине

ЕВИДЕНЦИЈА И СЛУЖБА ИЗВЕШТАЈА

Евиденција о здравственим прегледима и о обољењима, као и о стању повреда садржи следеће податке:

– датум пружања здравствене заштите и врсту пружене помоћи;
– дијагнозу, терапију и исход лечења;
– процену радне способности;
– трајање привремене неспособности, и спречености за рад;
– компликације за време лечења и рехабилитације,
– узрок привремене неспособности и спречености за рад;
– назив установе која плаћа трошкове лечења;
– узрок смрти.

Евиденција о болеснику садржи:

– опште податке,
– медицинске податке.

Општи подаци обухватају: презиме и име болесника, матични број здравствене легитимације, шифру делатности, категорију здравственог осигурања (радници, земљорадници, пензионери, ратни војни инвалиди и др.), матични број осигураника, назив фонда здравственог осигурања.

Медицински подаци обухватају датум прегледа, врсту извршених прегледа, обољење, односно стање утврђено при прегледу, врсту и начин лечења.

Евиденција о потрошњи лекова садржи следеће податке: назив и врсту издатог лека, количину лека, цену

Медицинска документација и евиденција о стручном раду здравствене службе садржи медицинска документа о нези и лечењу болесника која се користе у научне сврхе, као и ради извештаја који се достављају скупштини општине и другим органима и организацијама

Евиденција о заштити човекове средине обухвата изворе, узроке и место загађења, датум прегледа, врсту и количину санитетског материјала који служи за испитивање извора загађења, степен загађености извора загађења, последице загађења земљишта, ваздуха, воде, људске и сточне хране.

Евиденција о имунизацији против заразних болести обухвата опште податке, који се воде за свако лице које подлеже обавези вакцинације, и медицинске податке који садрже: датум и врсту имунизације, средство и количину утрошену за имунизацију, резултат имунизације или разлоге због којих није извршена.

Евиденција о здравственој исправности животних намирница садржи податке о испитиваности намирница за целу земљу, и то: датум анализе, врсту животне намирнице, назив организације која производи животне намирнице, врсту извршених анализа, резултат анализа.

ЧУВАЊЕ И АРХИВИРАЊЕ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ

Сва медицинска документација чува се у здравственој установи. Пре него што се донесе одлука да се медицинска документација уништи, затражи се мишљење Архива Републике Србије.

МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА У БОЛНИЦИ (филмотека)

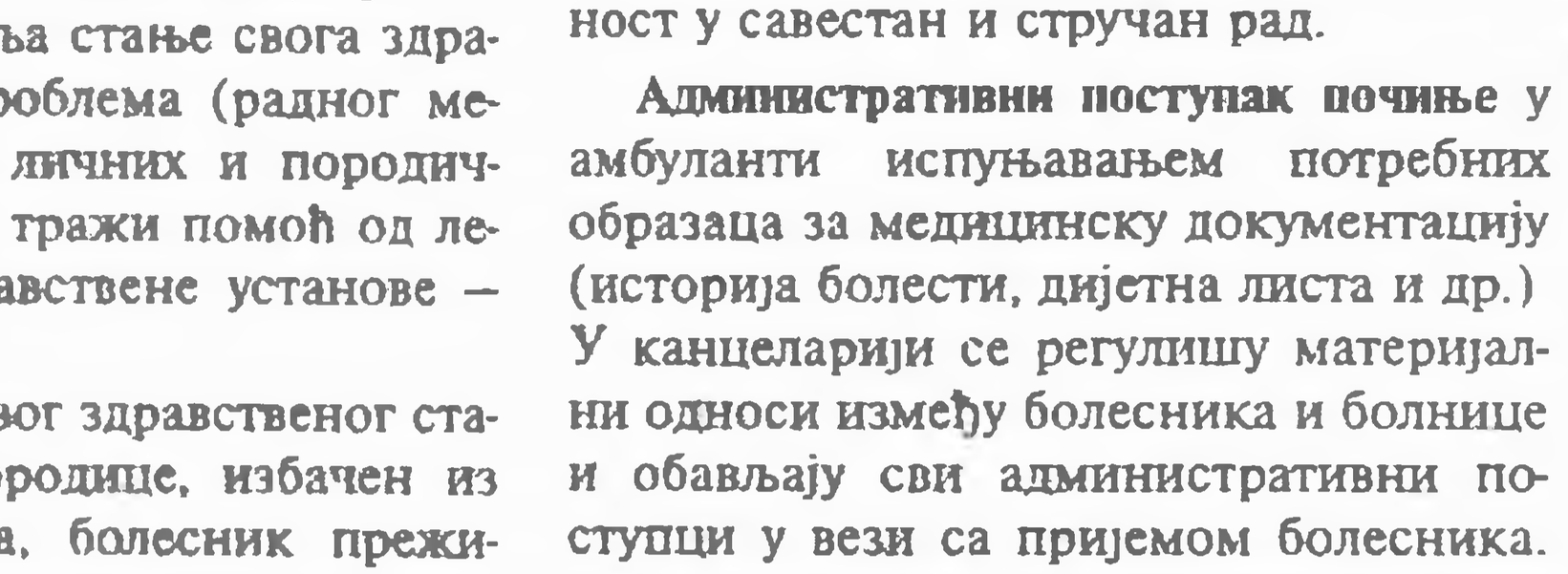
ПРИЈЕМ БОЛЕСНИКА У БОЛНИЦУ

Човек је здрав све док су његове органске функције нормалне, док може активно да учествује у решавању животних проблема и да нормално обавља своје дужности. Међутим, оног тренутка када промене у функцијама организма достигну шири опсег или велики интензитет и почну да утичу на измену нормалног животног ритма, тако да човек не може да испуњава своје радне обавезе, он поставља стање свога здравља изнад свих проблема (радног места, свакодневних личних и породичних брига и др.) и тражи помоћ од лекара, односно здравствене установе — болнице.

Забринут због свог здравственог стања, одвојен од породице, избачен из животног колосека, болесник преживљава психичку трауму, поготово кад долази у нову и непознату болничку средину. Сваки разговор са болесником (добар савет, охрабрење, подршка и уверавање у могућност оздрављења, пријатељски однос и добронамерна наклоност) представља солидну основу за лечење и често делује много боље него терапија. Здравствени радник у овом тренутку није само стручњак, већ и особа која схвата и разуме емотивно стање болесника, његове невоље, страдања, бојазности и наде.

Однос здравствених радника, изглед и уређеност болнице данас су усмерени тако да психички повољно делују на болесника. Ранији типови болница коридорног централног система, са мрачним и уским ходницима, замењени су модерним болничким зградама са широким и светлим ходницима, пријатних топлих боја, најчешће испуњених цвећем. Уређене терасе, трпезарије и библиотеке стварају пријатно осећање домаће атмосфере, а чисто и уредно особље улива болеснику поверење и сигурност у савестан и стручан рад.

Административни поступак почиње у амбуланти испуњавањем потребних образаца за медицинску документацију (историја болести, дијетна листа и др.) У канцеларији се регулишу материјални односи између болесника и болнице и обављају сви административни поступци у вези са пријемом болесника. Чим болесник дође у чекаоницу, затим



УНИВЕРЗИТЕТСКИ КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР
- *деск за обавештења,*
- *деск за заказивање прегледа*

у приемно одељење, медицинска сестра треба да процени његово опште стање. Одмах може да измери пулс и температуру (у боксу) и прегледа остале показатеље за процену општег стања (изглед, дисање и др). Према нађеном стању утврђује да ли је случај хитан, тј да ли болесника треба после најкраће процедуре што хитније да уведе у амбуланту ради прегледа или се он може подвргнути редовном начину примања

Став особља према тежим болесницима не сме да буде прожет упадљивим сажаљењем, болећивошћу, забринутошћу и посебном пажњом; такав однос може да обесхрабри болесника, а и његове пратиоце Најважније је при пријему да болесник добије утисак да је дошао у средину која је спремна да уложи све своје снаге и знање да га излечи.

При пријему болесника у болницу потребна је следећа медицинска документација:

— **пријемна листа**, у коју се уписује радна дијагноза, терапија и методе дијагностике које треба хитно урадити Болесницима са хроничним обољењима лекар и шеф одељења одређују терапију и методе дијагностике;
— **матични лист**, у који се уписују подаци за сваког болесника који је примљен на болничко-стационарно лечење,
— **историја болести**, која има следећа поглавља:

1. *анамнеза*
— лична анамнеза (*anamnesis vitae*);
— породична анамнеза (*anamnesis familiae*);
— садашња болест;
— социјално-економски услови живота и рада;
2. *објективни прегледи*
— преглед по системима и органима (општи статус);
— локални налаз (*status localis*);
— радна дијагноза,
3. *примењене методе клиничког испитивања*
— лабораторијски налази,
— радиолошка испитивања;
— ендоскопски прегледи;
— пункције, сондирање и друге медицинско-техничке радње;
— специјални преглед (ехо сонографија, *body scanner* и др.);
4 *историја претходних болести* у коју се уноси:
— трајање и исход конзервативног стационарног лечења,
— трајање и исход оперативног лечења,
— датум и врста извршених хируршких захвата,
— постоперативни ток и исход оперативног лечења,
5. *ток болести – decursus morbi*, примењена терапија и резултати допунских прегледа;
6. *закључна дијагноза* и стање болесника по отпусту из болнице уз:

а) **отпусну листу** и извештај надлежном лекару са упутством за даље амбулантно-поликлиничко лечење болесника и лечење у установама за рехабилитацију и физијатријску терапију;

б) **прелазну листу** – даје се када се болесник преводи на друго одељење или у другу болницу;

в) **медицинску документацију** о смрти болесника са мишљењем да ли треба радити клиничку обдукцију.

ПРИЈЕМНО ОДЕЉЕЊЕ

Здравствено особље овог одељења је одабрано, стручно, са најпозитивнијим особинама. Посебну пажњу треба посветити приликом пријема болесника на дечје, хируршко и акушерско одељење, због посебности психе болесне деце, повређених и трудница. Да ли ће први сусрет охрабрити болесника и

створити поверење и сигурност или, пак, омаловажити и повредити његову личност, зависи од тих првих утисака Утисци остају у доживотном сећању болесника и он их касније често препричава својим пријатељима и породици

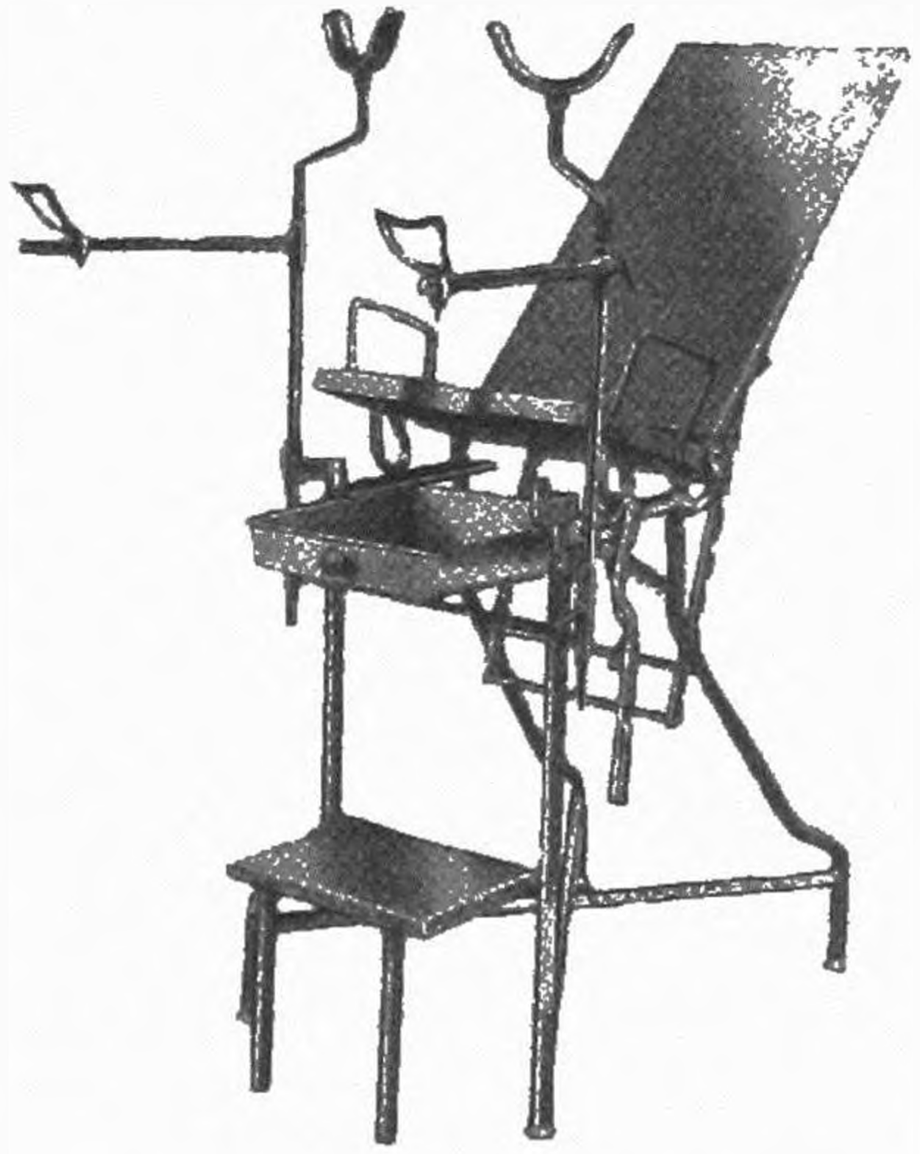
Болесник долази у болницу са упутом лекара, односно упутом здравствене установе за основну здравствену заштиту (дом здравља, здравствена станица) Упут за пријем, осим имена, презимена и осталих личних података, мора да садржи дијагнозу. Ако се болесник преводи из друге здравствене установе, пожељено је да има документ о испитивању и лечењу (препис историје болести, лабораторијских и других налаза и извештаја о примењеним методама лечења).

У састав пријемног поликлиничког блока улазе следеће јединице.

Свлачионица (гардероба) служи да болесник и његови пратиоци оставе своје капуте, кишобране и ручни пртљаг. По завршеном прегледу предате ствари се враћају. О гардероби (свлачионици) води рачуна једна особа која при пријему одеће или ствари издаје број, те се на овај начин онемогућава замена предатих ствари.

Чекаоница је прва просторија у коју болесник улази Она треба да буде уредна и чиста да би болесник стекао утисак о доброј организованости здравствене установе, што психички повољно утиче на њега. На зидове треба поставити пригодне здравствене савете, одговарајуће слике, графиконе и мулаже који могу васпитно да делују. Такође се препоручује и коришћење магнетофона, који ће репродуковати кратка поучна предавања из области здравственог просвећења док се чека на преглед Оваква чекаоница треба да располаже брошурама из здравствене литературе приступачне болесницима и њиховим пратиоцима, чиме се болесник за извесно време позабави, донекле смири и заборави да је у болници У чекаоници болесник остварује други сусрет са амбулантом, чекаоница не сме да буде споредна, већ пространа, хигијенски и укусно уређена просторија

Амбулантно-поликлиничко одељење је место где се болесник први пут сусреће са медицинском сестром и лекаром



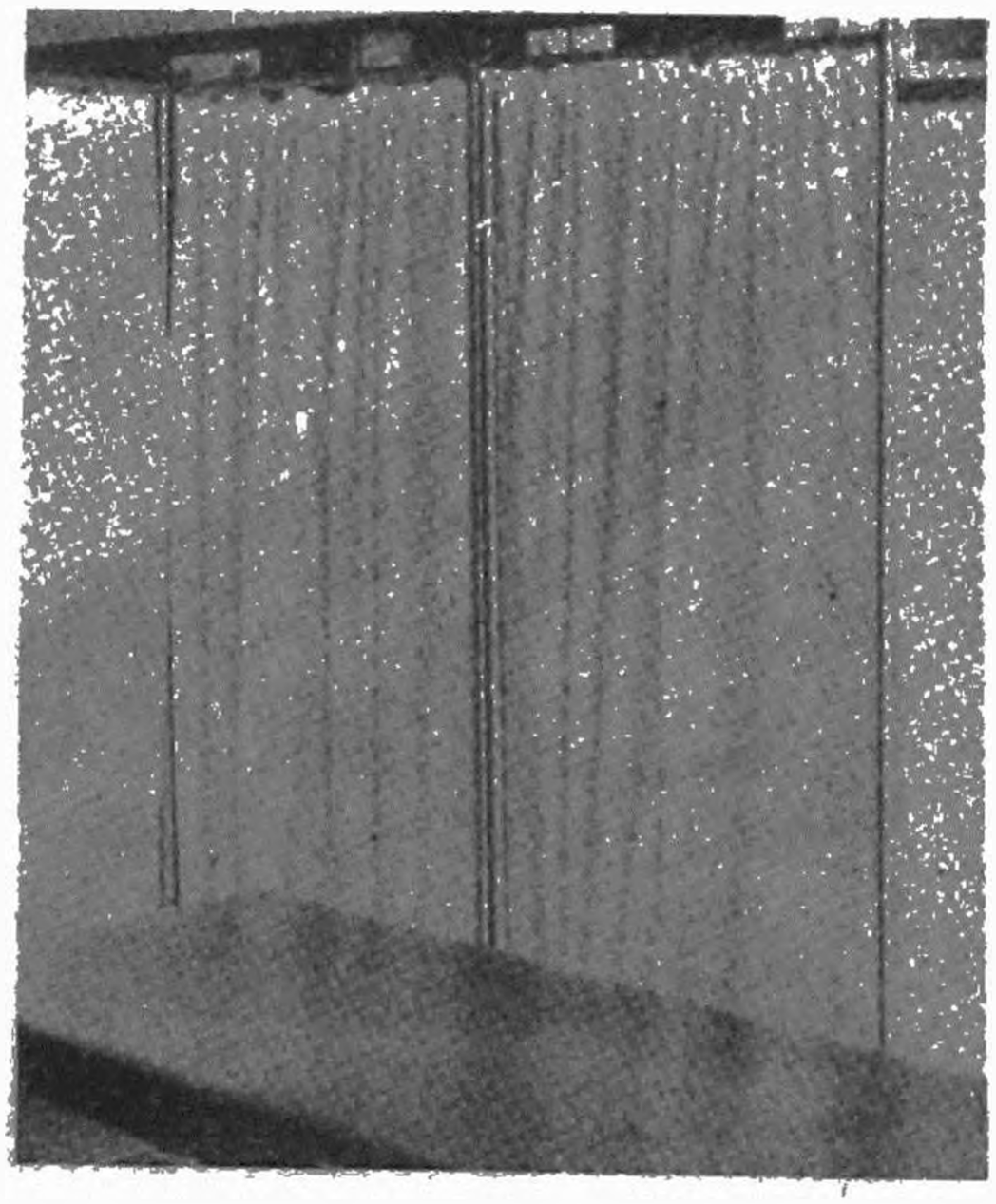
АМБУЛАНТНИ СТОЛОВИ. ЗА ГИНЕКОЛОШКЕ, РЕКТАЛНЕ И УРОЛОШКЕ РАДЊЕ

У амбуланти постоје боксови између чекаонице и амбуланте, а служе за свлачење болесника и мерење температуре. Бокс има столицу и вешалице за одлагање одеће болесника

Амбуланта служи за лекарске прегледе болесника. Поседује санитетску опрему која омогућава преглед болесника, пружање медицинске помоћи и извођење одређених медицинско-техничких радњи.

Опрему пријемне амбуланте чине:

- амбулантни столови за преглед болесника;
- сто за превијање болесника,
- покретна колица са опремом и уређајем за изузетно превијање болесника по боксовима,
- сто са потребним обрасцима – рецепти, упути за лабораторијске и рендгенске прегледе, упути за прегледе у другим здравственим установама, налог за превоз санитетским колима, историје болести, пријемне листе болесника и др;



ПЛАТНЕНЕ ПРЕГРАДЕ У АМБУЛАНТИ (БОКС ЗА ПРЕГЛЕД БОЛЕСНИКА)

- апарати и инструменти којима се лекар служи при прегледу (слушалице, апарат за мерење крвног притиска, кутије са топломерима и др);
- носила за преношење рањеника и болесника;
- санитетска столица са наслоном, који се може подесити, и држачем главе,
- држач (сталак) за инфузије;
- наслон или удлага за имобилизацију руке на којој је постављен уређај за инфузију или трансфузију;
- аспиратор за чишћење усне дупље и горњих дисајних путева од секрета, повраћајних маса, крви и др.;
- комплет инструмената за вентилацију;
- комплет инструмената за трахеостомију;
- комплет инструмената за хируршку обраду ране;
- јастуци од сунђерасте масе пресвучени платненом навлаком;
- пулмотор за инсуфлацију кисеоника (типа „драгер“);
- ручна лампа – рефлектор на електрични погон;
- термофор;
- више стерилних шпатула (дрвене и металне).

Преглед болесника обавља се без присуства чланова породице и административног службеника. Сестра присуствује прегледу само ако је нужно да помаже лекару.

Анамнеза, лична и породична, природа болести и ток досадашњег лечења, строго је чувана професионална тајна, коју болесник поверава само свом лекару.

После завршених административних процедура сестра води болесника у један од боксова, помаже му у свлачењу, уводи га у амбуланту, поставља на сто и

мери температуру, а затим помаже лекару при прегледу. По завршеном прегледу, уколико је болесник примљен на одељење, води га у канцеларију у којој се регулише плаћање лечења и обавља административни пријем у болницу

Сестра, затим, објасни члановима породице или пратиоцима где се налази соба у коју се смешта болесник, када је време за посете и коме треба да се обрате за обавештење о лечењу и стању здравља болесника.

САНИТАРНА ОБРАДА БОЛЕСНИКА

Болеснички картон остаје у пријемном блоку, а у главни протокол се уписује да ли је болесник примљен у болницу — и на коме је одељењу (соба, спрат).

Пре смештаја болесника у постељу сестра води или превози болесника у одељење за санитарну обраду болесника, а медицинску документацију предаје здравственим радницима који раде у том одељењу.

Одељење за санитарну (хигијенску) обраду болесника састоји се из више јединица.

Чекаоница служи да болесник у њој проведе време до одласка на санитарну обраду пре смештаја на одељење. У чекаоници медицинска сестра издваја, према спољашњем изгледу, најтеже болеснике и даје им предност при смештају. Она, такође, користи сваки погодан тренутак да у разговору пружи болеснику савете из личне и опште хигијене.

Свлачионица је просторија у којој се болесник свлачи и предаје одећу, а затим одлази у купатило.

Гардероба је снабдевена потребном опремом, вешалицом и др., као и специјалним пластичним кесама за чување болесничке одеће.

Купатило је опремљено потребним уређајима и средствима за купање болесника. Ту се налазе боксови са тушевима (најпогоднији су ручни), као и сто прекривен мушемом који служи за купање тешких болесника.

При умивању или купању болесника сестра контролише:

- да ли болесник болује од кожних болести, има ли повреде коже, гнојна обољења меких ткива и друге промене;
- да ли у косматим деловима има ваши и гњиде, или стидне ваши у стидном пределу око полних органа Када запази ове промене, у договору са лекаром организује санитарну обраду пре смештаја болесника на одељење.

Просторија за облачење болесника опремљена је ормарима са чистим рубљем Сваки болесник добија болничко рубље, папуче, мантил и убрус.

Поступање са болесником у одељењу за санитарну обраду мора да буде пажљиво, нежно и тактично из обзира према болеснику који у тој ситуацији осећа стид. Болесникову пажњу треба обазриво скренути на другу страну; искусна сестра ће са болесником разговарати о обичним стварима, али тако да ипак стекне утисак о тежини његовог стања, о здравственој просвећености, душевној прибраности, замору и др

Када се код болесника открије вашљивост, примењује се посебан поступак. Болесник најпре свуче одећу, а потом га болнички берберин ошиша над влажним застирачем натопљеним антисептичким раствором. Болесниково одело се ставља у посебну врећу и одмах шаље на дезинфекцију. Данас се за прање косе искључиво користе специјални шампони који уништавају гњиде и вашке.

У болници где не постоји фризер, сестра обавља цео поступак обраде косе.

Одећа болесника се пажљиво слаже и сваки део се уписује у књигу реверса,

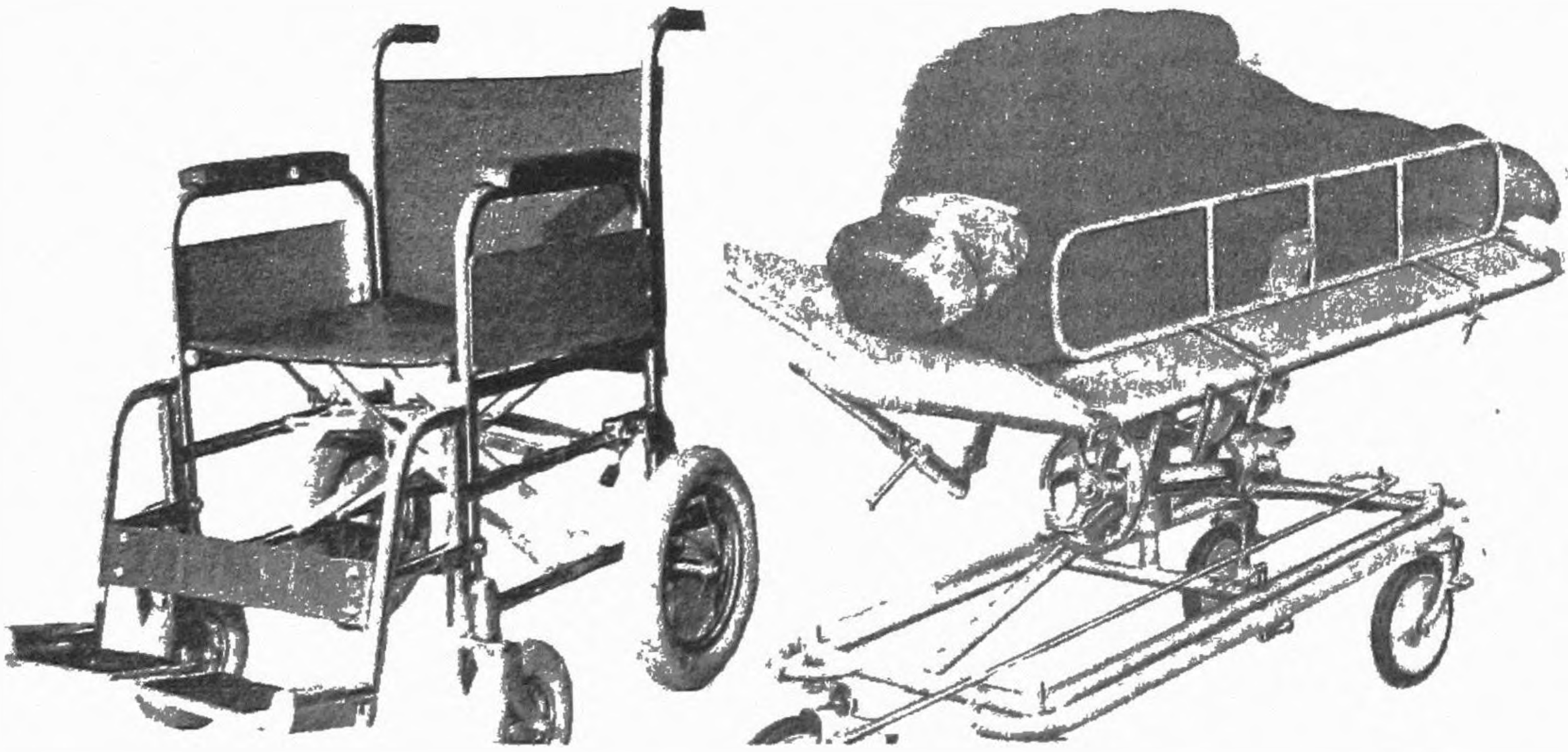
а затим оставља у пластичне кесе Ствари од вредности (новац, сат, налив-перо, накит и др.) пописују се комисијски, уз детаљан опис квалитета, и предају одељењској канцеларији на чување Записник се води у три примерка, један за болесника, други се предаје благајни, а трећи остаје у књизи реверса.

Купање се обавља у купатилу под тушем, а ако је болесник слаб и малаксао, поставља се на столицу или сто и пере ручним тушем Купатило треба да је загрејано на 22°С. Најпре се пушта хладна, а потом топла вода, да би се избегло стварање водене паре. За време купања болесник се никада не оставља сам. После купања он обува папуче, а затим прелази у собу за облачење, где добија чисто и испеглано рубље и мантил. Овако санитарно обрађен болесник одлази у пратњи сестре у болесничку собу или га преносе, на носилима, односно колицима.

СМЕШТАЈ БОЛЕСНИКА НА ОДЕЉЕЊЕ

Соба и болничка постеља морају бити унапред одређене за сваког примљеног болесника, који треба да стекне утисак да је све припремљено и да се на њега чека. Није дозвољено да болесник присуствује несугласицама међу особљем при смештају у постељу. Медицинска сестра пријемног блока предаје болесника одређеној сестри, уз кратка обавештења према утиску стеченом о болеснику. По могућству болесника треба упознати са осталим болесницима у соби. Овај поступак је врло позитиван и доприноси да се болесник у новој средини не осећа усамљен и да се брже адаптира. У боље организованој установи болесник добија одштампано обавештење и упутство о кућном реду болнице.

Према изгледу болесника и према објективним симптомима већ у првом контакту са болесником сестра и лекар ће видети о каквом је болеснику реч и настојаће да му обезбеде смештај у одговарајућем положају у постељи и потребну негу и медицинску помоћ. На те прве моменте адаптације болесника на болничку средину треба мотрити, па је неопходно да тада поред болесника буде одељењска сестра, која ће га упозна-



КОЛИЦА ЗА ВОЖЕЊЕ НЕПОКРЕТНИХ БОЛЕСНИКА

ти са кућним редом болнице и кроз разговор настојати да у њему пробуди поверење и сигурност. Правилно спроведен први разговор и однос према болеснику условљава да сестра буде лице коме се болесник, практично, обраћа за све и поверава јој своје потребе и жеље. Познато је да болесници за време лечења у болници заволе неку од сестара, да је очекују и радују се њеном доласку на дужност, јер она и постаје посредник између болесника и лекара; њој се често повераваји скривени мотиви, које болесник први пут некоме поверава; то постаје њихова тајна коју нико други не би требало да зна осим лекара који лечи болесника уколико ова тајна има везе са обољењем. Ови поверљиви разговори постаји професионална тајна коју су лекар и сестра дужни понекад доживотно да чувају.

ПРИЈЕМ ХИТНОГ БОЛЕСНИКА

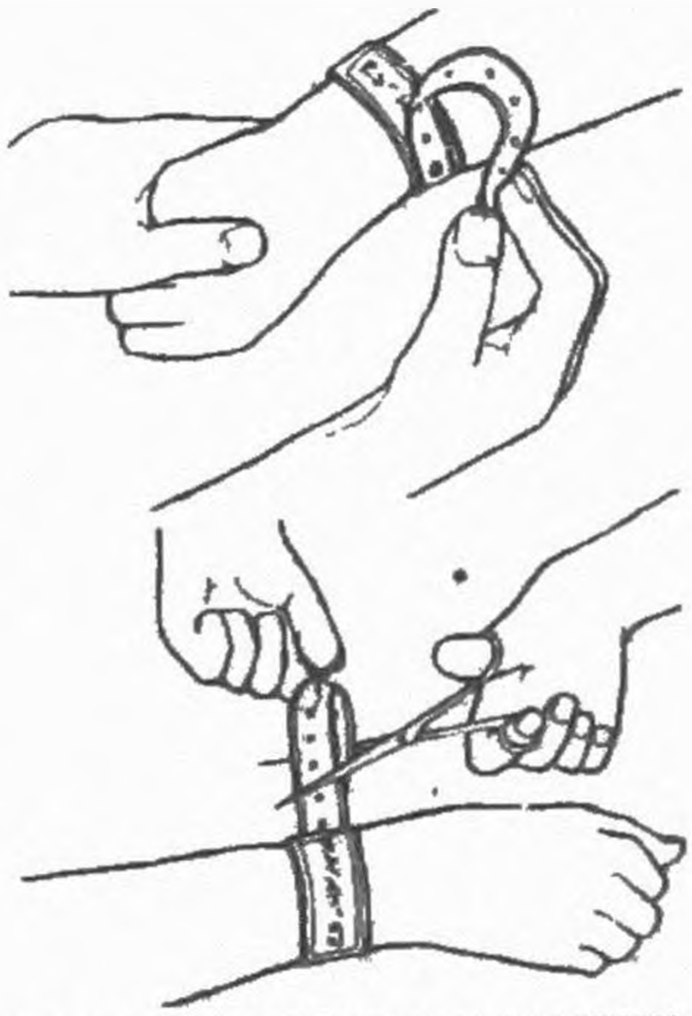
Издвајање из свакодневног живота, породице и радне средине и смештај у болницу због акутног обољења или повреде неповољно утичу на болесника, чланове породице и пријатеље. Болесници се у тим тренуцима понашају различито, али то најтеже подносе деца и жене, као и нервно лабилни мушкарци. Од начина пријема и смештаја у болницу, од односа према болеснику и пратиоцима, зависи умногоме душевно стање болесника. Сигуран наступ, охрабрење болесника да је на време стигао, да је у сигурним рукама и да не треба да се плаши много ће допринети његовом смирењу. Тешко опште стање које је настало изненада и нова средина у којој је окружен непознатим људима чине болесника беспомоћним. Начин поступања са болесником у тим тренуцима оставља на њега незаборављан утисак, како у позитивном, тако и у негативном смислу. Блага реч и уверавање да је болничко лечење нужно доприносе да се убрза оздрављење и повратак породици и друштву

Тешко опште стање болесника са угроженим виталним функцијама захтева од лекара и сестре да болеснику што брже укажу неопходну помоћ Болесник се одводи одмах на пријемно одељење где се брзо обавља лекарски преглед, узимају потребни лабораторијски налази· крвна група, Rh-фактор, шећер у крви (гликемија), уреа у крви, крвна слика, број леукоцита, комплетан преглед мокраће и др После лаке регионалне хигијене болесник се пресвлачи у чисто болесничко рубље и превози на одељење интензивне неге.

При пријему ових болесника драгоцене податке могу дати пратиоци, те их треба задржати све док су лекару потребни.

ПРИЈЕМ БОЛЕСНИКА БЕЗ СВЕСТИ (КОМАТОЗНИ БОЛЕСНИК)

Код болесника у бесвесном стању, осим губитка свести, постоји и губитак свих моторних и сензитивних рефлекса, укључујући и рефлекс гутања. Болесник лежи непомично или је, пак, у стању пренадражености са повременим клиничко-тоничким грчевима телесне



ИДЕНТИФИКАЦИОНА НАРУКВИЦА СА ИМЕНОМ И ПРЕЗИМЕНОМ БОЛЕСНИКА У КОМИ (без свести)

мускулатуре. Вегетативне функције су очуване, дисање је ређе убрзано и површно, чешће неправилно, Cheyn-Stockesovog типа, периодично убрзано са дубоким удисајима и периодима апнеје или Kusmaulovog типа (убрзано дубоко дисање). Пулс је убрзан, слабије пуњен, крвни притисак у паду Болесник не реагује на грубе дражи, неконтролисано врши физиолошке функције (*incontinentio alvi et urinae*)

Боја лица може да буде:

- бледа код анемије и уремије,
- цијанотична код декомпензације срца, дисајних поремећаја, неких тровања и др ,
- светлоцрвена при тровању угљен-моноксидом и др ;
- жута код иктеруса, хепатичне коме и др.

Болесник губи свест нагло или постепено, пролазећи кроз одређене фазе поремећаја свести

Болесник без свести хитно се смешта у одељење интензивне неге, где се по потреби узима крв за допунске анализе, као и други материјали за лабораторијску дијагностику. Прикључује се на апарат за асистирано дисање (спиромат) и монитор који стално показује висину крвног притиска, вредности пулса и ритам дисања. Поставља се трајни катетер ради сталног пражњења мокраћне бешике и контроле диурезе, а у случају анурије укључује на хемодијализу (вештачки бубрег).

О свим тешко оболелим и болесницима у коми сестра обавештава чланове уже породице. Коматозни болесник за све чланове уже и шире породице представља стрес, бригу и страх од исхода лечења. Разумљиво је што чланови породице, рођаци и пријатељи редовно посећују болесника, доносе „понуде", распитују се о резултатима испитивања, току лечења, о операцији, отпусту и свим другим проблемима везаним за процес лечења.

Задаци сестре су

- да прими чланове породице и да обавештења за која се договори са лекаром. О прогнози у вези са лечењем и о предвиђеним методама испитивања и операцији породицу упућује да се обавести код одељењског лекара и организује сусрет лекара и породице;
- при посети тешком болеснику не сме дозволити да крај постеље буду више од два посетиоца. Упозорава посетиоце да не постављају бројна питања болеснику, да га у разговору не замарају о непријатним новостима из породице, са посла, из града и др. Посета за болесника мора бити пријатна и освежавајућа, а не терет и разочарење које погоршава ток болести;
- донето цвеће и понуде за болесника сестра укусно распореди. Понуде смешта у ноћни ормар болесника, а забрањену храну и пиће враћа посетиоцима;
- сестра треба да избегава давање обавештења породици телефоном; када настане погоршање тока болести, чланове породице упућује лекару који треба да им усмено објасни компликације настале током лечења;
- сестра користи посете чланова уже породице болеснику за здравствено просвећивање. Упознаје их са начином исхране код откривене шећерне болести, како се негује вештачки анус (код операције дебелог црева), који су положаји у постељи погодни за срчаног и плућног болесника, како се изводе вежбе гимнастике по отпусту из болнице. Ради даљих контрола обавештава их о распореду рада у амбулантно-поликлиничкој служби и пружа им све друге здравствене савете корисне за болесника и чланове уже породице.

КУЋНИ РЕД БОЛНИЦЕ

Особље болнице и болесници дужни су да се придржавају кућног реда како би се несметано одвијала нега и лечење болесника. Неке одредбе кућног реда су устаљене, а односе се на права и обавезе здравствених и других радника болнице.

Кућни ред је обавезан за све болеснике, ако то не значи да болесника треба од првих дана строго држати и учити реду, по коме свака ствар треба да има своје место, а живот и ред у соби болесника да теку по устаљеним правилима. Таква правила живота у болници данас се одбацују, јер тај дисциплиновани — војнички живот неповољно делује на лечење и опоравак тешких и неизлечивих болесника Међутим, неопходно је да се живот и кућни ред у болници поштују, јер се они не могу мењати према прохтеву самог болесника (нпр. мењати распоред намештаја, време одмора и др.). Такође се не смеју дозволити свађе и расправе међу болесницима, као и узнемиравање других болесника. Забрањено је у току ноћи читати књиге, слушати музику или шетати по ходницима.

Сестра ипак води рачуна о жељама болесника и дозвољава мале измене у распореду у болесничкој соби (ноћни сточић приближиће болеснику, поставиће столицу поред прозора, а сталну ноћну лампу покрај узглавља болесника). Тиме неће променити неприкосновени кућни ред, а учиниће услугу болеснику.

ПРИМОПРЕДАЈА СЛУЖБЕ

Рад у болници организован је у сменама, па је примопредаја службе између сестара веома важан део у извршавању дневних радних задатака. Рад у сменама обавља се према распореду службе, који прави главна сестра одељења. Примопредаја службе врши се између сестре која је завршила рад у смени и сестре која преузима дужност.

Примопредаја службе изводи се писмено и усмено. Писмено се, преко књиге, сестра упознаје са ординираном терапијом и посебним медицинско-техничким радњама које треба извршити и које материјале скупити од болесника ради анализе (крв, мокраћа, столица, спутум и др.).

Примопредаја службе обавља се уз постељу болесника, где сестра износи и своја запажања у току рада. Ту се проверавају лична и општа хигијена болесника, ток насталог декубитуса и предузете мере у лечењу, врста хране и течности које болесник сме да добије. Уочене промене на болеснику које указују на поремећај општег стања саопштавају се у посебној просторији или пошто се сестре удаље од болесникове постеље.

Приликом примопредаје прегледа се инвентар који је сестра користила у раду (апарат за мерење крвног притиска, сат хронометар за мерење пулса, термометри и други апарати и уређаји). Сестра која је током рада уочила неисправност апарата и уређаја (монитор, аспиратор, ЕКГ и др.) о томе треба да сачини службену белешку и обавести сестру која преузима дужност. Такође упозорава сестру на кварове у инсталацијама (електричне, водоводне или канализационе мреже) и уређајима за централно грејање. Ако је при примопредаји дужности нешто спорно, сестре о томе обавештавају старију сестру смене.

При примопредаји дужности сестра се упознаје и са новопримљеним болесницима, саопштава јој се који је болесник отпуштен, који је премештен на друго одељење и који је умро.

У књигу примопредаје службе уносе се све примедбе и недостаци уочени у току рада, па она представља службени документ о раду сестара у сменама. Рад

у сменама је самосталан, напоран и одговоран посао, па је примопредаја дужности практично увођење у рад

Дежурна сестра предаје приручну апотеку, залихе рубља и пешкира, бризгалице са иглама и други материјал.

У књигу дежурства уписује се терапија и медицинско-техничке радње које треба извршити Књига је, у ствари, дневник у току смене. Посебно се указује на симптоме погоршања или побољшања болести, тегобе на које се болесници жале, које су интервенције урађене (венесекција, катетеризација, клизма, гастрична сукција и др.), да ли је при давању лекова, инфузије и трансфузије било икаквих тегоба и реакције болесника.

После вечере, када се обаве сва мерења и прегледи, наместе постеље и подмире болесници, по кућном реду у 21 h, гаси се осветљење, утишају болесници и почиње ноћни одмор.

Сестра у току ноћи не сме да прилегне да се одмори и препусти болеснике себи самима Савесна и стручна сестра увек има посла: обилази болеснике, поставља их у одговарајући положај, поправља јастуке и узглавља, додаје чашу воде, нуди их „гуском", брише зној и покрива их Такви поступци повољно делују на психу болесника, што им омогућава сан, јер знају да је сестра увек покрај њих ради пружања одговарајуће медицинске помоћи.

Сестра настоји да у одељењу буде мир и тишина, како би болесници могли да спавају Без нарочите потребе не улази у собу лаких и покретних болесника да не би реметила њихов сан. Док други болесници спавају, више пута тихо обилази тешке болеснике, контролише опште стање и на захтев болесника покрива их или открива, поправља јастук, даје ординиране лекове. Тихо, шапатом, упути им речи охрабрења и пожели угодан починак. Између обилазака болесника, у слободно време, стерилизује бризгалице и игле и припрема се за примопредају дужности.

Рад медицинске сестре је физички напоран, јер мора дуго да стоји и хода, што изазива замор ногу. Због тога она често обува папуче или комотну обућу, што није дозвољено, јер оставља лош утисак на болеснике. Здравствена установа обезбеђује сестри лаку и удобну обућу — ортопедске ципеле.

Свако кретање болесника у току ноћи (одлазак у нужник или пушење у посебној просторији) под контролом је дежурне сестре.

У случају погоршања општег стања тешких болесника сестра обавештава главну дежурну медицинску сестру и дежурног лекара. Сва запажања у току ноћи преноси дежурном лекару и уноси их у писменој форми у књигу дежурне сестре одељења.

Рад у ноћној смени захтева од сестре сталну будност како би на време уочила погоршање општег стања болесника и адекватно и на време реаговала.

Повремено сестра може у фотељи да се одмори, али не сме да спава. Забрањено је уношење лежаја за спавање у собу дежурне сестре.

ПРЕЛАЗАК БОЛЕСНИКА НА ДРУГО ОДЕЉЕЊЕ

Болесник примљен на одељење подвргава се клиничком испитивању и лечењу. Ако се у току испитивања постави дијагноза обољења из неке друге медицинске области, болесник прелази на одговарајуће одељење, где ће наставити лечење. Болесник испитан на интерном одељењу премешта се на хируршко одељење ради оперативног лечења. При преласку болесника са клинике на клинику или са одељења на одељење поступак је следећи:

— болеснику треба саопштити због чега се премешта на друго одељење и при томе водити рачуна о

његовој психичкој реакцији (образлаже се премештај и указује да је то у интересу болесниковог здравља),

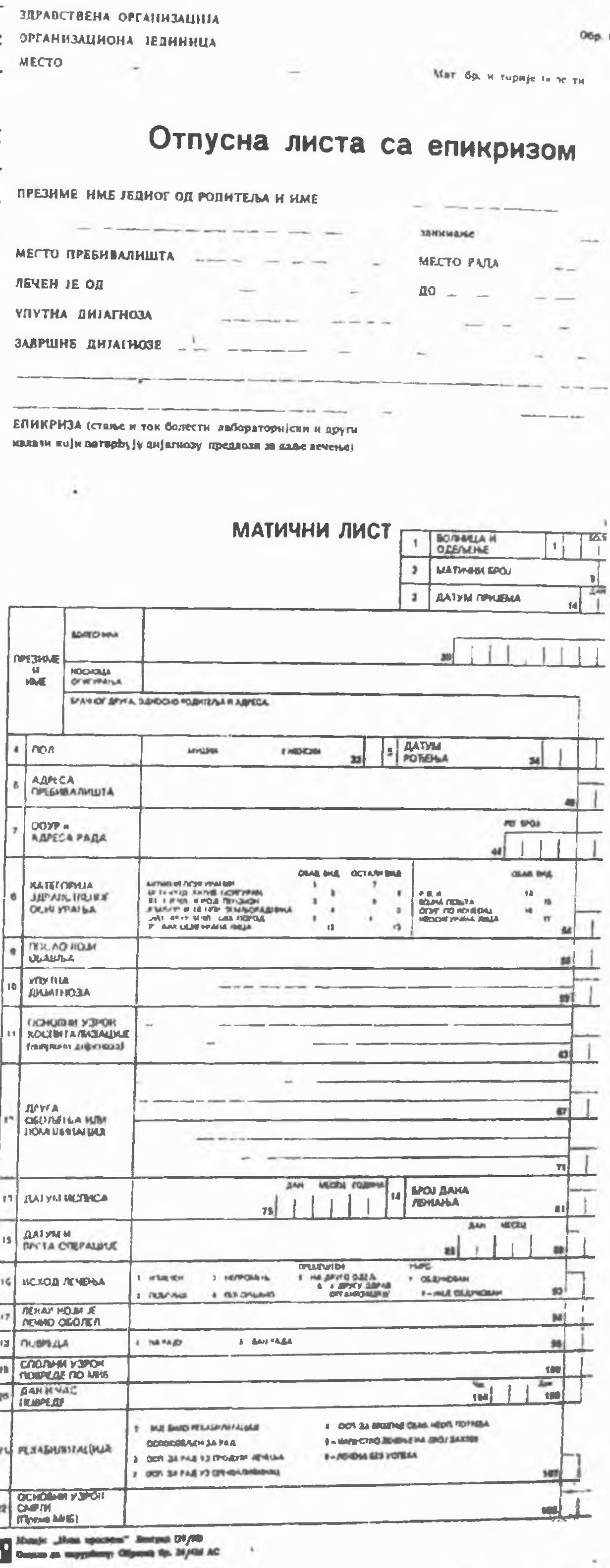
- медицинска сестра и одељењски лекар припремају сав документациони материјал (препис историје болести, лабораторијске анализе, рендгенске снимке, преписе температурне листе, извештај о операцији, постоперативном лечењу и др.);
- одељењски лекар се претходно договори са одговарајућом клиником или одељењем о преласку и смештају болесника.

Медицинска сестра помаже лекару и организује премештај болесника Пожељено је да са болесником пође и медицинска сестра која га је неговала, а по могућству и одељењски лекар.

Они треба да буду са болесником док се не смести у постељу и не упозна нову средину, одељењску сестру и лекара. Међутим, њихов обилазак и интересовање за болесника не сме престати после његовог премештања, јер је он током лечења стекао поверење у њих и сваки обилазак чини га сигурнијим, нарочито ако је преведен на хируршко одељење ради интервенције.

ОТПУСТ БОЛЕСНИКА

Отпустом болесник мења средину у којој је провео дуже или краће време и доживео много утисака. Ако је болница добро организована, па је болесник био задовољан негом и лечењем, његове речи захвалности при одласку неће изостати. Болесник из болнице не треба да оде неопажено, већ му се мора посветити пажња и треба га обавестити о свему што је важно за одржавање његовог здравственог стања. Он мора да зна на који ће начин усмерити свој будући живот у односу на рад и исхрану, употребу прописаних лекова и повремену



ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА
ОРГАНИЗАЦИОНА ЈЕДИНИЦА
МЕСТО

Обр. 1

Мат. бр. и шифра ле чи ли шта

Отпусна листа са епикризом

ПРЕЗИМЕ ИМЕ ЈЕДНОГ ОД РОДИТЕЉА И ИМЕ

ЗАНИМАЊЕ

МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА

МЕСТО РАДА

ЛЕЧЕН ЈЕ ОД

ДО

УПУТНА ДИЈАГНОЗА

ЗАВРШНЕ ДИЈАГНОЗЕ

ЕПИКРИЗА (стање и ток болести лабораторијски и други налази који потврђују дијагнозу предлози за даље лечење)

МАТИЧНИ ЛИСТ

1	БОЛНИЦА И ОДЕЉЕЊЕ	1
2	МАТИЧНИ БРОЈ	9
3	ДАТУМ ПРИЈЕМА	14

ПРЕЗИМЕ И ИМЕ

	БОЛЕСНИКА	30
	МЕСТО ОРГАНИЗАЦИЈА	
	БРАЧНОГ ДРУГА, ЗАЊОСНО РОДИТЕЉА И АДРЕСА	
4	ПОЛ	33
5	ДАТУМ РОЂЕЊА	34
6	АДРЕСА ПРЕБИВАЛИШТА	40
7	ОСОУР и АДРЕСА РАДА	ПТТ БРОЈ 44
8	КАТЕГОРИЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА	ОБАВ. ВИД 1 2 3 4 5 ОСТАЛИ ВИД 6 7 8 9 10 11 12 13 ОБАВ. ВИД 14 15 16 17 54
9	ПРЕЛАЗНИ ОБЈЕКТ	55
10	УПУТНА ДИЈАГНОЗА	59
11	ГЛАВНИ УЗРОК ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ (шифрарник дијагноза)	63
12	ДРУГА ОБОЉЕЊА ИЛИ ПОВРЕДЕ	67 71
13	ДАТУМ ПРИЈЕМА	ДАН МЕСЕЦ ГОДИНА 75
14	БРОЈ ДАНА ЛЕЧЕЊА	81
15	ДАТУМИ ПРВА ОПЕРАЦИЈА	ДАН МЕСЕЦ 83
16	ИСХОД ЛЕЧЕЊА	1 излечен 2 побољшан 3 непромењен 4 без промене ПРЕЛАЗИЛИ/ОН 1 на друго одељ. 2 у другу здрав. организацију УМРО 1 обдукован 2 – није обдукован 87
17	ЛЕКАР КОЈИ ЈЕ ЛЕЧИО ОБОЛЕЛ	90
18	ПОВРЕДА	1 на раду 2 ван рада 95
19	СПОЉНИ УЗРОК ПОВРЕДЕ ПО МКБ	100
20	ДАН И ЧАС ПОВРЕДЕ	Час 104 Дан 106
21	РЕХАБИЛИТАЦИЈА	1 ВИД ВИШЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ ОСПОСОБЉАН ЗА РАД 2 ОСП. ЗА РАД ЗБ ПРОДУЖ. ЛЕЧЕЊА 3 ОСП. ЗА РАД УЗ ОРТОПЕДИЈУ 4 ОСП. ЗА ВИШЕ ОБЛ. НЕПР. ПОЗИВА 5 – НАВЕСТИО ЛЕЧЕЊЕ НА ОВО/ ЗАКОН 6 – ЛЕЧЕЊА БЕЗ УСПЕХА 107
22	ОСНОВНИ УЗРОК СМРТИ (Шифра МКБ)	109

Штампа „Нова просвета" Београд 011/88
Одобрено за коришћење Одлуком бр. 36/456 АС

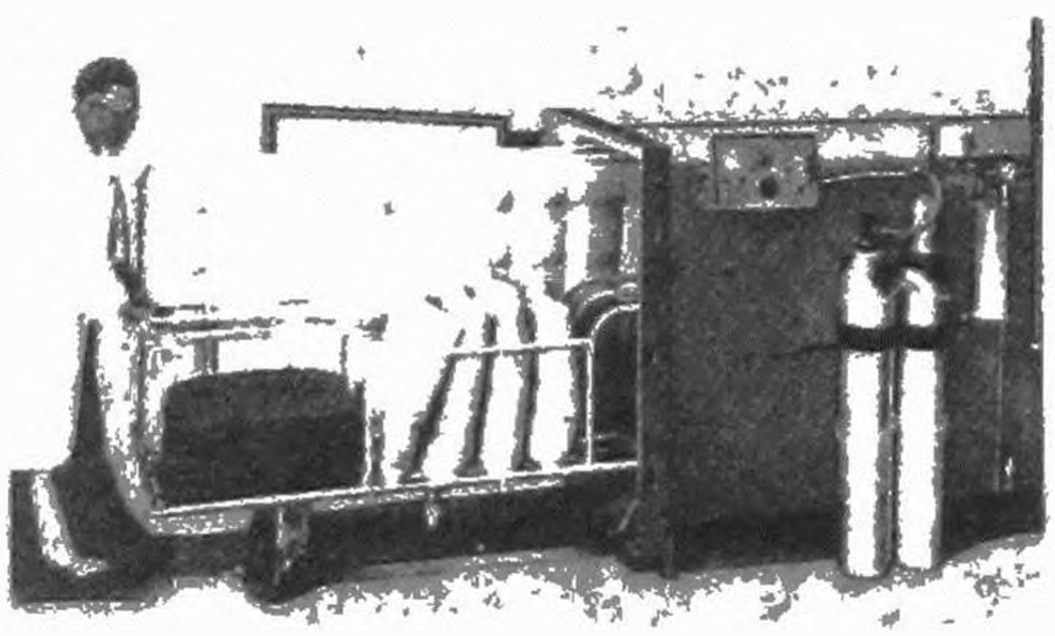
лекарску контролу. Потребно је макар и површно упознати болесника са његовом болешћу, а нарочито са симптомима који указују на погоршање његовог општег стања, да би то схватио озбиљно и на време се обратио лекару

Одласком из болнице брига здравствене службе за болесника не престаје Подаци о обољењу и лечењу шаљу се ординирајућем лекару, односно дому здравља Патронажна служба за појединa обољења води надзор, тако да је болесник под сталном контролом здравствене службе

Излазак болесника из болнице и повратак кући и радном колективу представља опет нагли прелазак из једне средине у другу. Док су болесници за време пријема немоћни, забринути и плашљиви, при изласку су физички опорављени, психички сигурни, весели и срећни јер се враћају породици и свом раду Међутим, болесник баш у том периоду може да направи грешку, тј да прецени своје физичко стање, пренебрегне лекарске савете, да се не придржава дијете, не узима лекове и да се не одмара. Овакви поступци доводе до наглог погоршања њиховог здравственог стања. Отуда проистиче обавеза лекара и сестре да болесника при изласку из болнице о свему посаветују и укажу му на последице ако се не придржава одређеног режима.

ПОСТУПАК СА ПОСТЕЉИНОМ И ЛИЧНИМ РУБЉЕМ ОТПУШТЕНОГ БОЛЕСНИКА

По одласку болесника са одељења његово постељно и лично рубље (пижама) одваја се за прање, а душек и ћебад се проветре и по могућству осунчају. Кревет и ноћни сточић оперу се топлом водом и сапуном и пребришу дезинфекционим средством. Кревет за новог болесника припреми се навлачењем чистог постељног рубља.



ДЕЗИНФЕКЦИЈА ПОСТЕЉЕ БОЛЕСНИКА (душека и јастука) ПАРОМ АНТИСЕПТИЧКИХ РАСТВОРА

ПРИНЦИПИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ

Дете није проста копија одраслог човека, а није ни прост мозаик разних функција, активности или особина, већ резултат испреплетених и условљених односа социјалног понашања, интелекта, осећања, мотивација, физичког и психичког здравља. Физички развој, психички живот и друштвена адаптација најбурнији су у дечјем добу и чине темељ за коначно формирање личности детета, његовог здравља, карактера, интелигенције и емоционалног стања. Ако се оно не посматра као посебно, јединствено и целовито биће, у току периода растења и развоја јавиће се грешке чије последице могу имати одраза на читав каснији живот

Принципи (доктрине) здравствене заштите деце, условно речено, могу бити општи и посебни.

Општи принципи су изграђени на основу ставова да се за здрав подмладак у једној земљи не може борити и изборити само здравствена служба. Ти се циљеви могу постићи заједнички осмишљеним деловањем многих медицинских, а такође и парамедицинских чинилаца. У опште принципе убрајамо следеће:

- прво, дете треба да ужива посебну заштиту; да му се пружи прилика и олакшице, законом или другим средствима, да се развије физички, ментално, морално и друштвено на здрав и нормалан начин и у условима слободе и достојанства, без обзира на расу, боју коже, пол, језик, веру, политичко и социјално порекло, имовину, рођење или друге околности детета и његове породице;
- друго, без обзира на друштвено-политички систем, дете мора увек да има све предности и приоритете, да ужива користи социјалне сигурности; да се развија и расте у здравим условима. У том циљу њему и његовој мајци треба указати специјалну бригу и заштиту пре, за време и после рођења детета;
- треће, детету су потребни љубав и разумевање да би се свестрано и складно развило. Оно треба, кад год је то могуће, да расте под окриљем бриге и одговорности својих родитеља и, у сваком случају, у атмосфери наклоности и моралне и материјалне сигурности. Посебну бригу заслужују деца која заостају физички, ментално и социјално;
- четврто, у току целог периода детињства траје један процес који води дете из потпуне зависности од помоћи других до потпуне независности. У том процесу треба обезбедити равнотежу између детета и његове околине, тако да прелазак буде без крупних потре-

са физичке, менталне и емоционалне природе. У том периоду дете треба увек да буде међу првима којима се пружа свака заштита и помоћ,

— пето, дете има право на обавезно и бесплатно образовање и васпитање; на заштиту од свих облика насиља, свирепости и експлоатације, као и свих облика дискриминације

Посебни принципи (доктрине) су повезани са педијатријском науком и праксом, а зависе од степена развијености једног друштва. Њима се обезбеђују минимални, оптимални или максимални захтеви у здравственој заштити мајке и детета У нашој земљи Законом о здравственој заштити обезбеђени су обавезни видови здравствене заштите и тиме је постигнут оптимум за већину деце који, између осталог, подразумева:

— редовне прегледе трудница ради праћења трудноће и општег здравственог стања жена, раног откривања и праћења трудноће под ризиком, благовремене припреме труднице за порођај, као и безбедан порођај сваке труднице уз стручну помоћ, тј. у породилишту,

— лекарске прегледе новорођенчета у стану ради утврђивања здравственог стања новорођенчета и мајке, упознавања прилика у кући и давања упутстава о нези и исхрани. При првој посети лекар посебну пажњу посвећује деци рођеној под ризиком Лекарским прегледом у првом месецу живота треба обухватити сву новорођену децу (по један преглед у доба новорођенчета);

— систематске и контролне прегледе одојчади ради оцене психичког и физичког развоја, откривања урођених мана, аномалија вида и слуха, поремећаја метаболизма и других патолошких стања, уз предузимање потребних мера санације нађеног стања и саветовања мајке о нези и исхрани детета. Три систематска прегледа (у трећем, шестом и деветом месецу) и шест контролних прегледа треба да имају сва одојчад;

— систематске и контролне прегледе у саветовалишту за малу и предшколску децу ради праћења физичког и менталног развоја деце и раног откривања поремећаја вида, слуха, говора, мишићно-коштаног система, зуба и др , у циљу предузимања правовремених мера на санацији, лечењу и рехабилитацији. Једним систематским и најмање једним контролним прегледом треба да буду обухваћена сва мала и предшколска деца те зато треба вршити:

- систематске прегледе зуба и органа вида код све деце са три године живота и код деце пред полазак у школу,
- патронажне посете новорођенчету, одојчету, малом и предшколском детету. Свако дете треба да има једну патронажну посету годишње. Посебну пажњу треба посветити деци рођеној под ризиком;
- лекарске прегледе деце пре ступања у установе за дневни боравак деце ради оцене здравственог стања детета, обављања бактериолошких прегледа и давања потврда о спроведеним вакцинацијама и могућностима укључивања детета у колективни боравак;
- преглед деце пре уписа у школу ради процене психофизичке и емоционалне зрелости детета за упис у школу;
- вакцинацију према утврђеним плановима за сваку годину;
- здравствени надзор у установама за колективни боравак деце ради сагледавања и унапређивања хигијенско-санитарних услова за боравак;
- здравствено-васпитне активности усмерене ка нези, исхрани, правилном физичком и психичком развоју, коришћењу одмора и ре-

креације и превенције обољења деце у дечијим диспанзерима, установама за дневни боравак и у породици У спровођењу превентивних мера и активности треба настојати да буду потпуно обухваћена сва деца,

— делатност на очувању и унапређивању здравља и обезбеђивању правилног физичког и менталног развоја школске деце и омладине и континуирано праћење њиховог здравственог стања уз предузимање ефикасних мера у области специфичне превенције, раног откривања и лечења болести, као и спровођење мера рехабилитације. У том циљу треба обављати.

— систематске и контролне прегледе школске деце и омладине и усмерити их у правцу откривања раних симптома болести и аномалија у развоју (деформитети локомоторног апарата, поремећаји психичког развоја, поремећаји чула, проблем повишеног крвног притиска, зубни каријес и поремећаји развоја вилица и зуба), уз предузимање одговарајућих мера за санацију нађених патолошких стања;

— лекарске прегледе ради професионалне оријентације и благовременог усмеравања омладине у складу са утврђеним физичким и психичким способностима;

— патронажне посете ради санације социјално-економских и других услова у школској и животној средини, нарочито у случајевима утврђених поремећаја физичког и психичког развоја школске деце и омладине;

— вакцинацију у складу са утврђеним планом имунизације за сваку годину;

— здравствени надзор у школама, интернатима, школским кухињама и другим објектима у циљу обезбеђења хигијенско-санитарних услова за правилан развој, рад, одмор, исхрану и рекреацију школске деце и омладине;

— здравствено-васпитни рад у школским диспанзерима, Заводу за заштиту здравља студената, у школама, организацијама за колективни дневни боравак деце и омладине и у породици ради превенције најчешћих болести и подизања здравствене културе у погледу правилног физичког и психичког развоја, исхране, коришћења одмора и рекреације, сексуалног васпитања и сузбијања штетних појава пушења, алкохолизма, наркоманије и др.

Планираним превентивним активностима треба обухватити сву школску децу и омладину.

ОСОБЕНОСТИ ФИЗИЧКОГ, ПСИХИЧКОГ И СОЦИЈАЛНОГ РАСТА И РАЗВОЈА ДЕЦЕ

ОПШТИ ПРИНЦИПИ РАСТА И РАЗВОЈА

Нормалан ток раста и развоја има неке законитости које су заједничке свој деци.

Раст и развој чине континуирани процес од зачећа до зрелог доба. Тај процес пролази многобројне фазе развоја Особље које ради са децом и родитељима дужно је у свакој од тих фаза да зна да процени степен зрелости детета на том ступњу развоја..У тој процени помажу статистичка изучавања на великом броју деце, а на основу њих створени су и одговарајући стандарди.

Развој сваког детета зависи од зрелости и мијелинизације нервног система У свакој фази развоја степен сазревања је различит, па, према томе, и све оно што дете може да учини, да научи и да искаже мора да се посматра у светлу те неуједначености.

Поједини видови развоја исти су код све деце, али се разликује степен тог развоја од детета до детета. На пример, сва деца науче да седе пре него што проходају, али сва деца не седе и не проходају у исто време.

Једна од главних разлика између одраслог и детета јесте да дете стално расте и развија се. Ова чињеница битно утиче на све аспекте неге и здравствене заштите деце. Педијатријска сестра мора да зна и да разуме ток растења и развоја деце и да, у границама своје улоге, утиче на то.

Иако раст и развој чине континуирани процес, то не значи да је он и праволинијски, јер постоје фазе убрзања и успорења. Интензитет раста и развоја варира од детета до детета, од периода до периода и од једне телесне структуре до друге. Свако дете има сопствени темпо раста и развоја и сопствену коначну масу, висину, интелигенцију итд.

Раст и развој чине јединствен процес, који захвата цело тело. Сви делови дечјег тела расту у исто време. Исто тако, дете се развија као целовито биће — физички, ментално, емоционално и социјално. Физички развој повећава детету заинтересованост за околину и његове способности, тако да оно пролази из једне фазе живота у другу кроз непрестани раст и развој.

ФИЗИЧКИ РАСТ

Под појмом *раст* подразумева се увећање физичких структура организма и то се, најпростије, мери центиметрима и килограмима.

Појам *развој* односи се на повећање способности детета да користи (употребљава) свој организам, а то значи да је развој тесно везан са функцијом тела.

ФАЗЕ РАСТА И РАЗВОЈА

Фазе раста и развоја чине периоде живота детета који имају одређене фи-

зичке, психичке и социјалне карактеристике. Релативно одвојене фазе раста и развоја су:

- пренатални период – од зачећа до рођења;
- неонатални период – од рођења до месец дана;
- период одојчета – од месец дана до једне године;
- период малог детета – од навршене прве до краја треће године,
- период предшколског детета – од почетка четврте године до поласка у школу;
- период раног школског узраста – од краја шесте године до пубертета;
- период пубертета до адолесценције, који се завршава око 20. године.

Матурација (зрелост) означава завршетак физичког, емоционалног, интелектуалног и социјалног развоја и углавном код свих људи окончава се око 25. године живота

У показатеље физичког раста убрајају се: маса, висина, пропорција тела, развој костију, зуба и моторни развој.

ТЕЛЕСНА МАСА

Маса је, вероватно, најбољи показатељ раста. Просечна тежина детета на рођењу износи за мушко дете 3 500 g, а за женско 3 300 g. После физиолошког пада масе у првим данима живота (максимални физиолошки губитак може да износи до 10% од укупне масе на рођењу) дете почиње да добија у маси на, приближно, следећи начин:

- *прво тромесечје – просечно месечно 800 – 1 000 g;*
- *друго тромесечје – просечно месечно 600 – 800 g,*
- *треће тромесечје – просечно месечно 400 – 600 g,*
- *четврто тромесечје – просечно месечно 350 – 450 g*

Масу коју су имала на рођењу деца удвостручe од 4,5 до 5 месеци, а утростручe је са годину дана.

После прве године деца добијају у маси просечно годишње 1,5 до 3,5 kg осим у пубертету, када добијају знатно више – 5 до 6 kg годишње.

ТАБЕЛА 1. – Просечна маса деце по узрасту и полу

Узраст детета	просечна (у kg)		минимум (у kg)		максимум (у kg)	
	м	ж	м,	ж.	м	ж
На рођењу	3.5	3 4	2 8	2 8	4 1	3.9
3 месеца	5.9	5 5	5 0	4.8	7.0	6.4
6 месеци	7.9	6.9	6 8	6.4	9.2	8.4
9 месеци	9.2	8 7	7 9	7.5	10.6	10.0
1 година	10.5	9 7	8.8	8.4	11.7	11.2
2 године	12.7	12.2	11.0	10.4	14.6	14.1
3 године	14.7	14 3	12.7	12 3	16.9	16.4
4 године	16.6	16.3	14 3	14.1	19.1	18.8
5 година	18.5	18.3	15.7	15.9	21.5	21.4
6 година	20.5	20.4	17 3	17.6	24.0	24.4
7 година	22.6	22.6	19.0	19.2	26.9	27.7
8 година	25.0	25.1	20.9	21.0	30.0	31.2
9 година	27.5	27.7	22 9	23.0	33.4	35.4
10 година	30.3	31.1	25 2	25.1	33.3	41.0

ТАБЕЛА 2. – Просечна дужина деце у cm

Број месеци	Дужина (просечна) у центиметрима	Просечно добијање по дужини по месецима
На рођењу	52	У прва два месеца просечно добију по 3 cm.
1 месец	55	
2 месец	58	Од другог до осмог месеца просечно добију у дужини по 2 cm
3 месец	60	
4 месец	62	
5 месец	64	
6 месец	66	
7 месец	68	
8 месец	69	
9 месец	70	Од осмог до дванаестог месеца добију просечно у дужини по 1 cm.
10 месец	71	
11 месец	72	
12 месец	73	

ТАБЕЛА 3. – Просечна висина деце у cm

Узраст детета	Просечна висина (у cm)		Минимум (у cm)		Максимум (у cm)	
Године	м.	ж.	м.	ж.	м	ж.
1	76,3	74,2	72,8	70,8	79,7	77,7
2.	86,9	85,6	82,7	81,3	91,1	89,8
3	94,2	93,0	89,3	88,1	99,1	97,9
4	101,6	100,4	96,1	94,9	107,1	105,9
5.	108,3	107,2	102,2	101,1	114,4	113,2
6	114,6	113,4	108,0	106,8	121,2	120,0
7	120,5	119,3	113,5	112,4	127,5	126,3
8	126,2	125,0	118,8	117,6	133,5	132,4
9	131,6	130,0	124,0	122,9	139,3	138,3
10.	136,8	136,4	124,8	128,3	144,8	144,5

ТЕЛЕСНА ВИСИНА

Висина, односно дужина детета је други показатељ физичког раста. Просечна дужина детета на рођењу износу 52 – 54 cm. У периоду детињства деца највише расту у доба одојчета и у пубертету Своју дужину на рођењу удвостручене око четврте, а утростручене око тринаесте године.

ПРОПОРЦИЈЕ ТЕЛА

Пропорције тела су најбољи доказ да дете није проста копија одраслог човека. На пример, на рођењу глава заузима једну четвртину укупне дужине тела, док код одраслих дужина главе износи једну осмину од дужине тела. Руке и ноге су релативно кратке, а грудни кош и абдомен су бачвастог облика. На рођењу средина тела је изнад пупка, кад дете напуни две године – на месту пупка, кад напуни шест година – испод пупка и у пубертету средина тела је на горњој ивици зглоба кука. Обим главе код новорођенчета је за 2 cm већи него што је обим грудног коша. Обим главе износи око 34 cm, а обим грудног коша око 32 cm. Обим свих делова се изједначује крајем прве године. Касније је обим грудног коша све већи и већи.

РАЗВОЈ КОШТАНОГ СИСТЕМА

Развој коштаног система је веома значајан за процену темпа растења. Окоштавање цевастих костију је интраутерино, стварањем коштаних наслага око хрскавичаве основе. Скелет новорођенчета, у односу на скелет одраслог, има више хрскавичавог и везивног ткива, шупљикавији је, а периост је јаче вакуолизован. У коштаном систему се стварају центри окоштавања, који се јављају одређеним редоследом и њихов број служи за рендгенско одређивање коштане зрелости детета. За прецизније одређивање коштаног развоја постоје табеле и атласи са тачним ознакама када се, у просеку, стварају поједини центри, када је најранија, а када њихова најкаснија појава.

ДЕНТИЦИЈА

Дентиција код деце има, такође, своје особености. Постоји млечна и стална дентиција (ницање зуба).

Дете има 20 млечних зуба и 32 стална зуба.

МОТОРНИ РАЗВОЈ

Моторни развој је процес у току кога се дете учи да контролише и синхронизује покрете својих мишића сврсисходно Овај развој је истовремено показатељ степена сазревања нервног система детета

Када се дете роди, оно је неконтролисано, беспомоћно биће. Ускоро, оно почиње да учи да пузи, седи, стоји, хода, додирује и хвата предмете. Моторни развој тече одређеним редоследом, почевши од једноставних покрета ка све сложенијим Карактеристично је да сва деца почињу дизањем и држањем главе. Касније почињу да хватају предмете, затим се оспособљавају да се покрећу пузањем

До краја првог месеца одојче, углавном, прави неконтролисане и некоординисане покрете рукама и ногама. Све радње су рефлексне (рефлекс сисања, рефлекс загрљаја и др).

У другом месецу дете почиње да координира покрете и физиолошка разрокост ишчезава Покрети су му нешто сврсисходнији. Може за кратко време да диже главу и да целом шаком хвата предмете.

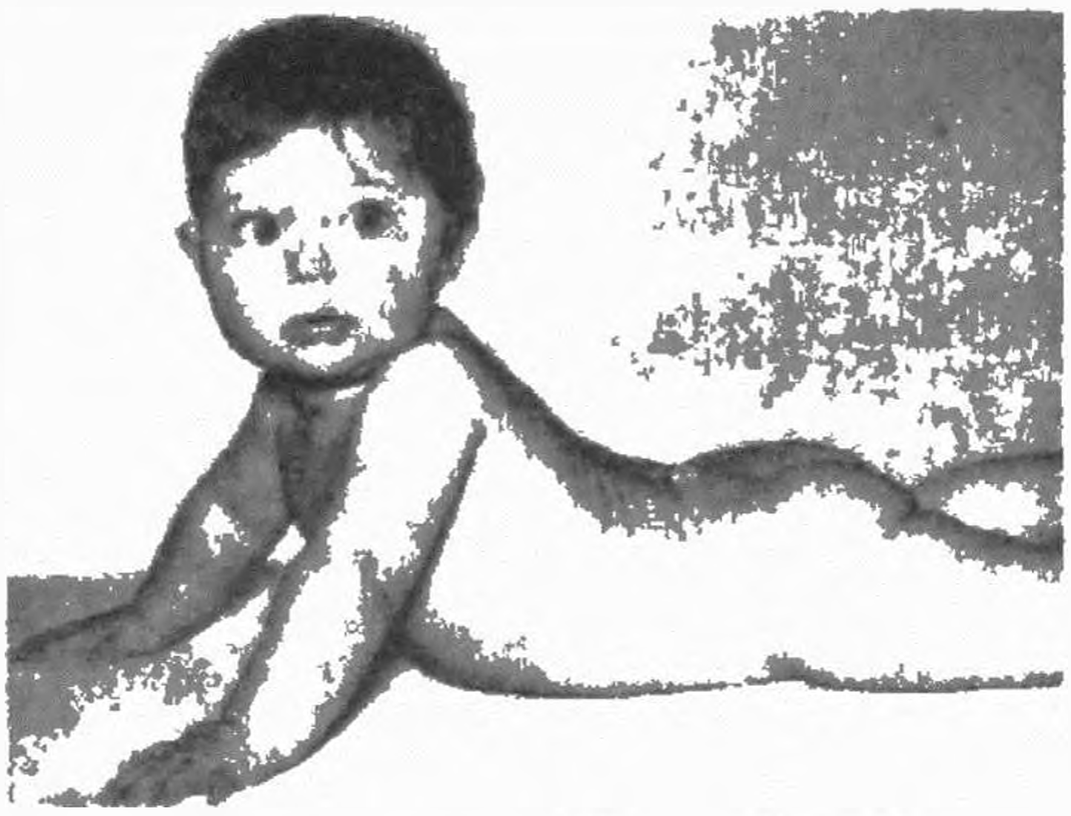
У трећем месецу одојче може да диже главу, па чак и део трупа, прати погледом поједине предмете и окреће главу, коју чврсто држи Рукама хвата предмете и ставља у уста.

ТАБЕЛА 4. – Хронологија избијања млечних зуба

Број зуба	I	II	III	IV	V
Време ницања	6–8 месеци	8–10 месеци	16–20 месеци	12–16 месеци	20–30 месеци
Назив зуба	средњи секутић	пострани секутић	очњак	први молар	други молар

ТАБЕЛА 5. – Хронологија избијања сталних зуба

Ознака зуба	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Време ницања (по годинама)	7 г.	8 г.	11 г.	9 г.	10 г.	6 г	12 г.	18 г.
Назив зуба	средњи секутић	пострани секутић	очњак	први премолар	други премолар	први молар	други молар	трећи молар



Дијете у 4 месеца

У четвртом месецу сасвим усправно и добро држи главу, хвата предмете обема рукама, доста грубо Може да се преврће по кревету.

У петом месецу седи, уз придржавање, игра се звечком.

У шестом месецу седи без придржавања. У седмом месецу одојче стоји уз придржавање, а у деветом — без придржавања. Пузи слободно и може да се диже придржавајући се рукама.

У десетом месецу одојче већ почиње да обавља компликованије покрете и да схвата њихово значење. Крајем прве године дете прохода, при чему у почетку често пада, а касније је све стабилније.

После прве године моторни развој се све више усавршава, упоредо са свим функцијама организма. Дете све боље и боље координира своје покрете и они постају сврсисходнији.

ПСИХИЧКИ РАЗВОЈ

Овај развој је веома сложен и у тесној је вези са физичким растом, моторним развојем и социјализацијом дечје личности. Психички развој је теже мерити и контролисати него физички раст.

Да би се лакше разумео психички развој, он се, условно, дели у два дела: ментални и емоционални. Ово нису одељене целине у животу детета, већ само интегрални делови једног тела, које се назива личношћу детета

МЕНТАЛНИ РАЗВОЈ

Подразумева процес оспособљавања детета да решава проблеме и да нормално реагује на различите ситуације у животу. Ово је континуирани процес, који се у разним периодима живота детета одвија брже или спорије На њега утичу наслеђени ментални потенцијали (интелигенција) и многи фактори околине у постнаталном животу. Интелигенција се дефинише као способност прилагођавања у новим ситуацијама, као и способност да се мисли апстрактно и извлаче користи за живот из стеченог искуства. Она се мери коефицијентом интелигенције (IQ).

Постоје многи тестови за мерење интелигенције Они су урађени на хиљадама и хиљадама деце, па су тако створени стандарди, тј. укупна сума за одређени узраст (ментално доба). Коефицијент интелигенције (IQ) јесте однос између менталног доба и хронолошког доба (узраст детета) помножено са 100, а то се изражава формулом:

$$IQ = \frac{\text{ментално доба} \times 100}{\text{хронолошко доба}}.$$

На пример, дете од 10 година решава задатаке из тестова за мерење интелигенције са укупним резултатом (скором) који одговара просеку од 12 година, што значи да његово ментално доба износи 12, а хронолошко 10.

Према формули, његов.

$$IQ = \frac{\text{ментално доба } (12) \times 100}{\text{хронолошко доба}} = \frac{1200}{10} = 120.$$

Просечно нормална деца имају коефицијент интелигенције између 90 и 100; већи од 110 до 140 су интелигентна

деца, а већи од 140 су изузетно надарена. Деца чији је IQ мањи од 90 ретардирана су у различитим степенима.

ЕМОЦИОНАЛНИ РАЗВОЈ

У врло тесној вези са физичким, моторним и менталним растом и развојем је емоционални развој. То је процес у току кога се формирају дететова осећања и његов однос према другим особама и према стресним ситуацијама у животу. Емоционални развој је веома тешко мерити на егзактан начин. Процена се остварује на основу посматрања великог броја деце, па се зна да је у просеку нормално следеће:

- у првом месецу живота дете свако своје незадовољство изражава плачем. Развијена су чула пипања, вида, слуха, укуса и мириса. Не сме је се свесно. Практично, још нема емотивни однос према околини;
- у другом месецу почиње да прави мимичке покрете и тиме саопштава пријатна и непријатна осећања. Почиње да гуче и да се смеје, на пример кад му приђе мајка да га подоји;
- у трећем месецу дете гуче и смеје се наглас, мимика му је живља. Почиње да се развија памћење, што се може запазити по начину реакције кад види познате предмете и људе (мајку, цуцлу, бочицу). Препознаје глас своје мајке;
- у четвртом месецу, гласним смехом и на други начин, изражава радост ако види позната лица, а обратно, плаче и изражава незадовољство када се појаве стране особе. Почиње да гуче;
- у петом месецу успоставља однос према средини која га окружује. Показује више знакова емоционалног живота, што се нарочито види по мимици на лицу. Може да се игра звечком и др.;
- у шестом и седмом месецу наставља све више да се интересује за све што је око њега. Мимиком може да изрази радост, страх, чуђење, жалост. Памћење је све боље. Ако се неко љути, дете то запажа и плаче. Почиње да изговара слогове (та-та; де-да и др.);
- у наредним периодима емоционални живот је све бурнији и богатији новим појавама, што, наравно, зависи од тога да ли се неко дететом перманентно бави.

У периоду малог детета дете спознаје своје ја, изражава вољу негацијом (прво доба јогуњства), а у предшколском узрасту његов живот је игра.

СОЦИЈАЛНИ РАЗВОЈ

Социјални развој почиње од рођења; то је интегрални део укупног раста и развоја деце. Може се мерити само упоређивањем са другом децом сличног узраста.

За време првих неколико недеља живота одојче спава и храни се. Свест о себи постоји код њега само на инстиктивном нивоу. Постепено, оно почиње да се социјализује и на узрасту од 3 месеца већ распознаје мајку и блиске особе. Тада оно постаје свесно да представља посебну личност. У даљем развоју успоставља контакте са другим особама и стварима (играчке). Социјални развој нагло напредује када дете прохода и проговори.

У току друге и треће године живота дете осећа родбинске односе са другом децом у породици, воли да се игра са лицима које познаје. Располаже фондом од око 300 речи и способно је да на једноставан начин комуницира са другим особама, али му је мајка још увек у средишту пажње.

У четвртој и петој години дете све више постаје „права друштвена личност". Фонд његових речи се све више обогаћује (око 600 речи годишње) и оно их користи да поставља питања о свему што је око њега, учи да се игра са вршњацима, ужива у групним активностима Сада се, поред мајке, подједнако везује и за оца. Упоређује се са браћом и сестрама; може се појавити љубомора, али се развија и пријатељство.

У школском периоду центар социјализације детета је школа уместо куће, како је дотле било. У раном школском узрасту углавном се друже дечаци са дечацима, а девојчице са девојчицама. У пубертету, међутим, појачано је дружење различитих полова. Развија се независност личности и потреба за слободним социјалним животом.

ФАКТОРИ КОЈИ ДЕЛУЈУ НА РАСТ И РАЗВОЈ ДЕТЕТА

Различити фактори, поред болести, могу значајно да утичу на физички развој детета Ове чињенице треба знати јер се онда лакше оријентише и реалније процењује свако дете појединачно. Сви чиниоци се деле на унутрашње и спољашње факторе

Унутрашњи фактори су они које дете доноси са рођењем.

Ту се сврставају.

— генетски фактори — преносе се оплодним ћелијама од родитеља;

— ендокрини фактори — читав систем жлезда са унутрашњим лучењем директно или међусобном повезаношћу и утицајем утиче на раст и развој. Хипофиза има централно место, јер лучи посебан хормон раста и тиме директно утиче, а, с друге стране, лучи хормоне који индиректно делују преко тиреоидеје, надбубрега и полних жлезда;

— нервни фактори — налазе се у хипоталамусу и у околини хипофизе.

Спољашњи фактори су многобројни и посебно значајни, јер се на њих може успешно деловати. Ту се убрајају:

— разна и учестала обољења која проузрокују смањење имунобиолошке отпорности детета што све има за последицу психофизичко заостајање;

— социјални и културни чиниоци су такође врло утицајни; на пример, средина у којој дете живи, неправилна исхрана, неуравнотежена породична средина, материјалне могућности породице и друштва имају истакнуто место у здрављу, расту и развоју деце,

— хигијенски услови живота, нега детета, услови становања, влага, недовољан боравак на сунцу и ваздуху, начин облачења, прехладе, претопљавање и др.;

— елементарни и климатски фактори, у које се убрајају. клима, годишње доба, варијације временских прилика, рејон у коме дете живи;

— остали фактори, као што су ментално-хигијенски чиниоци, посебне конструкције и дијатезе (неуротична, алергична и ексудативна деца); рад са децом и њихова активност и учење, физичке вежбе, менталне анорексије и повраћања, неспособност адаптације и др.

МЕЂУСОБНИ ОДНОСИ УТИЦАЈНИХ ФАКТОРА

Ово су само неки од најважнијих чинилаца. Шематски су поређани из дидактичких разлога, иако је сасвим јасно да они не делују увек појединачно. Напротив, постоји тесна међусобна испреплетаност, повезаност и условљеност; једни стварају услове за деловање других, и обратно.

У складу с тим су и мере за регулисање дечјег здравља, правилног растења и развоја комплексне личности које захтевају мобилизацију не само медицинских радника већ и свих друштве-

них органа и организација Зато је једино исправно становиште да у свеукупности проблема дечје заштите свако добије и извршава своје задатке.

Иако је познато да сви наведени чиниоци делују на укупни раст и развој детета, ваља посебно истаћи неке од њих који имају непроцењиви значај за поједине видове развоја.

На физички рад и моторни развој одлучујући утицај има наслеђе, интраутерини живот плода, порођај, исхрана и ендокрине функције.

На ментални развој доминантан утицај имају наслеђени интелектуални потенцијали. Међутим, било би погрешно занемарити утицај исхране и утицај околине. Новија изучавања показују да ако се дете неправилно храни, а нарочито ако не уноси квалитетне беланчевине његови ментални капацитети се стално оштећују. Исто тако је важно да дете живи у средини где се поштује рад и учење, где постоје културне навике, као што је уживање у музици и читању књига; где се учи да се мисли и резонује. У таквој средини дете се учи реду и раду; оно има дневни распоред живота; њему се не прописује сваки корак, већ се, уз сву опрезност, дозвољава да само „експериментише", прави грешке, препознаје проблеме и покушава да их само решава. Ако у томе успе, то код њега развија креативност. И, обратно, ако је свака његова активност под строгим прописом и надзором родитеља, то ће смањити његове мотивације да само тражи одговоре на нека питања, што, у крајњој линији, успорава ментални развој.

У емоционалном развоју, поред побројаних, посебно место и улогу имају фактори који формирају личност детета. Ту се убрајају:

- задовољење основних емоционалних потреба;
- држање и понашање родитеља и других чланова породице према детету,
- психолошки утицај породичне средине,
- однос детета према особама у породици и ван породице,
- утицај болести на дететову личност.

У основне емоционалне потребе детета убрајају се љубав, нежност и наклоност, сигурност, прихватање детета као нове и посебне индивидуе, самопоштовање, потреба за деловањем, признањем; независност и потреба за ауторитетом.

Одсуство било које од ових основних емоционалних потреба чини да дете буде несигурно, нервозно, агресивно или депресивно, љубоморно на браћу и сестре, неспособно да формира топле хумане односе, па кад одрасте постаје интровертна и хладна особа. Осим тога, могу се јавити несигурност, неадаптабилност, боље рећи неспособност прилагођавања и склоност ка стварању конфликтних ситуација, непоштовање своје личности, лењост, зависност, одсуство поштовања ауторитета или претерано поштовање свих који су изнад њега.

На социјални развој утичу, такође, бројни фактори Овде ће се посебно нагласити улога игара и играчака.

Игре и играчке су незаменљиви део социјализације дечје личности. Помоћу њих дете спознаје себе и свет у коме живи. Пре свега, игром се побољшавају физички раст и моторни развој. Активности јачају мишиће и побољшавају координацију покрета, јер је цело тело укључено у игру

У игри се ствара пријатељство, развија другарство, Дете се учи да поштује правила игре, а ако то тада научи, знаће да поштује „правила игре" у животу. То се не може постићи у породици, већ само у друштву са вршњацима.

ИИ НАЈБОЉА ПОРОДИЦА НЕ МОЖЕ ЗАМЕНИТИ ДРУЖЕЊЕ И ИГРАЊЕ СА ВРШЊАЦИМА

Игра и играчке помажу детету да формира емоционални однос, развија интелектуалне способности, да се учи моралним нормама понашања (истинољубивост, часност, лојалност итд.).

ПИТАЊА И ЗАДАЦИ

1 *НАУЧИ ЗНАЧЕЊЕ ОВИХ ИЗРАЗА*
- *МАТУРАЦИЈА,*
- *ОСИФИКАЦИЈА,*
- *ДЕНТИЦИЈА,*
- *КАРИОГРАМ;*
- *ПУБЕРТЕТ,*
- *АДОЛЕСЦЕНЦИЈА,*
- *ТЕРАТОГЕНИ*

2 *КОЈА ЧЕТИРИ ОПШТА ПРИНЦИПА КАРАКТЕРИШУ РАСТ?*

3 *УПОРЕДИ ТЕЛЕСНУ МАСУ, ВИСИНУ ПРОПОРЦИЈЕ ТЕЛА, КОСТИ, ЗУБЕ И МОТОРНИ РАЗВОЈ ИЗМЕЂУ ДЕЧАКА И ДЕВОЈЧИЦЕ ОД МЕСЕЦ ДАНА, ЈЕДНЕ ГОДИНЕ И ШЕСТ ГОДИНА*

4 *НАВЕДИ ДВА ПРИМЕРА ДЕЈСТВА ТЕРАТОГЕНИХ АГЕНСА.*

5 *НАВЕДИ ПЕТ БИТНИХ КОРИСТИ ОД ДЕЧИЈИХ ИГАРА*

УСТАНОВЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ

Врсте и организација педијатријских установа у нашој земљи нису униформне. Тежило се за тим да свака општина или више општина заједно одлучују о најбољем и најприкладнијем начину организовања дечје здравствене заштите. Суштина није, дакле, у врсти, облику или називу, већ у начину и систему рада, у поштовању јединствене педијатријске доктрине.

Основна установа за здравствену заштиту деце и омладине јесте дечји диспанзер са саветовалиштем за децу, односно школски диспанзер.

Диспанзери су у неким местима потпуно самосталне установе, у другим су, заједно са диспанзером за жене, укључени у центар за заштиту мајке и детета, или се налазе у оквиру дома народног здравља или су интегрисани у медицински центар. Међутим, без обзира на ове организационе разноликости, дечји и школски диспанзери имају јединствене задатке, од којих су значајни следећи:

- да обезбеђују ванболничке видове заштите деце, примењујући диспанзерски начин рада;
- да прате и проучавају здравствено стање, хигијенске прилике у услове живота деце;
- да спроводе утврђене програме мера за здравствену заштиту одојчади, мале, предшколске и школске деце и омладине;
- да спроводе мере за спречавање, сузбијање, рано откривање и лечење заразних и других масовних обољења;
- да обављају патронажну службу и раде на здравственом васпитању;
- да спроводе мере за спречавање обољења уста и зуба и да обављају лечење.

ДЕЧЈИ ДИСПАНЗЕР

СТРУКТУРА РАДНИХ ЈЕДИНИЦА

Ради извршавања свих ових делатности диспанзер треба да има следеће јединице:

- педијатријске ординације за рад са болесном децом;
- саветовалиште за здраву децу;
- службу зубно-здравствене заштите са ортодонцијом;
- демонстрациону кухињу;
- приручну лабораторију;
- теренску службу за кућно лечење деце;
- медико-психолошко саветовалиште.

КАДРОВИ У ДЕЧЈЕМ ДИСПАНЗЕРУ

При израчунавању потребног броја појединих стручних медицинских рад-

ника полази се од тога да деца од 0 до 6 година чине просечно 12% укупног становништва подручја и да њихова здравствена заштита има специфичне захтеве. Сматра се да се довољно обезбеђење ове деце постиже ако на 600 — 1 000 деце постоји по један лекар Уз сваког лекара у диспанзеру, за све послове које обављају, треба да раде три медицинске сестре. Исто тако, сматра се да се може постићи оптимум заштите зуба ако један стоматолог ради на 1 500 — 2 000 деце

ОПРЕМА И ПРИБОР ЗА РАД

Свака радна јединица диспанзера за децу (саветовалишта и ординације) треба да поседује одређену опрему, као што су. медицински ормар за лекове и инструменте, медицински сточић за инструменте, вага за одојчад, корито за мерење дужине одојчета, децимална вага за мерење масе, висинометар, отоман за преглед, ормар за картотеку, ормар за рубље, писаћи сто, обичне столице, апарат за мерење крвног притиска, рефлектор са стативом, целокупан прибор за рад лекара и сестара итд

Опрема за демонстрирање исхране обухвата: кухињски радни сто, ормар за судове, шпорет, фрижидер, кухињску вагу и одговарајући кухињски прибор и посуђе.

ШКОЛСКИ ДИСПАНЗЕР

ПРОСТОРИЈЕ

За заштиту школске деце и омладине треба предвидети просторије за превентивну и куративну заштиту на бази планираног броја школске деце

У просторије за превентивну заштиту ученика спадају:

— чекаоница направљена тако да прими два одељења ученика у сезони систематских и контролних прегледа;
— ординација лекара,
— просторија за мерење ученика;
— просторија за вакцинацију и интервенције.

Просторије за куративну заштиту ученика обухватају:

— улазни хол са тријажом — тријажа мора да буде повезана са чекаоницом за болесно дете и изолационим боксевима;
— чекаоницу,
— изолационе боксеве — чине их три бокса са заједничким претпростором, WC мушки и женски, остава за прибор за чишћење и посебан излаз;
— ординацију лекара — прегледи и свлачење пацијената врше се у самој ординацији,
— простор за инјекције и интервенције

Просторије специјалистичких служби треба да су постављене тако да су приступачне деци оба диспанзера.

ДЕЛАТНОСТ ШКОЛСКОГ ДИСПАНЗЕРА

Према афирмисаном гледишту модерне педијатрије деоба детињства на предшколски и школски период не заснива се ни на биолошким ни на медицинским основама и зато здравствена заштита школске деце, па и школске омладине, представља наставак здравствене заштите одојчета и мале деце, само што ту здравствену заштиту преузима да обавља школски диспанзер, као посебна организациона јединица, идентичним методама рада.

Потпуну здравствену заштиту школске омладине организује школски диспанзер у сарадњи са осталим диспанзерским и другим јединицама и установама, а спроводи и борбу за смањивање

оболевања и смртности школске деце и омладине. Из тих разлога у школском диспанзеру обављају се следећи послови:

- предузимају се одговарајуће хигијенске и социјално-медицинске мере ради спречавања и сузбијања акутних заразе;
- установљава се евиденција и прати кретање заразних болести по школама и другим сличним установама;
- прати се физички и психички раст и развој ученика путем редовних систематских прегледа и антропометријских и психометријских мерења,
- постављају се индикације и одабирају ученици за дечја опоравилишта и летовалишта;
- сарађује се са одговарајућим установама ради испитивања и утврђивања способности ученика за одређене позиве;
- врше се систематски прегледи особља запосленог у школским установама;
- процењује се и даје мишљење о здравственом стању и функционалној способности ученика за наставу физичког васпитања;
- активно се учествује у организовању и обезбеђењу хигијенских услова у школама и другим објектима, у организовању и раду ђачких кухиња, одржавању и унапређивању личне и опште хигијене ученика;
- врше се лекарски прегледи и спроводи се лечење ученика у ординацијама или код куће;
- ради се на спровођењу одговарајућих мера ради корекције сензорних, физичких и психичких поремећаја код школске деце и омладине.

СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕДИ

Систематски здравствени надзор представља најважнију делатност здравствених радника у школском диспанзеру. Смисао и сврха систематског здравственог надзора и активан став здравствене службе је спровођење мера превенције, профилаксе и санирања поремећаја здравственог стања ученика уколико су установљени Због тога систематски здравствени надзор подразумева и низ саветовања и специјалистичких консултација, контролних прегледа и др.

Редовним обављањем систематских прегледа омогућава се

- утврђивање општег здравственог стања ученика и оцена његовог физичког и психичког развоја,
- превенција обољења вакцинацијама и другим методама,
- рано откривање и рано дијагностиковање болести и њихово благовремено лечење,
- социјално-медицинска санација средине у којој се оболели школује, живи и ради;
- одржавање неспецифичне отпорности организма правилном исхраном у кући и школи (школске кухиње, млечни оброци и др.).

Систематски прегледи свих уписаних ученика обављају се једном годишње, на почетку школске године. Накнадно уписани ученици прегледају се пре почетка присуствовања редовној настави. Као прво потребно је прибавити податке о свим уписаним ученицима, и то по разредима. На основу ових података сачињава се план рада за извођење систематских прегледа, обезбеђује се потребна сарадња са управом школе и разредним старешинама, који обавезно прате ученике на систематске прегледе, одређује се време за рад и обезбеђује се сва потребна медицинска документација.

За ученике који су се уписали у први разред основне школе дечји диспанзер доставља здравствене картоне деце. Школски диспанзер је дужан да обави систематски преглед ученика завршног разреда средње школе и да ђачки здравствени картон уручи ученику пре уписа на факултет.

Систематски прегледи се обављају у саветовалишту школског диспанзера или у одређеним, издвојеним просторијама у школи за рад здравствене службе.

Систематске прегледе обавља лекар школског диспанзера — педијатар или лекар опште медицине уз асистенцију медицинске сестре.

За утврђивање здравственог стања служе показатељи у здравственом листу ученика у које се уписују лекарски налази

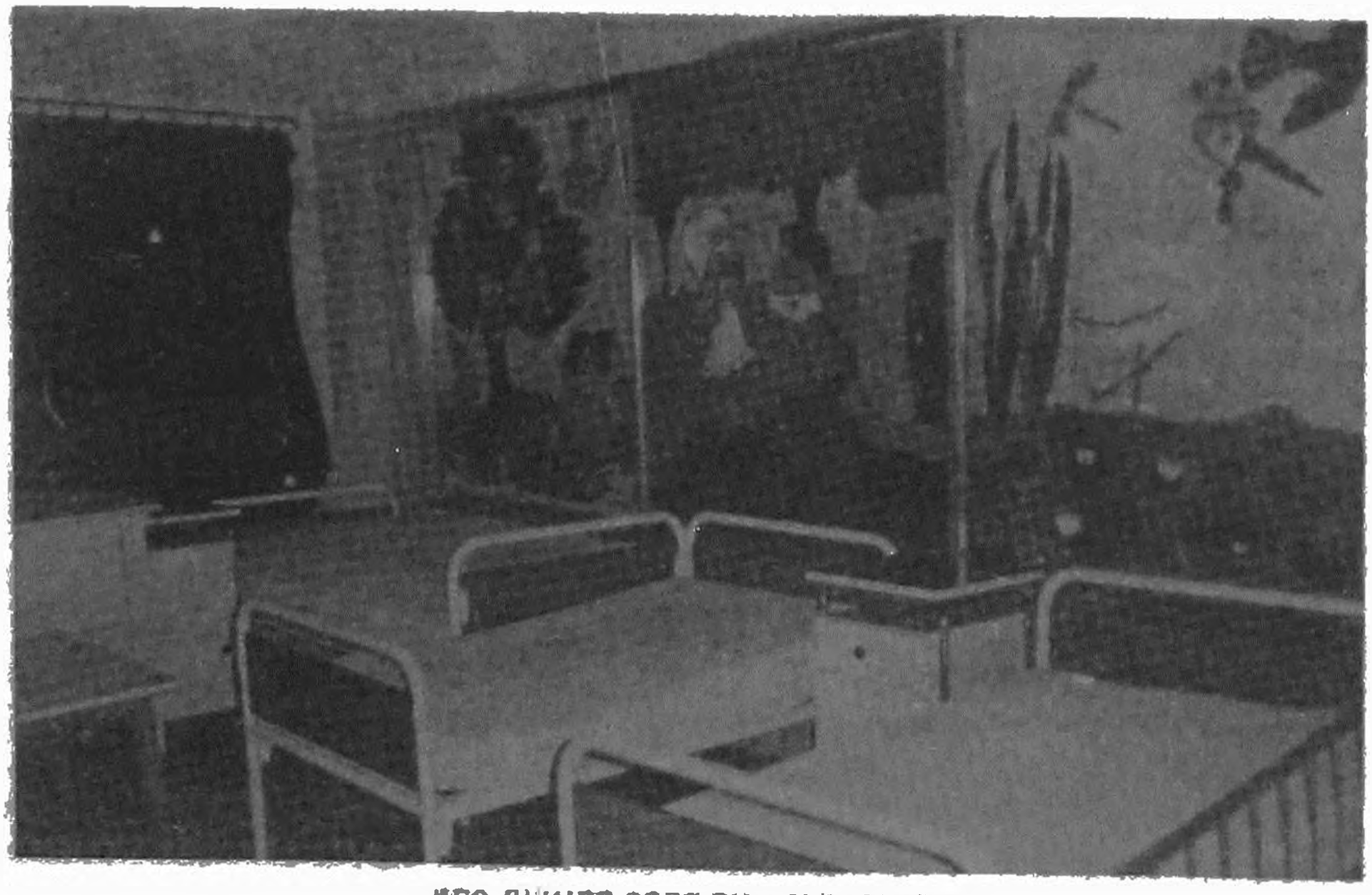
После завршених систематских прегледа лекар и медицинска сестра сачињавају анализу показатеља о здравственом стању ученика и извештавају родитеље и управу школе о томе.

Збирни извештаји о здравственом стању ученика, по врстама школа, достављају се школи и заводу за здравствену заштиту.

ОРГАНИЗАЦИЈА, КАДРОВИ И ОПРЕМА У ШКОЛСКОМ ДИСПАНЗЕРУ

Спровођење свих предвиђених активности на заштити здравља ученика, школске и студентске омладине треба да се врши у организационим јединицама или службама као што су:

- ординације лекара, педијатара и других за рад са оболелом децом;
- саветовалиште за здраву децу;
- саветовалиште за родитеље;
- служба за кућно лечење и неодложну помоћ;
- медицинско-психолошко саветовалиште;
- специјалистички кабинети (офталмолошки, гинеколошки и физијатријски);
- кабинет за здравствено васпитање;
- приручна лабораторија;
- кабинет за ортодонтску стоматологију



ДЕО ДЕЧЈЕГ ОДЕЉЕЊА У БОЛНИЦИ

У овим радним јединицама школског диспанзера треба да раде:

- лекари специјалисти (педијатри или други, или лекари опште праксе оспособљени за рад са школском децом);
- зубни лекари;
- медицинске сестре са вишом или средњом школом;
- психолог;
- педагог;
- социјални радник;
- лаборант и
- друго особље.

Број потребног особља прорачунава се на основу података о броју школа, броју ученика, врсти оболевања ученика и других елемената. Сматра се да за обављање ових послова, који су наведени као делокруг рада школског диспанзера, треба да се обезбеди један лекар на 1 500 школске деце. Осим тога, треба обезбедити и једног стоматолога са зубним асистентом на 2 000 школске деце и једну медицинску сестру на 1 000 ученика.

Опрема треба да буде иста као и у дечјем диспанзеру, уз неке додатне инструменте и апарате за старију децу.

ДУЖНОСТИ ПЕДИЈАТРИЈСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА У ДЕЧЈИМ И ШКОЛСКИМ ДИСПАНЗЕРИМА

Педијатријска сестра ради у дечјим диспанзерима, дечјим домовима, дечјим колонијама, центрима за социјално-медицински и патронажни рад, у школским диспанзерима. Њени задаци су да:

- помаже лекару при прегледу, попуњава рецепте и по писменом налогу лекара спроводи комплетну терапију,
- чува лекове, чува и стерилише инструменте, а одговорна је и за снабдевеност завојним материјалом, лековима и другим средствима за рад,
- одржава контакт са родитељима, преноси им своја запажања и даје у границама својих надлежности савете о нези, лечењу и исхрани,
- води сву потребну документацију (дневник деце, књигу инфективних обољења, дневник о променама код деце, здравствене картоне, евиденцију вакцинација и, уопште, здравствену статистику своје организације);
- у свакој прилици врши здравствено просвећивање детета, брине о повереној деци, учи их културним навикама, одржавању личне хигијене и др.;
- обавља послове патронажне дечје сестре, даје упутства мајкама о нези и исхрани деце;
- спроводи све облике превентивне заштите деце;
- организује рад помоћног техничког особља;
- обавља и све друге послове за које се оспособи у току школовања;
- помаже у анализирању здравственог стања деце и води евиденцију о свим догађајима у делокругу свог рада;
- учествује у спровођењу систематских прегледа и свих облика и мера активне здравствене заштите.

ДУЖНОСТИ СЕСТРЕ У ПАТРОНАЖИ

Специфичне дужности медицинских сестара у патронажној служби, по врстама проблема и категорији заштићених лица, треба да буду следеће.

1) У породици труднице:

- медицинска сестра упознаје услове живота и рада труднице, њене хигијенске навике и исхрану; даје потребне савете и упутства, ради на измени неодговарајућих навика;
- упућује трудницу у саветовалиште за трудннце на систематске и контролне прегледе, нарочито у случајевима када постоји сумња на патолошка стања трудноће;
- упућује трудницу и даје јој инструкције, припремајући је за порођај, негу новорођенчета и одржавање хигијене после порођаја.

У спровођењу ове делатности сестра из патронажне службе обавезно се повезује са одговарајућим саветовалиштима, односно диспанзерима.

2) У породици породиље и новорођенчета:

- поучава породицу и саму породиљу о личној хигијени и нези новорођенчета и одојчета, уз практично показивање,
- контролише спровођење неге новорођенчета и породиље, а нарочиту пажњу посвећује развијању лактације код мајке и одржавању хигијенски повољних услова за дојење;
- у случају појаве патолошких стања код мајке и новорођенчета, ма ког облика, осигурава посету одговарајуће службе и организује потребне консултације у кући породиље

3) У породици одојчета:

- редовно обилази одојче и упућује мајку на правилну негу и исхрану детета, посвећујући посебну пажњу правилном припремању хране за дете, у зависности од физичког стања и његовог развитка,
- контролише и подстиче мајку на редовно посећивање саветовалишта за здраву децу ради систематске контроле развоја психофизичких особина детета, а посебно води рачуна о благовременој примени обавезне вакцинације;
- у контроли развоја одојчета посебну пажњу посвећује његовом равномерном развоју, те приликом свих сумњивих појава консултује лекара дечјег диспанзера.

4) У породици предшколског и школског детета:

- обилази породице које имају децу предшколског узраста или децу која похађају школу, а нарочито породице са више деце ради помоћи у санирању проблема који се обично у овом добу јављају,
- редовно надзире породице са децом, па уколико се појаве заразне болести, изолује оболелу децу и спроводи противепидемијске мере у сарадњи са одговарајућим медицинским службама,
- консултује наставнике у вези са понашањем и утисцима о деци која похађају школу, посебно се интересујући за децу из породица у којима постоји било који вид социјалних и других девијација.

ДУЖНОСТИ У ДЕЧЈИМ И ШКОЛСКИМ ДИСПАНЗЕРИМА

Из наведеног делокруга рада медицинске сестре, као и из изнетих задатака који важе за дечје и школске диспанзере, може се закључити да медицинска сестра у овим установама обавља јасно одређене послове

Пријем детета у диспанзер врши медицинска сестра. На том првом кораку успостављају се мостови сарадње и заједничких напора родитеља, деце и здравствених радника. Родитељи и њихова деца биће везани за ову установу у читавом периоду детињства Медицинска сестра треба да учини све да та повезаност буде испуњена поверењем. Успостављање контакта са родитељима је први корак у диспанзеру. Ако родитељи и дете долазе први пут, медицинска сестра им даје неке информације о дечјем диспанзеру, његовој функцији и наглашава потребу редовног контакта са овом установом. Иначе, њена је дужност да упозна и разлог доласка у диспанзер. Разуме се да је даљи рад медицинске сестре везан за узраст детета и разлог његовог доласка у диспанзер.

Узимање потребних података и убележавање у здравствени картон обавља медицинска сестра. Иако не постоје

ПЕДИЈАТРИЈСКЕ СЕСТРЕ НА ПРАКТИЧНОЈ ОБУЦИ

униформни обрасци, здравствени картони деце су слични. У њих се уносе основни подаци о детету (ради идентификације), а затим битни анамнестички подаци о трудноћи, порођају, вакцинацијама, прележаним болестима, постнаталном расту и развоју.

Наравно, за сваки преглед постоје сви клиничко-лабораторијски подаци, примењена терапија и исход. Здравствени картон је сачињен тако да се у њему могу наћи сви подаци о здравственом стању детета у периоду детињства

Тријажа деце у диспанзеру је изузетно значајна. Пре свега, сваки диспанзер има део за болесну и део за здраву децу, који се морају јасно обележити или се поставља особа која врши грубу тријажу и тиме спречава мешање здраве и болесне деце. У делу диспанзера намењеном за болесну децу предстоји још једна тријажа коју врши медицинска сестра. Њен задатак је да на основу анамнестичких података и личног увида одвоји у изолационе боксеве сву децу за коју посумња да болују од неке заразне болести.

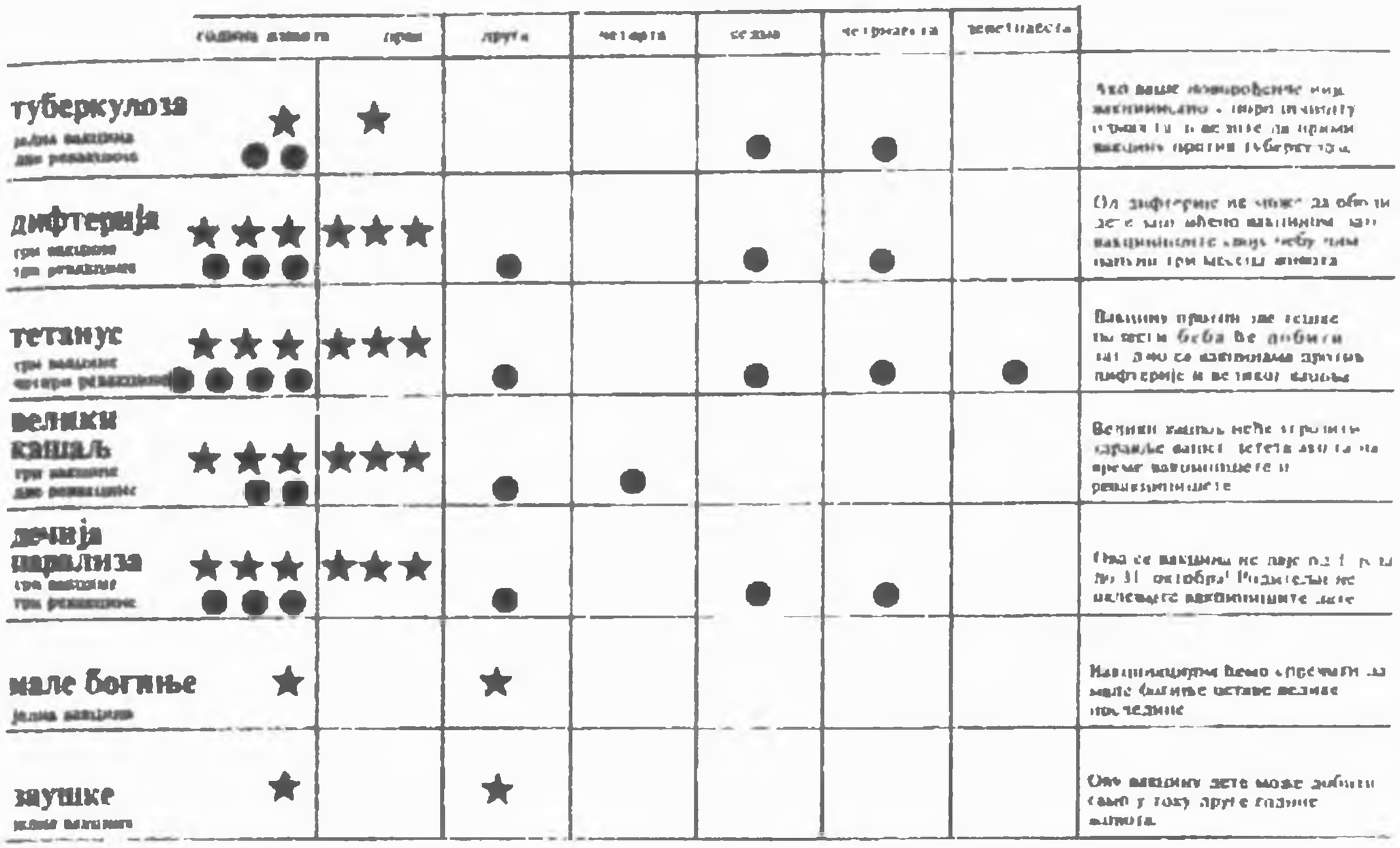
Помоћ коју сестра пружа лекару при прегледима (редовним, систематским) садржана је у опису задатака и прегледа, о чему је раније било речи. Из њих се могло видети да медицинска сестра није „лекарски помоћник", већ професионално одговоран члан педијатријског тима, са јасно одређеним местом и задацима.

ПРЕВЕНТИВНИ РАД МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ У ДИСПАНЗЕРИМА

Дечји и школски диспанзери су, пре свега, установе за превентивну дечју заштиту. Ту функцију врше саветовалишта за здраву децу, а њихов садржај рада зависи од узраста детета. Ево неколико битних задатака саветовалишта за здраву децу.

ТАБЕЛА 6 – Календар вакцинације

КАЛЕНДАР ВАКЦИНАЦИЈЕ



а) **Одојче:**

- *систематски прегледи одојчета од 3, 6 и 9 месеци,*
- *предузимање потребних мера корекције,*
- *витаминска профилакса;*
- *давање савета о правилној нези и исхрани,*
- *обезбеђење здраве средине;*
- *контрола крвне слике;*
- *прегледи пре имунизације,*
- *успостављање специфичне имунобиолошке отпорности спровођењем вакцинације;*
- *лекарски прегледи у саветовалишту;*
- *обрада деце пре пријема у јаслице.*

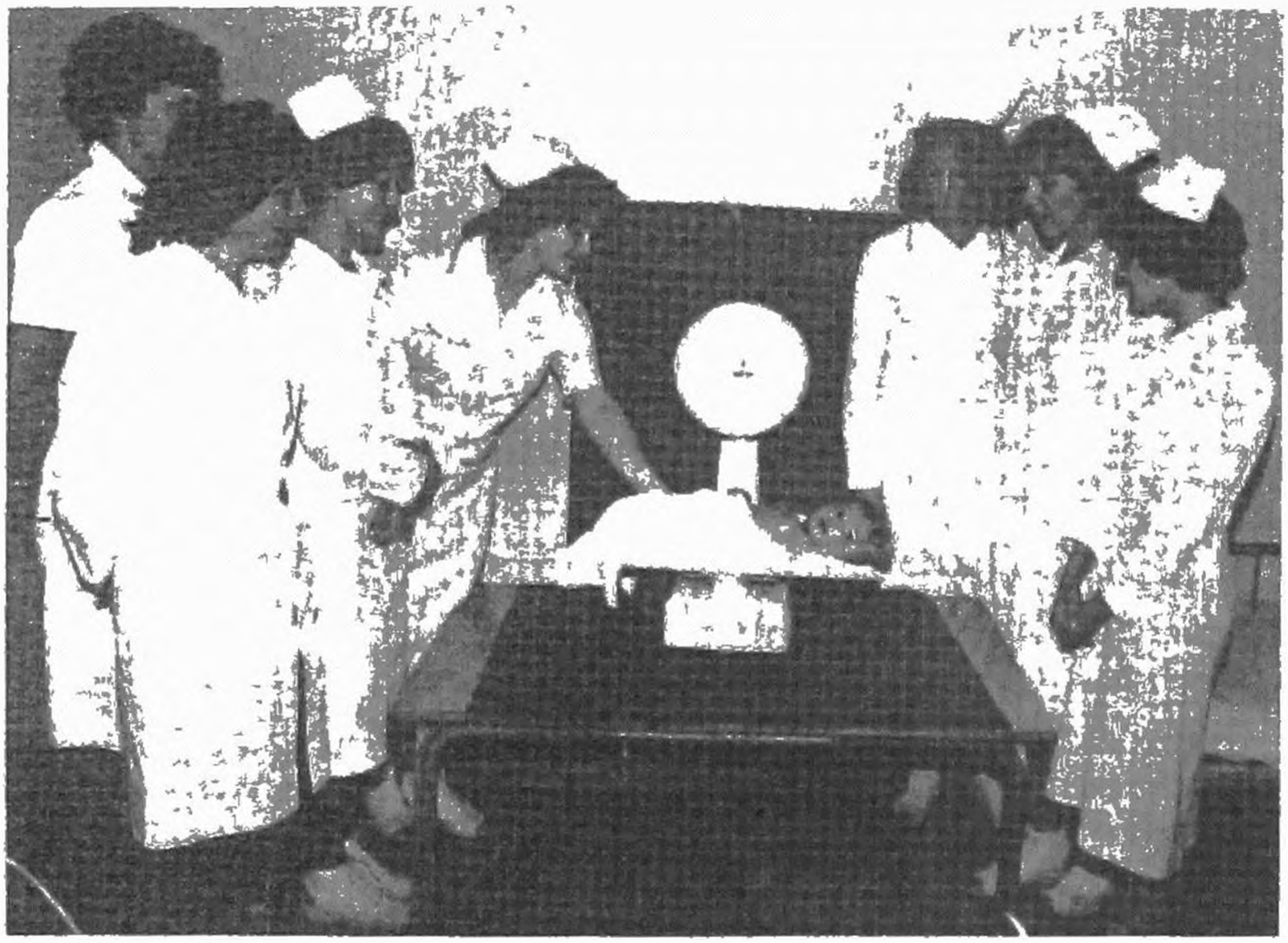
б) **Мало и предшколско дете:**

- систематски прегледи који се обављају једном годишње;
- у оквиру систематског прегледа обављају се прегледи зуба, чула вида и слуха и стања говора. Посебна пажња се посвећује раном откривању разрокости и слабовидности; затим, преглед мишићно-коштаног система, праћење психомоторног, сензомоторног и психосоцијалног развоја деце,
- прегледи у саветовалишту који се обављају на позив уколико се контролише спровођење вакцинације и ревакцинације, а у случају потребе, обавља се и њена допунска контрола;
- прегледи здраве деце на иницијативу самих родитеља;
- обрада деце пре пријема у вртиће и пре поласка у школу.

ДУЖНОСТИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ВАСПИТАЧА

ОПШТИ ЗАДАЦИ

Медицинске сестре – васпитачи ће изналазити различите методе и садржаје рада који ће мотивисати родитеље да заједно са њима активно учествују у систематском праћењу и унапређивању здравља деце (на пример: родитељски састанци са актуелном проблематиком, индивидуални разговори лекар – роди-



БУДУЋЕ ПЕДИЈАТРИЈСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРИ ОСПОСОБЉАВАЈУ СЕ ЗА НЕГУ И ЗАШТИТУ ЗДРАВОГ И БОЛЕСНОГ ДЕТЕТА

тељ или медицинска сестра — родитељ, „отворена врата за родитеље" када се сусрећу родитељи и медицинске сестре на иницијативу родитеља или лекара, одлазак групе деце и родитеља код стоматолога, рад медицинске сестре са родитељима чија деца имају равне табане)

У сарадњи са породицом нарочиту пажњу треба посветити усаглашавању ритма живљења у колективу и породици. Медицинска сестра ће у индивидуалним контактима сазнати какав је распоред живљења у породици и веома пажљиво ће сугерисати евентуалне измене. Допустиће да родитељ борави извесно време у васпитној групи и учествује у реализацији распореда живљења у вртићу Пожељна је и посета породици, када ће се на лицу места сагледати услови живљења деце.

Сличне контакте остариће медицинска сестра и родитељ и када је у питању исхрана, адекватно одевање, честа обољења деце и слично.

Посебна пажња треба да се поклања припреми родитеља за прихватање откривених поремећаја у развоју деце. Нарочито је значајно мотивисање родитеља да упорно истрају на њиховом отклањању.

Приликом установљавања клицоноша, или, пак, појаве заразних болести, породица и вртић морају бити у сталном, непрекидном контакту, до потпуног оздрављења деце и санирања епидемије.

Родитељи су посебно заинтересовани за заштиту здравља и негу деце, па то ваља на време и на прави начин искористити. Ако родитељ од првог дана увиди да су стални међусобни контакти осмишљени и да воде ка унапређењу здравља деце, ако стекне утисак да са његовим дететом ради медицинска сестра која има разумевања за дете, која се истински брине о њему и која струч-

но обавља свој посао, онда интерреакција неће бити само континуирана него и веома богата и садржајна.

Да би се остварили сви потребни услови за несметан и оптималан развој предшколског детета у колективу, неопходно је и посредно укључивање родитеља у цео ток живљења у дечјем вртићу, који све више постаје место где се остварује већи део садржаја живота њихове деце. Данашња породица све је мање место где се остварује главни садржај људског живота, па је деци много теже да схвате смисао рада и живота одраслих. Како су развој деце и њихово васпитање незамисливи без узајамног прожимања односа деце и родитеља, а касније и других одраслих особа, дечји вртићи морају бити место где ће родитељи чешће бити присутни. Зато је потребно да дечји вртићи буду потпуно отворени за породицу и њене проблеме, али да исто тако и родитељи буду отворени за суштинску сарадњу у подизању и васпитању своје деце у дечјем вртићу.

II. ВЕЖБЕ

1. ПРОЦЕНА ФИЗИЧКОГ РАСТА ДЕТЕТА

Физички развој детета је тако тесно повезан са његовим здрављем и исхраном да ниједан други параметар не може пружити боље податке. Најчешћи, а можда и најважнији метод за потврду правилне неге и исхране и доброг здравља јесте његово напредовање у маси. Према томе, телесну масу детета треба редовно мерити. Међутим, у томе не треба претеривати, јер сувише честа мерења могу код неупућених родитеља да изазову непотребну забуну. У животу па и у развоју детета ништа не иде праволинијски. Постоји препорука, општеусвојена, да се новорођенче мери сваки дан, одојче у прва два месеца сваке недеље, а после тога довољно је мерење једном месечно Наравно, у стационираним установама за здраво и болесно дете деца се чешће мере из оправданих разлога.

После периода одојчета, редовна мерења су пожељна за даљу процену развоја детета, али и из других разлога, на пример да се предупреди гојазност Децу од једне до четири године треба мерити једном у три месеца, а после тога довољно је два пута годишње Потребно је још једанпут нагласити да је мерење телесне тежине корисно не само ради благовремене интервенције у случају да је напредовање недовољно већ и због тога што се благовременом редукцијом хранљивих материја може спречити гојазност

Поред мереіьа телесне масе, постоје и друга мерења која су потребна у процени физичког развоја детета Ту се убрајају мерење висине, обима главе, обима грудног коша, а понекад се користи мерење карлице и седишне висине Сви подаци који се на овај начин добију упоређују се са просечним подацима, добијеним изучавањем великог броја деце.

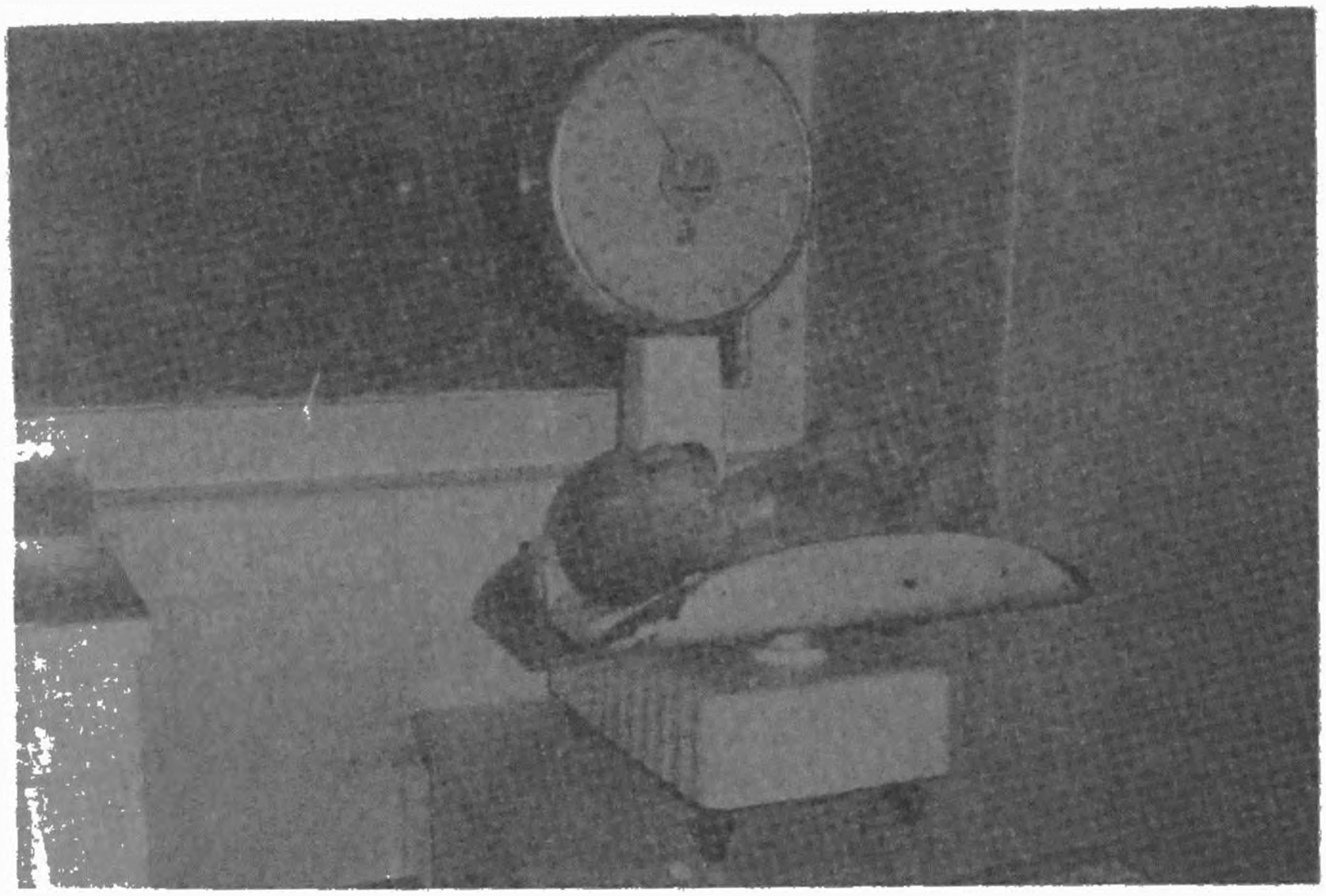
2. МЕРЕЊЕ ТЕЛЕСНЕ МАСЕ

Телесна маса је најзначајнији показатељ правилне исхране и раста детета. Од свих елемената раста најпре се запажају промене у телесној маси.

Припрема материјала је значајна фаза рада јер од добре припреме зависи да ли ће техника мерења телесне масе детета бити добро и брзо изведена.

Треба припремити:

- *постоље за вагу;*
- *исправну децималну вагу за мерење,*



МЕРЕЊЕ ТЕЛЕСНЕ МАСЕ НОВОРОЂЕНЧЕТА

— *посуду са дезинфекционим средством,*
— *неколико пелена,*
— *образац за обележавање телесне масе.*

Припрема педијатријске сестре је исто тако важна

Прва дужност сестре је да провери исправност ваге. Потребно је проверити да ли је казаљка која показује тежину на нултој ознаци. Сигурност постоља на коме стоји вага такође је важно проверити. Вага на столу са климавим ногама не пружа сигурност у раду, поготову ако се мери одојче које је немирно или плаче. Затим се вага дезинфикује дезинфекционим средством. На лежиште ваге се стави једна пелена и измери се њена маса. Пелена се потом рашири преко целе ваге. Одојче се расповије у кревету или на столу, ако је потребно обави се запирање, ослободи се кошуљице и бенкице, узима у наручје чистом припремљеном пеленом и ставља на вагу. Крајеви пелене која је раширена преко ваге скупе се и одојче се покрије. Крајеви пелене морају се подићи и због тога да не повећавају масу детета. Ако је одојче узнемирено, може се припремити и њему драга играчка. Лева рука особе која мери мора да буде увек изнад ваге, тј. бебе, а десном се померају тегови или мери на неки други начин. Када се беба измери, прочита се вредност масе коју казаљка показује и укочи вага. Одојче се узима у наручје заједно са пеленом, односи до кревета или стола за повијање, затим се повије и стави у кревет. Од измерене масе одбије се маса пелене и вредност уписује у образац који је за то предвиђен. Вага се поново дезинфикује и прекрије чистом пеленом до следећег коришћења.

Важно је напоменути да се новорођенче и одојче мери голо. Мало дете се мери на стојећој ваги. Мери се у лакој одећи, а води се рачуна да при сваком мерењу буде исто обучено.

3. МЕРЕЊЕ ТЕЛЕСНЕ ДУЖИНЕ

Добијање у дужини (висини) за одређено време назива се прираст, а обрачунава се седмично, месечно и годишње.

Када се жели да се измери дужина новорођенчета – одојчета, припреми се:

- *постоље за антропометар;*
- *антропометар;*
- *посуда са дезинфекционим средством;*
- *неколико пелена,*
- *образац за уписивање вредности и оловка.*

Сестра која се спрема да измери дужину бебе најпре треба да провери стабилност антропометра на постољу како се не би десило нешто непредвиђено. Чистим платном натопљеним у дезинфекционо средство дезинфикује антропометар. На лежиште антропометра се постави чиста пелена пресавијена на два дела. Беба се потпуно ослободи одеће и, увијена у пелену, подиже из кревета и ставља у антропометар. Глава детета се окреће према стабилном делу антропометра. Сестра левом руком обухвата обе ноге бебе, у висини колена, и исправи их колико је могуће више. Десном руком помера покретну страницу антропометра, прислони је уз табане и тог тренутка прочита дужину бебе на центиметру који је уграђен и фиксиран са стране антропометра. После тога сестра прво збрине бебу, телесну дужину убележи у образац, а антропометар поново дезинфикује и прекрије чистом пеленом.

4. МЕРЕЊЕ ВИСИНЕ ДЕТЕТА

Висина старијег детета мери се висинометром.

Висинометар може бити направљен као посебна справа за мерење висине, или може бити уграђен у вагу за мерење масе. Израђује се од нерђајућег метала, дрвета, пластике итд. Он треба да стоји на поду, прислоњен уз зид или страницу неког ормара. Стабилан је и добро учвршћен како не би пао и повредио дете.

Детету чија се висина мери треба објаснити шта ће се радити, како се не би уплашило, а затим га ослободити обуће, капе или мараме на глави. Босо дете се стави састављених пета и потпуно исправљеног тела, приљубљено леђима уз висинометар. Хоризонтална полуга висинометра помери се до изнад главе, при чему се полута држи руком, и прочита се тачна висина.

Глава детета у тренутку мерења треба да заузме такав положај да потиљак буде наслоњен уз висинометар. Када се мерење заврши, вредности се убележе у образац, а постоље се дезинфикује

5. МЕРЕЊЕ ОБИМА ГЛАВЕ И ГРУДНОГ КОША

Обим главе и грудног коша највише се повећавају у току прве године живота, па се у том периоду најчешће и контролишу. Обим грудног коша мери се платненом центиметарском траком.

МЕРЕЊЕ ОБИМА ГЛАВЕ

МЕРЕЊЕ ОБИМА ГРУДНОГ КОША

Беба се ослободи одеће на столу за повијање. Центиметарска трака се обавије око грудног коша у висини споја 3-ег и 4-ог ребра са грудном кости.

Обим грудног коша се правилно измери на крају нормалне експирације. Добијене вредности се убележе, а дете се преповије Центиметарска трака се дезинфикује већим тупфером вате натопљеним асепсолом или 75%-тним алкохолом

Обим главе мери се тако што се центиметарска трака обавије око главе, од потиљка према чеоној кости, значи, преко најистуренијих делова главе Измерене вредности одмах се убележе.

6. ВОЂЕЊЕ ЕВИДЕНЦИЈЕ И СТАТИСТИКЕ У ДИСПАНЗЕРИМА

Евиденција се води уписивањем података, и то у.

- *здравствени картон;*
- *протокол,*
- *регистар – картотеку;*
- *књигу евиденције.*

Здравствени картони у службама су: дечји здравствени картон и ђачки здравствени картон.

Евиденција о здравственим прегледима, обољењима, стањима и повредама, води се у књизи евиденције и садржи следеће податке:

- *датум пружене здравствене заштите и врсту пружене помоћи;*
- *дијагнозу и трајање лечења;*
- *терапију и исход лечења;*
- *компликације за време лечења,*
- *рехабилитацију;*
- *узрок смрти;*
- *процену способности за похађање школе;*
- *назив интересне заједнице која плаћа трошкове лечења;*

Евиденција о току заразних болести садржи следеће податке:

- *дијагнозу (клиничку и лабораторијску);*
- *датум почетка болести;*
- *контакте оболелог лица са изворима заразе;*
- *кретање оболелог лица до утврђивања обољења и мере које су предузете за изолацију и лечење;*
- *да ли је и када вршена имунизација оболелог лица;*
- *датум подношења пријаве о утврђеној заразној болести.*

Евиденција о имунизацији против заразних болести води се за свако лице које подлеже обавезној имунизацији и садржи следеће податке:

- *врсту извршене имунизације;*
- *датум извршене имунизације;*
- *успех извршене имунизације;*
- *врсту и серију средстава које је употребљено за имунизацију и назив произвођача тог средства;*
- *количину средстава утрошеног за имунизацију;*
- *име и презиме здравственог радника који је извршио имунизацију;*
- *разлог због кога није извршена имунизација.*

На основу ових евиденција припремају се и шаљу редовни извештаји.

7. УПОЗНАВАЊЕ И УВЕЖБАВАЊЕ ПОСТУПКА ПРИ ПРИЈЕМУ И ОТПУСТУ ДЕТЕТА ИЗ УСТАНОВЕ ЗА ДНЕВНИ БОРАВАК ДЕЦЕ

ЗДРАВСТВЕНА ПРИПРЕМА ЗА ПРИЈЕМ ДЕТЕТА У КОЛЕКТИВ

При првом доласку детета у колектив родитељи доносе здравствену документацију, потврду од надлежног диспанзера, која се издаје на основу:

– претходно утврђене епидемиолошке ситуације у породици из које дете долази,

– обављене контроле резултата микробиолошког прегледа бриса носа и ждрела, перианалног бриса, копрокултуре и паразитолошких прегледа столице,

– оцене резултата крвне слике.

После извршеног општег клиничког прегледа. антропометријских мерења, стања ухрањености, процене психомоторног развоја, прегледа чула, зуба и извршеног увида у законски обавезне вакцинације и ревакцинације, лекар издаје здравствену потврду.

ПОМОЋ ЛЕКАРУ ЗА ВРЕМЕ ЊЕГОВЕ ПОСЕТЕ ЈАСЛИЦАМА И ВРТИЋИМА

Лекар добија податке од медицинске сестре о деци коју треба тога дана прегледати.

После прегледа лекар уписује налаз у здравствени картон детета, ординира терапију, а уколико је дете болесно и не може бити у колективном боравку, издваја га у изолацију – амбуланту до доласка родитеља који се обавештавају о овом налазу.

Лекар тражи основне хигијенско-епидемиолошке податке од сестре, а затим на лицу места заједно са медицинском сестром обилази кухињу и просторије где деца бораве Проверава проветреност, температуру просторија и влажност, посебно у зимским месецима Обилази кухињу и проверава хигијенске мере за одржавање хигијене простора за припрему хране Присуствује дистрибуцији хране и прати како деца узимају храну. Повремено обилази магацинске просторије где се чувају намирнице

Уколико примети неке промене које нису у складу са хигијенско-епидемиолошким принципима, пријављује главном васпитачу или руководиоцу вртића Сва запажања уписује у дневник посета, а приликом наредног доласка проверава да ли су предузете одговарајуће мере Уколико постоји опасност од појаве мањих епидемија (појаве пролива код већег броја деце бактеријског порекла, спорадична појава заразне жутице, шуге, гљивична обољења коже, вашљивост и др.), лекар тражи ванредну интервенцију хигијенско-епидемиолошке службе. У изузетним случајевима, када постоји опасност да се епидемија прошири, лекар ће уз сагласност хигијенско-епидемиолошке службе и органа управљања вртића предложити за одређено време престанак рада тог вртића

Лекар педијатар, који обавља здравствени надзор у вртићу, мора вршити сталну контролу и имати увид у постојеће услове у којима деца бораве.

ПРИЈЕМ ДЕТЕТА У КОЛЕКТИВ

Први пријем детета у колектив значи увид у прибављену здравствену документацију (здравствену потврду)

За свако примљено дете се попуњава одговарајући здравствени картон, у који се уносе подаци о:

– *социјалној и културној структури породице;*

ЗДРАВО ОДОЈЧЕ – ОДНОС ПРЕМА ДЕЦИ ЈЕ И ОДНОС И ПРЕМА НАШОЈ БУДУЋНОСТИ

- *материјалним, стамбеним и здравственим условима у којима дете живи;*
- *и други подаци узети из здравствене потврде*

Посебна пажња се посвећује анамнестичким подацима узетим од родитеља да би се могао пратити пренатални, перинатални, постнатални развој детета, као и подаци о прележаним заразним и другим болестима, обављеној вакцинацији и ревакцинацији.

Значајна је и породична анамнеза, која се уноси у картон: да ли у породици има оболелих од хроничних плућних болести, бронхијалне астме или туберкулозе плућа, затим од ендокриних обољења (шећерна болест, хипотиреоза).

ДНЕВНА ТРИЈАЖА

Дневну тријажу врши медицинска сестра приликом свакодневног доласка детета у јаслице или вртић, и то у присуству родитеља, од којих узима податке о здравственом стању детета пре доласка у вртић, као и о евентуалном постојању инфективног обољења код осталих чланова породице.

У општој процени здравственог стања детета које врши медицинска сестра приликом пријема потребни су и одговарајући услови. У противном, таква процена би била чиста формалност. Потребно је обезбедити добру осветљеност просторије где се врши пријем, избегавати стварање гужве при пријему, јер највећи број родитеља доводи децу у исто време.

Здраво дете је лако препознати. Оно је весело, ведро, расположено, лако успоставља контакт, има неупадљив изглед коже, дисање нечујно и без напора.

Болесно дете је измењеног расположења, оно је плачљиво, кењкаво, одбија сарадњу. Општи изглед је такође измењен, израз лица болан и потиштен, кожа и видљиве слузокоже су промењени, кожа бледа, сува, без тургора (услед недовољног уношења течности или губитка течности при повраћању, проливу). Уколико је температура повишена, дете убрзано или отежано дише, може се јавити и лакша перибукална (око усана) цијаноза, рад срца је убрзан, често је изражена зајапуреност лица, очи су водњикаве и др.

Дневна тријажа обухвата:

- *преглед слузокоже ждрела;*
- *преглед коже;*
- *мерење телесне температуре по потреби;*
- *проверавање спољњег изгледа детета.*

Стоматолошка заштита уста и зуба код предшколске деце обухвата

- потпуну здравствену заштиту уста и зуба уз примену савремених профилактичких мера и средстава;
- систематско збрињавање почетних облика зубног каријеса, гингивалних обољења и ортодонтских аномалија;
- систематски преглед уста и зуба почев од треће године једанпут годишње;
- превенцију каријеса применом разних облика флуора.

ПРИЈЕМ ДЕТЕТА ПОСЛЕ ОДСУСТВОВАЊА ИЗ КОЛЕКТИВА

Ако дете одсуствује из колектива дуже од 7 дана, потребно је да родитељи прибаве од надлежног диспанзера потврду са назначеном дијагнозом и оценом да је дете способно за боравак у колективу.

Када је одсуствовање детета дуже од 30 дана, примењује се исти поступак као и приликом пријема детета први пут у дечји колектив.

Уколико дете дуже одсуствује из колектива због болести или из других разлога, потребно је у току прегледа посебну пажњу посветити:

- *узроку одсуствовања;*
- *врсти болести;*
- *упознавању терапије;*
- *увиду у здравствено стање;*
- *препоруци за посебну негу у периоду реконвалесценције (напици, мировање детета, посебна исхрана, дужи боравак на ваздуху и евентуална витаминска и друга дозвољена терапија за боравак у колективу);*
- *повременој контроли ефикасности и предложених мера.*

ПРЕГЛЕДИ ПО ПОТРЕБИ

Прегледи по потреби се примењују на основу уочених промена у здравственом стању детета (честа обољења горњих дисајних путева, промене у органима за варење и др.) у одговарајућој здравственој организацији.

У категорију прегледа по потреби убрајају се и здравствени прегледи деце пред одлазак на колективно летовање, зимовање, одмор или рекреацију. За ове прегледе потребно је обезбедити следеће налазе: копрокултуру, преглед столице на паразите, перианални брис.

СПРЕЧАВАЊЕ И СУЗБИЈАЊЕ ШИРЕЊА ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

Спречавање и сузбијање заразних болести спроводи се општим мерама унапређења здравља, дневном тријажом и систематским прегледима деце, који су истовремено и предохрана против инфекција и оболевања деце од заразних болести.

Уколико дете које борави у колективу ипак оболи од инфективне болести, ради сузбијања ширења инфективних болести предузимају се мере које подразумевају:

- обавештење надлежне стручне службе;
- издвајање деце која су била у непосредном контакту са оболелим;
- узимање потребних анализа код све деце;
- привремено затварање објекта ако више од половине деце оболи или се очекује да ће оболети;
- појачан надзор хигијенско-епидемиолошке службе дома здравља над стањем у организацији за колективни боравак деце.

Поступак у вези са поновним пријемом у колектив деце која су преболела заразне болести садржи:

- за стрептококе – негативан резултат бактериолошког прегледа брисa ждрела и носа,
- за шигеле и патогене коли – три негативне копрокултуре из три узастопна дана;
- за салмонелу – три негативне копрокултуре и три негативне уринокултуре; ово поновити три пута у току наредног месеца, а за ентеробијазу негативан перианални брис

ВОЂЕЊЕ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ И ЕВИДЕНЦИЈЕ

Документација и евиденција која се води у установама за предшколско васпитање и образовање у складу је са захтевима за праћење реализације програма превентивне здравствене заштите деце, а обухвата углавном обрасце и књиге које се иначе користе у праћењу раста и развоја деце предшколског узраста.

На нивоу васпитне групе води се следећа документација:

– здравствени картон за предшколску децу, који садржи опште податке, простор за систематске прегледе, контролне прегледе, специјалистичке прегледе, шематски преглед обављене вакцинације, као и простор за праћење раста и развоја детета. Податке у здравствени картон детета уносе медицинска сестра и лекар непосредно по извршеном прегледу;

– потребна здравствена документација при пријему детета у колектив садржи преглед лабораторијских налаза, прибављених од надлежног дечјег диспанзера, а на начин како је дат у овом програму. Контролу прибављене документације врши медицинска сестра;

– потврда надлежног лекара дечјег диспанзера после одсуствовања из колектива коју прибавља и доноси родитељ.

НЕКЕ ОСОБЕНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЈЕ ДЕЧЈИХ БОЛНИЦА И ДЕЧЈИХ ОДЕЉЕЊА

Када дете теже оболи или има неки поремећај који се не може лечити или испитивати код куће или амбулантно, тада се оно смешта у болницу. То може бити дечје одељење опште болнице или дечја болница (општа или специјализована). Главни задатак хоспитализације детета јесте пружање квалитетне дијагностике, терапије, неге и рехабилитације, како би се за најкраће могуће време излечило и вратило кући, односно породици. Да би се успешно испунили такви задаци, болнице или одељења морају имати добро организован стручан тим лекара и сестара.

Данас постоје бројни архитектонски планови за болнице или одељења, али се они морају уједначити у следећем:

- болнице треба да омогуће правовремену дијагнозу, адекватну терапију и негу;
- да обезбеде максимално могућ физички комфор и безбедност;
- да пруже детету и родитељима психолошку сигурност.

У нашој земљи не постоје јединствени критеријуми за кадрове, опрему, простор и ниво неге у стационарним дечјим установама. То је и разумљиво јер су економске и друге разлике међу регионима велике. Па ипак, постоји, мање или више усаглашена, доктрина минимума, оптимума и максимума (што ће овде бити само шематски приказано).

У принципу свако дечје одељење или дечја болница морају имати болесничке собе и амбулантну службу У табели 7 приказан је оптимум потреба у кадровима, опреми и простору. Треба одмах напоменути да се наведени критеријуми не односе на специјализоване дечје установе, клинике, заводе, институте итд., већ само на службу за здравствену заштиту деце у општим болницама или медицинским центрима По-
требе које нису назначене у табели обезбеђују друге службе ових установа

Као што је речено, потребе приказане у табели 7 служе само за грубу оријенѓацију. Битно је да се у свакој служби за здравствену заштиту деце обезбеди атмосфера приближна условима код куће.

Иако постоје многе ѓрађевинске и архитектонске варијације, свака стационарна дечја установа мора да задовољи све потребе деце, а евентуално и роди-
теља, и то нарочито у погледу

- психолошког аспекта;
- физичког комфора и сигурности;
- медицинског третмана и
- неге.

Са **психолошког становишта** хоспитализација детета је свакако један стрес. Задатак педијатријског тима, а посебно медицинске сестре, јесте да што је могућно више смањи негативан психолошки ефекат одвајања детета од породице. Ради тога је потребно створити сре-

ТАБЕЛА 7 – Категорије потреба на дечјем одељењу

Категорија потреба	
I	1 Болесничке јединице за негу и лечење
	2. Специјалистичке ординације за спољне болеснике
	3 Саветовалиште
II.	Кадрови (само здравствени)
	1 Одговарајући број лекара према броју постеља
	2 Број сестара према броју постеља
	3 Одговарајући број лекара у амбуланти
	4. Одговарајући број сестара у амбуланти
III	Опрема
	1 Апарат за оксигенотерапију са аспиратором
	2 Апарат за контролисано дисање
	3 Перфузиони систем
	4 Опрема за стерилизацију посуђа
	5 Опрема за припрему и чување дечје хране
	6 Посуђе и прибор за јело
	7. Фрижидер
	8. Вага са висиномером
	9. Вага за одојчад
	10. Рутинска опрема за клинички преглед
	11. Негатоскоп
	12. Опреме и намештај за поликличку ординацију
	13. Покретне канте (џакови) за прљаво рубље
	14 Гермицидна лампа
	15. Носила са точковима
	16. Носила (обична)
	17. Електрокардиограф
	18 Дечја кухиња (млечна кухиња)
	19 Опрема специјалистичке ординације
	20 Слушалице, чеоно огледало, чекић, апарат за ТА, по један комплет за сваког лекара
IV	Грађевинско-технички услови
	1. Болесничка соба
	2 Просторија за пријем болесника и санитарну обраду
	3 Гардероба
	4. Соба за интервенције
	5. Специјалистичка ординација
	6. Приручна кухиња
	7. Млечна кухиња
	8 Боксеви за изолацију
	9. Собе за мајке пратиље
	10 Лекарска соба
	11 Соба за медицинске сестре
	12 Остава за чисто рубље
	13. Остава за нечисто рубље са уређајем за дезинфекцију
	14 Купатило
	15. Клозет
	16. Соба дежурног лекара
	17. Соба начелника службе
	18 Соба главне медицинске сестре са приручном апотеком
	19. Соба за дневни боравак деце
	20. Просторија за интензивну негу
	21. Одсек за недоношчад

дину и атмосферу која ће личити на ону код куће. Деца се групишу по собама тако да буду приближно истог узраста. Дизајн по одељењима и собама, средства за разоноду и рекреацију треба да буду прилагођени узрасту деце која у њима бораве. По себи се разуме да је свако дете посебна индивидуа и да се свако мора појединачно прилагођавати, како према другој деци на одељењу, тако и према здравственом особљу. У том погледу могу много помоћи сами родитељи, па се, у принципу, дозвољава слободна посета и боравак родитеља.

ИЗГЛЕД ОДЕЉЕЊА

У *физичком погледу* дечје одељење мора бити прилагођено деци. *Намештај* треба да одговара узрасту деце, а

креветићи, ноћни сточићи, столови, столице и остало морају да буду тако направљени да се дете не повреди и да се безбедно игра, седи или лежи. Собе за рекреацију, као и све што је у њима, такође треба да одговарају узрасту и безбедности деце.

Сваки део дечјег одељења треба да буде видљив са разних тачака, како би сестра могла, радећи у једној соби, да несметано посматра децу у другим собама.

Под треба да се лако чисти и да на њему не буде било шта што може изазвати пад детета.

Електричне инсталације (утикачи и други прикључци) морају бити заштићени и покривени, тако да их деца не могу отварати и додиривати; прозори треба да буду заштићени (решеткама или на други начин) или док су деца присутна затворени. По правилу, све болнице се граде од материјала који је отпоран на ватру, али, ипак, на сваком одељењу треба имати сву противпожарну опрему, а особље се мора оспособити да њом рукује.

Излазна врата морају се закључавати, а кључеве чува особље на месту које је доступно радницима, али не и деци. Било који део намештаја или друге опреме који се поломи одмах мора да се поправи.

Просторија у којој се налазе лекови, затим соба за интервенцију, као и просторија где се чува материјал за чишћење увек морају бити закључани.

У савременим болницама постоје посебне службе које брину о одржавању, чишћењу и поправкама, затим о загревању, вентилацији, водоводним, електричним и другим инсталацијама. Међутим, медицинско особље на одељењу, а посебно главна медицинска сестра, нису ослобођени одговорности за укупно стање на одељењу и они су дужни да одмах и непосредно интервенишу ако нешто није у реду.

ОКОЛИНА БОЛЕСНИКА

Одговорност за стање непосредне околине болесног детета мора сносити цео педијатријски тим, а медицинска сестра посебно. У значајне елементе комфорне и пријатне околине убрајају се:

- температура собе (загревање и хлађење);
- влажност ваздуха;
- проветравање;
- осветљење;
- мирис у соби;
- уредност;
- тишина;
- сигурност или безбедност болесника

ОСОБЕНОСТИ ОДЕЉЕЊА ЗА НОВОРОЂЕНЧАД И ОДОЈЧАД

Одељење за новорођенчад и породиље може имати капацитет од 20 до 30 кревета. Из хигијенско-организационих разлога предлажу се три могуће варијанте смештаја:

- централизовани смештај новорођенчади где су мајка и новорођенче одвојени до периода дојења;
- децентрализовани смештај новорођенчади (контакт-систем, модификовани rooming-in систем), који представља одвојени смештај мајке и новорођенчета, али у непосредној близини;
- заједнички смештај породиље и новорођенчета у истој соби (rooming-in систем).

У централизованом систему лакше настају инфекције, нарочито ако се сва новорођенчад сместе у једној соби без поделе на мање јединице. Такав систем смештаја захтева поделу на јединице за негу новорођенчади у којима не сме бити више од четири новорођенчета, које ће бити даље претежно подељене у боксеве са једном или две постеље. Једини-

це за негу су међусобно једном просторијом одвојене од централног ходника.

Други систем је повољнији од централног јер се у току инфекције тај део може одвојити (изоловати) у засебну целину.

Rooming-in систем је најбоља варијанта смештаја, у којој је и ризик од насталих могућих инфекција најмањи. Међутим, у том систему неће бити смештена деца са урођеним аномалијама. На одељењу за новорођенчад од свих кревета у боксевима треба предвидети 10% за изолацију

На одељењима треба предвидети најмање 7% једнокреветних соба за породиље.

Одељења за новорођенчад и одојчад одвајају се од осталог дела болнице помоћу „претпросторије", у којој се пре уласка и напуштања одељења, ради спречавања преношења инфекције, мора извршити дезинфекција руку и промена материјала

Ако се одељење налази у оквиру једне опште болнице, треба га сместити на више спратове

Различито особље ради на нези породиља и новорођенчади.

Рубље се мења после сваког прљања, а у случају загађења крвљу, столицом, урином и гнојем треба га променити одмах, као и при сваком новом пријему и преласку на друго одељење.

Температура собе на одељењу треба да износи 24 — 26°C, релативна влажност 35 — 60%, а гранична вредност за изолацију звука 35 dB.

Вага и сто за повијање се дезинфикују после сваке употребе.

За новорођенчад, осим одељења за смештај, мора се предвидети и „млечна кухиња". Храна за новорођенчад се припрема у млечној кухињи. Унутар централне млечне кухиње, која је грађевински одвојена од других одељења, извршена је подела на нечисти (деконтаминација коришћених флашица) и чисти део (стерилизација бочица, припрема хране и пуњење). Особље које ту ради мора се стриктно придржавати мера хигијене (свакодневна промена мантила, брижљива дезинфекција руку, претпросторија и сл.). Узорак хране се контролише једном недељно Припремљена храна држи се на одељењу у фрижидерима специјално у ту сврху намењеним само 60 минута после припреме. Нестерилисана храна баца се после 24 часа.

Особље које ради у кухињи не сме да долази у контакт са новорођеном децом и инфицираном одојчади, а све је под контролом главне сестре одељења.

Особље које ради на одељењима за новорођенчад треба да буде вакцинисано против рубеоле.

Строго се морају одвајати поступци који се изводе стерилно (стављање инфузија) од оних који су повезани са негом и повијањем. Друго одвајање треба да буде између повијања и храњења.

Опасност од инфекције може се спречити ако се обрати пажња на хигијену особља, хигијену мајки, затим ако је соба пространа, а извођење дијагностичких и терапијских мера хигијенско.

Дезинфекција руку је главно тежиште у спречавању преноса инфекција и треба је вршити пре повијања, одстрањивања пелена, пре мазања кремом, промене пелена у инкубатору, пре промене постељине одојчади, мерења телесне температуре, перкусије торакса, стављања сонде за исхрану, одстрањивања повраћених маса. Свака соба би требало да буде снабдевена убрусима за једнократну употребу и дезинфекционим алкохолним средством чија је боца монтирана на зиду.

Веома је важно радити „методом индиректног додира", при чему се са излучевинама болесника и другим инфективним материјалом ради уз употребу

рукавица за једнократну употребу, креме за бебе треба узимати новом шпатулом која се после употребе баца.

Раствор за инфузију меша се под стерилним условима на одељењима или у апотеци клинике. Инфузиони раствор и прибор мења се сваких 12 часова, а после отварања инфузиони раствор може остати у фрижидеру само 6 часова

На одељењу се ради по систему „групне неге", тј. сестра ради само у одређеним собама

Грађевински захтеви условљавају да број кревета буде од 2 до 4 у једној соби. Мање је пожељна варијанта од три кревета. „Сваки пацијент мора имати свој угао" јесте принцип који се данас прихвата у архитектури.

Најмање растојање између два кревета износи 70 cm или један метар.

Свака соба мора имати свој мокри чвор.

Под мора бити направљен од таквог материјала да омогући влажно прање и чишћење. Зидови се граде од материјала који се може брисати и прати до висине од два метра.

III. ВЕЖБЕ

1. ПРИЈЕМ ДЕЦЕ У СТАЦИОНАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

УСПОСТАВЉАЊЕ КОНТАКТА СА РОДИТЕЉИМА И ПРИСТУП ДЕТЕТУ

Релативно често се осећања, потребе и појединачне разлике међу децом занемарују. Деца се само „виде, али не слушају". Заборавља се да се психосоцијална неуравнотеженост одражава на укупан боравак у установи, а посебно на лечење и његов исход.

Одвајање деце од родитеља је увек, мања или већа, психичка траума Није без значаја ни то да су и родитељи збуњени и уплашени

Савремена медицинска сестра мора да зна да је дете специфична и посебна индивидуа и да живот у породици има највећи значај. Због тога она, у разговору, припрема посебно родитеље, а посебно дете

Родитељима треба дати пуну информацију о њиховом детету и његовој болести Они морају имати, односно морају стећи поверење у болницу, лекаре, сестре. Када се родитељи правилно припреме, тада они активно учествују у припреми детета

Дете поставља бројна питања при смештају у здравствену установу.

Прво питање на које се мора одговорити је зашто се смешта у установу Затим, треба објаснити шта ће се дешавати за време његовог боравка Степен објашњења зависи од узраста детета и његове способности да то разуме. У сваком случају, не треба описивати застрашујуће појединости Ако му се не дају потребна објашњења, дете ће помислити да је кажњено или ће створити своје представе о томе шта ће му се учинити. Његови родитељи су најбољи тумачи свега и оно им верује. Значајно је да се детету каже истина. Разуме се, начин реаговања зависи од ранијег васпитања. Ако родитељи своје дете раније нису лагали, оно ће им сада потпуно веровати, и обратно. Методе које се користе нису дате као некакав рецепт, већ се оне прилагођавају узрасту детета, образовању родитеља и општој процени која се мора обавити појединачно. У неким установама постоје писани информатори у којима се родитељима и већој деци дају потребне информације и упутства. Администрација пријема је углавном свуда иста. Лекар одлучује о пријему, а медицинска сестра спроводи целокупан поступак пријема. Сви

стручни и административно-финансијски радници треба да буду предусретљиви, нежни и да својим држањем и понашањем улију поверење детету и родитељима.

САНИТАРНА И АДМИНИСТРАТИВНА ОБРАДА БОЛЕСНОГ ДЕТЕТА ПРИЛИКОМ ПРИЈЕМА

Техника пријема зависи од ургентности стања детета У хитним случајевима поступак се скраћује како би дете што пре дошло на одељење, где ће се одмах применити одговарајући третман Ако пријем није хитан, онда има више времена да се спроведу све потребне припреме. У амбуланти се отвара историја болести и уносе сви идентификациони подаци, затим се дете окупа и среди и амбулантна сестра га спроведе до одељења. На одељењу га преузима медицинска сестра, смешта у собу, односно у кревет и позива лекара који од родитеља узима детаљне анамнестичке податке и прегледа болесника.

Медицинска сестра при пријему има више задатака

СВЛАЧЕЊЕ И ОБЛАЧЕЊЕ ДЕТЕТА

Сестра улази са родитељима и дететом у собу, коју они разгледају, и упознају осталу децу, затим им показује кревет и ноћни сточић који припада детету. Дете се облачи у болесничку одећу. При томе се може дозволити родитељима да свуку и обуку дете. Ако при свлачењу и облачењу сестра примети нешто по кожи детета (раш, огреботине и др.), она ће то забележити. У неким болницама се практикује да детету одело и обућу родитељи носе кући, а у другима се то све увије у папирне кесе и чува у одређеној просторији болнице.

ПРИПРЕМАЊЕ ПРВОГ ИЗВЕШТАЈА О ДЕТЕТУ

Сестра је дужна да припреми своја прва запажања о детету и родитељима. При том првом сусрету она не сме бити конфузна, груба, хладна. Она мора да успостави добар контакт са дететом и родитељима. То чини ненаметљиво, не истичући себе у први план. Детету се обраћа природним мирним гласом и зове га по имену. Својим понашањем треба да охрабри и дете и родитеље да је питају о свему што их интересује. Она, као успут, пита родитеље како тепају свом детету (скраћено име), како дете спава, како једе, да ли контролише дефецирање и уринирање и да ли зна да употреби ноћни суд или да иде само у WC, да ли је алергично на храну и лекове итд.

МЕРЕЊЕ ДЕТЕТА

Сва деца, осим хитних случајева, мере се одмах на пријему. Дете примљено као хитан случај мери се на одељењу касније. Мери се маса и висина, а код одојчади још обим главе и обим грудног коша.

ПРОЦЕНА ВИТАЛНИХ ЗНАКОВА

Одмах треба измерити температуру, фреквенцију пулса и дисања, а, по потреби, и артеријску тензију и друге виталне показатеље.

СМЕШТАЈ ДЕТЕТА У СОБИ

Сестра треба да упозна дете са околином, да му укаже на дневни ред у болници (ако је дете веће) и објасни на који начин и коме ће се обратити ако му нешто затреба итд.

Сестра треба да предузме све мере да дете не падне са кревета.

За рутински преглед мокраћа се врло често узима и без посебног налога лекара.

ОН СИСА ПРСТ – ТО ТЕРБА ЗАПАЗИТИ И УТВРДИТИ МОГУЋЕ РАЗЛОГЕ

РАЗГОВОР СА РОДИТЕЉИМА

Када заврши све послове око детета, медицинска сестра се обраћа родитељима и објашњава им појединости везане за функционисање одељења, могућности боравка поред детета, посете, доношења разних поклона и сл. Осим тога, сестра која прима дете треба да упозна родитеље са главном сестром и шефом одељења.

После обављеног посла, сестра треба да забележи сва своја запажања, а нарочито:

- основне идентификационе податке;
- кад је дете дошло;
- како је дошло на одељење, на пример, ходајући, у колицима, ношено итд.;
- с ким је дошло: са оцем, мајком, старатељем или неким другим лицем;
- број собе у коју је дете смештено;
- очигледне појаве које говоре о стању детета, на пример, летаргично је, жали се на болове у зглобовима, отечено, је итд;
- друга значајна опажања (оријентисање у времену и простору, како одговара на питања, депресивно, агресивно итд.);
- висину и масу и друга мерења;
- стање виталних функција: температура, пулс, респирације и крвни притисак.

2. ОТПУШТАЊЕ ДЕТЕТА ИЗ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

Када се донесе одлука о отпуштању детета из болнице, спроводи се посебан поступак. Ординирајући лекар напише отпусну листу и епикризу, а медицинска сестра спроводи даљи поступак. Понекад је потребно да родитељи долазе неколико дана у болницу пре него што се дете отпусти да би се обучили у неким поступцима око неге и лечења. Ако је дете веће, онда се оно обучава да брине о себи у току своје болести, нези, контроли и терапији, уз надгледање од стране породице (нпр. оболели од шећерне болести).

Задаци сестре при отпуштању болесника су:

- сакупљање свих ствари које припадају детету (одело, обућа, средства за терапију, играчке и др.);
- облачење детета у његово одело и обување;
- давање информација родитељима о томе када је дете последњи пут добило оброк, лекове или другу негу;
- главна сестра још једном контролише сву документацију предату родитељима;
- на крају се, уз најбоље жеље, дете отпрати до излаза;

— сестра забележи чињеницу да је дете изашло из болнице.

При убележавању сестра мора да нагласи време изласка из болнице, на који начин је изашло и транспортовано до куће, коме је дете предато, да ли има неко посебно запажање, који лекови и какве инструкције су дати родитељима.

3 ПОСЕТА БОЛЕСНИКУ

Посетиоци (рођаци и пријатељи) морају да буду пажљиви према болеснику. Сестра треба понекад да их упозори на расположење и опште стање болесника и објасни како да му приступе. Бучан разговор, галама, а понекад и свађе непријатни су за болесника. Похвале о добром изгледу, опоравку и успешном лечењу позитивно утичу на морал и психу болесника.

Тешки и непокретни болесници не могу да користе разне видове забаве и разоноде, па се препоручује да их чешће посећују чланови породице и пријатељи. Свакодневне посете пријају болеснику, пружају му осећање сигурности, ведрину, радост, доносе вести из средине у којој је до тада живео и радио. Иако су посете краткотрајне, оне психички врло добро делују на болесника. Посета мења ритам живота у болници, болесник се за њу припрема, а после посете сређује утиске, тако да се за кратко време мења једнолична атмосфера болнице. Свака посета пријатеља и друга подсећа болесника на заједничке дане рада, стварања и уживања, побуђује интересовање за новости из средине у којој је живео, што утиче на његово ведро расположење.

Сестра не сме да дозволи дуго задржавање посетилаца, јер посета замара болесника, може да изазове пораст телесне температуре и погоршање општег стања.

Код тешких болесника посета не траје дуже од 15 минута. За то време сестра спроводи будну контролу болесника и посетилаца. Ружна је навика појединаца да болеснику или оперисаном болеснику доносе храну и напитке које не сме да унесе у организам, јер се тиме погоршава ток лечења.

РАЗОНОДА БОЛЕСНИКА

Читање књига лаког, интересантног и забавног карактера отклања размишљање о болести.

Према кућном реду болнице, библиотекар са покретним колицима и књигама обилази болеснике и на реверс им издаје књиге. При том им зависно од пола, доба старости, области интересовања и његовог општег стања препоручује које књиге треба да прочитају.

Болеснику не треба давати књиге узбудљивог садржаја, јер ће то утицати на његово расположење, па и на сан. Понекад је потребно да сестра тешком и непокретном болеснику прочита неки одломак из књиге. Читање не сме да је монотоно, тихо и да делује успављујуће, већ да буде живо, са лепом дикцијом и коментаром уколико болесник не схвати прочитани текст. Слушајући, болесник се у мислима преноси у другу средину, пријатно се осећа, па му и то олакшава боравак у болници.

ДОПУНСКА „ХОБИ“ ЗАНИМАЊА

Болесници у фази опоравка, када могу да устају из постеље, траже допунска занимања у болници. Жене у поподневним часовима везу, плету и раде друге ручне радове, а мушкарци играју разне забавне игре (шах, домине, карте и др.). У већим медицинским центрима постоје одељења „терапија радом“, где болесници проводе слободно време и баве се допунским пословима: сликањем, израдом различитих сувенира, украса и других предмета. У одељењу

КАБИНЕТ ЗА РАДНУ ТЕРАПИЈУ

постоје апарати и уређаји за допунске методе рехабилитације и рекреације, што допуњује процес лечења.

У заједничкој просторији за дневни боравак појединн болесници пишу писма својим рођацима и пријатељима, читају новине и часописе и баве се другим пословима који су за њих пријатни и забавни. Поједини болесници траже помоћ од сестре или других болесника да им прочитају писма и напишу одговор на примљено писмо. Медицинска сестра, као свестрани терапеут, пружа одговарајућу помоћ, трудећи се да спречи сваку непријатност и узбуђење, које непажљиви и лоше васпитани људи могу да учине болеснику (погрешно прочитано писмо или нетачно написан одговор на примљено писмо).

У специјалним болницама, где се болесници задржавају дуже време ради лечења, могу да се организују и специјална тематска предавања из области здравственог васпитања, затим биоскопске представе и разне забавне приредбе. Организатор забаве за већи број болесника одређује време погодно за све болеснике у складу са кућним редом, негом и лечењем. Филм се бира према потребама болесника, а забавна приредба према болесницима (покретни — непокретни).

Жива реч, сликовито предавање, рецитација, па и кратке позоришне представе или краткометражни филм, погодна су средства информисања и сазнања. Болесници их радо слушају и гледају, а непосредни ефекат је одличан

Албуми, пригодне слике и фотографије такође повољно делују на болесника — преносе га у свет, средину и време које слика представља Сећања која навиру при разгледању фотографија повољно утичу на психу и лечење болесника.

Када то услови дозвољавају, болесници слушају одабране и занимљиве радио-емисије а, такође, гледају и телевизију. Сестра треба да упозори болеснике на кућни ред и време предвиђено за ноћни одмор. Слушање и гледање програма не сме да замара друге болеснике и да траје после времена предвиђеног за ноћни одмор болесника.

4. ПРИПРЕМА ЗА ЛЕКАРСКУ ВИЗИТУ

ПРИПРЕМА БОЛЕСНИКА И ОДЕЉЕЊА ЗА ВИЗИТУ И ЗАДАЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

Лекарска визита се обавља у одређено време предвиђено кућним редом

болнице. Визита се може планирати и заказати и у друго време ако то захтевају посебне околности. Време визите се мора раније одредити, како би главна сестра одељења организовала рад, тј. извршила потребне припреме.

Главна сестра обилази одељење и помоћне просторије и даје допунска упутства за припрему одељења.

За лекарску визиту припремају се:

- болесник за преглед и интервенције (пресвлачење болесника, купање, психичка припрема и др.);
- соба болесника (намештање и пресвлачење кревета, чишћење и прање собе),
- помоћне просторије одељења;
- материјал за преглед (апарат за мерење крвног притиска, шпатуле, папирни убруси и др.),
- медицинска документација за болеснике (историја болести, лабораторијски, рендгенски и други налази)

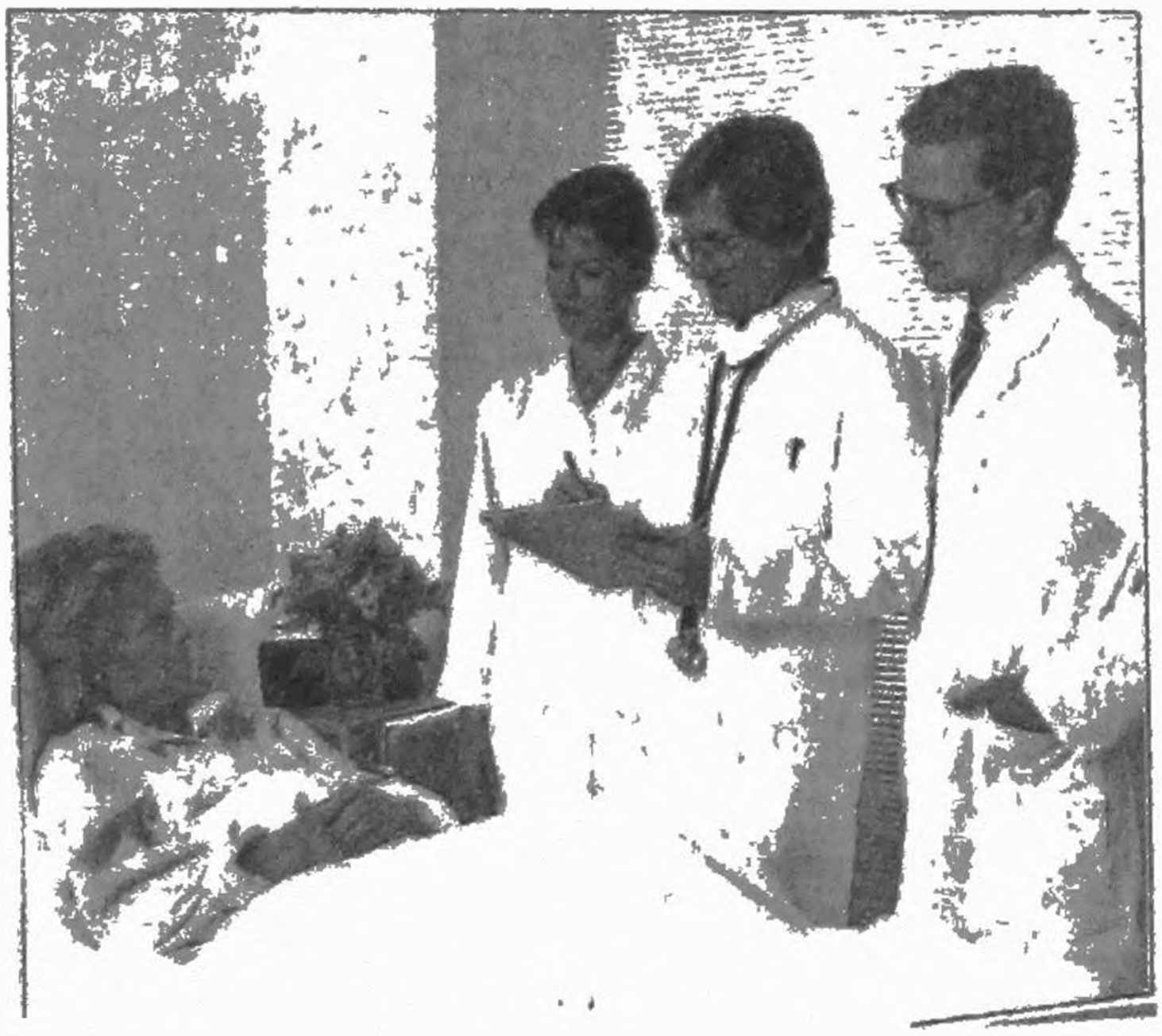
ПРИПРЕМА БОЛЕСНИКА ЗА ВИЗИТУ

После устајања из постеље, покретни болесници обаве у купатилу личну хигијену, по потреби пресвуку рубље (пижаму). Новопримљеним болесницима сестра саопштава да ће се у току визите обавити допунски прегледи, а можда и поједине медицинско-техничке радње, па је потребна сарадња и сагласност болесника.

Болесник је покривен, а прозори су отворени ради проветравања. Пошто се очисти соба, а под дезинфикује, све уређаје и намештај чистачица брише влажном крпом, натопљеном у дезинфекциони раствор.

По могућству, болесницима се подели доручак и распреми употребљено посуђе и послужавник, или се то учини после визите (није препоручљиво да се у току визите дели доручак).

У међувремену се очисте и уреде све помоћне просторије, ходници, амбуланта, соба за интервенцију и превијалиште на одељењу где постоји.



ЛЕКАРСКА ВИЗИТА

ПРИПРЕМА СЕСТРЕ ЗА ВИЗИТУ

Главна сестра одељења припрема историју болести, лабораторијске, рендгенске и друге налазе добијене у току испитивања и лечења болесника.

Припрема се термометар, апарат за мерење крвног притиска, шпатуле, папирне ваге и др.

Лекарска јутарња визита почиње између 8 и 9 h пре подне, а присуствују сви лекари и главна сестра одељења и сестра те болничке јединице. Собни лекар (одељењски) реферише о току клиничког испитивања и примењеним методама лечења, а сестра упознаје лекара — шефа одељења са примењеним методама здравствене неге и личним запажањима у посматрању болесника.

Поред сваког болесника шеф одељења даје упутства за даља клиничка испитивања. Своја запажања шеф казује лекару када напусте собу. Поједине здравствене установе увеле су у праксу да сестра одељења пре визите упознаје лекара са свим својим запажањима, тако да је лекар обавештен о свим болесницима. То утиче и на дужину трајања визите и ефикасност у раду, односно на негу и лечење болесника.

За време визите сестра води забелешке о прегледу и налогу лекара за терапију и негу. После визите сестра организује извршење датих налога у погледу терапије, неге и исхране болесника, као и припреме за поједине дијагностичке поступке. Ако је то потребно, лекар прегледа болесника у постељи. При томе му помаже собна сестра — свлачи болесника и поставља га у одређени положај. У току прегледа, болесник држи папирну вату испред својих уста да кашљем и говором не инфицира своју околину (Флигеове капљице са бактеријама).

5. ПОМОЋ ПРИ ПРЕГЛЕДУ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ

При прегледу болесника у постељи сестра стоји насупрот лекару. Свлачи одговарајући део рубља болесника и поставља га у одговарајући положај. Тешке и непокретне болеснике при прегледу не покреће.

Преглед главе, врата и лица. — Болесник је у седећем положају; рубље не треба свлачити. Сестра додаје папирну вату, коју болесник држи испред својих уста, а главу окрене на супротну страну од лекара.

Преглед грудног коша. — Болесник је у седећем положају. Горњи део рубља је потпуно свучен или задигнут до изнад лопатица, тако да су леђа приступачна прегледу. Болесника у седећи положај подижу једна или две сестре, зависно од општег стања и природе болести. Када учествује једна сестра, она се нагне према болеснику и испод његових пазуха подвуче своје руке према лопатици и лагано га повлачи и подиже.

Када је болесника поставила у седећи положај, она своје руке спусти надоле, извуче их и шакама ухвати шаке болесника, да би га у том положају задржала и омогућила лекару несметани преглед. Сестра може и да седне на ивицу постеље, а болесник ослони своје чело на њено раме. По завршеном прегледу болесник се враћа у одређени положај.

Када лекар врши преглед са предње стране грудног коша, сестра придржава болесника тако што руке постави према његовим пазушним јамама. Када лекар прегледа срце, довољно је раскопчати болесничко рубље и болесника мало окренути према левој страни грудног коша да лекар може несметано да слуша рад срца и срчане тонове.

Преглед трбуха. — Болесник је у хоризонталном положају на леђима, лако савијених ногу у коленима.

Трбух је откривен, горњи део пижаме откопчан, а панталоне повучене надоле према натколеницама. Трбух је у целини откривен, глава је наниже положена на јастук и окренута на супротну страну

Преглед екстремитета. — За преглед екстремитета је потребно открити оболели део екстремитета, тако да је видљив са свих страна. При томе треба водити рачуна да промена положаја болесника не изазива бол и тегобе.

Преглед детета — При прегледу детета поступак је исти као и у одрасле особе. Међутим, када је дете немирно и одбија сваку сарадњу при прегледу, сестра га узима у своје наручје (крило), његове ноге постави између својих ногу и на тај начин их учврсти (фиксира). Својом левом руком придржава чело детета, а десном његово тело. Међутим, овакав положај детета не омогућава комплетан преглед, па је пожељно да се оно приволи за преглед, уз лепу реч и објашњење да ће то допринети излечењу и омогућити бржи повратак породици

6 УПОЗНАВАЊЕ УСТАНОВА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ И СОЦИЈАЛНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ (ПОСЕТА УСТАНОВАМА ЗА ДНЕВНИ БОРАВАК ДЕЦЕ, ДЕЧЈИМ ЈАСЛИЦАМА И ВРТИЋИМА, ПОСЕТА ДЕЧЈИМ БОЛНИЦАМА И ДЕЧЈИМ ОДЕЉЕЊИМА)

Обавити посету и упознавање ученика са радом у болничким дечјим установама.

ПОСЕТА ДЕЧЈИМ И ШКОЛСКИМ ДИСПАНЗЕРИМА

Наставник је дужан да дан уочи посете обиђе установу и провери шта ће се радити и шта ће ученицима показати. Добро би било да одабере дане када се обављају и вакцинације.

ПИТАЊА И ЗАДАЦИ

1 *ДЕФИНИШИ ПРИМАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ*

2 *ШТА ЈЕ СЕКУНДАРНА А ШТА ТЕРЦИЈАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА?*

3 *КОЈИ СУ ЗАДАЦИ ДЕЧЈЕГ ДИСПАНЗЕРА? КОЈА ЈЕ УЛОГА САВЕТОВАЛИШТА ЗА ЗДРАВУ ДЕЦУ? КОЈИ СУ ПОСЛОВИ И ЗАДАЦИ ПЕДИЈАТРИЈСКЕ СЕСТРЕ У ДЕЧЈЕМ ДИСПАНЗЕРУ?*

4 *КАДА, КАКО И КО ВРШИ ВАКЦИНАЦИЈУ ДЕЦЕ?*

5 *ОБЈАСНИТЕ САДРЖАЈ РАДА ШКОЛСКОГ ДИСПАНЗЕРА ОПИШИТЕ САДРЖАЈ СИСТЕМАТСКИХ ПРЕГЛЕДА*

6 *НАБРОЈ ЗАДАТКЕ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ВАСПИТАЧА У УСТАНОВАМА ЗА ДНЕВНИ БОРАВАК ДЕЦЕ ОПИШИ ДНЕВНИ РАСПОРЕД ЖИВОТА И АКТИВНОСТИ У ДЕЦЕ ДО 3 ГОДИНЕ И ОД 3 ДО 7 ГОДИНА*

7 *КО И КАКО ВРШИ ТРИЈАЖУ ДЕЦЕ ПРИ ДОЛАСКУ У ДЕЧЈЕ ЈАСЛИЦЕ И ДЕЧЈЕ ВРТИЋЕ?*

8 *КОЈЕ СУ БИТНЕ ОСОБЕНОСТИ ДЕЧЈИХ БОЛНИЦА, ОДНОСНО ДЕЧЈИХ БОЛНИЧКИХ ОДЕЉЕЊА?*

9 *КОЈЕ СУ ОСОБЕНОСТИ ОДЕЉЕЊА ЗА НОВОРОЂЕНЧАД И ОДОЈЧАД?*

10 *ЗА ВРЕМЕ ОБИЛАСКА ДЕЧЈИХ ЈАСЛИЦА, ДЕЧЈИХ ВРТИЋА, ДЕЧЈИХ ШКОЛСКИХ ДИСПАНЗЕРА, КАО И ОБИЛАСКА ДЕЧЈИХ БОЛНИЧКИХ ОДЕЉЕЊА, ЗАПАЗИЋЕШ ОРГАНИЗАЦИЈУ, ПРОСТОР, ОПРЕМУ, РЕЖИМ ЖИВОТА, РАД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСОБЉА ИТД ПРИПРЕМИ У ВЕЗИ С ТИМ 2 – 3 ПИТАЊА КОЈА ЖЕЛИШ ДА ПРОДИСКУТУЈЕШ СА СВОЈИМ НАСТАВНИКОМ*

ТРЕЋИ ДЕО

ХИГИЈЕНСКО-ТЕХНИЧКА И ПРОТИВЕПИДЕМИЈСКА ЗАШТИТА У ЗДРАВСТВЕНИМ ОРГАНИЗАЦИЈАМА

МЕРЕ ХИГИЈЕНСКО-ТЕХНИЧКЕ ЗАШТИТЕ НА РАДУ И ОСНОВНИ САНИТАРНИ ПРОПИСИ

Сваки радник, али и друга лица која се по било ком основу налазе на раду у здравственим установама, дужан је нарочито:

- да своје послове врши са пуном пажњом ради обезбеђења свог живота и здравља, као и живота и здравља осталих радника и болесника;
- да наменски користи средства личне заштите на раду, пажљиво рукује њима и да их одржава у исправном стању;
- да се придржава прописаних мера заштите на раду и да се стара о спровођењу и унапређивању заштите на раду;
- да непосредном руководиоцу и главној сестри службе одмах пријави запажене недостатке, ширење инфекција, постојање кварова или других појава које би могле да угрозе безбедност на раду;
- да се пре распоређивања на послове и радне задатке упозна са прописима и мерама заштите на раду, као и са организовањем и спровођењем заштите на раду;
- да у току рада ако услед болести или повреде изгуби одређена физичка или психичка својства која могу утицати на његову личну сигурност или сигурност других радника и болесника у процесу рада о томе обавести руководиоца службе,
- да сваку повреду на раду одмах пријави непосредном руководиоцу и главној сестри службе и референту за рад и радне односе,
- да пружи помоћ у случају повреде на раду, колективне несреће, епидемије, интрахоспиталне инфекције, пожара или елементарних непогода у заштити живота и здравља радника и болесника и у отклањању последица,
- да уколико је под дејством алкохола или дроге не долази на радно место и не врши послове на свом радном месту, као и друге послове у установи;
- да се подвргне периодичним и другим прегледима који имају за циљ безбедност радника на раду и свим другим обавезним прегледима.

Сваки радник који је на раду у здравственој радној организацији има право нарочито:

- да се служи средствима личне заштите и да их наменски користи, да пажљиво рукује њима и да их одржава у исправном стању;
- да одбије да ради на радном месту на коме му прети непосредна опасност по живот и здравље због тога што нису спроведене мере заштите на раду; ако је зах-

тевао да се опасност отклони у што краћем року а не поступи се по његовом захтеву, може да одбије да ради на угроженом радном месту док се не спроведу одговарајуће заштитне мере,
- да непосредном руководиоцу поднесе писмени извештај или изјаву на записник да се прописане мере заштите на раду спроведу ако се није поступило по његовој пријави о запаженим недостацима, кваровима или другим појавама које би могле да угрозе безбедност радника на раду,
- да захтева да пре распоређивања на радно место буде потпуно упознат са опасностима посла, и са правима, односно обавезама у вези са заштитом на раду и условима рада

ЗДРАВСТВЕНА СПОСОБНОСТ

Ниједан радник не може почети да ради пре него што достави одговарајуће лекарско уверење или други писмени доказ да је здравствено способан за рад.

Радници који раде на пословима са посебним условима рада и радници који долазе у непосредан додир са животним намирницама и болесницима подвргавају се периодичним прегледима, у складу са посебним прописима.

Радник који се не подвргне прегледу не може наставити да ради на том послу и радном задатку.

ЗАШТИТА ОД ЕЛЕКТРИЧНЕ СТРУЈЕ

Опасна места, као што су трансформаторска станица, агрегати, голи електрични водови и сл., обележавају се видном ознаком „ОПАСНО ПО ЖИВОТ" или „ВИСОКИ НАПОН".

У просторијама са електричним уређајима дозвољен је приступ само стручном лицу, а прекидачи за осветљење морају се налазити крај улаза у просторије надохват руке.

Под просторије мора бити изолован одговарајућим материјалом.

Сви делови електричне инсталације и уређаји морају бити заштићени од додира, нарочито ако нису пресвучени изолацијом или ако су под напоном, а у непосредној близини морају да стоје табле и натписи на којима се упозорава на опасност од електричне струје.

ЗАШТИТА ОД СУДОВА ПОД ПРИТИСКОМ

Када се ради о судовима под притиском, њима могу руковати само они радници који поседују одговарајућу квалификацију или који познају њихов рад.

У роковима, одређеним прописима, периодично се испитују судови под притиском, као и цевне мреже за развођење паре, топле воде, ваздуха, кисеоника или другог гаса који се употребљава.

Челичне боце са кисеоником или другим гасом које се употребљавају у раду у медицинске и друге сврхе морају бити тако намештене да гарантују сигурност током рада. Боце се морају преносити веома пажљиво.

Челичне боце могу се употребљавати само ако имају десни навој и суви осигурач и ако су исправне за употребу.

Челична боца мора бити у вертикалном положају пре употребе, а при употреби мора бити везана како би се спречио њен пад.

На пуним челичним боцама не сме се вршити никаква поправка и боцама се мора пажљиво руковати.

Гумена црева која се прикључују на челичне боце ради коришћења гаса, као и маске, морају бити безбедна и припремљена за употребу.

Челичним боцама за кисеоник не смé се руковати масним рукама или

употребом крпа, а вентили се не смеју подмазивати уљем и машћу јер може доћи до експлозије.

Радник који ради на челичним боцама, односно који рукује челичним боцама, или их транспортује, мора да буде обучен за руковање боцама са гасовима и да буде под сталним надзором непосредног шефа.

ЗАШТИТА ОД ЛАКО ЗАПАЉИВИХ И ЕКСПЛОЗИВНИХ МАТЕРИЈА

Забрањено је пушење и сваки приступ отвореном ватром или ужареним предметима у просторије у којима се налазе лако запаљиве и експлозивне материје. Забрана се истиче на видном и лако приступачном месту („ЗАБРАЊЕНО ПУШЕЊЕ", „ЗАПАЉИВО").

Лако запаљиве и експлозивне материје (бензин, нафта, шпиритус и сл.) не смеју се мешати у магацинима са осталим материјалима, већ се морају држати у засебним судовима и засебним просторијама у складу са прописима.

Ове просторије осветљавају се сигурносним светиљкама.

Забрањено је у радним просторијама нагомилавање материјала који је лако запаљив и експлозиван.

У лабораторијама је забрањено нагомилавање хемикалија и других запаљивих и експлозивних материја које се употребљавају током рада. Могу се држати само количине које су довољне за једнодневну употребу.

рукују и по изричитом одобрењу и надзору непосредног руководиоца.

На посудама у којима су отровне материје мора стајати ознака да су у питању отровне материје, како не би дошло до њихове замене. По правилу ознака је: „ОТРОВ".

Проливене отровне материје морају се са посебном пажњом покупити, односно одстранити.

ЗАШТИТА РАДНИКА КОЈИ ДОЛАЗЕ У НЕПОСРЕДАН ДОДИР СА ЖИВОТНИМ НАМИРНИЦАМА

Радници који болују од заразних болести или од болести које проузрокују цревни или други паразити, који излучују узрочнике заразних болести (клицоноше), као и из других разлога наведених у посебним прописима не смеју долазити у додир са животним намирницама које се користе за исхрану болесника

Не може радити са животним намирницама и делити храну болесницима лице које болује од наведених болести, а ако се у току рада разболи од тих болести, непосредни руководилац је дужан да га одмах удаљи са радног места и упути на преглед и лечење.

Радници који раде у приручној кухињи подлежу обавезном прегледу у складу са посебним прописима, а радници који први пут ступају на рад не могу почети да раде док се не обави преглед и утврди да ли могу долазити у непосредан додир са животним намирницама.

ЗАШТИТА ОД ОТРОВА

Отровне материје (отрови и отровне хемикалије) морају се држати у одговарајућим судовима, на сигурном месту, под строгим надзором радника који рукују њима и закључане.

Отровне материје могу се издавати само оним лицима која знају шта су отровне материје, која њима знају да

СРЕДСТВА ЛИЧНЕ ЗАШТИТЕ (ЗАШТИТА ОДЕЋЕ И ОБУЋЕ)

Радници су дужни да при обављању послова и радних задатака носе и употребљавају средства личне хигијене – заштитну одећу и обућу.

Непосредни руководилац и главна сестра службе се старају и одговорни

ТАБЕЛА 8 – Клицоноше у процентима од значаја за клиничку праксу

Локација	Узрочник	Проценат	Клицоноше
Кожа	Staphylococcus	60	пацијент
	aureus	80	персонал
	ентеробактерије	27	персонал
	коли сојеви	13–21	персонал
Коса	Staphylococcus aureus	20	пацијент
	Staphylococcus aureus	27	персонал
Носна шупљина	Staphylococcus aureus	99˙	новорођенчад
	Staphylococcus aureus	40	породиља
	Staphylococcus aureus	5ˣ	персонал
	Staphylococcus aureus	50ˣˣ	персонал
	Staphylococcus aureus	30ˣˣˣ	персонал
Усна дупља	Staphylococcus aureus	60˙	новорођенчад
	Staphylococcus aureus	65	одрасли
Конјуктива и пупак	Staphylococcus aureus	70	новорођенчад
Слузокожа вагине	Staphylococcus aureus	16	породиље
Дебело црево	Salmonella sp.	0,2	персонал
	Shigella sp.	0,4	
	Escherichia coli	0,20	
	Pseudomonas ep.	20–30	

˙ носилаштво до 5 дана после порођаја, ˣ стално;
ˣˣ интермитентно, ˣˣˣ спорадично

су да радници носе и употребљавају средства личне заштите.

Неношење и неупотребљавање средстава личне заштите и заштитне одеће и обуће представља тежу повреду радне дужности.

Радници су дужни да носе радну одећу и обућу на радном месту, само за време рада, да је чувају од оштећења и отуђења и да је држе чисту и уредну. По завршеном раду радници су дужни да радну одећу и обућу остављају на за то одређена места.

ОСНОВНИ ПОЈМОВИ О ИНФЕКЦИЈИ И ДРУГИМ УЗРОЧНИЦИМА ОШТЕЋЕЊА ОРГАНИЗМА

Бројни чиниоци могу да проузрокују болест или оштећење организма. У те чиниоце се убрајају:

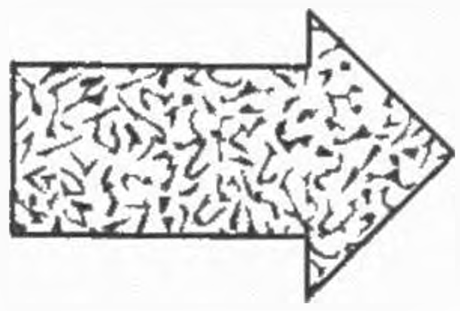
- микроорганизми;
- деформитети и абнормалне функције организма (конгениталне и стечене аномалије);
- неправилна исхрана (лоша ухрањеност);
- повреде – акциденти;
- тровања;
- утицај топлоте и хладноће;
- наслеђе;
- стање општег неспецифичног и специфичног имунитета.

Најчешћи узроци су микроорганизми у које се сврставају:

- *бактерије*,
- *вируси*,
- *гљивице*,
- *протозое*,
- *рикеције*.

ЛАНАЦ ИНФЕКЦИЈЕ

ИЗВОР ИНФЕКЦИЈЕ
– болестан човек
– клицоноша
– оболеле животиње



ПУТЕВИ ПРЕНОШЕЊА
– аерогени
– алиментарни
– контакт
– трансмисивни

ОСЕТЉИВА ОСОБА ДОМАЋИН
– ослабљена одбрана домаћина

Начин преношења микроорганизама може бити врло различит. Микроорганизми се најчешће преносе међу становништвом посредством ваздуха. Посебно су осетљива на инфекцију ваздухом новорођенчад, а 10% свих инфекција преноси се ваздухом.

Микроорганизми се преносе честицама прашине која се ствара од прљавог пода, хране, намештаја. Ваздух се такође загађује кашљањем, дисањем, избацивањем пљувачке или носног секрета.

Кијањем се избацује 100000 (Флигеових) капљица у секунди, а њима се може остварити инфекција на растојању од 150 cm. Доказано је да у зависности од активности са одеће и коже у ваздуху се ослобађа 1000 бактерија у минути. У болесничкој соби се може открити чак 100 000 000 стрептокока на m^3.

Контакт је други чест начин преношења и ширења микроорганизама Они могу да се пренесу преко одеће, обуће, људског организма, нарочито руку и косе. Такође, и животиње и инсекти могу бити преносиоци инфекције.

У болничкој пракси највише инфекција (90%) пренето је контактима.

На ширење микроорганизама делују фактори приказани у приложеној табели 8.

ИНТРАХОСПИТАЛНЕ ИНФЕКЦИЈЕ

Свака инфекција настала у здравственој установи стационарног типа назива се *интрахоспиталном – болничком инфекцијом*. Место задржавања је болничка установа, а инфекција може да се испољи током или после хоспитализације, или са остане латентна.

Историја развоја болничке службе обилује примерима кућних зараза из групе класичних инфективних болести које су пратиле човечанство кроз векове. Пегави трбушни тифус, дизентерија и сепса изазивали су праве болесничке епидемије Морбили, шарлах, дифтерија, варичеле, бронхопнеумонија и друге болести косиле су болеснике дечјих болница, а заразна одељења ширила су инфекцију на своју околину.

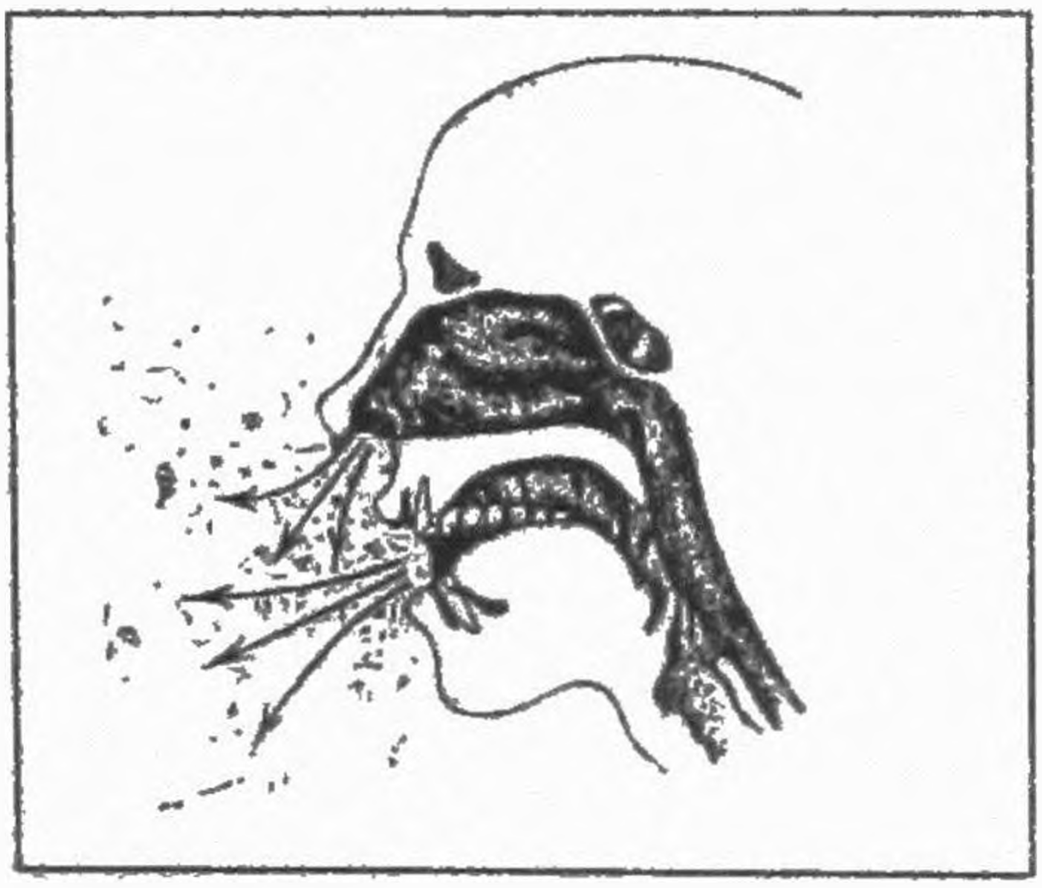
Користећи и примењујући у пракси открића о начину ширења и сузбијања инфекције, болнице се постепено ослобађају интрахоспиталних инфекција. Само груби прекршаји основних превентивних правила доводе до болничких инфекција. Међутим, нова група мокроорганизама шири се и угрожава живот болесника (вирус инфективног хепатитиса, *Staphylococcus pyogenes aureus, Salmonella typhi murium* и *Klebsiella proteus* и вирусне инфекције респираторних путева – грип и инфлуенца).

Инфекција је биолошки процес који настаје уласком патогених и вирулентних микроорганизама у макроорганизам. При томе долази до оштећења ткива због деловања микроорганизама и до реакције макроорганизма у виду упале, односно опште реакције организма, те до појаве хуморалног и целуларног имунитета.

Да би дошло до инфекције, потребни су следећи фактори: извор инфекције – путеви ширења инфекције – улазно место – патогени микроорганизми – склоност организма за ту болест (диспозиција), што значи Воргаликов ланац.

Извор инфекције су човек или животиња у чијем организму се размножавају микроорганизми, а које они касније избацују у спољну средину.

У болници извор заразе су:
- болесници и њихови пратиоци,
- посетиоци у болници,



НАЧИН ПРЕНОШЕЊА КАПЉИЧНЕ ИНФЕКЦИЈЕ (FLÜGE-OBE КАПЉИЧНЕ ИНФЕКЦИЈЕ)

– болничко особље, студенти медицине и ученици медицинских школа у време практичне наставе.

Пут ширења је начин на који се узрочници болести преносе од извора зазразе до човека као домаћина, односно до осетљиве особе.

Путеви ширења инфекције могу бити:

– директни и контактом (ваздух, храна и вода);
– контактом преко прљавих руку и предмета заједничке употребе (купатило, чесма);
– капљичном инфекцијом (значајно доприноси ширењу вируса и настанку обољења);
– инокулацијом (убризгавање лека у организам преко игала, бризгалица и нестерилних лекова и инфузија);
– загађеним земљиштем, које се преко обуће уноси у болницу;
– посредством инсеката (вектори).

Улазно место је место продора микро-организама у макроорганизам. То су:

– респираторни систем,
– дигестивни систем,
– кожа и видљива слузокожа,
– полни органи.

Диспозиција (склоност) болесника према интрахоспиталним инфекцијама је велика. Оне се најчешће јављају код:

– болесника који се лече цитостатицима, кортикостероидима и имуносупресивним средствима,
– болесника са поремећајем имунитета (агамаглобулинемија и др.),
– болесника у којих се често примењују медицинске интервенције, као што су хемодијализа, увођење инструмената у мокраћне путеве и др.

Интрахоспиталне инфекције се најчешће јављају у одељењима за интензивну негу, хемодијализу, неуропсихијатријским одељењима за хроничне болести са дугом хоспитализацијом.

Вирулентија микроорганизама. – Развој инфекције у организму зависи од његове опште отпорности али и од врсте, броја и вируленције микроорганизама.

Сви узрочници инфекције деле се на патогене и сапрофитне. Патогене бактерије размножавају се у организму, стварају токсине и својим присуством изазивају патолошке промене. Сапрофити немају ова својства, али се граница између сапрофита и патогених бактерија не може потпуно прецизно одредити. Инфекција може да буде ендогеног и егзогеног порекла.

Ендогену инфекцију изазивају бактерије које се налазе у кожи, слузокожи или у цревима и понашају се као сапрофити. Међутим, како су функције појединих органа у току болести делимично оштећене, постојећа латентна инфекција у организму се активира.

Егзогена инфекција (из спољне средине) настаје продором микроорганизама, и то:

– са оруђа којима је повреда нанета;

– ако нису спроведене асептичне мере, микроорганизми продиру у организам са коже болесника, руку сестре, инструмената и апарата који се користе током рада.

Честа интрахоспитална инфекција је хепатитис, који се шири свим до сада познатим путевима: парентерално, инокулацијом, директним и индиректним контактом, укључујући храну, воду и друго. Исто тако, болесници могу бити угрожени стафилококном и стрептококном инфекцијом, затим салмонелама, клебсијелама и многим другим микроорганизмима.

ПРОФИЛАКСА ИНТРАХОСПИТАЛНЕ ИНФЕКЦИЈЕ

Дужност медицинске сестре је да се брине о спровођењу хигијенских мера на одељењу Основно правило је да не постоји „получисто", већ **све што није чисто — прљаво је**. Спровођењем хигијенских мера сестра осигурава успех у лечењу и нези болесника и отклања могућност накнадне инфекције. То постиже применом метода профилаксе, а то су.

— опште мере профилаксе и
— посебне мере профилаксе.

ОПШТЕ МЕРЕ ПРОФИЛАКСЕ

Опште мере профилаксе у сузбијању интрахоспиталне инфекције обухватају основне принципе изолације, као што су·

— структурална,
— просторна и
— антисептична нега болесника.

Ове мере се морају спроводити у свакој клиници и болничкој установи. Архитектонска структура болнице осигурава изолацију појединих блокова (нпр. гинеколошког од акушерског, асептичног од септичног, интерног од заразног одељења, одвајање одељења новорођене деце и др.).

Ако грађевинска структура болнице не одговара намени, примењује се просторна изолација. Одвајање појединих одељења може се постићи затварањем ходника, надоградњом одређених зидова, применом покретних паравана, импровизованим боксевима, целисходним груписањем истоврсних болесника и другим мерама.

Пошто је већина наших болница грађена у време када нису примењивани превентивни принципи, није могуће осигурати превентивну структурну изолацију, али је могуће спровести ефикасну просторну изолацију. То зависи од здравственог особља и познавања епидемиологије и противепидемијске заштите. Савремено грађене болнице могу постати жаришта интрахоспиталне инфекције ако особље не примењује основне принципе епидемиологије.

Трећи основни принцип изолације је асептична нега болесника. Постоје упутства како се поступа са болесником и предметима из његове околине који представљају путеве ширења инфекције. Здравственом контролом особља и њиховим начином рада спречава се преношење инфекције. Наиме, чистачице не смеју да учествују у расподели хране, а медицинским радницима који имају инфекцију дисајних органа и обољења дигестивног тракта треба забранити да негују и лече болеснике.

Запослени у болници (лекари, сестре, технички радници и особље администрације) треба да улазе и излазе из болнице кроз посебно одређене улазе и не смеју се мешати са грађанима и другим лицима која долазе у болницу.

Забрањено је да се особље шета из једног у друго одељење (породилиште и заразно одељење, хируршко и интензивна нега).

Посете особљу болнице морају бити сведене на минимум. Сваки посетилац при уласку на одељење обавезно навлачи други чист мантил и кољаче од платна, носи капу и маску ради спречавања преношења болничке инфекције са одељења на одељење.

Посете болесницима дозвољене су у одређене дане и сате (сваког дана или три пута недељно од 11 до 12 h или од 13 до 15 h). Приликом посете, код сваког болесника могу истовремено да уђу само један или два посетиоца. У време епидемије грипа посете су забрањене.

ПРИМЕНА МЕТОДА АСЕПСЕ И АНТИСЕПСЕ У БОРБИ ПРОТИВ ЕПИДЕМИЈСКИХ ИНФЕКЦИЈА

У нашој земљи, као и у свим цивилизованим земљама света, постоје строги законски прописи, који обухватају хигијенску и здравствену заштиту становништва. Постоје прописи о промету животних намирница, о изградњи хигијенских станова, о хотелима и ресторанима, о чувању воде и ваздуха итд

У извесним комунама потребне су додатне специфичне мере.

Индивидуална хигијенска заштита обухвата све оно што једна особа треба да учини у борби против микроорганизама. Ту се убрајају све мере за јачање неспецифичне отпорности организма, на пример: правилна исхрана, обезбеђење доброг сна, одмор, физичка активност, лична хигијена и друго.

У специфичну заштиту организма убрајају се разне врсте имунизације.

Здравствено васпитање становништва, обезбеђује да сваки грађанин буде обавештен о томе шта сме, а шта не сме да чини да би заштитио себе и друге. Здравствено особље има посебне одговорности у борби против ширења инфекције не само у здравственим установама већ и ван њих.

Да би се спречило ширење болести, потребно је створити баријеру између детета и других људи и ствари које могу да инфицирају дете. Ово је *медицинска асепса*, у којој се користе разне технике (методе). На пример, ако је дете извор инфекције (има стафилококну пнеумонију), онда баријере којима се оно изолује могу да буду одело или папир, врата, зидови, као и све што га одваја од других особа које нису инфициране Ако је дете специјално осетљиво на инфекције од других особа, на пример, новорођенче или дете са тешким опекотинама, такво дете мора да се заштити методама изолације И у једном и у другом случају баријере се стављају између инфицираних и неинфицираних особа Веома често је потребно да се обезбеде изоловани делови на педијатријским одељењима и свуда тамо где дете борави. Због тога је основно да педијатријска сестра познаје терминологију, ефекте изолације у односу на дете и његове родитеље, критеријуме за стварање изолованих просторија; затим, принципе и праксу самих техника изолације и заштите.

Терминологија. — Неопходно је познавати следеће важне термине.

Стерилно или асептично значи одсуство живих вегетативних и дуготрајних форми апатогених и патогених микроорганизама.

Прљаво означава стање контаминираности инфективним и неинфективним материјалом различитог порекла и хемијске грађе. Таква контаминираност не мора бити видљива, на пример, под

се увек сматра прљавим и све што је додирнуло тај под такође је прљаво

Сепса означава присуство микроорганизама или њихових токсина

Асепса је скуп свих мера за одржавање стерилних услова рада. Основа асепсе је стерилизација Исправним мерама асепсе у току операције доводи у 85 – 90% случајева до примарног зарашћивања рана. Асептички део мора бити ослобођен од патогених слојева. Такве захтеве морају испуњавати асептички операциони блок у болничкој пракси и асептичка „чиста соба" у којој се обавља пуњење медицинских течности и раствора у фармацеутској индустрији.

Антисепса је скуп свих метода које узрокују редукцију броја патогених узрочника и апатогених сапрофита на инструментима, завојном материјалу, и осталим предметима, на кожи и слузокожама. Мере антисепсе обухватају чишћење, дезинфекцију и стерилизацију

Под „антисептиком" у медицинској пракси се подразумевају мере примењене на површини тела људи ради смањења броја бактерија. Антисептици делују бактериостатски и примењују се на кожи, слузокожи, ранама. У пракси се најчешће користе сапуни са антисептичким дејством Антисептичко прање сапуном (хесахлорофен емулзија) допринело је смањењу инфекција од 11,1% на 1,4%.

ДЕЗИНФЕКЦИЈА

Дезинфекција је циљана редукција броја нарочито нежељених микроорганизама хемијским или физичким поступцима тако да они у датим околностима даље нису у стању да изазову оштећења (инфекцију). Да би се дезинфекција боље и потпуније схватила, неопходно је подсетити се на који начин настаје инфекција

Данас се посебна пажња поклања клицоносцима међу пацијентима, новорођенчади и персоналу као важном извору за настајање инфекција у болничкој пракси.

Путеви преношења инфекција су

- *аерогени;*
- *алиментарни;*
- *контактни,*
- *трансмисивни*

Патогене клице доспевају у организам на различите начине, али углавном кроз:

- *органе за дисање;*
- *органе за варење;*
- *преко слузокоже,*
- *преко повређене коже.*

Мали број невирулентних клица организам ће лако савладати. Ако је у питању масовна инфекција, организам ће се тешко изборити са великим бројем вирулентних клица. Ослабљена одбрана организма условљава настајање инфекције.

Постојање инфекције се доказује утврђеним клиничким методама, а може се са сигурношћу потврдити лабораторијским методама. Кад се инфекција утврди, одмах се приступа дезинфекцији свега што је било у контакту са болесником и клицоносцем.

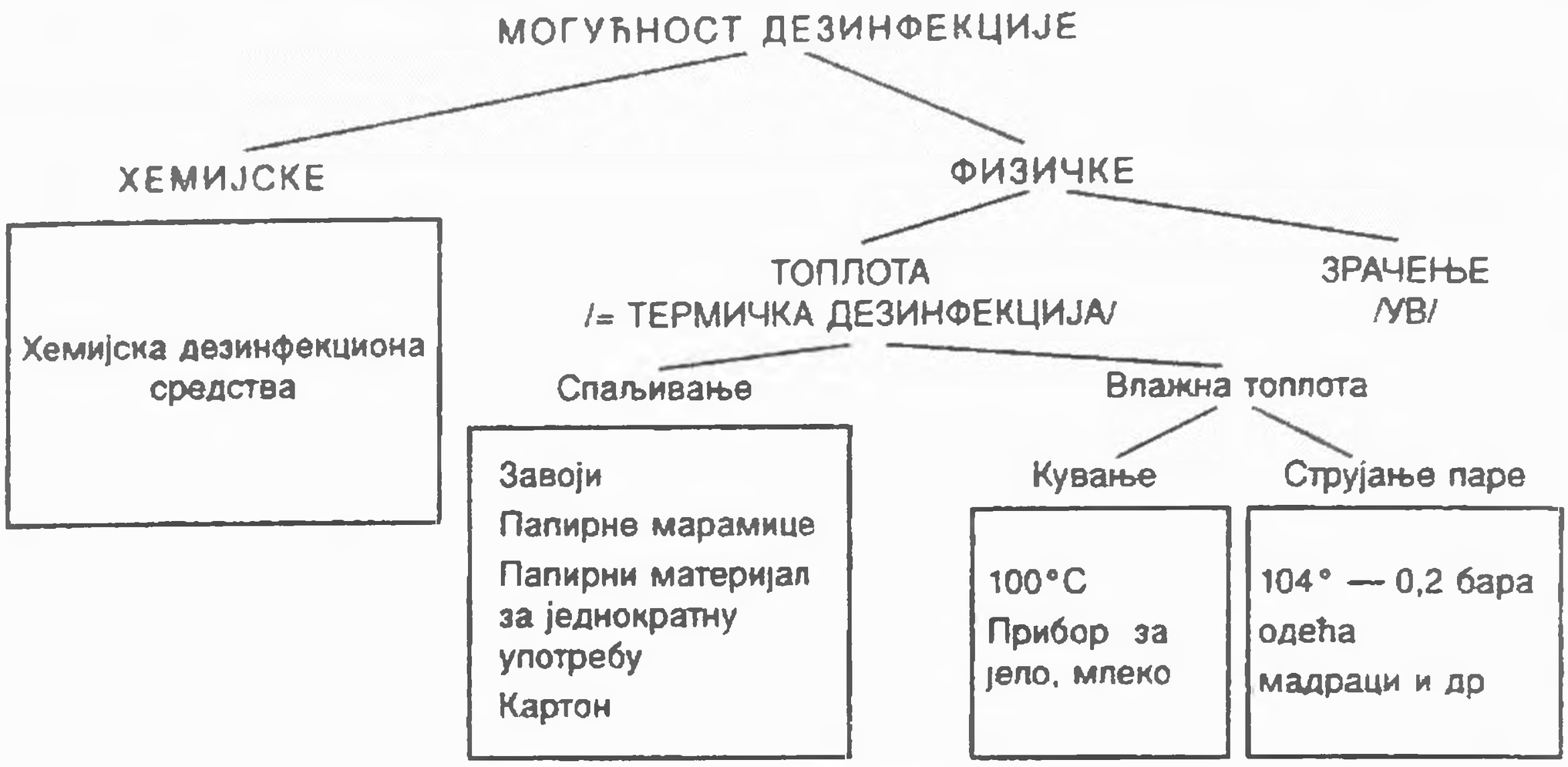
Дезинфекција се може изводити на више начина што зависи од:

- предмета и материјала који се дезинфикује,
- постојећих дезинфекционих средстава;
- места где се инфекција појавила;
- врсте узрочника и њихове осетљивости на одређена дезинфекциона средства и начин њихове примене.

Постоје физички и хемијски поступци дезинфекције.

Физички поступци дезинфекције су:

- *дејство топлоте;*



ШЕМА 1 – Могућности дезинфекције

- *ултраљубичасто зрачење*;
- *пастеризација*;
- *дејство топле воде*;
- *кување*;
- *дезинфекција паром*;
- *спаљивање*;
- *жарење*;
- *прелажење пламеном*.

Пастеризацијом се инактивирају вегетативни облици бактерија и гљивица. Пастеризација може бити краткотрајна (71 – 74°C током 10 секунди), дуготрајна (62 – 65°C током 30 минута) и ултрапастеризација (135 – 150°C за мање од 1 секунде). Користи се и за дезинфекцију лабораторијских подлога које се у току три дана излажу температури од 70°C у трајању од 15 минута.

Дејство топле воде најбоље се види у примени машина за прање посуђа и рубља на температури од 100°C. Прокувавање се врши у трајању од 30 минута, уз додатак 2%-тне соде (дезинфекција рубља).

Дезинфекција паром заснована је на дејству паре која струји. Изводи се на температури од 104°C и притиску од 0,2 бара, или на температури од 75°C и притиску од 0,6 бара (књиге, кожа).

Спаљивање се врши у специјалним пећима. Спаљују се папирне марамице, убруси и картонски омотачи.

Жарење се користи за једноставне металне инструменте (езе у лабораторијама).

Прелажење пламеном је поступак при коме се пламеном прелази изнад одређене површине.

ЧИШЋЕЊЕ У БОЛНИЦИ

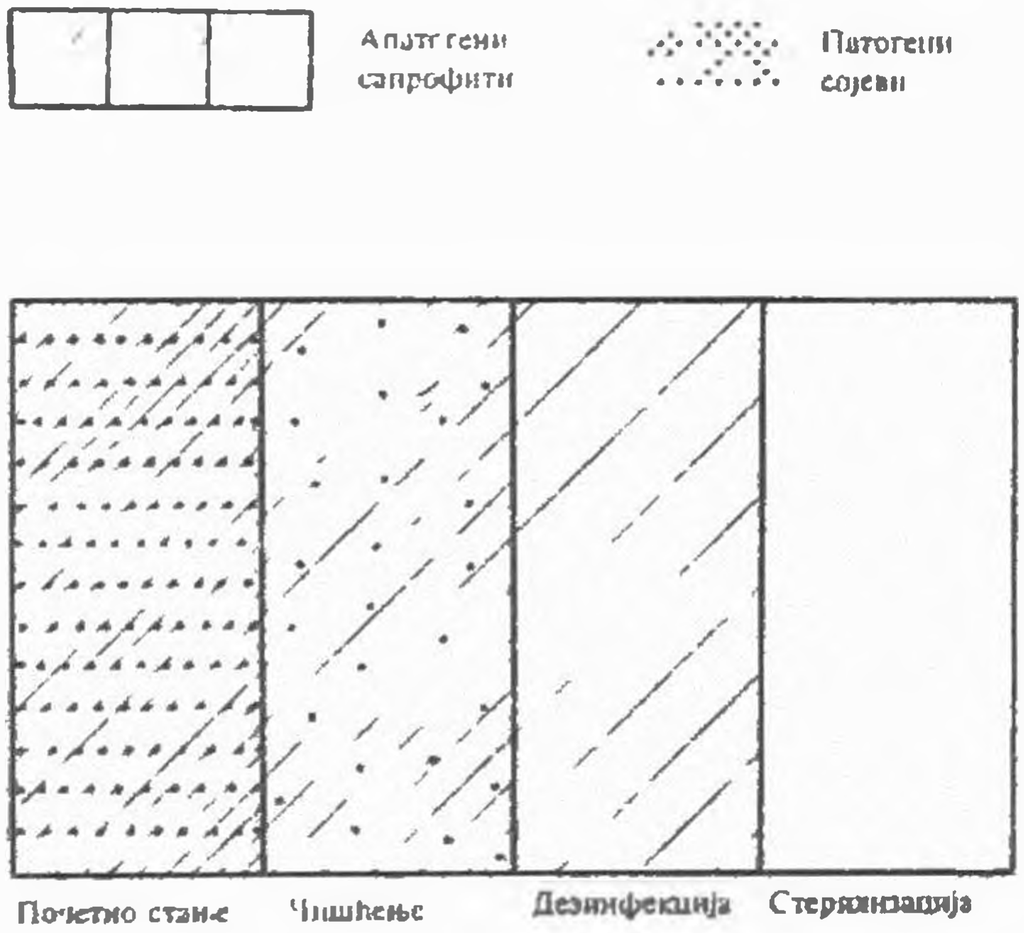
Чишћењем у болници постиже се одређени хигијенски ниво, редукција броја патогених и апатогених узрочника на присутним предметима и одржавање инвентара. Чишћење је одстрањивање нечистоће различитог порекла и хемијског састава. Чишћење се изводи механичким средствима (вода, машина за прање, сапуни и детерџенти). Средства за чишћење разликују се од дезинфекционих средстава по ужем спектру деловања, већој концентрацији и дужем времену деловања. У болницама се увек примењује влажно чишћење и влажно брисање. После сваког чишћења крпе треба опрати на температури од

90°C или их оставити у раствору дезинфекционог средства 6 часова. Текстилне облоге на подовима чисте се усисивачем. Смањење броја бактерија чишћењем усисивачем износи 41 – 70%.

ДЕЗИНФЕКЦИЈА УЛТРАЉУБИЧАСТИМ ЗРАЦИМА

Ултраљубичасти зраци смањују број узрочника инфекције. Користе се ултраљубичасти зраци спектра 240 – 280 nm. Као извор служе вруће и хладне катодне цеви. Интензитет зрака зависи од удаљености од извора и они делују углавном на микроорганизме који се налазе на површини.

Присуство влаге и прашине смањује ефекат деловања ултраљубичастих зрака Ултраљубичасти зраци користе се за дезинфекцију ваздуха у операционим салама, собама за интервенције, млечној – приручној кухињи, соби са изолованим болесником, затим пијаће воде, воде за ирригацију или клима-уређаја



ШЕМА 2 – ДЕЛОВАЊЕ МЕРА ЧИШЋЕЊА, ДЕЗИНФЕКЦИЈЕ И СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ НА РЕДУКЦИЈУ БРОЈА МИКРООРГАНИЗАМА

ХЕМИЈСКЕ МЕТОДЕ ДЕЗИНФЕКЦИЈЕ

У групу средстава којима се изводи хемијска дезинфекција убрајају се и једноставни раствори који делују хемијски на клице тако што их убијају или што само ослабе њихову вируленцију.

Хемијска средства делују различито, физичко-хемијским процесима:

- *одузимањем воде*;
- *адсорпцијом*;
- *таложењем беланчевина*;
- *променама киселости средине*;
- *хемијским реакцијама*.

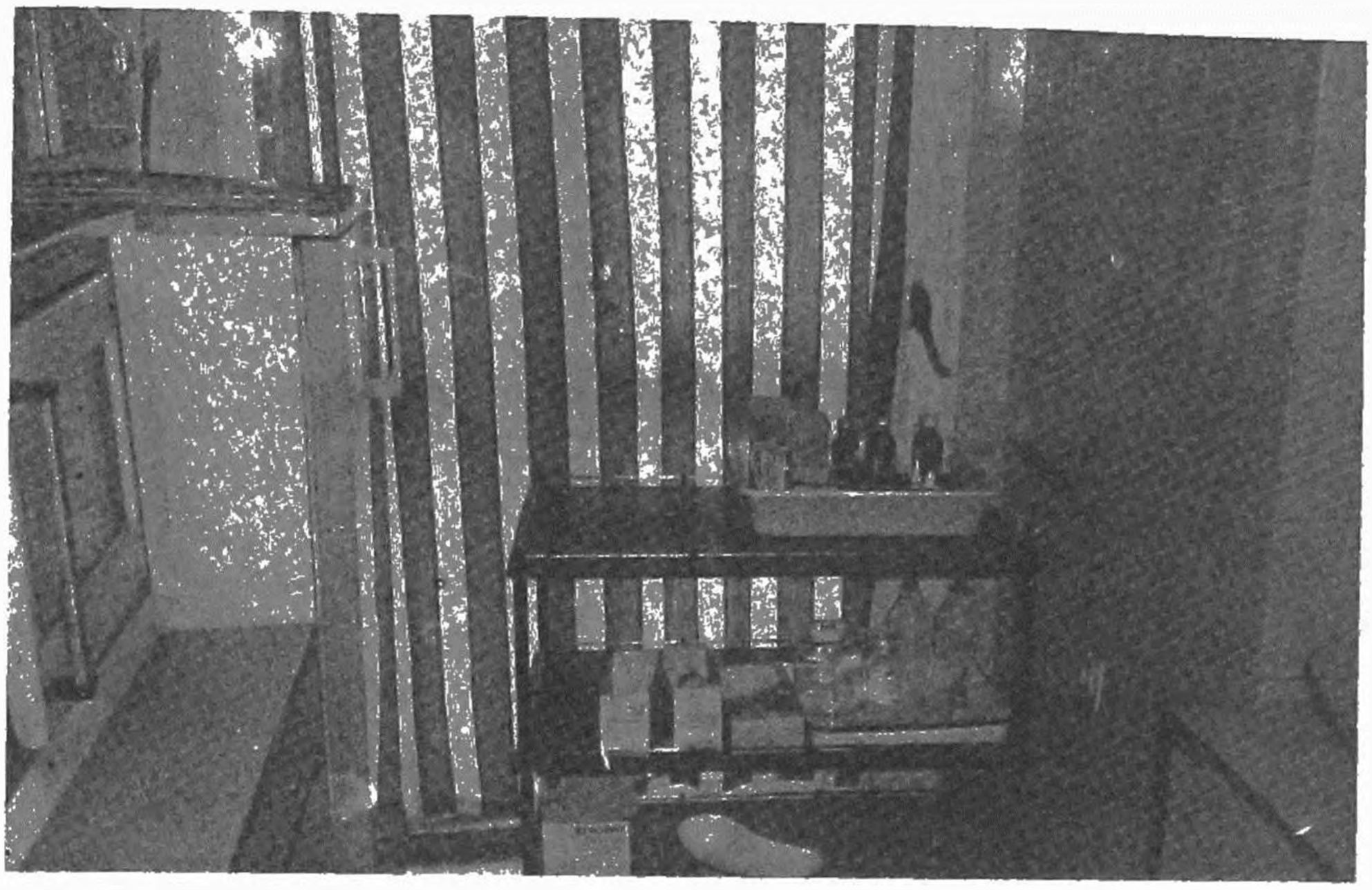
Најчешће се у медицинској пракси употребљавају следећа хемијска средства

Алкохоли имају релативно ограничени спектар деловања и не делују спороцидно. У високој концентрацији не делују дезинфикујуће, већ конзервирајуће, јер одузимају влажност из бактеријске мембране. За дезинфекцију се користе водени раствори етил-пропил и изопропил алкохола. У употреби су етил-алкохол 70 – 80%, пропил-алкохол 60 – 70% и изопропил-алкохол 50 – 60%. Користи се за дезинфекцију коже и руку. Средства за дезинфекцију руку обогаћена су супстанцама које надокнађују масноћу као што су глицерини.

Јод има широко бактерицидно дејство, а обухвата такође и споре бактерија. Његова употреба је ограничена због алергијског дејства на кожу и слузокожу. Јод може бити примењен у два облика:

– раствор анорганског елементарног јода у облику алкохолног раствора (јодна тинктура, раствор јода и калијумјодида у алкохолу) служи за брзу дезинфекцију запрљаних рана;

– јод повезан у једињењу са површински активним супстанцама као што је polurinulpurrolidon – јод (PVP јод). Елементарни јод везан за органски полимер има широко антибактеријско дејство. Пошто је PVP јод један во-



ОПШТА И ЛОКАЛНА ДЕЗИНФЕКЦИОНА СРЕДСТВА БРИЖЉИВО СЕ УПОТРЕБЉАВАЈУ И ЧУВАЈУ

дени раствор, примењује се као дезинфицијент за слузокожу и испирање шупљих телесних органа Контраиндикован је код новорођенчади.

Калијум-перманганат је оксидационо средство за испирање телесних дупљи, а може се користити и код гангренозних процеса.

ХАЛОГЕНИ ЕЛЕМЕНТИ

Хипохлоридима се дезинфикују проводници воде, а служи и за испирање слузокоже и телесних шупљина у концентрацији од 2 до 5%

Хлорни креч је мешавина калцијум-хипохлорида $Ca(OCl)_2$, калцијум-хлорида $CaCl_2$, калцијум-хидроксида $Ca(OH)_2$ и воде. Делује дезинфикујуће ослобађањем хлора и насцентног кисеоника. Користи се за грубу дезинфекцију фекалија

Кречно млеко (1kg + 5l воде) примењује се у случајевима завршне дезинфекције.

Органски хлорамини, органска једињења хлора која једино споро ослобађају хлор, делују добро као дезинфицијенси Користе се за дезинфекцију рубља и спутума

ОРГАНСКА ЈЕДИЊЕЊА ЖИВЕ

Фенил-живин перборат делује бактериостатски и употребљава се за дезинфекцију рана и слузокожа, као и за испирање шупљих органа. Органска једињења живе делују неуротоксично.

Анорганска једињења живе имају још слабије антибактеријско дејство и још јаче неуротоксично дејство.

СТЕРИЛИЗАЦИЈА

Стерилизација је поступак којим се потпуно уништавају сви микроорганизми и њихове споре са предмета, материјала и инструмената који долазе у додир са раном.

Постоје следеће методе стерилизације:

1. *влажном топлотом*, и то:
   - стерилизација кувањем, тј. топлотом која делује у течној средини,
   - у аутоклаву, тј. топлотом која делује засићеном воденом паром под притиском;
2. *сувом топлотом*, и то:
   - сува стерилизација, тј. стерилизација прегрејаним ваздухом,
   - спаљивањем, тј. топлотом која делује пламеном;
3. *хемијским средствима и дејством ултраљубичастих зрака*;

ТАБЕЛА 9 – Време у минутима потребно за уништавање бактерија у поступку стерилизације топлим ваздухом

	120°C	140°C	160°C	180°C
Споре антракса	120	60	30	10
Споре тетануса		30	12	1
Споре из земље			90	15
Staphylococcus aureus	30.	15	8	–
Escherichia coli	30	15	8	–
Салмонеле	20	10	5	–

ТАБЕЛА 10 – Отпорност микроорганизама на дејство паре

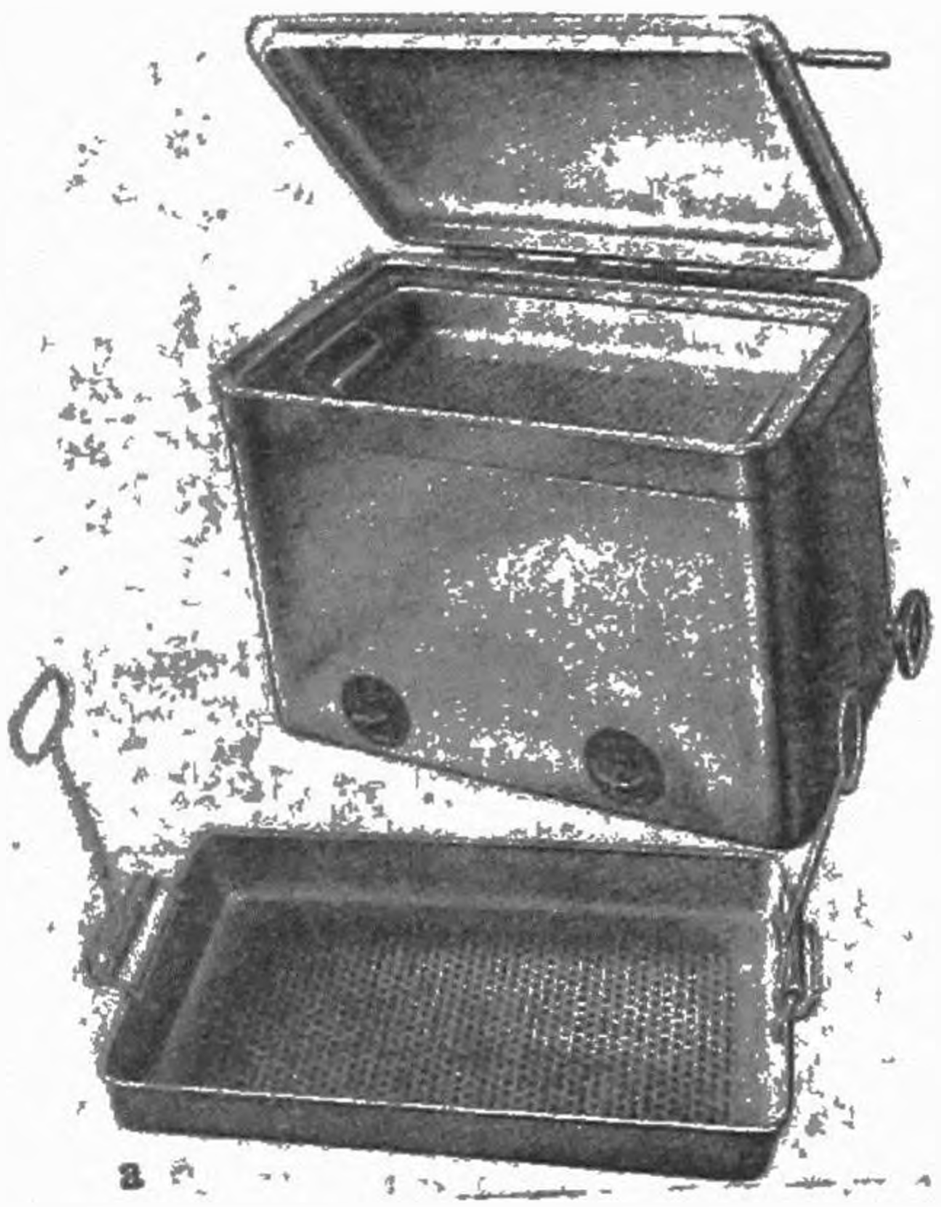
Степени резистенције	Тест сојеви	Поступак потребан за угинуће организма	
I	Вегетативне бактерије, гљивице, споре гљивица, вируси	100°C	10 min
II	Споре антракса	100°C	15 min
III	Мезофилне, нативне споре из земље и патогене анаеробне споре (клостридије)	100°C	10–20 часова
		121°C	10 min
IV	Термофилне, нативне споре из земље	100°C	40–50 часова
		121°C	више часова

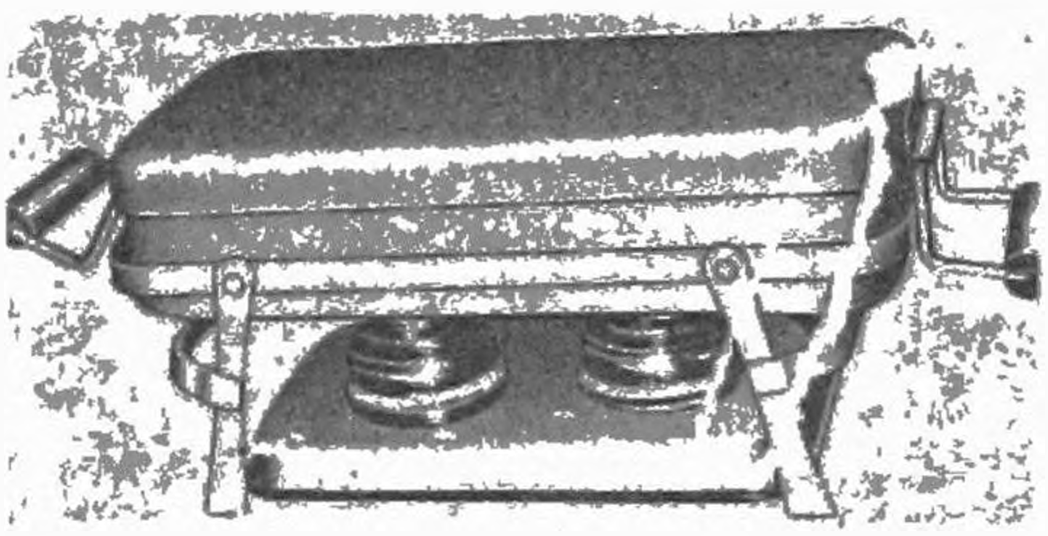
4. *савремене методе стерилизације*:
- експрес-аутоклав,
- аутоматски парни стерилизатор,
- суви стерилизатор са убрзаним хлађењем,
- стерилизација помоћу ултразвука,
- стерилизација помоћу јонизујућег зрачења,
- стерилизација помоћу етилен-оксида.

СТЕРИЛИЗАЦИЈА ВЛАЖНОМ ТОПЛОТОМ

СТЕРИЛИЗАЦИЈА КУВАЊЕМ

Метода је практична, једноставна и лако изводљива, јер не захтева посебна средства. Као стерилизатор служи метална кутија, у коју се положи решетка на коју се стављају инструменти, гумена црева, конац и други материјал за стерилизацију. На овој решетки се са стране налазе ручице (држаљке) Стерилизатор (кутија) напуни се дестилованом водом која прекрије инструменте и друге предмете најмање за 6 cm Кад се користи вода из водовода или кишнице, додаје се 20 g кухињске соли, или натријум-бората на литар воде. Тиме се повећава тачка кључања за неколико степени и спречава да се наслаге каменца таложе на зиду суда. Стерилишу се само очишћени и опрани инструменти, јер крв и прљавштина при кувању остају на инструментима. Оштри инструменти се при кувању тупе, а други кваре кад се у стерилизатор улије хладна вода. Стерилизација траје 30 минута од тренутка када вода почне да кључа. По завршеној стерилизацији отвара се поклопац на стерилизатору и помоћу ручице извади решеткаст суд заједно са стерилисаним инструментима и осталим стерилисаним предметима и принесе на сто прекривен стерилним чаршавом. Потом се испусти вода из стерилизатора преко славине и искључи струја. Ако сестра заборави да на време извади стерилне инструменте, бризгалице и друге предмете, а стерилизатор је укључен, вода ће испарити и биће оштећени сви инструменти.





СТЕРИЛИЗАЦИЈА КУВАЊЕМ (НА ЕЛЕКТРИЧНИ ПОГОН И ПОМОЋУ АЛКОХОЛА)

Ова метода стерилизације се користи само за време рата, земљотреса и елементарних непогода.

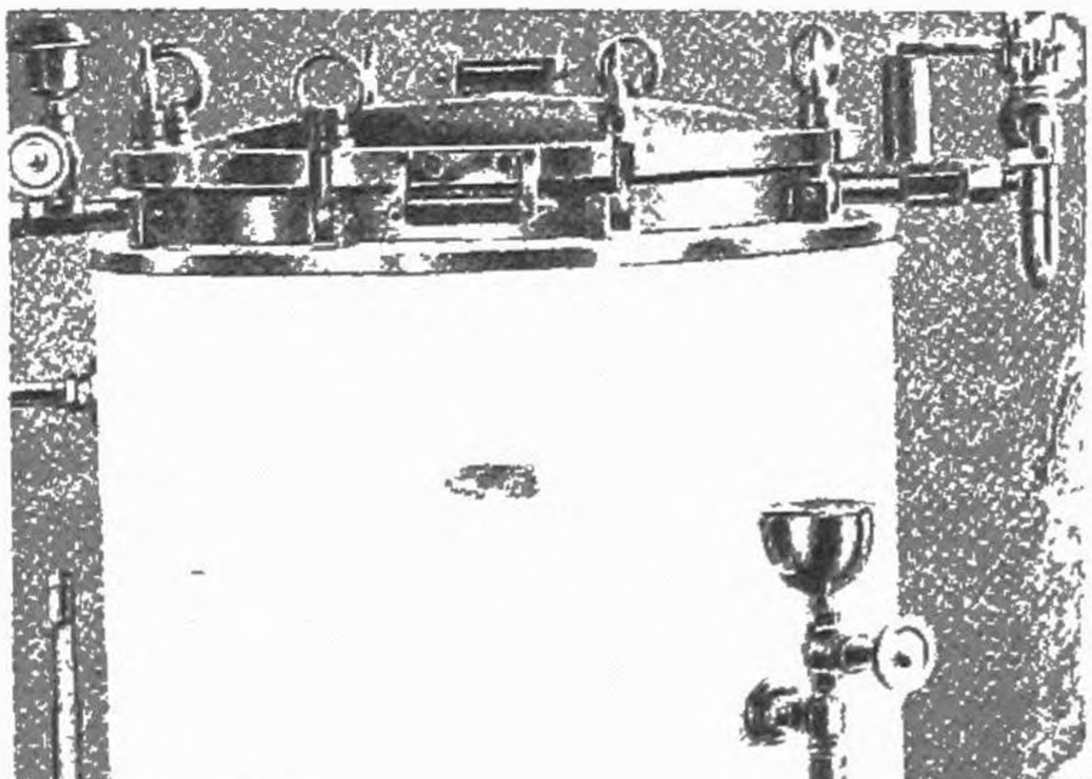
СТЕРИЛИЗАЦИЈА У АУТОКЛАВУ

За стерилизацију у аутоклаву користи се прегрејана засићена водена пара под притиском.

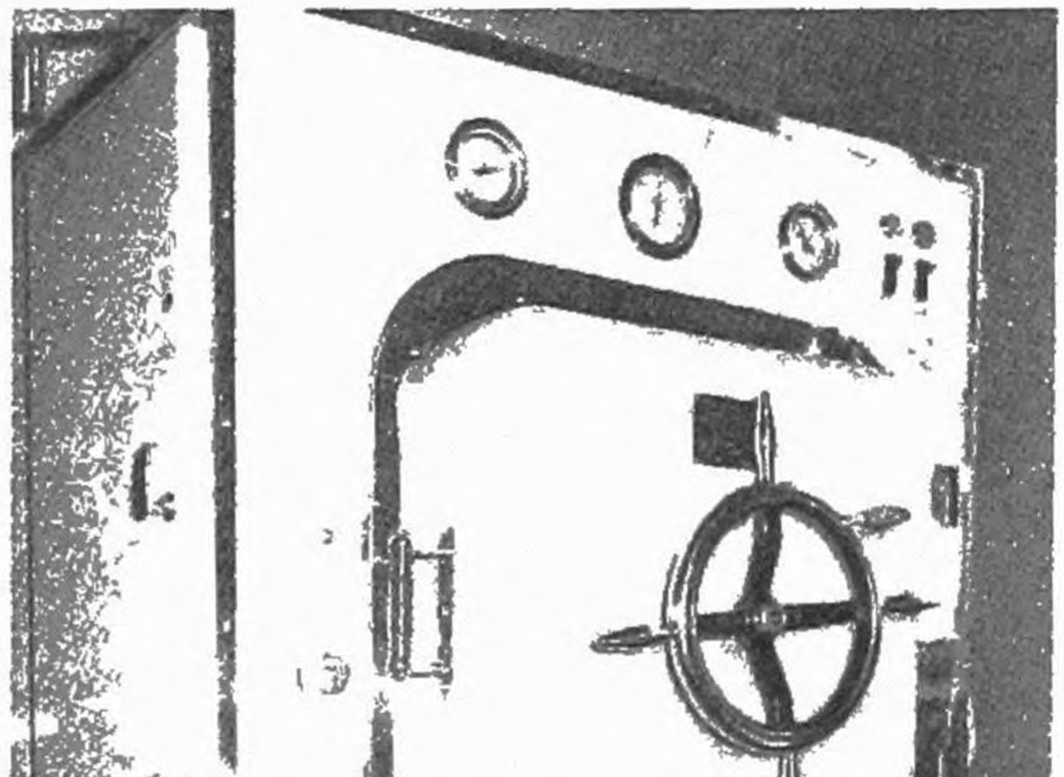
Аутоклав има дупле котлове. У унутрашњи котао ставља се материјал за стерилизацију, а у спољашњи — дестилисана вода до одређеног нивоа. У гор-

њем делу унутрашњег котла постоји мали отвор кроз који продире водена пара из спољашњег котла. Зидови унутрашњег котла су дебели и довољно јаки да могу да издрже притисак водене паре од 2,58 bar, а поклопац је од ливеног гвожђа и херметички се затвара металним завртњима. На спољашњем котлу налази се левак за пуњење аутоклава водом до одређеног нивоа. Ниво воде контролише се водометром На дну те цеви налази се славина за испуштање воде по завршеној стерилизацији. Аутоклав има манометар за мерење притиска и термометар који показује температуру у аутоклаву. Кад притисак водене паре у аутоклаву пређе техничке норме, вентил сигурности почиње да испушта водену пару из аутоклава.

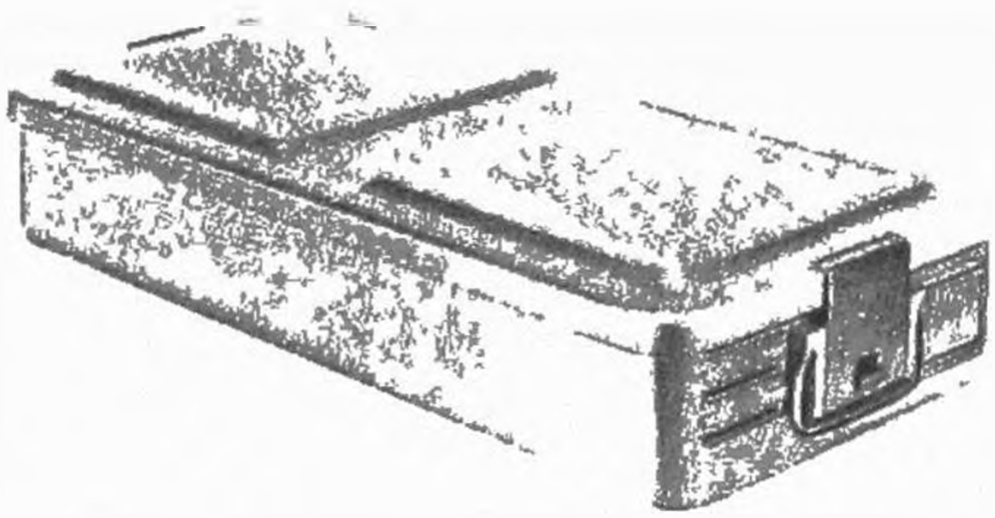
У унутрашњем делу аутоклава постоји решетка на коју се постављају метални добоши и други материјал који се стерилише. Пуштањем извора грејања у погон (електрични грејач, примус, ложиште за дрво и угаљ) вода се загрева и ствара се водена пара која се подиже на горе између оба котла и преко отвора на унутрашњем котлу продире кроз материјал одозго надоле и стерилише га. Пошто водена пара испуни цео простор унутрашњег котла, сестра отвори вентил за испуштање ваздуха из аутоклава. Кад је сав ваздух иза аутоклава истиснут напоље, треба пустити да пара излази још три минута, а затим затворити славину на аутоклаву. Важно је истиснути сав ваздух из аутоклава, јер ако ваздух остане у унутрашњем котлу манометар показује веће вредности притиска, а термометар веће вредности температуре у аутоклаву. Кад се затвори славина за испуштање ваздуха, пара у почетку врши притисак на површину воде и тиме повећава тачку кључања



АУТОКЛАВ



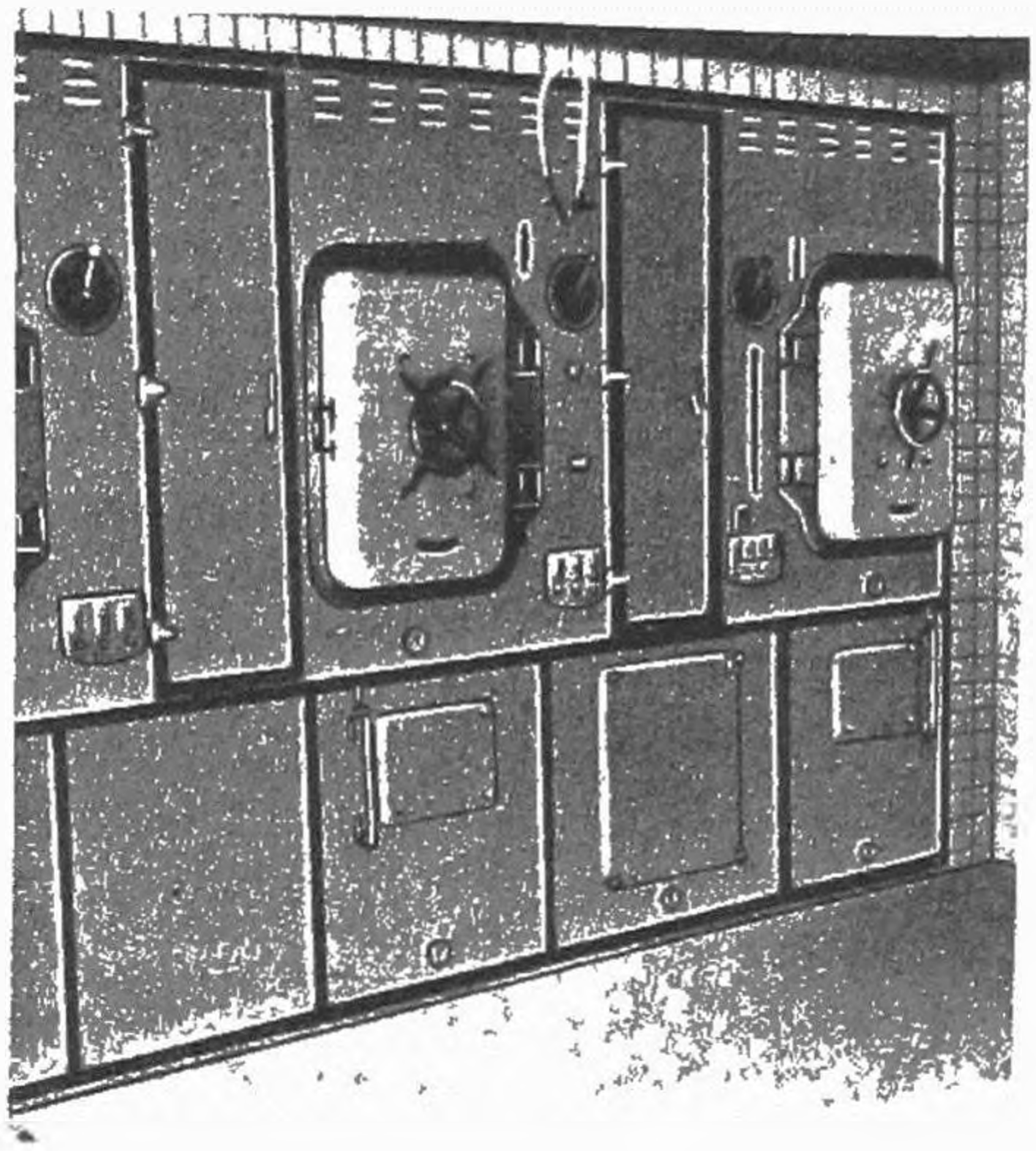
АУТОКЛАВ ЗА БОЛНИЦЕ



МЕТАЛНА КАСЕТА (добош) ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЈУ У АУТОКЛАВУ

Пошто се пара и даље загрева, она се и засићује, тако да, термометар показује све вишу температуру, а манометар све већи притисак. Кад се постигне температура од 120°С и притисак од 2,06 bar, рачуна се да је почела стерилизација Зависно од материјала који се стерилише, одређују се висина температуре и притисак, као и дужина стерилизације Те вредности дате су у опису начина стерилизације у аутоклаву.

Два-три пута у току стерилизације по један минут отвара се славина за испуштање паре. Та кратка и нагла испуштања паре снижавају притисак паре у аутоклаву. Кад притисак паре достигне претходне вредности, температура у кутијама (добошима) биће виша и пара ће боље продирати јер је ваздух у потпуности истиснут. По завршеној стерилизацији, компресе, газе и брисеви су влажни, па да би се просушили, испушта се водена пара из аутоклава све док притисак на манометру не падне до 1,54 bar. Потом се поново аутоклав на 10 минута загрева ради сушења материјала који се стерилише. Затим се искључује погон топлотног извора (електрични грејач или примус) и тиме је стерилизација завршена. Потом се отвара посебна славина и испушта сва вода из аутоклава. Тиме је процес стерилизације завршен.



ЦЕНТРАЛНА СТЕРИЛИЗАЦИЈА У БОЛНИЦИ

При употреби аутоклава потребно је знати следеће

- сви инструменти за мерење и контролу рада аутоклава морају бити исправни,
- медицинска сестра мора да се придржава техничких упутстава за рад аутоклава,
- за време рада аутоклава треба контролисати ток стерилизације,
- пре почетка стерилизације обавезно треба отворити решеткасте отворе на добошу, а по завршеној стерилизацији — затворити их и добоше пломбирати, уз означавање датума и часа стерилизације;
- ако аутоклав није дуже употребљаван, треба га напунити водом и пустити у погон „на празно“ у току 30 минута под притиском од 1,54 до 2,06 bar, а после тога треба га пустити у погон ради стерилизације

Недостаци стерилизације у аутоклаву су:

- непогодан је за транспорт у ратним условима;

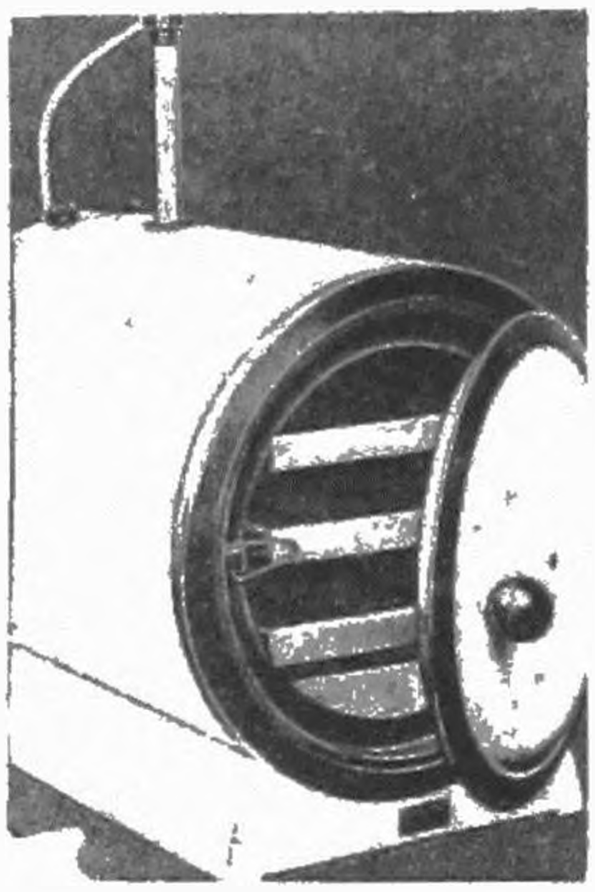
– ако је на погон електричном енергијом, не може се увек користити (у рату, за време земљотреса итд.);
– аутоклавом може да рукује само лице које је за то обучено.

СТЕРИЛИЗАЦИЈА СУВОМ ТОПЛОТОМ

Стерилизација врелим ваздухом обавља се у стерилизатору у коме се инструменти излажу дејству врелог ваздуха на одређеној температури (18°C) и за одређено време (80 минута)

Кутија стерилизатора има два омотача – спољни од лима и унутрашњи од алуминијума, на коме се налазе преграде за стављање инструмената и других предмета за стерилизацију. На горњем делу, споља, налази се термометар који пролази кроз зид у унутрашњост коморе за стерилизацију и показује висину температуре. На постољу се налази контролна лампа, прекидач за електричну енергију и регулатор температуре који аутоматски одржава жељену температуру у сувом стерилизатору. Спремљени (опрани и обрисани) инструменти, бризгалице и друго стављају се у посебне

СПАЉИВАЊЕ КАО НАЧИН СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ



СУВИ СТЕРИЛИЗАТОР

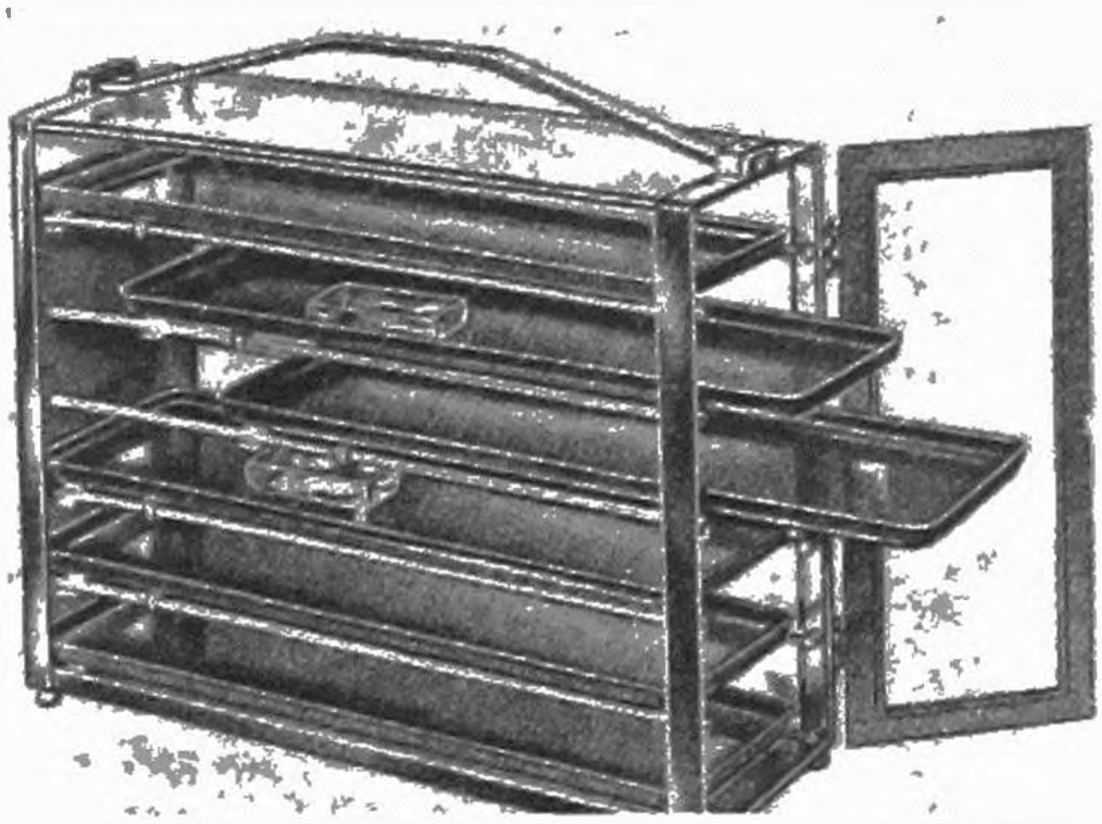
металне кутије. Врата стерилизатора се затворе и укључи електрична струја. Кад термометар покаже температуру 180°C, рачуна се да је почела стерилизација, која траје 80 минута. У току стерилизације сестра повремено регулатором повишава температуру и до 200°C за кратко време, па затим нагло спушта на 180°C. Тиме се постиже бољи ефекат стерилизације. По завршеној стерилизацији, инструменти се хладе још 2 часа у стерилизатору.

Предности ове методе су у томе што:

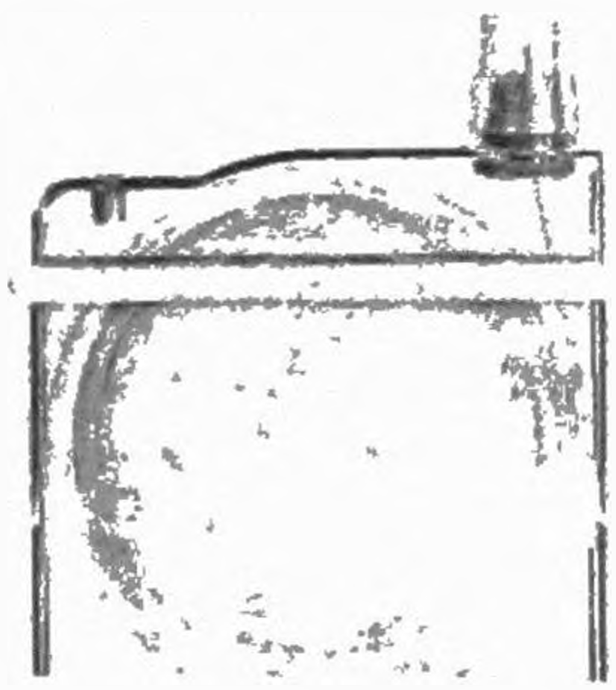
– стерилисани инструменти могу да се чувају у стерилизатору до употребе, односно у току 24 часа служе као резервни инструменти за хитне потребе;
– руковање апаратом је једноставно, а постигнута стерилизација је одлична;
– ножеви, маказе и други специјални инструменти мање се тупе у току стерилизације.

Недостаци ове методе су:

– сува стерилизација се користи само за металне инструменте, бризгалице од стакла и предмете од порцулана (керамика – емајл).



СУВА ХЕМИЈСКА СТЕРИЛИЗАЦИЈА ПОМОЋУ ПАРА ФОРМАЛИНА



ВЛАЖНА ХЕМИЈСКА СТЕРИЛИЗАЦИЈА КЕТГУТА

ИМПРОВИЗОВАНЕ МЕТОДЕ СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ

Овај начин стерилизације примењује се изузетно, и то при елементарним несрећама, у ратним условима, у удаљеним селима у којима нема услова за други вид стерилизације, а ради пружања прве помоћи при збрињавању повређених.

Пекарска пећ користи се за стерилизацију металних инструмената који се ставе у металне кутије и стерилишу у пекарској пећи у току два часа.

Стерилизација пеглом постиже се кад загрејана пегла достигне температуру до 200°С. Опрано и делимично влажно рубље пеглањем се ослобађа микроорганизама и може се користити за пружање прве помоћи.

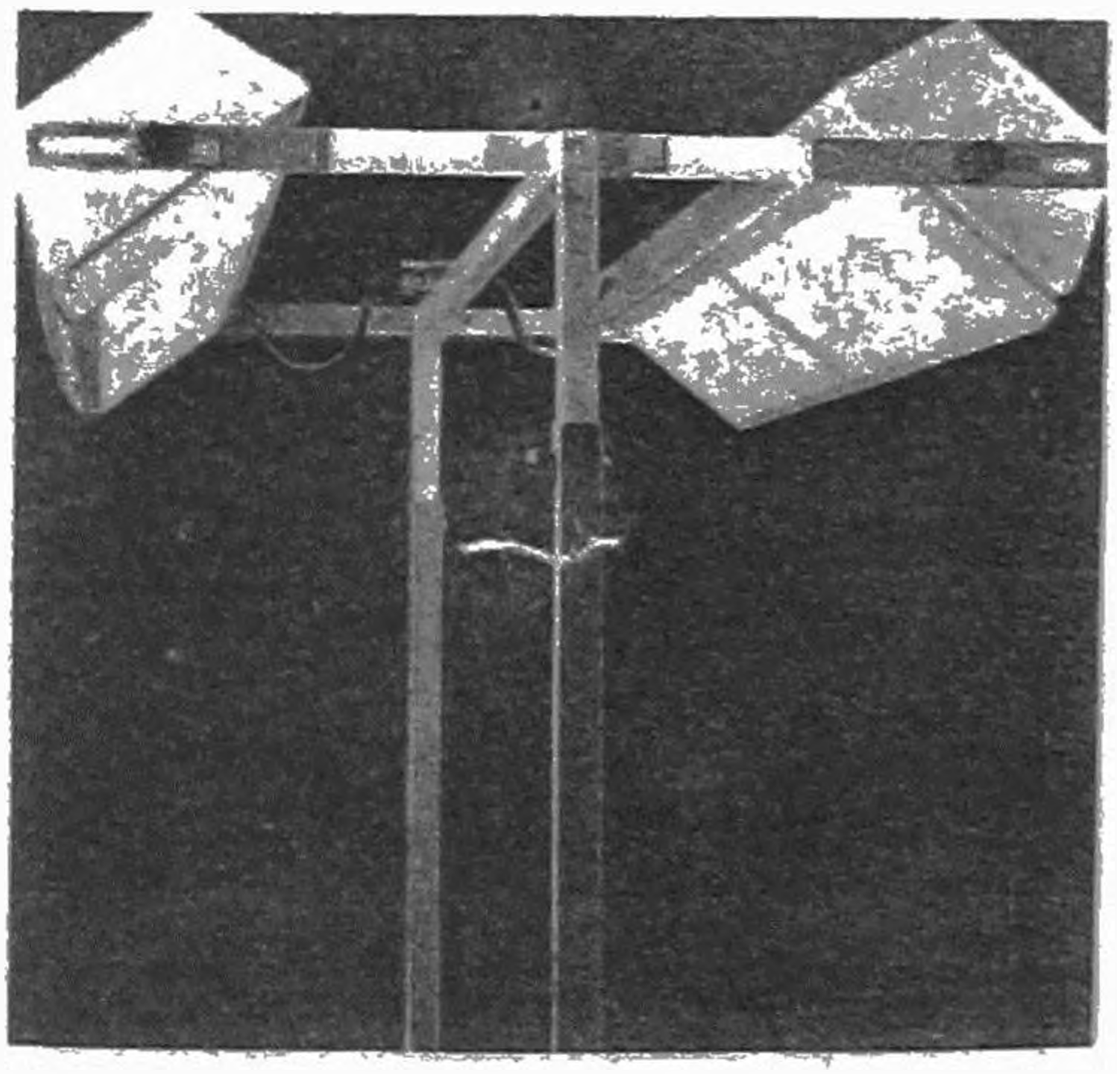
Стерилизација пламеном се изузетно ретко користи за инструменте, металне судове и неке предмете од стакла Стерилност се постиже ако се инструменти ставе у лавор, прелију алкохолом и запале, а дејству пламена су изложени најмање три минута. Пошто се охладе, могу се употребити. Ова метода се примењује само кад нема могућности да се на неки други начин изврши стерилизација инструмената за које се укаже ургентна потреба.

САВРЕМЕНЕ МЕТОДЕ СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ

СТЕРИЛИЗАЦИЈА ХЕМИЈСКИМ СРЕДСТВИМА

Стерилизација хемијским средствима може бити:

- влажна – потапањем инструмената у антисептичне растворе,
- сува – стављањем таблета формалина у посебне ормаре у којима су инструменти, бужије и др. одложени ради стерилизације.



ДЕЗИНФЕКЦИЈА УЛТРАЉУБИЧАСТИМ ЗРАЦИМА

Ова метода стерилизације се ретко користи (историјска метода).

СТЕРИЛИЗАЦИЈА УЛТРАЉУБИЧАСТИМ ЗРАЦИМА

Ваздух у операционој сали може да се стерилише помоћу ултраљубичастих зрака, који имају јако бактерицидно-гермицидно дејство и уништавају веома брзо врло отпорне микроорганизме. Операциона сала се по завршеном раду опере и дезинфикује, а затим се укључе кварцне лампе, које у току 12 до 18 часова стерилишу ваздух.

ЕКСПРЕС-АУТОКЛАВ

Експрес-аутоклав намењен је за брзу стерилизацију медицинских инструмената, текстилних материјала и гумене робе суво засићеном воденом паром Посебно је погодан за коришћење у медицинским и стоматолошким ординацијама, као и у лабораторијама. Сам аутоклав има решетку са тацнама, која се улаже у његову комору.

Радни простор, односно комора аутоклава је хоризонтални цилиндрични суд од нерђајућег челика. Котао се напаја водом директно из водоводне мреже, преко магнетног уређаја који спречава стварање каменца, а уграђен је у самом аутоклаву.

Програм стерилизације се одвија потпуно аутоматски, а избор једног од три програма се врши постављањем дугмета програматора у одређен положај. Инструменти и текстил се стеришу паром чији је притисак 2,2 bar температура 135°C, а гумена роба паром притиска 1,1 бар и температуре 120°C.

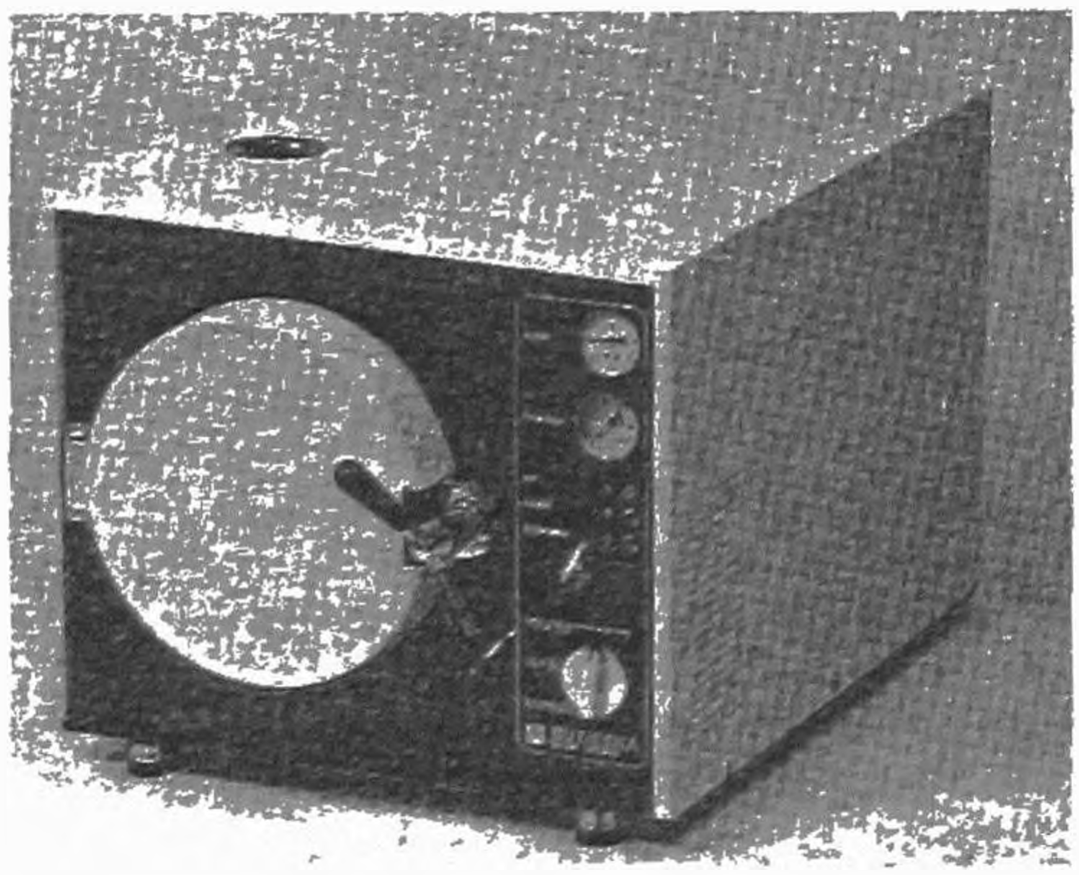
Радни притисак се одржава аутоматски преко регулатора притиска.

Трајање процеса:

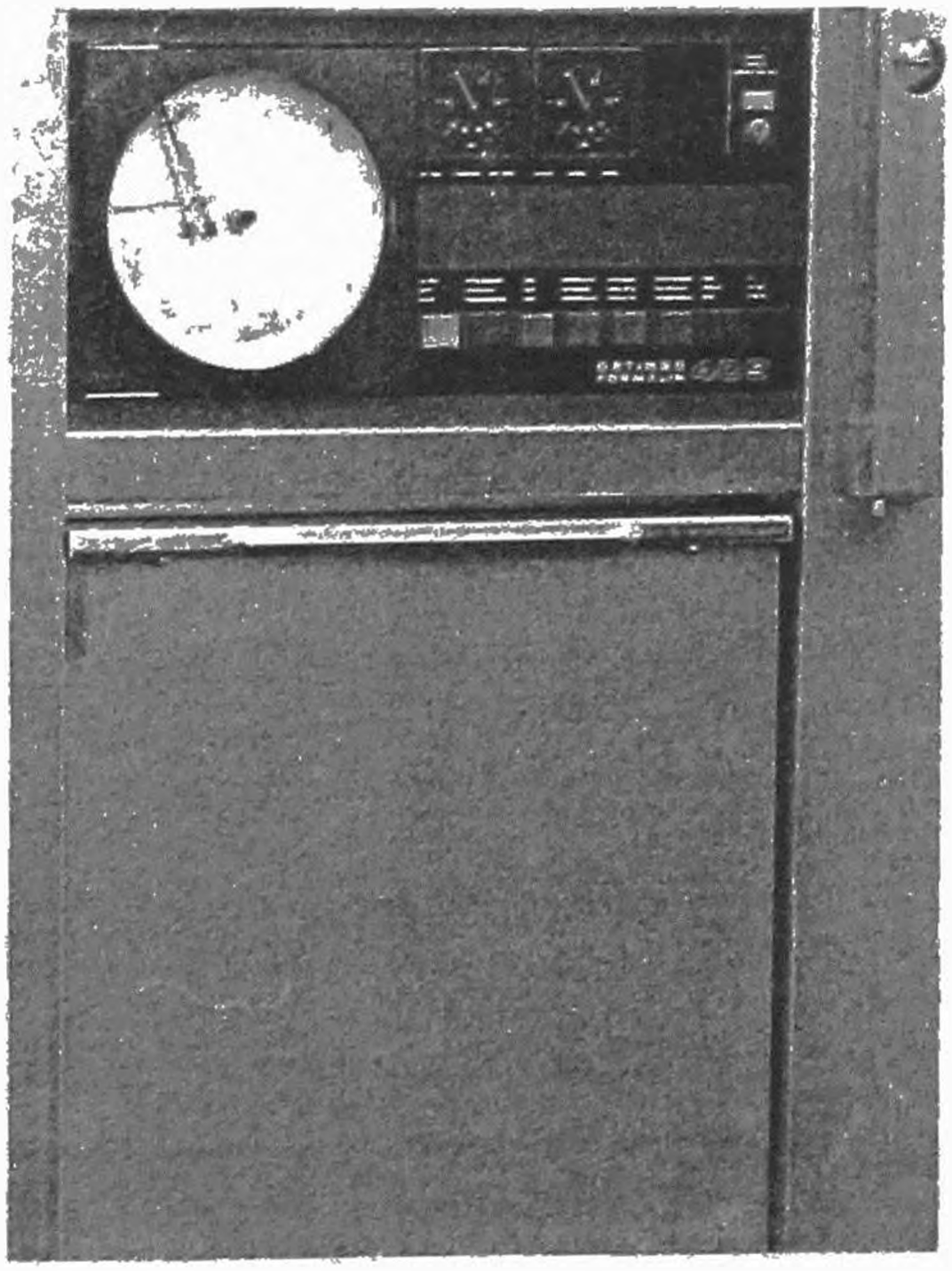
— стерилизација сушењем цео програм:

инструменти	6 min.,	2 min.,	24 min.,
текстил	12 min.,	6 min.,	32 min.,
гумена роба	20 min.,	6 min.,	40 min

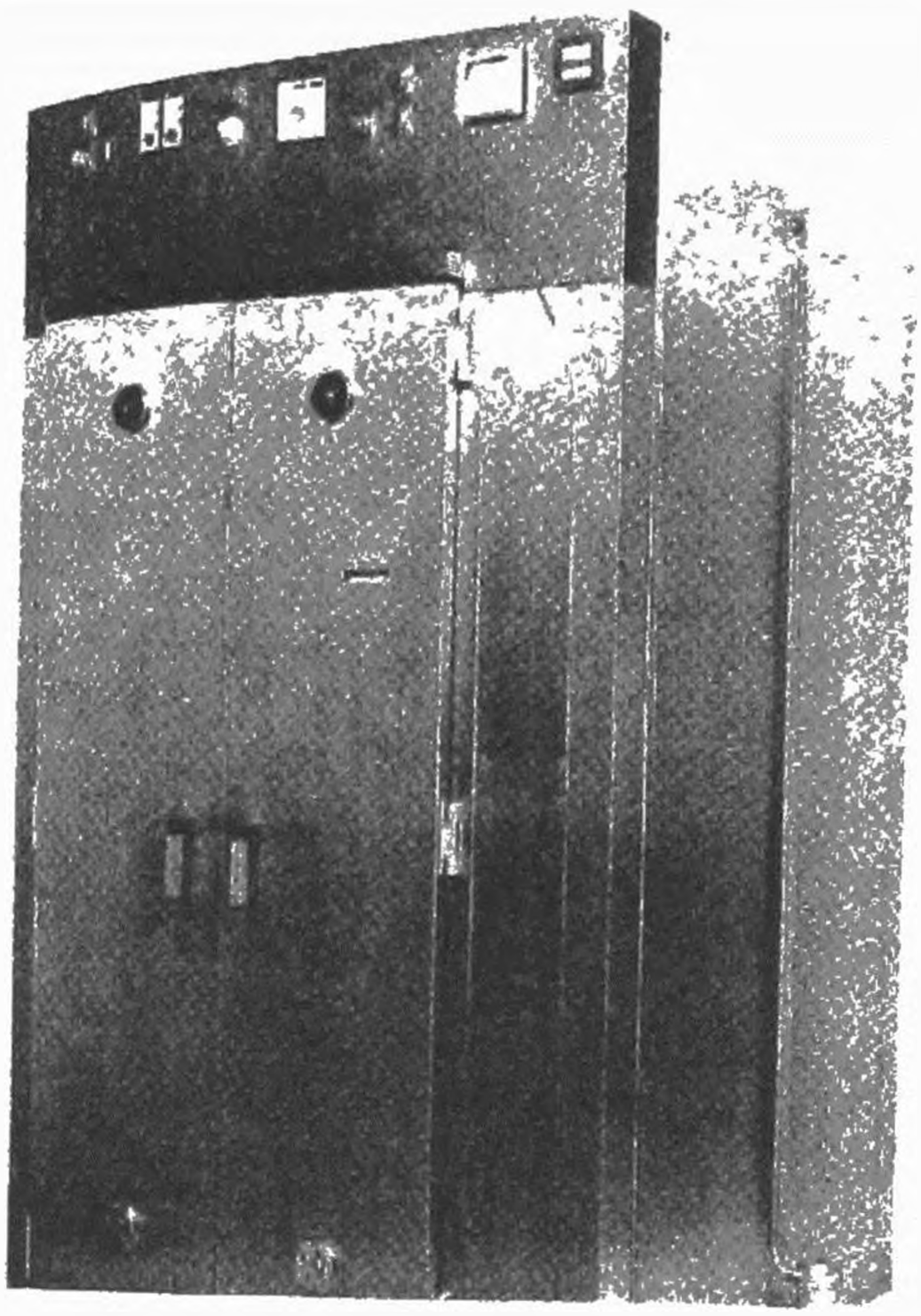
Аутоклав је снабдевен мерно-сигурносним уређајима као што су манова-кууум метри, термометар, вентил сигурности и терморегулатор који спречава прегоревање грејача у случају нестанка воде.



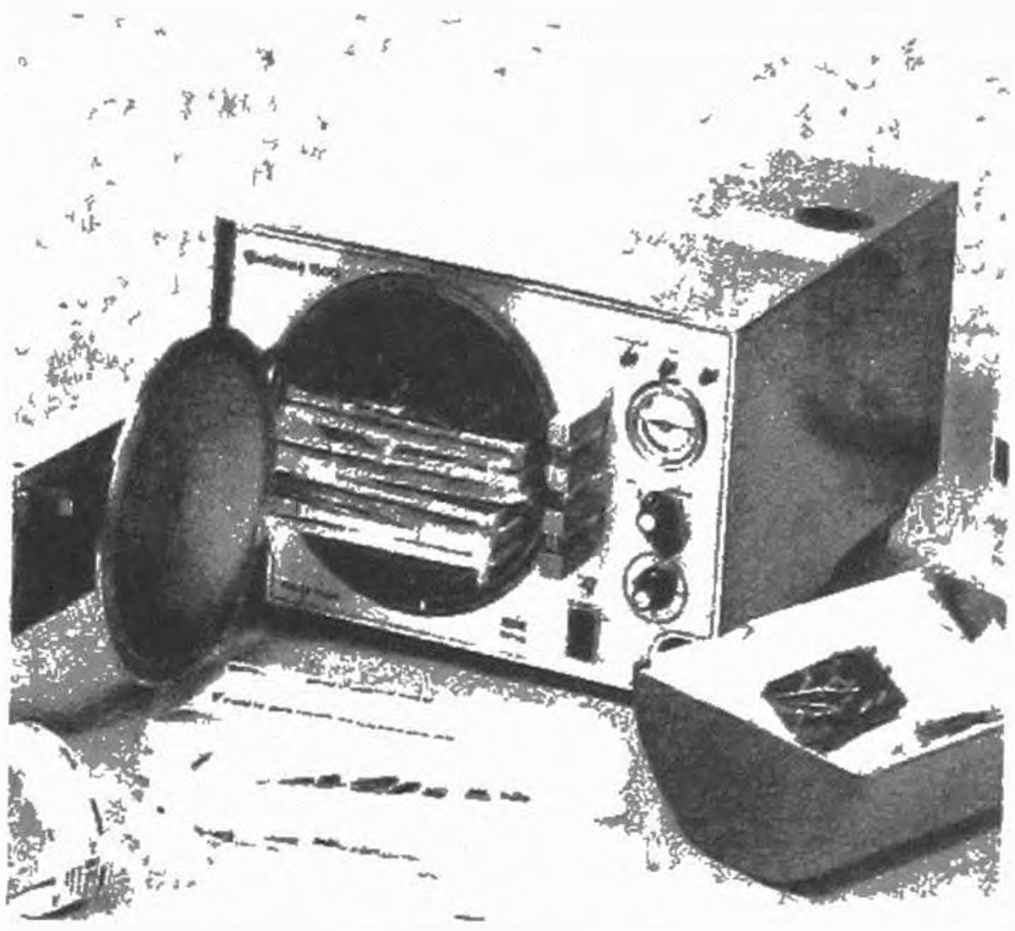
АУТОКЛАВ ЗА БРЗУ СТЕРИЛИЗАЦИЈУ У АМБУЛАНТАМА



АУТОМАТСКИ ПАРНИ СТЕРИЛИЗАТОР СА ХЕМИЈСКИМ РАСТВОРИМА



АУТОМАТСКИ СТЕРИЛИЗАТОР СУВОМ ЗАСИЋЕНОМ ВОДЕНОМ ПАРОМ



АУТОМАТСКИ СТЕРИЛИЗАТОР НА ПАРУ (СА ЈЕДНОМ МИЈСКИМ СРЕДСТВИМА)

АУТОМАТСКИ ПАРНИ СТЕРИЛИЗАТОР

Овај апарат служи за стерилизацију сувом засићеном воденом паром под притиском; брзо уништава микроорганизме уз минимум штетног деловања на материјал који се стерилише. Користи се суво засићена водена пара температуре 110 – 138°C, а најчешће температуре 120°C и 135°C. Ефикасност суво засићене водене паре као средства за стерилизацију обезбеђују високе температуре, велика количина латентне топлоте која се ослобађа при кондензацији, редукција запремине при кондензацији и способност влажења. Даље, водена пара је јефтина, чиста, лако се дистрибуира, лако се контролишу притисак и температура, продире у материјал као гас и др. Ова својства поседује само суво засићена водена пара, тј. пара чија је температура једнака температури воде на истом притиску.

Користи се за стерилизацију инструмената, текстила, стакла и гумене робе

Аутоматски парни стерилизатор намењен је за стерилизацију у болницама, клиникама (централна стерилизација), лабораторијама и индустрији

Процес стерилизације одвија се аутоматски уз претходно бирање једног од три фиксна програма стерилизације

135°C – инструменти,
135°C – текстил,
120°C – гумена роба

Операције у процесу рада стерилизатора су: спреман за стерилизацију, предвакуум, упуштање, стерилизација, испуштање и сушење. Поједине операције сигналишу сијалице. Намењен је за рад у температурном подручју од 50 до 220°C/300°C. Стерилизатор је снабдевен регистратором температуре.

СУВИ СТЕРИЛИЗАТОР СА УБРЗАНИМ ХЛАЂЕЊЕМ

Стерилизатор врелим ваздухом примењује се за стерилизацију инструмената, стакленог посуђа, опреме од порцулана и метала. Радни циклус се обавља аутоматски било да апарат одмах стартује или се бира време чекања.

Радни простор стерилизатора је од нерђајућег челичног лима (што омогућује дуг век трајања и лако одржавање апарата), а омотач од челичног лима, обојен печеним лаком

Температура се регулише помоћу електронског терморегулатора класе 1,5. Уграђен је тајмер на коме је могуће задати време чекања од 0 до 12 часова. Када оно протекне, апарат почиње аутоматски са радом

Конструкција апарата је таква да омогућује хомогену температуру у радном простору јер је циркулација ваздуха принудна помоћу електромотора и вентилатора Одступање температуре у радном простору је 2,5°C.

Убацивање ваздуха у комору стерилизатора после завршене стерилизације врши се преко бактерицидног филтера 0,2. Уграђен је хладњак, чиме је скраћено време хлађења, а проток расхладне воде се аутоматски прекида када температура у комори падне на 70°C. Могуће је продужити проток расхладне воде, чиме се смањује температура у комори.

Апарат је снабдевен термописачем, који мери температуру у комори, и временским бројилом, које региструје укупно време рада.

СТЕРИЛИЗАЦИЈА ПОМОЋУ УЛТРАЗВУКА

Стерилизација ултразвуком настаје услед ултразвучне вибрације, што изазива физичко разарање ћелија. Ултразвук може да делује на микроорганизме само у воденој суспензији. При том долази до изражаја физичко, топлотно и хемијско дејство, које изазива згрушавање (коагулацију) беланчевина у ћелији микроорганизма. Овај вид стерилизације примењује се у прехрамбеној и у фармацеутској индустрији, а ређе у медицинске сврхе.

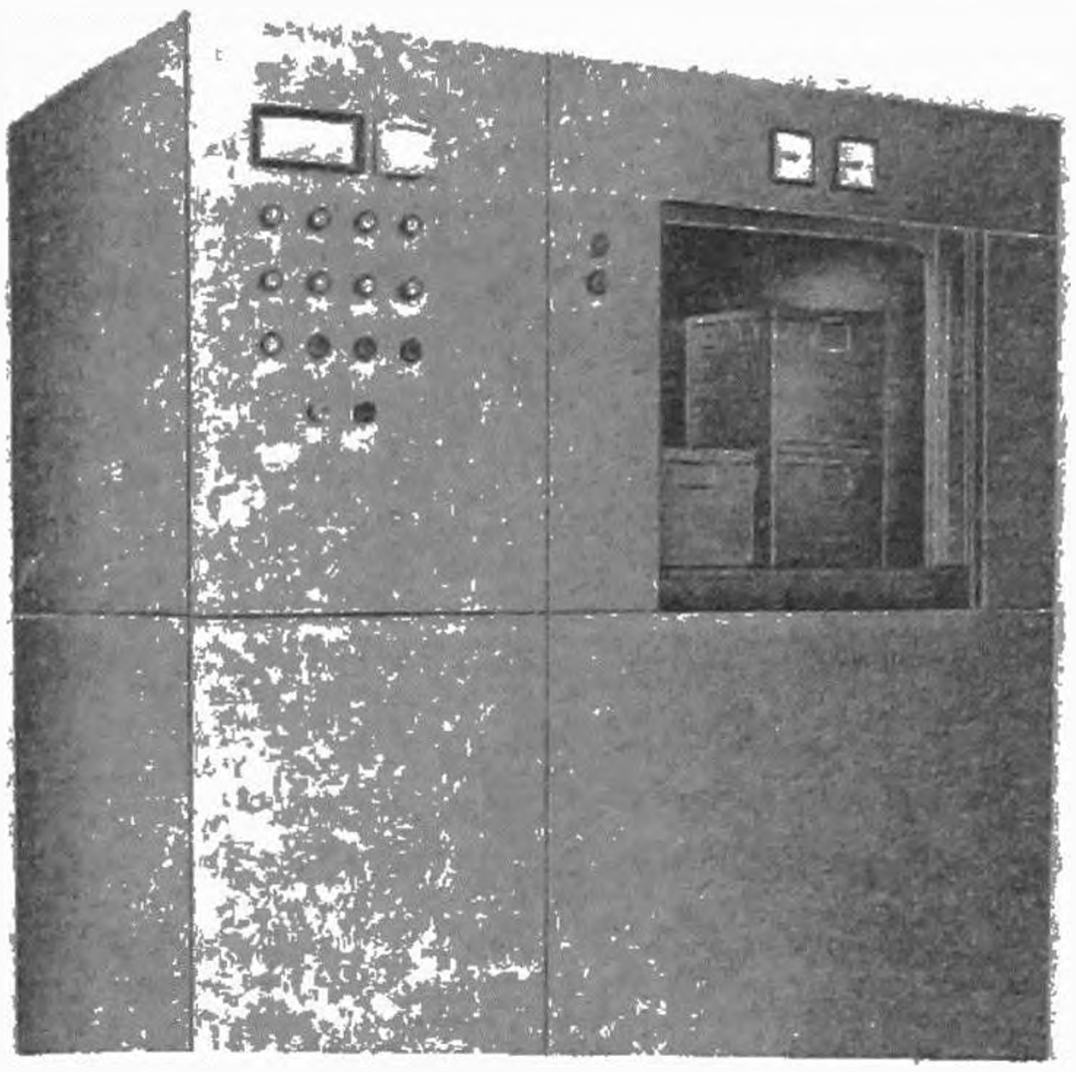
СТЕРИЛИЗАЦИЈА РАДИОАКТИВНИМ ИЗОТОПИМА (Co–60)

СТЕРИЛИЗАЦИЈА ПОМОЋУ ЈОНИЗУЈУЋЕГ ЗРАЧЕЊА

Стерилизација јонизујућим зрачењем постиже се гама-зрацима који су слични краткоталасним Х-зрацима из радиоактивних елемената. Зраци не проузрокују денатурацију протеина, али долази до јонизације виталних ћелијских елемената. Зрачење се постиже кобалтном бомбом (Co-60) и електронским акцелератором.

СТЕРИЛИЗАЦИЈА ЕТИЛЕН-ОКСИДОМ

Стерилизација етилен-оксидом у гасовитом стању спроводи се помоћу специјалног апарата. Предности стерилизације су да успешно уништава све облике микроорганизама и да при том не изазива корозију материјала који се стерилише и не мења његову структуру. Гас продире у све врсте порозног материјала, а по завршеној стерилизацији лако се отклања проветравањем. То је тип такозване хладне стерилизације, која се примењује за стерилизацију материјала од пластике, гуме, коже, специјалних апарата и уређаја, тубуса и делова апарата за ендотрахеалну анесте-



ГАСНА СТЕРИЛИЗАЦИЈА ЕТИЛЕН-ОКСИДОМ

зију. При поступку стерилизације ти апарати се не кваре и не оштећују, а етилен-оксид, као гас, лако продире на све површине и у унутрашње делове материјала, инструмената и апарата. По завршеној стерилизацији гасовита материја брзо ишчезава са материјала, инструмената и апарата. Етилен-оксид и у течном и у гасовитом стању има снажно бактерицидно дејство На обичној температури то је гас без боје, а по мирису подсећа на етар. У додиру са ваздухом је веома експлозиван. Испод тачке кључања (10,7°C) то је безбојна течност, која се лако меша са водом у свим односима. У течном стању је лако запаљив. По завршеној стерилизацији материјал се одмах не користи због токсичног дејства етилен-оксида.

КОНТРОЛА СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ

Контрола стерилизације је поступак којим се проверава успешност спроведене стерилизације.

Свакодневна контрола стерилизације у аутоклаву остварује се помоћу манометра и термометра, који су утрађени на аутоклаву и у току стерилизације показују висину температуре и притиска. Како су ти инструменти подложни кваровима, неопходно је да исправност рада термометра и манометра повремено контролише одговарајући стручњак.

Контрола стерилизације обавља се повремено или стално. Основне методе контроле стерилизације су:

- физичка метода,
- физичко-хемијска метода,
- бактериолошка метода.

Физичка и физичко-хемијска контрола су индиректне методе, а бактериолошка је директна метода контроле стерилизације

Физичка метода. — Осим термометра и манометра који су уграђени у апарате за стерилизацију и који показују температуру и висину притиска у атмосферама, постоје специјални маномери регистратори, који у виду кривуље региструју цео ток стерилизације. почетак стерилизације, повишење притиска, дужину трајања притиска, испуштање паре и др. Тачност рада таквог манометра условљена је одсуством ваздуха у аутоклаву, јер само под тим условима постоји директно пропорционални однос између притиска и температуре у њему. Најмања количина ваздуха учиниће да резултат буде погрешан.

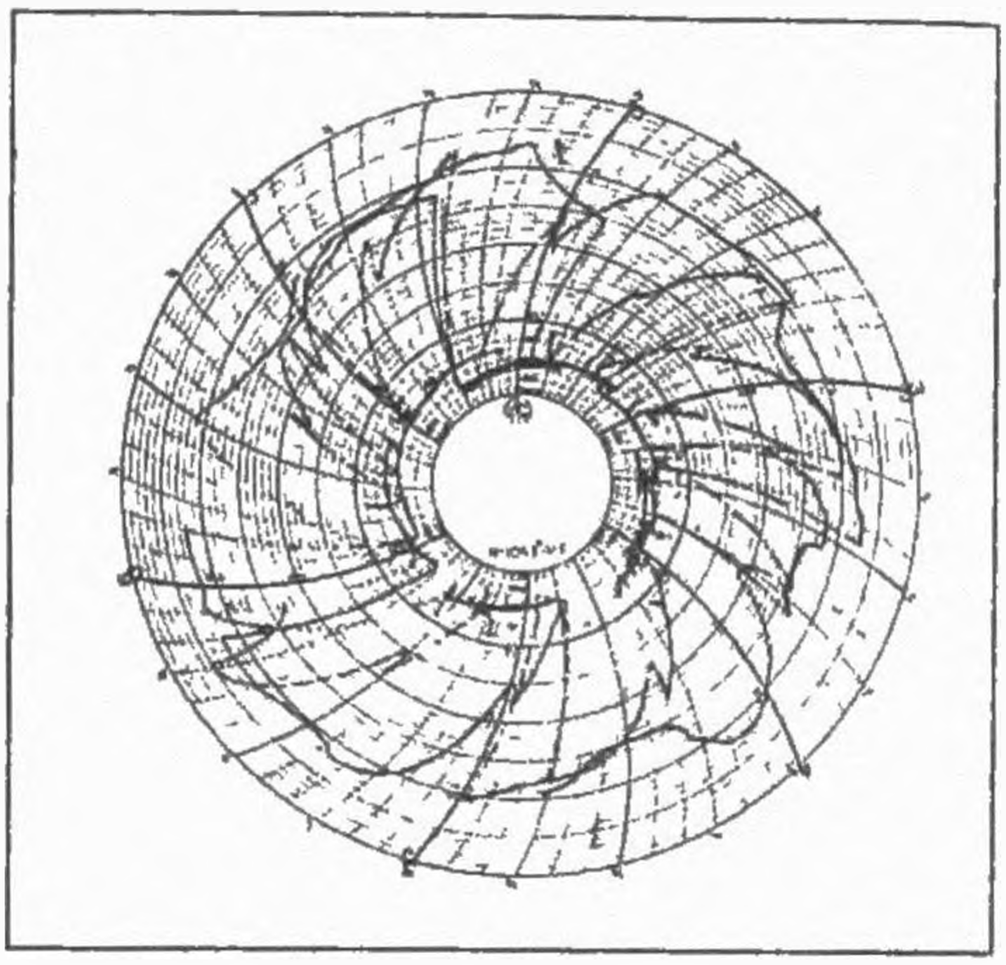
Употребљавају се и такозвани максимални термометри, који се ставе у аутоклав, па бележе само максимално постигнуту температуру на одређеном месту, али не региструју време кад је та температура постигнута, као ни колико се времена одржавала. Због тога се данас користе и тзв. термометри регистратори (електрични), који су спојени уређајем који се налази ван аутоклава. Он региструју, у виду кривуље, све промене температуре у комори за стерилизацију у аутоклаву.

Физичко-хемијска метода. — Ова метода се заснива на томе што се на одређеној температури материја на известан начин мења (отапа се, мења боју и

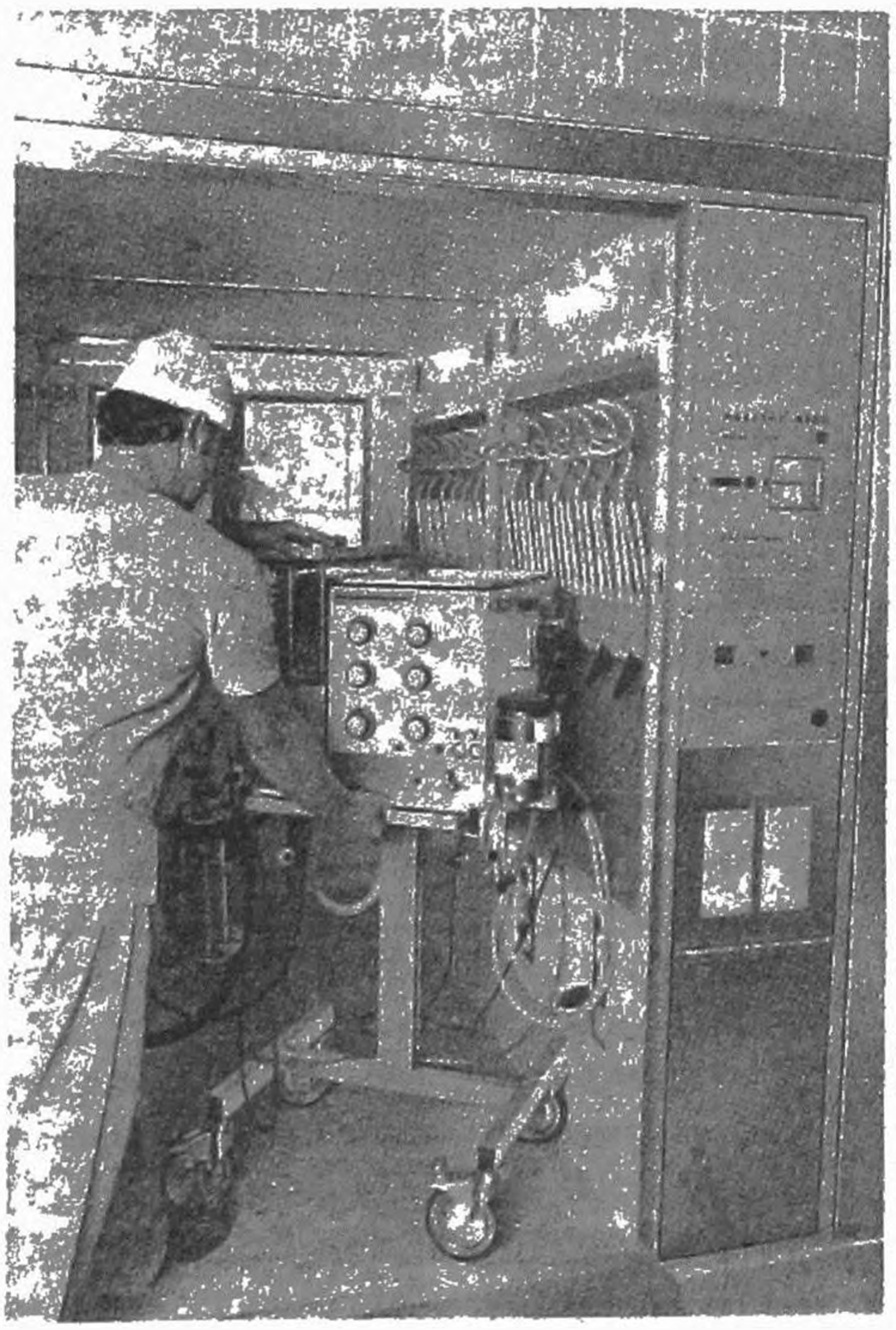
друго) па се према тим променама утврђује висина постигнуте температуре Контрола се врши помоћу Микулићевог (Mikulitz) папирића и помоћу цевчица — „сведока“..

Микулићев папирић је хартија која упија и на којој је написана реч „стерилно“. Она се премаже 3%-ним раствором скроба (штирка) и у полусасушеном стању се провуче кроз Луголов раствор (2 g јода + 4 g калијум-јодида + 94 g дестилисане воде). Под утицајем јода (услед реакције јода и штирка) хартија добија тамномрку боју и реч „стерилно“ престаје да буде видљива. Пошто се осуши, Микулићев папирић се пре стерилизације стави у добош, и то један папирић у средину добоша, а други на површину материјала за стерилизацију. Под дејством температуре више од 100°C хартија постаје бела, тако да се реч „стерилно“ опет може читати. Промена боје настаје и кад је температура нижа од температуре неопходне за постизање стерилности. Ова метода није сигурна јер не даје податке о томе колико је времена трајала одређена температура и како је била распоређена у аутоклаву и добошима. Ова метода се данас **не користи** (историјска метода)

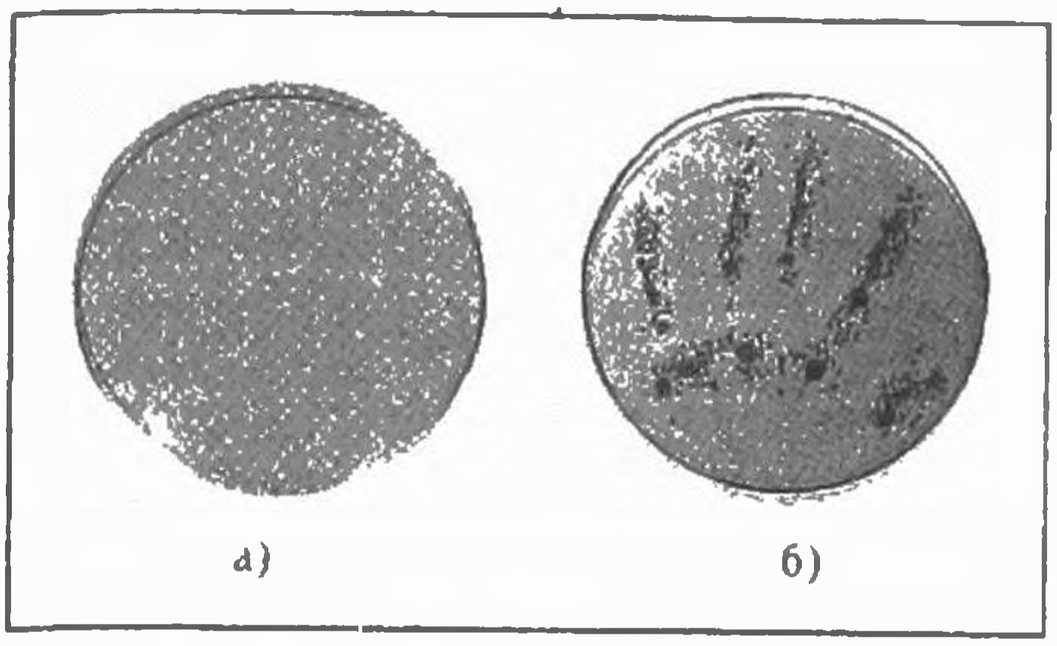
Цевчице („сведоци“) стављају се у аутоклав заједно са материјалом који треба стерилисати. У свакој цевчици се налази хемијска материја у чврстом стању, а на крајевима цевчице — боја. Оба краја цевчице су затворена. На тачно одређеним температурама та хемијска материја меша се са бојом па је по завршеној стерилизацији садржај цевчице обојен. Сумпор се топи на 117°C, резорцин на 110°C, антипирин на 113°C, а салицилна киселина на 156°C (за контролу суве стерилизације). На истом принципу може се вршити контрола и са обичним брисом од газе натопљеним у јодну тинктуру. После успешно извршене стерилизације брис



КОНТРОЛА СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ (АУТОМАТСКА ФИЗИЧКА КОНТРОЛА)



СТЕРИЛИЗАЦИЈА АПАРАТА И УРЕЂАЈА ЕТИЛЕН-ОКСИДОМ



БАКТЕРИОЛОШКА КОНТРОЛА СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ
а) стерилна подлога, б) израсле културе микроорганизама (нестабилан материјал)

од газе побели. Стављено парче вате по завршеној стерилизацији потамни или добије мрку боју. Таква контрола може се применити при свакој стерилизацији Ова метода се данас **не користи** (историјска метода).

Бактериолошка метода. – Ова метода је најпоузданија јер се директно контролише стерилисани материјал, а не висина температуре. Постоје два поступка за контролу стерилизације:

а) Зачепљена епрувета са загађеним материјалом (гној, некротични делови ткива) стави се у добош, односно у аутоклав. По завршеној стерилизацији у аутоклаву епрувета са загађеним материјалом шаље се у лабораторију ради засејавања на подлоге за аеробну и анаеробну бактеријску флору. Ако после засејавања микроорганизама на подлози не израсту колоније, значи да је стерилизација потпуна, а апарат исправан.

Метода се данас **не користи** (историјска метода).

б) Са више места из добоша узму се узорци стерилисаног материјала (брис од газе, део конца, део завојног материјала и др.) и шаљу у лабораторију на бактериолошку контролу.

Ова метода се **данас искључиво користи** за контролу стерилизације.

ДЕЗИНСЕКЦИЈА

Дезинсекција је метода којом се уништавају инсекти или се сузбија њихово деловање, а обухвата, пре свега, борбу против оних инсеката који преносе заразне болести. Отад су пронађена модерна инсектицидна средства, тзв контактни отрови (који делују при додиру на нервни систем инсеката), борба против инсеката је постала много успешнија и сваком приступачна

Дезинсекцију треба да спроводе особе које добро познају препарате и њихово деловање на људски организам, па се за највећи број ових препарата саветује да их примењују специјални заводи, односно лица која су за тај посао стручно обучена. Данас се за дезинсекцију употребљавају·

- топлота (врела вода, врео ваздух) за ваши, стенице и др ;
- цијановодонична киселина (употребљавају је само стручна лица),
- контактна инсектицидна средства, која се примењују у облику прашка, раствора, концентрата за прављење емулзија, аеросола и друго.

ДЕПЕДИКУЛАЦИЈА

Депедикулација је облик дезинсекције којим се уништавају ваши. Више деценија није било великих проблема са вашљивошћу, али, нажалост, последњих година са овом појавом све се чешће срећемо, чак и у већим градовима.

На човеку живе три врсте ваши: у коси на глави (Pediculus capitis), на одећу (Pediculus vestimenti) и на длакама полних органа (Pediculus pubis) Ваши преносе опасне заразне болести, а такође изазивају свраб и ометају сан.

Ваши се уништавају на разне начине, у зависности од тога о којој врсти је реч.

Срамна ваш (Pediculus pubis) релативно лако се уништава. Најпре се ошиша длака, а затим се намаже кожа машћу (најчешће живини препарати) или

се употреби DDT прашак, 2 – 3 пута, и ове ваши ће се уништити

Ваши на глави се уништавају теже, нарочито код женске деце јер она најчешће не дозвољавају да се коса ошиша. Иначе, употребљава се 5 – 10%-тни DDT, 10%-тни сирћетна киселина или ana parles, маслиново уље и петролеум или милинор-шампон

Милинор-шампон је инсектицид – антипедикулозум. Користи се као средство за уништавање ваши косматог дела главе, али и стидних ваши.

Милинор-шампон не сме се употребљавати код деце која имају повређену кожу власишта или длакавих површина. Секундарне инфекције коже, огреботине или запаљењски процеси на кожи такође су контраиндикација за употребу овог шампона. Према томе, шампон се мора опрезно употребљавати, посебно код деце до три године.

Ако приликом употребе доспе у очи, очи треба испрати са пуно воде. Прекомерна употреба овог шампона може да делује токсично на ЦНС. Треба га чувати под кључем, јер ако се случајно догоди да га дете прогута, треба одмах позвати лекара који ће предузети мере као и код других тровања инсектицидима.

Употребљава се тако што се коса покваси топлом водом. Шампон у боци се промућка како би се измешао. За млађу децу треба одмерити једну кашику (15 ml), а за старију две кашике шампона. Шампонирати косу 4 минута тако да пена покрије целу длакаву површину. Коса се затим добро испере са доста воде и обрише чистим пешкиром.

За време шампонирања и испирања косе мора се добро пазити да шампон не доспе у очи, нос или уста.

При првом шампонирању обично се униште све ваши. Уколико се деси да се ваш поново појави, шампонирање се може поновити тек за 7 – 8 дана.

Ваши у оделу се најуспешније уништавају ако се тканина потопи у раствор емулзија инсектицида (DDT по 2 g на m² тканине или у 10%-тну концентрацију прашка). Запрашивање треба поновити за 14 дана. Не треба заборавити да у становима вашљивих лица треба запрашити и све постељне ствари.

ДЕРАТИЗАЦИЈА

Дератизација означава методу за уништавање пацова и других штетних глодара.

Пестициди су средства за уништавање свих штеточина, како глодара, тако и инсеката.

Раticиди су средства за уништавање глодара из рода пацова.

Пацови су штетни јер уништавају велике количине хране и преносе тешке заразне болести.

Борбу против пацова воде специјализовани заводи; заштита и одбрана од пацова није једноставна и не може је успешно водити појединац. Због тога овде није детаљније објашњена дератизација.

ИЗОЛАЦИЈА, ЗДРАВСТВЕНИ НАДЗОР, КАРАНТИН И ДРУГЕ МЕРЕ ПРОТИВЕПИДЕМИЈСКЕ ЗАШТИТЕ

Медицинска асепса или изолација су процедуре којима се стварају и одржавају баријере између инфицираних и неинфицираних особа. Изолација од инфекције може се остварити у различитим степенима.

Изолација је мера антибактеријског режима којим се, нарочитим поступцима, спречава ширење једне инфективне болести. Постоје три типа изолације:

- *стандардна*;
- *стрикτна и*
- *протективна* (*заштитна*).

Стандардна и стриктна изолација се примењују ради заштите околине болесника који је носилац патогених узрочника или их излучује. Протективном изолацијом треба заштитити болесника чија је телесна одбрана ослабљена било због основног обољења или терапијских мера, тако да је постао веома осетљив на инфекцију. За све типове изолације важно је да особа буде смештена у једнокреветној соби, да врата увек буду затворена и да буде забрањен улаз посетиоцима без претходне најаве. Такође, болесник не сме да напушта собу.

Стандардна изолација се састоји у томе што се пре уласка у собу дезинфикују руке, обуче заштитна одећа и стави маска; у контакту са инфицираним деловима тела, секретима и екскретима употребљавају се рукавице за једнократну употребу. Пре напуштања болесничке собе оставља се заштитна одећа и дезинфикују руке. Употребљени материјал и инструменте треба добро упаковати и спремити их за дезинфекцију и стерилизацију. Стандардној изолацији подлежу особе оболеле од инфективних болести које се преносе ваздухом (морбили, менингококни менингитис, вирусни менингитис, мумпс, Mykoplasma pneumoniae, вирусне пнеумоније, велики кашаљ, полиомијелитис, рубеола, шарлах и ТВС); затим инфекције чији се узрочници излучују преко дебелог црева (амебни ентероколитис, колера, дијареја вирусног и непознатог порекла, стафилококни ентероколитис, гастроентеритис изазван E. coli, салмонелозе, шигелозе, хепатитис А, В, non-A, non-B и тифус); и инфекције рана и коже (фурункулозе, херпес зостер, пуерперална сепса, инфициране ране и кожне инфекције S. aureusom и стрептококама групе А).

Стрикгна изолација примењује се у случају: дифтерије, Eccema vaccinatum, Lassa fiber, плућног антракса, пнеумоније са S. aureusom. Пре уласка у собу потребно је дезинфиковати руке, обући заштитну одећу, ставити капу, маску и пластичне навлаке за ципеле. У соби треба употребљавати рукавице за једнократну употребу у случају директног и индиректног контакта са болесником. Пре напуштања собе заштитна одећа се одлаже на место где се ставља инфективни отпад, употребљени материјал затвори и однесе на деконтаминацију.

Протективна (заштитна) изолација примењује се код болесника који болују од агранулоцитозе, примарне и секундарне имунодефицијенције, као и у особа са тетануса, и антракса збринутим и неинфицираним опекотинама. Пре уласка у собу дезинфиковати руке, обући стерилну заштитну одећу или одећу за једнократну употребу, ставити маску, капу, пластичне навлаке за ципеле. Инструменте, рубље и завојни материјал треба стерилисати. После напуштања болесничке собе, за збрињавање материјала употребљеног у болесничкој соби нису потребне посебне мере.

Здравствени надзор је скуп мера којима се обезбеђује стриктно спровођење свих наведених мера у борби против епидемијских инфекција. Тај надзор врше непосредно одговорна лица у свакој здравственој установи, и то перманентно, а повремено и одговарајуће инспекције општине и шире друштвене заједнице.

Карантин је појам којим се означава потреба да се једно лице или група изолују од осталих људи све док се не утврди да су потпуно здрави и да могу да се без ризика по себе и друге укључе у нормалан живот и рад. Карантин се примењује у свим случајевима када се сумња да је неко лице било у контакту са лицима оболелим од заразних болести, а у карантину мора остати онолико дана колико траје инкубација за одређену заразну болест.

IV ВЕЖБЕ

1. ТЕХНИКА И МЕТОДЕ ДЕЗИНФЕКЦИЈЕ

Под тим се подразумева техника дезинфекције, припремање средстава и спровођење механичке, хемијске и других врста дезинфекције.

2. ТЕХНИКА СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ

СУВА СТЕРИЛИЗАЦИЈА, ВЛАЖНА СТЕРИЛИЗАЦИЈА, ХЕМИЈСКЕ ВРСТЕ СТЕРИЛИЗАЦИЈЕ. ПРИПРЕМА МАТЕРИЈАЛА ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЈУ. ТЕХНИКА РУКОВАЊА СТЕРИЛНИМ МАТЕРИЈАЛОМ И ЧУВАЊЕ

То подразумева спровођење различитих врста стерилизације, као и припремање и искључивање апарата, припремање различитог материјала за стерилизацију, извођење и контролу стерилизације и чување стерилисаног материјала

3. ВРСТЕ И ПРИМЕНА АНТИСЕПТИЧНИХ СРЕДСТАВА

Антисептична средства испољавају своје дејство на тај начин што делимично (непотпуно) уништавају микроорганизме или успоравају њихов развој. Она делују на микроорганизме на различите начине. При локалној примени могу да драже ткива или се растварају у ткиву па делују токсично. Најчешће се користе следећи антисептици:

- **једињења бора**, користе се као раствор (1%-тни) за испирање носа, мокраћне бешике, вагине и ректума. Борни крем ублажава инфекцију коже и свраб и смањује запаљењски процес у ткиву. Борна киселина се перорално примењује у превенцији декубитуса;
- **нитрат сребра** (*Argentum nitricium*), служи за премазивање ивица ране да би се спречило даље стварање гранулације,
- **алкохол** (*Spiritus concentratus*), лако испарљива, бистра, безбојна течност, карактеристичног мириса; меша се у свакој размери са водом (75% алкохола + 25% воде – *Spir. dilutum*), глицерином и етром. У додиру са бактеријама таложи протеине, па се користи за дезинфекцију коже;
- **риванол** (*Solutio rivanoli*), употребљава се у раствору 1 g на 1000 g дестилисане воде (раствор је жуте боје). Ресорбује се у ткивима, а из организма излучује мокраћом. Кожа и ткива на која су стављени раствори риванола обоје се жуто. Користи се за испирање рана и трбушне дупље;
- **сапуни** (*Sapones*), користе се за дезинфекцију руку и оперативног поља. Размекшавају орожали слој коже и потпомажу одстрањивање површинског слоја епитела са прљавштином и микроорганизмима,
- **десол** (1%-тни раствор), користи се за дезинфекцију руку, оперативног поља, површинских рана и опекотина, инструмената и рубља. Десол 0,5%-тни користи се за испирање ока, носа, уха, мокраћне бешике, вагине, ректума;
- **асепсол**, безбојан је, без мириса, највише се примењује у амбулантној и клиничкој пракси. Делује на грам-позитивне и грам-негативне бактерије. Слабо је токсичан и не дражи кожу и слузокожу;
- **повидон-јодид** (водени 1%-тни раствор органски везаног јода). Брзо делује, не оштећује кожу и слузокожу, не успорава зарашћивање рана, није токсичан, не изазива

ХЕМИЈСКА АНТИСЕПТИЧНА СРЕДСТВА

ХИБИСЕПТ

ПОВИДОН-ЈОДИД

ДЕЗИНФЕКЦИОНА СРЕДСТВА

- *За дезинфекцију металних инструмената,*
- *истовремено чисте и дезинфикују инструменте и одстрањују крв, гној и друге секрете*

АЛДЕСОЛ

алергију и може се увек применити (нема контраиндикације за употребу).

Користи се за:

- дезинфекцију руку,
- дезинфекцију коже пре пункције и операције,
- дезинфекцију рана, опекотина, слузокоже вагине и ректума,
- дезинфекцију опреме и уређаја који служе за негу и лечење болесника,
- испирање телесних шупљина,
- испирање загнојених рана;

– **стеригал**, служи за спољашњу употребу. Има широки спектар дејства и делује на грам-позитивне и грам-негативне бактерије. Кожа и слузокожа га добро подносе јер не оштећује и не дражи кожу. Може се дуго примењивати, а микроорганизми не постају резистентни. Има дезинфекциона својства са продуженим деловањем.
Пакован је у боци од 500 ml у 2,5%-тном воденом раствору. Користи се за дезинфекцију коже при превијању ране болесника, дезинфекцију руку, дезинфекцију коже перианалне регије и полних органа. Примењује се и у операционој сали и превијалишту за дезинфекцију инструмената и уређаја;
– **хибисепт** (средство из увоза „Плива" Загреб), антисептичко средство које има јако бактерицидно дејство. Уништава бактерије, вирусе и споре. Не дражи ткива, није токсичан и не изазива алергијске појаве.
Користи се за:
– дезинфекцију коже, испирање рана, опекотина, мокраћне бешике и вагине,
– дезинфекцију инструмената, уређаја и опреме за негу болесника,
– дезинфекцију металних делова болничког намештаја, ноћних судова и термометара,
– дезинфекцију руку, колица за превоз хране, судова, послужавника и др. на заразним одељењима болнице;
– **десинфен-Ф**, служи за чишћење пода (WC, купатила, превијалишта и соба болесника). Приликом употребе користе се заштитне рукавице. Десинфен се раствара у обичној води (на 5 *l* воде успе се 100 ml десинфена). Овим раствором под се обрише једном до два пута у току дана (са 5 литара раствора може се пребрисати 24 – 30 m² површине пода). Уколико се чист десинфен проспе по кожи, руке треба одмах испирати 5 минута под млазом текуће воде, а потом кожу премазати масном кремом или вазелином, односно глицерином.
Крпе за прање подова после употребе се исперу у текућој води и ставе у суд са раствором десинфена ради употребе у току следеће смене, односно наредног дана;
– **омнисан** (5%-тни раствор), уништава грам-позитивне и грам-негативне бактерије и вирусе. Не оштећује кожу руку, а користи се и за дезинфекцију кухиње, хигијенских просторија, собе болесника, одељења интензивне неге и операционог блока. Употребљава се у служби рехабилитације за дезинфекцију када и базена који се користе за пливање и рекреацију.
У један литар воде сипа се 20 ml омнисана. За дезинфекцију рубља и постеље болесника користи се јачи раствор (на 1 литар воде 30 ml омнисана);
– **изосан** (у облику прашка и гранула), лако и брзо се раствара у води. Уништава све микроорганизме, па и вирус HIV (сида – AIDS) и вирус хепатитиса А. Служи за дезинфекцију судова и прибора за јело, чајне кухиње, собе болесника, одељења интензивне неге и амбулантно-поликличке службе. Раствор се употребљава у односу: 2 g гранула на 5 литара воде. Кухињско посуђе и прибор за јело потапају се 90 минута у тај раствор. Затим се добро исперу под млазом текуће воде, осуше и користе.

Санитарне просторије се прскају раствором изосана (помоћу спреја – пумпице), а рубље болесника и постељина потапају се у раствор до 60 минута, а затим перу у машини за прање рубља.

Раствором изосана дезинфикује се вода у базенима и каде.

Изосан се чува на сувом и хладном месту, у оригиналном паковању. Спремљени раствор мора се употребити истог дана;

- **викрон**, антисептично средство које делује на микроорганизме и вирусе антибактеријски. Викрон спречава развој вируса који изазивају хепатитис А и хепатитис В, чести професионална обољења здравствених радника. Пакује се у врећици од 50 g; као прашак је ружичастосиве боје, а када се раствори у води добија ружичасту боју; на 10 литара воде стави се 50 g прашка (1%-тни раствор).

Користи се за:

- дезинфекцију пода хигијенских просторија (WC, купатила), ходника болница, собе болесника. После механичког чишћења просторије се пребришу раствором викрона који има мирис лумуна,
- дезинфекцију постељног и личног рубља болесника. Рубље се потапа 10 минута у раствор викрона, затим се испира у топлој води, а потом пере на уобичајени начин,
- дезинфекцију ноћних судова („гуске", лопате – потапају се 10 минута, а потом перу и дезинфикују),
- дезинфекцију лабораторијских судова који служе за узимање крви, столице, мокраће, исплувка и других секрета болесника; сви судови се потапају 15 минута у раствор викрона, а потом перу и дезинфикују на уобичајени начин,
- дезинфекцију аспиратора, термометара, чешљева, четки и другог материјала које користи болесник. Материјал се потапа 10 минута у раствор викрона, а потом се испира топлом водом;
- **сулфонамиди**, убрајају се у групу хемиотерапијских гермицидних средстава. Болеснику се дају локално или *per os*, тј. удаљено од места на коме је процес инфекције локализован, где се преносе крвотоком, те спречавају даљи развој и множење микроорганизама а истовремено делују и бактериостатски.

Биолошка антисептика се примењује:

- ради спречавања развоја инфекције у рани,
- као метода лечења,
- ради повећања имунобиолошких снага организма.

У биолошку антисептику спадају:

- антибиотици,
- вакцине,
- серуми.

Антибиотици се користе за спречавање инфекције организма.

Вакцине служе да се постигне активни вештачки имунитет организма; унете у организам, стварају специфична антитела и штите организам од одговарајућих заразних болести и њихових проузроковача.

Серуми се употребљавају за пасивну имунизацију људи за одређене болести. Серумом се у организам уносе готова антитела која неутралишу токсине у организму и излучују се у току две до три недеље.

4. ЛИЧНА ЗАШТИТА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

Пре ступања на посао и пре одласка са посла, сестра пресвлачи радну одећу у посебној гардероби.

ЗАШТИТА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – РАДНА ОДЕЋА

Радну одећу сестра даје на прање два пута недељно, по потреби и чешће. Радну обућу треба, када је то потребно, да обрише о застирач натопљен дезинфекционим средством, а при раду са болесницима који болују од заразних болести треба да носи заштитну маску преко носа и уста. Физиолошке потребе обавља у посебним санитарним просторијама које не користе болесници одељења

У оперативном блоку, служби прогресивне – интензивне неге, сестре носе танку мараму којом је покривена коса. Преко лица и косе имају заштитну маску. На ногама носе специјалну обућу (борасана ципеле). Такве ортопедске ципеле смањују замор у току рада. Забрањено је носити клумпе, јер при ходу стварају буку, што ноћу ремети мир и сан болесника.

Када медицинска сестра напушта болницу, ђонове својих ципела очисти на застирачу натопљеном дезинфекционим раствором

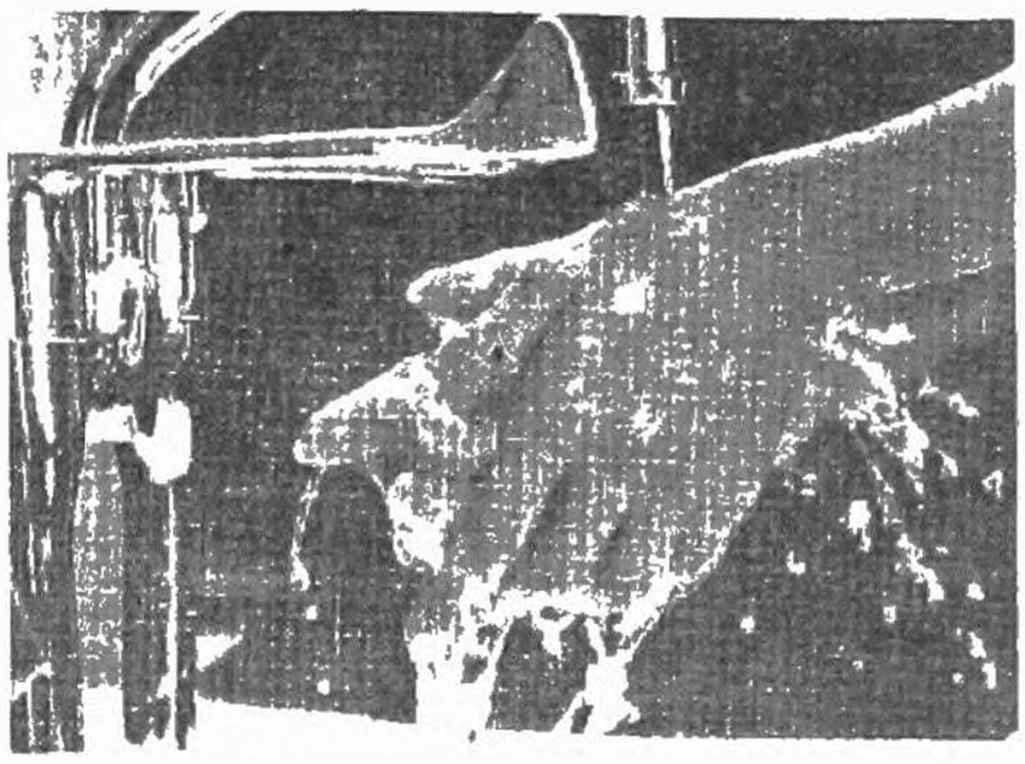
При узимању излучевина болесника (ради прегледа у лабораторији) обавезно навлачи чисте гумене рукавице. Рад око излучевина (узимање и слање материјала ради анализе) захтева од сестре да:

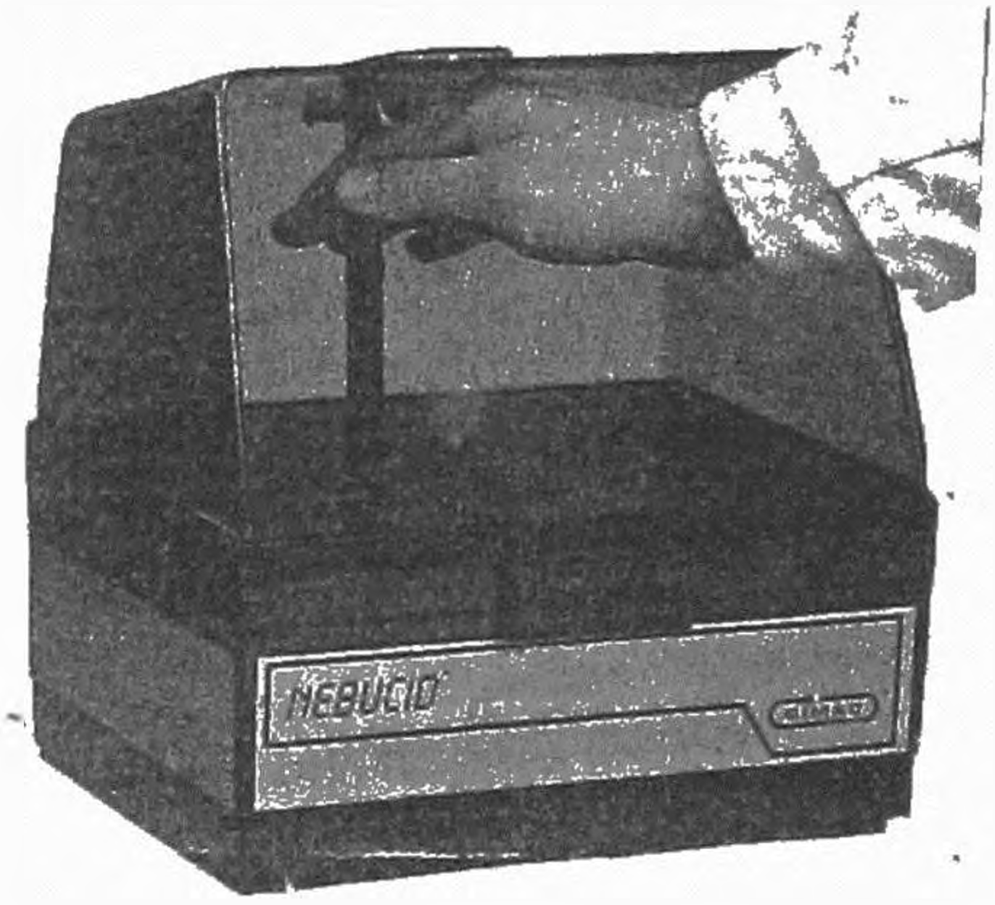
– после сваког додира и рада са материјалом одмах опере руке топлом водом и сапуном,
– употребљени материјал дезинфикује и тако спречи ширење инфекције,
– дезинфикује намештај у болесничкој соби. Постељно рубље и пижаму сме да прикупља само са гуменим рукавицама на рукама

Када постоји инфекција на кожи болесника, сестра при раду обавезно носи заштитне гумене рукавице. После додира коже болесника, скида рукавице и руке пере сапуном и водом, а потом их потапа у раствор са антисептицима. Сестра мора да води рачуна да у току рада прстима не додирује своје очи, слузокожу носа, усана, лице и друге откривене делове тела.

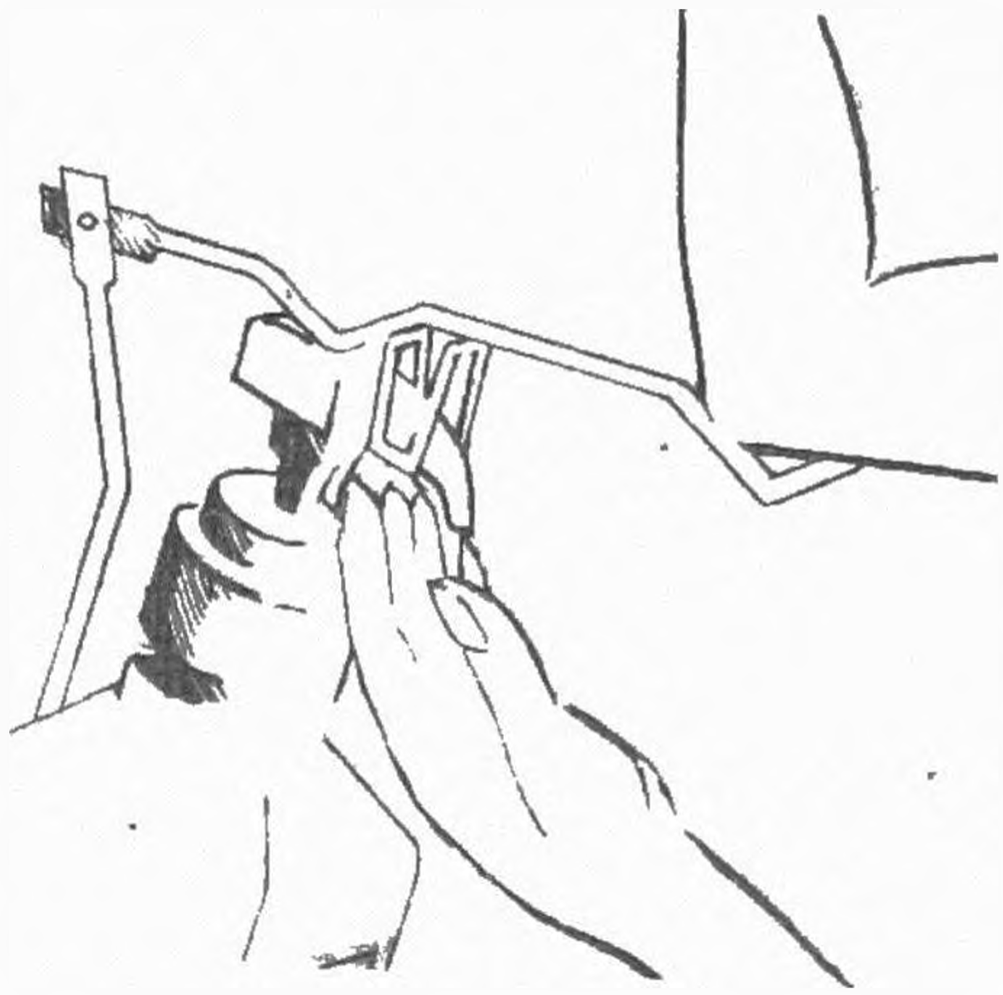
5. ДЕЗИНФЕКЦИЈА РУКУ ЛЕКАРА И СЕСТАРА

У преношењу инфекција руке имају двоструку улогу, јер могу служити као извор инфекције (поједини микроорганизми размножавају се у горњим деловима коже) а, са друге стране, и као путеви – преносиоци за микроорганизме. Микроорганизми присутни на кожи означени су као контактна флора, која се по правилу задржава неколико сати на кожи. Флора садржи узрочнике хоспиталних инфекција. Уништавање контактне флоре на рукама осигурано је тзв. хигијенском дезинфекцијом руку. Показано је да салмонеле присутне на кожи прањем бивају разбацане у околину лавабоа, па зато такви контаминенти морају бити уништени још на рукама. Дезинфекцијом руку постиже се десет пута већа редукција узрочника него обичним прањем. Контактна флора руку угине још за време деловања дезинфекционог раствора на рукама. Најбржи и најјачи ефекат у дезинфек-



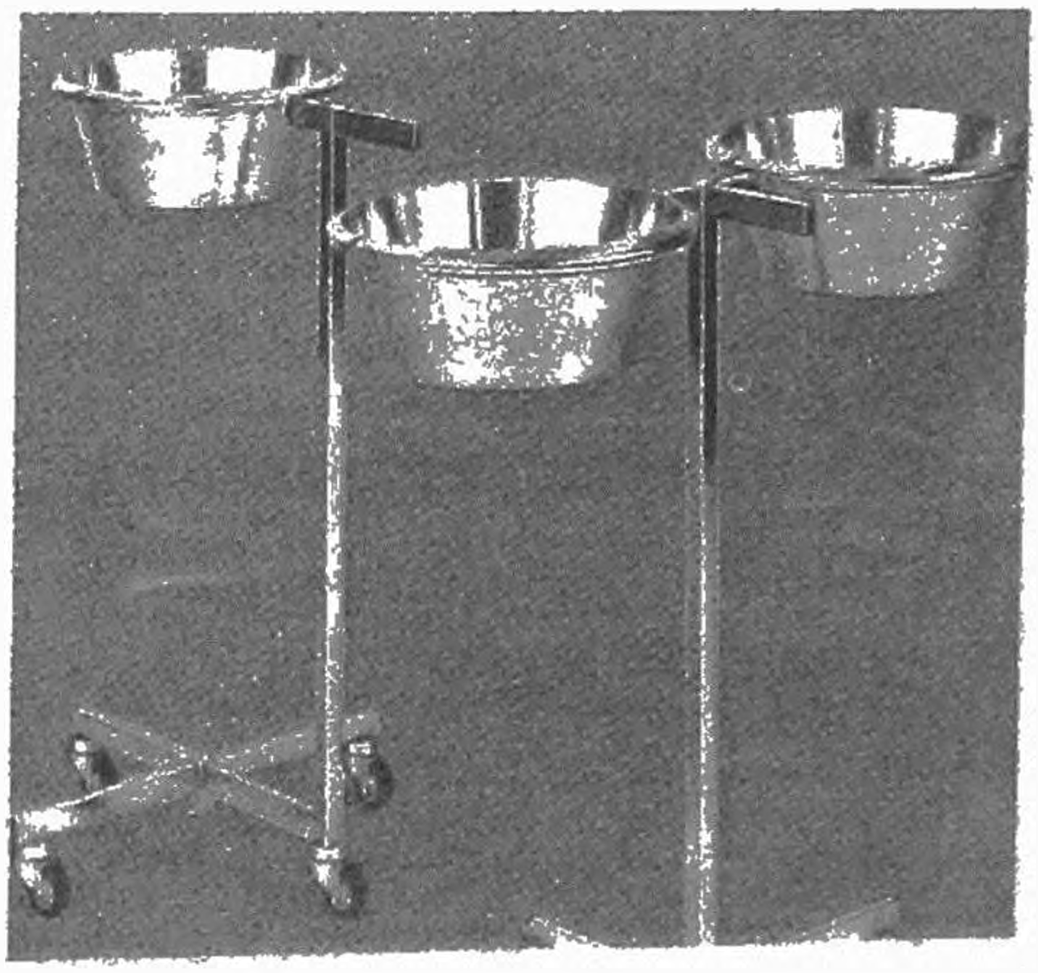


ДЕЗИНФЕКЦИЈА РУКУ



ДЕЗИНФЕКЦИЈА РУКУ АНТИСЕПТИЧНИМ РАСТВОРОМ

САПУН У ТЕЧНОМ СТАЊУ ЗА ДЕЗИНФЕКЦИЈУ РУКУ



СУДОВИ СА АНТИСЕПТИЧНИМ СРЕДСТВОМ ЗА ДЕЗИНФЕКЦИЈУ РУКУ

щији руку имају алкохоли који су данас у употреби: етанол 80%, изопропанол 60% и пропанол 40%. Време трајања дезинфекције износи 30 секунди, а утрљава се са 3 ml дезинфекционог средства које се на рукама суши.

Лекар и сестра морају да негују своје руке и да избегавају грубе физичке послове и рад са нечистим материјалом. Они не смеју да учествују у медицинско-техничким радњама ако имају ранице или запаљенске гнојне процесе на рукама, јер то може довести до инфекције болесника. Ван болнице не смеју да раде грубе физичке послове и да прљају руке земљом, угљем или прашином, јер то отежава дезинфекцију руку Нокти морају да буду подсечени, заноктице уклоњене, а после завршеног рада у болници кожа руку се негује мешавином глицерина и алкохола или кремом за руке. Кожа мора да је чиста, глатка и не сме да буде испуцана.

Стална и брижљива нега руку лекара и сестре један је од услова за аспетичан рад око болесника. То се постиже следећим мерама профилаксе:

- негом руку и општом личном профилаксом,
- дезинфекцијом руку, тј. њиховим прањем у антисептичним растворима,
- навлачењем стерилних рукавица.

Сестра треба да чува своје руке од сваког инфицирајућег контакта. То треба да постане навика сваком ко се посвети лечењу, односно помаже у нези болесника.

Профилакса руку састоји се у следећим мерама:

- голим рукама не додиривати инфицирана места на телу болесника;
- при прегледу болесника и превијању инфицираних рана користити само рукавице и инструменте;
- при узимању и слању излучевина болесника ради лабораторијских налаза користити рукавице и инструменте;
- ако постоји и најмањи запаљенски процес на рукама или повреда прстију или шаке, не треба узимати излучевине болесника док се то не излечи;
- неговати руке, јер се само глатка и мека кожа руку може дезинфиковати,
- ако се при раду руке инфицирају, треба их одмах дезинфиковати (најпре опрати водом, сапуном и четком, а затим антисептичним средством).

БРЗА ДЕЗИНФЕКЦИЈА РУКУ

У изузетним приликама неопходно је да се руке за кратко време дезинфикују. То се постиже на следеће начине:

- руке се перу два пута по три минута апсолутним алкохолом (96%), који делује адстригентно и бактерицидно, а потом исперу стерилним физиолошким раствором;
- руке се перу раствором хибитона, повидона и јодипина, а затим се осуше стерилном газом. Изнад праоника – лавабоа, руке се наквасе текућом водом (из водовода), а потом се прелију антисептиком из дозатора и трљају 60 секунди. Потом се руке исперу текућом водом и посуше папиром за руке (салветом).

Руке треба прати антисептицима најмање три пута дневно. На кожи тако опраних руку образује се танак микробицидни слој који штити кожу од продора фиксираних микроорганизама из корена длаке.

По завршеном радном времену медицинска сестра, пре поласка кући, треба да премаже кожу руку хибисепт кремом, и тако да спречи преношење

инфекције преко својих руку на чланове породице.

Хибисепт се користи и за дезинфекцију коже болесника, после бријања лица или бријања оперативног поља. Лагано се утрљава у кожу све док се не упије.

6. ДЕЗИНФЕКЦИЈА ПРОСТОРИЈА У БОЛНИЦИ

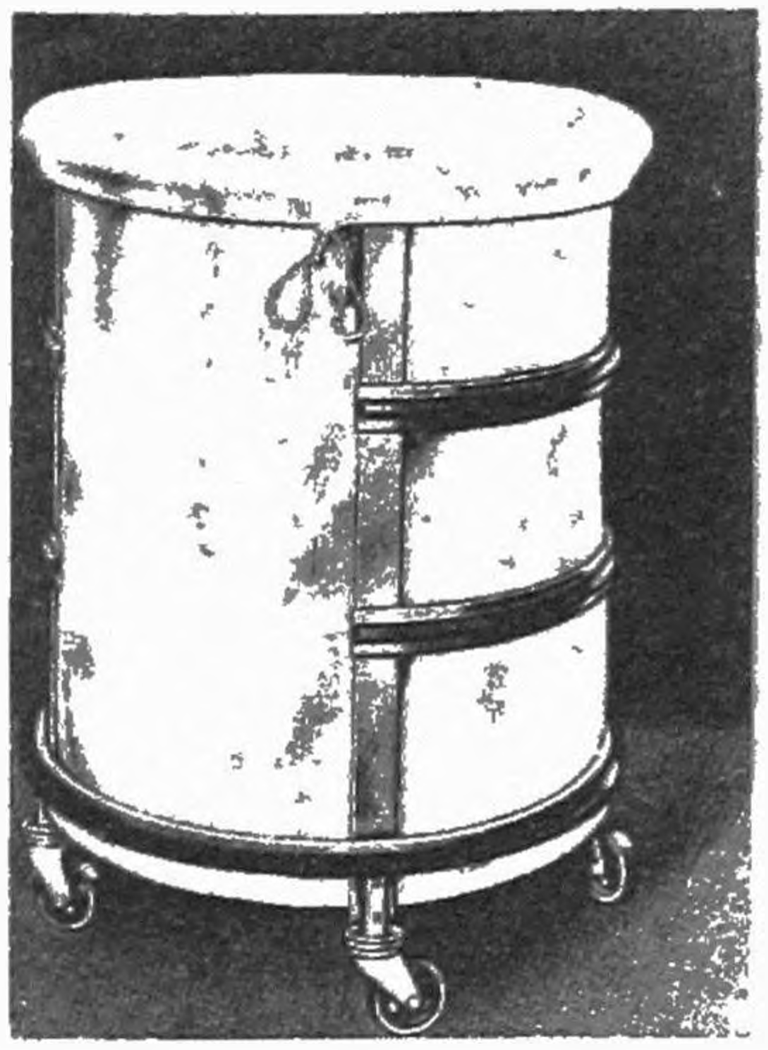
Све просторије се по завршеном раду оперу, пребришу дезинфекционим средствима, а потом укључе „Hanau" лампе (које емитују ултраљубичасте зраке), те се за време од 12 до 18 сати постигне дезинфекција просторија

ДЕЗИНФЕКЦИЈА БОЛЕСНИЧКЕ СОБЕ

Соба се чисти два пута у току дана ујутру после сређивања болесника, кревета и ноћних сточића и у поподневним часовима. Док се то обавља, болесници у трпезарији доручкују и проводе слободно време, а непокретни болесници се у јесењим и зимским данима у кревету добро покрију и утопле. Прозори се отворе ради проветравања собе и одстрањивања прашине. При чишћењу собе ђубре и отпаци се склањају на више гомила и односе у посебним пластичним врећама.

После чишћења соба се пребрише крпом натопљеном дезинфекционим средством, тако што се постави на четку за чишћење пода. Хигијена болесничке собе одржава се у току свих 24 h, а не само у јутарњим часовима, пре лекарске визите и у поподневним часовима после обеда. По потреби, а најмање једном недељно, генерално се чисте и уређују зидови, кревет, ноћни ормар.

При сакупљању прљавог болесничког и постељног рубља сестра навлачи рукавице ради личне заштите од инфекције. Рубље се сакупља у специјалну колица или посебне вреће (од платна или пластике). Сестра је дужна да води рачуна да на одељењу увек има резерве болесничког рубља и постељине. Болесник не сме да лежи у загађеној и прљавој постељи услед недостатка чистог рубља.



ПОКРЕТНА КОЛИЦА ЗА САКУПЉАЊЕ ПРЉАВОГ РУБЉА

Повремено треба истресати ћебад, и то ван собе болесника, а потом их метлицом очистити и електичним усисивачем (аспиратором) покупити сву прашину; у недостатку аспиратора може се користити четка.

У случају смрти болесника, кревет се излаже 60 минута зрачењу ултраљубичастим зрацима. У заразној болници кревети се дезинфикују парама формалдехида у специјалним коморама — уређајима. При отпусту болесника кревет се дезинфикује, пере и брише дезинфекционим средством.

ДЕЗИНФЕКЦИЈА ПРИРУЧНЕ КУХИЊЕ И ПРИБОРА ЗА ЈЕЛО

Приручна кухиња мора да испуњава посебне хигијенске захтеве. Зид мора да буде премазан масном бојом, а прозори прекривени густом жичаном мре-

жом као заштита од инсеката; бетонски под треба да је нагнут ка средини, према сливнику.

Кухиња има два шалтера: на једном се издаје храна, а на другом се примају прљави судови После поделе хране кухиња се пере дезинфекционим средствима без мириса.

Улазак у кухињу забрањен је болесницима и медицинском особљу. Особље кухиње не сме да ради друге послове, поготово не хигијеничарске. На сваких шест месеци врши се контрола здравственог стања сервирки хране (санитарна књижица).

Рад у кухињи и поделу хране контролише одељењска медицинска сестра. Особље које преноси и дели храну болесницима носи белу одећу, чисту и уредну кецељу, мараму и ортопедске ципеле При расподели хране преко носа и лица носи заштитну маску ради спречавања капљичне инфекције.

Сваки болесник мора да има прибор за јело (нож, кашику и виљушку), чашу за воду и прибор за одржавање личне хигијене (четкица и паста за бријање, четкица и паста за зубе, чешаљ, колоњска вода). После оброка болесник не треба сам да пере прибор за јело – такав поступак није правилан. У већим медицинским центрима прибор за јело се после обеда прикупља, а потом се у машинама пере и дезинфикује. При подели оброка болесник добија загрејан и дезинфикован прибор за јело.

ДЕЗИНФЕКЦИЈА ТРЕПЕЗАРИЈЕ

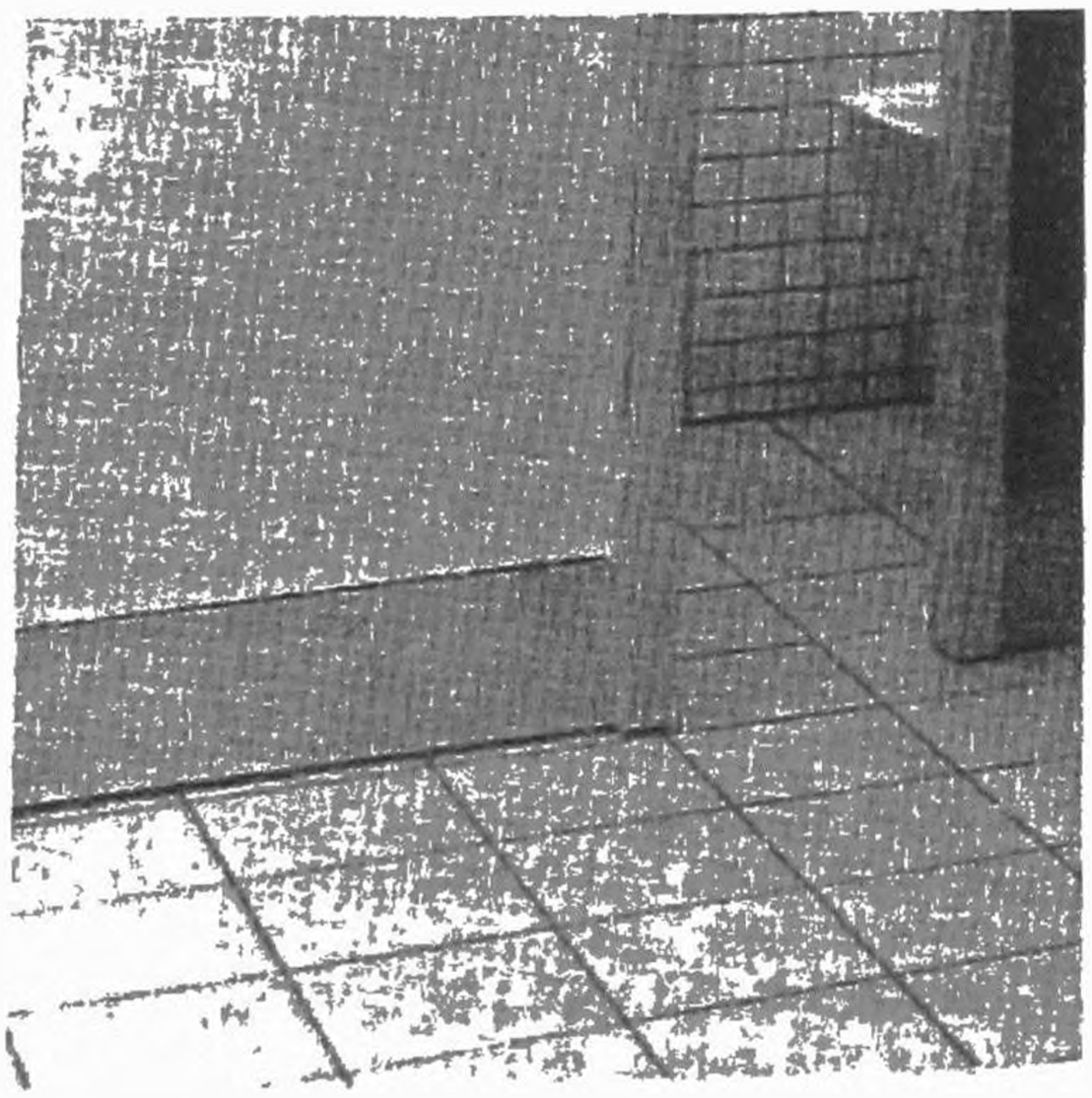
После сваког оброка из просторије за покретне болеснике покупи се прљаво посуђе, намештај (столови и столице) пребрише дезинфекционим средством, под очисти и пребрише, а прозори отворе ради вентилације.

Просторија се закључа до следећег оброка болесника

ДЕЗИНФЕКЦИЈА КУПАТИЛА И НУЖНИКА

Купатило, када и умиваоник перу се четком, сапуном или детерџентом. После хигијенског прања исперу се млазом топле воде, потом дезинфекционим средством и најзад се исперу хладном водом.

Нужник мора да одговара хигијенским нормама (исправна вентилација, канализација са апаратима за дезинфекцију ноћних посуда) и да има умиваоник са топлом и хладном водом, сапуном и хигијенском хартијом. Хигијену ових просторија одржава посебно особље (спремачи), које за време рада носи заштитну одећу (мантил, капа, маска, гумене рукавице) и упознато је са мерама заштите на раду. Хигијена једног одељења цени се према хигијени ових просторија. Нужник (WC) се пере више пута у току дана, а под се пребрише дезинфекционим средством. Клозетска шоља са седиштем од пластике или дрвета и сви остали предмети перу се и испирају дезинфекционим средством, а испред улаза у нужник поставља се брисач, опран и натопљен дезинфекционим средством.



ДЕЗИНФЕКЦИЈА ПОДА И ЗИДОВА САНИТАРНИХ ПРОСТОРИЈА

7 ДЕЗИНФЕКЦИЈА ИЗЛУЧЕВИНА БОЛЕСНИКА

Испљувак. — Слуз из носа и ждрела и испљувак после кашљања дезинфикују се хлорамином и карболном киселином. Количина дезинфекционог средства зависи од количине испљувка

Измет (*faces*). — Измет се дезинфикује само код заразних болесника (дизентерија, тифус, паратифус и др.). У лопату са изметом улије се дезинфекционо средство које стоји 30 минута а потом се све просипа у канализацију (WC).

Остаци хране. — Остаци хране се по завршеном обеду остављају у специјалне судове и носе ван болнице. У заразној болници остаци хране се претходно дезинфикују и потом униште. Не смеју се користити као помије за стоку.

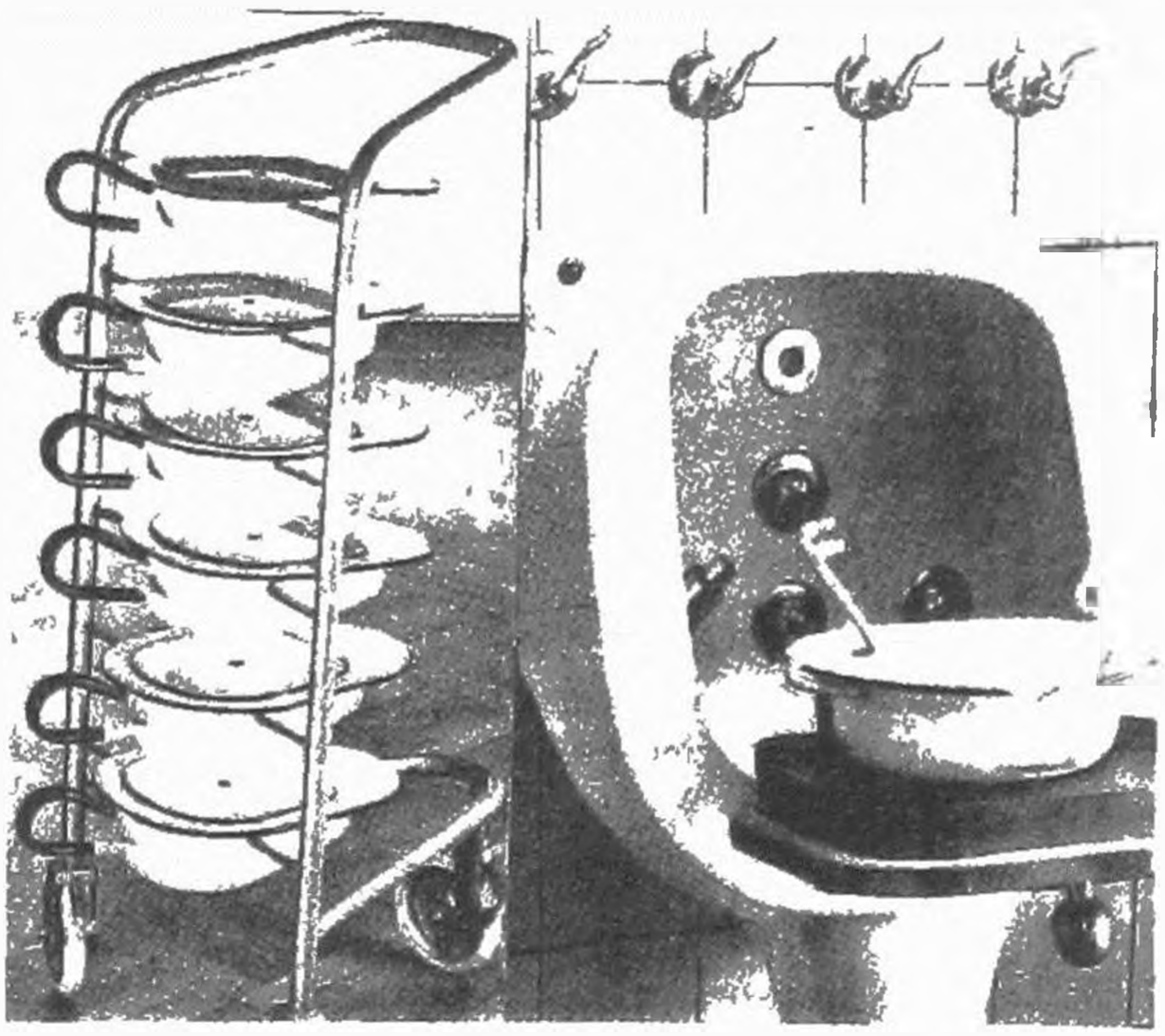
Повраћене масе. — Повраћене масе заразних болесника прелију се дезинфекционим раствором и после 30 минута проспу у клозетску шољу.

Дезинфекција судова за излучевине болесника спроводи се у посебној просторији.

„Гуске" и лопате. — Празне се у клозетске шоље и испирају под млазом текуће воде. Потом се у њих улива дезинфекционо средство и после 30 минута поново се испирају под млазом текуће воде.

Блатекс-апарат служи за дезинфекцију ноћних судова (лопате, „гуске"). Опране и дезинфиковане посуде ставе

СУД ЗА ПОВРАЋАЊЕ



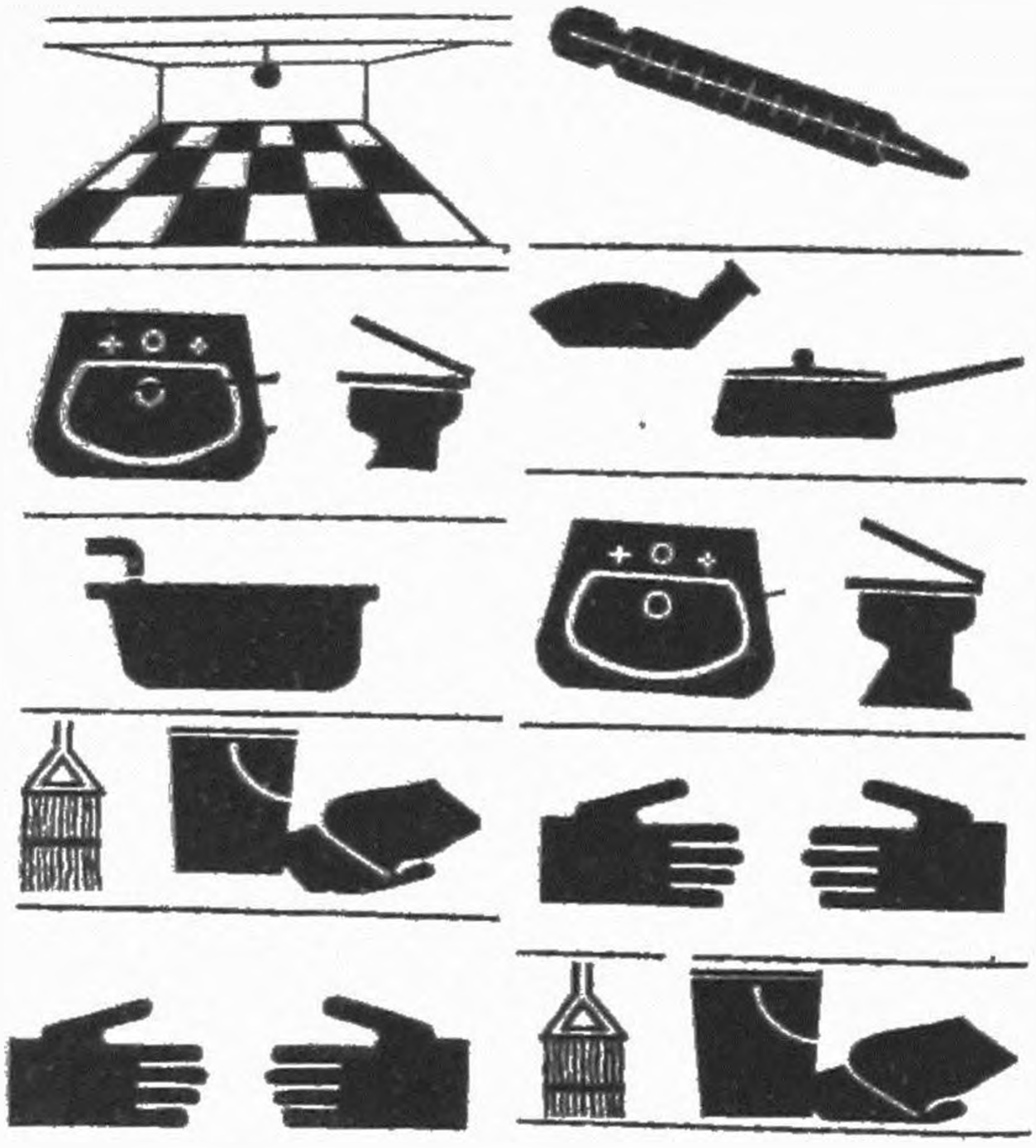
НОЋНИ СУДОВИ (ЛОПАТЕ) СПРЕМЉЕНИ ЗА УПОТЕБУ ПОСЛЕ ДЕЦИНФЕКЦИЈЕ

се у за то одређени апарат ради комплетне дезинфекције

Чисти судови поређају се на специјалне носаче за судове и по потреби деле болесницима (судови нису стерилни, већ су оптимално дезинфиковани).

Кесе за мокраћу. — Служе за једнократну употребу (једног болесника)

ЧИШЋЕЊЕ ПОДА У СОБИ БОЛЕСНИКА ПОМОЋУ АПАРАТА



ОЗНАКЕ ЗА ОБАВЕЗНУ ДЕЗИНФЕКЦИЈУ РАДНИХ ПРОСТОРИЈА. НОЋНИХ СУДОВА. ТЕРМОМЕТАРА И ПЉУВАОНИЦА

После употребе се испразне у WC шољу, а потом се стављају у посебне пластичне вреће и одлажу у контејнер за сакупљање отпадног материјала болнице

Пљуваоница болесника. — Болесник који кашље и искашљава има своју пљуваоницу. Све пљуваонице се стерилишу у аутоклаву који служи само за ову намену.

Стаклено посуђе и други судови. — Перу се и дезинфикују на исти начин као и „гуске" и лопате.

По завршеном раду и дезинфекцији судова просторија се чисти, пере и брише дезинфекционим раствором. Чисте и уредне просторије васпитно делују на сестре и болеснике чиме се спречава развој интрахоспиталне инфекције.

8. ДЕЗИНФЕКЦИЈА ИНСТРУМЕНАТА

У медицинској пракси важи правило: најпре дезинфиковати, па после тога прати инструменте који су у вишекратној употреби. Дезинфекција непосредно после контаминације треба да спречи (заштити) особље које ради на деконтаминацији инструмената од могуће инфекције. Непосредно после употребе инструменте треба ставити у посуду са дезинфекционим раствором и обратити пажњу да не дође до стварања ваздушних мехурова. Свеже контаминиране делове крвљу, или гнојем пре стављања у дезинфекциони раствор треба обрисати папирним убрусом. После одређеног периода времена инструменти се ваде из дезинфекционог раствора и перу да би се после подвргли завршној дезинфекцији или стерилизацији. Могући пример: инструменти се потопе у 3%-тни раствор гигасепта у трајању од 1 сата или 5%-тни гигасепта у трајању од 2 часа у случају хепатитиса В. После тога следи прање инструмената, паковање и даља стерилизација или дезинфекција.

9. ДЕЗИНФЕКЦИЈА НАМЕШТАЈА

Намештај у дечјој соби по правилу се свакодневно пере водом и раствором неког детерџента, нарочито намештај у собама у којима бораве деца млађег узраста (новорођенчад, одојчад, мала деца). Ако се дезинфикује намештај, потребно је да после брисања на површини остане један течан филм. Површине не треба сушити крпом. Нечистоћа се диспергује у дезинфекционом средству. За ову дезинфекцију се користе средства за површинску дезинфекцију у концентрацији од 0,25%, буратон 10 или апесин АР 20.

10. ДЕЗИНФЕКЦИЈА РУБЉА

Рубље је начињено од текстила који се може прати, а дезинфикује се на следећи начин:

– прокувавањем у трајању од 30 минута;
– опрано рубље излаже се дејству водене паре (104°C, 0,2 бара);
– може се потопити у раствор дезинфекционог средства у трајању од 12 часова и на температури од 15°C (однос рубља и течности је 1:8);
– може се термички дезинфиковати, и то тако што се машине за прање напуне водом, рубљем и средством за прање. Машине раде на температури од 85 до 90°C у трајању од 10 до 15 минута;
– хемотермијски се дезинфикује тако што се машина напуни водом, рубљем и дезинфекционим средством. Као дезинфекциона средства служе препарати на бази хлора и фенола на температури од 40 до 85°C у трајању од 4 до 45 минута. Хемијско-термичким поступком дезинфикује се рубље осетљиво на високу температуру (кување).

11. ХИГИЈЕНСКО ОДРЖАВАЊЕ И ДЕЗИНФЕКЦИЈА ДЕЧЈИХ ИГРАЧАКА

Играчке су предмети које деца у раном детињству највише користе. Сваку нову играчку, деца упознају углавном посредством чула укуса, па их, према томе, свакодневно треба хигијенски одржавати. За дезинфекцију дечјих играчака, у зависности од својстава играчака, треба давати предност термичкој дезинфекцији (104°C, 0,2 bara) или стерилизацији аутоклавом. Плишане играчке не би требало да се користе у колективу. У случају појаве епидемије s. ауреусом, плишане играчке, ако их има, треба избацити из одељења. Осим тога, играчке се могу ставити у раствор дезинфекционог средства (на бази алдехида) у трајању од 6 часова, концентрације од 5%. После тога се испира дезинфекционо средство под млазом чисте воде.

12. ЧУВАЊЕ ХЕМИЈСКИХ ДЕЗИНФЕКЦИОНИХ СРЕДСТАВА

Средства која се употребљавају за хемијску дезинфекцију хемијског суда порекла, убијају клице или их делимично заустављају у размножавању. Већина хемијских средстава делује на клице дехидрацијом, таложењем беланчевина, променом киселости средине итд. Сва ова дејства одражавају се и на ткива, јер их могу угрозити разарањем. Зато је веома значајна концентрација дезинфекционог средства које се употребљава. Концентрација дезинфекционог средства не сме да пређе одређене границе, јер ако је концентрација већа од дозвољене, оно ће постати штетно за организам.

Већина дезинфекционих средстава пре употребе су концентрована, а касније се по потреби разблажују. Отуда обавеза свих здравствених радника, нарочито оних у педијатријским установама, да та средства прописно чувају.

За хемијска дезинфекциона средства задужена је педијатријска сестра. Она мора да обезбеди посебан метални ормар, са исправном бравом за закључавање. Другим речима, то значи да се хемијска дезинфекциона средства чувају затворена, под кључем. Повремено се, за дневне потребе, износе мање количине. Кључ треба да стоји на одређеном месту, или код задужене особе тако да ни кључ, а ни боце и бочице са различитим хемијским средствима не буду на дохвату руку радознале деце. Многа дезинфекциона средства обојена су лепим пастелним бојама па још више изазивају радозналост деце, а зна

се да деца све пробају устима Такође, дезинфекциона средства треба чувати и у просторијама које су добро проветраване и довољно велике. Растварају се увек на собној температури. Особе које раде на припремању раствора и изводе дезинфекцију треба да носе заштитну одећу (кецељу и рукавице). Хемијско дезинфекционо средство може доћи у контакт са кожом само у оним случајевима када су у питању дезинфицијенси за кожу

13 ПРАКТИЧНА УПУТСТВА ЗА ПРИПРЕМАЊЕ ДЕЗИНФЕКЦИОНИХ СРЕДСТАВА

Дезинфекциона средства су паковања као концентрована, у боцама од 0,5 l до 10 l. Пре употребе морају се разблажити како не би било нежељених последица, о којима је већ било речи

Педијатријска сестра на било ком радном месту свакодневно има прилику, и обавезу, да те растворе припреми.

Свако дезинфекционо средство захтева да се другачије разблажи. Разблажења морају бити прецизна и тачна.

Формула која помаже да се тачно одреди количина воде и дезинфекционог средства гласи:

$$\frac{\text{жељена количина} \times \text{жељени проценат}}{\text{постојећи проценат}}$$

На пример, за један литар 3%-тног раствора потребно је 970 ml воде и 30 ml дезинфекционог средства.

Да би се припремило дезинфекционо средство, потребно је најпре припремити одговарајући прибор:

- *две градуисане мензуре (мању и већу),*
- *обичну или дестиловану воду,*
- *концентровано дезинфекционо средство,*
- *посуду (лавор) за припремљен раствор.*

Најпре се, по формули, израчуна потребна количина воде, која служи као разблаживач, и количина дезинфекционог средства. Затим се мањом мензуром одмери потребна количина дезинфекционог средства, а већом мензуром потребна количина воде. Обе течности се сипају у припремљени суд

14 ПРАКТИЧНА УПУТСТВА ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЈУ

СТЕРИЛИЗАЦИЈА БРИЗГАЛИЦА И ИГАЛА

Бризгалице – шприцеви су инструменти који се у медицинској служби свакодневно користе у великом броју медицинских интервенција. Бризгалицом се даје, на различите начине, велики број лекова, и инфузије, служи за пунктирање, узимање крви за лабораторијске анализе, за вакцинисање и др

Постоје четири врсте бризгалица:

- бризгалице направљене од метала – служе за испирање природних шупљина;
- бризгалице направљене комбинацијом стакла и метала, типа „record“,
- бризгалице од стакла, типа „luer“;
- бризгалице од пластичне масе за једнократну употребу.

Игле које се користе као додатак шприцевима израђују се од нерђајућег челика.

Употребљене бризгалице и игле треба сакупити на одређено место. Најчешће се стављају у емајлирану посуду и носе у собу за интервенције, где се налази чесма са топлом и хладном водом, четкице, детерценти, дезинфекциона средства, апарати за стерилизацију.

Бризгалице од пластичне масе се после употребе бацају јер се не могу поново стерилисати.

Бризгалице од стакла и метала или оне комбиноване перу се и припремају за стерилизацију на исти начин.

Све употребљене шприцеве и игле, ради заштите особља од преношења инфекција, треба најпре потопити у дезинфекционо средство и дезинфиковати, а тек после тога опрати и припремити даље.

Најпре се раставе клип, цилиндар и игла, затим се сваки део посебно пере под млазом млаке воде. Бризгалице на чијим су се зидовима задржале честице крви, гноја или неког лека треба прати малом округлом четкицом и сапуницом, или инструментом (пеан, пинцета) на чијем је врху намотана вата.

Стаклене бризгалице треба повремено искувати у води и детерџенту. Услед суве стерилизације стакло промени боју – постане прљавожуто. Употребљене игле, све заједно, стављају се у бубрежњак и налију дезинфекционим средством. Игле за једнократну употребу убаце се у стаклену посуду у којој је дезинфекционо средство. Када се посуда напуни употребљеним иглама, затвара се и баца. Игле које се перу за поновну употребу треба опрати млаком водом, једном бризгалицом „прошприцавати" сваку иглу више пута, тј. све док вода у млазу слободно не почне да излази из игле. Када се заостале капи крви у унутрашњости игле згрушају, и запуше иглу, таква игла је неупотребљива.

Бризгалице од стакла, које се стерилишу сувом стерилизацијом, морају се и добро обрисати, јер капи воде на високој температури остављају тамне мрље. Бришу се пинцетом на коју је намотана вата или се бришу компресом.

Игле се углавном стерилишу сувом стерилизацијом, те и њих после испирања треба осушити. Споља се могу брисати компресом, а унутрашњост игле сувом бризгалицом. Ваздух се више пута протерује док се не одстране и последње капи воде. Игле се могу прелити и алкохолом, који брзо испарава и на тај начин добро осуши игле.

СТЕРИЛИЗАЦИЈА ИНСТРУМЕНАТА

Употребљене металне инструменте треба брижљиво поређати на једну емајлирану тацну и однети у просторију где ће се обавити прање Инструменти се прелију дезинфекционим средством и оставе до прања Инструменти (пинцета, пеан, кохер, маказе итд) су израђени од нерђајућег метала, а површина свих инструмената је фино глазирана (поцинкована). Приликом прања или нестручног руковања може настати оштећење, па се такав инструмент мора искључити из употребе

По завршеној дезинфекцији прво прање инструмената започиње испод млаза воде како би се откриле честице и наслаге крви, гноја, масти и др Затим се потопе у један већи суд, у који је претходно сипана млака вода, помешана са неким детерџентом Четкицом се пере један по један део, при чему се води рачуна да се добро оперу углови и жлебови. Испирање треба обављати млаком водом, у јаком млазу. Сваки инструмент се на крају мора добро обрисати, а стерилише се одговарајућом методом. Посебну пажњу треба посветити инструментима који су били у додиру са септичном раном или инфективним болесником

Металне инструменте са сечивом треба пре стерилизације упаковати у вишеслојну газу како се сечиво не би иступило.

СТЕРИЛИЗАЦИЈА ГУМЕНИХ РУКАВИЦА

Гумене рукавице се у медицинској пракси често користе, пре свега, при хируршким интервенцијама у операционим салама, али се употребљавају и при другим медицинским интервенцијама, на пример, при прегледу природних шупљина, при пунктирању, за време давања клизме за чишћење, када се негују заразни болесници итд. Познато је да се сав материјал при извођењу

оваквих радњи може стерилисати, осим руку, на којима, и поред дужег или краћег прања, остају микроорганизми Гумене рукавице или рукавице за једнократну употребу спречавају да медицинско особље унесе микроорганизме у организам болесника, али служе и да се особље само заштити од многих инфекција

Пластичне рукавице за једнократну употребу се једноставно баце после употребе Гумене рукавице се после употребе сакупљају на одређено место предвиђено за прање рукавица. Употребљене рукавице се најпре потопе у дезинфекционо средство, а затим се перу једна по једна испод млаза млаке воде. Ако су рукавице масне, може се употребити сапуница или детерџент. Када се прање заврши, провере се све рукавице да нису поцепане тако што се у њих убаци мало ваздуха или воде. Ако се нађу оштећене рукавице, треба их одмах издвојити. Опране рукавице се могу поређати на сто и сачекати да се добро осуше, а могу се и обрисати чистим платном. Рукавице треба избрисати пажљиво, јер ће заостале капи воде залепити рукавице и у току стерилизације оштетити. Слажу се по паровима и према величини, а свака рукавица мора да се поспе талком. Посипање талком је важно најпре због тога да се рукавице не би залепиле и да се при коришћењу лакше навуку на руке. Сваки пар рукавица се посебно умота у комад газе и слаже у добоше. Дно добоша прекрије се газом или папирном ватом. Рукавице се стерилишу у аутоклаву

СТЕРИЛИЗАЦИЈА ЗАВОЈНОГ МАТЕРИЈАЛА

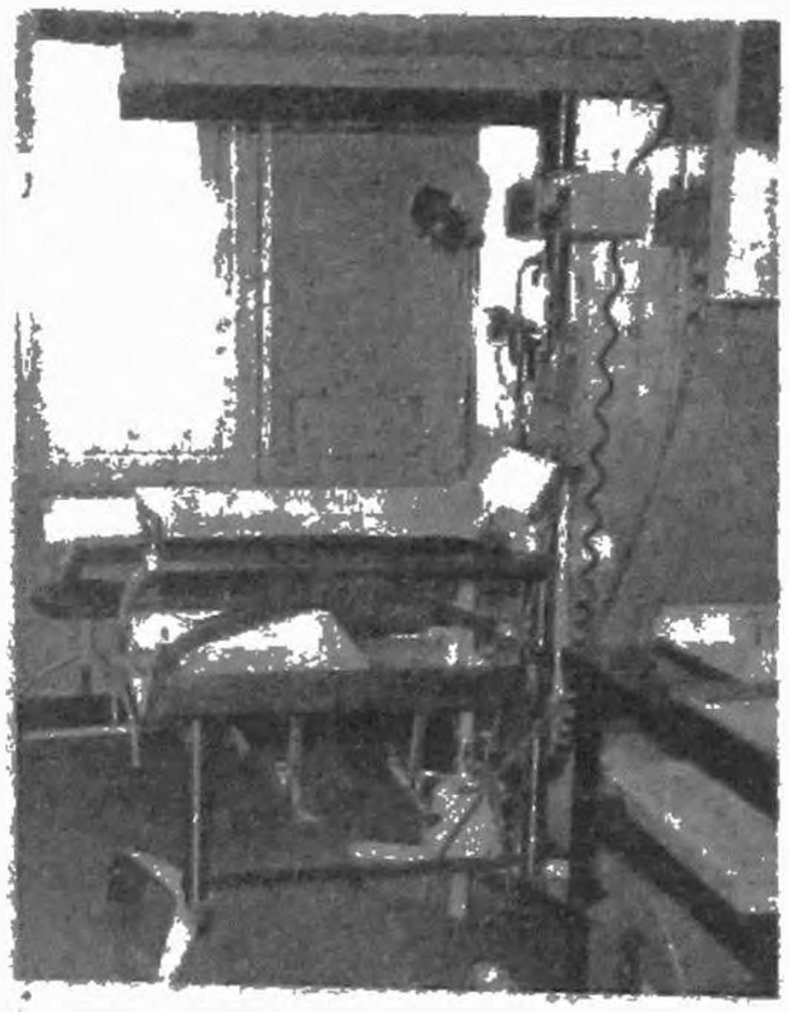
Завојни материјал и хируршко рубље стерилишу се у аутоклаву. Хируршко рубље чине:

- *мантили*;
- *каше*;
- *маске*;
- *рубље за заштиту оперативног поља и болесника*;
- *компресе и чаршави*.

У завојни материјал спадају:

- *тупфери од ваше и газе*;
- *завоји различите величине*;
- *штрајфне од газе*;
- *троугаоне газе*.

Општа правила којих се треба придржавати при припремању завојног материјала и хируршког рубља за стерилизацију јесу:



ДЕО ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ ЗА НОВОРОЂЕНЧАД – СВЕ МОРА БИТИ ДЕЗИНФИКОВАНО, А ПО ПОТРЕБИ СТЕРИДНО

СВЕ СТВАРИ У ДЕЧЈОЈ СОБИ (ИГРАЧКЕ) МОРАЈУ СЕ ДЕЗИНФИКОВАТИ

– од ваге направити веће или мање тупфере;
– газу исећи и направити тупфере, штрајфне;
– хируршко рубље мора да буде опрано, испеглано и правилно сложено. Ако је било који комад рубља поцепан, издвојити га јер се не сме употребљавати.

У добоше (металне кутије) материјал се увек слаже према одређеном распореду и количини. Хируршко рубље је најбоље паковати посебно. Потребно је по добошима одвојити компресе, чаршаве, мантиле. Завојни материјал такође треба паковати у посебне добоше.

При слагању завојног материјала треба водити рачуна да се пакује тако да у току стерилизације водена пара продире до свих делова материјала, а стерилизација била успешна.

Када се заврши стерилизација и добош се охлади, затварају се решеткасте странице сваког добоша На горњи део поклопца залепи се трака фластера или се причврсти картончић са следећим подацима:

– шта се од материјала налази у добошу како се не би непотребно отварали сви добоши,
– датум и час стерилизације, име и презиме лица које је извршило стерилизацију.

Уколико ће се материјал одмах употребити, добоши се носе на одређена одељења. Остале добоше треба увити у стерилне компресе и сложити у специјалне ормаре за чување стерилног материјала. Ови ормари се редовно перу и дезинфикују. Потребно је водити рачуна да врата ормара увек буду добро затворена како не би падале честице прашине. Иначе, сав стерилан материјал, инструменти, бризгалице, игле, катетери, чува се у херметички затвореним касетама или у апаратима у којима је стерилисан.

ПИТАЊА И ЗАДАЦИ

1 КАДА СЕ МОЖЕ РЕЋИ ДА ЈЕ ЈЕДАН ПРЕДМЕТ СТЕРИЛИСАН?

2 КАКО ЈЕДАН ПРЕДМЕТ МОЖЕ БИТИ КОНТАМИНИРАН?

3 КАКО СЕ СПРЕЧАВАЈУ ИНТРАХОСПИТАЛНЕ ИНФЕКЦИЈЕ?

4 ОБЈАСНИ КАКО МОЖЕ ДЕТЕ ДА ПОСТАНЕ ИМУНО НА ОДРЕЂЕНЕ БОЛЕСТИ

5 ОБЈАСНИ КОЈА СУ СРЕДСТВА ПОТРЕБНА ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЈУ

6 НАВЕДИ НЕКЕ ОСНОВНЕ МЕРЕ У ПРЕВЕНЦИЈИ БОЛЕСТИ

7 ИДЕНТИФИКУЈ ОСАМ ФАКТОРА КОЈИ ДОПРИНОСЕ НАСТАЈАЊУ БОЛЕСТИ

8 ОБЈАСНИ КАКО СЕ МИКРООРГАНИЗМИ ШИРЕ

9 ОБЈАСНИ РАЗЛИКУ ИЗМЕЂУ СТЕРИЛИСАНИХ И ДЕЗИНФИКОВАНИХ ПРЕДМЕТА

10 ОБЈАСНИ КАКО СТЕРИЛНИ ПРЕДМЕТ МОЖЕ ДА СЕ КОНТАМИНИРА

11 НАВЕДИ ПРИМЕРЕ ПЕТ ДО ШЕСТ КАДА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА ТРЕБА ДА ОПЕРЕ СВОЈЕ РУКЕ

12 ОБЈАСНИ РАЗЛИКУ ИЗМЕЂУ ИМУНИТЕТА КОЈИ СЕ ПОСТИЖЕ ПРИРОДНИМ ПУТЕМ И ИМУНИТЕТА КОЈИ СЕ ПОСТИЖЕ ВЕШТАЧКИМ СРЕДСТВИМА

13 ОБЈАСНИ ЗАШТО МОРА ДА ПОСТОЈЕ РАЗЛИЧИТА СРЕДСТВА ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЈУ ПРЕДМЕТА

14 НАУЧИ ЗНАЧЕЊЕ ОВИХ ИЗРАЗА:

– МИКРОСКОП, ОБИЧНИ И ЕЛЕКТРОНСКИ,
– МИКРООРГАНИЗАМ,
– ТЕРМОМЕТАР,
– АСЕПСА,
– АНЕСТЕЗИЈА,
– ТОКСИЧНИ АГЕНСИ,
– МАЛФОРМАЦИЈЕ,
– ГАНГРЕНА,
– ДЕЗИНФЕКЦИЈА,
– СТЕРИЛИЗАЦИЈА,
– АНТИСЕПСА,
– САНИТАЦИЈА,
– ИМУНИЗАЦИЈА,
– КОНТАМИНИРАНО,
– ИНХИБИЦИЈА,
– ТРАУМА,
– АНТИТЕЛА,
– ДИРЕКТНИ КОНТАКТ,
– ШОК,
– ЕРИТЕМ,
– ВАКЦИНАЦИЈА.

ЧЕТВРТИ ДЕО

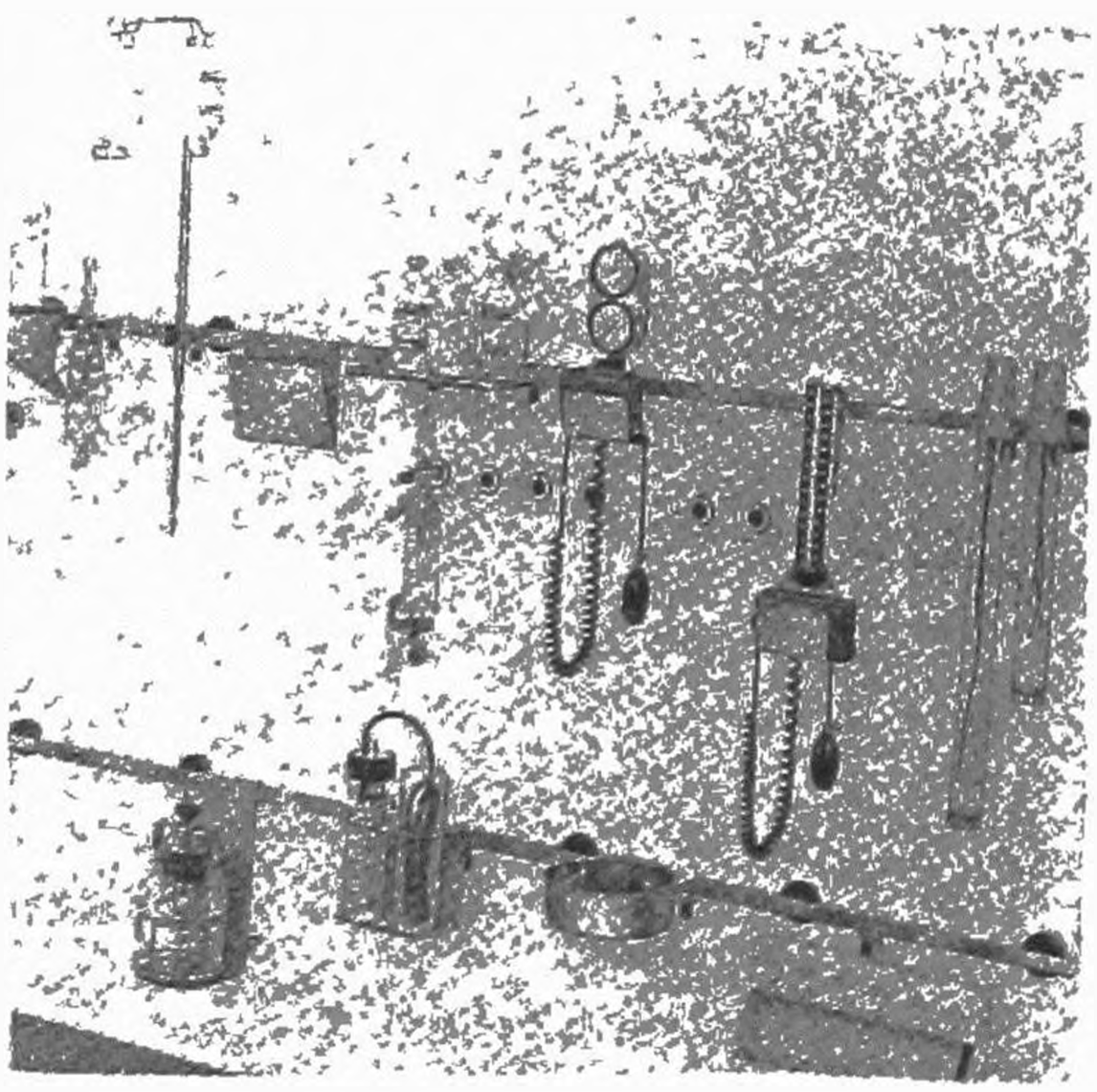
ОПШТА НЕГА БОЛЕСНИКА – ДЕЦЕ И ОДРАСЛИХ

ВРСТЕ И ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ

Здравствена нега је континуирани процес лечења болесника Свуда у свету се дефинише као прогресивна нега, која подразумева вишеетапну негу и лечење болесника, коју чине:

- интензивна нега,
- полуинтензивна нега,
- обична нега,
- кућна нега и
- терминална нега.

У клиничким предметима обрађује се специјална нега према природи обољења и врсти повреде. Такође су детаљно обрађени симтоматологија болести и одређене мере неге и лечења



ОПРЕМА И УРЕЂАЈИ ЗА НЕГУ И ЛЕЧЕЊЕ БОЛЕСНИКА У ОДЕЉЕЊУ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ

ИНТЕНЗИВНА НЕГА

Основни задатак интензивне неге је да медицинска сестра максимално прилагоди рад тешком болеснику како би се очувале и опоравиле угрожене виталне функције његовог организма Болесници са другог одељења и из пријемне амбуланте прихватају се без прекида; болесник се смешта у постељу и подвргава се нези и лечењу уз помоћ апарата и уређаја.

Свака болница има посебну службу интензивне неге, заједничку за сва одељења. Већи медицински центри имају издвојена одељења неге по службама.

Просторије за интензивну негу смештене су у најмање прометном делу клинике (болнице), како би се обезбедио мир болесницима. У овим просторијама ради екипа најстручнијих и најсавеснијих медицинских сестара и лекара. Сестра и лекар не смеју ни за тренутак да напусте болеснике без одговарајуће замене. Осим одговарајућег стручног знања, они морају да поседују тактичност и етичке особине.

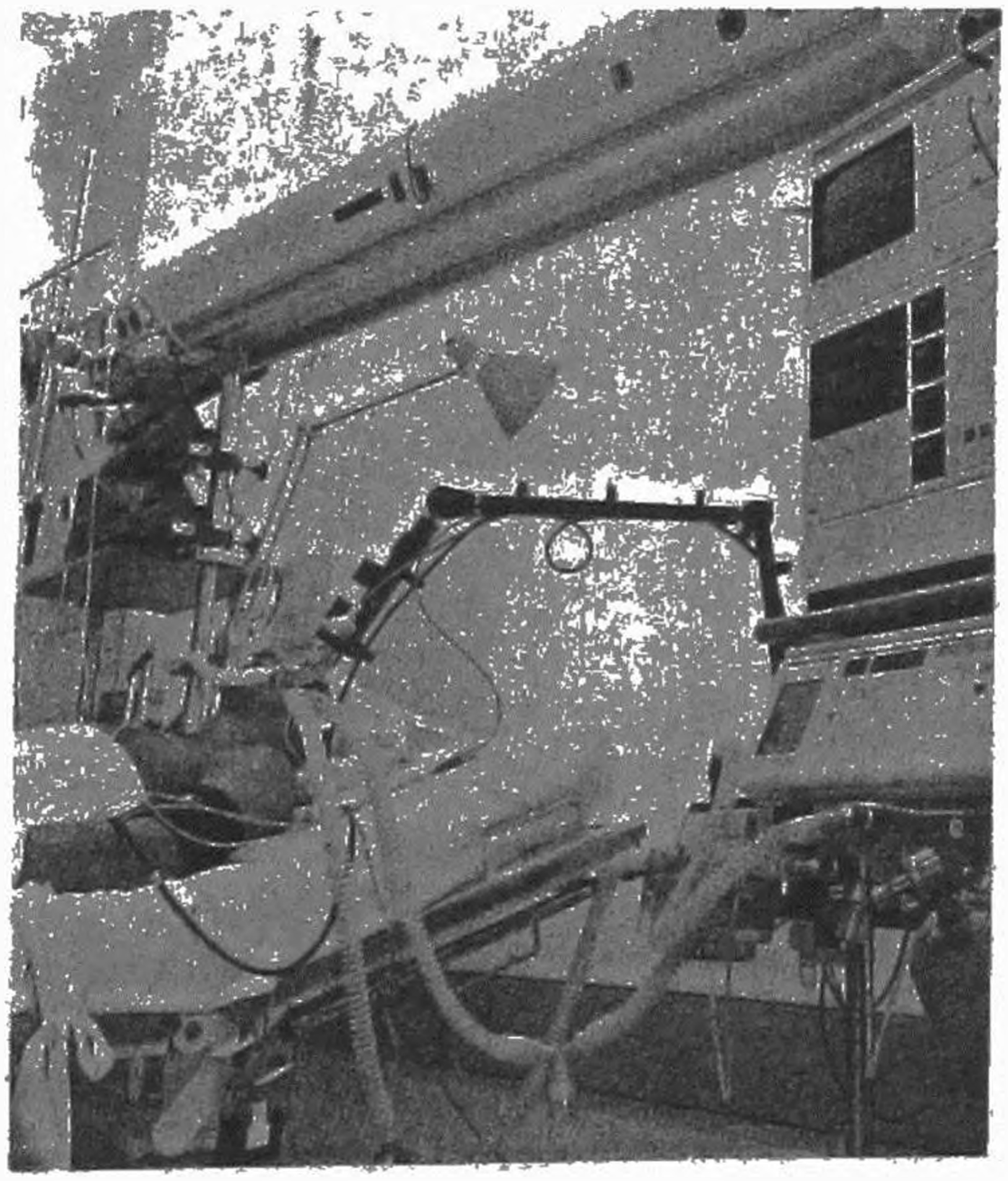
Болесници су често раздражљиви, мењају положај у постељи, па могу да промене ток дате трансфузије крви или инфузије интравенских раствора. Одговорни лекар и сестра морају да контролишу стање болесника и да реагују сналажљиво, самоиницијативно и благовремено. Правилна нега и контрола ви-

талних функција доприносе успешном лечењу

У саставу овог одељења постоји више соба: за жене, за мушкарце, за болеснике чије је стање тешко (умирући болесници).

Просторије су међусобно повезане да би се избегло обилажење кроз ходнике, зидови су премазани масном бојом, а под је од плочица (камених или пластичних), са сливником на средини и одводним каналом — ради одржавања хигијене и дезинфекције Међутим, данас се примењује систем јединствене просторије за интензивну негу, са уређајима за контролу виталних функција помоћу електронских уређаја — монитора.

Просторије службе интензивне неге су непрекидно осветљене, а по потреби се могу замрачити Ноћно осветљење је двојако: за рад је јако, а за спавање болесника слабо (тек толико да се у просторији види — као у сумрак). Неопходно је да постоје уређаји са јачом светло-



КОНТРОЛА ВИТАЛНИХ ФУНКЦИЈА ПОМОЋУ МОНИТОРА („ЕЛЕКТРОНСКА СЕСТРА")

шћу — рефлектори како би се ноћу у хитним случајевима могла извршити интервенција ради указивања помоћи болесницима (бронхоаспирација, интубација, трахеостомија, венесекција и др)

Просторије располажу клима-уређајима и треба да имају добре вентилационе уређаје Наиме, у шок-просторијама болесници су непокретни, па често у постељи обављају све физиолошке потребе. Задах и непријатан мирис стварају и разни секрети, гној, крв, зној и др , па то изискује чешће и добро проветравање, нарочито ако не постоје клима-уређаји Просторија се загрева централним грејањем, а најпогоднија температура је 22 — 24°С

У просторији се налази само неопходан намештај за правилно обављање службе Кревети су тако постављени да им се може прићи са свих страна, а помоћу механизма сваки кревет може да се стави у положај који је за болесника најповољнији Душеци су по потреби покривени мушемом да се не би натапали разним излучевинама болесника Преко мушеме постављају се два застирача (чаршава), и то један уздужни, а други попречни. Сваки кревет има покретни наслон и додатак за вожњу. Поред постеље постоји прикључак за електричну енергију са више водова (осветљење, аспиратор, респиратор, сигнализација, монитор и други неопходни апарати).

Забрањена је свака посета и шетња особља, болесника и чланова њихових породица. Међутим, искуства већих болесничких установа у свету указују да посета чланова уже породице и блиских пријатеља доприноси излечењу болесника, док потпуна изолација од породице и живота неповољно утиче на његов психо-физички опоравак. Посете су дозвољене у преподневним часовима (11 h) и болесника може да посети само једна особа. Пре уласка у

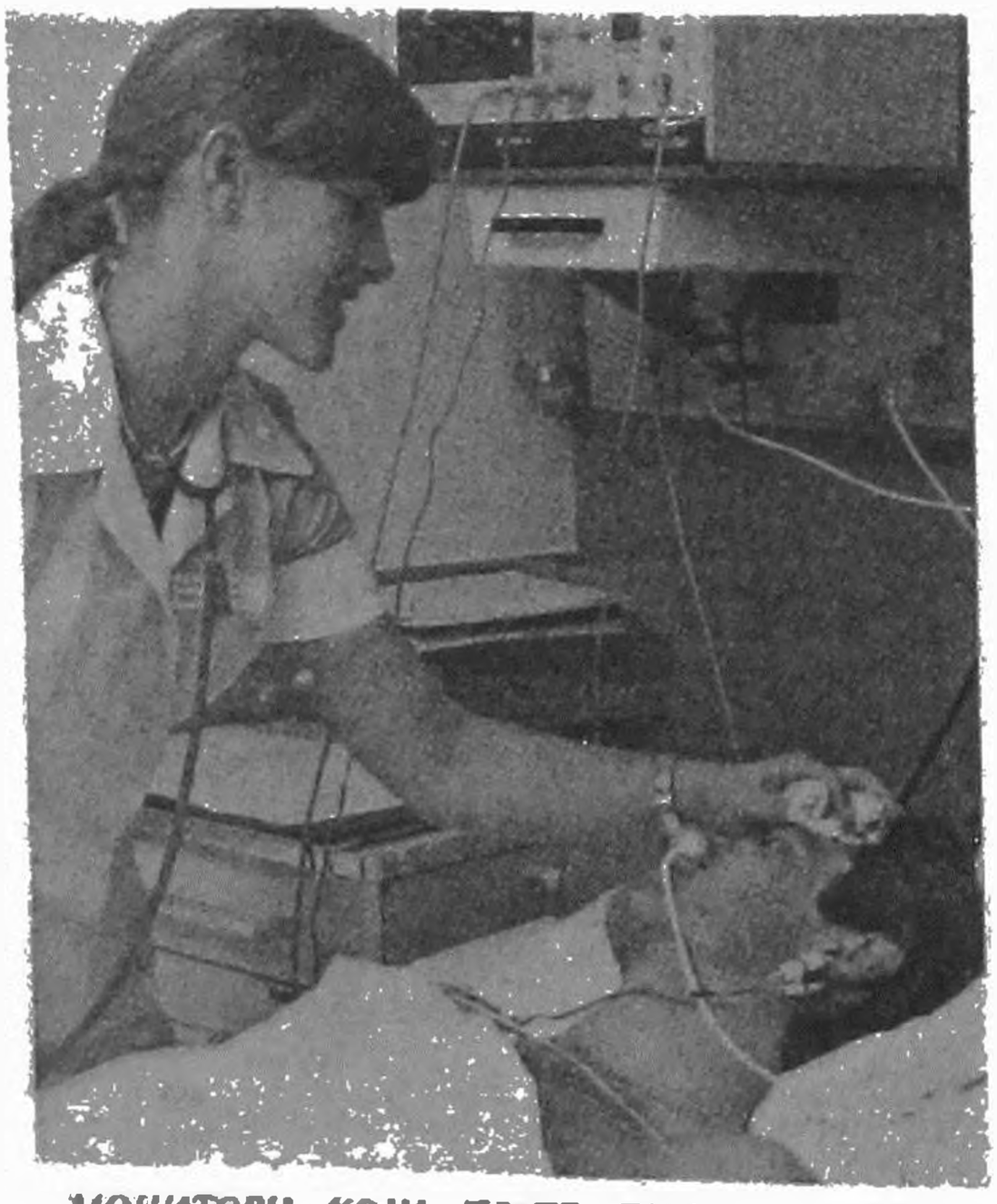
просторије интензивне неге облачи се чист болнички мантил, а обавезни су и капа, маска и кађаче (обувке) од платна. Забрањено је доношење „понуда" (хране и воћа) и стварање буке (гласан разговор). Посета траје највише 10 минута.

Положај болесника у постељи зависи од врсте обољења, операције и општег стања; сестра повремено треба да промени положај болесника у постељи и да га истрља алкохолом. Тиме побољшава дисање и крвоток и отклања могућност да се развије декубитус (ране које настају услед лежања).

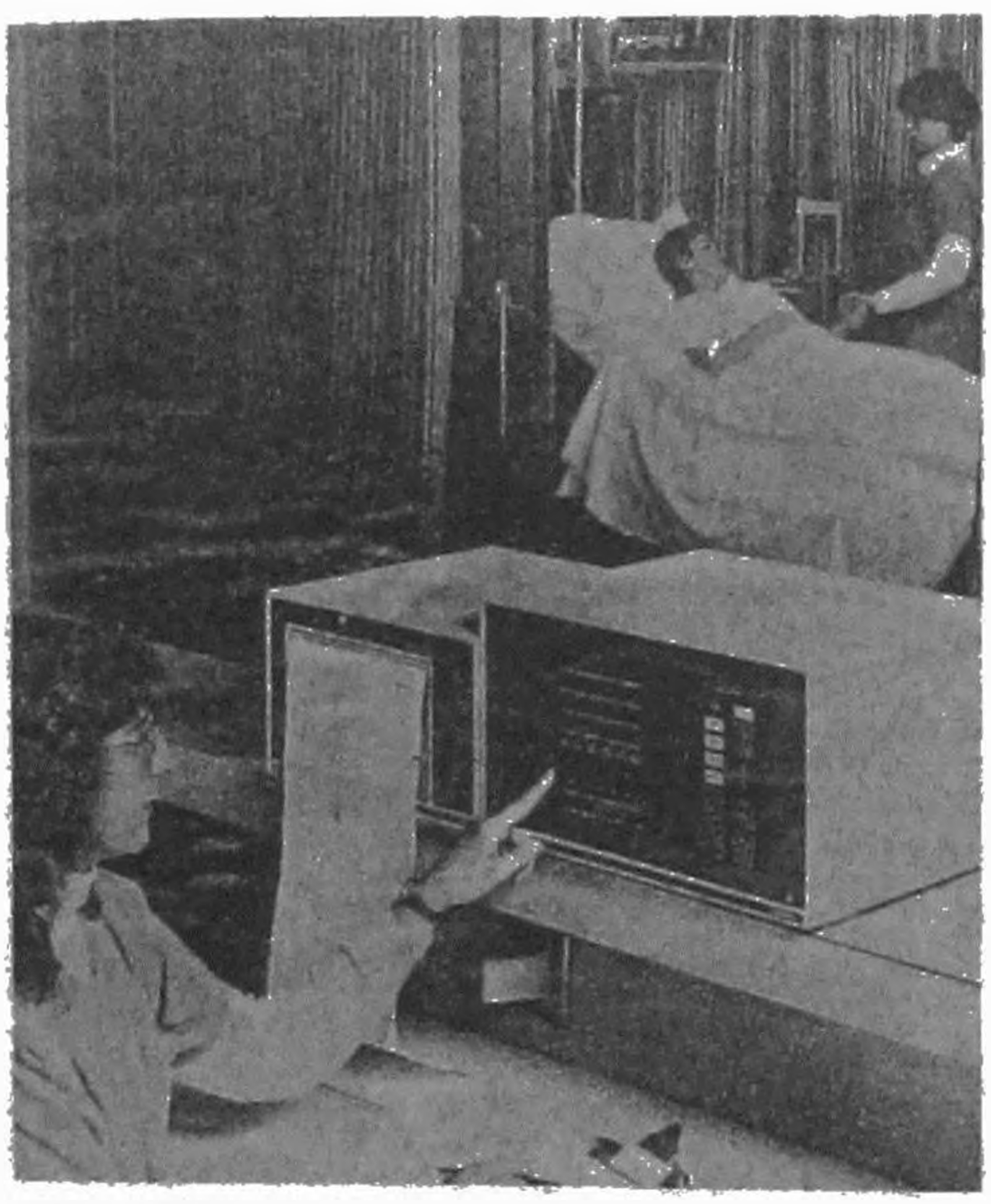
У нези болесника сестра спроводи све медицинско-техничке радње, а посебно води рачуна да дисајни путеви буду увек пролазни за ваздух (ради несметаног дисања). Кисеоник се даје у тачно одређеној количини (проток кисеоника у литрима у току једне минуте) и за одређено време. Давање кисеоника дуже од одређеног времена (20 минута, а потом пауза) може да угрози респираторни центар, јер угљен-диоксид (CO_2) дражи центар за дисање. Међутим, ако се даје стално кисеоник, услед недостатка угљен-диоксида у крви настаје поремећај функције дисања (тровање организма кисеоником)

Медицинска сестра мора стално да посматра поверене јој болеснике (да ли је у реду гастрична функција, аспирациона дренажа, да ли су дренови под завојем, каква је диуреза) и да уочава промене виталних функција, било да их она лично мери или да користи монитор („електронска сестра"). О свим уоченим променама одмах обавештава лекара који је на служби данонoћно (лекар ради без прекида 24 часа — дежурство или у сменама).

Нагло знојење, изненадан бол, отежано дисање, узнемиреност, нагли кашаљ са крваво-пенушавим испљувком и све друге промене уочене на болеснику који се до тада релативно добро осећао, обавезују сестру да о томе одмах обавести лекара и припреми потребан материјал, апарате и лекове за брзу ин-



МОНИТОРИ КОЈИ ПРАТЕ ПУЛС И ПРИТИСАК И АПАРАТ ЗА ВЕШТАЧКО ДИСАЊЕ БОЛЕСНИКА



МЕДИЦИНСКА СЕСТРА–СТАТИСТИЧАР СВАКОДНЕВНО УНОСИ У КОМПЈУТЕР ПОДАТКЕ ИЗ ИСТОРИЈЕ БОЛЕСТИ

тервенцију, како би се отклониле акутно настали поремећаји и компликације.

У тачно одређено време сестра узима крв и мокраћу и шаље у лабораторију ради анализе. Добијене резултате показује лекару интензивне неге, који по потреби допуњује и мења ординирану терапију.

Она контролише брзину истицања интравенске инфузије раствора електролита и трансфузију крви и на време замењује боце са течношћу.

Сестра води медицинску документацију о датој терапији и нађеним вредностима виталних функција. Све уочене промене на болеснику уноси у листу и о томе упознаје сестру прогресивне неге која преузима дужност (примопредаја дужности).

У одељења интензивне неге смештају се болесници:

- којима је неопходан сталан интензивни медицински третман због угрожених виталних функција;
- кад су без свести (кома);
- кад је у питању крварење – спољашње и унутрашње;
- ради сталне контроле температуре, пулса, дисања и крвног притиска;
- ради интензивне терапије (инфузија, трансфузија, кисеоник и друга средства), због дисбаланса електролита, ацидобазне равнотеже респираторне инсуфицијенције,
- због политраума

ПОЛУИНТЕНЗИВНА НЕГА

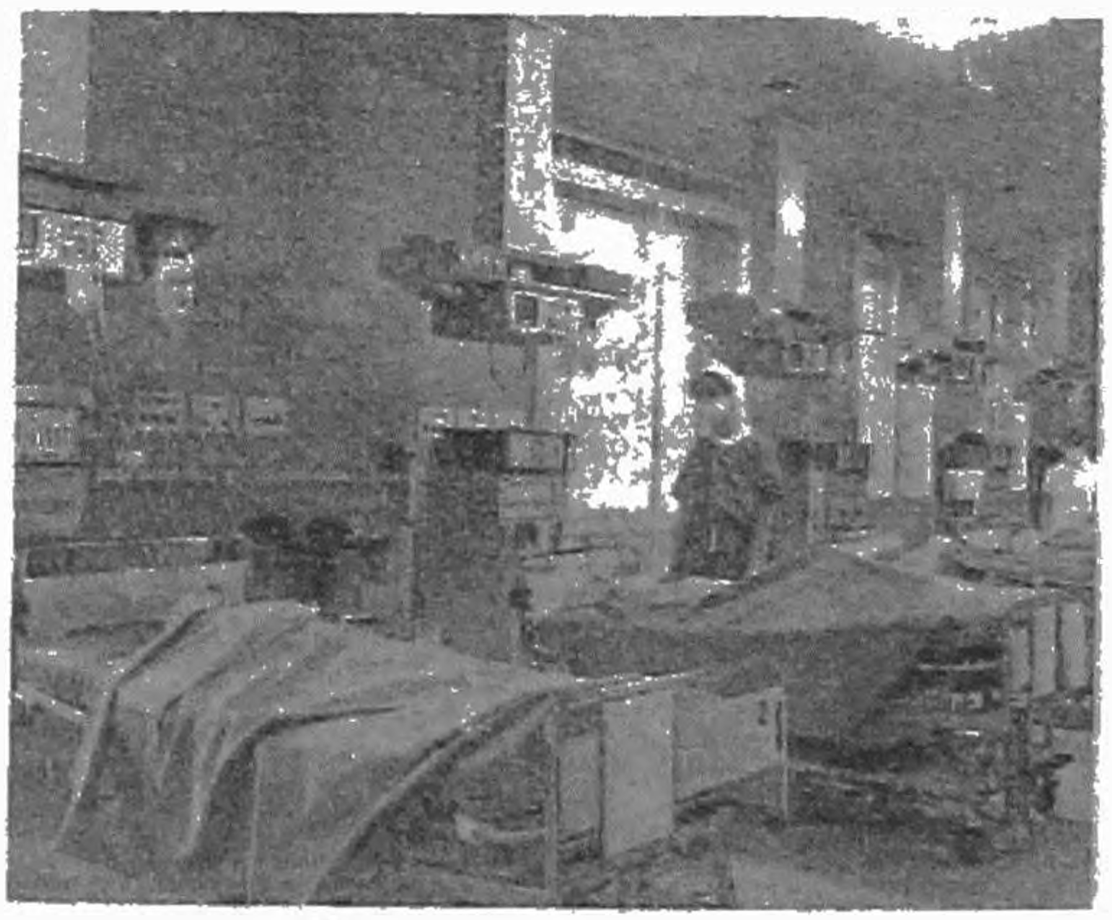
Полуинтензивна нега се примењује у лечењу болесника чије су виталне функције физиолошке (без апарата за дисање и очување свести), али који нису способни да самостално обављају физиолошке потребе (дефекација, кретање, устајање из постеље, исхрана и друге радње)

Контрола виталних функција врши се уз помоћ монитора и других апарата и уређаја. Сва допунска клиничка испитивања спроводе се у присуству медицинске сестре а по потреби и лекара

Просторија је опремљена свим апаратима, уређајима и инструментима као и одељење интензивне неге. Када се све функције организма нормализују, болесник се преводи у одељење обичне неге.

У одељење полуинтензивне неге смештају се болесници:

- кад су непокретни;
- кад су дезоријентисани;



ОДЕЉЕЊЕ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ

- са поремећајима виталних функција (крвни притисак, пулс и ритам дисања);
- којима треба поставити хемостатичку повеску због спољашњег крварења,
- ради повремене терапије кисеоником;
- ради испитивања функције назогастричне сукције;
- који се хране у постељи;
- кад је нужно одржавање личне хигијене у постељи;
- кад обављају физиолошке потребе у постељи, уз помоћ других особа

За смештај болесника у одељење полуинтензивне неге довољан је само један од наведених разлога, тј. увек када болесник који захтева сталну помоћ медицинске сестре.

У одељењу постоје електронски монитори који аутоматски региструју пулс, крвни притисак и дисање. Болесници су под сталном контролом медицинске сестре и нега и лечење се планирају према правилима процеса здравствене неге. По опоравку, када болеснику више није нужна стална контрола и нега, он се преводи на одељење — у собу где се спроводи обична нега болесника.

ОБИЧНА НЕГА (САМОНЕГА)

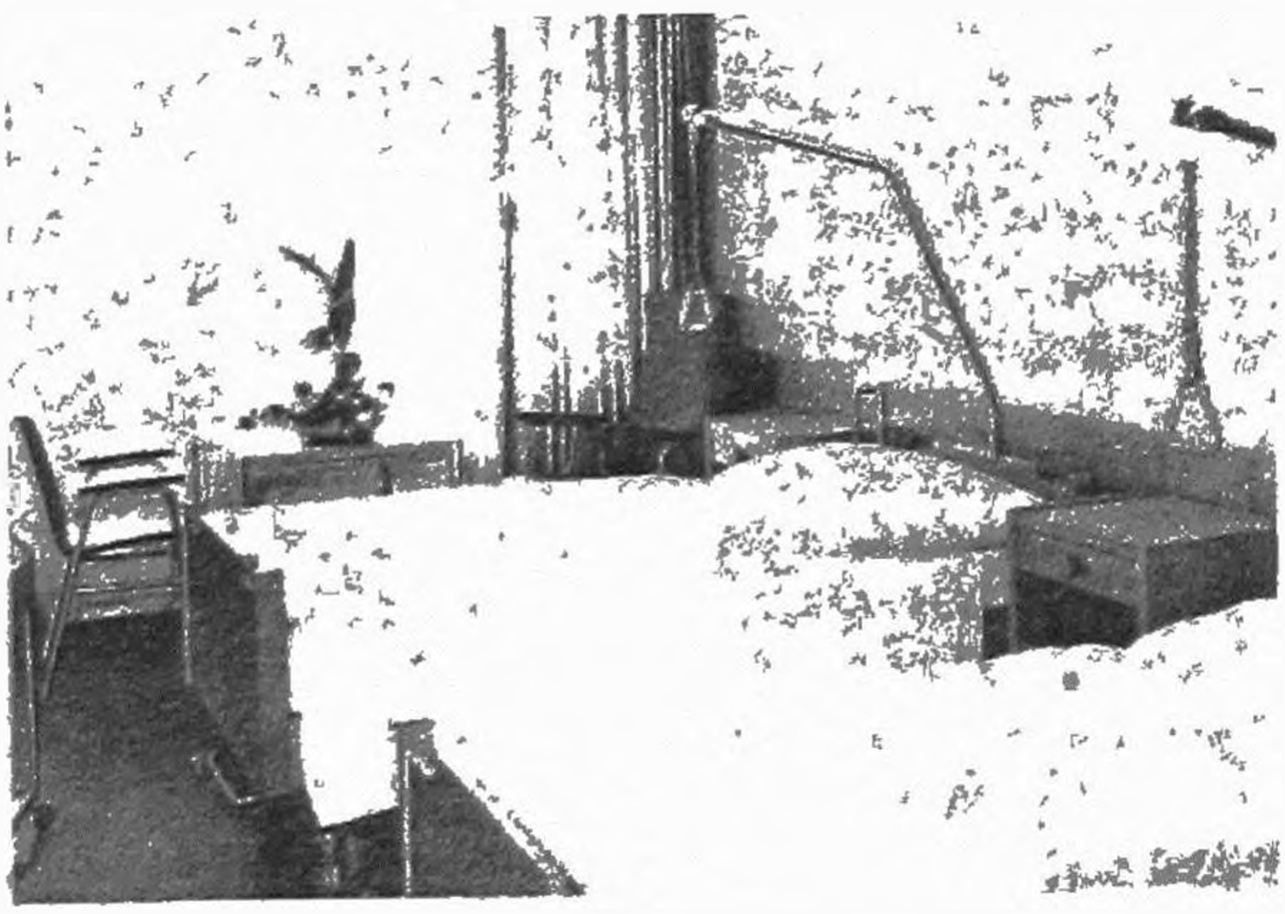
Обична нега болесника зависи од природе обољења и врсте повреде Сестра учествује не само у нези болесника већ и у свим поступцима дијагностике и медицинско-техничким радњама, што доприноси успешном лечењу болесника.

Витале функције, пулс и крвни притисак сестра обавезно контролише на сваких 6 h.

Болесници су активно или пасивно покретни. Пасивно покретни болесници уз помоћ сестре или физиотерапеута устају из постеље, одлазе у купатило и WC. Активни болесници сами и без ичије помоћи обављају своје хигијенске и физиолошке потребе, хране се у заједничкој трпезарији, слободно време проводе у соби за дневни боравак.

КУЋНА НЕГА

После завршеног лечења у болници, болесници се отпуштају својим кућама, где настављају продужено болничко лечење. У кућном лечењу нису потребни скупоцени уређаји и опрема и бројно медицинско особље. Болесници се брже опорављају, јер су окружени члано-



БОЛЕСНИЧКА СОБА СА ДВЕ ПОСТЕЉЕ

БОЛЕСНИЧКА СОБА СА ВИШЕ ПОСТЕЉА

вима породице и блиским пријатељима, исхрана је по жељи и према потребама болесника

Пре одређивања болничког лечења ван болнице неопходни су сагласност и сарадња болесника и чланова целе породице

Медицинска сестра свакодневно, у одређено време, обилази болесника да би контролисала ток лечења, као и евентуални предак или погоршање

Лекар дома здравља или болнице, по потреби, а најмање једном у три дана, обилази болесника и предлаже допуну или замену терапије медицинско-техничких поступака неге болесника

Медицинска сестра по потреби остаје код болесника ради обављања медицинско-техничких поступака, терапије и обуке чланова породице који га негују Такве болеснике по потреби обилазе и социјални радници, психотерапеути, кућни лекар (лекар опште медицине) Координацију и посете свих стручњака обезбеђује медицинска сестра која надгледа негу и лечење болесника. Ради увида у ток лечења, примљене лекове и друге терапијске процедуре, води се картон кућног лечења. Картон се налази поред болесникове постеље, са забелешкама лекара који га негује и лечи. Такав картон се води и у болници у којој је болесник раније лежао. По завршеном лечењу (позитивном или негативном) оба картона се спајају.

Лекар опште медицине (кућни лекар) такође је одговоран и укључен у кућно лечење и негу болесника.

Социјална служба сваке општине помаже негу болесника ван болнице, и то набавком опреме, финансијским средствима и моралном подршком. У случају да услови живота и становања не задовољавају болесникове потребе, социјални радници обезбеђују преко општине потребна средства за исхрану, грејање и др. Неопходна је сагласност болесника и чланова породице да се болесник упути на кућно лечење Болесник не сме да се отпусти из болнице пре него што је лечење завршено, односно не сме да се отпусти ако се није довољно опоравио да може да настави кућно лечење Болесник не сме да се отпусти из болнице ни због ослобађања болничког кревета Пракса је да заједничку одлуку о кућном лечењу доносе болнички лекар, лекар опште медицине (кућни лекар) и социјални радник одређене општине

Кућна нега је и економски оправдана, јер највећи део трошкова лечења у болници чине трошкови одржавања болнице, плате медицинског и другог особља, набавке и одржавање опреме и уређаја Трошкови лечења у кући су знатно мањи, а успех лечења је изванредан те се овај вид лечења мора развијати и усавршавати Медицинска сестра има посебно одговорно место у организацији кућне неге

ТЕРМИНАЛНА НЕГА БОЛЕСНИКА

Страх од смрти постоји код свих људи, а посебно код тешких болесника Погрешна је пракса да се неизлечиви болесници (на пример, од најтежих облика рака или других обољења и повреда као што су неизлечиве болести срца, перитонитис, краниоцеребралне повреде и друге болести) издвајају у посебне собе умирућих болесника, или се у болесничкој соби одвајају специјалним параванима од других болесника И поред тешког општег стања, болесник уочава те поступке који наговештавају „крај живота“ Није допустиво да болесник који умире у болници или у свом дому трпи болове и да пати Данас би било пожељно да се за тешке болеснике организује терминална нега у специјализованим болницама. Стварају се погодни услови за смештај и спроводе потребне медицинско-техничке радње, ко-

је код ових болесника стварају осећање наде и сигурности у успешно лечење *Иако смо убеђени да предузете мере у нези и лечењу неће излечити и оправити болесника, такви продужени услови у нези и лечењу су у складу са етиком медицинског позива*

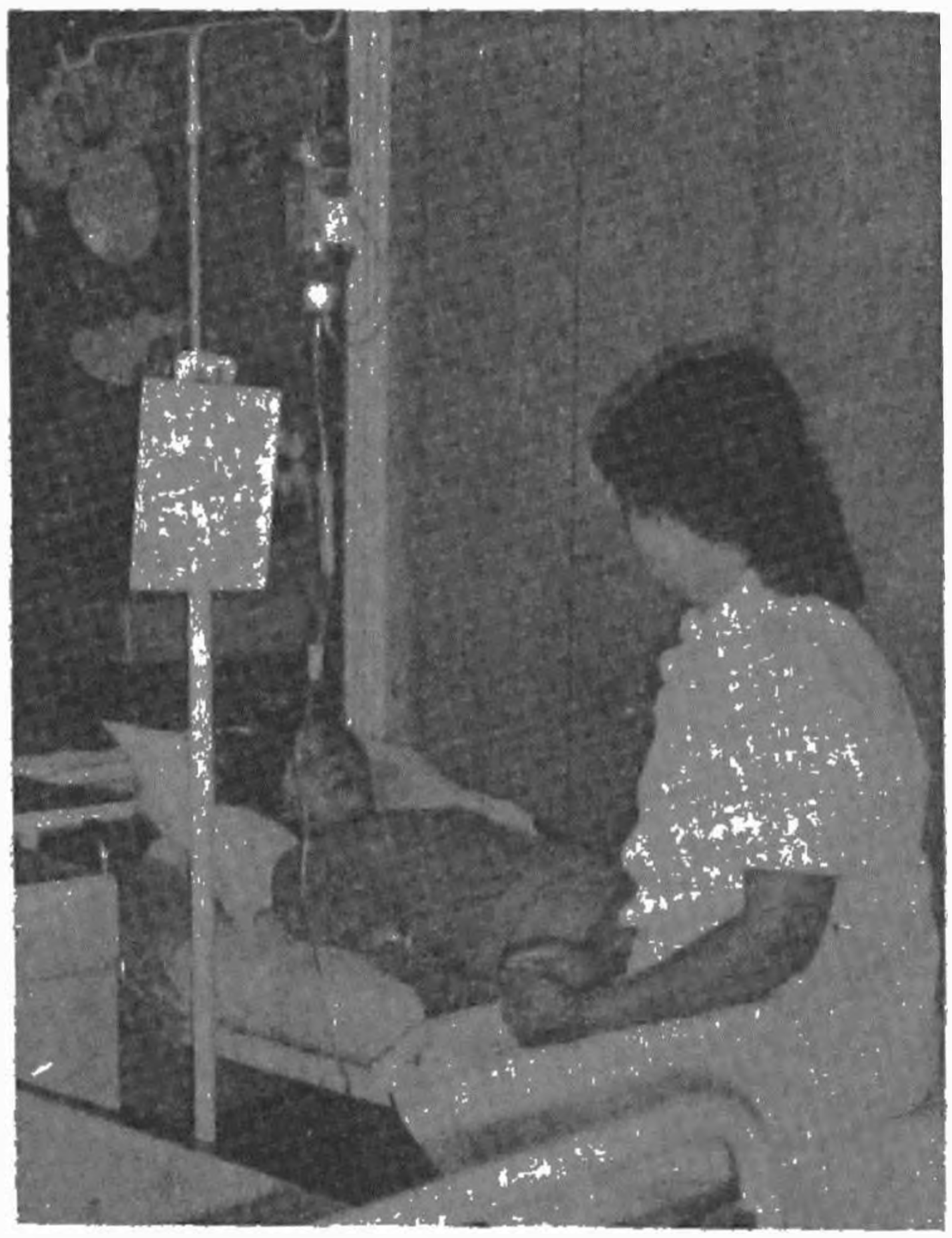
У установи за терминалну негу нужно је присуство сестре крај постеље болесника. Она га посматра, уочава настале промене, предузима одговарајуће мере неге и извештава лекара о свему што је запазила. Често присуство сестре позитивно делује на болеснике, они лакше подносе своје тегобе јер знају да ће им сестра или лекар у сваком тренутку пружити потребну медицинску помоћ, негу и лечење. Стални медицински надзор омогућава да се отклоне или умање болови и патње болесника који су доспели у завршни стадијум болести.

У складу са оваквим ставом о терминалној нези, данас се у многим земљама, па и код нас, отварају специјализоване болнице или одсеци при постојећим болницама за терминалну негу болесника Такође се организовано спроводи и кућна нега тешких болесника.

ОСНОВНИ САДРЖАЈИ НЕГЕ И СЕСТРИНСКОГ РАДА

Општа нега обухвата следеће:

- *обезбеђење дневних потреба за болесника или за особу која се негује;*
- *одговорности везане за болесникову околину;*
- *обезбеђење пажљивог посматрања и вештина да се пружи ефикасна нега,*
- *негу и заштиту лаких болесника;*
- *негу и заштиту средње тешких болесника,*
- *негу и заштиту веома тешких болесника,*
- *негу и заштиту болесника оболелих од хроничних обољења;*
- *негу и заштиту старих лица;*
- *негу умирућих болесника,*
- *негу којом се спречава оболевање (превенција).*



СУШТИНА СЕСТРИНСКОГ РАДА ЈЕ, ПОРЕД ОСТАЛОГ, И НЕПРЕКИДНО БДЕЊЕ НАД БОЛЕСНИМ ДЕТЕТОМ

ДНЕВНЕ ПОТРЕБЕ БОЛЕСНИКА

Основне дневне потребе сваког болесника су:

- *лична нега и хигијена*;
- *спавање и одмор*;
- *храњење и појење*;
- *обезбеђивање излучевина, тј. елиминација штетних продуката*;
- *држање тела и активност организма*;
- *околина*;
- *мировање*;
- *лечење и давање лекова*;
- *емоционална и духовна подршка*;
- *усклађивање менталног и физичког статуса болесника*;
- *активност на разоноди болесника и рехабилитацији*.

ЛИЧНА НЕГА И ХИГИЈЕНА

Свим болесницима неопходна је дневна нега у погледу личне хигијене. Овде се убрајају: купање и нега коже, нега усне дупље, косе, и ноктију.

Неким болесницима све ово мора да обезбеди медицинска сестра, а неки, опет, могу делимично или потпуно сами да обезбеде личну хигијену.

СПАВАЊЕ И ОДМОР

Одговарајући одмор и спавање потребнији су болесницима него здравима. Болесник тако отклања умор, обнавља истрошена ткива и одмара свој организам. Потреба за спавањем зависи од узраста, навика, физичког стања. Додатни одмор и спавање веома су значајни за оздрављење болесника. Потребно је створити услове да болесник спава и одмара се потпуно релаксиран, и у комфору како физичком, тако и емоционалном При томе треба водити рачуна о стању кревета, положају болесника у кревету, контролисати галаму и светлост, вентилацију просторије и ослобађати болесника од свих болова.

ИСХРАНА И ПОЈЕЊЕ

Иако је улога исхране и редовног давања течности позната, сваки болесник има специфичне захтеве за храном и течношћу. Њихово оздрављење може да зависи од правилне исхране и правилног уношења течности. Пре јела треба болеснику опрати руке, храну сервирати тако да буде допадљива и да делује пријатно. Избор и припрема хране такође су фактори који помажу болеснику да са задовољством поједе оброк. Дијете се припремају у складу са захтевом лекара, а у зависности од стања болесника. Неке течности и храна могу се ограничити или повећати у количини и врсти.

Мада сестра на одељењу не кува храну, ипак она сервира јело и храни болесника. За време храњења посматра болесника, процењује какав му је апетит, коју храну више воли а коју одбија и на

основу тога закључује шта треба учинити за тог болесника.

Неки физички и естетски елементи имају значајну улогу у помоћи да се побољша навика за узимањем одређене врсте хране и повећању апетита У ове факторе се убрајају: естетско сервирање хране у средини која је пријатна и у којој нема непожељних особа, галаме, јаких мириса.

ОБЕЗБЕЂИВАЊЕ ИЗЛУЧЕВИНА – ЕЛИМИНАЦИЈА ШТЕТНИХ ПРОДУКАТА

На излучивању, тј. елиминацији штетних продуката из организма утичу све функције организма, дијета, врста унете течности, висина температуре, физички напори, навике, усамљеност, бол, недостатак комфора и околина. Сестра треба да обезбеди да болесник за време дефекације и уринирања буде, пре свега, у удобном положају На пример, ноћни суд треба да је чист, добро намештен да не би оштетио кожу детета и тиме створио могућност за инфекцију или иритацију коже. Иначе, потреба за елиминацијом варира од узраста и физичког статуса болесника. Одојчад не контролишу излучивање, као ни они болесници који су без свести Међутим, они свесни, а врло тешки болесници могу, уз помоћ сестре, да контролишу физиолошке потребе

ДРЖАЊЕ ТЕЛА И АКТИВНОСТ ОРГАНИЗМА

Веома је значајно да положај тела детета буде правилан било да оно стоји, лежи или седи. Овај положај утиче на функционисање организма, на пример на дисање, равнотежу, излучивање. Нарочито је нужно да сестра обрати пажњу на положај тела детета у кревету. Она треба да обезбеди да се положај тела у кревету мења, да кичма буде у правилном положају и да понекад стави детету јастук испод колена. Циљ оваквих поступака је не само да се помогне детету да буде у комфорном положају већ да се спречи замарање и евентуално заштити од компликација Понекад је потребно да се поред правилног положаја тела обезбеде и неке активности у кревету, на пример покретање зглобова да би се спречио губитак мускулатурног тонуса или развој контрактура

ОКОЛИНА (МИРОВАЊЕ, ТИШИНА И ДР.)

Околина је веома значајна за дечје здравље и благостање. У кући, или у стационарној установи његова непосредна околина треба да буде чиста, мирна, привлачна, комфорна и да одговара свим потребама детета.

Чиста околина, чиста соба и њен намештај штите дете од инфекција и потпомажу оздрављење. Контрола собне температуре и вентилације у дечјој соби такође има велики значај.

Собна температура која је сувише висока или сувише ниска може да буде непријатна за дете или, чак штетна Свеж ваздух или промена ваздуха у соби (проветравање) освежава собу у којој се боље одмара и спава. Такође је неопходно да се у соби обезбеди правилно светло, природно или вештачко.

Соба треба да буде привлачно уређена и да допринесе оздрављењу болесника. Столице, столови, хигијенске канте, плакари за чување потребног материјала за негу, и све оно што служи за личне потребе болесника треба да је смештено тако да не угрожава пријатан боравак у соби. Боје, мириси, цвеће и слично у соби сметају многим болесницима. Намештај у соби треба да буде прилагођен узрасту, да је чист, добро постављен и да ствара укупну пријатну атмосферу. Мировање помаже да се болесник релаксира и одмара. Непотребни гласови или галама узнемиравају већину људи, а нарочито кад су болесни.

ЛЕЧЕЊЕ И ДАВАЊЕ ЛЕКОВА

Лекар прописује и одређује све што је потребно болеснику. Он то бележи у температурну листу, а сестра спроводи Сестра треба да буде свесна да све то што је записано има своју сврху и свој смисао у погледу лечења, превенције, компликација и помоћи болеснику Једном речи, она мора схватити да ако све то дисциплиновано не спроведе, излечење није могућно

БРИГА О ЕМОЦИОНАЛНОМ И ПСИХИЧКОМ СТАЊУ БОЛЕСНИКА

Медицинска сестра води бригу о томе како се болесник осећа, брине да не буде усамљен, или у неизвесности шта ће се с њим десити. Начин на који сестра препознаје емоционално и психичко стање болесника није једноставан и није једнак за све болеснике. Ако, на пример, она превиди да је болеснику потребна помоћ и психичка подршка, онда ће се јавити отворено незадовољство болесника Болесник ће постати миран и потпуно повучен у себе

Осећање болесника може некада да се изражава и потребом да са неким разговара. Сестра мора да буде стрпљива за време разговора. Понекад је много лакше препознати физичке него емоционалне поремећаје болесника.

УСКЛАЂИВАЊЕ МЕНТАЛНОГ И ФИЗИЧКОГ СТАТУСА БОЛЕСНИКА

Сваком болеснику потребно је физичко и ментално уравнотежење, било да је код куће или у стационарној установи. Болест ограничава његове индивидуалне жеље и могућности. Ако је, на пример, у болници, он мора да се придржава распореда који важи за све, па и за њега. Понекад му је тешко да прихвати режим живота у болници који му не одговара, али без тог режима нема функционисања болнице. Због тога је потребно да сваки болесник упозна детаљно дневни распоред живота и рада да не би касније постављао иста питања и узнемиравао себе и друге

РАЗОНОДА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Комплетна нега подразумева и бригу о разоноди и другим активностима која помажу оздрављење Кад год је могућно треба организовати неке облике разоноде и рекреације, као што су, на пример, разговори, слушање радио и ТВ програма, читање, израда рукотворина (вез, пластелин), затим развијати интересовање за уређење собе, аранжирање цвећа, акваријума, изложби итд

ОРГАНИЗАЦИЈА НЕГЕ

На сваком одељењу дужности су подељене између чланова тима Дужности морају бити подељене веома прецизно између лекара, сестара, спремачица и другог особља, мада се тих подела не треба и не може круто придржавати Руководилац одељења и главна сестра праве свакодневни распоред и план рада за сваког радника Тим распоредом и планом рада једна медицинска сестра се задужује за једног или више болесника. У току свог радног времена она је обавезна да посматра и да контактира са болесником, да обезбеди његову личну хигијену и хигијену његове околине, да му даје лекове, да га храни, да се, једном речи, брине о свим потребама и да своја запажања уредно забележи. То је тзв. *индивидуални план рада*.

У неким болницама постоји и тзв. *функционални план рада*, по коме је подела рада таква да једна сестра брине о хигијени и личној нези, друга о исхрани, трећа о давању лекова, четврта о узимању материјала за лабораторијске анализе итд. Сматра се да овакав начин рада није најпогоднији јер се сувише особља бави око једног болесника, што се лоше одражава на његово адаптирање. С друге стране, ако се нешто не

уради, онда се одговорност најчешће пребацује на друге, па је боље да једна сестра одговара за све што је у вези са једним болесником

Главна медицинска сестра треба да буде одговорна за целокупан рад на одељењу, изузев лекарског рада. Она сваког дана подноси извештај о раду у току 24 часа и контролише примопредају дужности између смена у току дана, а у току своје смене обавља визиту са свим сестрама и разматра са њима проблеме и запажања о сваком детету.

ДНЕВНИ ПЛАН НЕГЕ

Свака медицинска сестра, кад планира негу болесника, треба да има у виду следеће податке:

1) да буде упозната са свим битним чињеницама о сваком болеснику за кога је одговорна;
2) да зна која је упутства лекар дао за болесника; да буде сигурна да разуме та упутства и да из тога сагледа своје одговорности.

Потребно је да обрати посебну пажњу на тачно време када треба коју радњу да спроведе,

3) да резервише довољно времена за сваког болесника. Ради тога она мора да направи логичан распоред рада. У том распореду треба да запише све обавезе у току једног дана. Наравно, цео дневни план мора да буде посвећен потребама болесника. То је показано у следећим примерима:

— кад год је могуће све радње око болесника које су болне и непријатне треба да се ураде после оброка;
— потребно је да региструје болеснике који су способни да неке или све своје потребе сами обезбеде, тако да медицинска сестра те радње само надгледа, а истовремено помаже онима где је њена помоћ неопходна;
— да зна све болеснике који су спорији, лако се замарају и којима је због тога потребно дуже време да би себи прибавили неко задовољење, па им је у том случају неопходна и помоћ сестре;
— сви болесници имају потребу да мисле да им сестра стоји на располагању. Према томе, присуство сестре чак и на кратко време, за неке болеснике је веома значајно;
— пре било које процедуре сестра треба да се добро припреми и да преиспита да ли су јој све фазе те процедуре познате. Потребно је да буде рационална са временом и материјалом, тако да јој све што је потребно буде при руци за време процедуре и после ње;
— приликом рада са болесницима сестра увек мора имати на уму своју одговорност за безбедност и достојанство болесника;
— сестра треба да научи да са болесницима има добре односе и да увек буде радо виђена особа у њиховој околини тако да сви болесници са задовољством примају њено знање и савете које им даје;
— сестра треба да покуша свим средствима да се придржава одређеног распореда, који је сама направила, а при томе мора да поштује и своје и туђе време;
— ако запази било шта необично на болеснику, неопходно је да то одмах забележи и да о томе обавести, ако је то потребно, ординирајућег лекара.

Свака сестра мора увек да преиспита свој дневни план рада да стално ради на његовом побољшању, анализира добре и лоше стране тог плана рада, региструје факторе који је ометају у дневном обављању дужности и да увек настоји да из претходног посла извуче корисна искуства.

ПОСМАТРАЊЕ И КОНТРОЛА ВИТАЛНИХ ФУНКЦИЈА

ОПСЕРВАЦИЈА – ПОСМАТРАЊЕ БОЛЕСНИКА

Термин опсервација или посматрање обухвата у целини групу вештина и акција у сестринском (и не само њеном) раду и делатности. Опсервација је најважнији део успешне неге и садржи сва средства, све активности и све мере у нези болесника.

Опсервација треба да:

- омогући да се што пре установи дијагноза;
- омогући правилно усмеравање у нези;
- помогне другим радницима, терапеутима, социјалним радницима и другима у њиховом раду са болесником и његовом породицом.

Као што је речено, примарна средства за посматрање су сопствена чула. Рећи ћемо неколико речи о овим средствима.

ГЛЕДАЊЕ – ВИЗУЕЛНО ПОСМАТРАЊЕ

Визуелно посматрање је најзначајније средство које се перманентно примењује за сагледавање болесника, тј. његовог стања, околине и других фактора који су са њим у вези. При визуелном посматрању потребно је обратити пажњу нарочито на следеће:

- израз лица – забринутост, болан израз или нелагодност, незадовољство и сл.;
- кожу – да ли је топла, сува, хладна, влажна, бледа, црвена, има ли осипе, да ли на појединим местима има цијанозе (усне, прсти руку и ногу) итд.; има ли огреботина или других повреда. Најбоље време за посматрање коже је у току купања, кад је болесник ослобођен одеће. При посматрању коже, осим чула вида, користи се и чуло пипања;
- положај тела и активну и пасивну покретљивост треба утврдити кад се установи да болесник не може сам да хода или га морају носити. да ли је укочен, да ли покреће руке, ноге, стопала итд.;
- потребно је, такође, посматрати непосредну околину – да ли је уређена онако како то одговара узрасту детета, да ли га чини сигурном од повреда и да ли оно воли такву околину. Такође, треба видети да ли има сва средства за личну хигијену, за своје физиолошке потребе, прибор за исхрану, прибор за лечење. Наравно, истовремено се посматра и осветљење, вентилација, температура собе, бука у околини. На крају, треба запазити да ли има других извора који могу да сметају, на пример, јаки мириси, смрад, галама итд.;

— у посматрању болесниковог стања убраја се и посматрање мокраће, столице, повраћених маса и спутума, при чему треба да се забележи количина, боја, мирис итд.

СЛУШАЊЕ И РАЗГОВОР

Медицинска сестра мора знати како да води разговор и како да саслуша болесника То мора бити разговор у коме се зна да се са много стрпљења саслуша оно што је важно и скрене разговор са неважних тема. За време разговора треба проценити да ли болесник одговара повезано, да ли се оријентише у времену и простору, да ли је задовољан, да ли је у некој бризи, страху, неизвесности или какве су му потребе и каква интересовања. Никада не треба заборавити да болесник воли да буде саслушан и да онај ко га слуша треба то да чини са заинтересованошћу и пажњом. То ствара поверење између здравствених радника и болесника. Слушање и коверзација имају и другу важну улогу. Слушањем се могу проценити фреквенција, дубина и карактер дисања, знаци замора, и дезоријентације. Уз слушање се користи и стетоскоп, помоћу кога се добијају суштински подаци о стању појединих органа.

КОРИШЋЕЊЕ ЧУЛА МИРИСА

Чулом мириса може да се установи постојање необичног задаха, као показатеља стања болесника и стања његове околине, на пример, мирис зноја, задах из уста или мирис одеће, излучевина, а све то је од непроцењивог значаја за правилан однос према болеснику.

ПАЛПАЦИЈА

Чуло пипања је такође значајно за процену стања болесника. Пипањем се може утврдити да ли је кожа топла или хладна, сува или влажна, да ли на њој има каквих абнормалности и повреда коже, да ли је температура абнормална итд. Палпацијом се одређује стање пулса, његов квалитет, фреквенција, ритам.

ЗНАЦИ И СИМПТОМИ

У медицинској пракси употребљавају се речи — знаци и симптоми. Често се ова два појма преплићу, па ће се о њима истовремено и говорити. Знак је показатељ или чињеница о постојању нечега. Према томе, знак се може видети, чути, осетити, мирисати итд На пример, може се измерити температура, прочитати термометар и, према томе, видети да ли неко има или нема знак повишене температуре.

Симптом је доказ о постојању нечега што сам болесник осећа и каже. На пример, осећа муку, главобољу, гађење, жеђ, страх, глад, хладноћу.

ТИПОВИ ЗНАКОВА И СИМПТОМА

Кад се имају у виду поменуте дефиниције, може се рећи да се сви знаци и симптоми деле на објективне и субјективне.

Објективни симптоми и знаци су они који се могу видети, чути, опипати, мирисати. Ту се убрајају:

— *цијаноза*;
— *замор*;
— *отоци* (*локализовани или генерализовани*);
— *потреба за сном*;
— *апетит*;
— *општи изглед болесника* (*израз лица, деформитети, стање ухрањености итд*);
— *стање коже у целини и на појединим деловима*;
— *повишена температура, грозница*;
— *дисање, кашаљ, кијање*;

— *боја и количина мокраће, столице, испљувки и повраћеног садржаја,*
— *ментално стање (депресија, дезоријентација итд.),*
— *карактер и количина прљавштине на одећи (зној).*

Субјективни симптоми су они за које се углавном сазна од онога ко даје податке. Ту се сврставају

— *вртоглавица,*
— *зујање у ушима,*
— *малаксалост,*
— *мука,*
— *бол и нелагодност;*
— *осећај хладноће, жеђи, страха, усамљености итд.*

Медицинска сестра је дужна да све знаке и симптоме које види или за које чује од болесника региструје у одређени образац, на пример:

— тачно врѐме када је то запазила или чула,
— где је лоциран абнормални знак или симптом;
— трајање .(нпр., колико је трајала дрхтавица);
— фреквенцију или интензитет поја ве (нпр . да ли је бол био константан или са прекидима или да ли је бол јак, осредњи или у облику тиштања),
— да ли је та абнормална појава пре стала уз помоћ лекара и сестре или без те помоћи,
— општи изглед болесника,
— количину, боју и карактер мокраће, столице, повраћеног садржаја, испљувка и зноја,
— тачне речи које је болесник изговорио када је указао на те појаве,
— тегобе на које се болесник жали (везане, на пример, за исхрану, спавање, бол итд)

Све ово треба записати одмах или што је могуће пре, и то из два разлога

— овакве информације могу послужити као основа за брзу интервенцију,
— многе значајне чињенице добије не на овај начин могу се заборавити или превидети.

ВИТАЛНИ ЗНАЦИ И ЊИХОВЕ ОСНОВЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

Три знака су непосредни показатељи стања једног организма. Та три знака се називају витални знаци. То су:

- *температура*;
- *пулс*;
- *респирација*;
- *крвни притисак се прикључује овој групи као специфичан показатељ*

Нормалан организам функционише тако што се увек налази у стању одређене равнотеже и што сви показатељи живота имају своје физиолошке границе (највише и најниже) изнад и испод којих би живот био немогућ. На пример, у сваком организму постоји релативно стална температура. Срце ради и његови удари — откуцаји — релативно су у константном ритму, фреквенцији и зависе само од узраста, мировања или напора. То се исто односи и на фреквенцију дисања.

Ова три витална знака међусобно су тесно повезани и поремећај у једном утиче на други витални знак. На пример, ако се температура повиси за 1°C, фреквенција срчаног рада повећава се за приближно 10 удара у минуту. Ова три витална знака су и најпогоднија за процену стања организма јер се на једноставан начин мере и не захтевају употребу специјалних апарата.

Крвни притисак је четврти индиректни показатељ стања организма па ће и о њему бити речи.

ТЕМПЕРАТУРА

Једна од најважнијих особености високо организованих животиња су механизми за одржавање устаљене околине ћелије у којој се одвија њен живот. Регулација температуре један је од најважнијих елемената одржавања сталности унутрашње средине (хомеостаза) код човека и других топлокрвних сисара. Активност ћелија и многе хемијске реакције у њима веома су осетљиве на промене телесне температуре. С друге стране, део енергије која се ствара за време метаболизма у ћелији емитује се као топлота. Као пример може се узети топлота која се ствара код високоактивних органа као што су мозак и срце. Та топлота би у тим органима знатно порасла кад не би било расхлађујућег ефекта крвне струје која односи сувишну топлоту до других делова организма или у атмосферу преко коже и слузокоже.

МЕХАНИЗМИ РЕГУЛАЦИЈЕ ТОПЛОТЕ

Сталност телесне топлоте обезбеђује се равнотежом између количине топлоте која се ствара и количине топлоте која се губи.

Извори стварања или добијања топлоте могу бити: околина у којој организам живи и метаболички процеси.

Околина. — Кад год је спољна температура виша од телесне температуре,

организам ће примати топлоту радијацијом и кондукцијом. Организам се брани од таквог стања и, под одређеним околностима и до одређеног нивоа, може сопствену температуру да одржава на коректном нивоу. Међутим, ако ове околности дуже трају, онда регулациони механизми слабе и отказују, па настаје топлотни удар.

Метаболичке активности. — Топлота се у организму стално ствара захваљујући метаболичким процесима и активностима органа целокупног организма. Чак и када би организам био у потпуном менталном и физичком мировању и тада би се стварало око 5.857,6 – 7.531,2 J (џула) дневно. То се назива базалним метаболизмом, односно то је створена топлота при базалном метаболизму. Наравно да се при нормалној активности метаболички процеси повећавају, а са тим и стварање топлоте. Стварање топлоте се још више повећава са напором, тако да при максималним напорима топлота може бити петнаест пута већа од базалне. Такође, и уношење хране, а поред тога и врста хране (нарочито беланчевине), може да повећа метаболички износ топлоте.

ПУТЕВИ ГУБИТКА ТОПЛОТЕ

Топлота из организма се губи загревањем ваздуха који се удише и унете хране. Губитак топлоте дисањем зависи не само од температуре унетог ваздуха већ и од фреквенције дисања.

Топлота се губи и спровођењем, преношењем и радијацијом са површине тела. Количина изгубљене топлоте на овај начин зависи од три фактора:

— *температуре коже*;
— *температуре околине*;
— *струјања ваздуха у околини организма*.

Температура коже зависи од њене снабдевености крвљу, која је под контролом аутономног нервног система. Губитак топлоте са површине коже зависи и од начина облачења.

Губитак топлоте настаје и испаравањем течности са површине коже и преко респираторног система. При губитку течности преко респираторног система велику улогу има влажност ваздуха околине. Знојење је такође један од облика који омогућава губљење сувишне топлоте из организма.

НОРМАЛНА ТЕМПЕРАТУРА

Телесна топлота се мери термометром. Термометар је откривен још у XVII веку, али се веома широко употребљава тек од XIX века. Данас постоје два главна типа термометра:

— *живин термометар*;
— *електронски термометар*.

Мада електронски термометар даје тачне и брзе податке после 5 до 7 секунди, за разлику од живиног термометра који исте податке даје за 3,5 до 5 минута, ипак је и данас у најширој употреби живин термометар. Живин термометар је, у ствари, једна кратка троугласта стаклена цев, на чијем крају се налази жива. Цела цев је означена степенима по Целзијусу, мада има и других градација (Фаренхајт). Најчешће се употребљава Целзијусов термометар.

ВРСТЕ ПОВИШЕНЕ ТЕМПЕРАТУРЕ

Нормална температура код одојчета углавном није виша од 37,2°C мерена аксиларно, односно 37,5°C мерена ректално. Температура може бити нормална, субнормална или повишена. Повишење температуре изнад нормалних вредности назива се *фебрилност*. Фебрилна стања се деле на:

— *ремитентна*;
— *интермитентна* и
— *континуирана*.

Ремитентни тип температуре је онај при коме у току дана постоје повишења и падови, али се температура никада не враћа на нормалну вредност. Тај тип температуре чест је код оболелих од сепсе, маларије, трбушног тифуса итд.

Интермитентни тип температуре је онај при коме се температура пење врло високо, али се у току дана попекад врати на нормалан или субнормалан ниво. Овај тип фебрилности виђа се код оболелих од маларије, сепсе, код апсцеса и др.

Континуирани тип температуре је оно фебрилно стање у коме температура остаје стално повишена у току више дана, не показујући веће осцилације него што су оне које се виђају при нормалној температури

Постоје и неке друге врсте пирексије (фебрилности).

Повратна пирексија је оно стање када је температура неколико дана нормална или субнормална, па се у току наредна два до три дана повиси до максимума (више од 40°C) и три дана остаје на том нивоу.

Грозница је стање које се најчешће јавља у почетку неке инфективне болести или неке друге инфекције. Болесник осећа хладноћу и подрхтава. Мада кожа остаје хладна, унутрашња температура тела се брзо повишава. Ускоро болесник нагло почиње да се зноји, а кожа постаје топла и влажна.

Септичне температуре су, у ствари, интермитентне температуре при којима су дневне осцилације врло велике, а често се томе придружују грозница и профузно знојење.

ТЕРМОМЕТАР И ЊЕГОВО ЧУВАЊЕ

За мерење телесне температуре користи се Целзијусов максимални термометар. Термометар је подељен на степене, и то од 35°C до 42°C, али се могу мерити и десети делови степена.

Овај термометар се састоји из следећих делова:

- *живиног резервоара,*
- *капиларне цеви;*
- *алуминијумске скале* и
- *стакленог омотача.*

Резервоар је суженi део термометра у који је смештена жива. Део термометра у коме је смештен резервоар живе треба да је заобљен и глатких површина.

Капиларна цев је врло уска, затворена, безваздушна стаклена цев. Она се надовезује на живин резервоар, а веза је изразито мало сужење.

Алуминијумска плочица – скала, за коју је причвршћена капиларна цевчица, подељена је на исте делове – степене и десете делове степена

За време мерења температуре резервоар живе се загрева, а жива се шири. Ширењем жива иде навише, пролази кроз сужење и прелази у капиларну цевчицу, стварајући стуб, који се назива живин стуб. Висина живиног стуба чита се на скали и то је измерена вредност температуре.

Термометар се може чувати на два начина, зависно од места на коме се мери температура.

Термометри којима се температура мери аксиларно и ингвинално чувају се заједно. Стаклена посуда (тегла) претходно се механички опере и стерилише. На дно посуде стави се већа гужва ватe. До половине посуде треба насути 75%-тни алкохол који служи као дезинфекционо средство. Горњи отвор посуде се тракама фластера подели на више преграда, тако да сваки термометар има своје место. Стаклена посуда у којој су поређани термометри покрије се поклопцем или вишеслојном газом. Поклапањем се спречава упадање праши-

не и брзо испарење алкохола. Алкохол који се сипа у теглу треба редовно мењати. Посуда у којој се чувају термометри мора се редовно прати, а по потреби и стерилисати.

Ако се температура мери ректално или орално, због могућности преношења инфекције термометри се чувају посебно.

За сваки термометар постоји посебна стаклена посуда. Најчешће се користе епрувете. На дно сваке епрувете треба ставити гужву вате и до половине сипати 75%-тни алкохол. На фластер-траци се напише име и презиме детета или број кревета и залепи на епрувету. Епрувете се ставе у дрвени сталак и чувају на одређеном месту, али никад надохват руке деци.

МЕСТА ЗА МЕРЕЊЕ ТЕМПЕРАТУРЕ

Места за мерење температуре су:

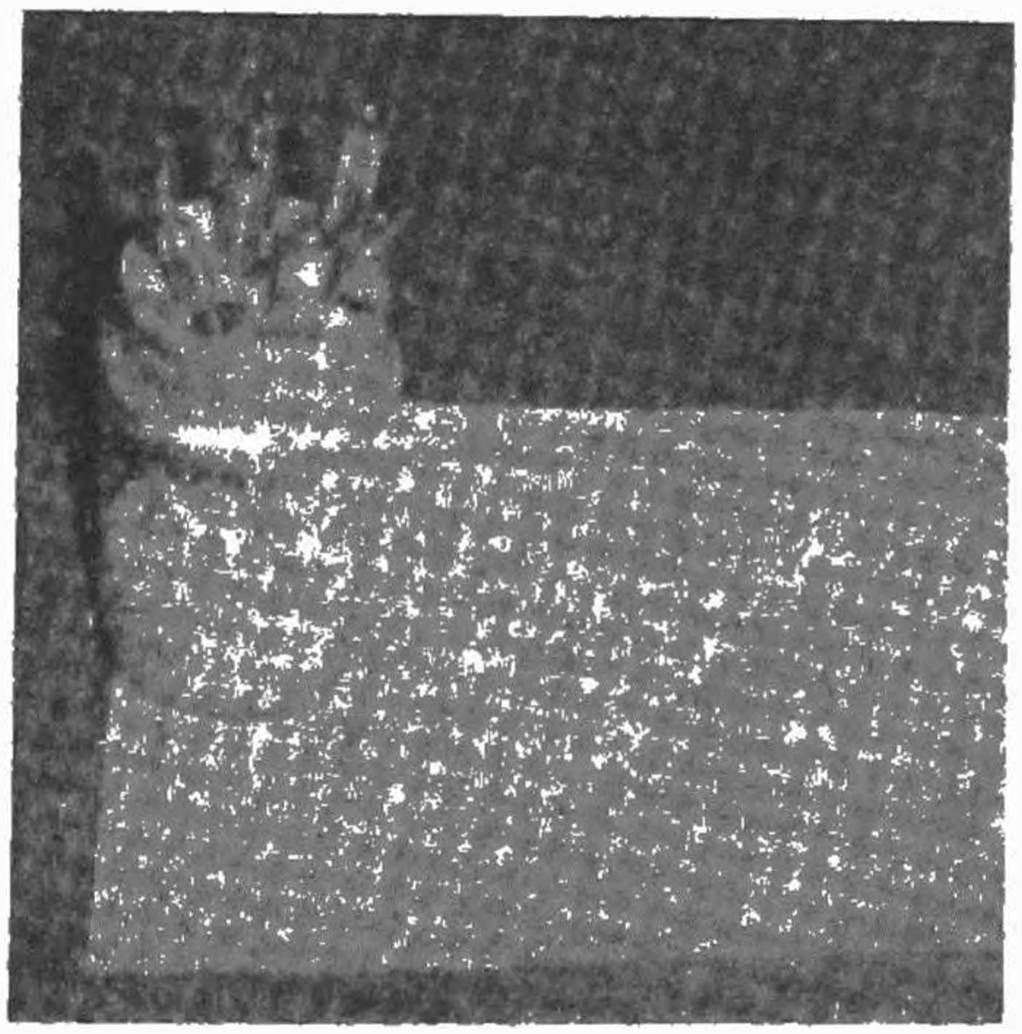
- уста (орално мерење),
- ректум (ректално мерење);
- аксила (аксиларно мерење);
- препона (ингвинално мерење).

Орална и ректална температура су најтачније јер оне показују температуру „унутар тела". Температуре у аксили или препони под утицајем су околине и нешто су ниже. Међутим, понекад околности могу бити такве да је немогућно мерити температуру орално или ректално, па се морају користити ова друга места.

При процени температуре потребно је имати у виду:

- доба дана – највиша температура је око 18 часова по подне, а најнижа у току ноћи, око 3 часа после поноћи;
- место на коме се температура мери – ректална температура је нормално виша од оралне за нешто више од 1/3 Целзијусовог степена, а орална је за исто толико виша од аксиларне. Према томе, ректална температура је виша од аксиларне за 0,5 до 1°C;
- топла или хладна храна или течност коју је дете узимало непосредно пре оралног мерења температуре утичу на њену висину,
- плач одојчета и малог детета може да повиси температуру;
- дисање на уста за време оралног мерења температуре такође може да повиси температуру.

Нормална температура у деце може бити од 36,1 до 37,2°C.



ЧУВАЊЕ ТЕРМОМЕТАРА

ПУЛС

Ако би требало дефинисати пулс, могло би се рећи да је то осећај пулсације артерије која се региструје помоћу прстију када се притисне та артерија. Потребно је подсетити се да се при сваком срчаном удару, снагом његових контракција, крв гура кроз циркуларни систем. Из десне стране срца крв иде у плућа, а из леве стране срца – у системску циркулацију. За време систоле леве коморе крв се убацује у аорту и даље у све артерије, зид артерије се подиже и то се осећа при палпацији артерије.

При дијастоли смањује се количина крви кроз артерије и њен зид се спушта. То ритмичко кретање крви кроз артерије назива се пулсација, односно пулс. Евидентно је да се преко одређивања особина пулса на индиректан начин могу добити многи подаци о стању кардиоваскуларног система. Овде су описане следеће карактеристике пулса

ФРЕКВЕНЦИЈА ПУЛСА

Број удара у току једног минута показује фреквенцију срчаног рада. Та се фреквенција може избројати директном аускултацијом срца и мерењем артеријских пулсација на једној од лако доступних артерија. Нормална срчана фреквенција у одраслих је релативно стабилизована и износи око 65 до 70 удара у једном минуту. За разлику од одраслих, варијације у деце су много веће. На пример, фреквенција срца у новорођенчади нормално износи 120 до 160 удара у минуту. Са даљим растом и развојем детета фреквенција срца се смањује и тек у доба пубертета и адолесценције фреквенција се стабилизује као код одраслих.

Срчана функција може бити убрзана, што се назива *тахикардија*, или успорена — *брадикардија*. Вредно је поменути да се фреквенција срца код детета убрзава и у многим нормалним а не само у патолошким стањима. На пример, за време прегледа дете се уплаши од лекара или медицинске сестре и добије тахикардију, која не значи никакво срчано обољење. Исто тако, фреквенција срца се повећава приликом свих фебрилних стања било ког узрока и при повећаном напору. За сваки степен температуре фреквенција срца се повећава за 8 до 10 удара у минуту (0,13 – 0,16 Hz). Наравно, ако се искључе узбуђење, температура, напор и друга стања која нормално убрзавају срчани рад а да срце није болесно, треба тражити органска обољења срца или неких других система.

Брадикардија је ређа физиолошка појава. Додуше, постоји синусна брадикардија као физиолошка појава, али, у принципу, када се открије брадикардија у деце, треба тражити друге узроке њеној појави. За прву процену фреквенције пулса препоручује се мерење фреквенције у сну и у будном стању. Нормална разлика код деце износи више до 10 удара у минуту (0,16 Hz). На пример, ако се у будном стању јави тахикардија (140 или 2,3 Hz) која не одговара нормалним варијацијама, треба измерити пулс у сну. Ако је фреквенција у сну 135 удара у минуту (2,25 Hz), реч је о стварној тахикардији (мање од 10 или 0,16 Hz), а ако је фреквенција пулса у сну 120 или 2 Hz, више од 10 удара у односу на пулс у будном стању, онда се може закључити да она фреквенција у будном стању није патолошка појава већ израз узбуђења, страха, напора и другог.

ТАБЕЛА 11 – Просечне вредности фреквенције пусла

Узраст	Фреквенција
Новорођенче	2 – 2,6 Hz (120 – 160/мин.)
1 година	1,3 – 2,3 Hz (80 – 140/мин.)
2 године	1,3 – 2,1 Hz (80 – 130/мин.)
3 године	1,3 – 2 Hz (80 – 120/мин.)
После треће године живота фреквенција износи	1,6 – 1,9 Hz (70 до 115/мин.)

РИТАМ ПУЛСА

Ритам пулса може бити правилан и неправилан. Овде је реч о томе да време између појединих срчаних удара треба да буде увек једнако и то је правилан ритам. Ако временско растојање између појединих удара није једнако, онда се то назива *аритмијом*. Потребно је поменути да код деце (и одраслих) може да се јави респираторна аритмија, која је физиолошка појава и не заслужује нарочиту пажњу. Међутим, ако се аритмија утврди независно од тога да ли је удисај или издисај, онда се мора потражити неких други узрок.

КВАЛИТЕТ ПУЛСА

Под овим се подразумева квалитет удара крви у зид крвног суда. Тај удар може бити снажан, слабији и осредњи. Значајно је да се ученици оспособе да региструју слаб, једва опипљив пулс, који може да значи патолошко стање.

Постоји неколико места на којима се може најлакше осетити пулс. Најчешће се користи радијална артерија – *радијални пулс*, а ређе артерија femoralis – *феморални пулс*. У ствари, савестан преглед детета морао би да обухвати палпацију и радијалног и femoralis пулса, као и истовремено аускултацију срца. На пример, при извесним стањима постоји разлика у фреквенцији срца ако се она мери аускултацијом и на радијалној артерији. Наиме, дешава се да сваки импулс срчаног удара не може да се пренесе до периферије, па је онда фреквенција пулса на радијалној артерији мања од оне која је мерена на самом срцу. То се назива пулсни дефицит и значајно је да се региструје. Други пример је код коарктације аорте када феморални пулс не постоји или је слаб, за разлику од радијалног пулса који је нормалан. Пажљивим мерењем квалитета оба ова пулса може се избећи грешка да се не дијагностикује патолошко стање.

ПОСМАТРАЊЕ И ПРОЦЕНА ДИСАЊА

Респирација је акт дисања који обухвата *инспиријум* (удисај) и *експиријум* ваздуха (издисај). Процена стања дисања, његове фреквенције, квалитета и ритма веома је значајна за процену стања органа за дисање, али и за процену стања целог организма.

Као и пулс, и респирације имају фреквенцију, ритам и квалитет. Једну респирацију чине инспиријум и експиријум заједно.

ФРЕКВЕНЦИЈА ДИСАЊА

Фреквенција дисања означава број удисања и издисања и броји се у току једног минута. Нормална фреквенција код деце је већа у односу на одрасле. На пример, одрастао човек има око 18 респирација у једном минуту (0,3 Hz), новорођенче има 40 – 60 респирација у минуту (0,6 – 1 Hz) и та се фреквенција смањује с растењем и развојем детета. У шестом месецу број респирација износи око 30 до 40 (0,5 – 0,6 Hz)

Кад дете наврши прву годину, број респирација износи око 25 – 35 (0,4 – 0,58 Hz).

У другој години живота број респирација износи око 25 у минуту (0,4 Hz) и та се фреквенција задржава све до шесте године живота. У школском периоду фреквенција дисања је као и код одраслих (око 16 респирација или 0,26 Hz). У првим часовима после рођења дисање је површно и неравномерно, повремено постаје дубље и ритмично. Иначе, нормално дисање је мирно и правилно. Постоји поремећај у фреквенцији који може бити изражен као убрзање, што се назива *тахипнеја*, и успорење фреквенције дисања, тзв. *брадипнеја*. Бројна су физиолошка и патолошка стања у којима се јавља тахипнеја или брадипнеја.

РИТАМ ДИСАЊА

Ритам дисања је правилан, а то значи да је размак између појединих респирација једнак. Међутим, постоје патолошка стања у којима је дисање неправилно, неритмичко и квалитета који одудара од нормале. Навешћемо неколико медицинских назива који описују неправилан ритам и квалитет дисања.

- апнеја – привремени прекид дисања после кога следи снажно дубоко дисање;
- диспнеја – отежано дисање при чему се користи помоћна дисајна мускулатура, а препознаје се по увлачењу епигастромијума, интеркосталних предела, југуларних предела и лепршању ноздрва;
- Чејн-Штоксово дисање – карактерише се неравномерним дисањем, у коме постоји дубоко дисање, затим слабо површно дисање са повременим интервалима апнеје,
- вештачко дисање – у коме се дисање обезбеђује средствима ван организма детета.

МЕРЕЊЕ АРТЕРИЈСКЕ ТЕНЗИЈЕ

Упрошћено речено, крвни притисак означава снагу којом крв протиче из срца у крвне судове. За медицинску сестру је значајно да зна како да измери и забележи тачан крвни притисак. То је вештина која се стиче дугим увежбавањем.

Познате су следеће методе за мерење артеријског притиска (тензије) у деце:

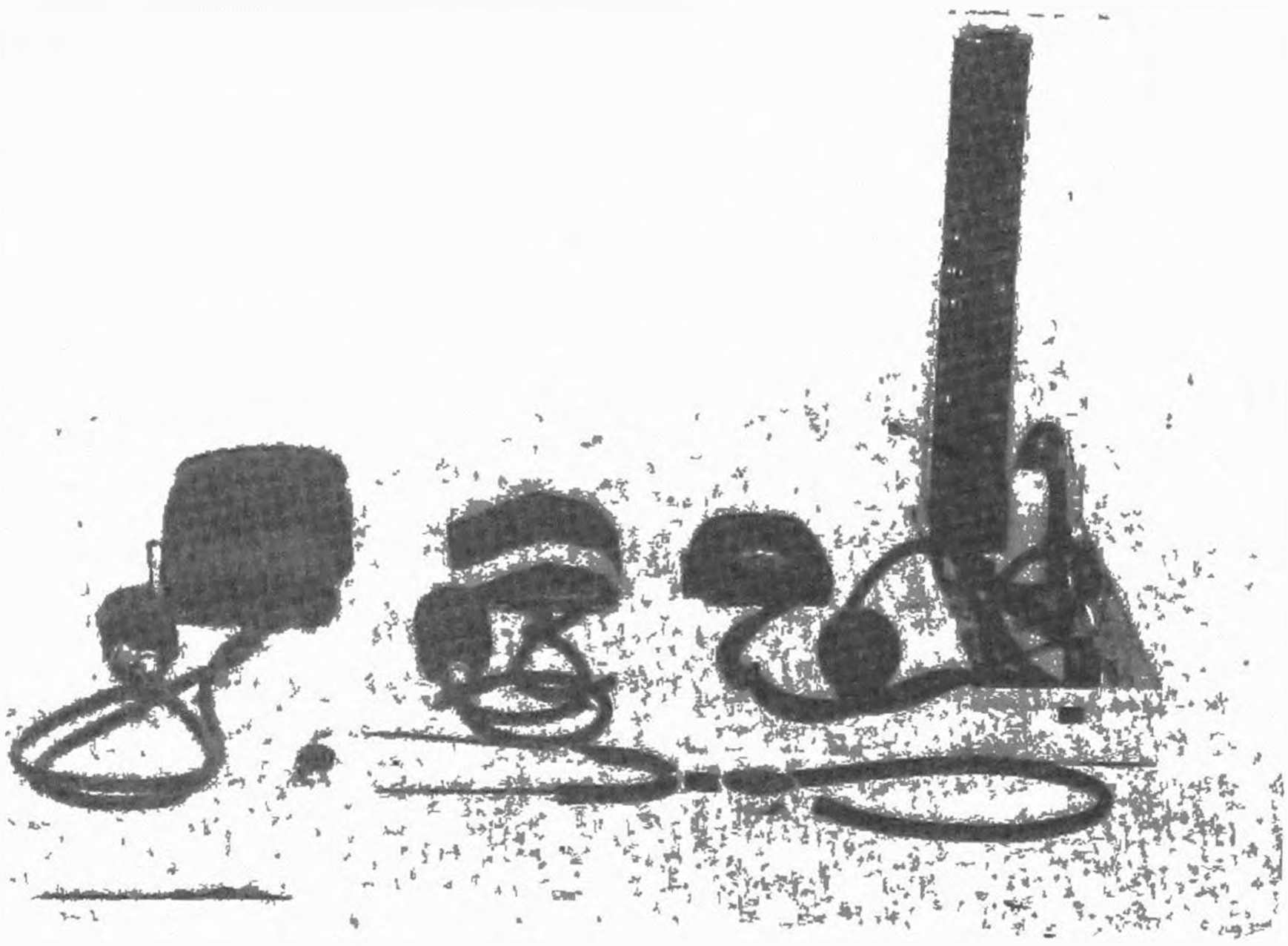
- *палпаторна*;
- *аускултаторна*;
- *флаш (Flush) метода*;
- *ултразвучна метода помоћу доплер (Doopler) апарата*.

Палпаторна метода се, по правилу, комбинује са аускултаторном методом. Наиме, најпре се палпацијом одреди место кубиталне артерије, јер се она понекад погрешно може обухватити манжетом Када се палпацијом одреди место кубиталне артерије, онда се звоно стетоскопа причврсти на том месту После тога се манжета напумпа све до момента када се тонови више не чују, а затим се ваздух из манжете постепено испушта и истовремено слушају тонови који се називају Короткови тонови Брижљивом аускулатацијом може се разликовати пет фаза, и то

- *прва фаза када се нагло појаве слаби пригушени тонови*;
- *друга фаза када се појаве јасни тонови*;
- *трећа фаза када се повећава интензитет тонова*;
- *четврта фаза када се тонови потпуно изгубе*

Постоји општа сагласност да прва фаза означава систолни артеријски притисак Међутим, за дијастолни притисак постоје два мишљења. Неки аутори сматрају да висину дијастолог притиска означава она тачка када тонови постану пригушени, а други да је висина дијастолног притиска она тачка када се тонови више не чују. Мора се рећи да је, ипак, у педијатрији усвојено да се као дијастолни притисак рачуна ниво када тонови постану пригушени.

Флаш-метода за мерење крвног притиска се доста ретко примењује, а користи се код одојчади. Манжета се везује изнад ручног или скочног зглоба, а остали део шаке или стопала се увије еластичним или гуменим завојем како би се крв из шаке или стопала дренирала нагоре. После тога се манжета напумпа до 26,7 kPa и скине се еластични или гумени завој са шаке или стопала. Тренутак када се шака или стопало потпуно обоје (боја коже пре мерења) означава приближно средњи артеријски притисак.



СРЕДСТВА ЗА МЕРЕЊЕ КРВНОГ ПРИТИСКА

УЛТРАЗВУЧНА (ДОПЛЕР) МЕТОДА

Не улазећи у физичка својства ултразвука и доплер-апарата, потребно је рећи следеће:

- у специјалном апарату стварају се ултразвучни таласи,
- ови таласи се помоћу трансдјусера (цев која спроводи и прима таласе) управе према кубиталној артерији;
- на исти начин као и код осталих метода везује се манжета на надлактици,
- манжета се напумпа до нивоа када кубиталпа артерија престане да пулсира;
- пошто артерија не пулсира, ултразвучни таласи се не рефлектују.

Манжета се испумпава и на појаву тонова, односно почетка пулсације артерије одбијени ултразвучни таласи се враћају са пулсирајуће артерије у апарат, што се може регистровати светлосним или звучним сигналима Тренутак када се јави сигнал (светлосни или звучни) означава систолни притисак Када звучни сигнали постану пригушени, сматра се да је то дијастолни притисак

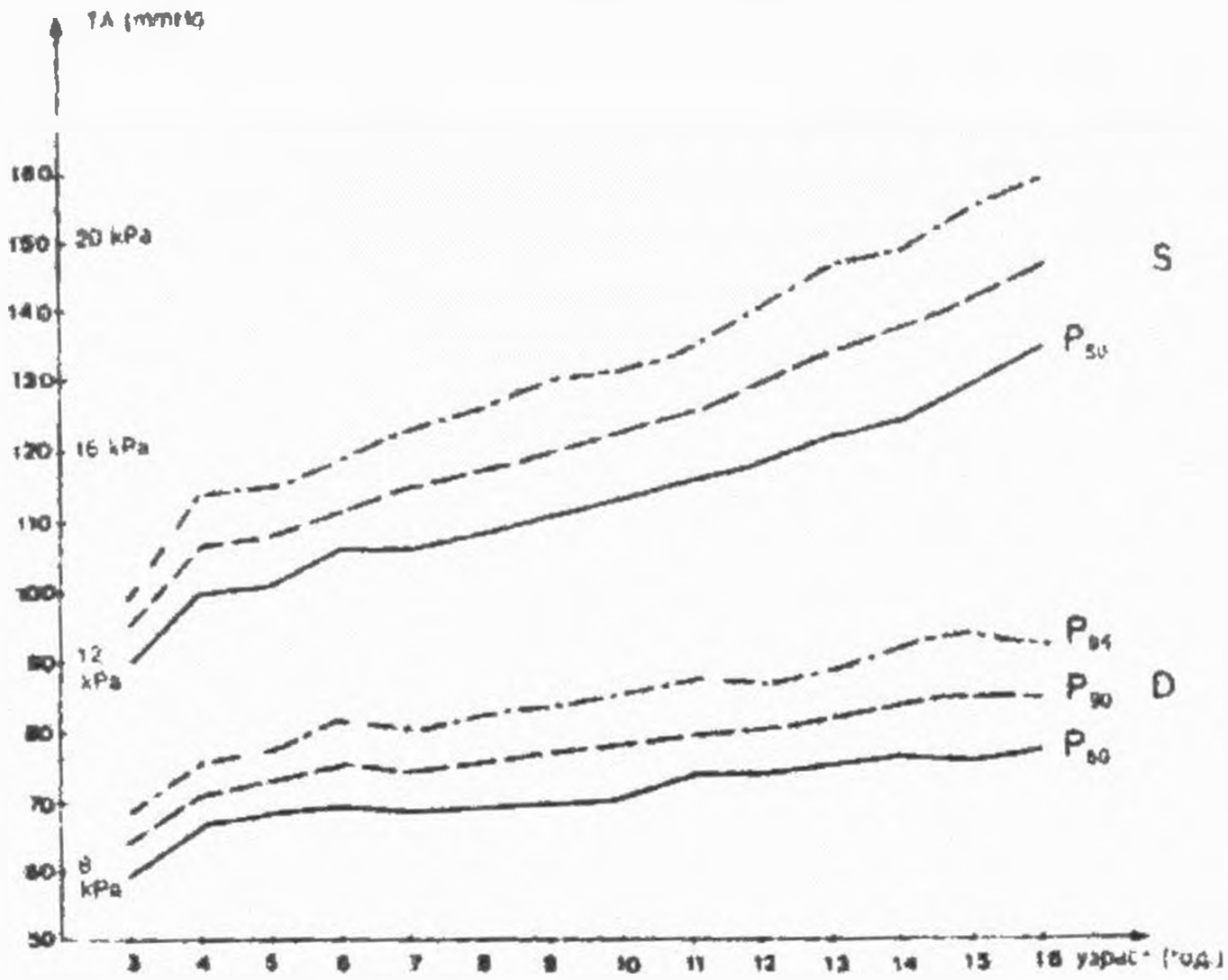
Инструмент који се најчешће употребљава за мерење крвног притиска је свигмоманометар, који може бити са живиним манометром или са анероидним манометром У рутинској употреби је живин манометар

НОРМАЛАН КРВНИ ПРИТИСАК

Нормалан крвни притисак у одраслих износи 140/90, а нормалне вредности код деце приказане су на следећој табели.

НОМОГРАМ 1 – НОРМАЛНЕ ВРЕДНОСТИ АРТЕРИЈСКЕ ТЕНЗИЈЕ ПО УЗРАСТУ

(С. Костић и сар.)



Напомена 1) С—систолни; Д—дијастолни Разлике између мушке и женске деце нису битне за праксу Ако се висина ТА налази између 90 и 95 перцентила, сматра се да је реч о граничној хипертензији, а ако је висина изнад 95 перцентила, у питању је највероватније стабилна хипертензија. Вредности ниже од 90 перцентила се сматрају нормалним

2) Овај номограм служи да се избегне памћење бројних цифара из табеле 12 ТА се изражава у перцентилима који су овде ради прегледности означени само у нивоима р 50, р 90 и р 95. Измери се ТА и на овом номограму повуче хоризонтална линија од тачке која означава ниво дијастолне или систолне ТА, затим се са те тачке која означава узраст повуче вертикална линија. Место где се ове две линије секу означава ТА .У претходној напомени објашњено је значење линије 90, од 90 до 95 и више од 95 перцентила

ТАБЕЛА 12 – Нормалне вредности артеријске тензије у деце различитог узраста

Узраст детета	СИСТОЛНА ТА (у kPa)			ДИЈАСТОЛНА ТА (У kPa)		
	Костић min–max	Надас min–max	Лонде min–max	Костић min–max	Надас min–max	Лонде min–max
Новорођенче	–	8,5–12,8	8,4–10,7	–w	4,0–8,3	4,0–8,0
Одојче	–	8,0–15,7	10,4–13,7	–	6,7–9,3	6,5–9,9
1–2 год.	–	8,8–16,8	10,9–14,5	–w	5,5–12,1	6,9–10,5
2–3 год.	–	9,9–16,5	11,5–14,0	–w	5,3–11,9	7,5–9,6
3–4 год	–	10,0–16,7	11,5–14,0	–w	5,9–12,0	7,5–9,6
4–5 год.	–	10,5–15,9	11,3–14,5	–w	6,0–11,3	7,6–10,3
5–6 год.	–	10,7–14,4	11,3–14,5	–	6,1–8,5	7,6–10,3
6–7 год.	10,8–16,7	11,3–15,3	11,3–14,5	6,4– 8,8	6,4–8,5	7,6–10,3
7–8 год.	10,1–15,5	11,6–16,6	12,3–15,2	7,1–10,3	6,4–8,5	8,1–10,7
8–9 год.	11,7–17,6	11,9–16,1	12,3–15,2	7,7–11,7	6,4–11,7	8,1–10,7
9–10 год.	12,9–18,8.	12,1–16,4	12,7–15,3	9,3–13,1	6,3–8,8	8,3–11,1
10–11 год.	11,6–18,5	12,5–17,1	12,7–15,3	7,7–10,7	6,4–9,1	8,3–11,1
11–12 год.	12,5–18,1	12,7–17,5	12,8–16,3	7,9–10,8	6,4–9,2	8,1–11,2
12–13 год.	11,1–18,4	12,8–17,9	12,8–16,3	6,8–10,3	6,7–9,3	8,1–11,2
13–14 год.	10,7–19,7	13,2–18,3	12,8–15,6	6,7–12,0	6,7–9,3	7,9–10,8
14–15 год.	13,6–19,5	13,2–18,3	13,2–16,0	6,5–12,4	6,7–9,3	8,0–10,9
15 год.	12,9–18,8	13,3–18,7	13,3–18,7	7,7–11,5	8,0–12,0	8,0–12,0

V. ВЕЖБЕ

1. ТЕХНИКА МЕРЕЊА РЕГИСТРОВАЊА И КОНТРОЛЕ ВИТАЛНИХ ЗНАКОВА: ТЕЛЕСНЕ ТЕМПЕРАТУРЕ, ПУЛСА, ДИСАЊА И КРВНОГ ПРИТИСКА

УПУТСТВА ЗА МЕРЕЊЕ ТЕМПЕРАТУРЕ

Потребно је припремити клинички термометар, тупфер вате, оловку за убележавање температуре и часовник са секундаром.

1) Изабрати тип термометра у складу са местом мерења. Разликују се термометри којима се температура мери орално од оних, на пример, помоћу којих се температура мери ректално или аксиларно.
2) Чистом ватом или газом намоченом у антисептичну солуцију очистити термометар, и то онај део на коме се налази резервоар живе. Чишћење треба да буде спиралним покретима око куглице термометра.
3) Прегледати термометар како би се утврдило да ли је исправан и да није поломљен.
4) Пре мерења температуре механичким стресањем живу треба вратити у резервоар, односно највише до 35°C.
5) При читању треба стати тако да леђа онога ко чита буду окренута извору светлости, држати термометар на нивоу очију и читати ниво живиног стуба.

Када се температура мери ректално, дете се мора збринути, јер овај начин мерења често изазива столицу, па бебу треба запрати, повити и ставити у кревет.

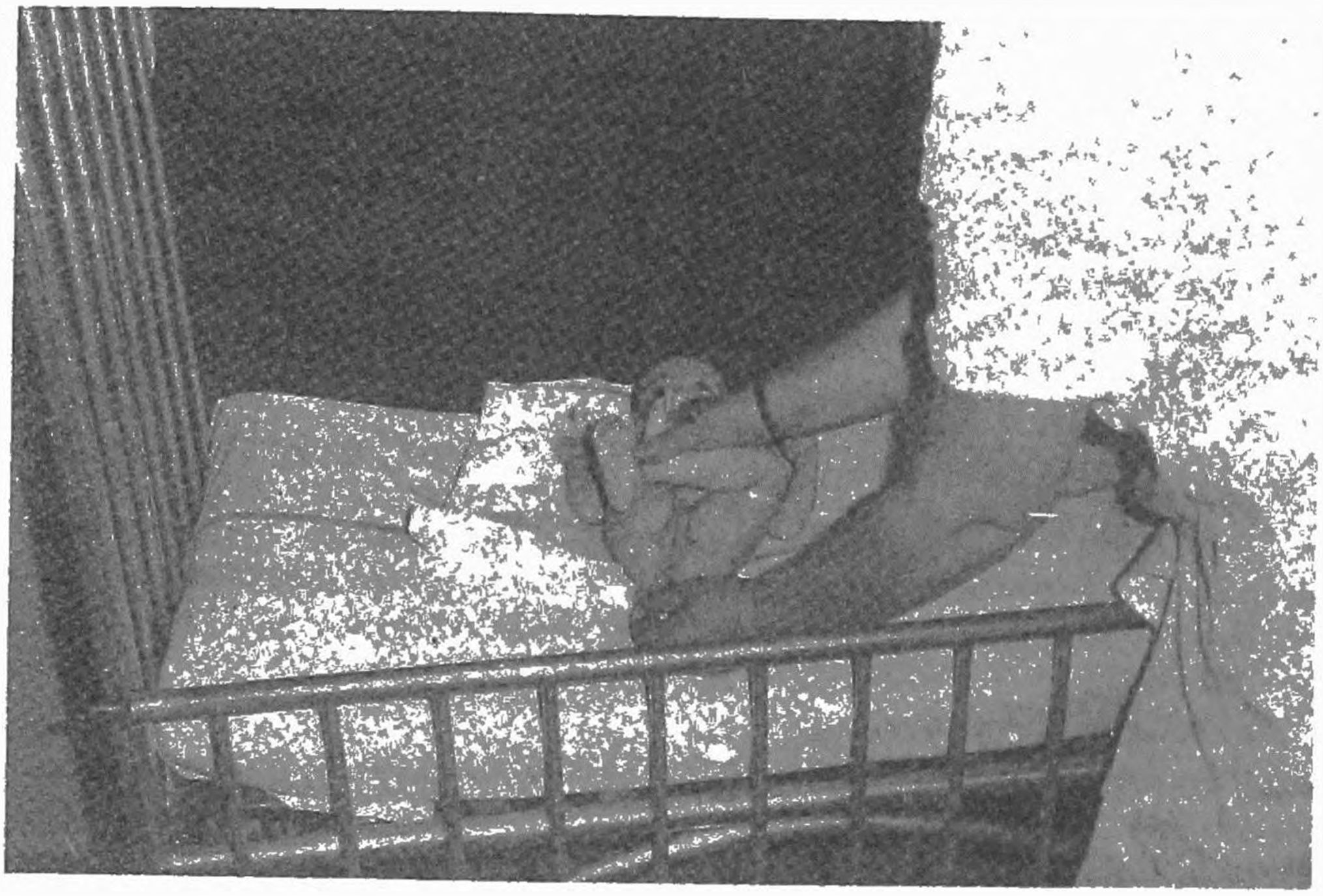
Термометар се опере сапуном и млаком водом. Механичким стресањем жива се врати у резервоар и ставља у одговарајућу епрувету. Сестра опере руке топлом водом и сапуном и забележи висину температуре у образац.

ОРАЛНО МЕРЕЊЕ ТЕМПЕРАТУРЕ

1) Дете треба ставити у удобан положај било да је у седећој или у лежећој позицији, што зависи од узраста.
2) Ставити врх термометра са живом испод језика детета. Када се тако термометар стави, треба обезбедити да дете придржава термометар уснама и водити рачуна о томе да не говори док се мери температура, да не загризе термометар и да га не покреће.
3) У таквом положају термометар се држи 3 – 5 минута.
4) Када се термометар извади из уста, треба га опрати и благо обрисати спиралним покретима слично као када се припрема.
5) Прочитати висину живиног стуба, затим механичким стресањем спустити живу у резервоар. Термометар ставити у дезинфекционо средство, а степен температуре забележити.

РЕКТАЛНО МЕРЕЊЕ ТЕМПЕРАТУРЕ

1) Окренути дете на страну ако је могуће, у ствари, положај детета прилагодити узрасту. За одојче је најбољи леђни положај.
2) Тупфером вате намоченим у стерилно уље намазати врх термометра.
3) Подићи ноге детета и савити у коленима и куку према трбуху, тако да анус буде јасно видљив.
4) Ставити термометар у ректум у дужини 0,5 до 1 cm.



РЕКТАЛНО МЕРЕЊЕ ТЕМПЕРАТУРЕ

5) Тако држати дете и термометар 3 — 5 минута

6) Извадити термометар и забележити температуру. Стрести термометар и опрати га сапуном у хладној води, а затим испрати текућом водом

Детаљнија упутства за ректално мерење температуре. — Новорођенчету, одојчету и малом детету температура се мери у аналном отвору. На овај начин се температура мери и већој деци ако постоји запаљењски процес у трбушној дупљи

Од материјала треба припремити следеће:

- *исправан термометар,*
- *тупфере стерилне вате,*
- *стерилну неутралну маст,*
- *пелене,*
- *пластичне рукавице за једнократну употребу;*
- *бубрежњак;*
- *образац за убележавање;*
- *пешчани или обичан сат*

Бебу којој ће се мерити температура треба расповити. Ако је имала столицу, потребно је прво запрати је, посушити пеленом и ставити у кревет или на сто за повијање.

Термометар се прегледа да није оштећен, механичким стресањем врати се жива у резервоар. Под млазом хладне воде термометар се испира, како не би остале капи алкохола, који у додиру са слузокожом изазива пецкање. На тупфер вате нанесе се мало неутралне масти и намаже део термометра са резервоаром живе, јер се само тај део увлачи у анални отвор.

Беба лежи на леђима а сестра једном руком обухвати обе ноге и подигне их

према трбуху. Другом руком увлачи припремљен термометар у анални отвор. Истовремено погледа на сат, пешчани или обичан Термометар се тако држи 3 – 5 минута Кад прочита висину живиног стуба, термометар остави на ивицу стола.

АКСИЛАРНО МЕРЕЊЕ ТЕМПЕРАТУРЕ

1) Дете треба ставити у лежећи положај и скинути одећу са оне стране где ће се мерити температура
2) Осушити аксилу пешкиром благим тапкањем (избећи трљање) и не прати аксилу
3) Ставити врх термометра са живом високо у аксилу и то тако да врх буде окренут према глави Затим руку ставити преко груди тако да руком може да држи супротно раме.
4) Чврсто држати термометар у овом положају 5 минута.
5) Извадити термометар, опрати и ставити у дезинфекциони раствор.
6) Прочитати ниво живиног стуба и забележити. Термометар опрати сапуном у хладној води, испрати и ставити у дезинфекциони раствор

Значајно је напоменути да се код одојчади и мале деце користи ректално мерење температуре. При томе треба водити рачуна да се термометар не убацује сувише у ректум јер може да изазове дефекацију, а нарочито треба пазити да се покретањем детета не поломи термометар или на неки други начин не повреди слузокожа ануса.

Предшколском и школском детету температура се мери у потпазушној јами.

Од материјала за мерење треба при премити

– *термометар,*
– *већи тупфер вате,*
– *образац за забележавање,*
– *бубрежњак, .*
– *пешчани или обичан сат*

За време док се температура мери дете треба да лежи на удобном лежају или у кревету Горњи део одеће се раскомоти, раскопча или једноставно скине Када је потпазушна јама ослобођена, тупфером вате благо се обрише зноју: Провери се да ли је жива враћена у резервоар или да термометар није оштећен Под млазом воде термометар се испере од дезинфекционог средства и обрише од воде. Када је све у реду дечја рука се подиже нагоре и постави термометар, тако да резервоар живе буде у самој јами Рука се затим спушта низ тело, савије у лакатном превоју и постави у положај до супротног рамена. Термометар остаје 5 минута. После тога прочита се температура и забележи вредност Термометар се стресе како би се жива вратила у резервоар, опере под млазом воде помоћу сапуна и остави на одређено место

Када се детету мери температура, сестра обавезно присуствује све време, а мањој деци она и руку придржава. Немирно дете може да разбије термометар и да се повреди или, једноставно, због лошег држања термометра неће се моћи добро измерити температура.

МЕРЕЊЕ ТЕМПЕРАТУРЕ У ПРЕПОНСКОМ ДЕЛУ

Овај начин мерења температуре ретко се користи, углавном када је немогуће мерити у потпазушној јами Дете лежи на леђима, ноге се савију према трбуху а термометар се постави између два набора коже у препони.

У последње време користи се тзв. Ф-тест, који показује има ли дете нормал-

УВЕЖБАВАЊЕ МЕРЕЊА ПУЛСА НА РУКАМА

ну или повишену температуру али не и висину температуре.

Тестом се лако рукује, постави се на чело и у току 15 секунди покаже обојеним словима да ли је температура нормална или је повишена. Тест има практичну вредност јер се њиме веома брзо провери коме детету треба, а коме не треба мерити температуру.

УПУТСТВА ЗА МЕРЕЊЕ ПУЛСА

За мерење пулса потребно је припремити часовник са секундаром, папир и оловку.

1) Ставити дете у удобан положај да седи или лежи. Треба учинити све да се дете максимално релаксира. Ради тога треба са њим поразговарати, објаснити му шта ће се радити. Једном речи, онај ко мери пулс мора да пронађе најбољи начин да искључи или умањи страх код детета. Ту нема јединственог рецепта. Такође је потребно обезбедити да се дете одмори од претходних активности.
2) Добро би било да дете сарађује са оним ко мери пулс. Ако лежи, дечју руку поставити дуж његовог тела, а ако седи, руку ставити на ивицу стола, столице или кревета.
3) Употребити при мерењу своја три прста руке и јагодицама прстију напипати место где се налази радијална артерија и лако је притиснути.
4) Избројати број пулсација (срчаних удара) у једном минуту, одредити квалитет и ритам пулса.
5) Поновити бројање и мерење уколико нисмо сигурни у претходно запажање.

Вредно је поменути да ако се из било ког разлога не може измерити пулс палпацијом радијалне артерије могу се користити друга места:

— *темпорална артерија*;
— *фацијална артерија*;
— *феморална артерија*;
— *дорзална артерија стопала*.

Ово нарочито важи за одојчад и малу децу, код којих се чешће користи темпорална зона. Потребно је да постане пракса да се увек и обавезно палпира и феморални пулс, јер уколико га нема или је ослабљен, то упућује на дијагнозу коартације аорте.

АПИКАЛНО-РАДИЈАЛНО МЕРЕЊЕ ПУЛСА

Овим двоструким и упоредним мерењем треба да се утврди да ли постоји пулсни дефицит.

За овакву врсту мерења потребан је стетоскоп, као и часовник са секундаром, папир и оловка.

Повољно је да две особе истовремено, гледајући исти часовник, мере фреквенцију пулса: једна особа напипа прстима врх срца и на то место стави стетоскоп, а друга мери пулс на радијалној артерији. На дати знак почиње мерење пулса у току једног минута. То се може поновити да би се тачно утврдило да ли постоји разлика. Нешто је теже, али је могућно, да то чини једна иста особа. По себи се разуме да треба забележити у одговарајућу листу оба ова мерења.

У одељењима за интензивну негу и терапију данас постоје разне врсте електронских апарата (монитори) који перманентно региструју фреквенцију и ритам пулса.

УПУТСТВА ЗА МЕРЕЊЕ РЕСПИРАЦИЈА

Када треба измерити број респирација код детета, потребно је припремити: часовник са секундаром, папир и оловку.

1) Дете треба ставити у удобан положај, било да седи или да лежи
2) Када се једном руком обухвати, односно напипа радијална артерија за мерење пулса, онда се, пре бројања пулса, изброји фреквенција респирације и одреде ритам и квалитет.
3) У току једног минута треба избројати колико се пута грудни кош подигне и спусти. Ако је потребно, поновити бројање.
4) Истовремено треба процењивати ритам дисања, његову чујност и друге квалитете.
5) На крају, све што је потребно забележи се пажљиво у одговарајући образац.

У случају да је тешко видети подизање и спуштање грудног коша или епигастријума, онда се рука ставља директно на грудни кош детета и на тај начин изброје респирације. Понекад се код одојчади и мале деце лакше изброји покретање горњег дела абдомена (епигастријума) јер код ове деце доминира абдоминални тип дисања.

МЕРЕЊЕ АРТЕРИЈСКЕ ТЕНЗИЈЕ

1) Дете треба да лежи максимално опуштено и да му рука буде у висини срца.

2) Манжета се ставља тако да буде припијена око надлактице и да покрива најмање 2/3 њене дужине. Изузетно је значајна ширина манжете. За тачна мерења крвног притиска у деце треба имати најмање три врсте манжети:

— *за одојче, ширине 5 cm*;
— *за мало и предшколско дете 9 cm*;
— *за школско дете 12,5 cm*.

3) Пошто се намести манжета одговарајуће величине, она се напумпа до нивоа кад се више не палпира радијални пулс, односно када се аускултаторно више не чују тонови. Затим се посте-

пено испушта ваздух и, као што је речено, региструју систолни и дијастолни притисак. Потребно је да одређивање крвног притиска на ногама и рукама буде део сваког прегледа и да се прати и региструје у здравствени картон исто као и подаци о растењу, развоју, вакцинацијама итд Рутинско мерење крвног притиска треба да буде део примарне бриге о сваком детету коју води дечји школски диспанзер Требало би усвојити став да се сваком детету у другој или трећој години региструје крвни притисак, а затим да се мери пре поласка у школу и после тога на сваком систематском прегледу

Артеријски крвни притисак код деце знатно варира како у односу на узраст детета, тако и у зависности од периода дана, оброка, активности и емоција. Ове чињенице су посебно значајне при процени крвног притиска у деце јер су могуће грешке Решење је у томе да се у сумњивим случајевима крвни притисак мери у породичној средини или, пак, да се свим средствима дете смири (објашњење, разговор, седативна средства). У сваком случају, крвни притисак треба мерити више пута пре него што се донесе закључак.

За практичну оријентацију потребно је запамтити да се за узраст од једне до пет година нормалним сматра систолни притисак око 13,3 kPa, а дијастолни око 8,0 kPa. За узраст од 5 до 15 година систолни притисак је око 16 kPa, а дијастолни око 10,7 kPa. У пубертету се јавља блага и пролазна хипертензија.

Неопходно је придржавати се још једног практичног упутства: чувати се дијастолног притиска вишег од 10,7 kPa у деце млађе од 8 година и вишег од 12,0 kPa у деце старије од 8 година.

Грешке при мерењу крвног притиска могу бити у вези са:

- *особом којој се мери притисак,*
- *апаратом којим се мери крвни притисак,*
- *техником мерења;*
- *оним ко мери крвни притисак*

Практична упзорења

1) Потребно је све учинити да се дете потпуно смири, ослободи страха, и да се добро одмори од претходних активности
2) Инструмент треба брижљиво прегледати због могућности постојања механичког дефекта.
3) Ниво живе треба да се постави вертикално у равни очију онога ко мери крвни притисак.
4) Основно је изабрати одговарајућу манжету, о чему је било речи.
5) Без обзира на то којом се методом мери крвни притисак, манжета треба да се напумпа брзо и испумпава успорено, око 0,3 – 0,7 kPa у секунди.
6) Дете треба да буде у повољном положају било да седи или да лежи, а надлактица да буде потпуно ослобођена одеће.

На крају, вредност крвног притиска треба забележити у болесничку листу.

ПИТАЊА И ЗАДАЦИ

1 *РЕЦИ ЗАШТО ЈЕ ПОСМАТРАЊЕ ОСНОВНИ НАЧИН ТОКОМ НЕГЕ БОЛЕСНИКА*

2 *НАПРАВИ РАЗЛИКУ ИЗМЕЂУ СУБЈЕКТИВНИХ СИМПТОМА И ОБЈЕКТИВНОГ НАЛАЗА СТАЊА БОЛЕСНИКА*

3 *ДЕФИНИШИ ТЕМПЕРАТУРУ, ПУЛС И РЕСПИРАЦИЈЕ И АРТЕРИЈСКУ ТЕНЗИЈУ ОПИШИ КАКО СЕ МЕРЕ ТЕМПЕРАТУРА, ПУЛС, ФРЕКВЕНЦИЈА ДИСАЊА И КРВНИ ПРИТИСАК.*

4 *ОПИШИ УЛОГУ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ ПРИ МЕРЕЊУ И КОНТРОЛИ НАЈВАЖНИЈИХ ВИТАЛНИХ ФУНКЦИЈА.*

5 *КОЈЕ СВЕ СПОСОБНОСТИ И ЧУЛА КОРИСТИШ ПРИ ОПСЕРВАЦИЈИ БОЛЕСНИКА?*

6 КАДА, ГДЕ И КОМЕ ТРЕБА ЗАБЕЛЕЖИТИ И РЕФЕРИСАТИ ЗАПАЖАЊА?

7 ШТА СУ ВИТАЛНИ ЗНАЦИ, И ЗАШТО СЕ ТАКО НАЗИВАЈУ?

8. КАКО ЋЕШ ОБЕЗБЕДИТИ ДА ПРИ МЕРЕЊУ ТЕМПЕРАТУРЕ НЕ ДОБИЈЕШ ПОГРЕШНЕ РЕЗУЛТАТЕ?

9 НАУЧИ ЗНАЧЕЊЕ СЛЕДЕЋИХ ИЗРАЗА

– ОПСЕРВАЦИЈА,

– ДЕЗОРИЈЕНТАЦИЈА

– ЦИЈАНОЗА

– ЗАМОР,

– ЕДЕМ,

– АНОМАЛИЈЕ,

– ЧЕЈН ШТОКСОВО ДИСАЊЕ,

– КОНТРАКТУРЕ

– ДЕКУБИТУС,

– ФЛАТУС

– СПУТУМ,

– МУКУС,

– ВИТАЛНИ ЗНАЦИ,

– ФРЕКВЕНЦИЈА,

– РИТАМ

– СТЕТОСКОП

– СФИМОМАНОМЕТАР

– УЗОРАК,

– КОМПЛИКАЦИЈА,

– РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИЈА

– РЕХАБИЛИТАЦИЈА

БОЛЕСНИЧКА СОБА

ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ БОЛЕСНИЧКЕ СОБЕ

Болесничка соба је место где медицинска сестра обавља своје радне задатке, па је разумљиво да се брине о хигијени болесничке собе, намештају, осветљењу, о њеном загревању и проветравању. У практичној настави ученице упознају организацију и технологију рада и практично примењују стечена теоријска знања у нези болесника; уче се да у односу према болеснику буду хумане, уредне и тачне у извршавању радних задатака.

Болесничка соба мора да буде удаљена од лифта, степеништа, кухиње, купатила и клозета, јер су болесницима потребни мир, тишина и чист ваздух; може бити окренута према свим странама света јер је боравак болесника у болници привремен. У соби болесник проводи највећи део времена, а често и све време свог боравка у болници; она му замењује дом — спаваћу собу, трпезарију, собу за разоноду, терасу, парк, па је зато саставни део неге и лечења. Соба треба да је пространа, светла и чиста. Свака болесничка постеља треба да има 7 m^2 површине пода, 40 — 50 m^3 простора, а висина собе не сме бити виша од 3 m; површина прозора треба да заузима 1/5 површине пода.

Најчешће се користе две врсте болесничких соба:

- соба за смештај лакших болесника, са 3 — 4 кревета,
- соба за тешке болеснике, са 1 — 2 постеље.

Болесничка соба са 3 или 4 постеље је најпогоднија за негу и лечење. Иако су собе са већим бројем постеља непогодне, у нашим болницама још увек има и 10 постеља у једној болесничкој соби.

Савремене болнице имају апартмане са једном или две постеље, централним уређајем за сигнализацију, купатилом и клозетом (WC). Користе се за смештај болесника чија природа болести захтева мир и изолацију (болести срца, штитасте жлезде, обољења централног нервног система — мозга и др.).

Зидови собе су премазани специјалном бојом која омогућава прање и дезинфекцију површине зида. Некада је била обавезна бела боја, а данас се зидови премазују светлим, живим бојама, које делују топло, интимно, те стварају осећање породичне атмосфере. Бела, блештава боја стално подсећа болесника да је одвојен од породице, тј. да је болестан и да се налази у болници. Светложута, светлоплава или боја беле кафе умирују психу болесника, док све нијансе црвене боје раздражују.

Под болесничке собе прекривен је линолеумом или пластичним материјалом. Глатка површина пода омогућава одржавање хигијене и дезинфекцију, а при ходу се ублажавају бука и лупање. Такав под слабо спроводи топлоту, а естетски лепо делује.

Завесе у соби треба да су светле (плаве, светлозелене или светлосиве), а дезени у облику ситних шара, коцкица и пруга. Не препоручују се завесе са цветовима и разним ликовима животиња или великих шара, јер они узнемиравају болеснике са високом температуром или тешким поремећајима општег стања (јављају се халуцинације).

Болесничка соба се загрева равномерно, а дозвољена разлика у температури је до 3°C, што је погодно за организам. Загревање собе је природно или вештачко. Природно загревање је сунчаном енергијом, а вештачко – разним изворима топлотне енергије. Централно и етажно грејање је економичнo, а и одржавање хигијене собе је знатно лакше. Собу не треба прегревати да не би дошло до назеба болесника; повољна температура је 18 до 20°C. За млађе болеснике и болеснике без повишене температуре најповољнија је температура од 16 до 18°C. Болесници различито подносе температуру у соби – једнима одговара нижа, другима виша температура просторије. Сестра која негује и лечи болесника, на основу стручног знања и искуства и уз консултацију лекара, прилагодиће собну температуру потребама болесника зависно од:

- климатских услова и осцилација температуре (годишње доба);
- старости и пола болесника;
- врсте обољења и општег стања болесника;
- фебрилног стања болесника.

У хладним данима соба се стално загрева и топлота се одржава на 19 – 20°C. Нагло загревање или прегревање, као и нагло хлађење ваздуха услед проветравања појединим срчани и плућни болесници тешко подносе.

Проветравање болесничке собе омогућује допирање свежег ваздуха у просторију. Устајали ваздух у соби загађен је:

- услед дисања, кашља и искашљавања болесника; у ваздуху има доста угљен-диоксида (CO_2), а мало кисеоника (O);
- испаравањем гасова из столице и мокраће, услед цревних гасова (ветар), задаха из, пљуваоница, остатака хране после обеда или

БОЛЕСНИЧКА СОБА СА ЈЕДНОМ ПОСТЕЉОМ

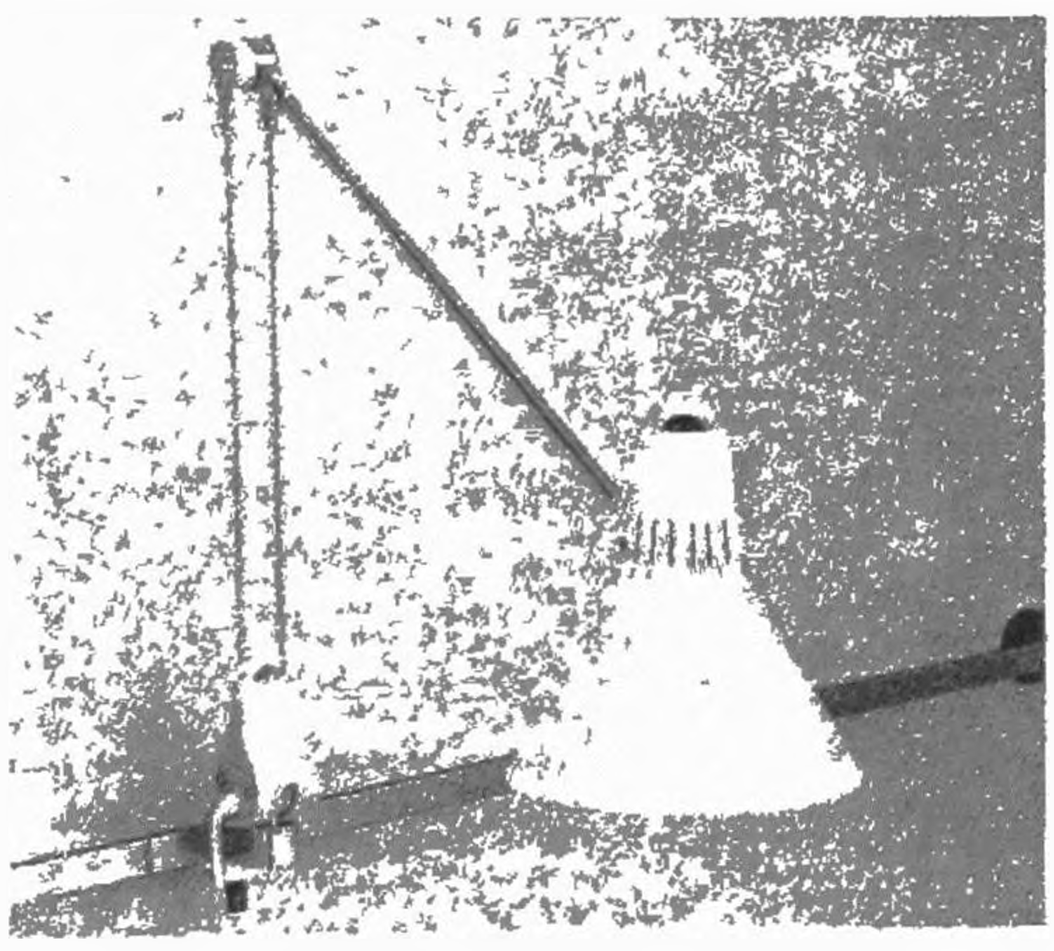
АПАРТМАН СОБА СА ЈЕДНОМ ПОСТЕЉОМ

устајале хране у ормару болесника;
— услед знојења и испаравања са коже болесника и непресвученог болничког постељног рубља.

Ваздух у соби који мирише или заудара није чист, те собу треба проветрити Не препоручује се освежење ваздуха раним мирисима и дезодорансима. Повремено се препоручује да се после дезинфекције пљуваонице, гуске и лопате прска дезодорансом.

Стони вентилатори омогућавају измену гасова, али подижу прашину са пода и из углова собе, те предност има вентилација клима-уређајима.

Соба болесника се и поред затворених прозора стално проветрава кроз пукотине и отворе поред прозора, врата, па и кроз суве зидове. Природно проветравање се појачава краткотрајним отварањем врата према ходнику, јер на тај начин ваздух још више може да се загади Право проветравање постиже се само отварањем прозора При проветравању собе болесници окрену главу на супротну страну од прозора, да не удишу свежи ваздух, који струји у соби. Проветравање собе у јесен и зиму врши се на свака 3 сата, у трајању од 3 до 5 минута



НОЋНА ЛАМПА ИЗНАД ПОСТЕЉЕ

Собу треба повремено проветрити и ноћу, док болесници спавају. Није оправдан страх да болесници могу да назебу; наиме, у лечилиштима за плућне болести прозори су и ноћу отворени, па ипак код болесника нису забележени назеб и кијавица. Добро покривеном болеснику у кревету неће нашкодити краткотрајно проветравање собе.

При сваком проветравању, сестра указује на штетност устајалог ваздуха и мириса у соби. Кад то опште стање болесника дозвољава, она указује болесницима на потребу физичког кретања у соби и другим просторијама док су прозори отворени. Вежбе у постељи болесници изводе више пута у току дана, јер физичка активност доприноси јачању и окрепљењу.

У савременим болницама уграђују се у зидове специјални апарати којима се постиже вештачка вентилација. Када је време хладно, добро је примењивати индиректну вентилацију, отварањем и проветравањем суседне просторије (предсобље, ходник).

Осветљење болесничке собе је природно (дневна сунчана светлост) и вештачко. Јачина природног осветљења зависи од положаја и величине собе и прозора. Природна, сунчана светлост повољно делује на организам, док код појединих болести смета (енцефалитис, менингитис, мале богиње, велике богиње, тетанус, обољења очију). Да би се спречило продирање сунца у собу, на прозоре се постављају завесе, ролетне и сл.

За вештачко осветљавање собе користе се разни извори светлости. Електрично осветљење не ствара материје штетне по здравље, јачина светлости може да се регулише, а одавање топлоте је минимално. Данас се праве прекидачи (за паљење и гашење светла) који кружним кретањем могу да појачају или смање јачину осветљења собе — најслабије светло, а при медицинским

интервенцијама јаче светло Крај постеље болесника налази се ноћна лампа која служи за читање и друге потребе болесника, а медицинска сестра користи лампу за извођење медицинско-техничких радњи. Петролејска и карбидска лампа као и свеће, при сагоревању стварају штетне продукте, осећа се задах гара и дима, па се користе само у време земљотреса, пожара, поплаве и у време рата.

Болесници покретни у постељи, па и тежи болесници уживају у дневној светлости Она благотворно делује на организам, осветљава све углове у соби, па се и при грађењу болнице води рачуна о климатско-метеоролошким условима. Међутим, прекомерна сунчана светлост смета болесницима са обољењима ока, код појединих заразних болести и тешких поремећаја општег стања. У том случају сестра смањује или потпуно замрачује собу навлачењем завеса, шалона, капака и др., а може и да замени кревете болесника којима не смета сунчана светлост. Сестра ће свакако настојати да омогући болеснику да максимално ужива у дневној светлости јер она повољно делује на ток лечења

Зеленило у кругу болнице повољно делује на болесника, омогућава тишину, упија прашину и гасове, заклања сувишну светлост и смањује дејство ветра. Поглед кроз прозор развија машту болесника, а поглед на шуму, воду, брежуљке подсећа га на дане детињства, забаве, излете, враћа у природу и живот. Савремене болнице имају зидне тапете – постере са шумом, зеленилом, ливадом, што повољно утиче на расположење болесника и ток лечења.

ДЕЧЈА СОБА

Соба за болесну децу може бити са једним, два или више кревета, у зависности од врсте болести и узраста детета. У соби, осим кревета, треба да буде и ноћни сточић и други намештај који служи за исхрану или негу деце У сваком случају, собе не треба да буду пренатрпане и у њима треба да се налази само оно што је најнеопходније О својствима креветића и постељине биће касније говора Овде је потребно нагласити да креветићи треба да буду комфорни за одговарајући узраст и осигурани да дете не падне из њих

Свака соба има своје осветљење, а по потреби, и неки кревет треба да буде снабдевен ноћном лампом како се при раду са дететом које је у њему не би будила остала деца У модерним болницама у свакој соби постоје прикључци за кисеоник и сукцију, сигнално звонце и друга средства за праћење болесника.

Одржавање и чишћење захтева строге стандарде и критеријуме и о њима брине медицинска сестра Као и сам болесник, и његова соба и креветић морају бити предмет свакодневне бриге Под, намештај, средства и опрема, купатило и WC морају стално бити чисти и уредни не само из естетских разлога већ и због спречавања ширења инфекције.

Сто за негу детета има вишеструку намену у току дана, па је потребно да се држи уредно и да се тачно зна где се шта налази. Купатило и кадице се чисте после сваке употребе.

ОКОЛИНА БОЛЕСНИКА

Одговорност за стање непосредне околине болесника мора носити цео одељењски тим, а медицинска сестра посебно. У значајне елементе комфорне и пријатне околине убрајају се:

- температура собе (загревање и хлађење);
- влажност ваздуха;
- проветравање;
- осветљење;

ОБУКА ПЕДИЈАТРИЈСКИХ СЕСТАРА – НАМЕШТАЊЕ КРЕВЕТА

— мирис у соби,
— уредност,
— тишина;
— сигурност или безбедност болесника

ТЕМПЕРАТУРА СОБЕ

Загревање и хлађење болнице данас се остварује помоћу система парног грејања и клима-уређајима Наше климатско подручје је веома повољно, па се не сматра великим недостатком ако једна болница нема аутоматске клима-уређаје Па ипак, за неке болнице, као што су операциони блокови, собе за интензивну негу и терапију и неке друге, требало би обезбедити такве уређаје

Разни болесници различито реагују на висину температуре у соби. Већина се пријатно осећа када собна температура износи између 18 и 22°C. У сваком случају, болеснику не треба да буде хладно нити да се презнојава у току боравка у соби. Због индивидуалних навика и реакција, није увек лако обезбедити да се, у односу на собну температуру сваки болесник осећа пријатно. Нарочито је то тешко за време летњих врућина. Собне температуре за новорођенчад, недоношчад и одојчад су више, о чему ће бити речи касније.

ВЛАЖНОСТ ВАЗДУХА

Влажност ваздуха у соби је веома значајна за пријатан боравак. Кад у ваздуху постоји висок ниво влаге, болесник се може жалити на извесне тешкоће у дисању, мање се зноји и има осећај хладноће.

Кад су и температура и влажност високи, болесник се може узнемирити и осећати врло непријатно.. Лакше се подноси виша температура и мања влажност него висока температура и изражена влажност ваздуха. За човека је најповољнија релативна влажност у границама од 40% до 75% ако температура и кретање ваздуха не одступају сувише од нормале.

ПРОВЕТРАВАЊЕ

Циркулација или вентилација ваздуха неопходна је и у здрављу и у боле-

сти. Промаја треба да се избегава како би се спречило расхлађивање. Отварање прозора омогућава кретање ваздуха, али то не би смело да се осећа поред болесничких кревета. Због тога је боља индиректна вентилација, отварања врата или горњих делова прозора, тако да се соба проветрава, а болесници нису на промаји. Проветравање је неопходно за одржавање нормалних функција организма, јер се из просторија одстрањује сувишна количина угљен-диоксида излученог из организма, обезбеђује се нормално одавање топлоте организма, снижава се релативна влажност просторија, отклањају мириси, прашина, дим и друго.

Најисправнија вентилација, која обезбеђује и грејање, јесте примена кондиционираног ваздуха. Међутим, то није увек и свуда могуће, а ни потребно, па се треба ослонити на природну вентилацију. Ову вентилацију омогућавају савремено грађени прозори, који се у једном свом делу могу отварати, па се тако, постиже струјање ваздуха, а да се не прави промаја.

ОСВЕТЉЕЊЕ

Светлост је један од основних стимулативних фактора средине који има велики биолошки утицај. Добро подешено природно или вештачко осветљење, одговарајућег интензитета и квалитета, има значајан утицај на различите виталне функције организма и његове психичке и физиолошке реакције. Неодговарајуће осветљење проузрокује напрегнутост и замор, без обзира на то да ли је реч о здравој или болесној особи. Болесничка околина треба да буде пријатна, весела, а томе доприноси и одговарајуће осветљење.

Болесник се осећа оптимистички када је његова соба светла и сунчана. Коначно, на прозорима треба ставити такве заставе који ће омогућити да се контролише интензитет и правац светлости. Постоје патолошка стања која захтевају мању осветљеност собе болесника, а то исто треба обезбедити за време одмора и спавања.

Природна или *дневна светлост* са хигијенског становишта је најбоља. Она зависи од величине упадног угла и угла отвора, као и од оријентације према странама света, величине и конструкције светлосне површине и фактора трансмисије светлости кроз прозорска окна. Препоручује се да се приликом пројектовања светлосне површине распореде тако да пружају равномерну и дифузну осветљеност.

При нормирању природног осветљења практична метода се заснива на примени *фотокоефицијента*, тј. на односу површине прозора према површини пода. За болесничке собе тај однос треба да буде 1:5.

Вештачко осветљење не сме да буде ни слабо ни прејако; требало би да не бљешти, да не ствара јаче сенке, да је хомогено и равномерно, да не трепери, да има боју што приближнију природном осветљењу, да не ствара јачу топлоту и да продуктима загревања не загађује околину. Постоје грађевинске норме које одређују однос светлосних извора према запремини просторија.

МИРИС У БОЛЕСНИЧКИМ СОБАМА

Добра вентилација спречава непријатан мирис у собама. Не треба увек очекивати да ће деца указати на непријатан мирис. Дужност медицинске сестре је да то контролише и да благовремено уклања све што проузрокује непријатан мирис као што је онај који настаје од знојења, дисања, јаких парфема, гасова итд. Исто тако, потребно је ослободити просторију свих врста хране и распаднутог материјала који продукује смрад. Ваља имати у виду да не-

ки људи осетљивије реагују на мирис од других, а посебно када су болесни. Посебну пажњу треба посветити деци која из разних разлога не желе да укажу на непријатан мирис

СПРЕЧАВАЊЕ БУКЕ И ОБЕЗБЕЂИВАЊЕ ТИШИНЕ

Бука иритира болеснике. Они су дошли у болницу да се лече у миру и тишини. Нека испитивања незадовољства болесника показују да се они највише жале на буку и галаму. Медицинска сестра је дужна да у болесничкој околини осигура мир и тишину. Сву своју активност на одељењу она обавља тако да што мање узнемирава болесника, а исто то захтева и од других радника и посетилаца. Целокупно особље треба да зна да бука изазива немир, отежава одмор и спавање итд. Сестра треба васпитно да утиче на друге лакше болеснике, да буком и галамом не отежавају боравак осталим болесницима. На нервни систем болесника неповољно делују разна лупкања, звуци са радија или телевизије, гласни разговори и смех, шкрипање врата, бука коју ствара лифт, капљање воде, лупање посуђа итд. Разуме се, оне активности које у току дана могу да се подносе у току ноћи ометају нормалан сан и одмор.

УРЕДНОСТ И ЧИШЋЕЊЕ СОБЕ НА ОДЕЉЕЊУ

Медицинска сестра одговара за уредност на одељењу. То је посебно значајно за болеснике. Лепо уређене и укусно намештене ствари стварају пријатност при њиховом посматрању. Такође то ствара и повољну атмосферу, делује васпитно и доприноси осећању безбедности болесника.

Одржавање и чишћење болесничке собе захтева строге стандарде и критеријуме и о њиховом спровођењу брине медицинска сестра. Под, намештај, лавабо и др. морају непрекидно бити чисти и уредни не само из естетских разлога већ и због спречавања ширења инфекције

Дечја соба се чисти и пере најмање три пута дневно: ујутру, када се заврши јутарња тоалета, после ручка и поподне Чишћење се обавља меким четкама како би се покупили отпаци, затим се пере водом и детерџентом и на крају испере чистом водом. По потреби влажно прање и чишћење се изводе и више пута, на пример ако се под упрља повраћеним масама или неким излучевинама болесника. Када се прање подова заврши, изврши се дезинфекција

Једном недељно потребно је организовати и тзв. генерално спремање собе. опрати врата, прозоре, намештај, засторе, подове. Прање и чишћење морају бити темељени и по стандардима који важе за то. Медицинска сестра треба да обучи и контролише особље које ове послове обавља на дечјим одељењима

СИГУРНОСТ И БЕЗБЕДНОСТ БОЛЕСНИКА

Безбедност болесника је основа целокупне неге и лечења. Поред осталог, овде се убраја:

- држање целокупне опреме увек у добром и исправном стању;
- склањање са пода свега што носи ризик (поломљено стакло, расуте хемикалије и друге штетне материје);
- чување опасних предмета и материјала ван дохвата руку (инструменти, лекови и др.);
- придржавање свих упутстава при руковању изворима топлоте, електричне енергије, воде, средстава за облачење, храњење, појење, мерење температуре итд.

Пренебегавање ових и других мера сигурности може изазвати мање или веће незгоде које отежавају излечење болесника,

БОЛЕСНИЧКЕ ПОСТЕЉЕ – ВРСТЕ И ДЕЛОВИ

У болесничкој соби кревет као део намештаја има важну улогу за комфоран и пријатан боравак болесника Већи број болесника за време боравка у болници углавном је у кревету, па се сестра брине да тај боравак буде што удобнији.

Најподеснији је кревет од метала који не рђа. Кревет је ограђен чврстом високом и провидном оградом која детету омогућује да посматра околину, да се придржава за њу када се креће по кревету или усправља Дуже странице кревета су покретне, могу се по потреби спуштати и подизати, а краће странице су статичне. Такав кревет дозвољава и особљу да прати болесно дете, нарочито млађег узраста

Дужина кревета за одојчад износи 80 cm.

За мало дете треба да је 110 cm, а за предшколско 130 cm. Школско дете се смешта у кревет чија дужина износи 150 cm и више.

Ширина кревета износи 60–80 cm, а висина од пода такође 60–80 cm. Размак између металних шипки на страницама кревета треба да је 6–8 cm. Овакав кревет је најпогоднији за дете, а такође приступачан за све потребне интервенције око болесника.

Чистоћа дечјег кревета је свакодневна брига особља, а пре свих брига медицинске сестре. Кревет се пере водом уз додатак одговарајућег детерџента, испира чистом водом и на крају дезинфикује Нарочито је важно добро опрати странице кревета за које се дете хвата рукама Неретко, мање дете странице кревета додирује устима па тако многе бактерије унесе у уста Због свега тога није допуштено да спремачица пере дечји кревет. Осим металног рама, у састав дечје постеље спадају и душек, памучно или вунено ћебе, гумирано платно или мека пластика

За прекривач је најбоље употребити лако и меко ћебе Лети се може употребљавати покривач од памучног фланела

ПРАЊЕ КОСЕ ЈЕ ВАЖАН ДЕО ЛИЧНЕ ХИГИЈЕНЕ

ла или фротира, а зими топлије ћебе од чисте вуне. Јастук није неопходан, али ... да се употребљава, треба да буде што тањи, напуњен сунђерастим пахуљицама, обложен финим платном без дугмади.

У постељно рубље дечјег кревета спадају

- *увлаке за ћебе,*
- *душечни чаршави,*
- *више јастука.*

Постељно рубље се шије од белог памучног платна које се лако пере и искувава и добро пегла. Све чешће се користи и постељно рубље у боји, али се мора водити рачуна да боје платна буду постојане

Незаштићено ћебе се лако прља, упија мирисе излучевина, скупља прашину и тако постаје непријатно за покривање. Свако ћебе треба увући у увлаку од памучног платна, већих димензија од ћебета. Увлаке се учвршћују трачицама од платна. Чаршави се шију за 60 cm шири и дужи од кревета како би се учврстили испод душека.

VI. ВЕЖБЕ

1. БОЛЕСНИЧКА ПОСТЕЉА

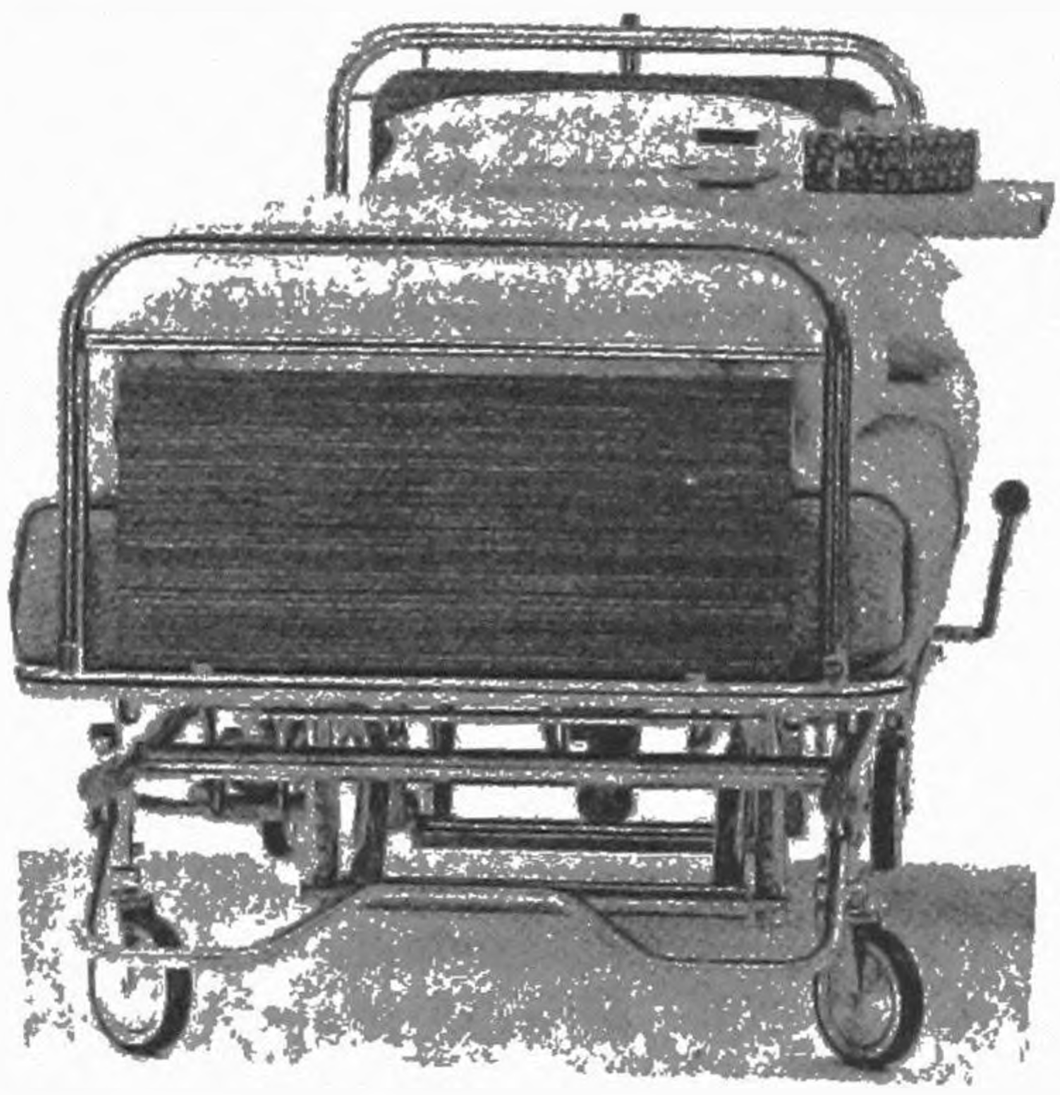
Намештај и уређаји у соби болесника морају бити функционални, усклађени са потребама болесника и радним потребама медицинске сестре и погодни за одржавање хигијене (чишћење и дезинфекција).

Здрава особа проводи у постељи одређено време у току 24 сата, док болесна особа остаје у постељи док не оздрави. У лежећем положају оболели органи заштићени су од интензивног рада јер се тако најповољније одвијају метаболички процеси у организму. Болест исцрпљује организам оболелог и замара га, те није у стању да обавља свакодневну делатност

Саставни делови болесничке постеље су: кревет, меки делови (душек, јастуци и ћебе) и постељно рубље (чаршави и навлаке)

Кревет – Болеснички кревет треба да има следећа својства: да је глатких површина, одговарајућих димензија и да се њиме лако рукује. Састоји се из две странице и жичаног мадраца.

Постоје стандардни и специјални кревети. Стандардни кревети су дужине 2 m, а ширине до 1 m. Специјални кревети имају мадрац састављен из три дела који су међусобно спојени механичким уређајем, што омогућава прелама-ње кревета и стављање у жељени положај. Постоје и кревети са хидрауличним и електронским уређајем који се ручном командом стављају у жељени положај, као и наслон за ноге. Специјални кревет омогућава постављање болесника у сваки положај, што је погодно за спровођење личне хигијене болесника и хигијене постеље, као и за спровођење медицинско-техничких радњи



СТАНДАРДНИ КРЕВЕТ БОЛЕСНИКА

За негу и лечење појединих болесника (трансплантација ткива и органа) постоје специјални кревети изоловани у асептичне боксове, што омогућава да се болесници изолују од спољне средине. Улаз у бокс дозвољен је само сестри и лекару који негују и лече болесника. Посуђе за исхрану болесника, ноћни судови и друга опрема која се уносе у бокс су стерилисани. Спровођење хигијене бокса је строго асептично ради профилаксе инфекције болесника.

Душек је пресвучен обичним или непромочивим платном које спречава да се материјал којим је душек испуњен накваси мокраћом, столицом, гнојем, цревним излучевинама и другим течним садржајем (крв, лимфа). Постоје једноделни (јоги) душеци, или троделни, као и специјални пнеуматски душеци испуњени ваздухом или водом. Ови душеци се користе за негу и лечење болесника са одузетим рукама и ногама услед повреда кичменог стуба (*paraplegia*) и лечење декубитуса, тешких опекотина, анемија и других обољења. Покретањем тела болесника у постељи, мења се и притисак у ћелијама душека, што омогућава масажу коже, бољи проток периферне крви и профилаксу декубитуса.

Хигијена душека одржава се прањем, чишћењем и дезинфекцијом у специјалним коморама за дезинфекцију кревета и душека помоћу хемијских пара које садрже етилен-оксид, формалдехид или друга антисептичка средства.

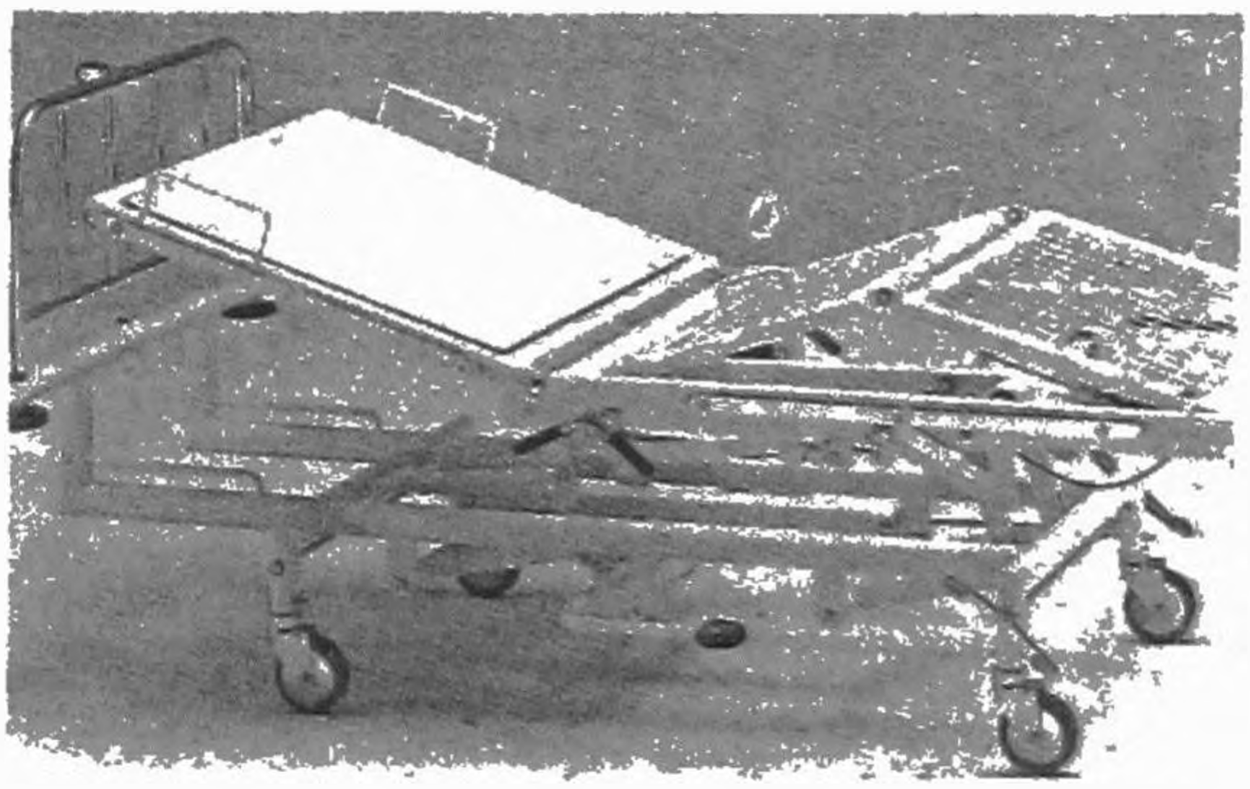
Са стране кревета налази се заштитна ограда, која спречава испадање болесника из постеље.

Кревет има точкиће, што омогућава превоз болесника до рендгена и других дијагностичких одељења, или до операционе сале, односно собе за извођење медицинско-техничких интервенција. Кревет је удаљен од зида најмање 30 cm, а од суседног кревета 100 cm.

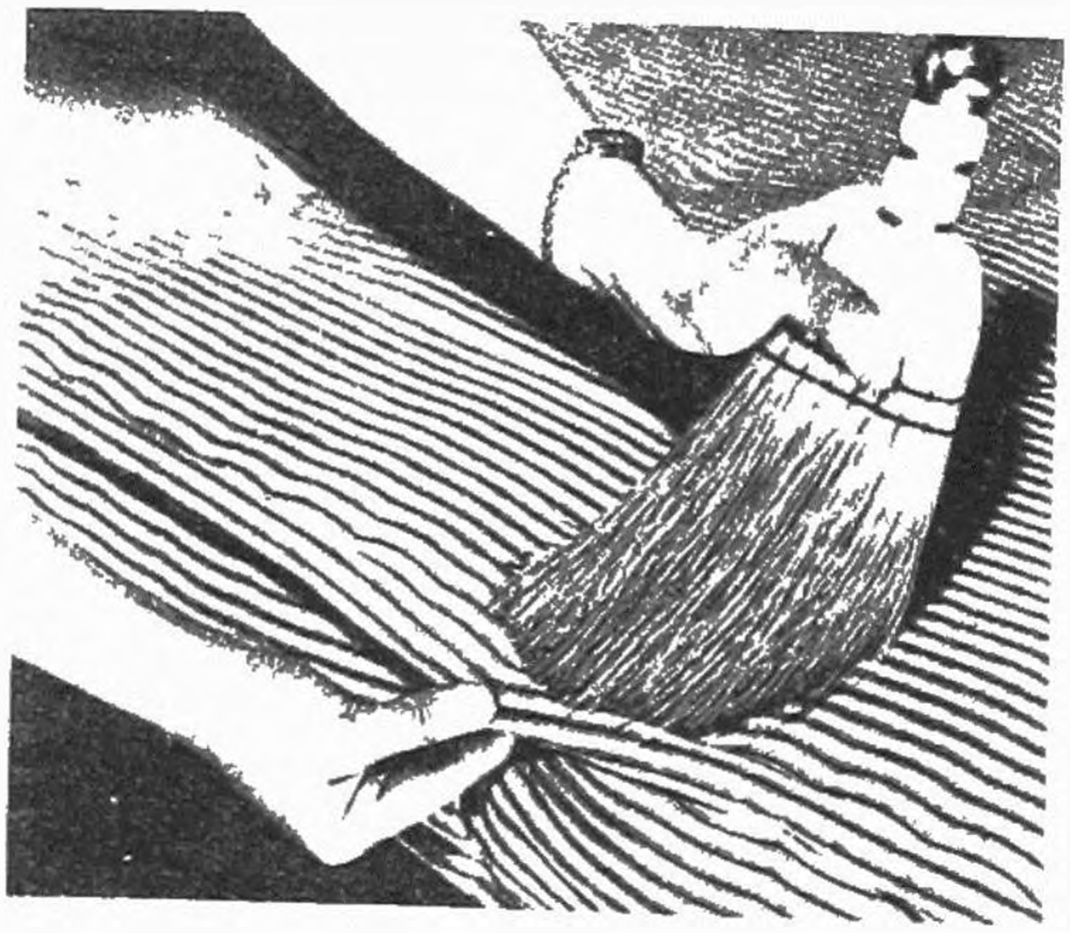
Јастуци се израђују од истог материјала као и душеци, па не упијају зној и друге течности. Већи јастук је промера 80/40 cm, а мањи 40/30 cm. Постоје и специјални јастуци испуњени ваздухом и заштићени специјалном навлаком од непромочивог платна. Могу се дезинфиковати у комори, или прати и пребрисавати антисептичним растворима.

Постељно рубље је од памучног платна (обично) или од специјалног платна које није промочиво за мокраћу, крв, гној.

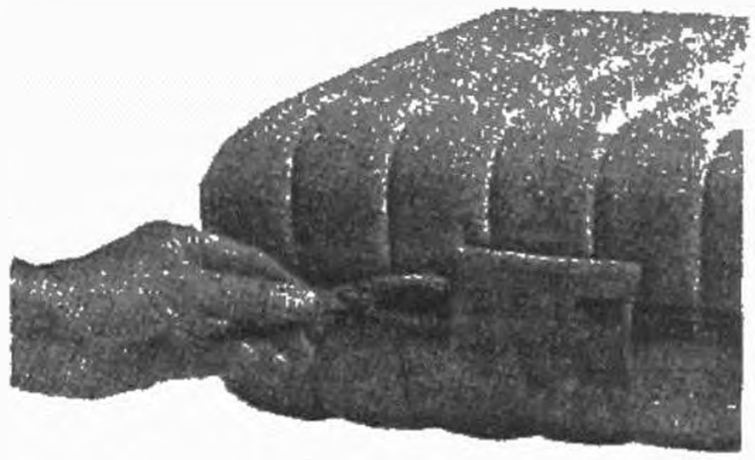
Доњи чаршав је дужине 270 cm и ширине 170 cm, што омогућава да се са свих страна подвуче испод душека. Поречни чаршав служи за заштиту постеље од разних излучевина болесника; ставља се попречно преко доњег чаршава, тако да се пружа од лопатица до

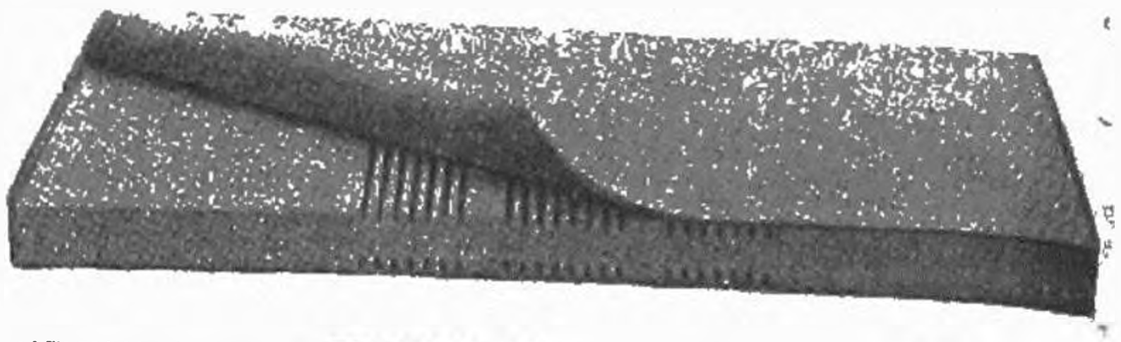


СПЕЦИЈАЛНИ БОЛЕСНИЧКИ КРЕВЕТИ

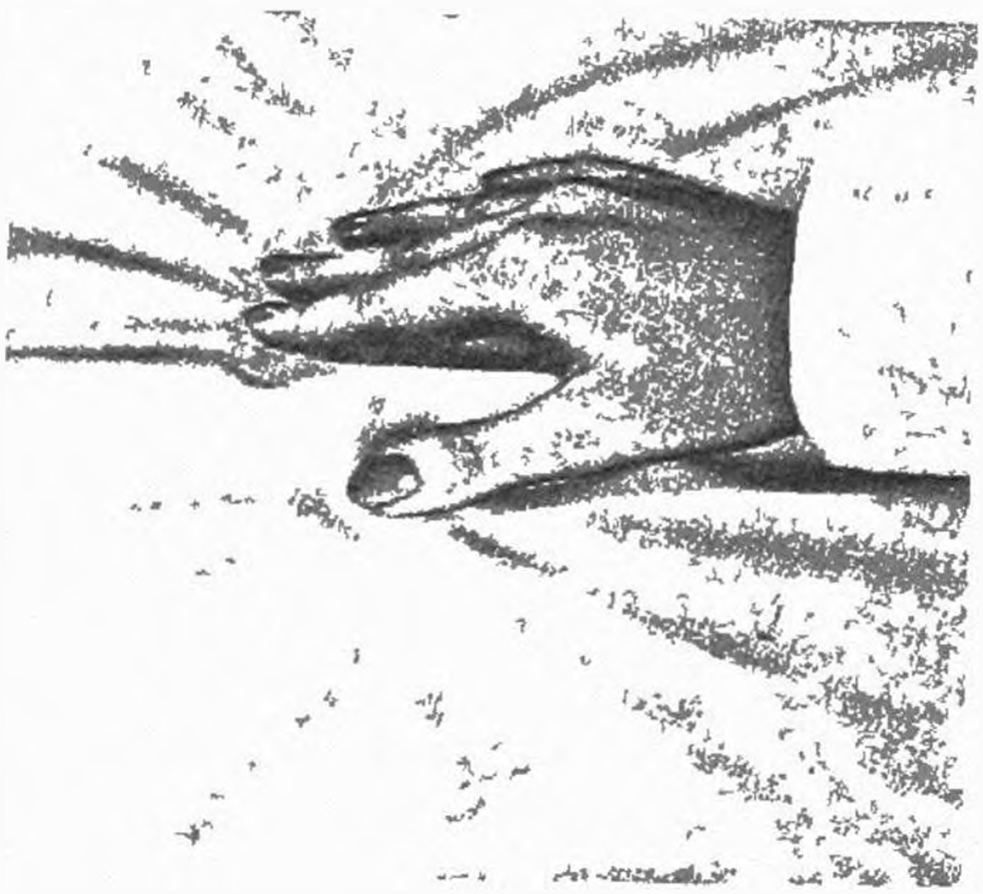


ЧИШЋЕЊЕ ДУШЕКА

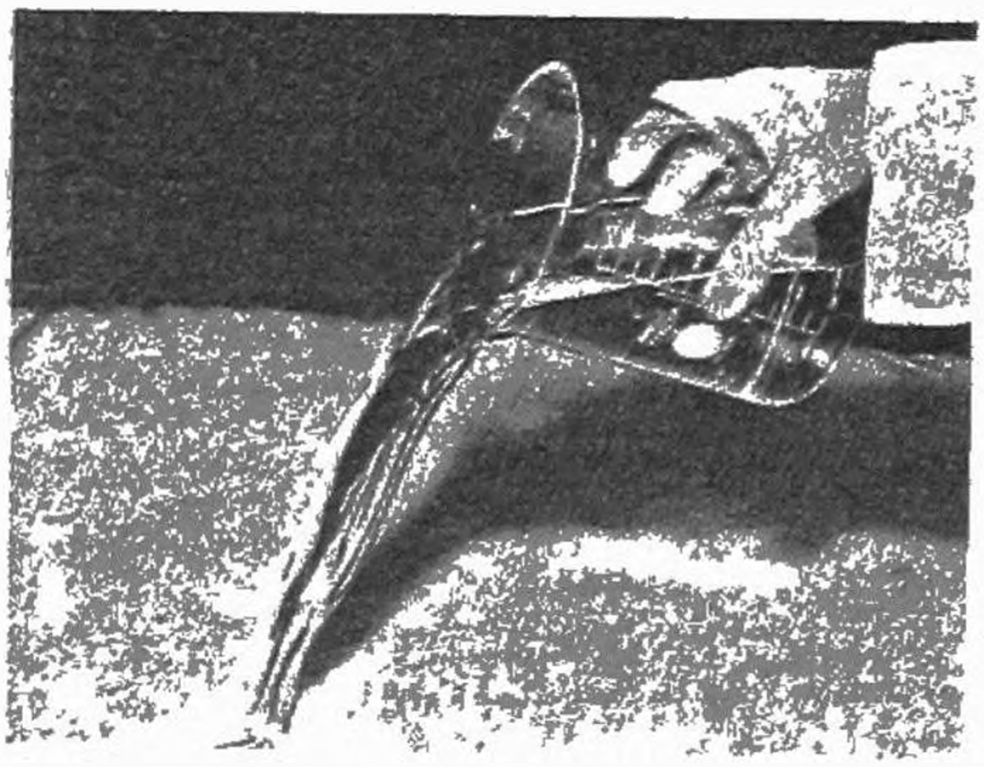




СПЕЦИЈАЛНИ ДУШЕК ОД ГУМЕ СА НАВЛАКОМ ОД НЕПРОМОЧИВОГ ПЛАТНА



НЕПРОМОЧИВА ПОСТЕЉА



СПЕЦИЈАЛНИ ПНЕУМАТИЧНИ ДУШЕЦИ

потколенице болесника Испод њега се поставља непромочиво (гумирано) платно. Димензије чаршава су дужина 170 cm, а ширина 120 cm

Јастучнице су стандардне величине за болнице које користе стандардне величине јастука; за веће или мање јастуке постоје одговарајуће јастучнице. Отвор на јастучници је са спољне стране, затвара се тракама, и при намештању постеље тај део јастука се поставља на супротну страну од врата, да траке не би жуљале кожу на врату болесника, а и ради естетског изгледа постеље. Користе се и јастучнице са преклопом

Навлака за ћебе служи да се ћебе не прља и не оштећује што омогућава хигијену постеље и хигијену болесника (профилакса инфекције) На ћебе се навлачи навлака од памучног платна да би се заштитила кожа болесника који леже у постељи без пижаме. То су високофебрилни болесници, болесници код којих су постављени уређаји за вештачко дисање, вештачки бубрег (хемодијализа), стимулатор срца (*pace macker*) и други апарати и уређаји.

Отвор на навлаци за увлачење ћебади има траке; тај део се поставља изнад ногу болесника и подвлачи испод душека

Сигнални уређај се налази поред постеље болесника и служи за позив медицинској сестри да хитно дође код болесника. Уређај је повезан са собом главне сестре одељења, а аларм (позив) се може искључити само у соби болесника, што значи да сестра мора хитно да дође код болесника. Наизменично црвено светло се пали и гаси и звучни уређај упозорава сестру у којој соби је болесник.

Сигнални уређај мора увек да буде технички исправан.

У соби главне сестре, где се налази монитор, увек је присутна сестра.

Монитор на траци аутоматски региструје време када је позив од болесника упућен и време када је сестра ушла у собу болесника Недолазак сестре у току 5 минута повлачи њену дисциплинску одговорност.

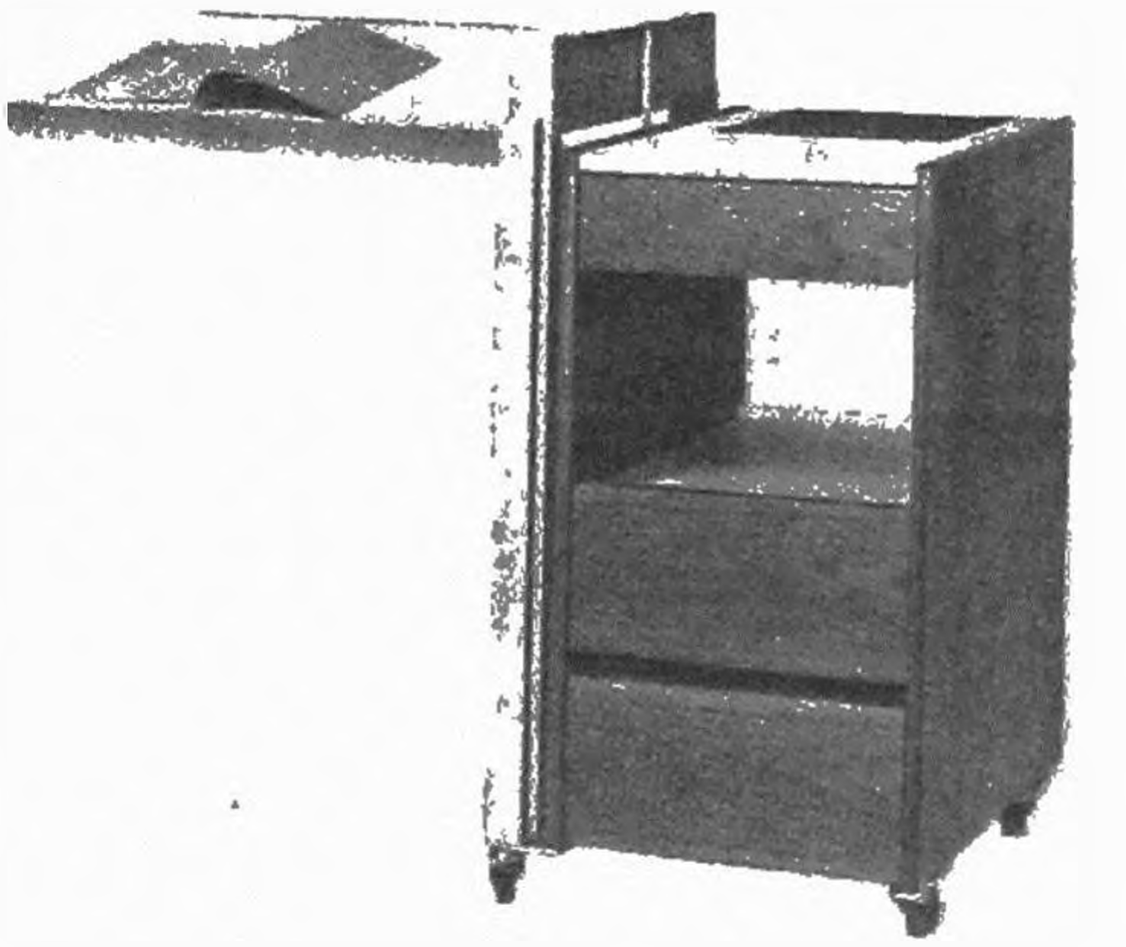
Лажни приговори болесника да сестра није улазила у собу и указала помоћ ни после 5 минута утврђују се на траци монитора

У соби се може држати радио и тв пријемник, књиге за читање, вазе са цвећем, као и остале ствари које служе за забаву и разоноду болесника

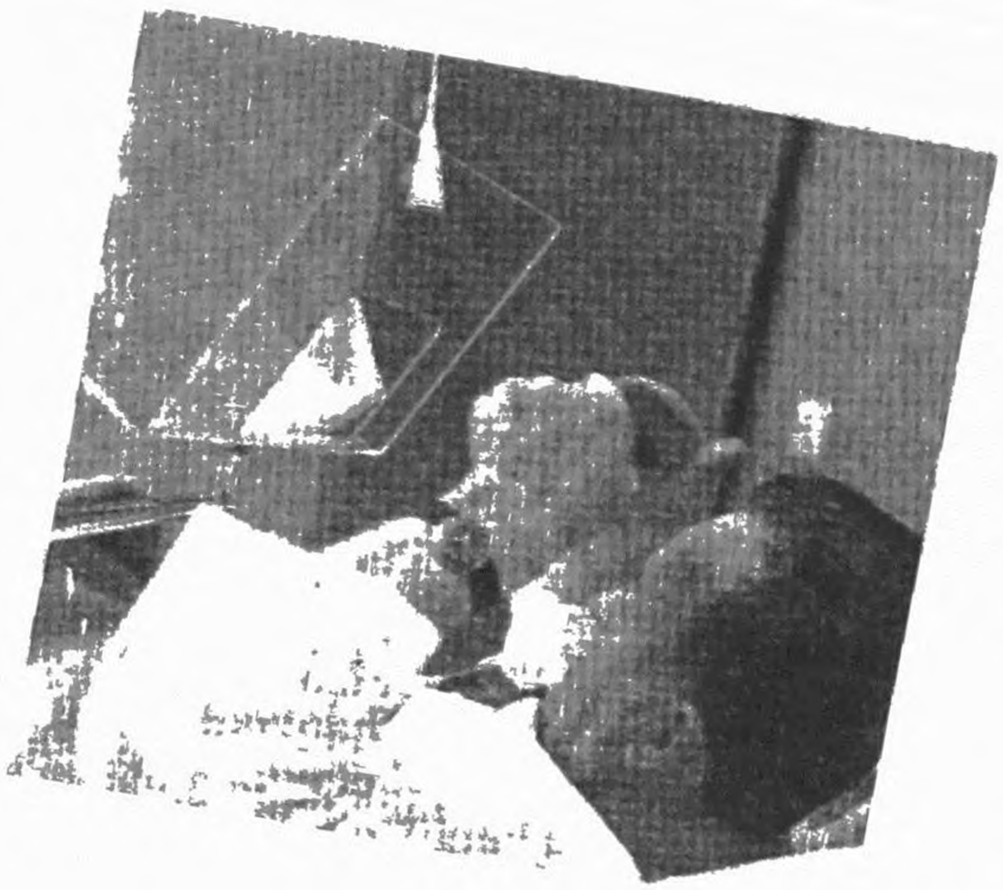
Ноћни сточић се налази поред постеље болесника, постоје сточићи различитих облика и величина (отворени или затворени тип) У горњем делу сточића чува се прибор за личну хигијену, личне ствари, часописи, новине, књиге и друго У доњем делу сточића су сокови, воће и друге понуде као и друге личне ствари болесника које су му потребне у болници

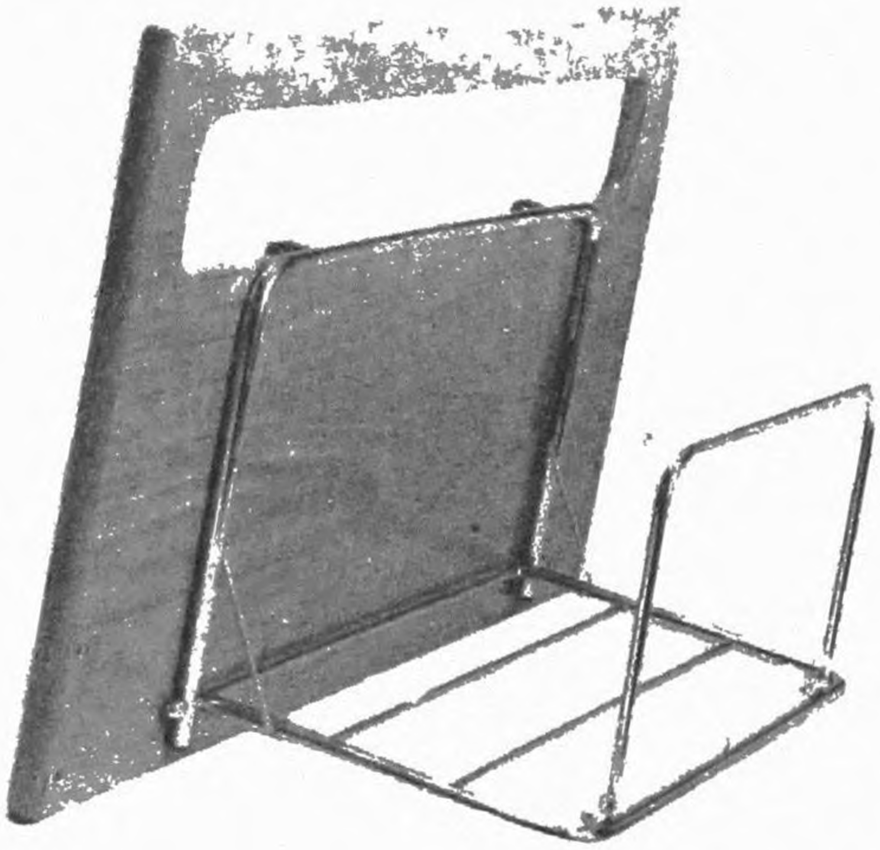
Сточић за сервирање хране је део болесничког кревета, током оброка сестра поставља сточић изнад постеље, односно кревета болесника Постоје и посебни сточићи који се постављају само за време оброка

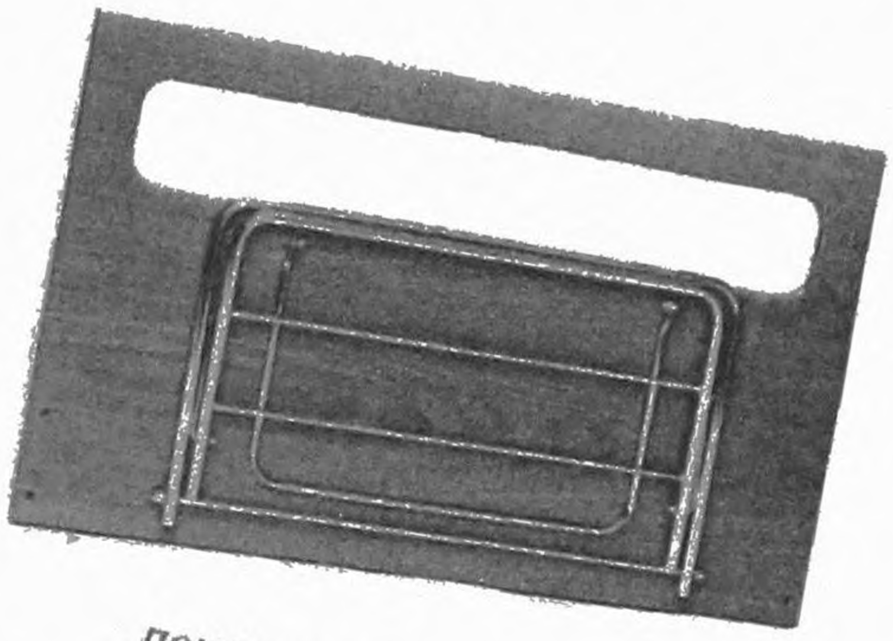
Плакари служе за смештај мантила болесника и резервне пижаме, чарапа и доњег рубља (спаваћица, гаће, мајица)

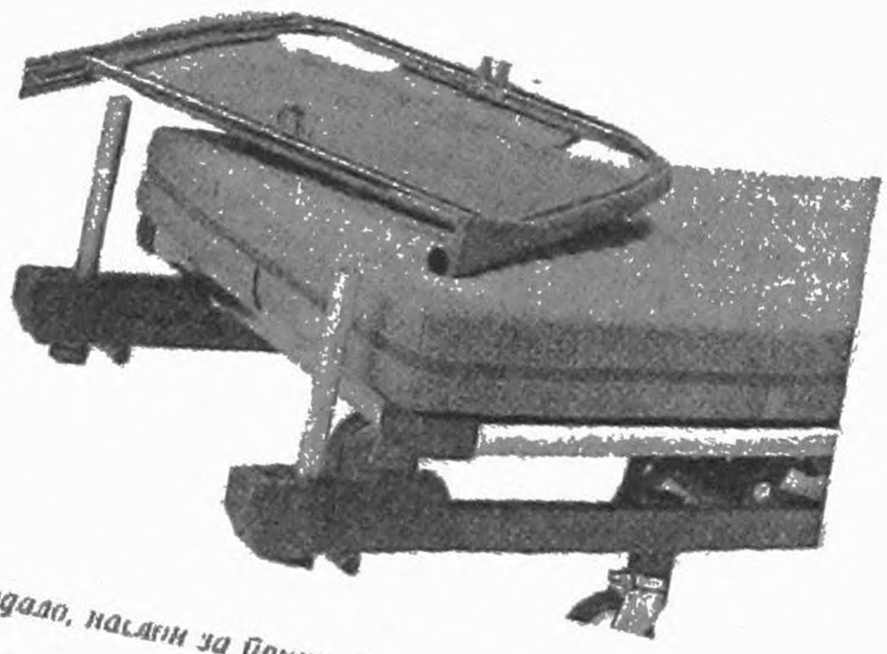


ОРМАРИЋ – СТОЧИЋ У СОБИ БОЛЕСНИКА









ПОМОЋНИ ДЕЛОВИ КРЕВЕТА БОЛЕСНИКА (огледало, наслон за прихват постеље)

У савременим болницама болесник при пријему у болницу доноси две пижаме, односно спаваћице. Болница организује прање рубља и чисто и испеглано рубље предаје болеснику.

Међутим, у свакој болници нема плакара, нити је организовано прање рубља болесника, већ се болничка одећа мења на сваких 3—5 дана.

НАМЕШТАЊЕ ПРАЗНЕ ПОСТЕЉЕ (ДВЕ ОСОБЕ)

Намештање болесничке постеље је основна радња у нези болесника, па сестра треба да је увежба и стекне спретност, окретност и уредност у раду. У почетку ову радњу треба да изводе две ученице. При раду треба им указати на следеће:

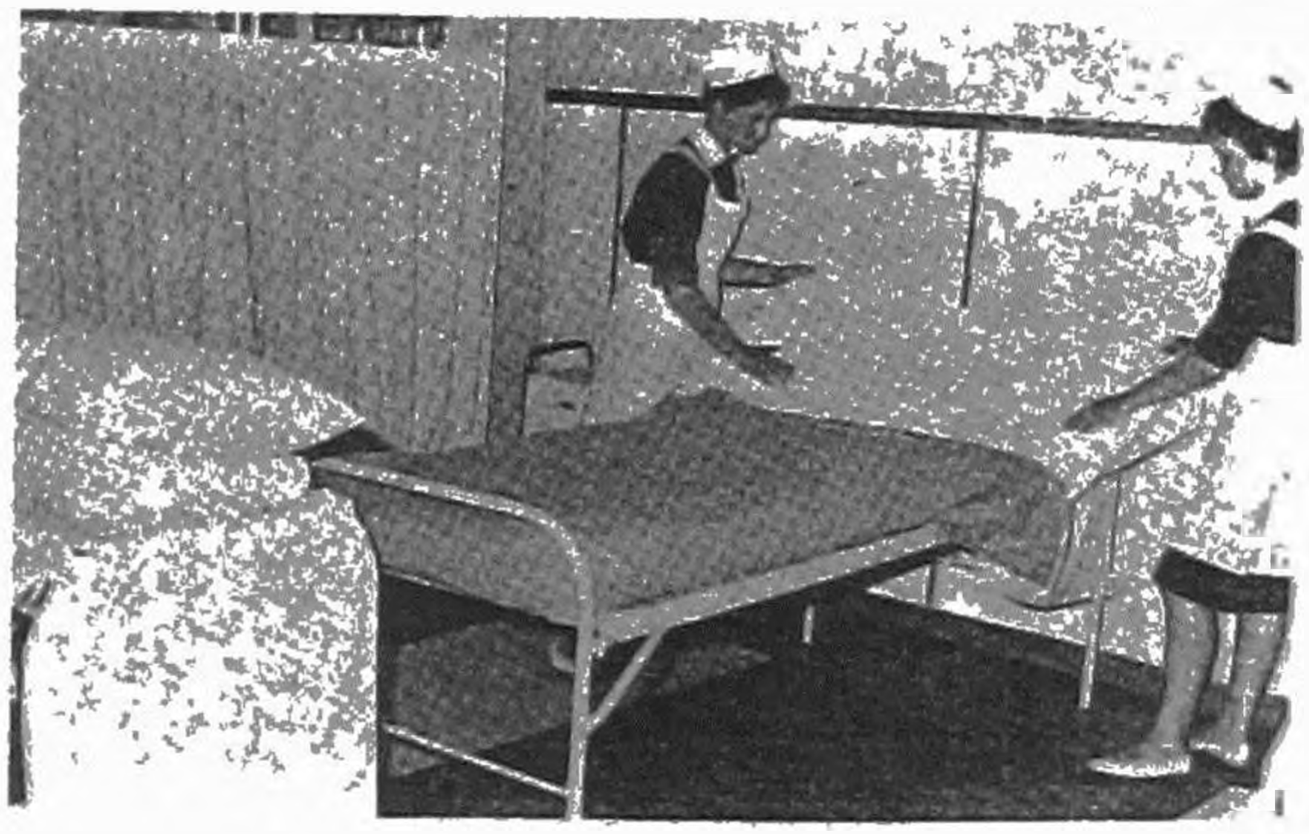
- да се припреме за намештање постеље;
- да кревет поставе тако да буде приступачан са свих страна;
- да обезбеде покретни сточић или столицу за прихватање постељног рубља, ћебади и јастука;
- да стоје на супротним странама кревета, паралелно једна према другој, а при раду да изводе исте покрете (координација у раду);
- да увежбавају технику рада, односно рационализацију поступака, чиме се избегавају непотребни покрети и испади у времену;
- да спрече да прашина, која настаје при намештању и истресању ћебета и чаршава, лети унаоколо кревета.

Припрема материјала. — Најпре се постави столица крај доње странице кревета болесника. Столица служи да се на њу одложи постељина. Затим се на покретним колицима довезе чиста постељина и кеса од пластике или платна за прихватање прљавих чаршава и јастучница.

Техника рада: Сестре преносе јастуке на столицу; претходно свлаче јастучнице, а потом протресу јастуке и навлаче чисте јастучнице. Прљаве јастучнице одлажу у припремљену кесу од пластике.

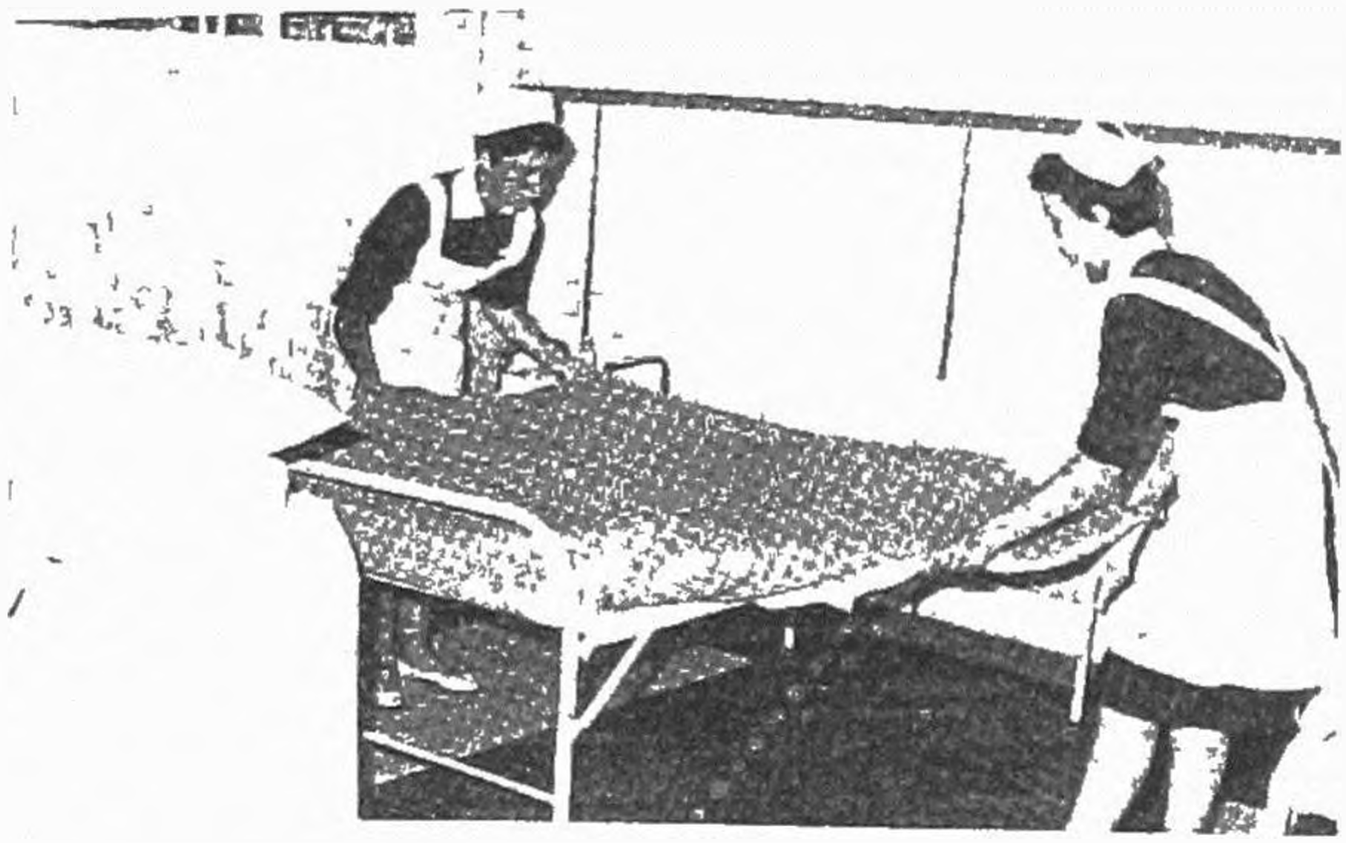
Обе сестре, једна са десне, а друга са леве стране, подвлаче шаке испод доње трећине душека, и извлаче чаршав и спусте га тако да ивице слободно висе крај кревета; то исто учине на средини и на горњем делу кревета.

Савијени (уролани) покривач сестре прихватају за ивице и повлаче према доњој страници кревета, а затим га спусте преко наслона на столицу. Потом прљави креветски чаршав уролају (савију) најпре од доње ивице према средини кревета, а затим од горње ивице

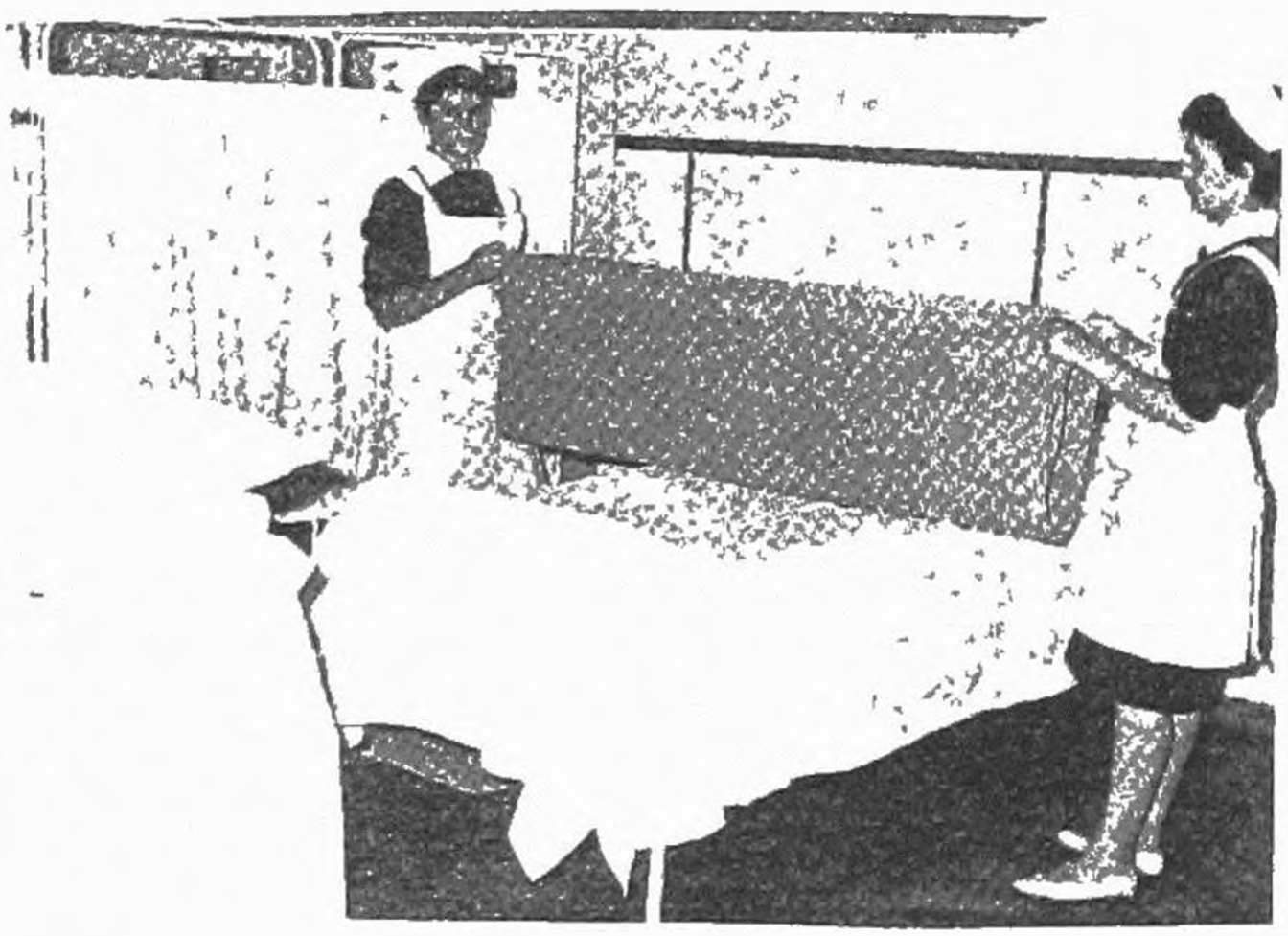


ЈАСТУЦИ СЕ ПРОТРЕСУ И ОДЛОЖЕ НА ПОМОЋНИ СТОЧИЋ

ОСЛОБАЂАЊЕ ПОСТЕЉЕ



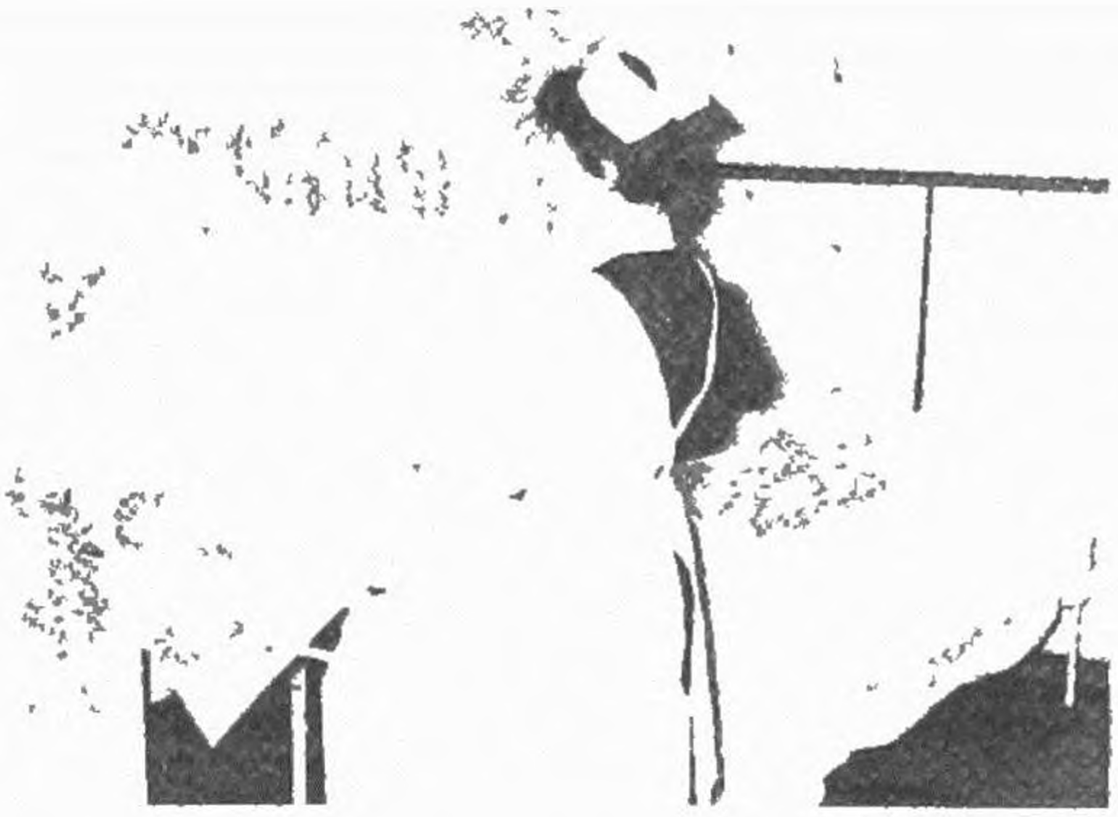
ОСЛОБАЂАЊЕ КРЕВЕТА



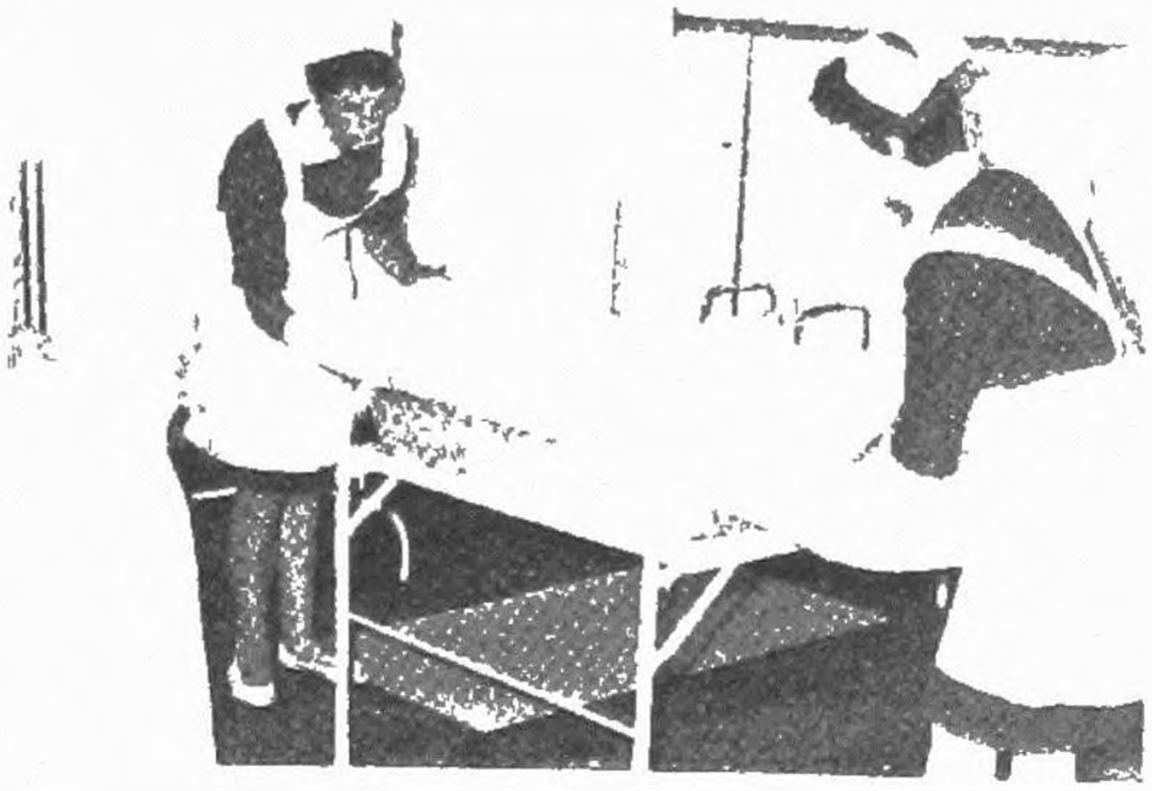
ОСЛОБАЂАЊЕ КРЕВЕТА И САВИЈАЊЕ ЂЕЂЕТА

ПРОТРЕСАЊЕ ЂЕБЕТА

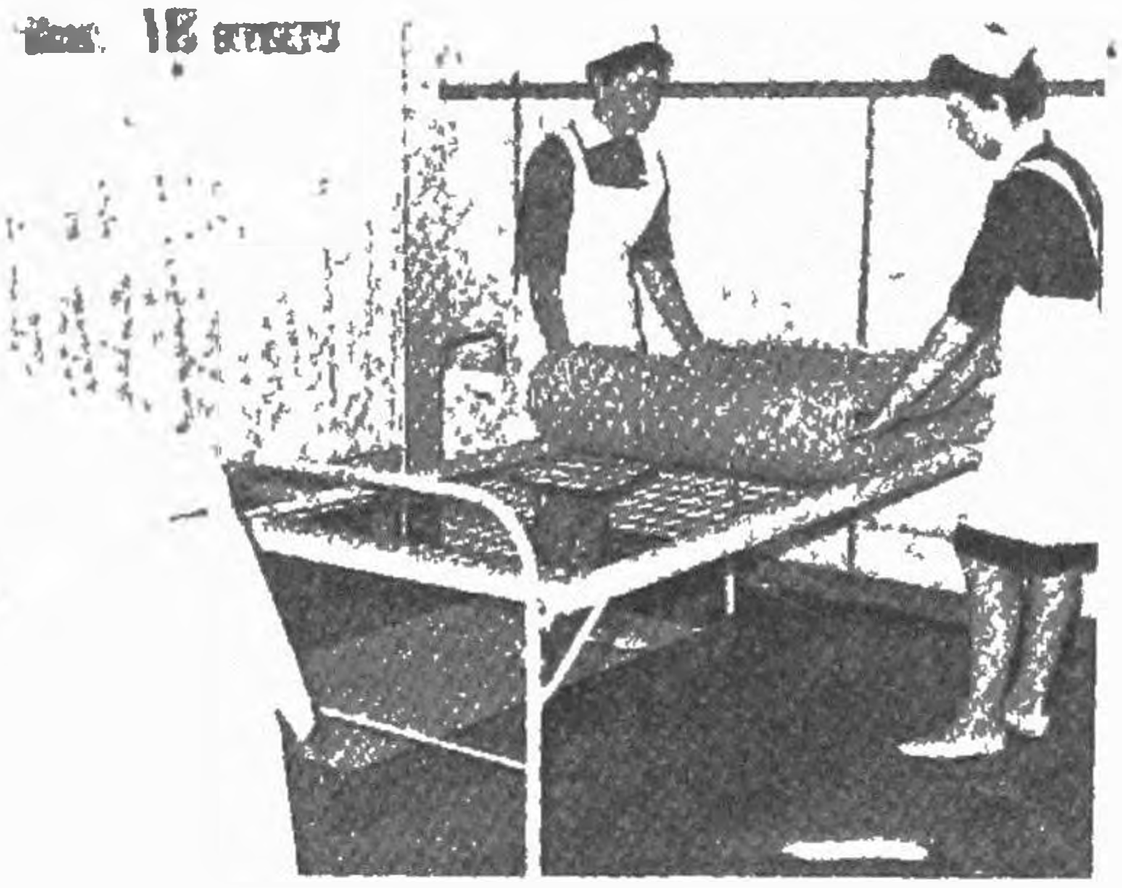
САВИЈАЊЕ ЂЕБЕТА



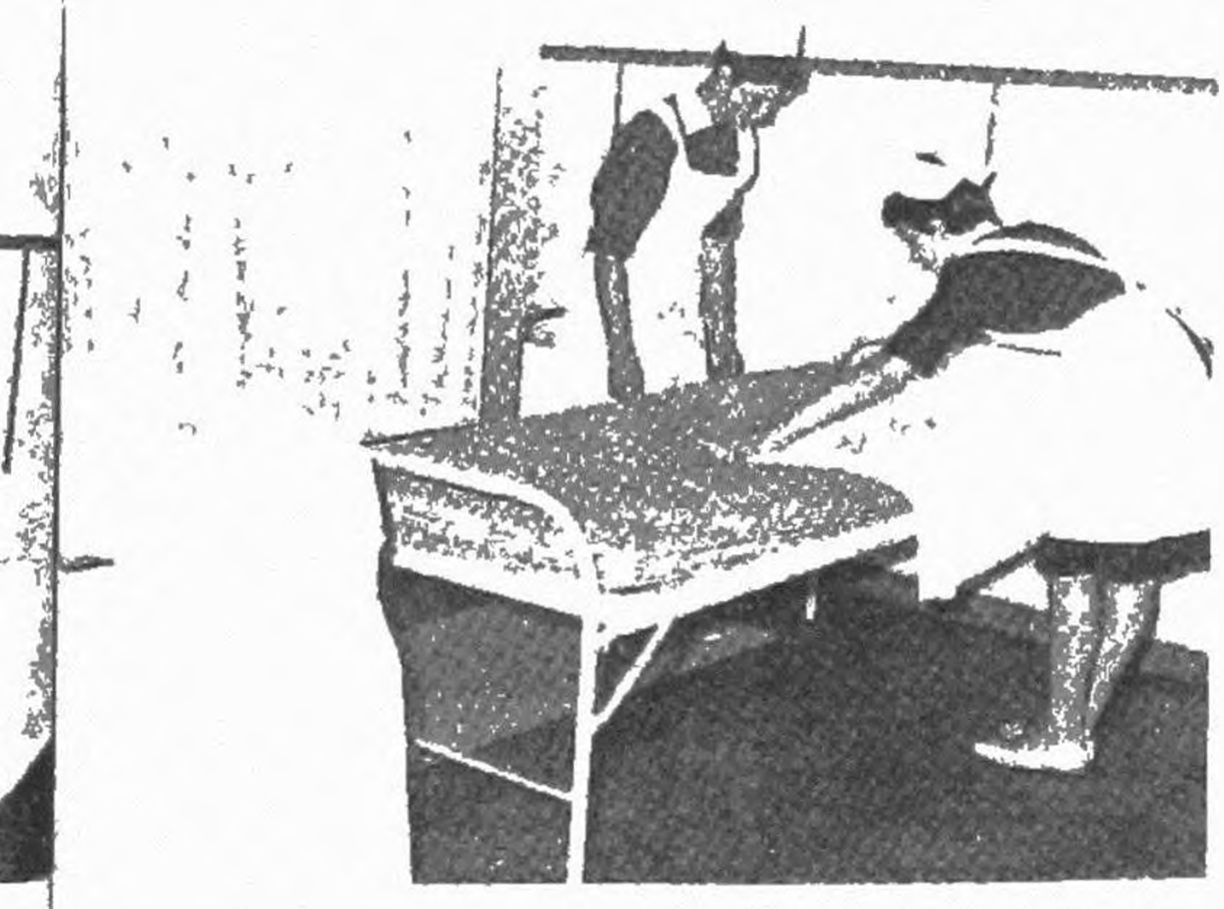
САВИЈЕНО ЋЕБЕ ПОСТАВЉА СЕ НА СТОЧИЋ

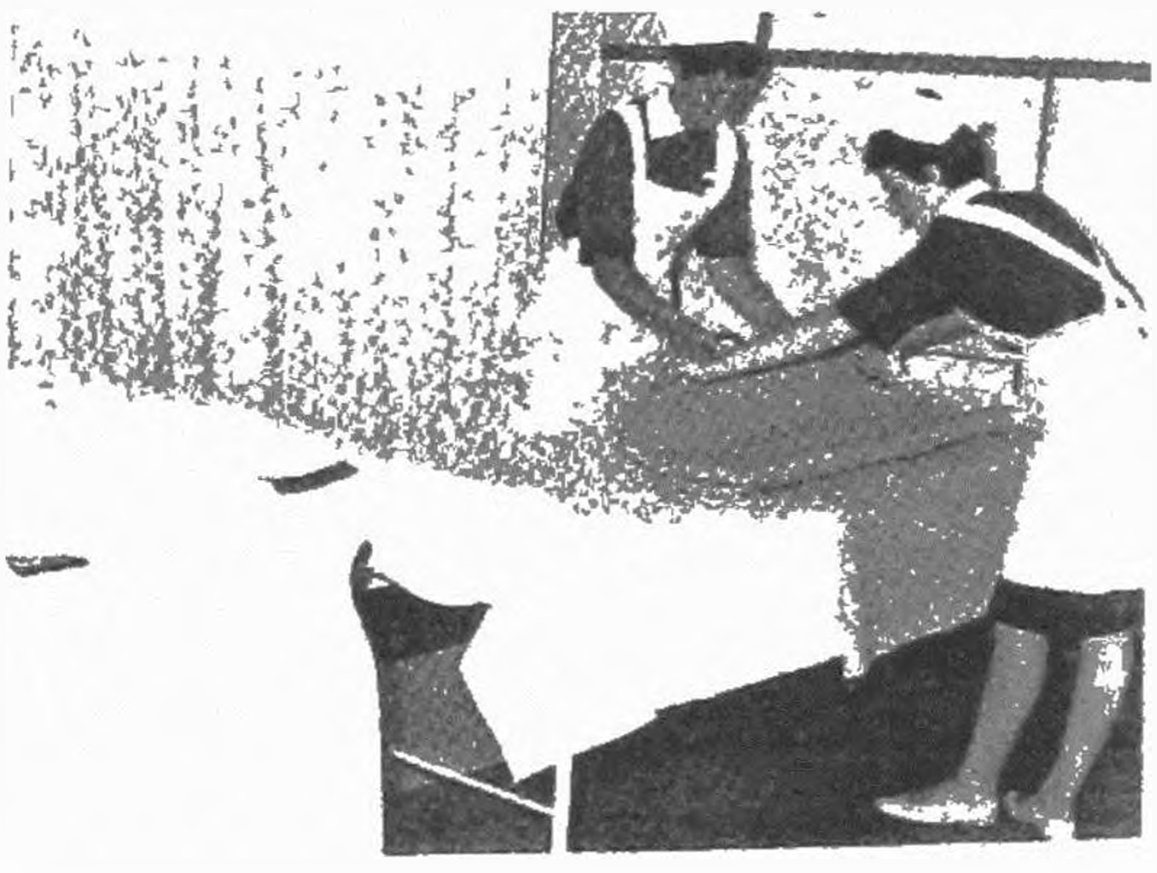


ГОРЊИ И ДОЊИ ЧАРШАВ СЕ САВИЈУ И ПОСТАВЉЕ НА СТОЧИЋ



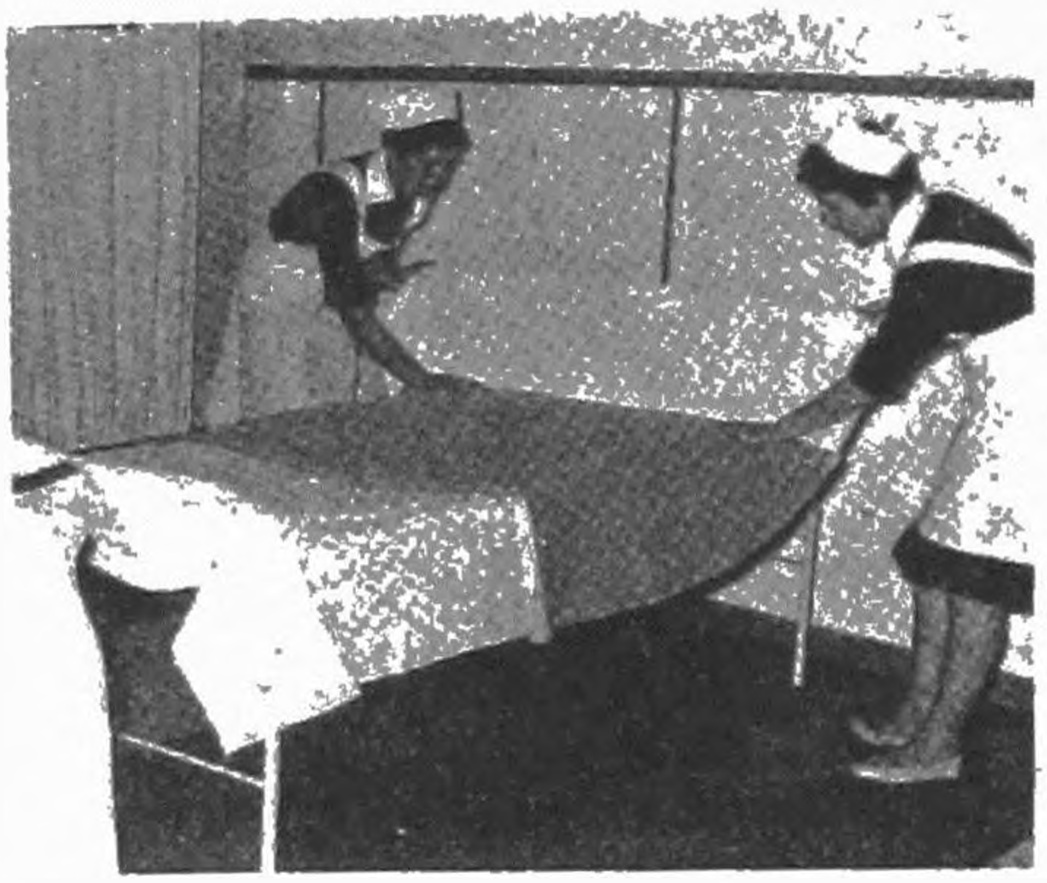
ОКРЕТАЊЕ ДУШЕКА



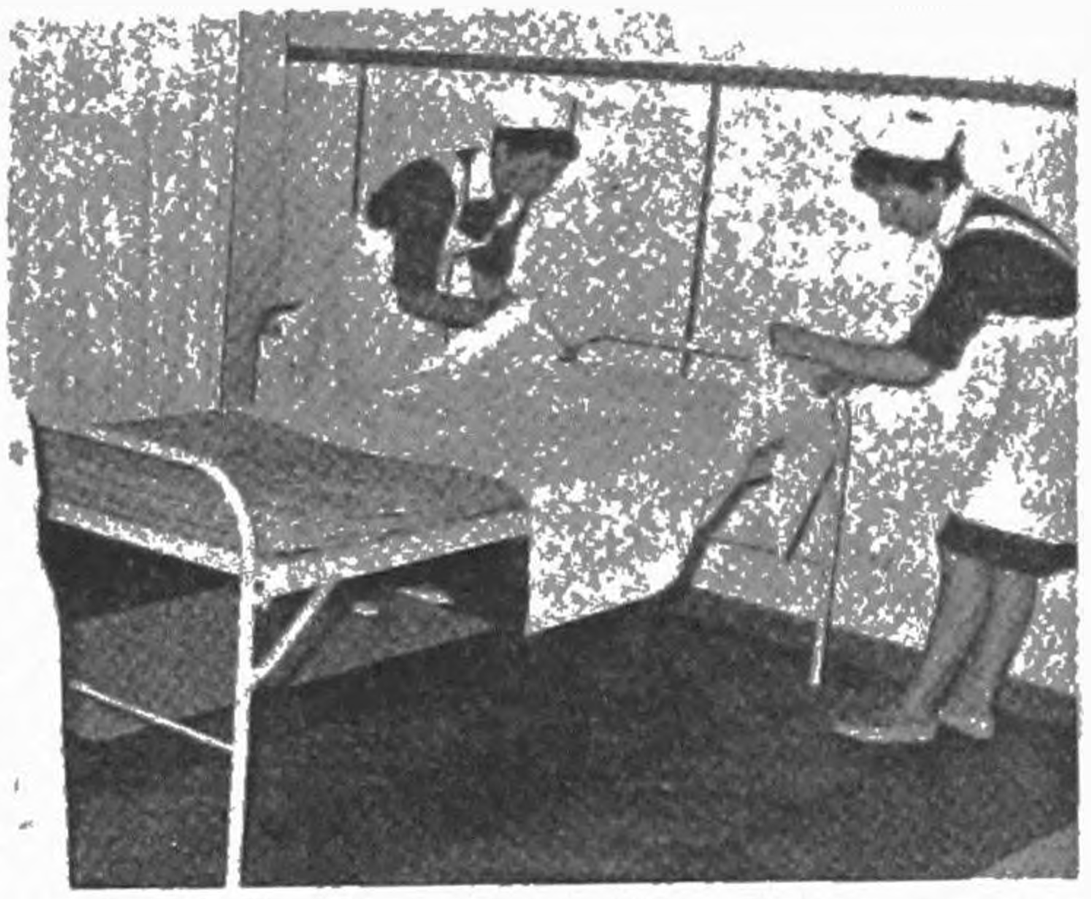


ПОСТАВЉАЊЕ ДОЊЕГ ЧАРШАВА

ПОСТАВЉАЊЕ ЋЕБЕТА



ПОСТАВЉАЊЕ ЧАРШАВА ПРЕКО ЋЕБЕТА



ПОСТАВЉАЊЕ ДОЊЕГ ЧАРШАВА

ПРАВЉЕЊЕ УГЛОВА И ПОДВЛАЧЕЊЕ ЧАРШАВА ИСПОД ДУШЕКА

кревета према средини и тако сакупљен чаршав спусте преко наслона столице у пластичну кесу за прљаво рубље.

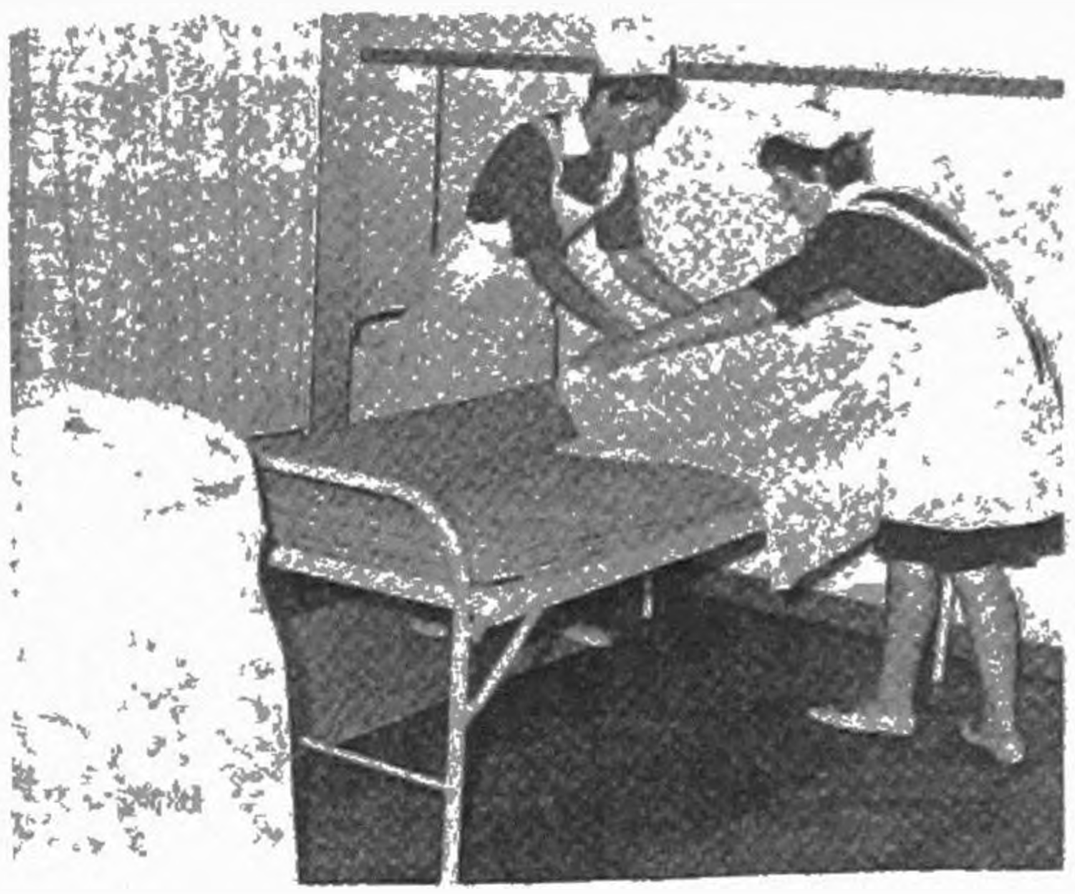
НАМЕШТАЊЕ ДУШЕКА (ОКРЕТАЊЕ И ЧИШЋЕЊЕ)

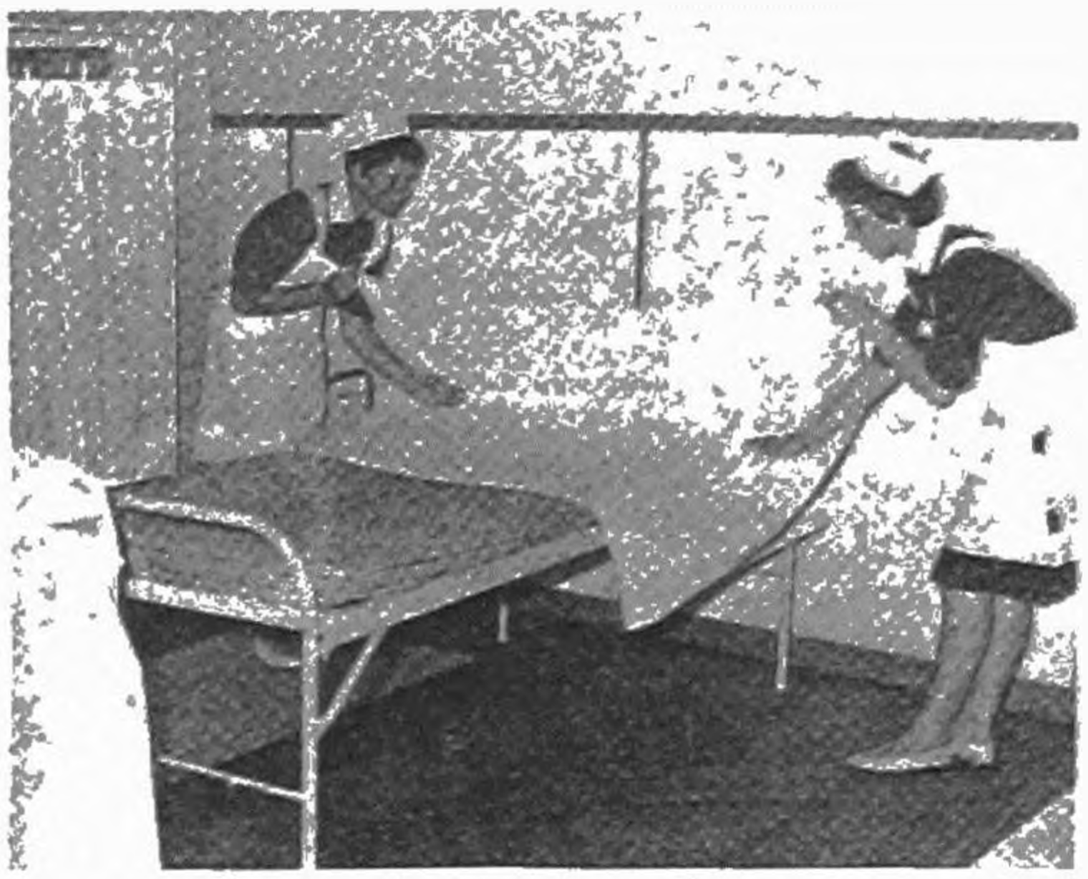
Једноделни душек сестре прихватају за горњи и доњи део и истовремено га окрену на другу страну, која је била постављена према мадрацу. Метлицом очисте душек и освеже површину душека антисептицима и дезодорансом.

Троделни душек се окреће на следећи начин:

- најпре се метлицом очисте сва три дела душека и попрскају спрејом са антисептичним раствором ради дезинфекције,
- окрене се средњи део душека и врати на своје место,
- окрене се горњи део душека и постави на средњи део душека. Потом се средњи део душека поставља на горњи део постеље, а горњи део душека на доњи део постеље,
- трећи, доњи део душека се окрене и постави на средњи део постеље.

На овај начин су промењена места сва три дела душека, тако да сваки део душека равномерно трпи притисак у постељи. Потом сестре сва три дела душека поставе у једну раван, поново их очисте метлицом и попрскају спрејом са антисептичним раствором и дезодорансом. При окретању душека сестра уочава да ли су душеци цели и исправни. Поцепане и запрљане душеке сестра замењује новим душецима (из магацина за резервно постељно рубље, душеке и ћебад).





ПОСТАВЉАЊЕ ДОЊЕГ ЧАРШАВА

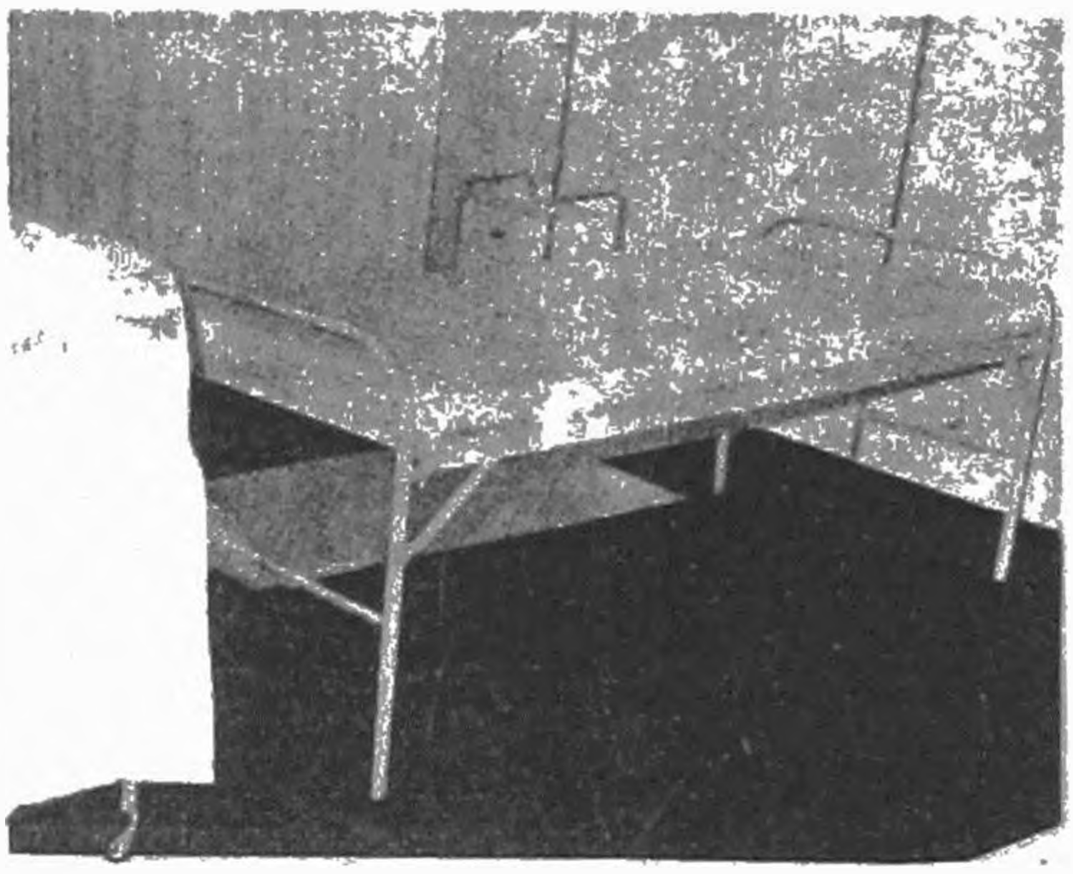
Нови душек се такође очисти метлицом и попрска спрејом са антисептичним раствором и дезодорансом.

НАМЕШТАЊЕ ДОЊЕГ ЧАРШАВА

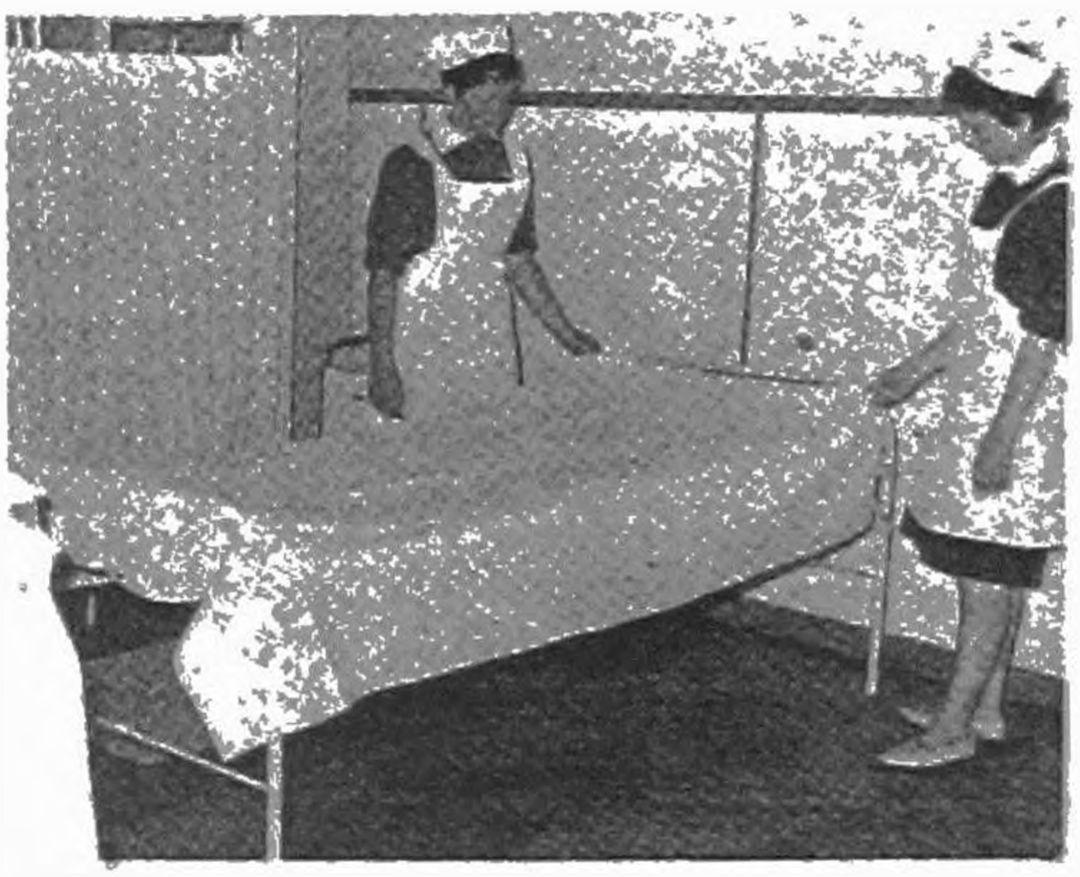
Чаршав је савијен на четири дела. Узима се са колица и постави на горњу трећину душека, потом се расклапа и повлачи према средњем делу душека, а другим делом према горњем делу душека. Затим сестре хватају ивице чаршава на 20 cm од ивице горњег дела душека и пребаце га преко душека. Слободни део чаршава који виси поред кревета подвлаче испод душека и затегну чаршав. То истоураде и са средњим делом чаршава, који повлаче према доњем делу душека потом ивице чаршава подвлаче испод сва три дела душека и чаршав у целини затегну, а наборе чаршава поправе да не жуљају болесника.

ПОСТАВЉАЊЕ ГОРЊЕГ ЧАРШАВА УЗ ПРЕСВЛАЧЕЊЕ ЋЕБЕТА

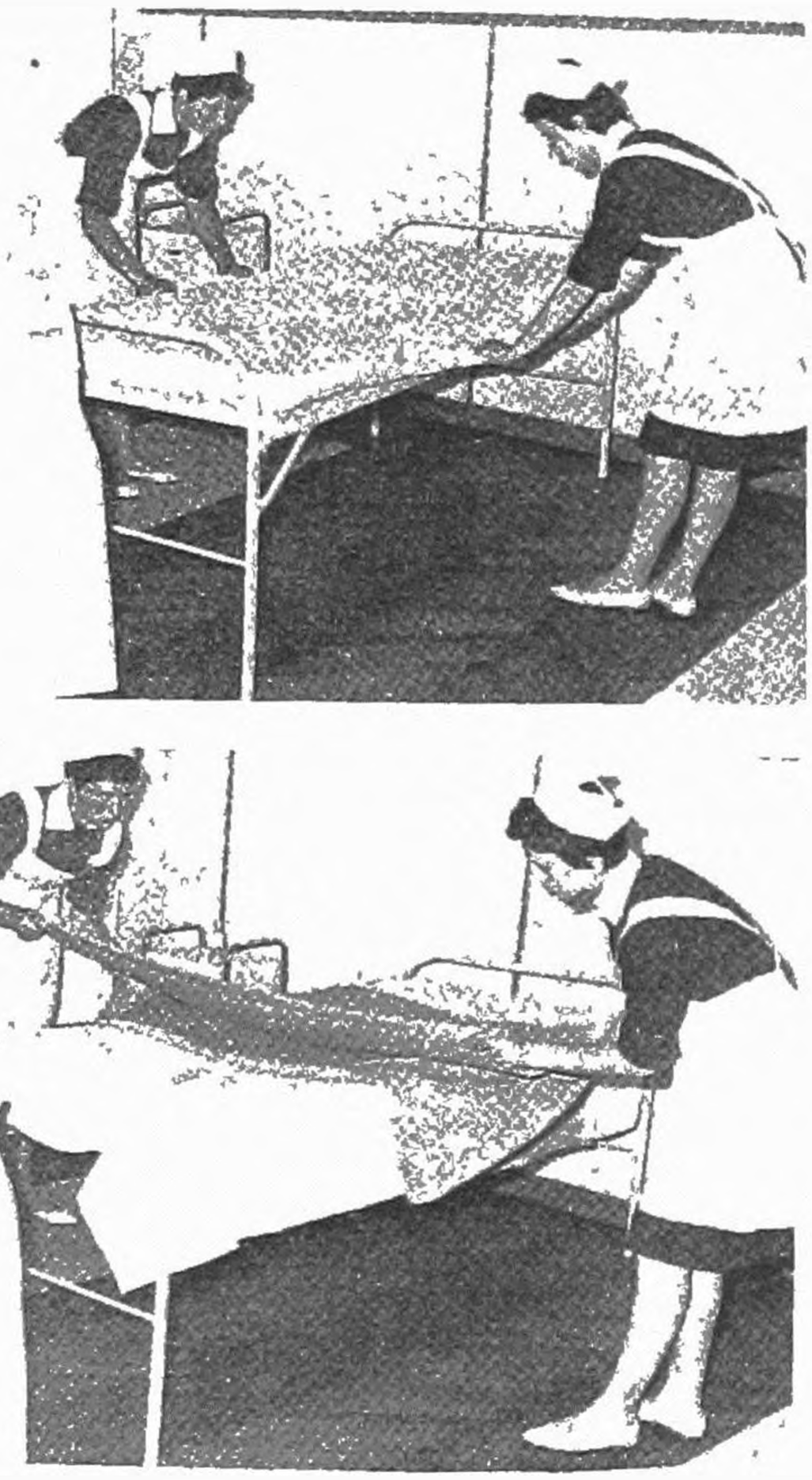
Чаршав се постави на постељу, расклопи и повлачи према средњем делу душека, а другим делом према горњем делу душека. Сестра навлачи чаршав преко ћебета истим редоследом као



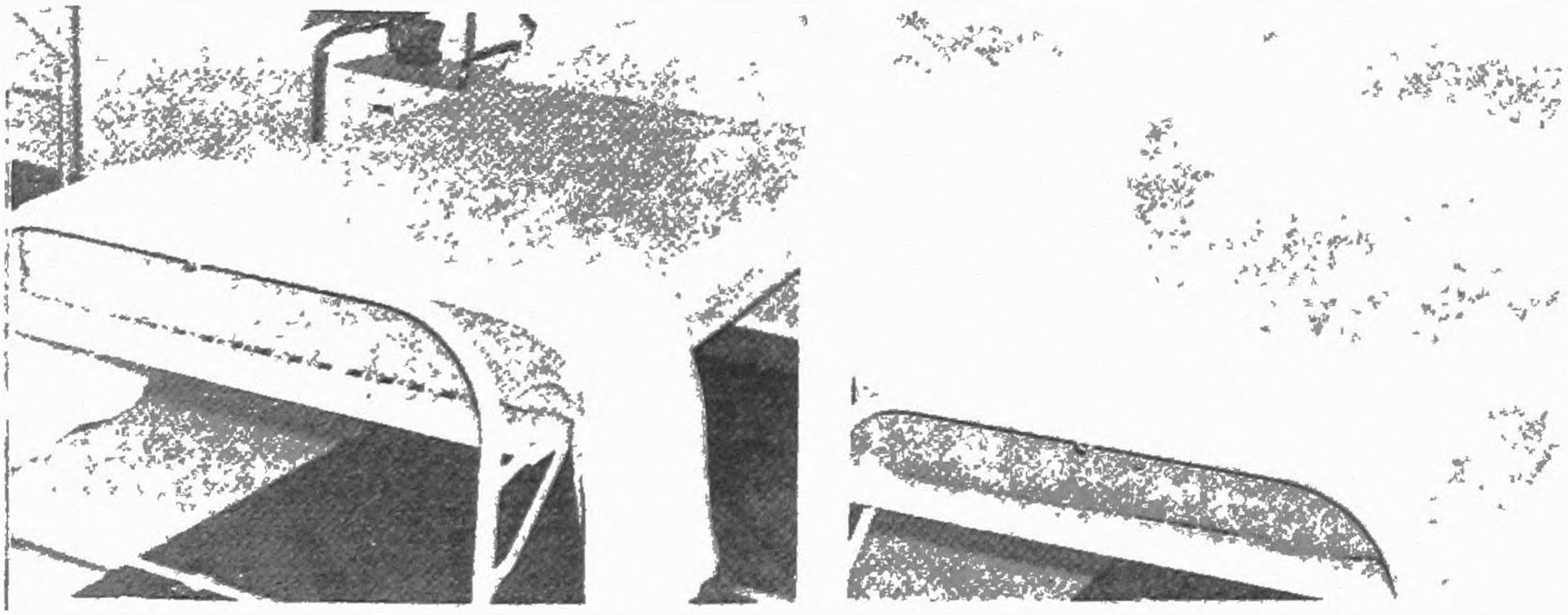
ДОЊИ ЧАРШАВ ЈЕ ПОСТАВЉЕН И ЗАТЕГНУТ



ПОСТАВЉАЊЕ ГОРЊЕГ ЧАРШАВА



ЗАТЕЗАЊЕ ЧАРШАВА



НАМЕШТЕНА И ЗАТЕГНУТА ПОСТЕЉА

што то чини и при постављању доњег чаршава

Слободне ивице покривача се само са једне стране подвлаче испод душека, а друга страна покривача остаје слободна да болесник може да одигне покривач и легне или устане из постеље.

НАМЕШТАЊЕ ПРАЗНЕ ПОСТЕЉЕ (ЈЕДНА ОСОБА)

Ову радњу изводи сестра самостално, без туђе помоћи Поступак је истоветан као и у случају кад постељу намештају две особе

Сестра изводи радњу у два поступка Најпре покривач са горњим чаршавом, урола – савије према доњој ивици кревета и пребаци на раније припремљену столицу Потом извлачи ивице доњег чаршава испод душека и повлачи (урола) чаршав од прве трећине душека према доњој и ставља га у пластичну врећу за прљаво рубље. Чист чаршав поставља на исти начин као и када радњу изводе две сестре

НАМЕШТАЊЕ ПОСТЕЉЕ НЕПОКРЕТНОГ БОЛЕСНИКА

Постељно рубље болесника који не може ни за кратко време да напусти постељу намешта се и пресвлачи док он лежи у постељи Пре него што приступи извођењу радње сестра прегледа постељно и лично рубље болесника, па ако је запрљано и влажно, она најпре припреми чисто рубље

Промена постељног рубља и намештање постеље изводи се свакодневно, а по потреби (упрљана постељина мокраћом и фецесом) и више пута у току дана

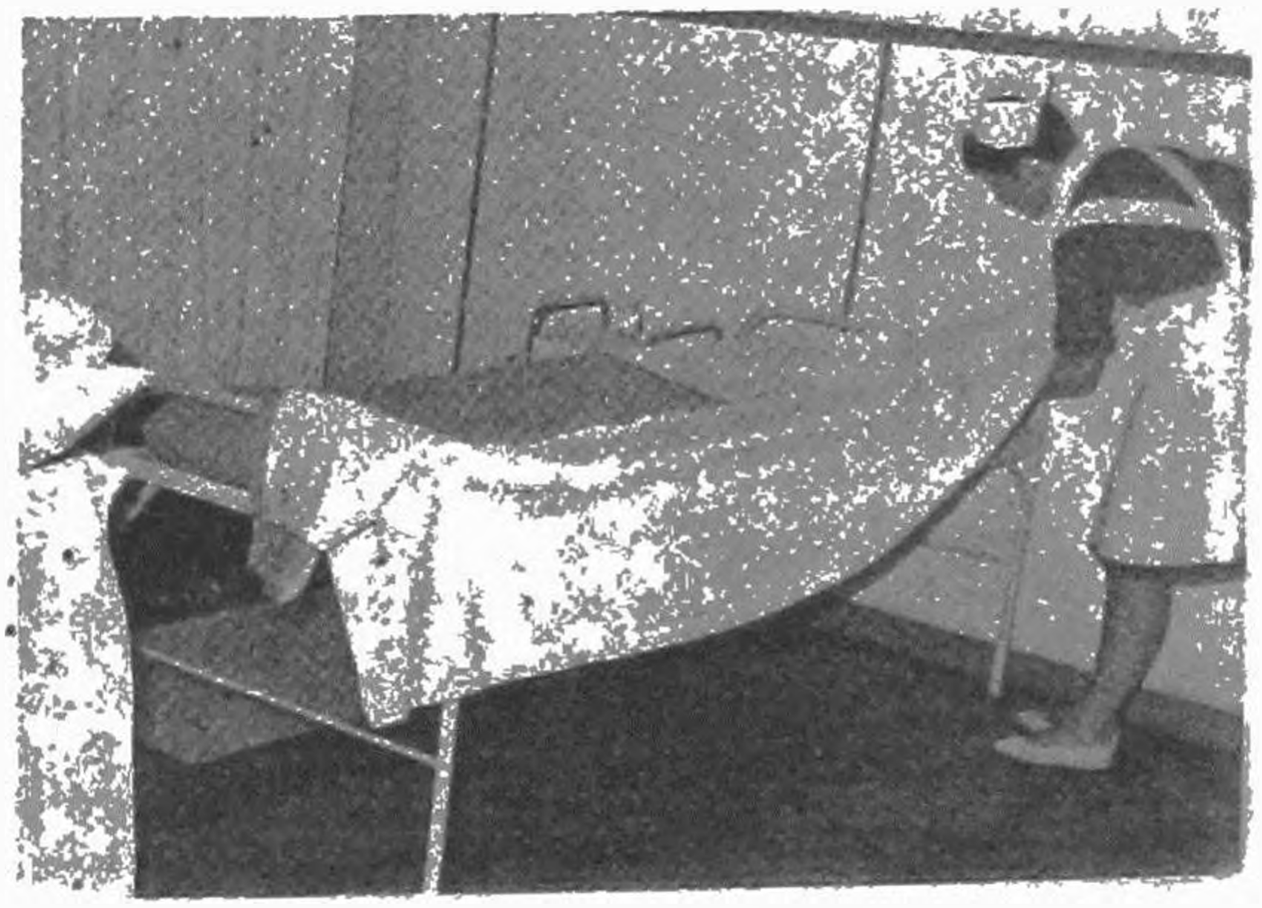
ПРОМЕНА ДОЊЕГ ЧАРШАВА

Промена доњег чаршава зависи од положаја и стања болесника Најпре се припреми чист чаршав, кеса за прљаво рубље и столица за јастуке Сестра савије чаршав у посебној просторији па га на покретним колицима уноси у болесничку собу Зависно од општег стања болесника и положаја који заузима у постељи, промена доњег чаршава изводи се на два начина

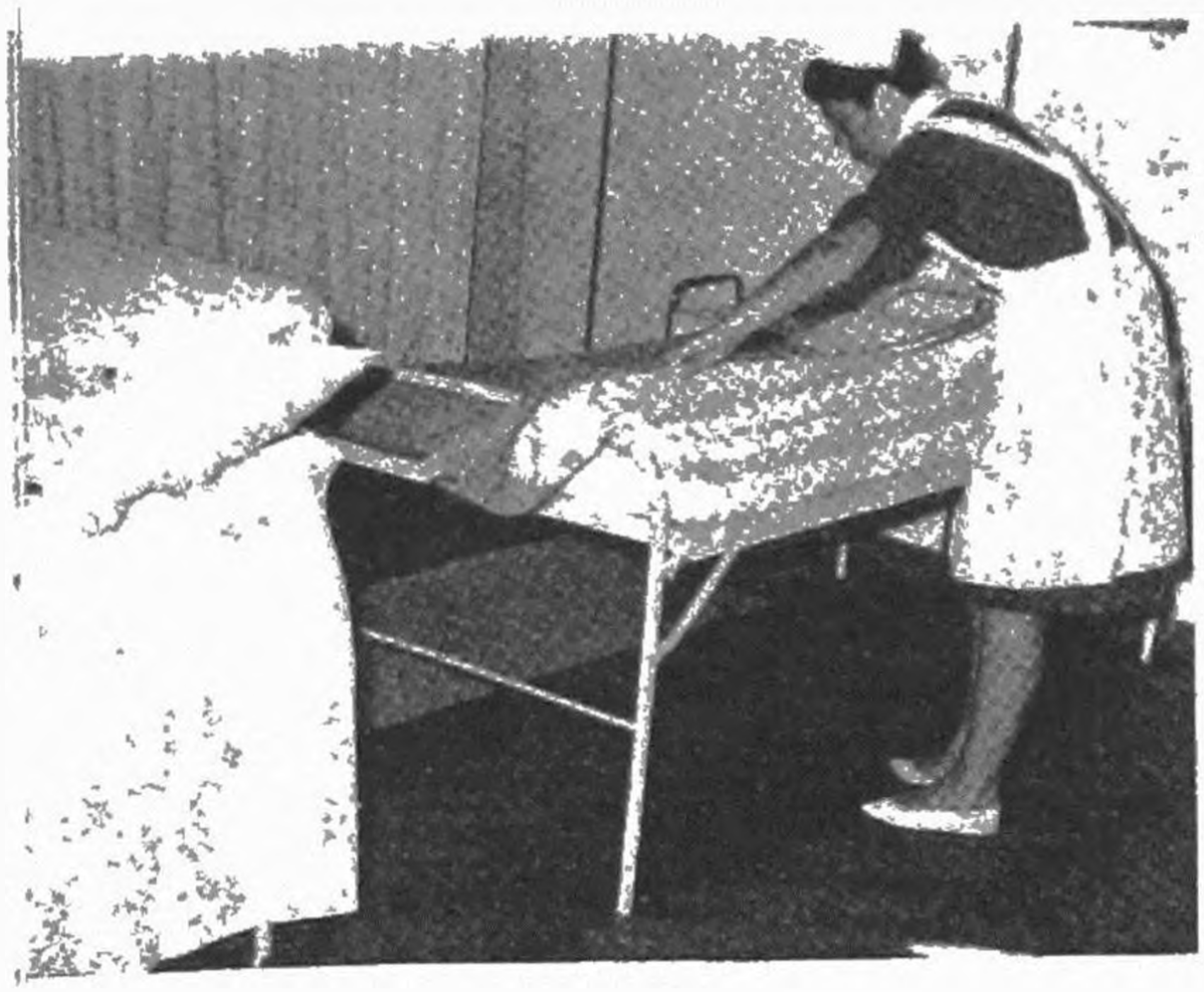
Промена доњег чаршава по ширини – Болесницима који леже у принудном хоризонталном положају чаршав се мења по ширини

Припреми се чист чаршав и кеса за прљаво рубље Чаршав се савије на другом чистом кревету, где се одреде његове димензије, а делови чаршава који вире преко доње и горње странице кревета

САВИЈАЊЕ ЧАРШАВА И ПОСТАВЉАЊЕ ЧАРШАВА НА КОЛИЦА

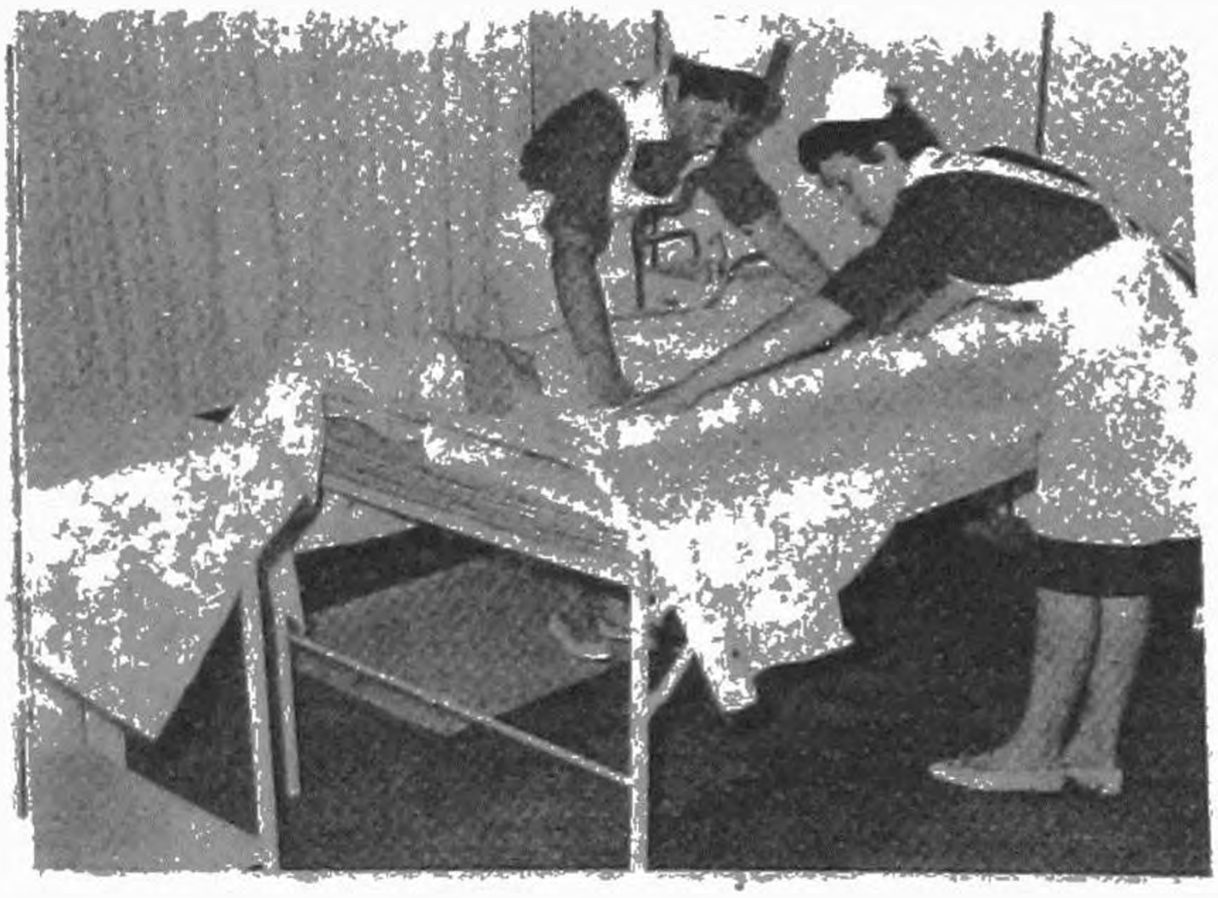


ПОСТАВЉАЊЕ ГОРЊЕГ ЧАРШАВА И ЋЕБЕТА



ЗАТЕЗАЊЕ УГЛОВА ГОРЊЕГ ЧАРШАВА

ЗАТЕЗАЊЕ ИВИЦА И УГЛОВА ЧАРШАВА



ПРОМЕНА ДОЊЕГ И ГОРЊЕГ ЧАРШАВА ПО ШИРИНИ

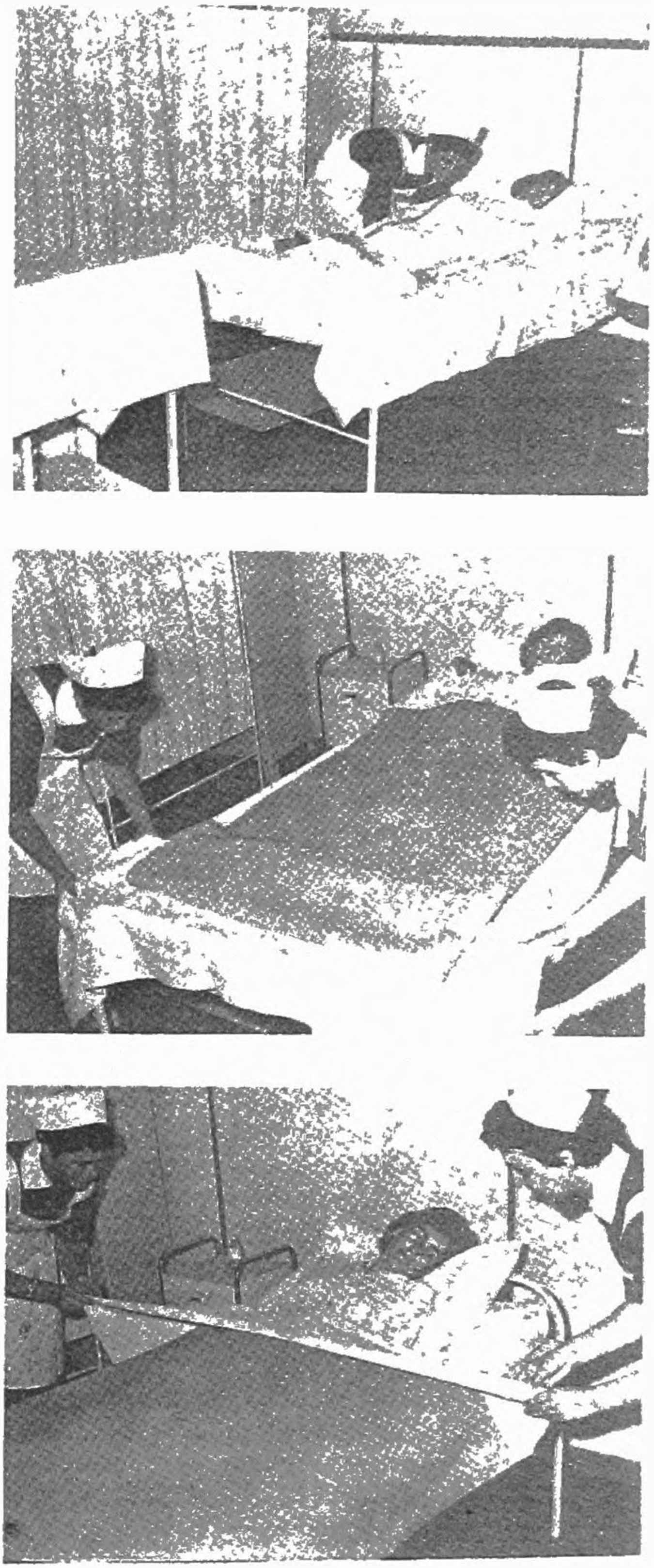
та савију се и уролају по ширини. Потом се на другој ивици кревета савије у три дела и стави на колица.

Сестра припреми талк, алкохол, антисептичну крему и апарат за масажу коже болесника ради профилаксе декубитуса. Претходно прегледа и лично рубље болесника, па ако је запрљано и влажно, припрема чисто рубље.

Техника рада:

Постељина се пресавија у виду тупфера и болесник помери на ивицу кревета. Једна сестра придржава болесника, а друга сестра меком четком чисти слободни део постеље. Болесник се помери на супротну страну и радња понови, а потом доњи чаршав затегне и кревет намести.

При промени постељног рубља примењују се методе које омогућавају да се радња лако изведе и болесник што мање замори. Прљави чаршав се увије према болеснику. Слободни део душека, без чаршава, очисти се метлицом и освежи спрејом са антисептичним раствором и дезодорансом. Затим се преко душека поставља чисти чаршав, ивице чаршава подвлаче се испод ивице душека, а уролани чаршав развије све до болесника. Потом се болесник помери на чисти део чаршава, а прљави чаршав извлачи и ставља у припремљену



НАМЕШТАЊЕ КРЕВЕТА

пластичну кесу Чист чаршав се развија до друге ивице кревета и подвлачи испод ивице душека. Пошто се постељно рубље промени, болесник се поставља на средину постеље.

Сестра свлачи пижаму (спаваћицу) болесника и масира његову кожу алкохолом и глицерином, а потом је посуши талком и освежи дезодорансом. По потреби, пошто намести постељу, може да промени и лично рубље болесника.

Промена доњег чаршава по дужини. — Промена доњег чаршава по дужини изводи се код болесника који заузимају у постељи седећи или полуседећи положај

Чист чаршав се увија по дужини тако да 30 cm остане слободно, савијени чаршав се пресавија на три дела и стави на колица, која се поставе ближе горњем делу (страници) кревета.

Техника рада.

Кревет се ослободи и испод душека извуку чаршав и ћебе, а покривач савије у виду тупфера Болесник се постави у високи седећи положај и помери на средину кревета. На колица са припремљеним чаршавом стави се јастук са кревета Прљави чаршав се увије до болесника, пазећи да прљава страна остане изнутра, а на слободни душек поставља чист (уролан) чаршав. Слободни део чаршава се подвуче под душек и савијени део одвије према прљавом чаршаву. Јастуци се враћају на кревет и ређају степенасто или у облику слова А. Болесник се премешта на чисти део, а испод покривача увија прљави чаршав, а за њим одвија чисти. На крају кревета се скупи прљави чаршав и ставља у припремљену кесу. Болесник се намести у удобан положај, затегне чаршав, наместе јастуци и стави ћебе. При раду води се рачуна да се прљави чаршави не мешају са чистим чаршавима.

Приликом промене чаршава масира се кожа болесника и по потреби мења лично рубље болесника.

ПРОМЕНА ГОРЊЕГ ЧАРШАВА

Радњу изводе две сестре које претходно припреме чист чаршав и кесу за прљаво рубље.

Припрема чаршава. — Чаршав се савије по дужини у виду хармонике, а затим се савије на два, па на четири дела, и стави на колена.

Техника рада.

Скине се горњи чаршав, а ћебе савије у виду тупфера. Прљави чаршав се увије испод ћебета, а на слободни део постави припремљен чист чаршав

Преко ћебета се пребаци прелаз чистог чаршава, а доњи угао чистог чаршава ухвати малим и домалим прстом, затим се обема рукама савије прљави чаршав, а чисти развуче

ПРОМЕНА НАВЛАКЕ ЗА ЋЕБЕ

Са ћебета се свуче прљава навлака и положи у пластичну кесу. Чиста навлака се окрене на наличје и постави на постељу болесника, а затим урола (увије) У тако уролану навлаку увлаче се крајеви ћебета и одмах вежу траке на доњем делу навлаке; потом се пажљиво повлачи ћебе до горњег дела навлаке и привеже тракама Доњи део ћебета подвлачи се испод душека (да ноге не вире ван постеље), а горњи део преко грудног коша болесника.

Навлаке за јастуке се пресвуку, а прљаве навлаке ставе у пластичну кесу.

Савремена опрема за негу болесника омогућава да се болесник подигне изнад постеље док се мења постељно рубље.

2. ПРОМЕНА ЛИЧНОГ РУБЉА БОЛЕСНИКА

Болесничко рубље треба да је чисто, довољно широко, без грубих шавова и дугмади. Покретни болесници мењају рубље једном недељно, а непокретни,

гешки болесници више пута у току недеље, а по потреби и више пута дневно

ПРЕСВЛАЧЕЊЕ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ

Пресвлачење тешког болесника зависи од његовог положаја у постељи и општег стања, као и од врсте рубља

Свлачење горњег дела пижаме. — Од материјала треба припремити: чисту пижаму, кесу за прљаво рубље и бочицу са алкохолом.

Постељина се пресавије у виду тупфера Горњи део пижаме се откопча и болесник мало подигне, тако да се пижама свуче са рамена до лактова и затим извуче рука Слободни део свучене пижаме савија се у ролну, подвуче испод болесникових леђа и пребаци на другу страну, а затим се на исти начин ослободи и друга рука. Прљава пижама се савије и одложи у кесу за прљаво рубље

Свлачење доњег дела пижаме. — Трака (пантљика) пижаме се одвеже. Болесник се ослони на пете и лактове и мало подигне у постељи. Пижама се свлачи ка стопалима, а затим ставља у кесу за прљаво рубље.

Облачење горњег дела пижаме — Припремљени горњи део пижаме се откопча и постави преко покривача тако да је леђни део окренут надоле Особа која пресвлачи болесника један рукав пижаме набере на своју руку, шаком обухвата болесникове прсте, рукав пребаци на подлактицу и навлачи на рамена Слободни део пижаме подвлачи испод болесникових леђа и пребаци на супротну страну Рукав набере и повлачи високо изнад рамена Руку болесника савије у лакту, обухвати све прсте и пребаци рукав на његову руку. Пижаму затегне и закопча, што најпре на болесној, а потом на здравој страни а при пресвлачењу најпре на здравој страни, а потом на болесној

Облачење доњег дела пижаме — Доњи део пижаме се постави преко покривача Особа која пресвлачи болесника ногавице пижаме набере и навуче на своју руку Стопало ухвати са дорзалне стране и затим ногавицу пребаци са руке на стопало и полако повлачи према појасу Пантљику око појаса затегне и овлаж веже.

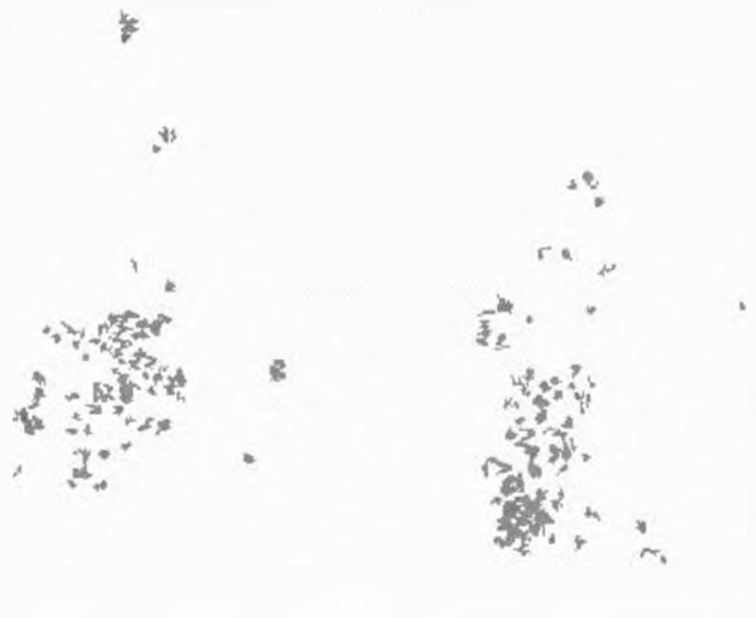
Свлачење кошуље (спаваћице) — За ову радњу припреми се чиста кошуља и кеса за прљаво рубље. Покривач се делимично ослободи са сваке стране Преко кревета се пребаци по један трогао покривача тако да болесник оста-

ОБЛАЧЕЊЕ ГОРЊЕГ ДЕЛА ПИЖАМЕ

ОБЛАЧЕЊЕ ДОЊЕГ ДЕЛА ПИЖАМЕ

је покривен Кошуља испод покривача се откопча, набере на болесникове руке у корену шаке и подигне вертикално. Другом руком се ухвати набрана кошуља иза врата и замоли болесник да мало савије главу напред; леђни део кошуље пребаци се преко болесникове главе и полако свуку рукави. Кошуља се савије и одложи у кесу за прљаво рубље.

Облачење кошуље (спаваћице). — Чиста кошуља се поставља преко покривача тако да је леђни део окренут нагоре. Сестра набира и навлачи рукаве кошуље, па пошто обухвати болесникове прсте, рукаве пребаци на његову подлактицу, а затим их навуче до рамена. Једном руком обухвати набрану кошуљу, болесник мало повије главу напред и сестра му пребаци кошуљу преко главе, затим је пажљиво намести и затегне, а разрезани део завеже.



ПРЉАВО РУБЉЕ И ПИЖАМА СПУСТИ СЕ У КЕСУ

Тешким болесницима се леђни део кошуље не подвлачи под глутеусе, већ се пажљиво савије и затегне испод леђа. За тешке и непокретне болеснике постоје специјалне кошуље.

Пре пресвлачења сестра болеснику добро истрља кожу сувим убрусом, измасира алкохолом и запраши талком.

ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ

Основно је да се болесник удобно осећа у постељи. Положај у постељи треба да отклони субјективне тегобе болесника и да му омогући одмор и сан. Болесници у постељи могу да заузму различите положаје, што зависи од природе обољења и општег стања болесника. Положај болесника у постељи може бити: *активан, пасиван и принудан.*

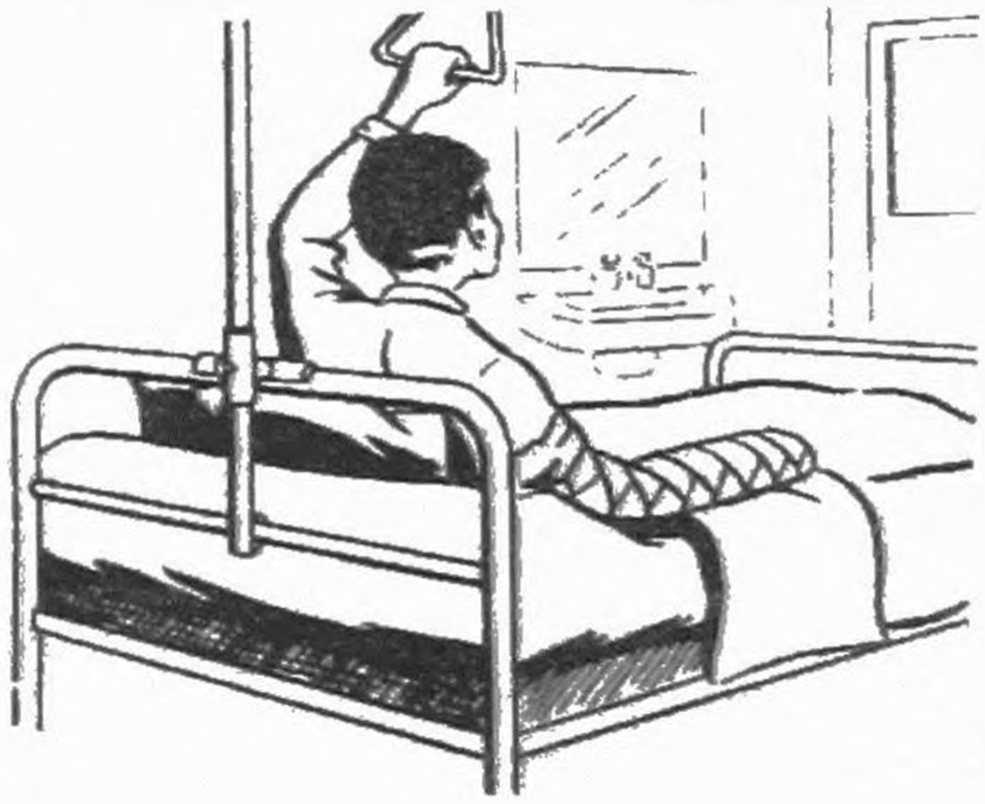
АКТИВАН ПОЛОЖАЈ

Овај положај заузимају болесници који могу сами да се покрећу у постељи и према својој жељи да мењају положај, јер им природа обољења то дозвољава. То су покретни болесници, који могу да устану из постеље и да сами обављају физиолошке потребе. Дужност медицинске сестре је да овим болесницима сваког јутра уреди постељу и по потреби промени рубље. Све медицинске техничке радње лекар код ових болесника изводи у соби за интервенције, превијалишту или на специјалним одељењима за одређене врсте прегледа, мерења, контроле и др.

ПАСИВАН ПОЛОЖАЈ

Пасиван положај заузимају болесници који не могу да се покрену и промене заузети положај; они зависе од других особа. Болесник остаје у положају у коме је положен у постељу све док му друга особа не помогне да га промени. Лекар је дужан да води бригу и контро-

ПРИВРЕМЕНИ ПРИНУДНИ ХОРИЗОНТАЛНИ ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА



ПАСИВНИ ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ

лу о болеснику, а сестра да спроводи брижљиву и сталну негу Пасиван положај може да буде различит (хоризонталан, полуседећи, на бок итд.) зависно од природе и степена тежине обољења

Хоризонтални положај на леђима са главом положеном више од карлице — То је удобан физиолошки положај за болесника јер не захтева да се болесник напреже и замара при окретању или померању из постеље. Мишићи су опуштени. Код појединих болесника, да би се спречило да клизе у постељи, поставља се испод потколених јама јастук, или се на доњем делу постеље постави наслон за стопало

Полуседећи положај. — Најчешће се користи код болесника који болују од:

- болести срца,
- обољења дисајних органа са кашљем и заптиваљем,
- срчане и плућне астме и других акутних или хроничних обољења.

Положај на боку — Примењује се код

- акутних обољења жучне кесе,
- чира на желуцу и дуоденуму,
- бубрежне колике,
- запаљења плућа и
- других акутних и хроничних болести

- спречи погоршање шока (токсичног и посттрауматског),
- смањи бол изазван болестима или повредама,
- спречи развој декубитуса.

У привремени принудни положај постављају се болесници:

- за време лумбалне, плеуралне и абдоминалне пункције и ректалног и вагиналног прегледа,
- за време напада јаких болова, жучне колике, бубрежне колике, напада бронхијалне астме, ангине пекторис и др.,
- после повреда, операција и других медицинско-техничких радњи.

Код болесника који заузимају принудне положаје у постељи покривач се не сме затезати и подвлачити под душек Притисак покривача на стопала и прсте ногу отежава њихову покретљивост, која се овим болесницима мора обезбедити. На покривачу изнад стопала праве се набори („фалте“) или се стављају „аријеви“.

Најчешће се примењују следећи положаји болесника.

Бочни принудни положај. — Овај положај у постељи заузимају болесници за време интензивних болова или се примењује као превентивна мера против декубитуса (пролежња).

ПРИНУДАН ПОЛОЖАЈ

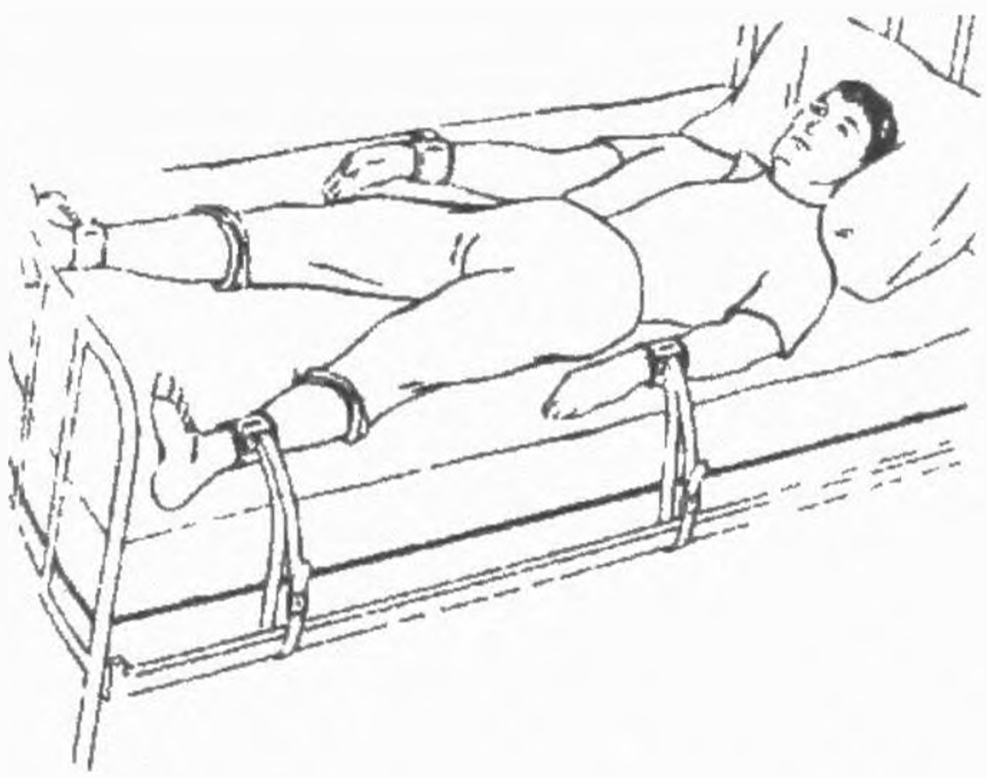
Принудан положај зависи од природе обољења и од терапијских мера које се предузимају; овај положај може бити привремен и сталан.

ПРИВРЕМЕНИ ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ

Овај положај болесника у постељи је краткотрајан и треба да:

- олакша дисање и рад срца, као и да спречи погоршање кардиоваскуларне функције,

ТРЕНДЕЛЕНБУРГОВ ПОЛОЖАЈ (ГАСТРОДУОДЕНАЛНО КРВАРЕЊЕ)



ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА КОД АКУТНЕ ПСИХОЗЕ

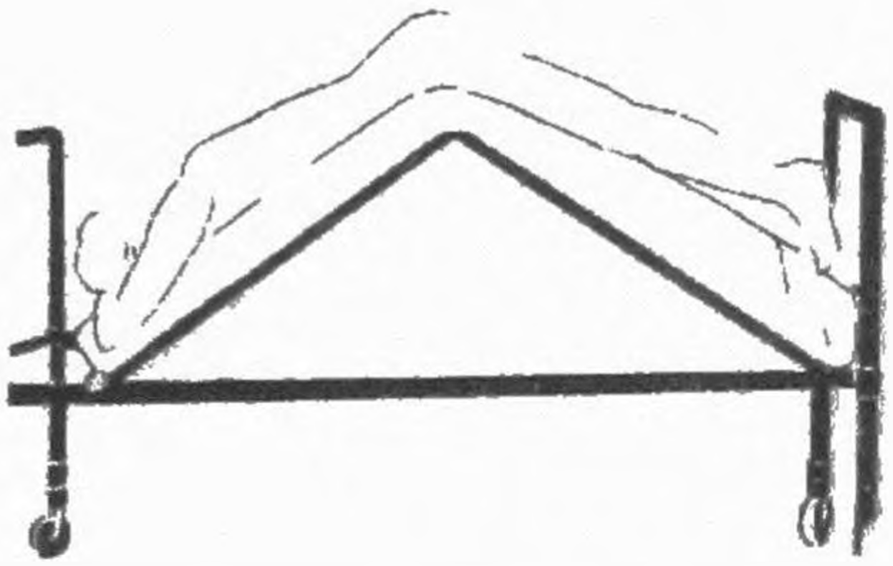
За време интензивних болова болесник сам прибегава овом положају јер на тај начин фиксира и имобилише осетљиву регију, а тиме умањује бол. Окретање тешких и непокретних болесника у бочни положај примењује се и као превентивна мера против пролежња.

Хоризонтални положај на леђима. – Примењује се у болесника са акутном психозом да не би пали с кревета и при томе се повредили. Руке и ноге болесника привежу се специјалним наруквицама од коже за ивице кревета или се користе завоји. Када се болесник опорави, скидају се наруквице од коже, односно завоја, и ослободе руке и ноге

Фовлеров високи положај. – Може бити *полуседећи* или *седећи* Овај положај омогућава спуштање трбушних органа, а тиме и лакше покретање дијафрагме То омогућава лакше покрете при дисању и максимално ширење грудног коша

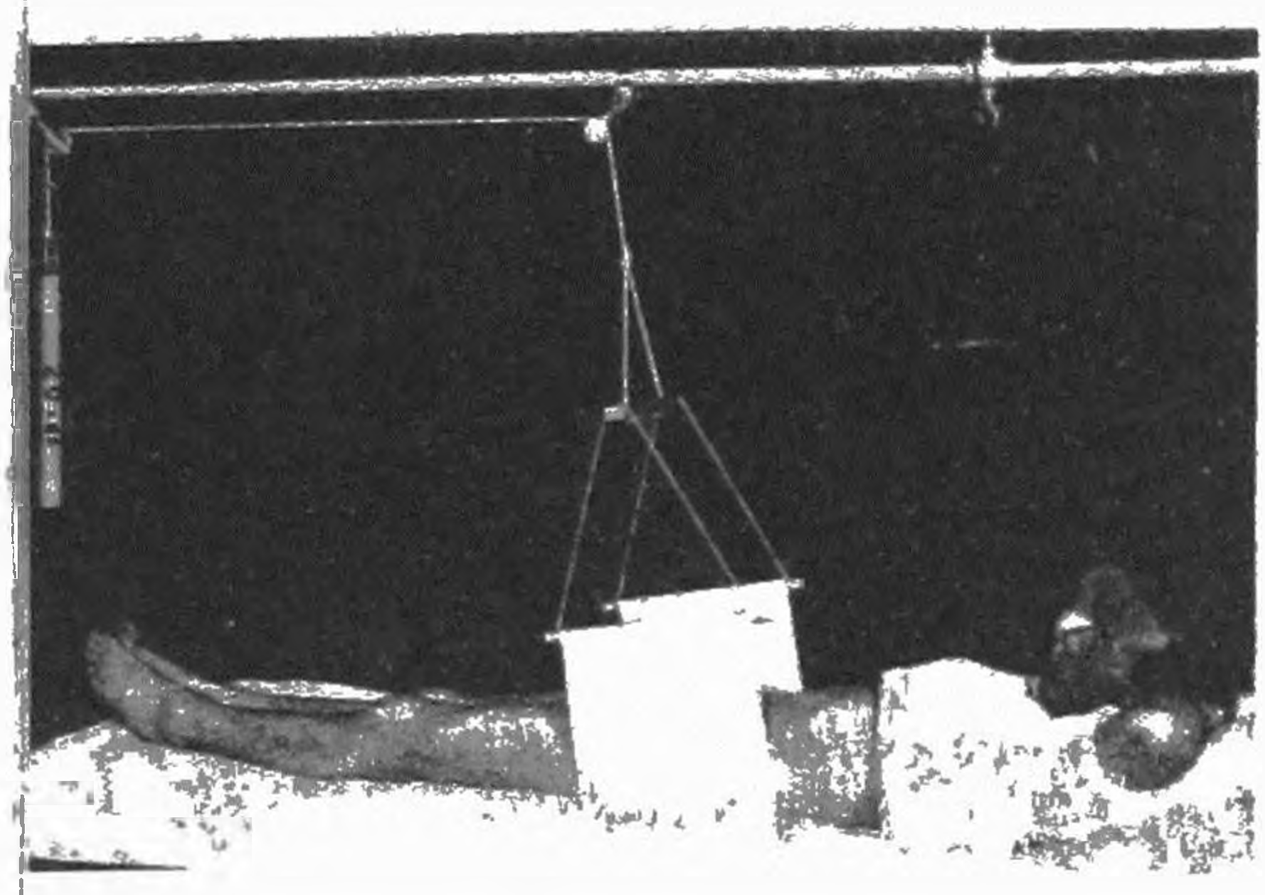
Тренделенбургов хоризонтални положај – Омогућава боље протицање крви из екстремитета у витално важне центре Глава се полаже ниже у односу на екстремитете на постељу без јастука, а уколико се мадрац покреће, доњи део се подигне Ако то није специјални кревет, доња страница кревета се може подићи подметањем чврстих предмета или помоћу допунских конструкција

Колеманов положај – Примењује се у случају краниоцеребралних повреда када је болесник у коми У таквим случајевима секрет се накупља у бронхиолама и спречава да ваздух слободно и у довољним количинама пролази кроз дисајне путеве Постављањем болесника у Колеманов положај омогућава се постурална дренажа, при чему болесник лежи на својој левој или десној



ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ (КВИНКЕОВ ПОЛОЖАЈ)

ФОВЛЕРОВ ВИСОКО-ПОЛУСЕДЕЋИ ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА



СТАЛНИ ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ ЗБОГ ПРЕЛОМА КАРЛИЦЕ

страни подупрт јастуком иза леђа, са полусавијеним ногама и јастуком између ногу

Квинкеов положај. — Омогућава дренажу гнојних обољења дисајних органа због апсцеса плућа, бронхиектазија, гангрене плућа и др. Положајна дренажа има задатак да омогући бољу евакуацију бронхијалног секрета, који се кашљем не може спонтано да одстрани из дисајних путева.

Колено-лакатни положај (*a la vasche*) користи се при извођењу ректалног прегледа (туше) или ректоскопије.

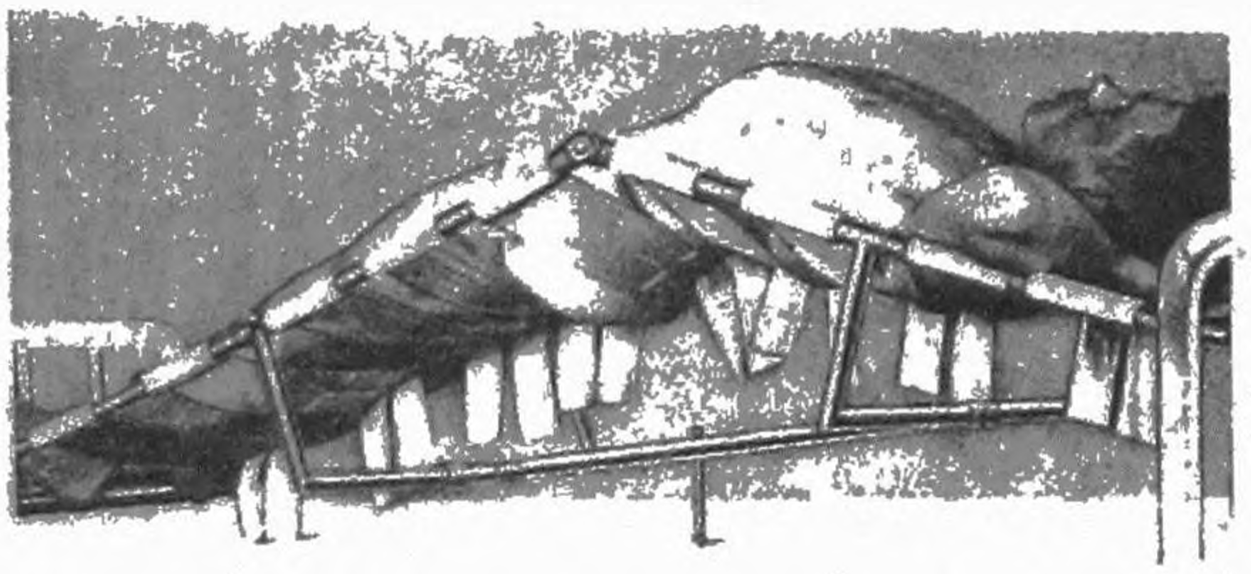
СТАЛНИ ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ

Стални принудни положај се примењују као саставни део лечења и служи за корекцију насталих патофизиолошких поремећаја

Хоризонтални имобилизациони стални принудни положај. — Примењује се код болесника са повредом вратног дела кичменог стуба. Ваздушно гумено јастуче поставља се тако да се на њега ослањају врат и глава повређеног.

Стални екстензиони хоризонтални положај. — Примењује се код одређених патолошких стања и повреда скелетног система Истовремено се постиже имобилизација и истезање повређеног скелетног система. Болесника свакодневно контролишу лекар и медицинско особље и спроводе одговарајућу негу и лечење.

Положај опистотонус. — У овај положај поставља се болесник оболео од тетануса за време тоничких и клоничних грчева скелетне мускулатуре. Болесник се у току напада ослања на потиљак и пете, тако да му је труп уздигнут у облику лука. Код повреда скелетног дела кичменог стуба болесник се помоћу разних поступака поставља у овај терапијски положај, који је познат као реклинациони хиперекстензиони положај по Белеру (*Böhler*).



СТАЛНИ ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ – ОПИСТОТОНУС

СТАЛНИ ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ СА ИНДИРЕКТНОМ СКЕЛЕТНОМ ЕКСТЕНЗИЈОМ (ПРЕЛОМ КАРЛИЦЕ И БУТНЕ КОСТИ)

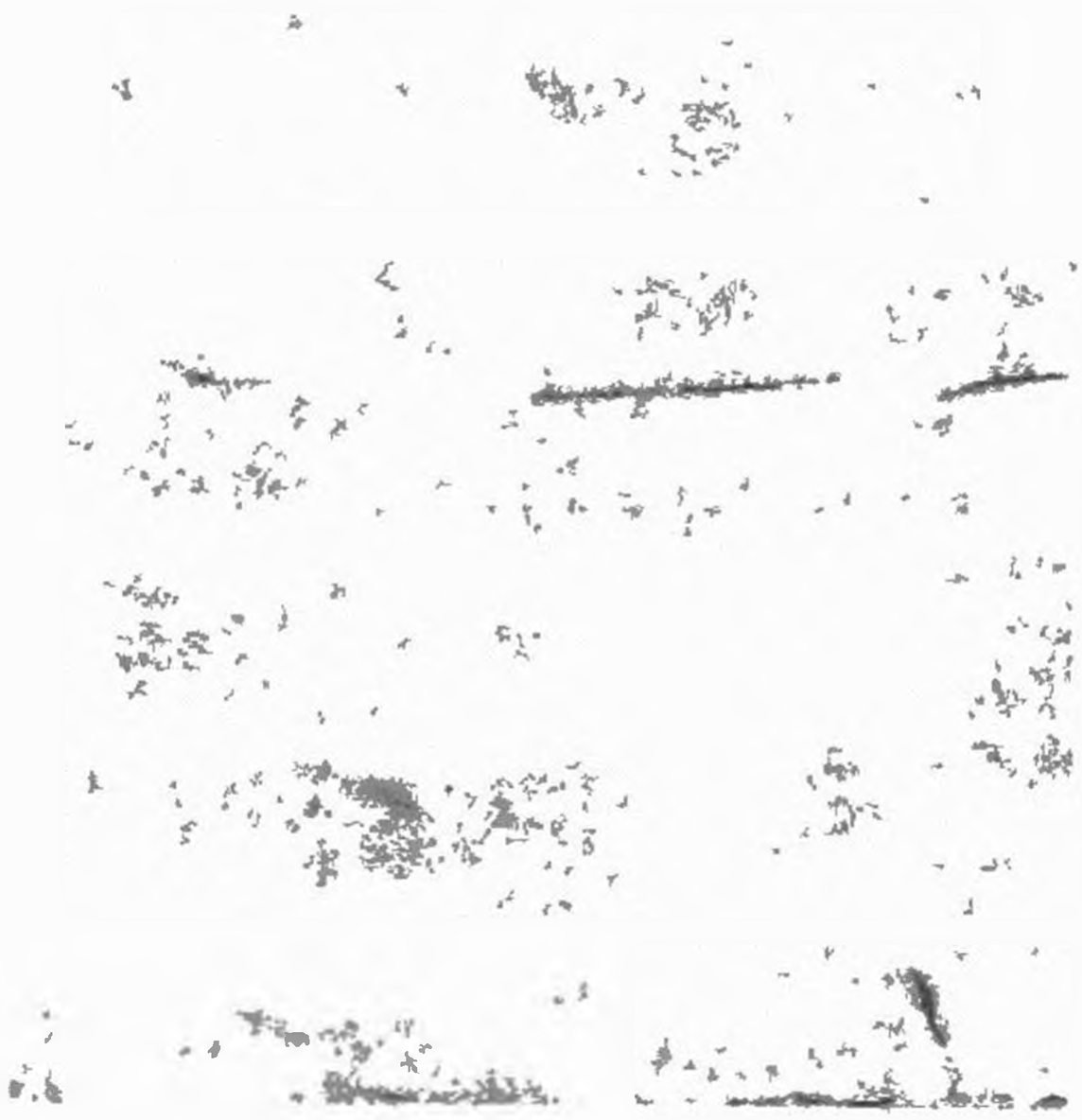
VII. ВЕЖБЕ

1. ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ

ПРИВРЕМЕНИ ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈИ

Привремени принудни положај зависи од природе обољења, тежине повреда, врсте медицинско-техничке радње и оперативног захвата. Положај је привремен, што значи да болесник чим се поправи његово опште стање, односно прође постоперативни период, заузима активан или пасиван положај у постељи.

Бочни принудни положај. — Бочни положај у постељи заузимају болесници за време интензивних болова (жучне колике, болови у абдомену, базални плеуритис и др.). Болесник сам прибегава овом положају, јер на тај начин фиксира и имобилише осетљиву регију, а тиме умањује бол. Код јаких колика у трбушној дупљи болесник заузима склупчани положај.



ПРИВРЕМЕНИ ПРИНУДНИ БОЧНИ ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА

Окретање тешких и непокретних болесника у бочни положај примењује се и као превентивна мера против пролежња (декубитуса).

Пре постављања болесника у бочни положај треба припремити на покретном сточићу три јастука и котурове од вате.

Техника рада:

Кад је болесник способан да помогне, поступак је следећи. болесник пребаци једну ногу преко друге; доња нога је опружена, а горња савијена у колену; затим пребаци горњу одговарајућу руку на супротну страну и хвата се за ивицу кревета. Особа која окреће болесника стоји са оне стране на коју се он окреће, подвлачи руку испод покривача, хвата болесника за супротно раме и кук и лако га окрене. Окренутом болеснику намести се доња рука тако да не лежи на њој; горња нога се више савије, док је доња скоро опружена. Између колена, иза леђа, као и испред предњег дела трупа поставе се јастуци, а испред глежњева котурови од вате. У овом положају болесник се осећа угодно.

Тешке и непокретне болеснике сестра поставља у бочни положај уз помоћ још једне особе; поступак се изводи на већ описан начин.

Хоризонтални принудни положај на леђима. — Примењује се у болесника са акутном психозом да не би пали с кревета и при томе се повредили. Медицинска сестра или лекар дужни су да контролишу опште стање болесника и обрате пажњу да болесник не повраћа и аспирира повраћени садржај, због чега је нужно да глава буде окренута у страну.

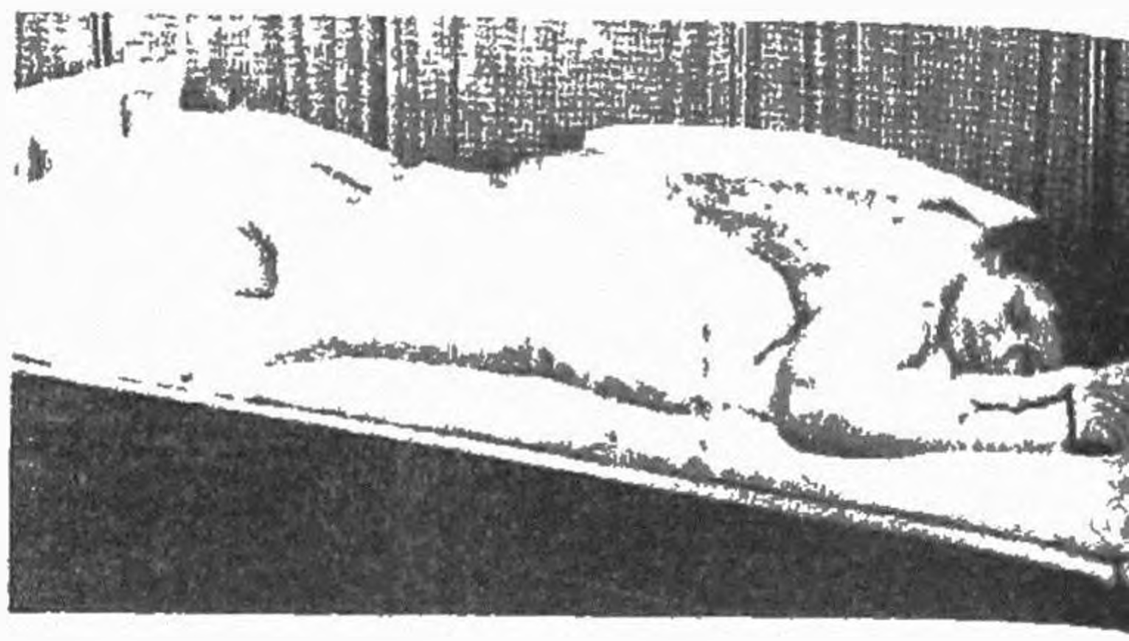
Руке и ноге болесника привежу се за ивице кревета специјалним наруквицама од коже или се користе завоји. Када се болесник опорави, скидају се наруквице од коже, односно завоја, и ослободе руке и ноге. Данас се предност да-

је чековима за смирење који омогућују да се болесник у сну опорави од акутне психозе и делирантног стања.

Хоризонтални принудни положај на трбуху — Примењује се код коматозних болесника и при транспорту у болницу због повреде мозга која је праћена комом Испод чела болесника постави се подметач, глава је нешто ниже положена у односу на ноге и окренута у страну, јер болесник повраћа Овај положај спречава да болесник аспирира повраћане масе и угуши се у току транспорта.

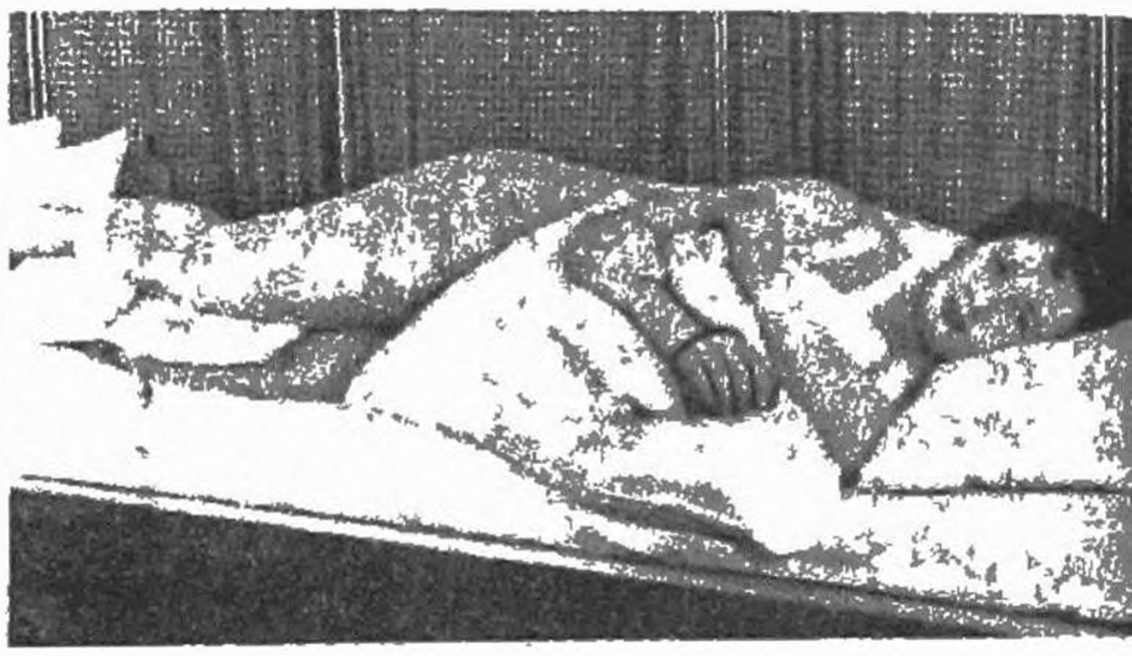
Колеманов положај. — Користи се у случају краниоцеребралних повреда због коме (дубоко бесвесно стање болесника) и секрета који се накупи у бронхиолама и спречава да ваздух слободно и у довољним количинама пролази кроз дисајне путеве Болесник треба да лежи на својој левој или десној страни, подупрт јастуком иза леђа, са полусавијеним ногама и јастуком између ногу, а један јастук се ставља испред грудног коша Да би бронхијални секрет истицао из дисајних путева, треба подићи задњи део кревета, тако да је глава положена знатно ниже од ногу. Повремено, помоћу назалног катетера и електричног аспиратора, треба покупити секрет из горњих дисајних путева На овај начин се спречава настајање плућних компликација, које су доста честе код онесвешћених болесника. Колеманов положај код свих болесника не сме да траје дуже од 4 часа у току дана и ноћи (тј. у току 24 часа).

Фовлеров високи положај. — Овај положај може да буде полуседећи или седећи. Заузимају га углавном болесници са отежаним дисањем, јер је оно у овом положају олакшано. Положај омогућава спуштање трбушних органа, а тиме и лакше покретање дијафрагме. Смањени притисак тела на леђни део ребара омогућава лакше покрете при дисању и максимално ширење грудног коша, што доводи до продирања веће количине ваздуха у плућа.



ХОРИЗОНТАЛНИ ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА КОД КРАНИОЦЕРЕБРАЛНИХ ПОВРЕДА

КОЛЕМАНОВ ПОЛОЖАЈ



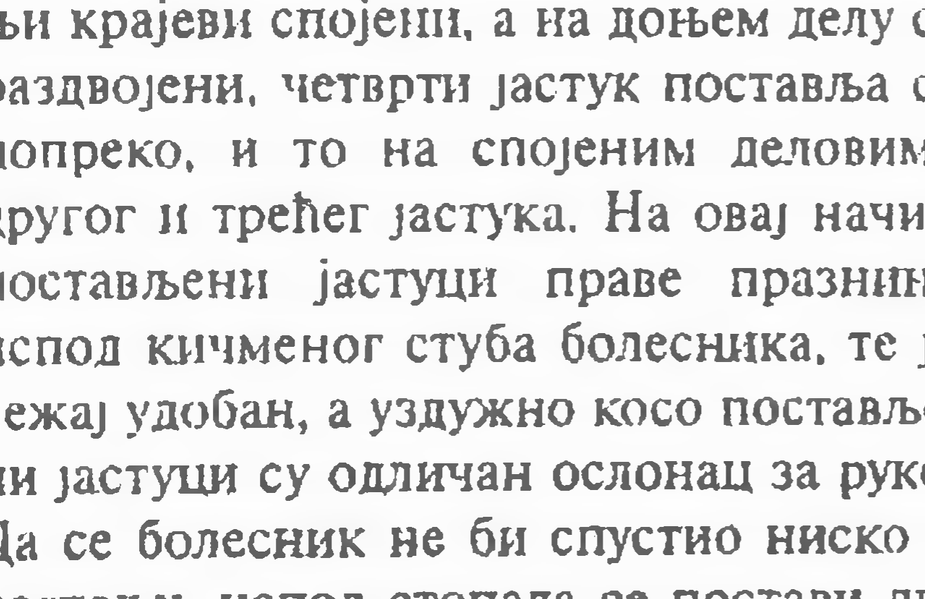
ПОЛОЖАЈ НА БОК

У Фовлеров положај болесници се постављају помоћу посебног кревета чији је мадрац састављен од три дела, који се према потреби подешавају. То су.

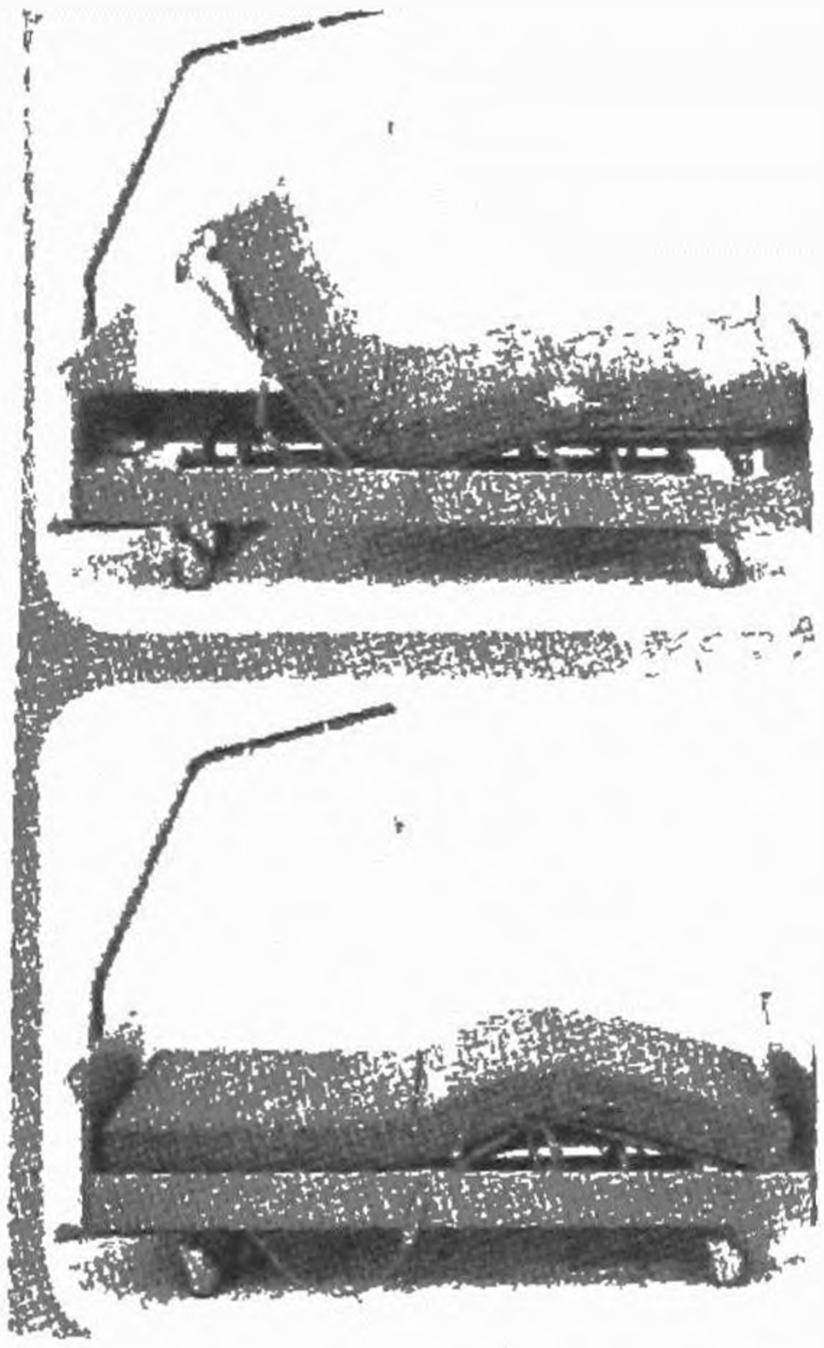
- део за подизање главе,
- део који се прелама,
- део за подизање ногу испод колена

Ако у болници не постоји специјални кревет, болесник се поставља у полуседећи положај помоћу наслона и јастука. При томе треба припремити. наслон, више јастука, ваљкасто јастуче, дијагонално савијен застирач, специјалне подметаче за ноге како болесник не би клизао, односно спустио се у хоризонтални положај.

Пошто ослободи покривач и савије га у виду тупфера, сестра уз помоћ друге сестре или болничара намести болесника у постељу да седне. Потом постави наслон испод горњег дела душека, а доњи постељни чаршав добро затегне преко душека. Пошто намести јастуке степеничасто, болесника постави у жељени положај. Јастуке може сложити и у облику слова А. За ову радњу су потребна четири јастука. Први јастук постави се нормално, нешто више уз страницу кревета; други и трећи јастук се поставе уздужно, али тако да су им горњи крајеви спојени, а на доњем делу су раздвојени, четврти јастук поставља се попреко, и то на спојеним деловима другог и трећег јастука. На овај начин постављени јастуци праве празнину испод кичменог стуба болесника, те је лежај удобан, а уздужно косо постављени јастуци су одличан ослонац за руке. Да се болесник не би спустио ниско у постељи, испод стопала се постави дијагонално савијен застирач, чији се крајеви затегну и причврсте за мадрац.



НАСЛОН ЗА ГЛАВУ И ВРАТ



РАЗНИ ПОЛОЖАЈИ БОЛЕСНИЧКОГ КРЕВЕТА

Ортопноичан положај — Овај положај заузима сам болесник због јаке диспнеје услед срчаних обољења или напада бронхијалне астме. Овај положај карактерише ангажовање целокупне помоћне дисајне мускулатуре и мишића врата и лица. Болесници су трупом нагнути напред и ослањају се рукама о тврду подлогу, кревет, сто, столицу Непокретним болесницима дисање се олакшава тако што се преко кревета постави покретни сточић са јастуком, на који се болесник за време напада наслања својим подлактицама.

Болесник сам тражи од сестре да му у току ноћи помогне да заузме тај положај јер може лакше да кашље и искашљава садржај из дисајних путева.

Тренделенбургов хоризонтални положај. – У овај положај поставља се болесник који показује клиничке знаке шока, у случају искрварености после неких операција, појаве несвестице у периоду буђења после анестезије, као и приликом других патолошко-физиолошких поремећаја. Постављањем болесника у овај положај постиже се боље протицање крви из удова у витално важне центре

Болесник се поставља у коси положај у постељи тако да му је глава положена ниже у односу на екстремитете, и то без јастука, а уколико се мадрац покреће, доњи део се подигне. Ако се не користи специјални кревет, доња страница кревета се може подићи подметањем чврстих предмета или помоћу посебних направа.

Квинкеов положај. — Дренажа у Квинкеовом положају примењује се у лечењу гнојних обољења дисајних органа, апсцеса плућа, бронхиектазије, гангрене плућа идр. Сва ова обољења су праћена обилним секрецијама гнојавог исцедка и експекторацијом. Положајна дренажа има задатак да се постављањем болесника у одговарајући положај омогући боља евакуација бронхијалног секрета, који се кашљем не може спонтано да одстрани из дисајних путева. Положајна дренажа трахеобронхијалног система спроводи се свакодневно, и то по 15 минута, два пута у току дана. Сам положај је за болесника веома напоран јер захтева да глава буде постављена ниже у односу на доње естремитете Болесник се поставља мало косо преко кревета, тако да му глава и грудни кош висе преко једне странице кревета, а лактовима се ослања на под, док доњи део трупа и ноге остају на кревету.

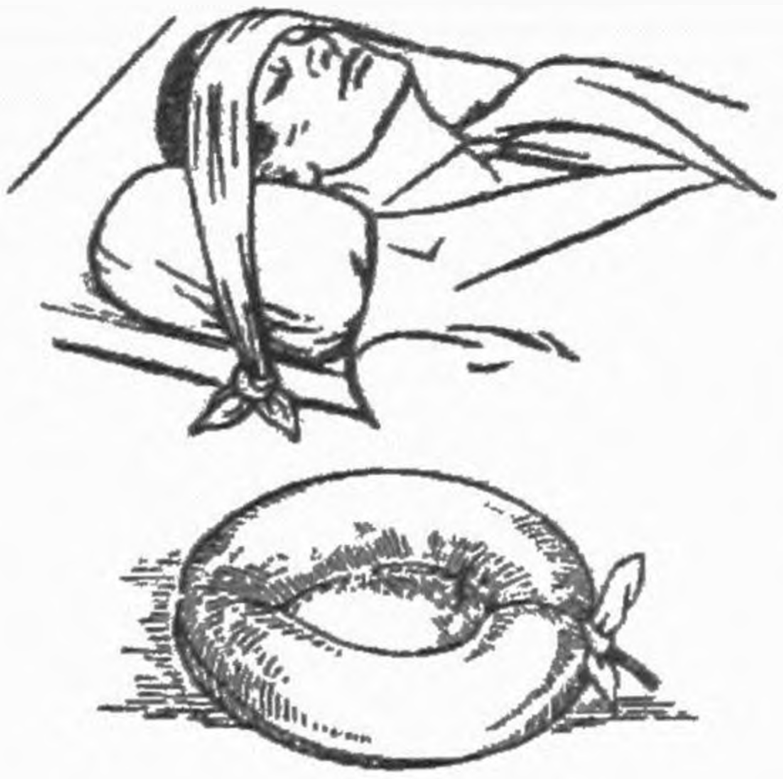
Колено-лакатни положај (*a la vache*) — Примењује се ради извођења ректалног прегледа (туше) или ректоскопије. Болесник клекне са благо размакнутим коленима којима се ослања на сто или болесничку постељу. Лактовима се такође ослони на сто, а главу положи на страну. При томе се опусти, како би се преглед обавио што лакше и удобније по болесника. Перианална регија се прекрије застирачем са отвором тако да се види само чмар (анус).

СТАЛНИ ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ

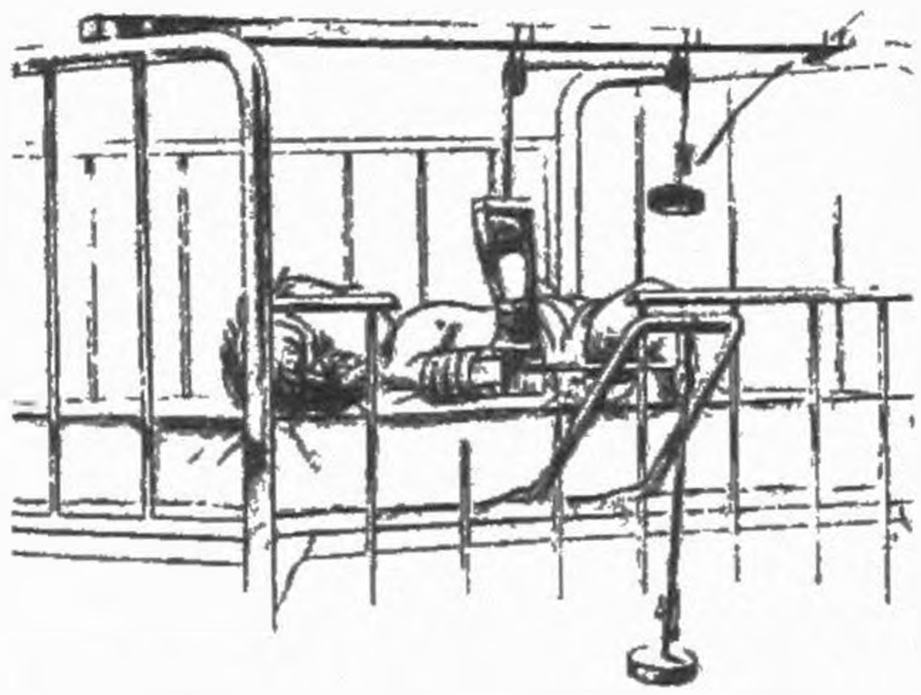
Стални принудни положај се примењује као саставни део лечења; јер се болесник у њему осећа угодније; служи за корекцију патофизиолошких поремећаја све до излечења болесника.

Хоризонтални имобилизациони положај. – Примењује се код болесника са повредом вратног дела кичменог стуба. При томе се користи ваздушно гумено јастуче на које се ослањају врат и глава повређеног.

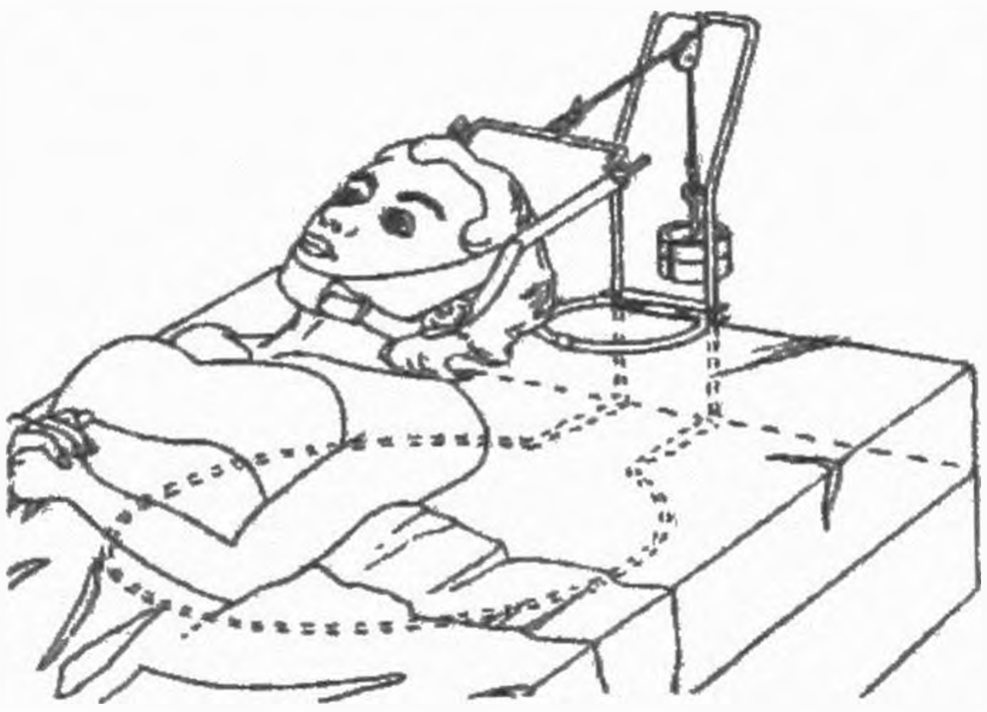
Стални екстензиони хоризонтални положај. — Примењује се код одређених патолошких стања и повреда скелетног система. Истовремено се постиже имобилизација и истезање повређеног скелетног система. Болесника у овом положају свакодневно контролишу лекар и сестра и спроводе негу и лечење.



СТАЛНИ ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ КОД ПОВРЕДА ВРАТНОГ ДЕЛА КИЧМЕНОГ СТУБА



СТАЛНИ ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ СА ЕКСТЕНЗИЈОМ



СТАЛНИ ЕКСТЕНЗИОНИ ПОЛОЖАЈ ЗБОГ ПОВРЕДА ВРАТНОГ ДЕЛА КИЧМЕНОГ СТУБА

Положај опистотонус. — У овај положај поставља се болесник оболео од тетануса за време тоничних и клоничних грчева скелетне мускулатуре. Болесник се у току напада ослања на потиљак и пете, тако да му је труп уздигнут у облику лука. Кад је повређен скелетни део кичменог стуба, болесник се применом разних поступака поставља у овај терапијски положај који је познат као реклинациони хиперекстензиони положај по Белеру.

2. ПРОМЕНЕ ПОЛОЖАЈА БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ

Промена положаја болесника у постељи неопходна је ради:

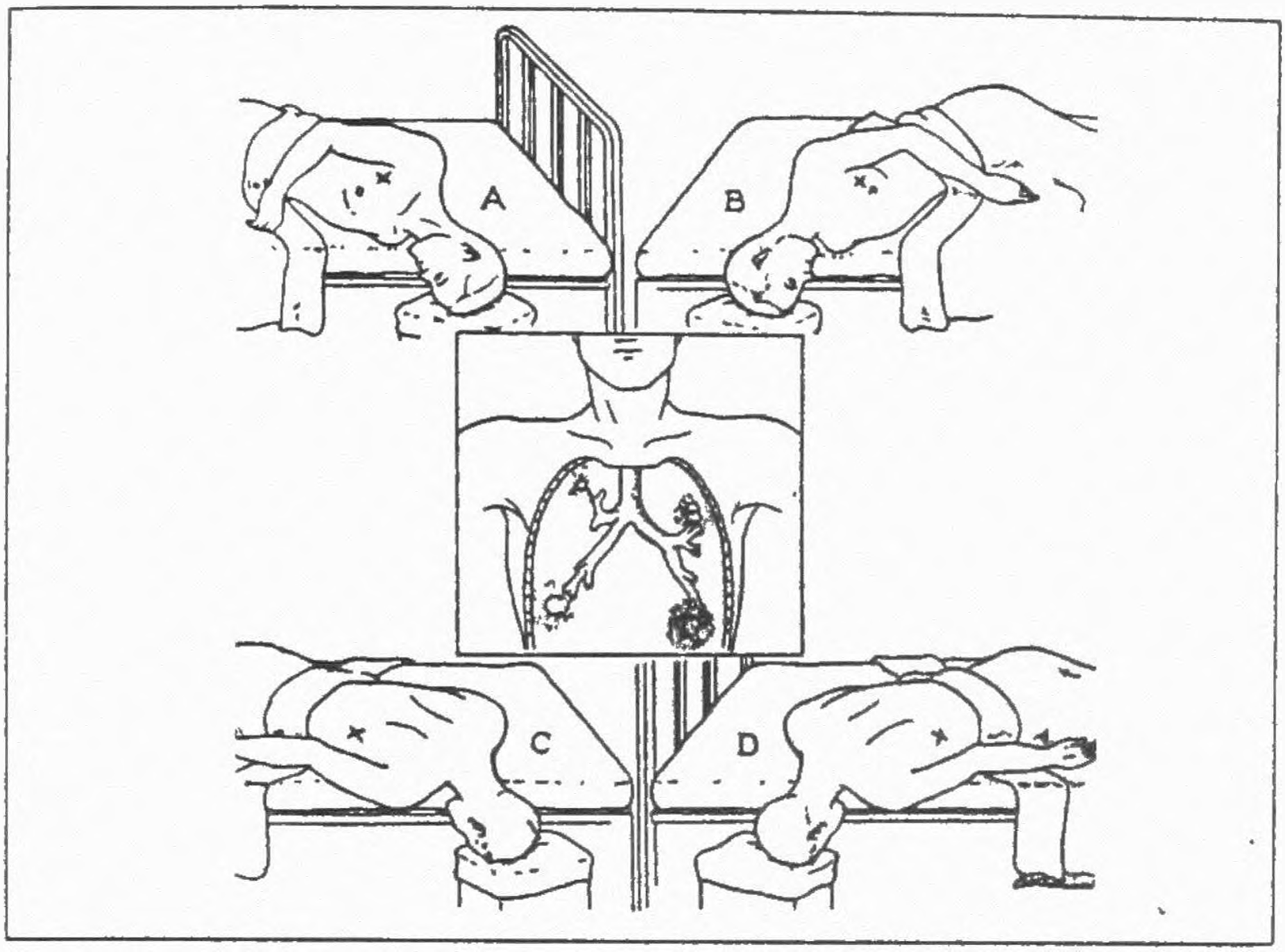
- спровођења личне хигијене болесника и пресвлачења пижаме, односно спаваћице,
- профилаксе декубитуса,
- превожења до дијагностичко-терапијске јединице,
- ране психофизичке рехабилитације болесника,
- оспособљавања болесника да обавља самонегу и личну хигијену.

ПОМЕРАЊЕ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ

Болесник се према потреби помера:

- на бок према супротној ивици кревета,
- према горњој или према доњој страници кревета.

Померање болесника према супротној ивици кревета изводе две сестре. Оне се поставе на супротне стране кревета окренуте лицем једна према другој. Болесник лежи у постељи покривен покривачем. Ивице покривача се ослободе испод душека и покривач над болесником савије у облику тупфера. Померање болесника на десну страну кревета врши сестра која стоји поред десне ивице кревета. Она при том изводи следеће поступке (радње).



ПРИВРЕМЕНИ ПРИНУДНИ ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ РАДИ ИСКАШЉАВАЊА САДРЖАЈА БРОНХИЈА – BRONCHIESTASIAE

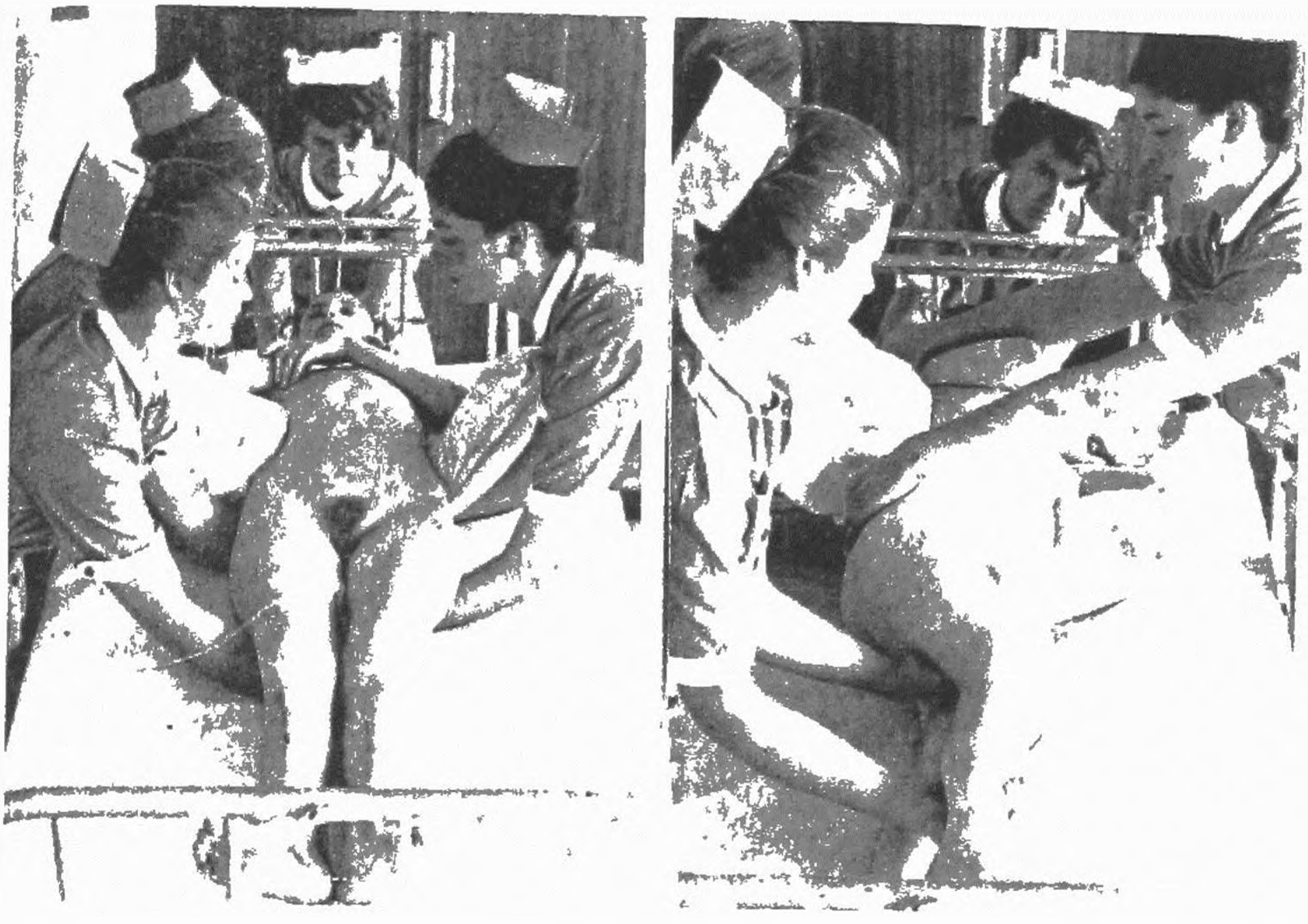
Први поступак: својом левом руком сестра прихвата болесника иза врата према супротној пазушној јами. Десну руку поставља преко надлактице и лопатице према другој пазушној јами. Болесника обавести да ће га повући према себи до ивице кревета и да је потребно да јој помаже у раду. Пошто горњи део болесниковог тела, врат и главу, повуче према себи, извлачи своје руке испод пазушних јама.

Други поступак: да би померила доњи део тела, трбух и карлицу, сестра своју леву руку подвлачи испод леђа болесника, а десну испод карлице према супротном зглобу кука. Уз помоћ болесника повлачи и доњи део његовог тела на супротну ивицу кревета.

Трећи поступак: своју леву руку постави изнад оба колена у доњој трећини натколенице, а десну руку постави испод зглоба колена у горњој трећини потколенице. У сарадњи са болесником повлачи нагоре болесника на супротну страну. Потом придржава тело болесника постављено у бочни положај.

Друга сестра, која се налази са супротне стране, на слободној површини кревета измасира кожу болесника, обави лаку регионалну хигијену, а затим промени доњи чаршав. Потом враћа болесника у првобитни положај (на средину кревета), истим редоследом којим је радила сестра при повлачењу болесника. Болесник се потом удобно смести – покрије и остави да се одмори од физичких напора изазваних померањем у постељи.

Померање болесника према горњем делу кревета изводе две сестре уз сарадњу болесника. Обе сестре својим рукама прихвате болесника испод пазушних јама, а болесник се петама одупре о постељу (душек). На команду једне сестре, оне истовремено повлаче бо-



ОКРЕТАЊЕ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ

лесника нагоре, а за то време болесник се снажно одупире петама о постељу и помаже у извођењу ове радње.

Пасивне — непокретне болеснике померају према горњем делу кревета такође две сестре. Обе сестре постављају своје руке иза леђа болесника — у пределу лопатица, ухвате се за руке и на заједничку команду повлаче тело болесника нагоре.

Поједине школе предлажу да обе сестре подвуку своје руке испод леђа болесника, укрсте их, и заједно прихвате болесника за предео пазушне јаме. При томе глава болесника се ослања на руке сестара. Леве руке сестре постављају испод крсног и према седалном пределу и према договору (на знак команде) у исто време повлаче тело болесника нагоре. При извођењу ове радње болесник држи скрштене руке на грудном кошу да не би сметао при раду или повредио своје руке.

3. ПРЕНОШЕЊЕ БОЛЕСНИКА

ПРЕНОШЕЊЕ БОЛЕСНИКА СА КРЕВЕТА НА КОЛИЦА

Зависно од телесне тежине и општег стања болесника пренос могу да изводе две особе или више особа. За преношење треба припремити колица, одређени број особа и болесника

Припрема колица. — За преношење болесника постоје специјално подешена колица, чији се горњи део према потреби подиже. У састав колица улази и танак душек, пресвучен непромочивим платном или мушемом. Преко дезинфикованог душека рашири се ћебе, а преко ћебета чист чаршав. Тако опремљена колица довезу се у болесничку собу. У зависности од слободног простора у соби колица се постављају у продужетку кревета.

Уздигнути део колица за главу налази се испод доње странице кревета.

Испод болесникове главе извлачи се један јастук и ставља на колица.

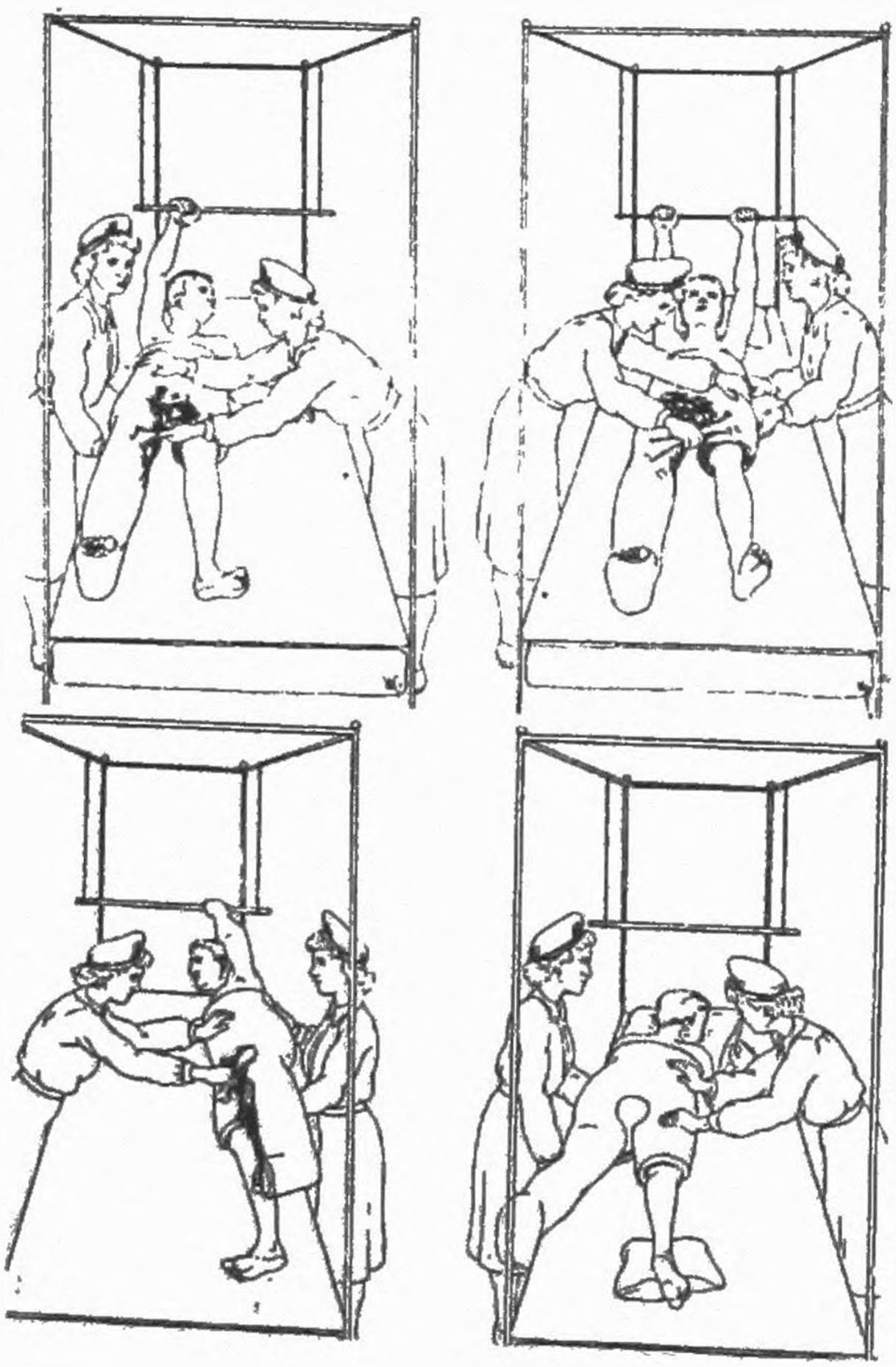
Припрема болесника обавља се на следећи начин:

- кревет се ослободи, а ћебе се савије и стави на столицу,
- горњи чаршав се савије у облику тупфера,
- болеснику се ставе руке на груди, он се опружи и мало укочи.

Техника рада:

Када у преношењу болесника учествује више особа, важе следећа правила:

ПОМЕРАЊЕ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ



ОКРЕТАЊЕ НЕПОКРЕТНОГ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ

– све особе које преносе болесника стоје са исте стране,
– свака особа зна где треба да ухвати болесника,
– сви раде по команди бројањем један, два, три.

Прва особа повлачи руку испод болесниковог врата до потпазушне јаме и болесник се наслања на лакатни превој особе која га преноси. Другу руку подвлачи испод слабинског дела до супротног кука.

Друга особа подвлачи једну руку поред друге руке прве особе, а другу руку испод болесникове бутине. На број један заједно подижу болесника, окрећу се за 90 степени и поставе болесника на колица. После тога распоређују се на супротној страни и једном руком скидају чаршав одвијајући га, а другом руком покривају болесника слободним странама ћебета и чаршава које висе преко колица. Сувишни део ћебета на ногама подвија се под ноге, а око врата се савијају ћебе и чаршав. Овако припремљен болесник је добро увијен и може се возити изван зграде и по невремену.

Када болесника преносе више од две особе, принцип је исти као и у претходном случају, само се руке особа које носе болесника распоређују према тежини тела; две особе преносе труп, а једна ноге.

ПРЕНОШЕЊЕ БОЛЕСНИКА СА КОЛИЦА НА КРЕВЕТ

Постеља треба да буде намештена и припремљена за пријем болесника. На доњем делу кревета оставља се савијен горњи чаршав у виду ролне. Тако савијен чаршав поставља се на ноге, а затим одвија према глави, док се другом руком истовремено болесник открива. Приликом самог преношења поступак је исти као и код раније описаног. Када је болесник смештен у постељу, горњи чаршав се рашири, стави ћебе и кревет намести.

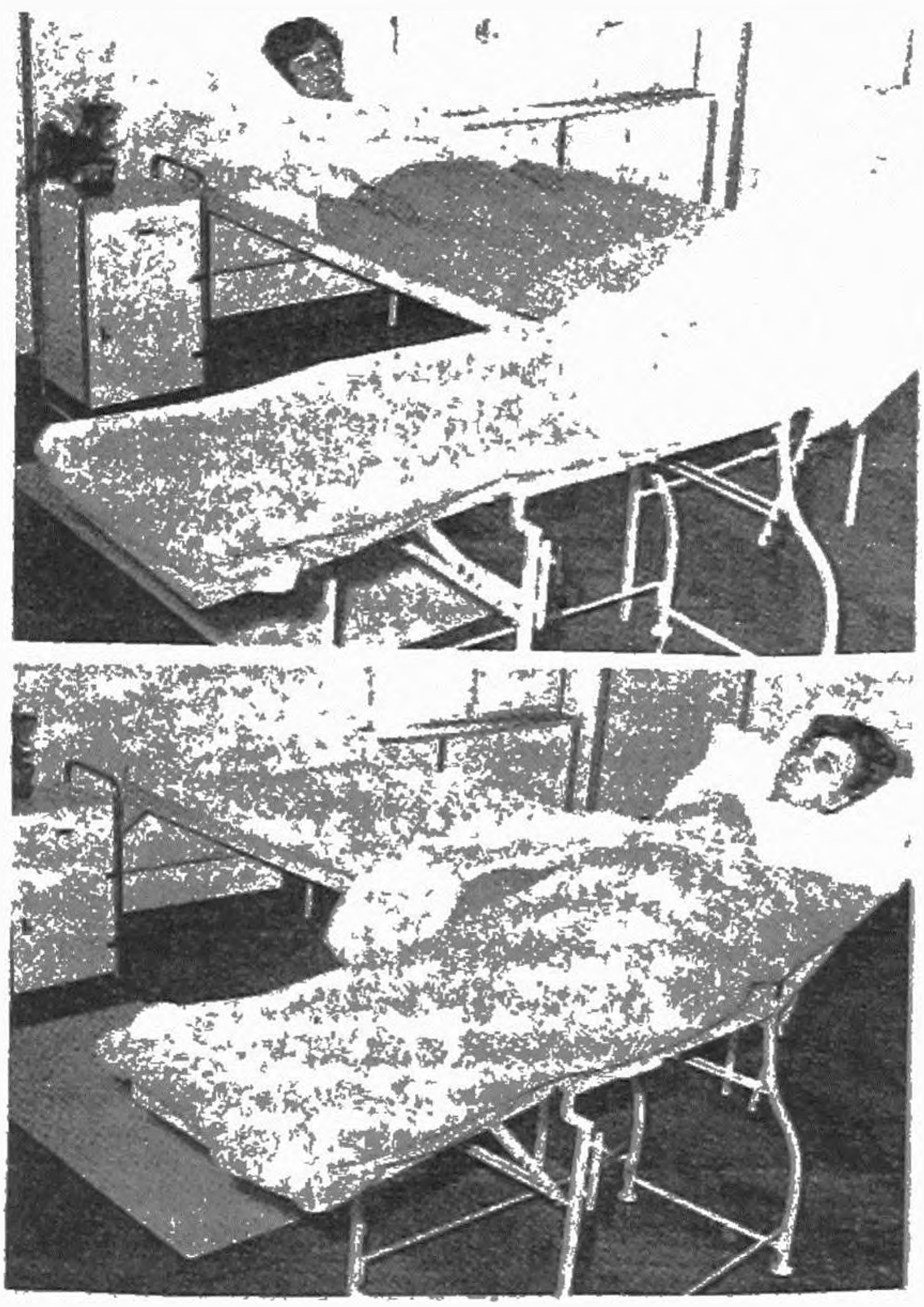
ПРЕНОШЕЊЕ БОЛЕСНИКА НА НОСИЛИМА

Носила се користе за тешке и непокретне болеснике које треба пренети с одељења на одељење, односно са места несреће или из болесниковог стана до возила хитне медицинске помоћи.

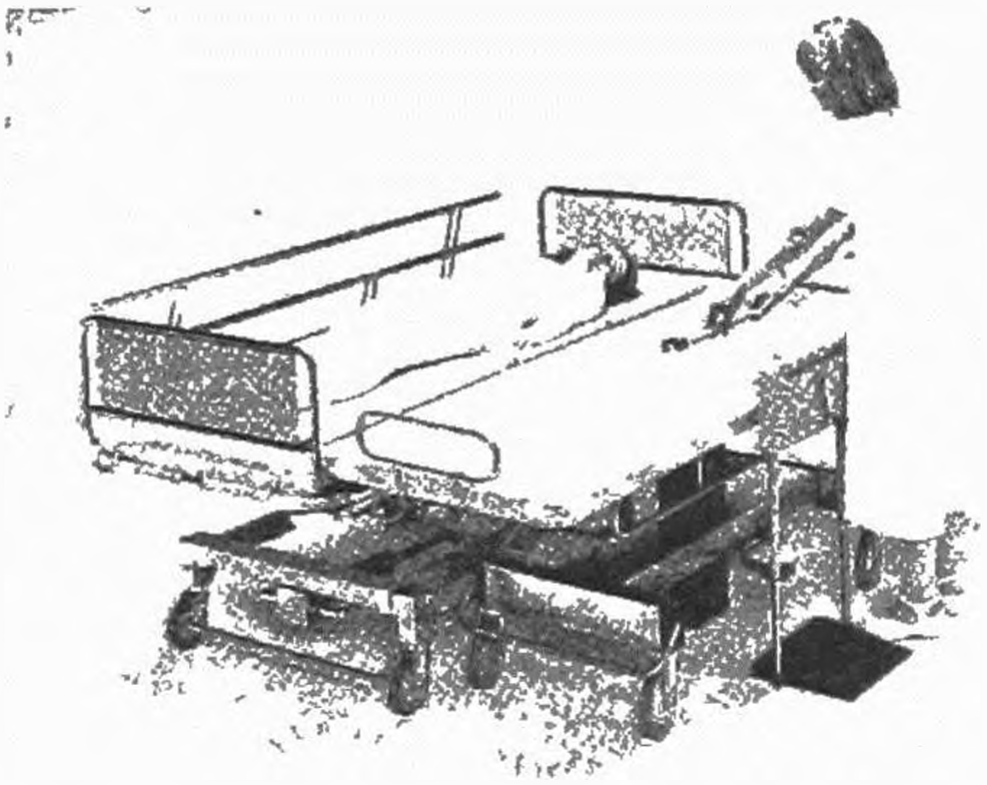
Припрема материјала

Материјал се припрема на следећи начин:

– на носила се стави ћебе по дужини и прекрије чистим чаршавом, а на узглавље се стави јастук,
– на тако припремљена носила постави се прекривач (ћебе са навлаком), чије се ивице подвуку



ПРЕНОШЕЊЕ БОЛЕСНИКА СА КРЕВЕТА НА КОЛИЦА



ПРЕНОШЕЊЕ БОЛЕСНИКА СА КРЕВЕТА НА КОЛИЦА

испод доњег ћебета да не висе преко ивица носила;
- при ниским температурама (у јесење и зимско време) припреми се резервно ћебе.

Техника рада:

Прекривач се подигне по дужини до половине носила; болесник се положи на носила и покрије прекривачем, а руке му се опруже поред тела.

Када се болесник преноси по кишовитом времену, носила треба заштитити покривачем од непромочивог платна

Носила са болесником носе две особе: једна испред и друга иза носила (окренута лицем према болеснику, а ноге се налазе између ручица носила)

Предњи болничар (носач) је крај ногу болесника, а задњи крај главе болесника. Носила су у водоравном положају: при ходу уз степенице, задњи болничар мора лагано да подигне увис носила, а при ходу низ степенице предњи болничар лагано подигне увис свој део носила. Пожељно је да три болничара носила носе при ходу уз и низ степенице; двојица се налазе на оној страни носила коју треба подизати. Корак при ходу мора да се усклади, тј. сви носачи не ходају истом ногом, већ корачају наизменично (један левом, а други десном ногом). Треба избегавати љуљање носила и покретање тела болесника Болничар који носи задњи део носила посматра болесника и усклађује (командује) брзину и начин хода. Пожељно је да оба носача носила буду истог раста, у супротном, носач вишег раста носи задњи део носила где је положена глава болесника

4 УСТАЈАЊЕ БОЛЕСНИКА ИЗ ПОСТЕЉЕ

Једно од основних правила савремене здравствене неге и лечење јесте да се болесник што пре подигне из постеље.

Цео поступак се састоји из три фазе:
- подизања болесника из постеље,
- стављања болесника у седећи положај,
- првог устајања болесника из постеље и шетње по одељењу.

ПОДИЗАЊЕ БОЛЕСНИКА ИЗ ПОСТЕЉЕ

Сама тежина болесника и његова слабост и немогућност да се сам подигне у постељи чине да је нерасположен и малодушан. Осећај немоћи и физичке слабости успорава процес лечења Рано подизање болесника из постеље означава прву етапу излечења и враћање наде у брзи опоравак, оздрављење и повратак породици и друштву

Главна сестра одељења и лекар најпре упознају болесника са процесом здравствене неге и сврхом раног устајања.

Пре почетка ове радње сестра постави у болесников кревет четири јастука у облику слова А на које ће положити главу и леђа болесника.

Болесник се најпре спусти у постељу тако што се ногама ослања на крај постеље. Две сестре подижу болесника тако што му својим рукама подижу седални — карлични део тела, а другом ру-

ком га придржавају испод пазуха и лагано и пажљиво подижу из постеље Када су га подигле у полуседећи положај, лагано га спуштају на раније постављене јастуке Болесник сарађује при извођењу ове радње колико му то снага дозвољава Својим рукама се ослања на рамена и леђа сестара, а ноге благо савија у коленима и петама се ослања о душек и тиме олакшава да га сестре поставе у жељени положај. Уколико је болесник слаб и немоћан, или због природе болести и операције не може својим рукама да се ослони на рамена медицинске сестре, тада болесник своје руке прекрсти испод груди, својом брадом се ослања на руке, и очекује знак сестре која одређује час када почиње процес подизања у постељи

ПОСТАВЉАЊЕ БОЛЕСНИКА У СЕДЕЋИ ПОЛОЖАЈ

Сутрадан, или у току наредних дана, болесник се поставља да седи у постељи ногу испружених поред кревета.

Сестра се постави према лицу болесника („глава према глави“) и својом десном руком обухвати болесника од пазуха до супротног рамена, левом руком се ослања (опире) о душек болесника, а ногама о под.

Болесник се остаља петама на постељу — кревет По договору са болесником на команду „сада“ сестра пажљиво подиже и поставља болесника да седне у постељи и при томе ноге спусти низ ивицу постеље Пошто се болесник одмори од изведене радње, ако може и сам да пије течност, сестра га послужи лимунадом или соком који болесник радо пије

Ова радња се може извести и на други начин Сестра стане уз ивицу постеље према лицу болесника („глава према глави“), нагне се према њему, а руке болесника постави на своја рамена, потом га рукама обухвати испод пазуха, према лопатицама и тада полако подиже у седећи положај

Болесник савије ноге у коленима а сестра испод његових бутина постави мекани јастук који спречава да се тело болесника спусти наниже

Данас постоје специјални кревети са уређајима који помажу да се болесник постави у жељени положај, тако да се ова радња изводи само када се користи обична стандардна постеља болесника.

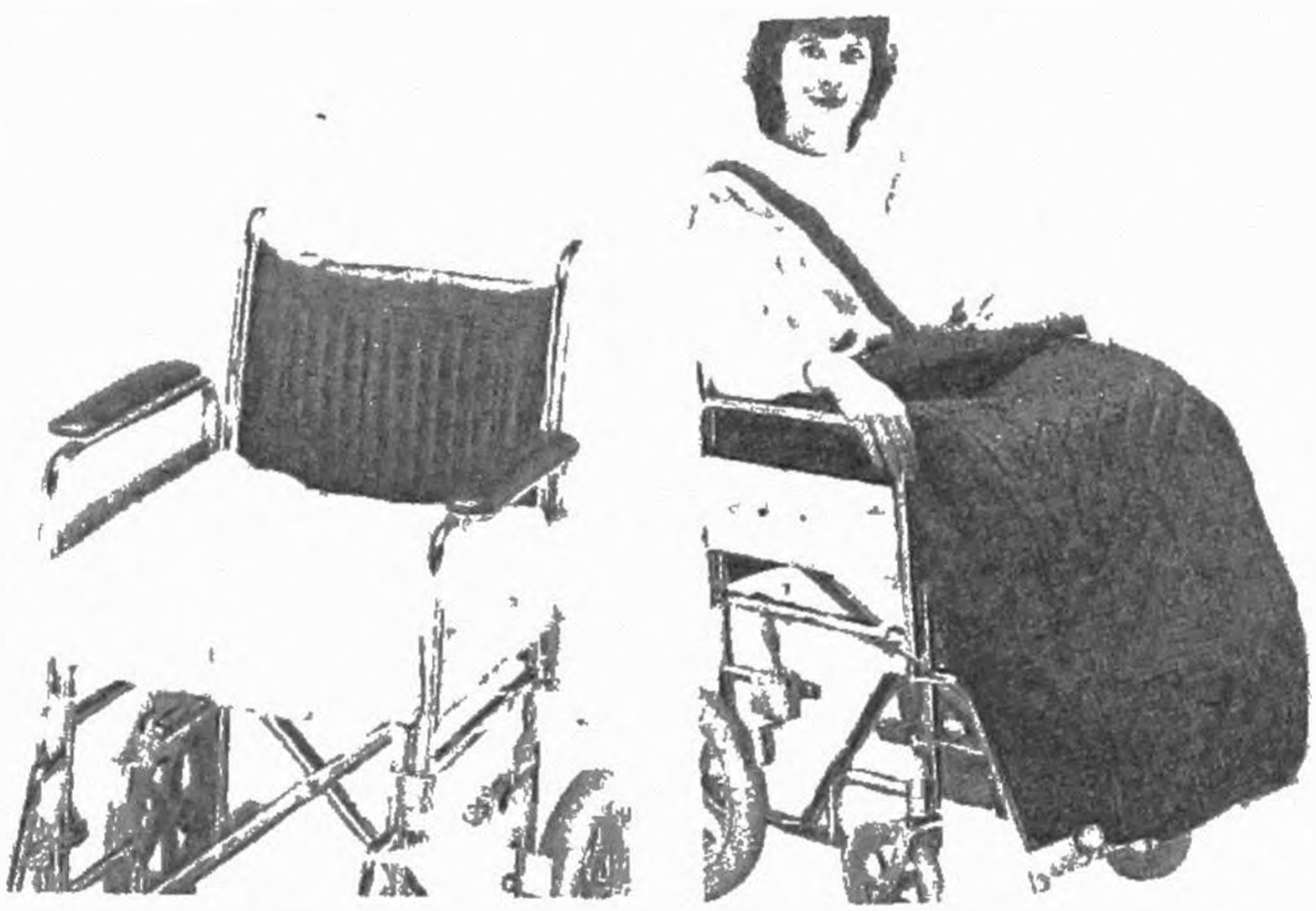
Пошто болесника постави у седећи положај, сестра прекривачем покрије трбух и грудни кош болесника и преконтролише виталне знаке (пулс, крвни притисак и дисање). Уколико дође

ПРЕМЕШТАЊЕ БОЛЕСНИКА ИЗ ПОСТЕЉЕ У КОЛИЦА

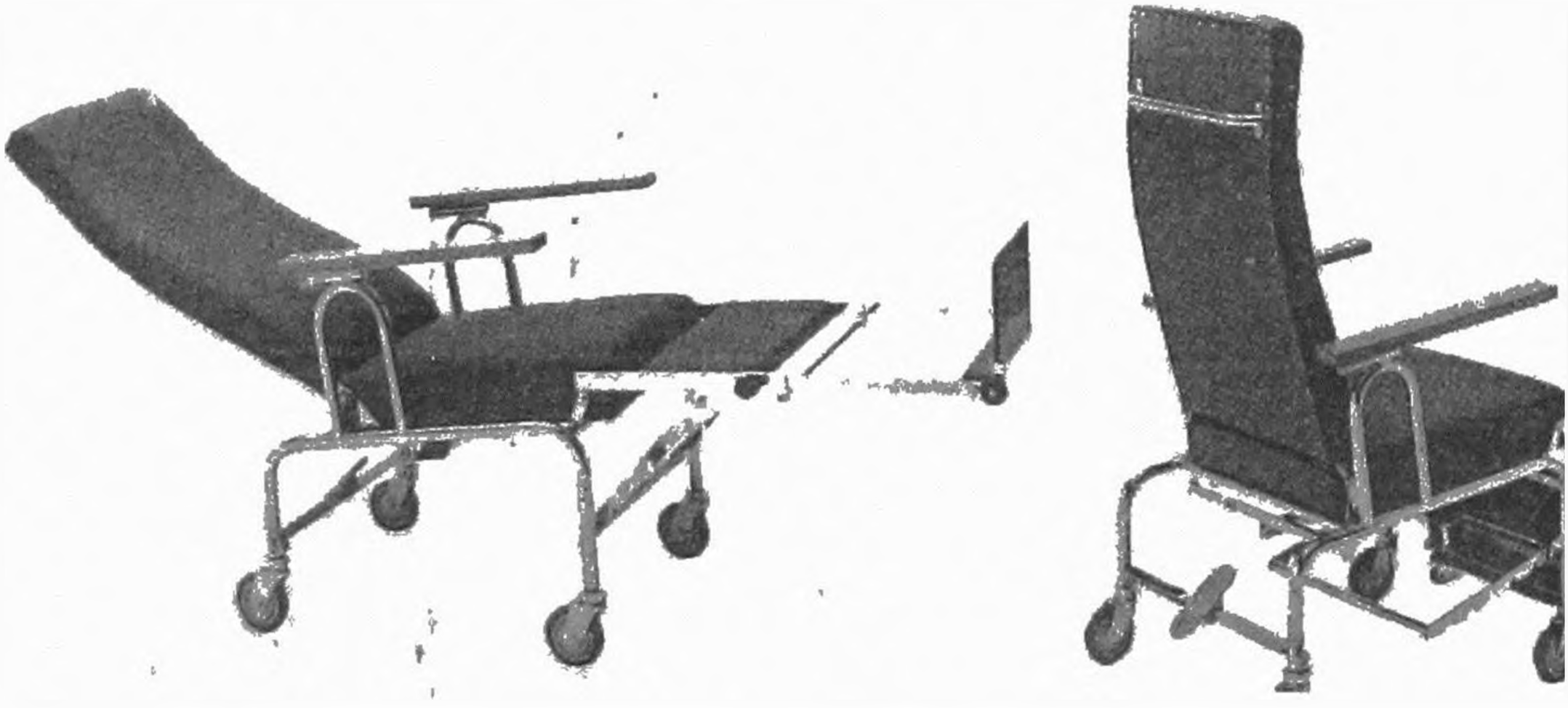
до погоршања виталних функција, сестра поново поставља болесника у лежећи положај, а потом обавести лекара о својим запажањима.

Прво устајање болесника из постеље представља почетак „враћања у нормалан живот" Сестра припреми чисту одећу (пижаму), чарапе и папуче. Оперисаном болеснику превије оперативну рану и постави појас или чврст завој Крај болесникове постеље намести удобну столицу.

Време и начин устајања из постеље одређује лекар; болесник се физички и психички припрема за устајање из постеље. Да би физички био спреман за устајање, болесник изводи активне и пасивне вежбе у постељи, а при том се психички припрема да издржи све тегобе и напоре при устајању и ходу. Прво устајање из постеље обавља се у раним јутарњим сатима када има више медицинског особља на одељењу (сестара и лекара)



КОЛИЦА ЗА ПРЕВОЗ БОЛЕСНИКА (ПРИ СВЕСТИ) СА ЗАШТИТНИМ ПОКРИВАЧЕМ (КИША, ВЕТАР, СНЕГ)

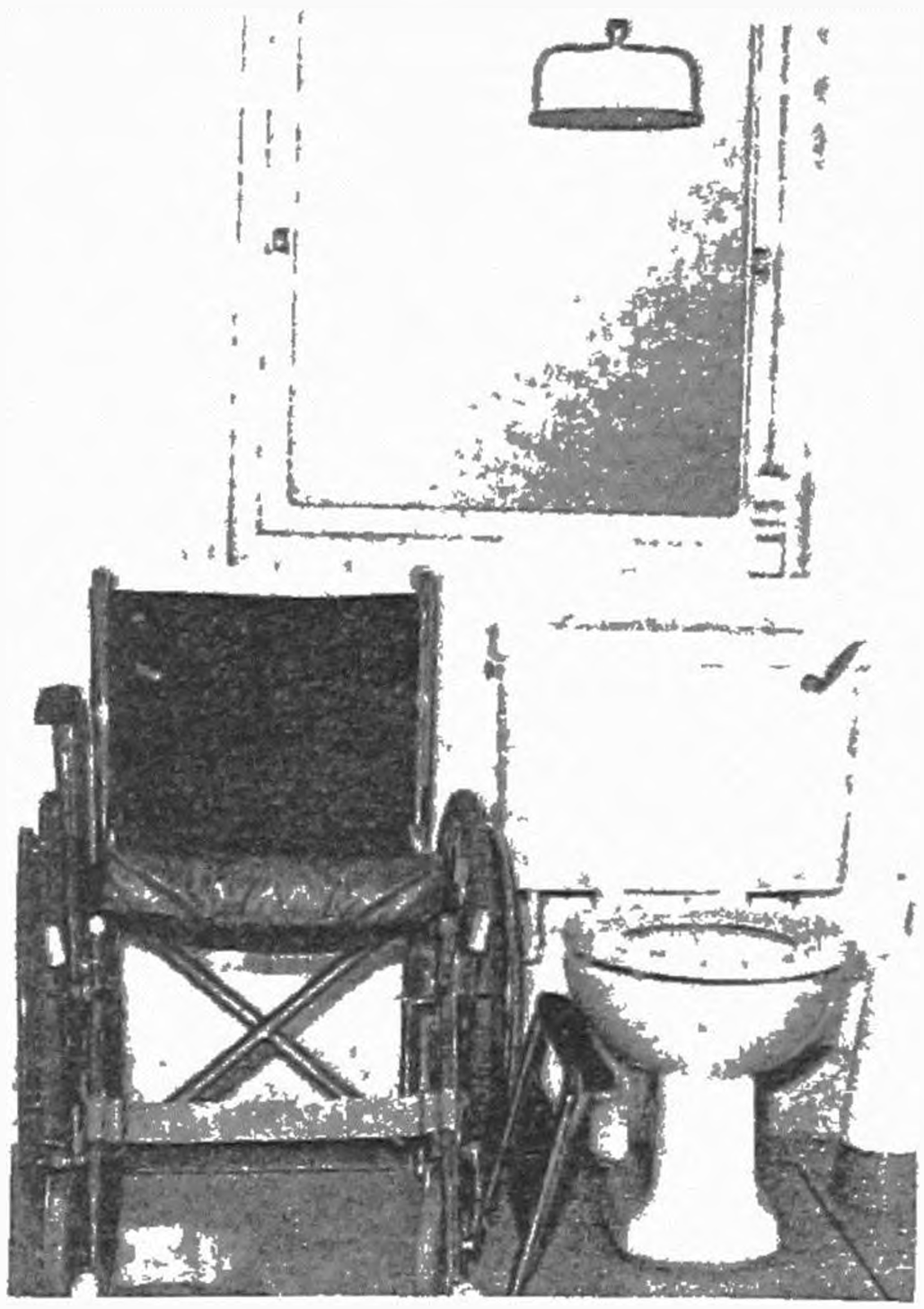


КОЛИЦА ЗА ПРЕВОЖЕЊЕ НЕПОКРЕТНОГ БОЛЕСНИКА

Поред постеље болесника постави се столица или фотеља, прекривена ћебетом и чистим чаршавом. Пошто болесника постави у седећи положај, сестра му помаже да пресвуче горњи, а потом доњи део пижаме и обује чарапе. Две сестре помажу болеснику да устане из постеље, навуче папуче и лагано се спусти на припремљену столицу или фотељу. Иза леђа, врата и потиљка сестра му постави мекани јастук, зависно од температуре ваздуха у соби, покрије болеснику ноге и трбух. После паузе од 10 минута две сестре, једна с једне а друга са друге стране, једном руком обухвате болесника испод пазуха, а другом руком преко грудног коша или трбуха и помажу му да устане из фотеље (столице) и начини прве кораке — прошета се око кревета и по соби. Болесник се потом враћа у постељу.

Уколико при шетњи болесник осети слабост, несвестицу или убрзану срчану радњу, треба одмах прекинути шетњу и болесника вратити у постељу, а о уоченим тегобама обавестити одељењског лекара.

При извођењу свих ових медицинско-техничких радњи сестра треба да



ПОМОЋНИ УРЕЂАЈИ У КЛОЗЕТУ ЗА ТЕЖЕ НЕПОКРЕТНЕ БОЛЕСНИКЕ

зна у који положај треба да се постави и спречи оштећење кичменог стуба.

ОДРЖАВАЊЕ ЛИЧНЕ ХИГИЈЕНЕ НЕПОКРЕТНОГ БОЛЕСНИКА

Одржавање личне хигијене је свакодневна потреба здравог човека, а за болесног она постаје неопходна радња у лечењу: хигијена тела зависи од здравствене културе, навика, па и обичаја болесника

Лична хигијена се спроводи: умивањем, купањем, прањем косе и пресвлачењем личног рубља и постељине.

Хигијена коже болесника одржава се свакодневно прањем и пребрисавањем Тиме се одстрањују прљавштина и успоставља нормална функција крви, боља исхрана и јача отпорност коже на утицаје спољне средине

Кожа има више важних функција

- штити организам од спољашњих утицаја,
- служи као екскреторни орган,
- терморегулациону улогу остварује мрежом крвних и лимфних судова,
- одржава сталну и нормалну температуру тела,
- у кожи су смештени рецептори за пријем дражи из спољашње средине (чуло пипања).

Одржавање хигијене коже омогућава обављање ових функција. Кожа здравог човека изложена је сталном прљању, а код болесника она се прља још више јер стални боравак у постељи доприноси опадању орожалог епитела, а услед лежања ствара се прашина од личног и постељног рубља (штирак, длачице од тканине и др). Непокретни болесник обавља и физиолошке потребе у постељи. Његова кожа се појачано зноји, што такође доприноси прљању. Природни отвори организма (уста, нос, аналнополни предео) изложени су спољним утицајима и представљају улазна врата инфекције, па је неопходно да се редовно одржава и хигијена видљивих слузокожа којима су ови отвори обложени

VIII. ВЕЖБЕ

1. УМИВАЊЕ НЕПОКРЕТНОГ БОЛЕСНИКА

Болесник се поставља у одговарајући положај и свлачи до појаса, а преко покривача се ставља мушема са већим пешкиром. Собна температура треба да је 22°С, а по потреби прозори се затварају (зависно од годишњег доба). Кревет се ослободи у облику троугла са обе стране.

ПРИПРЕМА МАТЕРИЈАЛА

На покретном сточићу сестра припреми: лавор, бокал са водом (температура 37°С), трљачицу, бубрежњак, пешкир, маказе за нокте, посуду за при-

хватање трљачице, прибор за негу усне дупље, чашу са прокуваном водом или чајем од камилице. Ако болесник нема четкицу за зубе, употребљава се штапић намотан газом, парафинско уље, шпатула, суд за чисте и прљаве шпатуле и алкохол Осим тога, припреми се и посуда са дезинфекционим средством

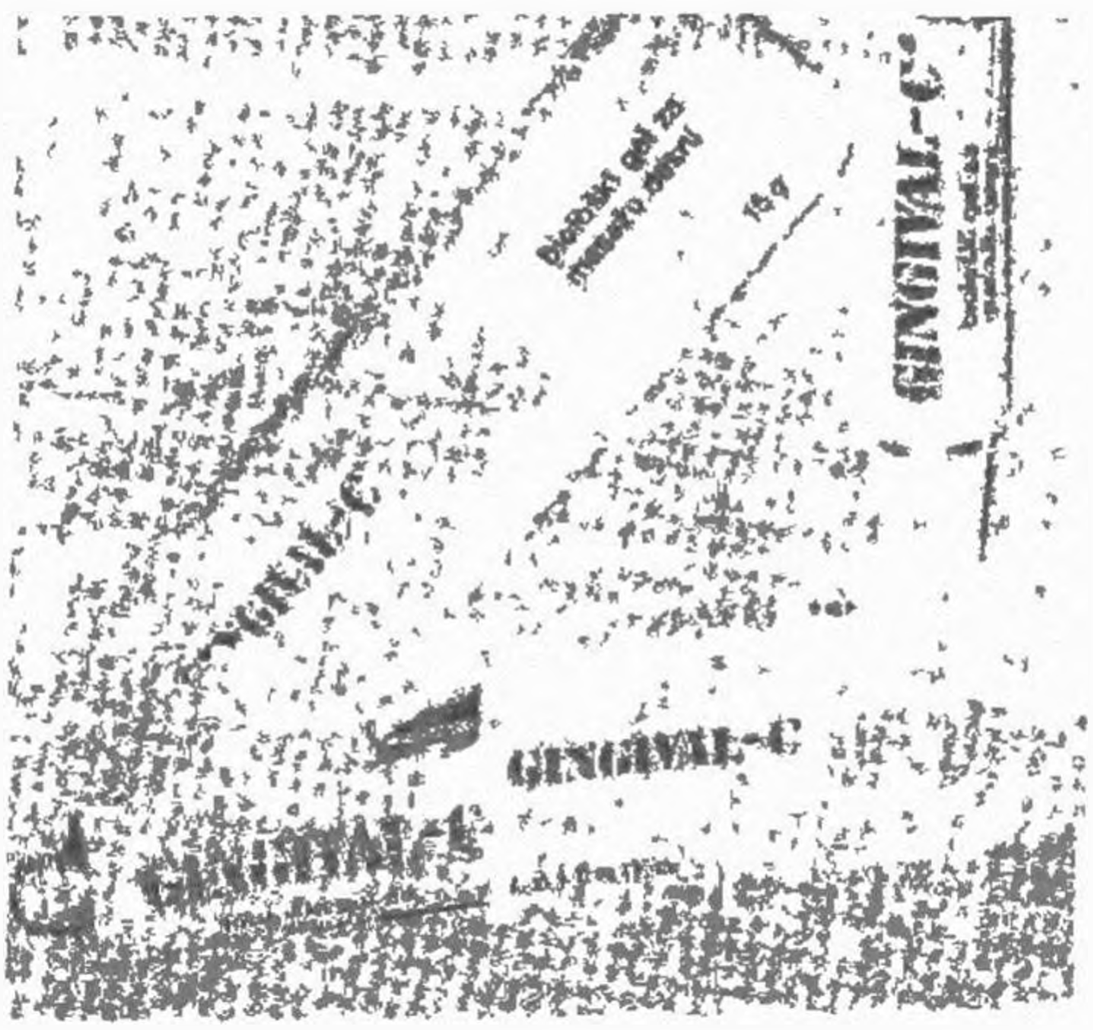
2. ПРАЊЕ И ХИГИЈЕНА ПРИРОДНИХ ОТВОРА

ХИГИЈЕНА УСНЕ ДУПЉЕ

Редослед прања усне дупље је следећи. Најпре се перу унутрашње стране образа, зуби и језик. Четкица се после прања сваког дела усне дупље испира и тупфери се мењају. На крају се пере језик од врха ка корену, јер је корен језика осетљив и при додиру може изазвати повраћање. Ако на језику постоје наслаге, сестра их шпатулом скида, а прање понавља неколико пута После прања, језик намаже парафинским уљем Уста дупља пере се ујутру и увече, а после сваког оброка испира се дезинфекционим раствором.

Секрет из носа и масне наслаге из ушног канала (церумен) одстрањују се штапићима обмотаним ватом, која је поквашена водом. После прања зуба спроводи се хигијена усне дупље, на пример, помоћу *Тилаксила*, *Хексорала* и др. *Тилаксил* је локални антисептик за усну шупљину чије антибактеријско и антимикротичко дејство траје 12 h. Овај антисептик не нарушава биолошку равнотежу оралне флоре, не ствара резистенцију бактерија и има дезодорантно дејство. Употребљава се код запаљенских процеса усне шупљине и ждрела, после хируршких интервенција (тонзилектомије, вађења зуба), механичке иритације услед ношења ортодонтског апарата и протезе и због неадекватне хигијене уста и локалних промена на гингиви (црвенило, крварење бол, лезије, *foetor ex ore*) Примењује се два пута дневно ујутру и увече, после јела и прања зуба. После примене антисептика болесник не треба уста да испира водом

Гел Гингивал – С садржи екстракте камилице, белог лука и нане који, заједно са витамином С, благотворно делују на запаљењске процесе у устима и на повреде десни изазване механичким путем Пошто има састојке природног порекла, ублажава бол, доприноси зацељивању крварења и смиривању запаљења, а ране и повреде усне дупље брже зарастају Такође разграђује ендотоксине и побољшава метаболизам везивног ткива пародонцијума, чиме се успорава процес пародонтопатије Пре



БИОЛОШКИ ГЕЛ ЗА МАСАЖУ ОБОЉЕНИХ ДЕСНИ

сваке употребе гела Гингивал – С потребно је спровести уобичајену хигијену уста и опрати зубе помоћу пасте и четкице за зубе. Гингивал се локално утрља у слузокожу гингиве благом кружном масажом ткива.. Три пута у току дана (ујутру, у подне и навече) Делује антиинфламаторно (против запаљењских процеса) и антисептично, не оштећује околна ткива и делује детоксикационо.

ХИГИЈЕНА СПОЉНИХ ПОЛНИХ ОРГАНА ЖЕНЕ

Сестра пере полне органе болеснице, а вагину истира, и то само када постоји обилна секреција; прање се изводи ради профилаксе секундарне инфекције унутрашњих полних органа жене

Прање се врши помоћу иригатора са топлом водом у коју се ставе благи антисептични раствори

Прање чмара – Чмар се пере по потреби; за то се користи папир натопљен млаком водом, у коју је растворен антисептик Ако болесник има пролив, после сваке столице сестра пребрише предео чмара тоалет-папиром, а потом околину чмара обрише папиром, натопљеним топлом водом у којој су растворена антисептична средства

ПРИПРЕМА ОСОБЕ КОЈА ИЗВОДИ РАДЊУ

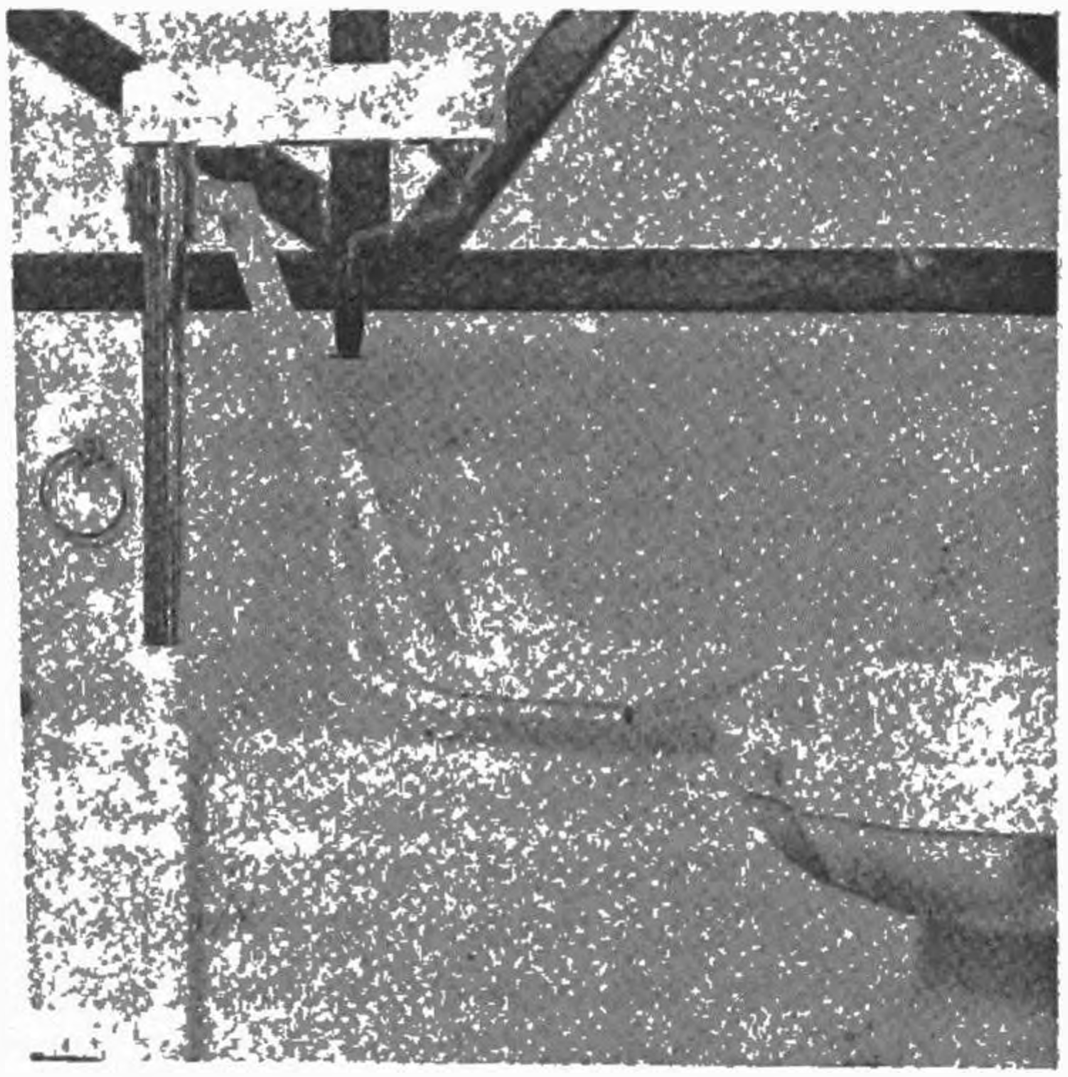
Особа треба да носи службену радну одећу, кратких или повијених рукава; нокти на рукама морају да буду кратко подсечени.

ТЕХНИКА УМИВАЊА

Ако се болесник сам умива, лавор се стави на мушему Најпре пере руке, очи, усну и носну шупљину, а затим спољашње отворе ушног канала, лице, врат, груди и потпазушне јаме. Сестра полива болесника за време прања лица и руку

Када је болесник пасиван, сестра му око врата постави „јакну од пешкира", и умивање врши следећим редом; очи пере трљачицом или посебним тупферима, и то од спољашњег ка унутрашњем углу, потом пере лице и врат. Болесник сам пере руке уз сестрину помоћ.

КУПАЊЕ БОЛЕСНИКА У КАДИ СА ПОДВОДНОМ МАСАЖОМ ТЕЛА БОЛЕСНИКА



ЛИФТ ЗА ПРЕНОС БОЛЕСНИКА ИЗ ПОСТЕЉЕ И СПУШТАЊЕ У КАДУ ЗА КУПАЊЕ

3. КУПАЊЕ НЕПОКРЕТНОГ БОЛЕСНИКА

Купање непокретних болесника обавља се најмање једанпут недељно, а покретни болесници купају се свакодневно. Под купањем се подразумева прање целог тела. Међутим, купање непокретних болесника врши се пребрисавањем коже, и то у постељи.

ПРИПРЕМА МАТЕРИЈАЛА

За купање болесника припреми се следећи материјал:

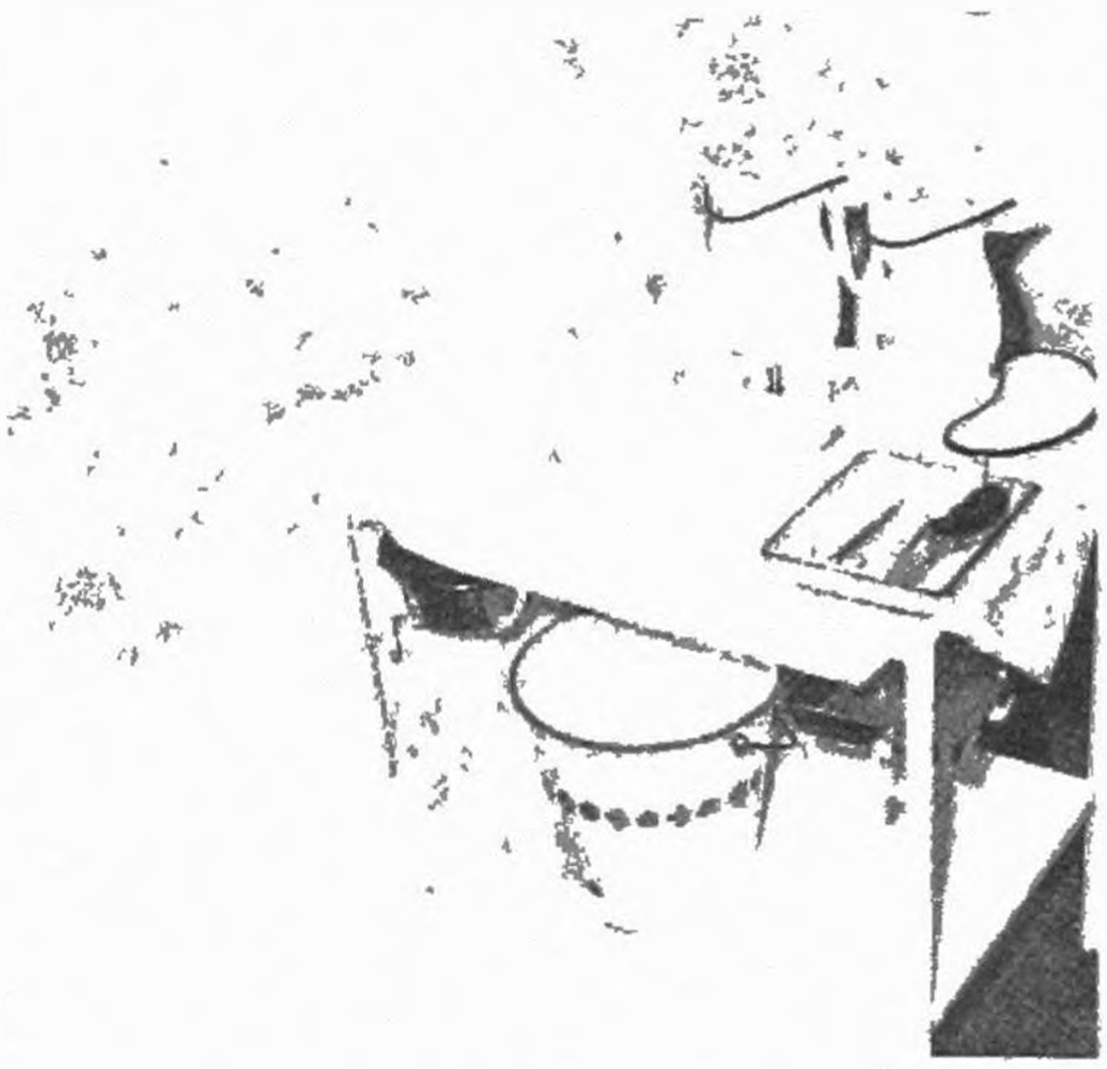
- велика мушема са чаршавима или фротирима, ставља се испод болесника,
- прибор за прање гениталија (посебан суд са водом, неколико већих тупфера вате, дугачак пеан и лопата),
- мушема за под,
- параван, тј. покретна завеса,
- два бокала са млаком водом,
- тоалет-сапун, дезодоранс за кожу — мирис,
- чисто болесничко и постељно рубље,
- кеса за прљаво рубље,
- већа посуда за прљаву воду.

ПРИПРЕМА БОЛЕСНИКА

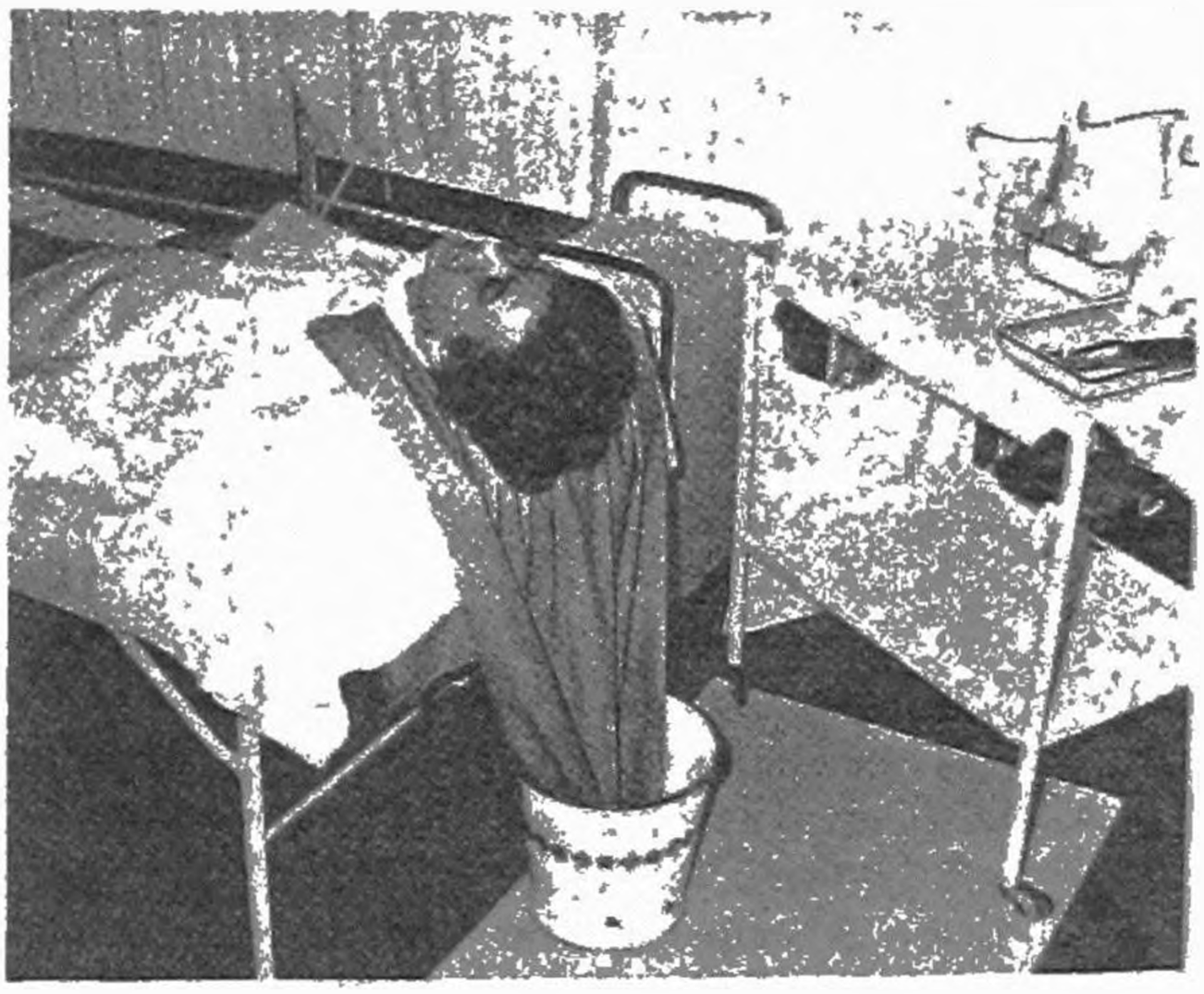
Купање се врши под покривачем, који се савија у облику тупфера, или на столици. Ћебе се оставља на болеснику, зависно од годишњег доба. Болесник се испод покривача потпуно свуче. После умивања наставља се прање трбуха, леђа, ногу и гениталних органа

Техника рада:

Испод болесника подвуче се дугачка мушема са чаршавима, а испод горњег чаршава поставља пешкир (да се чаршав не покваси). Сестра (или болесник) диже горњу ивицу покривача, тако да друга сестра може несметано да пере болесника. Пошто су опрани трбух и слабински делови, кожа се брише убрусом (пешкиром), а болесник окреће на страну; убрус се подвлачи надоле да би заштитио леђа и глутеалне мишиће. После завршеног прања леђа, сестра пере ноге; једна нога се открије, а од горњег чаршава се направе тзв гаћице, тако што се доњи угао чаршава подвуче испод супротне ноге и добро затегне. Затим се уређују нокти и перу ноге од препона према стопалима. За прање стопала најбоље је поставити лавор у кревету и у њега потопити ноге болесника. Кад то није изводљиво, ноге се држе над лавором. Десна шака, на којој је навучена трљачица, поставља се испод табана. Левом руком ухвати се нога у скочном зглобу, па се табани пажљиво бришу трљачицом, а потом посуше пешкиром.



ПРИПРЕМА МАТЕРИЈАЛА И БОЛЕСНИЦЕ ЗА ПРАЊЕ КОСЕ



ТЕХНИКА ПРАЊА КОСЕ

Болеснику се облачи горње рубље (пижама, односно спаваћица)

4 ПРАЊЕ НОГУ БОЛЕСНИКА

Сестра постави пешкир између ногу болесника. Прегледа нокте и подсече их (Ако у болници ради педикир, он уређује нокте болесника.) Потом стопало болесника урони у лавор — суд са топлом водом и помоћу трљачице и сапунице почиње прање ноге од бутине према колену и стопалу.

Потом сестра својом левом руком подигне стопало увис У десној руци држи трљачицу и сапун, и о трљачицу таре стопало

Педикир струже рожнате наслаге на стопалу.

Пошто пешкиром посуши кожу болесника, помаже му у навлачењу доњег дела пижаме (гаћа).

Употребљени материјал се распреми, а постеља болесника пресвуче. Болесник се потом одмара од физичких напора којима је био изложен у току купања

5 ПРАЊЕ КОСЕ

ПРАЊЕ КОСЕ У ПОСТЕЉИ

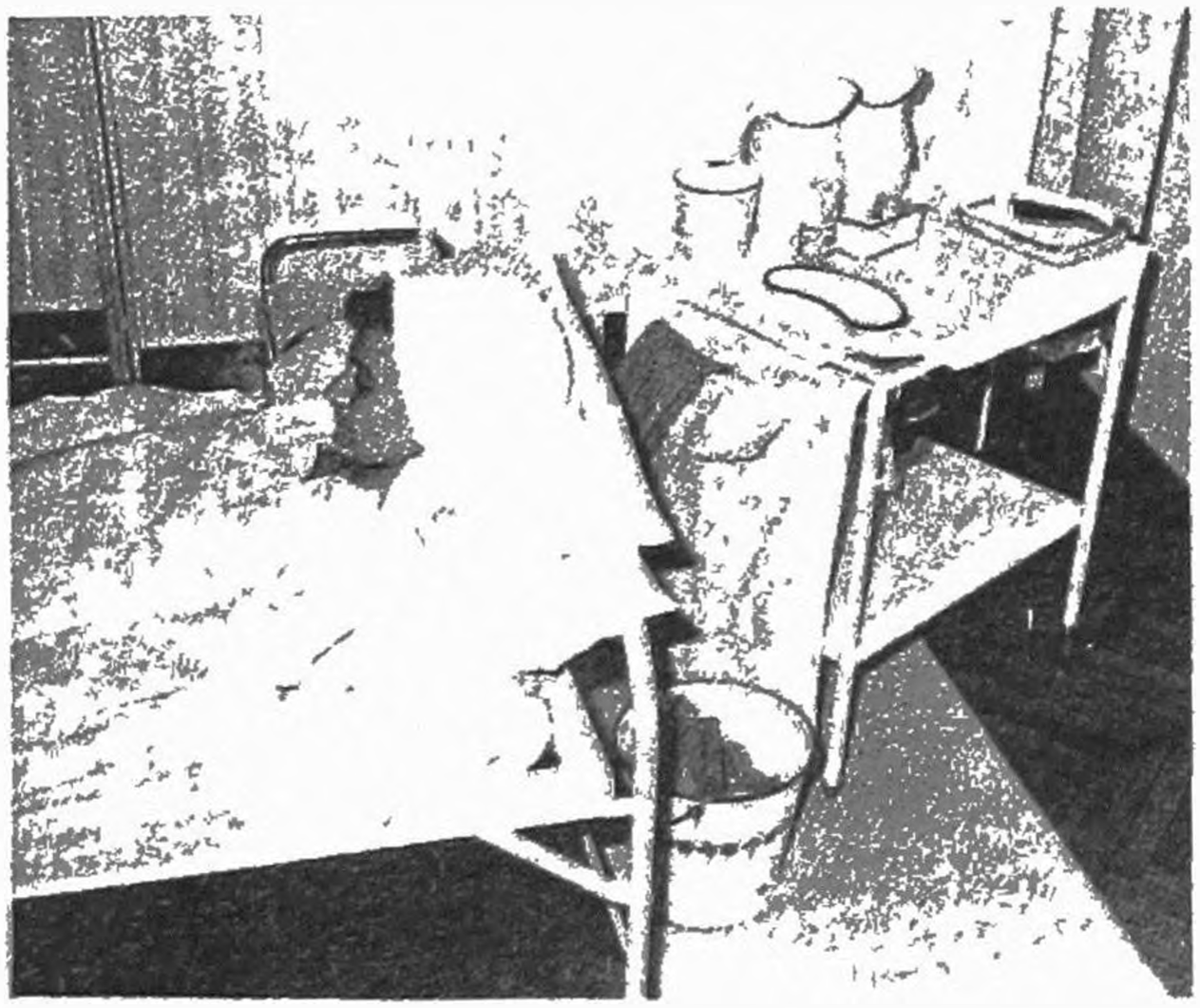
Прање косе у постељи, у полуседећем положају, изводи се код тешких, али покретних болесника, а код непокретних болесника у лежећем хоризонталном положају

Од материјала треба припремити

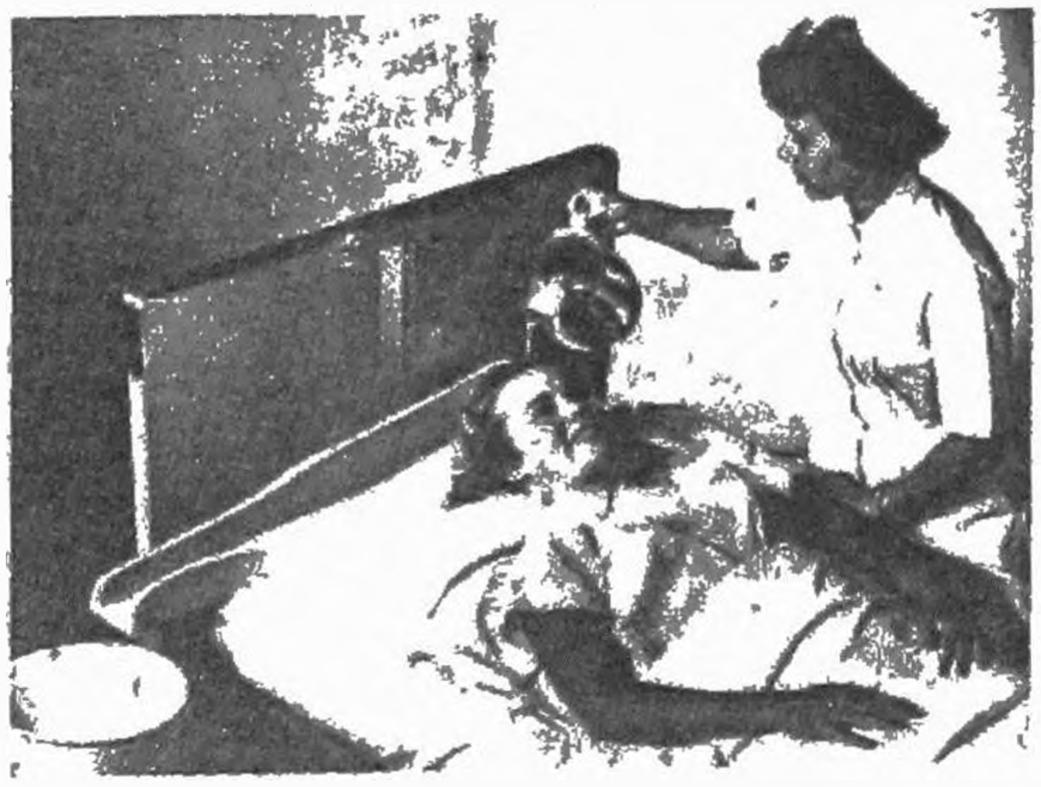
- специјални уређај за прање и негу косе болесника,
- бокал са млаком водом,
- сапун и шампон за прање косе,
- два пешкира: један се поставља око врата болесника, а други служи за брисање и сушење косе,
- фен за сушење косе,
- више брисева од газе, папирну вату и више брисева обичне вате, пеан и пинцету,
- чешаљ (а за жене и навоје за косу),
- суд са дезинфекционим раствором и бочицу са алкохолом

Техника рада:

Болесник се поставља у полуседећи положај, без јастука, и привуче уз горњу ивицу кревета. Врат се заштити пе-



СУШЕЊЕ КОСЕ БОЛЕСНИЦЕ



ПРАЊЕ КОСЕ БОЛЕСНИЦЕ У ХОРИЗОНТАЛНОМ ПОЛОЖАЈУ

шкиром, а специјални уређај приближи уз главу болесника (врат се наслони на уређај за прање косе) Болесник својим рукама придржава пешкир преко лица да заштити очи од сливања воде, сапунице и шампона Када болесник није способан да придржава пешкир, то чини друга медицинска сестра Коса се покваси топлом водом, пере најпре сапуном и испере, а потом пере шампоном за косу Суши се брисањем пешкиром или помоћу фена

Потом сестра очешља косу болеснице и по њеној жељи ставља навоје за косу, а главу повија марамом После 60 —90 минута скида навоје са косе и рашчешља косу

Савремене болнице имају фризере, који перу и уређују косу болесника. По завршеном прању, употребљени материјал се распреми, а уређај за прање косе дезинфикује и припреми за следећу употребу.

ПРАЊЕ КОСЕ У ХОРИЗОНТАЛНОМ ПОЛОЖАЈУ БОЛЕСНИКА

ПРИПРЕМА БОЛЕСНИКА

Почиње са припремом постељине, односно кревета болесника. Када је горња страница кревета ниска, користи се као наслон. Пре почетка рада постеља се потпуно ослободи, а покривач савије у облику тупфера. Овако савијен покривач лако померамо, а болесник је увек покривен. Доњи јастук постављамо уз саму ивицу кревета, а горњи пребацимо преко странице. Болесниково рубље раскопчамо, а врат ослободимо до рамена и заштитимо мушемом и убрусом. Пажљиво поставимо болесника да му се рамена налазе преко странице кревета, а глава изнад странице.

Око врата ставимо јакницу од убруса, а преко ње подвучемо већу мушему с укројеним изрезом за врат. Пантљику јакнице вежемо око врата болесника, а крагницу мало уроламо са спољне стране Убрус штити од директног додира са мушемом, а савијена крагна упија воду која се слива низ врат

На под простремо већу мушему да бисмо га заштитили од квашења Доњи крај мушеме спуштамо у кофу, а бочне ивице савијемо унутра и направимо олук за сливање воде

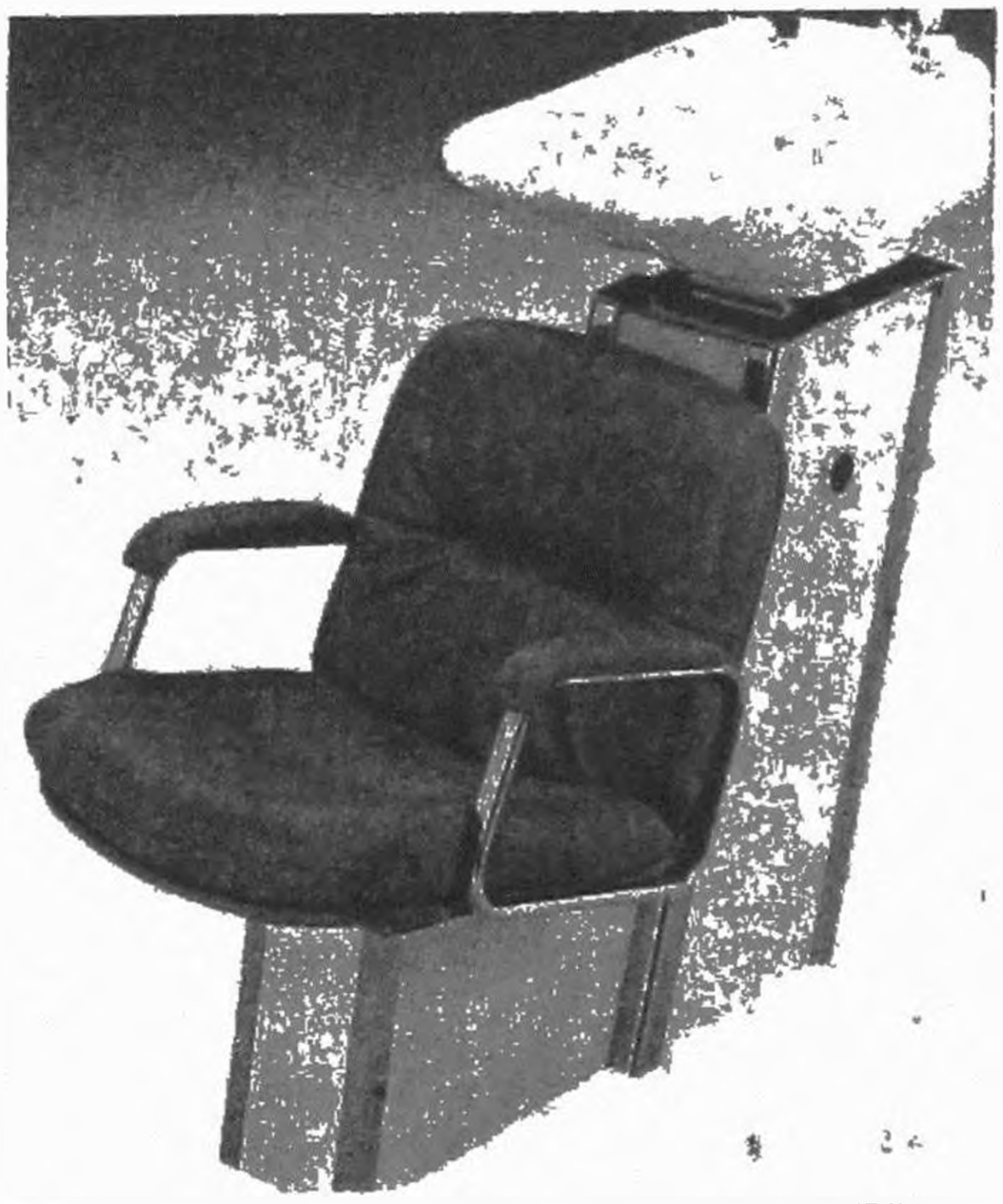
ПРИПРЕМА МАТЕРИЈАЛА

За прање косе припрема се следећи материјал:

- два убруса и три мушеме различитих димензија,
- два бокала са топлом водом,
- шампон или прокувана сапуница,
- чешаљ и четка,
- неколико тупфера папирне вате, бубрежњак,
- кеса за прљаво рубље, кофа, бочица са алкохолом

Техника рада

Радњу изводе две особе. Сточић са припремљеним материјалом поставља се са стране где стоји помоћна особа, а



СПЕЦИЈАЛНА СТОЛИЦА СА УРЕЂАЈЕМ ЗА ПРАЊЕ КОСЕ БОЛЕСНИКА

са друге стране болесника стоји особа која изводи радњу, окренута лицем према глави болесника Тупфере ваге поставимо у отворе спољног ушног канала Леву руку поставимо изнад очију болесника, да бисмо их штитили од воде Десном руком распоређујемо косу при квашењу После квашења косу преливамо шампоном или сапуницом, а затим исперемо топлом водом Косу треба прати врховима јагодица прстију, којима истовремено масирамо кожу. Поступак се понавља све док вода не постане чиста Потом косу прелијемо разблаженом сирћетном киселином и чешљамо док је још влажна По завршеном прању обришемо мушему која је служила као сливник и спустимо у кофу, а тупфере вадимо из ушију и спуштамо у бубрежњак. Косу просушимо јакницом и затим је истрљамо алкохолом, па јакницу бацимо у кесу за прљаво рубље Убрусом који је штитио јастук увијемо болесникову главу, извучемо мушему, а болесника поставимо у првобитни положај. Чешаљ очистимо папирном ватом, а употребљени материјал распремимо

Ако горња страница кревета није одговарајуће висине, тј. није ниска, болесника постављамо косо у постељи, тако да му глава виси преко једне странице кревета. Техника прања косе истоветна је са раније описаном. Болесшику који не може да лежи у постељи косу перемо у полуседећем положају. Кревет ослободимо, прекривач савијемо у виду тупфера и болесника померимо на доњи део постеље. Горњи део душека савијемо у ролну и на њега ставимо неколико јастука. Целу радњу изводимо по већ описаном поступку.

По завршеном прању косу очешљамо и осушимо феном за косу, а потом је поново очешљамо. Преко рамена болесника претходно пребацимо пешкир у виду јакнице. Дугу косу чешљамо од крајева према корену косе. При томе са чешља скидамо власи косе, а перут папирнатом ватом коју, затим, бацамо у бубрежњак.

Употребљени материјал (бубрежњак, пеан, посуда за воду, лавор, мушема и чешаљ) опере се, дезинфикује и оставља на одређено место Затим се болесник покрије, а прозори отворе да би се соба проветрила.

ДЕКУБИТУС

Декубитус настаје због некрозе ткива услед лежања (пролежањ) То је већа или мања локално ограничена некроза коже и поткожног ткива, а ређе и мишића, и то на деловима тела који су највише изложени притиску услед лежања.

Опште стање болесника, психичко стање, животно доба и природа основне болести имају важну улогу у настајању декубитуса.

Многобројни узроци који доводе до декубитуса деле се на егзогене и ендогене факторе.

Егзогени (спољашњи) **фактори** су најчешћи узрок настајања декубитуса, и то:

- неудобно и дуго лежање на тврдом и набораном душеку, на коме се често налазе и мрвице хране,
- наборано постељно и лично рубље болесника (чаршав, пижама,

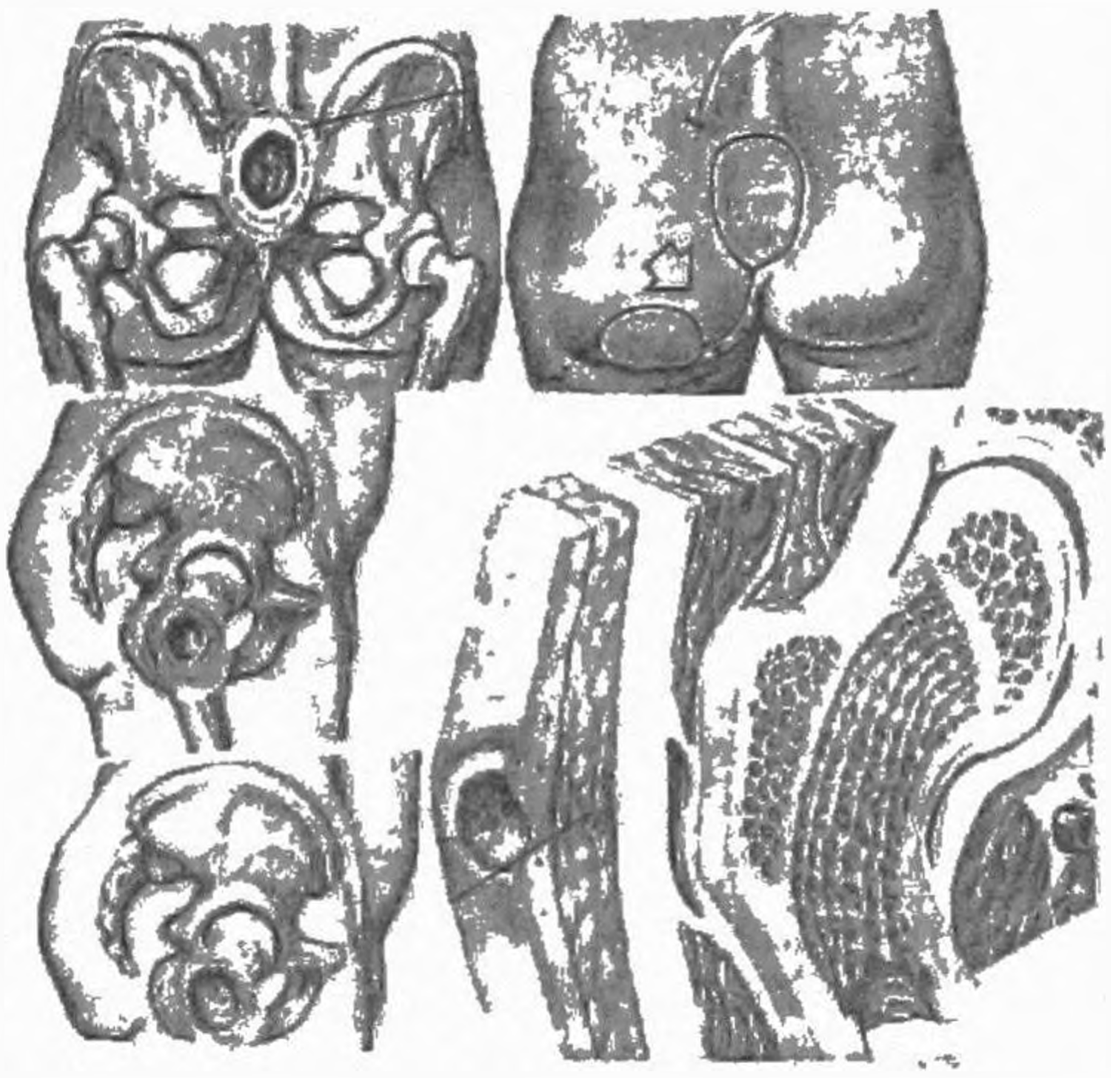
ДЕКУБИТУС У САКРАЛНОЈ РЕГИЈИ

спаваћица); лежање на закрпи и шаву постељног рубља,
- влага у постељи која настаје од телесних излучевина (мокраће, зноја, влаге од разних облога, крви, гноја и цревног садржаја),
- недовољна и лоша хигијена болесника и постељног и личног рубља,
- нестручно стављена имобилизација и завој који врше притисак на ткива и доводе до поремећаја периферне циркулације, што доприноси настајању декубитуса.

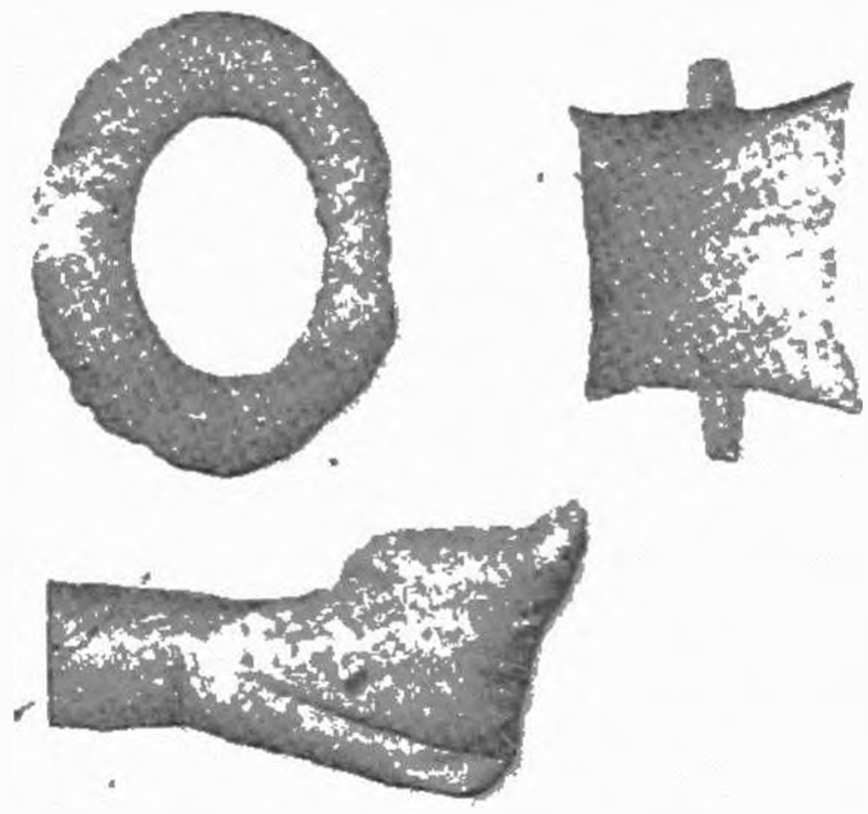
Ендогени (унутрашњи) **фактори** већ постоје у организму и резултат су обољења и насталих поремећаја:
- *diabetes mellitus* доводи до поремећаја и потпомаже настајање гнојних и некротичних процеса на разним деловима тела, јер настају и обољења периферних крвних судова,
- срчана и бубрежна обољења, услед стварања отока, доводе до поремећаја периферног крвотока,
- парезе и парализе нерава доводе до трофичних поремећаја, одузетости и неосетљивости појединих делова тела, тако да болесник не осећа притисак, ни болове, на одређеном делу тела, па ни потребу за променом положаја, што погоршава трофичне поремећаје у ткиву,
- појединци болесници у постоперативном току, због природе обољења, морају дуже да леже непокретни или сами не желе да се крећу, што омогућава брзо настајање декубитуса, нарочито кад постоје и други локални и општи узрочни фактори.

Декубитус настаје на типичним местима:
- на глави (потиљачна регија),
- на леђима, у пределу лопатица,
- дуж леђног и сакралног дела кичменог стуба,
- у пределу зглоба лакта, дуж спољашње стране,
- у пределу зглоба кука,
- на спољашњој и унутрашњој страни зглоба колена,
- у пределу скочног зглоба са спољашње и унутрашње стране и у пределу пете.

На овим местима кожа трпи притисак и она се називају предилекциона места за настанак декубитуса. Осим притиска на кожу, поремећај артеријског крвотока, едеми ткива, знојење и



ДЕКУБИТУС У ПРЕДЕЛУ ЗГЛОБА КУКА ЗБОГ СТАЛНОГ ПРИТИСКА НА КОЖУ И МЕКА ТКИВА



ГУМЕНИ ЈАСТУЧИЋИ ЗА ПОДМЕТАЊЕ ИСПОД УГРОЖЕНИХ ДЕЛОВА ТЕЛА

влажење коже знатно доприносе стварању декубитуса

Клинички знаци. — На месту притиска кожа постаје сува и бледа услед исхемије, и кад се тело одигне из постеље и престане притисак, кожа врло споро добија нормалну боју. Ускоро почиње на месту које је оштећено да се ствара црвенило, уз лак оток, а са мало јаче израженом црвеном мрљом у средини ова мрља се све више шири кружно и ствара везикулу — плик Везикула се брзо претвара у раницу, која постаје све већа услед изумирања ткива. Кожа постаје тамнија, а раница се кружно шири, тако да може да допре и до саме кости

Лечење декубитуса. — Лечење је комплексно, осим свакодневне неге и превијања декубиталне ране, нужно је лечити и основно обољење и отклонити све факторе који су довели до декубитуса Посебно треба обратити пажњу на побољшање општег стања болесника Примена методе физикалне терапије и рехабилитације саставни је део комплексног лечења декубитуса У новије време препоручују се сложене пластичне оперативне методе.

ПРОФИЛАКСА ДЕКУБИТУСА

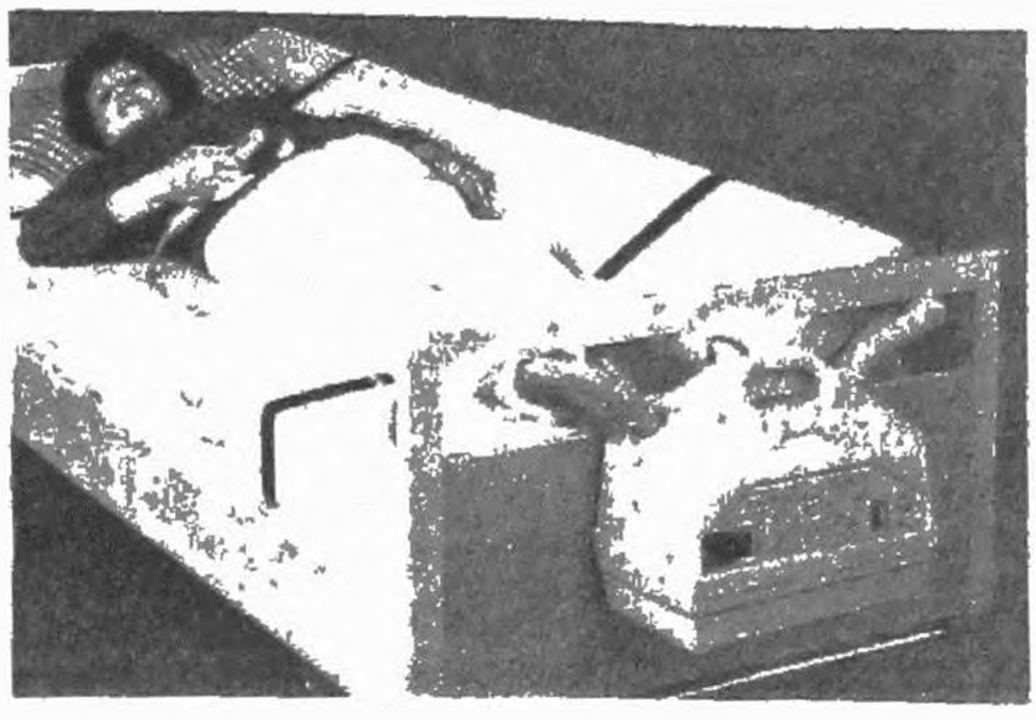
Свакодневно се спроводе следеће мере:

- лична хигијена болесника, умивање и регионално купање, уз запирање аналне регије после вршења велике нужде (дефекације);
- више пута у току дана кожа болесника се пребрише алкохолом или сапуницом и потом благо масира — да се побољша циркулација крви на деловима тела који у постељи трпе притисак;
- чешће се контролише постеља болесника; чаршави се добро затегну јер набори жуљају кожу и оштећују је на предилекционом месту за декубитус;
- постављају се улошци и јастучићи (ваздушни) испод пета, крсне кости, потилька главе и лопатица, да би се спречио спољни директни притисак на кожу,
- лична одећа болесника мора бити чиста, испеглана, не сме бити наборана и изгужвана, јер услед лежања и притиска на кожу, може да се оштети кожа и да дође до настајања декубитуса;
- повремено се мења и положај болесника у постељи (на свака 2 сата), чиме се спречава дужи притисак тела на одређену регију коже;
- повремено сестра помаже болеснику у постељи да изводи активне и пасивне покрете тела, да се подиже и спушта у постељи, а када то опште стање болесника дозвољава, помаже му да седи и устане из постеље;
- ако болесник има гипс или терапијску имобилизацију, сестра је дужна да контролише болесника да ли га жуља гипс, да ли осећа прсте на рукама и ногама, да ли је промењена боја и топлота коже О уоченим променама треба да обавести надзорну сестру и собног лекара;
- у савременој болници постоје специјалне постеље: душек од сунђерасте гуме, антидекубитор постеља која мења положај помоћу аутоматских команди. Ове постеље се користе за тешке и непокретне болеснике у профилакси декубитуса;
- невољно вршење нужде у постељи (мокрење и дефекација) оштећује кожу, па поред редовног одржавања хигијене полно-аналне регије болесника, треба редовно контролисати кожу у седалном и сакралном пределу;

– ожиљци после операције и опекотина на ногама (доњим екстремитетима) могу да ометају њихову функцију савијања и опружања, а појава отока (едема) у пределу скочног зглоба и губитак масног поткожног ткива у седалном и крсном пределу чине да је кожа мање отпорна на притисак, па треба редовно контролисати да ли је кожа измењена (декубитус);

– застој крви у периферним венама ногу (при инспекцији уочавају се змијолико проширене вене), или смањени проток крви због обољења артерија ногу (при инспекцији се уочава бледа боја коже која је на додир руке хладна) захтевају допунску контролу и бригу сестре због могућег развоја декубитуса,

– при примопредаји дужности између сестара прегледа се кожа болесника на местима где постоји декубитус (предилекциона места за декубитус) и по плану неге за тог болесника предузимају се мере ради профилаксе декубитуса



АНТИДЕКУБИТОР – СПЕЦИЈАЛНИ КРЕВЕТ

Када сестра уочи да је кожа болесника промењена на месту где трпи притисак, истањена, бледа или црвена дужна је да предузме мере које ће спречити развој декубитуса

НЕГА И ЗАШТИТА НОВОРОЂЕНЧЕТА И ОДОЈЧЕТА

Можда је мало чудно али је истинито: новорођена деца само спавају и једу. Према томе, основни задатак неге је да се обезбеди правилна исхрана, затим миран сан, да се новорођенче на време преповије и окупа.

КУПАЊЕ НОВОРОЂЕНЧЕТА

У току 7 до 10 дана, док не отпадне пупчани патрљак, кожа новорођенчета се негује стерилним уљем, а водом се запирају само глутеус и генитални органи Нега коже новорођенчета се обавља свакодневно Како би ова нега била брза и ефикасна, претходно се припреми потребан материјал Од материјала треба припремити следеће:

- *стерилне пупфере ваше;*
- *стерилне инструменте;*
- *стерилно уље у бочицама;*
- *пелене;*
- *прибор за негу чула;*
- *прибор за обраду пупчаног патрљка;*
- *бубрежњак;*
- *лавор са дезинфекционим средствима;*
- *хигијенску канту за прљаво рубље;*
- *додатно светло – покретну лампу*

У ДЕЧЈЕМ КРЕВЕТИЋУ ДЕТЕ ПРОВОДИ НАЈВЕЋИ ДЕО ДАНА И НОЋИ

Припремљени материјал треба сложити на емајлирану тацну, претходно опрану и дезинфиковану. Сто на коме ће се обрађивати новорођенче потребно је такође опрати и дезинфиковати и на крају га прекрити чистом пеленом Сестра или мајка која се припрема да негује новорођенче треба најпре да опере руке топлом водом и сапуном и да их дезинфикује алкохолом. Тацну са материјалом ставља на сто како би јој материјал био на дохвату руке.

Новорођенче се расповије у кревету; уколико је имало столицу, запере се. Дете се, уместо у пелену, ставља на сто и најпре почиње нега чула, а затим се обрађује пупчани патрљак.

Тупфери којима ће се дете брисати нешто су већи. Тупфер се узима пинцетом и изнад бубрежњака прелије стерилним уљем. Левом руком новорођенче се ухвати испод главе, глава се одигне од стола и брише космати део главе од чела према потиљку. Другим тупфером брише се врат, а затим редом: руке, предео испод пазуха, грудни кош, трбух, леђа, ноге, глутеус и, на крају, полни орган и аналпи део. За сваки део тела треба узети нови тупфер. При овом брисању обратити пажњу на превоје, добро их обрисати јер ту има наслага сирастог маза и длачица од пелена. Нарочито добро треба обрисати врат, предео иза ушију и испод пазуха, препонски део, шаке и стопала. На крају, новорођенче се повија и ставља у кревет, а материјал распреми. Ако се новорођенче обрађује ноћу или под неповољним условима (слабо осветљење), потребно је обезбедити и покретну лампу. Када пупчани патрљак отпадне и пупчана раница зарасте, новорођенче се купа као и одојче.

КУПАЊЕ ОДОЈЧЕТА

Свакодневно купање одојчета је најефикаснији начин за одржавање личне хигијене. Купање, топла вода и сапун скидају прљавштну са тела, али се купањем постиже и општа отпорност организма. Наиме, трљањем и другим потезима убрзава се циркулација крви којом се хране удаљени делови тела и виталпи органи. За време купања дете је много активније, те тако јача и мишиће.

Пре купања је потребно обавити одређене припреме како би се купање обавило брзо и без прекида.

Просторија у којој се дете купа може бити купатило или дечја соба. Међутим, пре тога просторија се мора очистити, опрати, дезинфиковати, проветрити и загрејати. Температура собе за време купања треба да износи 24—26°С. Врата и прозори се држе затворени. Температура воде којом се дете купа треба да одговара температури тела (36—37°С). Ако се за купање користи бунарска или нека друга вода, треба је претходно прокувати, јер вода мора бити бактериолошки исправна.

Од материјала за купање одојчета треба припремити:

- *топлу воду;*
- *неутрални сапун или шампон за купање;*
- *две тркачице;*
- *чешку — чешаљ;*
- *фитиљчиће за негу чула слуха и мириса;*
- *неутралну масти за глутеусе,*
- *више пелена;*
- *бубрежњак;*
- *термометар за воду;*
- *бенкице, кошуљице;*
- *хигијенску кантру за прљаво рубље.*

Припремљени материјал се ставља на покретна колица, која се померају према потреби, али су увек надохват руке сестри. Сестра или мајка која купа дете треба да има чисту униформу, заштитну пелену, да скине накит и да опере руке.

Пре него што почне купање, сестра треба да припреми повој. Прегледа ко-

шуљицу и бенкицу, ако је цела и има све пантљичице за везивање, увлачи рукав у рукав, савија преко половине и ставља на колица. Пелене за повој се сложе према начину повијања. Сто на коме ће радити, дезинфикује се и прекрије чистом пеленом. Одојче се расповије у кревету. Када га сестра узме, најпре умије лице Ако на лицу постоји нека инфекција, најпре се обради чуло вида. Меком пеленом лице се брише благим тапкањем.

Одојче се, затим, стави на сто и, уколико је то могуће, покрије пеленом. Сестра навуче трљачицу на руку, овлажи је водом и натопи шампоном или сапуницом Сапуњање, односно прање почиње од косматог дела главе, кружним покретима, од чела према потиљку. Затим се перу врат, руке — шаке, пазушна јама, грудни кош, трбух, леђа, ноге Трљачица се чешће спира и поново натопи сапуницом Другом трљачицом перу се полни органи и, на крају, анални део Одојче се затим узима левом руком, од аксиле, и спушта у каду, на чије дно треба поставити једну пелену. Сапуница се испира истим редом којим се обавља сапуњање. Одојче се, на крају, ставља на суву пелену и благим тапкањем брише Нарочиту пажњу треба обратити на превоје, јер заостале капи воде могу да оштете кожу Глутеални предео се намаже неком неутралном машћу и повије. На крају, дете треба очешљати четком или чешљем. Прљаво рубље се ставља у хигијенску канту и носи у за то предвиђену просторију, а остали материјал се распреми.

пирање се може обављати у купатилу или дечјој соби, изнад лавабоа

За запирање треба припремити:

- *топлу текућу воду*,
- *неутрални сапун*;
- *више пелена*;
- *неутралну маст или уље за мазање*,
- *меку фланелску трљачицу*,
- *хигијенску канту за прљаво рубље*

На столу за повијање припреме се чисте пелене и сложе за повој. Дете се расповије у кревету, левом руком се ухвате обе ножице и благо се подигну према трбуху. Десном руком пелене се скупљају увек према унутрашњој страни тако да чистији део пелене остане споља. Једну чисту пелену сестра ставља дуж своје руке од рамена и узима дете. Оно се углавном ослања на њену подлактицу, а ако може, у кади, ослања се и ножицама. Вода се регулише тако што се увек пушта хладна, а додаје топла. Када вода постане млака, десна рука се увуче у фланелску трљачицу, која се најпре покваси, затим насапуна и њоме се оперу генитални органи и глутеални делови. На крају, да би се спрала сапуница, дете се може ставити под млаз воде, тако да се вода слива од трбуха ка леђима. Трљачица се скида а дете се завије у пелену у којој је донесено до каде. На столу за повијање дете се обрише благим тапкањем пеленом. Мора се водити рачуна да се вода покупи, нарочито између два набора коже. На крају се намаже неутралном машћу и повије.

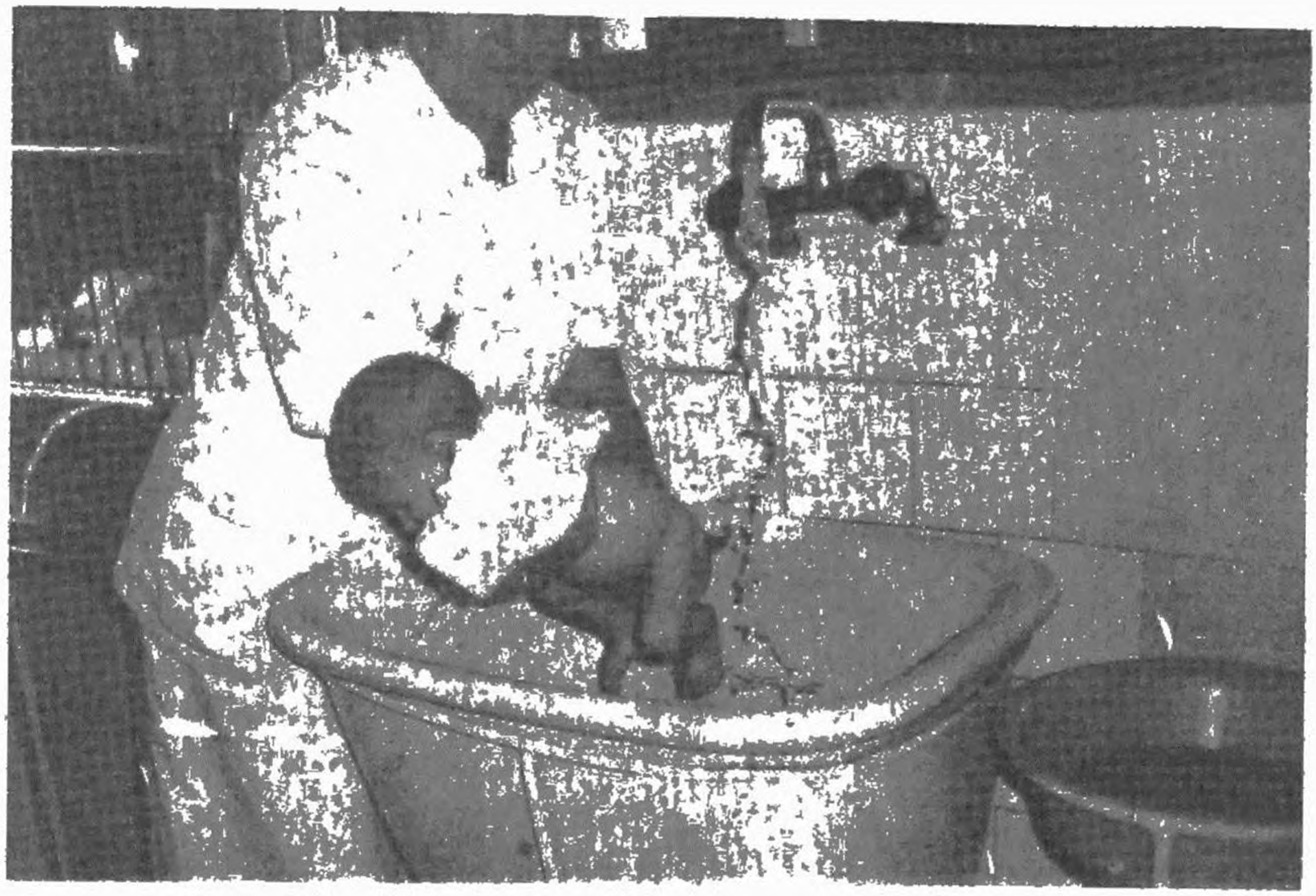
ЗАПИРАЊЕ НОВОРОЂЕНЧЕТА И ОДОЈЧЕТА

Запирање је посебан облик купања када се перу само поједини делови тела, запрљани столицом, мокраћом или другим секретима.

Запирање се обавља у току дана, када одојче има столицу или уринира. За-

НЕГА ОЈЕДА

Када се кожа новорођенчета и одојчета негује купањем или запирањем, потребно је да се обрати посебна пажња на оне делове тела где се најпре може појавити ојед. То су она места на телу где се додирују две површине коже (врат, аксиларна јама, ингвинални и



ЗАПИРИЊЕ ОДОЈЧЕТА

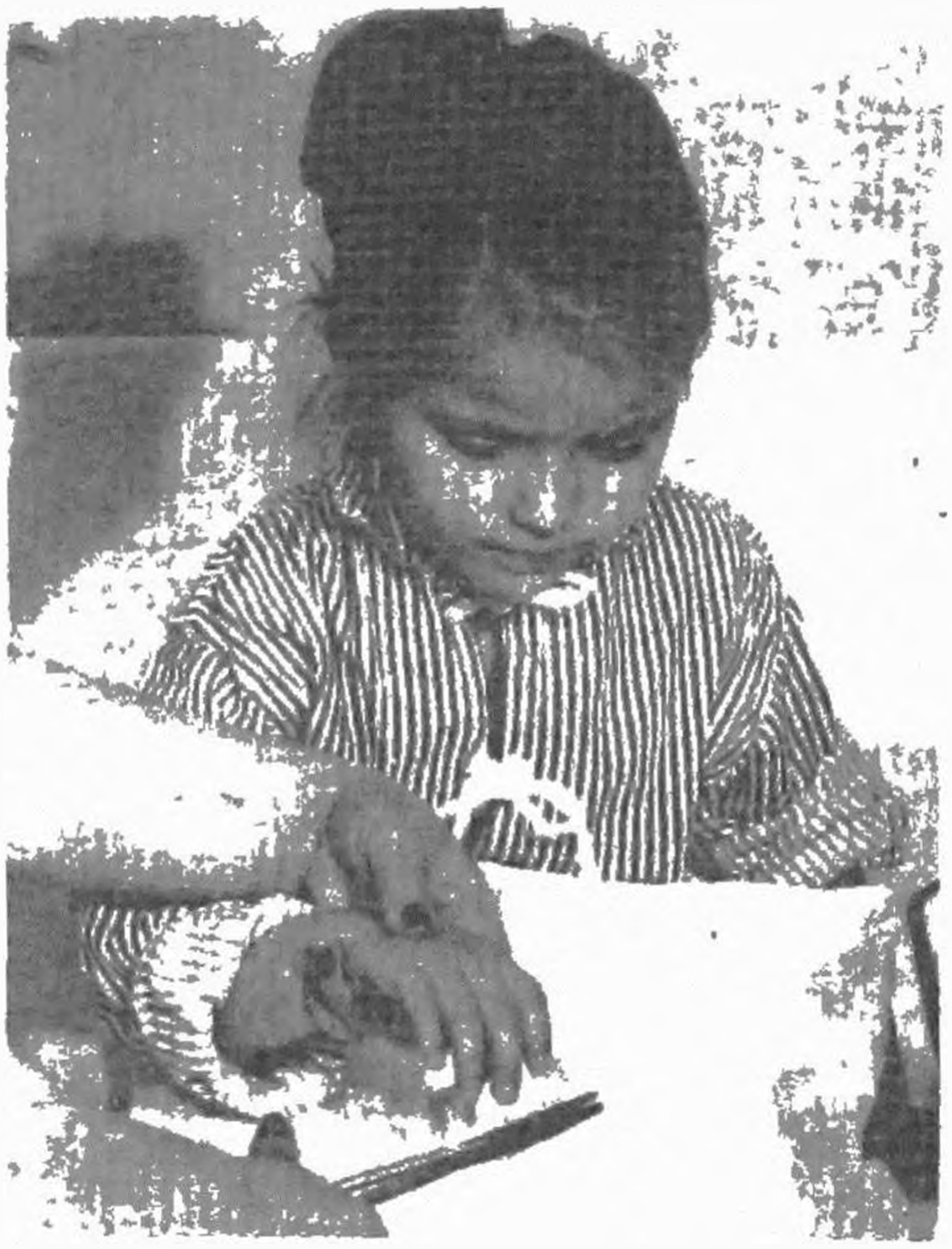
гениталии предели) Влажна кожа је добра подлога за развој микроорганизама, али и за појаву оједа Код детета које дуго остаје у влажним пеленама, које се облачи у пластичне гаћице и које се не запира пре сваког повијања, јавиће се ојед. Ојед је последица неправилне неге детета Он се некада може јавити и код добро неговане деце ако је кожа изузетно осетљива

Ојед се најчешће јавља у аногениталној регији Пелене које задржавају мокраћу и столицу на том месту су највлажније. Ојед се може јавити испод врата, нарочито ако је дете повратило млеко, које се задржи у наборима коже врата. На месту оједа најпре се јавља црвенило, а касније могу да се отворе мале ранице на кожи. Одојче је нервозно, плаче, јер оштећена кожа у контакту са мокраћом или пеленом пече и боли. Свакова оштећења коже увек су и улазна врата за продирање микроорганизама.

Превенција се састоји у правилној и редовној нези коже. Купањем, редовним запирањем, пажљивим брисањем и редовним пресвлачењем пелена спречиће се ове појаве; потребно је водити рачуна о томе да пелене увек буду добро испране од детерџената којима се перу и добро испеглане Мазање аногениталне регије стерилним уљем, неутралном машћу, посипање стерилним талком такође ће спречити појаву оједа Међутим, ако се ојед појави, лекар одређује лечење

ПОДСЕЦАЊЕ НОКТИЈУ

Одржаваље личне хигијене, уз негу чула и купање, подразумева и редовно подсецање ноктију Нокти се морају подсецати најмање једном до два пута седмично Дугим ноктима беба ће повредити кожу, правиће огреботине, најчешће на лицу. Испод дугих ноктију се сакупља прљавштина, у којој могу да се нађу и патогене клице или јаја паразита. Познато је да мало дете упознаје предмете у својој околини посредством чула укуса, па се на тај начин излаже опасности од инфекције. Нарочиту пажњу треба посветити хигијени руку и



ПОДСЕЋАЊЕ НОКТИЈУ

ноктију одојчета када оно почиње да пузи. Тада постаје радознало, све хоће да дотакне, а многи предмети нису увек идеално чисти.

За подсецање ноктију потребно је припремити следеће:

- *маказице;*
- *тупфер вате;*
- *75%-тни алкохол,*
- *пелену,*
- *бубрежњак.*

Маказице треба да буду мале; оштре и да служе само за подсецање ноктију. Треба да су од метала како би се повремено стерилисале. Материјал се стави на емајлирану тацну. Дете лежи на столу за повијање, у крилу мајке или сестре или у кревету, што зависи од узраста. Тупфером вате натопљеним алкохолом дезинфикују се маказице. Испод дечје руке постави се пелена савијена на четири дела. Сестра или мајка узима руку детета у своју руку тако да прстима фиксира длан, а палцем горњи део шаке. Тупфером вате дезинфикује сваки прст посебно. Маказицама, пажљиво да не повреди кожу, полукружно одсече сваки нокат, а врхове прстију поново дезинфикује. Одсечене делове ноктију сакупи у пелену и стави у бубрежњак На крају, руке треба опрати топлом водом и сапуном.

НЕГА ОЧИЈУ, НОСНИХ И УШНИХ ШУПЉИНА

Чула вида, мириса и слуха веома су осетљиви органи. Могућност повреде и услови за развој инфекције у њима захтевају од педијатријске сестре пажљиво припремање материјала и веома брижљиво извођење свих радњи око ових органа.

Чула се обрађују посебно само када постоји инфекција. Иначе, редовна нега чула се обавља сваког дана, пре купања

Од материјала је потребно припремити:

- *стерилне тупфере вате;*
- *фитиљчиће за нос и уво;*
- *стерилне инструменте;*
- *прокувану воду, или 3%-тну борну киселину;*
- *бубрежњак.*

Сто у дечјој соби најпре се опере и дезинфикује 3%-тним асепсолом, а затим се на њега стави чиста пелена. На сто се стави и тацна са припремљеним материјалом, а затим дете.

Нега чула почиње од чула вида. Тупфер вате се натопи прокуваном водом. Левом руком сестра придржава главу детета, а десном брише око, од спољашњег ка унутрашњем углу. Радња се изводи једним потезом, а затим се тупфер баца. Око се затим обрише сувим тупфером на исти начин, па се све то понови на другом оку.

После тога се обрађује чуло слуха. Ушна шкољка, тј. набори, најпре се обришу одозго надоле наквашеним

тупфером и одмах обришу сувим. Ушни канал, у коме има секрета (церумена) брише се фитиљчићем од ваге или готовим штапићем Ушна шкољка се мало повуче нагоре, фитиљчић се лагано увуче у ушни канал и благим окретањем чисти секрет.

Чуло мириса код деце се негује свакодневно а, по потреби, и више пута у току дана. Нарочито је важна проходност носних канала новорођенчета и одојчета које сиса. Накупљени секрет у носу може да отежа подој. Запаљење слузокоже носних шупљина са појачаним секретом (кијавица) такође отежава подој, односно правилно храњење детета.

Положај детета при чишћењу носа исти је као и за негу ока. Фитиљчић од ваге се пажљиво увуче у носну шупљину и благим окретањем сакупи секрет; фитиљчић се затим баца. То се понови и са друге стране. Ако је секрет у носним шупљинама сасушен, фитиљчић се претходно може покваснти прокуваном водом како би се лакше одстранио секрет. Ако је установљена инфекција једног чула (око, ухо), најпре се негује оно чуло које је здраво, па затим болесно, како се не би догодило да се инфекција пренесе, на пример, на оба ока.

Када се заврши нега чула, цело лице се обрише тупфером наквашеним у прокуваној води. Брише се од чела према брадн, покретима у облику броја три, најпре са једне, а затим са друге стране лица. Наравно, за сваки потез треба узети и чист тупфер. Тиме се завршава нега чула.

НЕГА УСНЕ ДУПЉЕ

Усна дупља не захтева свакодневну негу у првим месецима живота, посебно не док се дете храни мајчиним млеком, док дојн. Међутим, неопходан је стални надзор усне дупље.

У доба новорођенчета и млађег одојчета честе су гљивичне инфекције слузокоже усне дупље. Беба се најчешће инфицира од мајке, при проласку кроз порођајне путеве. Инфекција се може пренети са бебе на бебу за време појења или храњења преко прибора за храњење, али се инфекција може пренети и недовољно опраним рукама, нечистим пеленама итд. Недовољно стерилан прибор за храњење може за кратко време да инфицира велики број деце.

Soor (млечац) јесте гљивична инфекција слузокоже усне дупље. Јавља се у виду беличастих тачкица, налик на капи млека. Ове наслаге се најпре јављају на букалној слузокожи, меком непцу, језику Тачкице се касније спајају у виду скрама и покривају велику површину слузокоже. Ако се не примете на време, могу се ширити и даље, па тако захватају део дигестивни тракт или, што је ређе, и респираторни систем Беба са овом гљивичном инфекцијом отежано гута, може да повраћа, одбија дојку или храну и стагнира у напредовању.

Лечење soora одређује лекар, а педијатријска сестра на одељењу одмах предузима све потребне мере предвиђене у случају појаве инфекције (антисепса и асепса).

Нега усне дупље се наставља после појаве првих млечних зуба, који имају значајну улогу у чувању места трајним зубима. Ако се млечни зуби оштете или испадну пре времена, стални зуби ће расти неправилно а могу се јавити последице и у развоју вилице. Чим избију први зубићи, потребно је започети негу. Наравно, прва нега не подразумева четкицу и пасту, већ дрвени штапић, на чији се врх умота ватa. Ватa се натопи прокуваном водом или чајем од камилице, па се пажљиво бришу остаци млека или неке друге хране. Од друге године живота зубиће треба прати малом меком четкицом без употребе других

средстава После навршене треће године дете треба научити да редовно пере зубе четкицом и пастом после сваког оброка

ПРАЊЕ КОСЕ НОВОРОЂЕНЧЕТУ И ОДОЈЧЕТУ

Свакодневна нега детета подразумева и прање косе. Космати део главе је увек и најпрљавији део тела. Коса је изложена честицама прашине из ваздуха и лучењу знојних жлезда, што омогућава задржавање прљавштине на њој. Ако се дете у летњим месецима још и зноји због веће топлоте, коса ће бити и прљава и улепљена Код малог детета коса се пере свакодневно, најчешће ујутру, када се обавља нега и осталих делова тела

За прање косе потребно је припремити следећи материјал.

- *топлу текућу воду,*
- *неутрални сапун или шампон,*
- *фротирску тркачицу,*
- *више пелена,*
- *чешаљ, меку четкицу од природне длаке,*
- *по потреби — фен за сушење косе*

ТЕК КАДА СЕ ЗАВРШИ КУПАЊЕ И ПРЕСВЛАЧЕЊЕ, МОЖЕ СЕ ПРИСТУПИТИ ХРАЊЕЊУ ДЕТЕТА

Прање косе новорођенчета и одојчета започиње на столу за повијање Сестра ставља на руку трљачицу, коју је претходно покваснла водом Коса се покваси водом, а затим се на трљачицу натрља сапун или сипа шампон. Кружним покретима почиње прање косе од чела према потиљку, при чему се води рачуна да сапун или шампон не доспе до очију детета. При сапуњању и прању треба добро опрати део главе на коме је велика фонтанела како би се спречила појава темењаче Када се прање заврши, узима се дете у наручје, заштићено пеленом, лицем окренутим у страну. Вода на чесми се регулише и спира сапуница. Дете се враћа на сто и пуњом фланелском пеленом обрише му се коса. За време брисања покрети руку су кружни, јер се тако убрзава циркулација крви на глави, а брисање може да траје и нешто дуже. Ако је потребно, коса се може досушити феном На крају се очешља четком и чешљем да дете и лепо изгледа.

СКИДАЊЕ ТЕМЕЊАЧЕ

Код извесног броја новорођенчади и одојчади постоји склоност ка стварању масних наслага на косматом делу главе Оне настају због десквамације коже, затим од продуката знојних и лојних жлезда, честица прашине и неправилног неговања детета. Те наслаге називају се темењача. Чешће се јављају у породици него у стационарним установама. Младе мајке се нарочито плаше да при купању оперу и део главе на коме је велика фонтанела Плаше се да не повреде дете.

Наслаге на глави су добра подлога за развој бактерија. Осим тога, непријатне су и сврбе. Дете је нервозно, покушава да се чеше и ако му то успе, може да повреди кожу. Темењача се скида чим се примети, најбоље помоћу стерилних уља.

Увече, пре спаваља, натопи се већи тупфер вате или газе стерилним уљем којим се негује кожа новорођенчета Преко тупфера се детету стави капа или се од пелене направи марама и повеже, па се остави да преноћи. Скрама се од уља размекша, а сутрадан скида постепено тупим чешљем Испод главе се стави пелена Левом руком детету се мало одигне глава, а десном се чешља од чела према потиљку Ако је скрама већа, не треба је на силу скидати како се не би повредила кожа Поступак са уљем може се поновити и више пута Када се цела скрама скине, коса се опере сапуном и водом, а кожа главе намаже неком неутралном машћу

ОДЕЋА ДЕТЕТА

Одећа детета заузима важно место у нези и подизању детета и очувању његовог здравља. Неподесна одећа може лоше да утиче на психомоторни развој. Нехигијенска одећа, лоше опрана и лоше пеглана такође ће лоше да утиче на правилан развој. Прљава одећа изазива честе инфекције, које могу да зауставе правилно напредовање детета.

Недовољно испрана одећа, одећа са великим и крутим шавовима изазива оштећења на кожи, прави оједе. Сваки узраст детета захтева и различиту одећу.

Одећу новорођенчета чине:

- *пелене од тетра-платна и фланела;*
- *кошуљице;*
- *бенкице,*
- *троугаоне мараме;*
- *специјалне гаћице за широко повијање.*

Како дете расте, мењају се и физичке активности. Дете почиње да седи, пузи и, на крају, прохода. И одећу треба прилагодити тим активностима.

У доба одојчета број одевних предмета се повећава.

У одећу одојчета убраја се следеће

- *пелене,*
- *кошуљице,*
- *бенкице*
- *„зеке" (гаћице чарапе, патике из једног дела),*
- *патикице,*
- *чарапице,*
- *џемперчић,*
- *мараме – капе за покривање главе*

Одећа малог детета састоји се од следећих обавезних предмета

- *кошуљице*
- *бенкице,*
- *спаваћице,*
- *гаћица;*
- *панталоница,*
- *ципелица и чарапица*

За дете до три године живота одећа се разликује по величини и по крају, али заједничко за сву одећу у овом узрасту треба да буде следеће

- беспрекорна чистоћа свих одевних предмета,
- да материјал који се користи за израду одевних предмета има хидрофилну моћ, тј да добро упија влагу;
- да се лако пере и пегла,
- да материјал буде беле боје, јер се лако уочава прљавштина,
- да најчешћи материјал који се користи за израду одевних предмета буде од тетра-платна, фланела или неке друге памучне тканине

До трећег месеца живота сви одевни предмети треба да су од материјала беле боје Одевни предмети се свакодневно перу, искувавају и пеглају, што не би могло да се постигне са дезенираним материјалима. После трећег месеца могу се додати и одевни предмети од дезенираних тканина, али се води рачуна да бје буду постојане како се при прању и искувавању не би отрле Синтетички материјал не треба користити за прављење одеће за одојче и мало дете.

Синтетичка влакна не пропуштају ваздух, одевни предмети од синтетике се лоше перу, не могу се пеглати; једном речи, не одговарају хигијенским мерилима.

ВРСТА ОДЕЋЕ

Пелене се шију од две врсте материјала од тетра-платна и од фланела Од тетра-платна беле боје праве се пелене чије димензије износе 90 × 90 cm. Ова врста платна је лака, прозирна, веома хидрофилна, лако се пере и пегла. Шавови на пеленама треба да су мали и меки како не би жуљали бебу Пелене од тетра-платна се више користе у летњим месецима

Пелене од фланела су пуније и топлије; шију се на исти начин као и тетра-пелене, а користе се у хладнијем периоду или ако бебу треба више утоплити

Кошуљица се шије од меког памучног платна Шавови треба да су добро обрађени тако да не оштећују кожу бебе Кошуљице се учвршћују пантљикама, најчешће на раменима. Мора се водити рачуна да кошуљица не буде сувише широка, а ни сувише тесна, јер ни једно ни друго није добро. Најбоље је када се величина кошуљице одабира према физичком изгледу детета, а по дужини — допире до пупка. У добро одабраној кошуљици беба мора да се осећа пријатно.

Бенкица се шије од пуније памучног платна, најчешће од фланела. Може се користити и памучна трикотажа, али не и бенкице које се шију од синтетичких влакана. Крој и везивање су исти као и код кошуљице, али је бенкица шира и краћа.

Патикице одојчета су прва обућа. Оне почињу да се користе најчешће од половине прве године. Могу се сашити од фланела или исплести од меке вуниче. Треба да буду комотне, а по облику су најбоље оне које су сличне дубоким ципелицама

Чарапе се уводе у одевне предмете код старијег одојчета. Најбоље су чарапице од памука, али могу бити и од меке вунице Обувају се беби кад се изводи у шетњу или када је хладно. У дечјој соби се облаче у време када дете почиње да пузи, а касније када прохода.

Панталонице („зеке") се израђују тако да су гаћице, чарапице и патикице из једног дела Шију се од дезенираног фланела или од меког фротира. Потребно је да су нешто шире јер се беба најпре преповије пеленама, па се преко пелена облаче зеке.

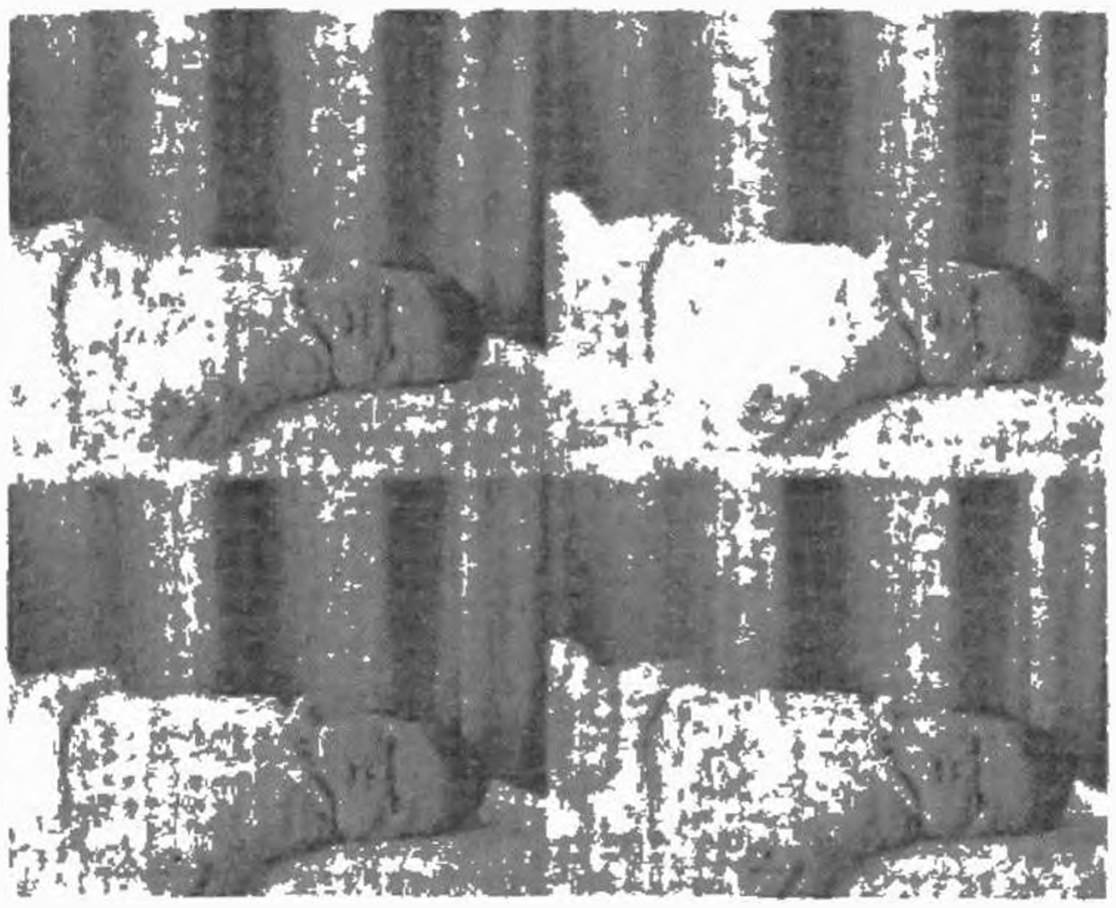
Ципелице се обувају тек детету од годину дана, када почиње да прави прве самосталне кораке. Ципелице за овај узраст треба да су направљене од фине, меке коже, лако савитљиве, са меким и танким ђоном на коме нема потпетице. У почетку, најбоље су дубоке ципелице, јер је дете нестабилно, а дубока ципелица досеже до скочног зглоба, који тако постаје стабилнији при ходу. У зимском периоду обувају се топле ципеле постављене крзном или вуненом тканином

ПОВИЈАЊЕ И ОБЛАЧЕЊЕ ОДОЈЧЕТА

СВОЈСТВА ПОВОЈА

Циљ повијања је да се сачува телесна топлота, заштити кожа од спољних утицаја и да се осигурају правилне функције одојчета. Због тога повој новорођенчета треба да испуњава следеће услове:

- да буде од меке памучне тканине, тако да не дражи кожу, а ткање да буде ређе да би било могућно проветравање коже и да би се избегло сувишно загревање;
- да буде добро опран (прокуван) и испеглан како би се спречиле инфекције коже;



ПОВИЈАЊЕ ТРЕБА ДА СЕ ПРИЛАГОДИ ВРЕМЕНСКИМ ПРИЛИКАМА. НАЈБОЉЕ ЈЕ ДА ПОВОЈ БУДЕ ОД МЕКАНЕ ПАМУЧНЕ ТКАНИНЕ

— да нема круте шавове.

Сви начини повијања одојчета морају да задовоље неке захтеве, као што су:

— повијање се мора прилагодити временским приликама, односно топлоти и хладноћи просторије у којој одојче борави. Другчије речено, повој штити дете од хладноће или сувишне топлоте;
— повијање штити бебу од инфекције и од повреда;
— повијање треба да учини да беба и лепо изгледа;
— при повијању не треба стезати одојче јер му се тиме онемогућује слобода покрета. Такође, сувишно стезање повоја омета правилну циркулацију, дисање, варење, развитак костију и мишића. У нашем народу постоји распрострањена предрасуда да одојче треба чврше повити да би било право и јако. Међутим, повој не сме да буде ни сувише лабав. Снажније новорођенче и одојче ће се расповити и тада настају прехладе;
— претопљавање услед сувишног повијања опасно је као и прехлада. Правило је да руке буду слободне, а на главу се ништа не ставља;
— млађе и слабије одојче треба повити у топлије пелене, а јаче и старије у тање пелене.

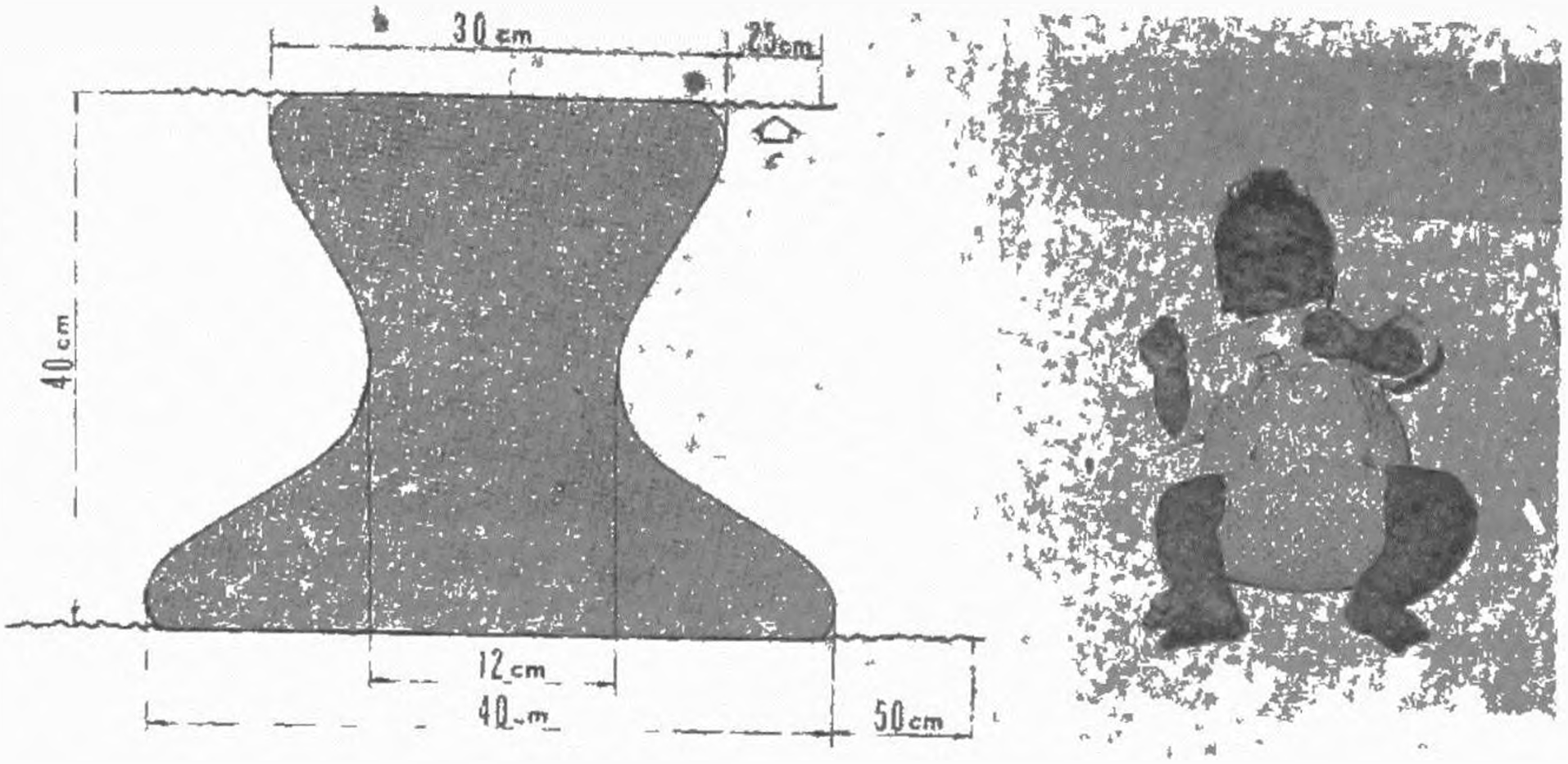
ОБЛАЧЕЊЕ

Облачење се обавља према редоследу који се поштује јер се тиме дете навикава на ред од првих дана живота. Најпре се облаче кошуљица и бенкица, а доњи део тела се увија пеленама. Који ће се повој применити, зависи од узраста детета, његовог здравственог стања и других фактора. Као што је напоменуто, при облачењу, као и при повијању, потребно је придржавати се одређеног редоследа, а посебно водити рачуна да се облачење и повој прилагоде временским приликама и стању детета. Деца која су претопљена нису у стању да се адаптирају на промене температуре и због тога се лакше прехладе. Зато је боље дете лакше обући, а више припазити на њега.

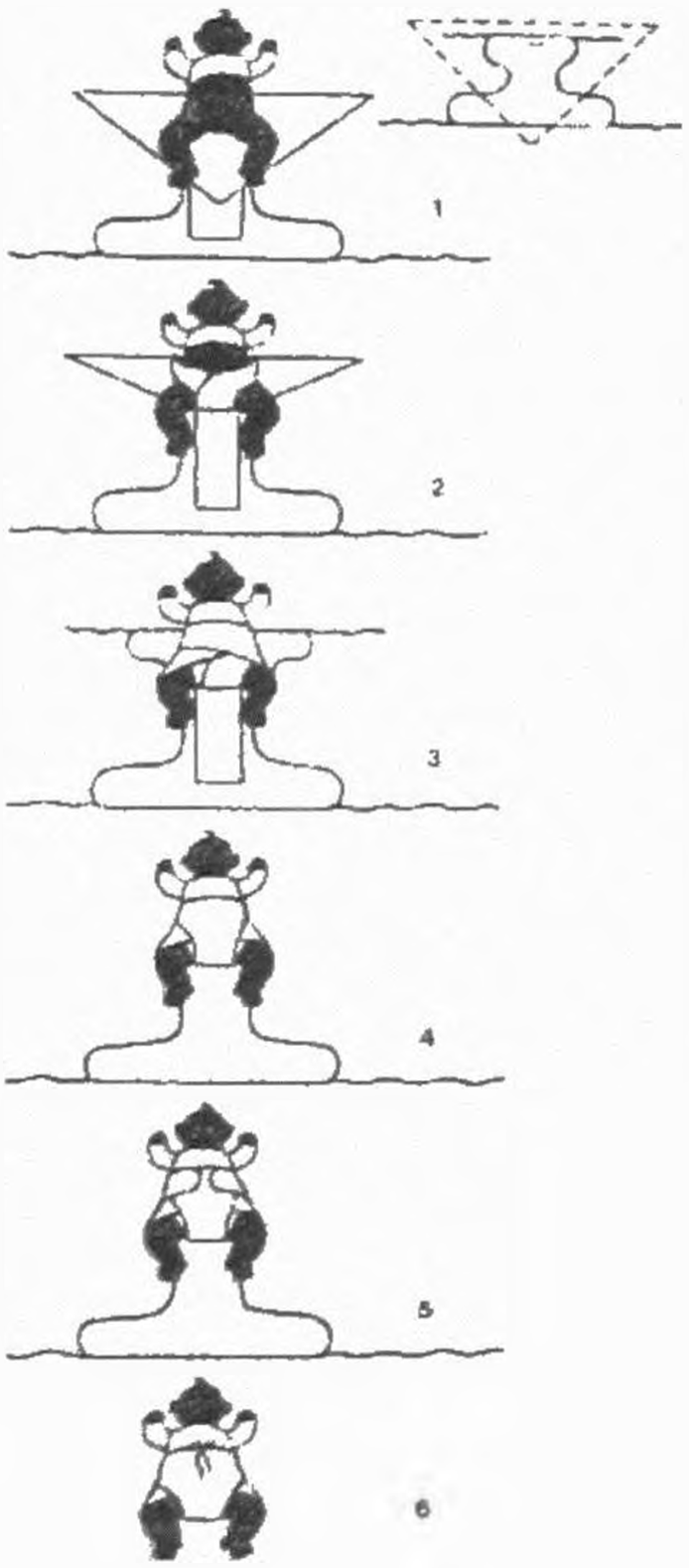
Када је детету хладно, оно изгуби ружичасту боју образа, постаје бледо и немирно.

САВРЕМЕНО ПОВИЈАЊЕ НОВОРОЂЕНЧЕТА И ОДОЈЧЕТА

Сврха савременог повијања, поред осталог, јесте и да омогући правилан развој зглоба кука. Једино исправно повијање је тзв. широко повијање помоћу две пелене и специјалних дезенираних гаћица са сунђерастим улошком. Ово повијање обезбеђује новорођенчету и одојчету слободне покрете руку и ногу, а примењује се у првих пет месеци живота. Сам положај ногу при овом повоју — полураширене бутине („жабљи"), при чему су покрети у зглобу кука слободни — стимулише правилан развој чашице и зглоба кука. Наши дечији ортопеди усвојили су јединствену методу за борбу против мишчашења кука. Једна од мера је и упутство за правилно повијање одојчета. Ево тог упутства:



ПЛАТНЕНЕ ГАЋИЦЕ ЗА ШИРОКО ПОВИЈАЊЕ



УПУТСТВО ЗА ПРАВИЛНО ПОВИЈАЊЕ ОДОЈЧЕТА

1) за повијање се употребљавају две тетра-пелене и гаћице за широко повијање (беле платнене или дезениране, са сунђерастим улошком). На сто за повијање најпре се рашире гаћице тако да се ужи део постави нагоре, односно шири надоле. Преко њих се стави четвороугаона сложена тетра-пелена, а на њу се положи троугаоно двоструко савијена друга тетра-пелена;

2) новорођенче се, односно одојче, постави у средину троугла пелене. Један доњи крај двоструко сложене троугаоне пелене повлачи се нагоре и преко унутрашње стране супротне бутине детета; исто се чини и са другим крајем те пелене;

3) крајеви троугаоне пелене, са стране, обавију се преко трбуха. Пелене треба наместити тако да су што мање наборане и да добро покривају Преко њих се пребацује кошуљица;

4) двоструко сложена четвороугаона пелена се пребацује између бутина на предео трбуха;

5) горњим, ужим крајевима платнених гаћица причвршћују се обе пелене са кошуљицом, при чему се траке везују на средину трбуха;

6) преостали, шири део гаћица се преклапа преко већ причвршћеног и везаног дела, крајеви се, заједно са тракама, обавију око трбуха и везују на предњој страни.

Троугаона марама, савијена као појас, постави се са горње стране трбуха одојчета, обавије око целог тела, на леђима се укрсте крајеви појаса и извуку према препонама. Два краја прве троугаоне пелене, који су остали између ногу, одвоје се један ка левој а други ка десној препони, где се везују са крајевима троугаоне појас-мараме.

Преко овог повоја, који подсећа на . ашице, облаче се или „зеке" или се ножице могу заштитити памучним чарапама и лаким патикама

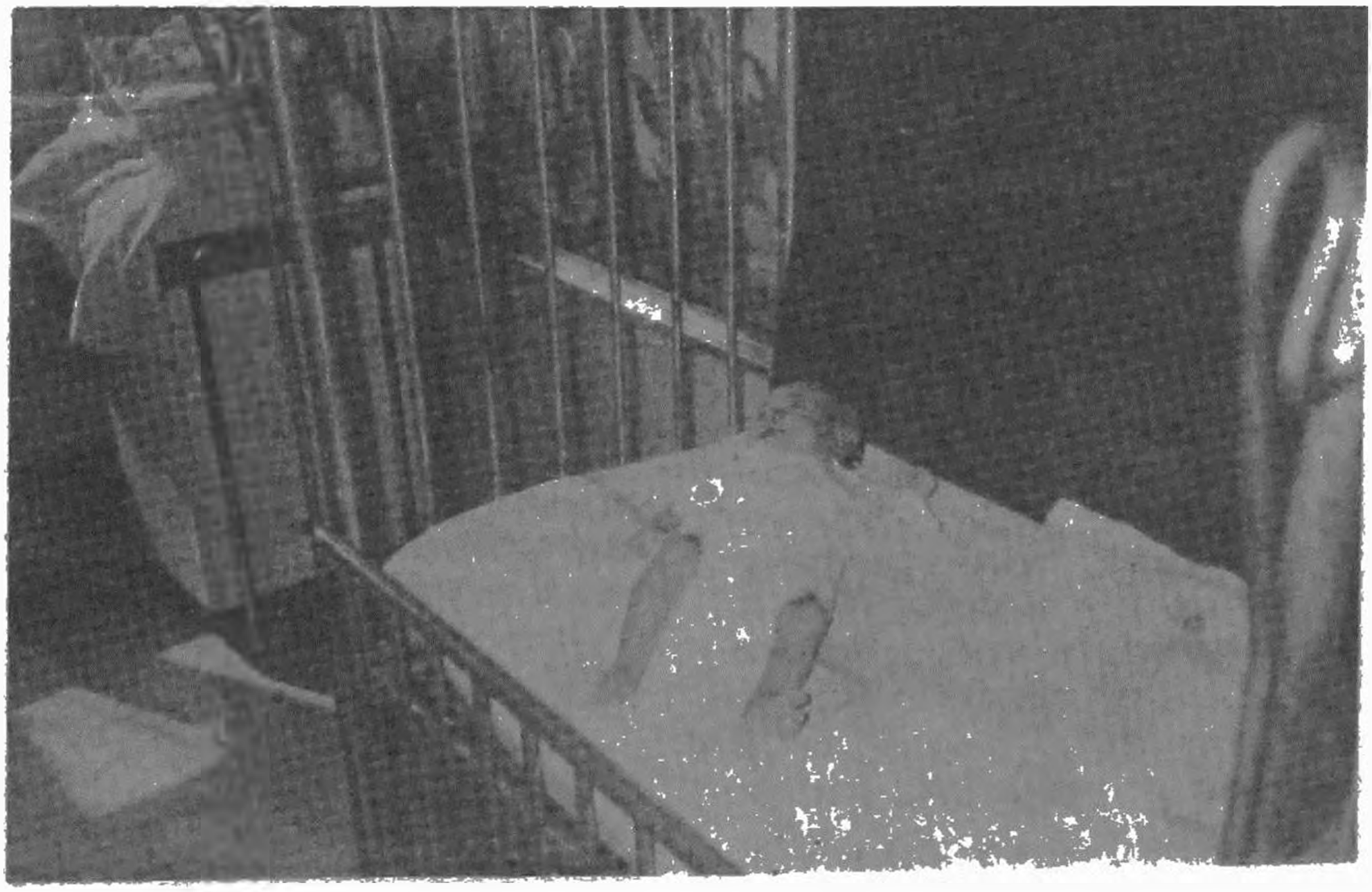
УЧЕСТАЛОСТ ПОВИЈАЊА

Не постоји строги пропис о броју повоја у току 24 часа, али беба се повија приближно 6 – 7 пута. Број повоја зависи од стања бебе, броја столица и других фактора,

Непосредно после рођења беба се обради, окупа, провери јој се телесна маса и телесна висина, а затим преповије у топле пелене и стави у кревет да се одмори Ово је први повој новорођенчета Даљи редослед преповијања углавном следи потреба новорођенчета и одојчета „Нема довољно пелена" не сме никада да буде разлог да беба дуго остане мокра. Новорођенче и одојче се повија када су пелене мокре од мокраће или када је беба имала столицу Пелене се мењају и када се запрљају приликом неких медицинских интервенција Врло је лако уочити мокре пелене. Многе бебе, плачем и мешкољењем у кревету. и саме стављају до знања да је време за промену пелена Ако се зна да одојче има веома осетљиву кожу, надзор особа које негују бебу треба да је чешћи

Од промене мокрих пелена може се одустати само у случају када беба спава. Није потребно будити бебу и прекидати јој сан, али је важно да мокра беба буде добро покривена. Новорођенче и млађе одојче увек је боље повијати пре узимања оброка

Мокре и запрљане пелене могу изазвати прехладу, затим оштећење коже – ојед, али и инфекцију Могућност ин-



ПРАВИЛНО ПОВИЈАЊЕ ОДОЈЧЕТА

фекције је нарочито могућа код женског новорођенчета и одојчета јер су генитални органи отворени, а продирање клица лакше

ПРАЊЕ ДЕЧЈЕГ РУБЉА

Запрљане пелене столицом или мокраћом могу на дечјем одељењу да представљају извор инфекције. Зато их никада не треба бацати на под и остављати по столовима за повијање. Треба их стављати искључиво у хигијенске канте за то предвиђене. Када се хигијенска канта напуни прљавим дечјим рубљем, припреме се специјалне кесе од јачег платна у које се пребацује прљаво рубље и тако односи у перионицу, јер није добро када се пелене и друго рубље остављају дуго прљави.

У стационарним установама све рубље се пере у машинама за прање рубља. Педијатријска сестра треба да зна да се дечје рубље, пелене, кошуљице, бенкице, троугаоне мараме и др. морају издвојити од осталог рубља. За прање и искувавање пелена користе се различите врсте детерџената, у чији састав улазе и неке хемијске супстанце које оштећују нежну дечју кожу, а то се не може избећи. Могу се, међутим, пелене, кошуљице, бенкице, гаћице, испирати више пута, са доста чисте воде, како би се одстранили остаци тих детерџената.

Дечје рубље се, у стационарним установама, суши у специјалним просторијама — сушионицама — далеко од прашине и других извора прљавштине.

Добро опраном, а лоше испегланом пеленом неће се направити добар повој. Пелена која није испеглана како ваља прави наборе, жуља бебу, оштећује кожу. Најбоље их је пеглати ручно, али и ваљци — апарати за пеглање, ако се њима правилно рукује, могу добро да испеглају дечје рубље.

Дечје рубље се не сме држати на отвореном простору, столу, дечјем кревету и сл. За чување дечјег рубља потребно је обезбедити чист ормар, са вратима која се добро затварају. Овакав ормар се не сме користити за чување других предмета (униформе, свеске итд)

Ако је потребно чувати известан број као резерву, најбоље их је упаковати у специјалне чисте платнене вреће, а затим вреће сложити у ормаре који се затварају

Често се за негу недоношчета или оштећеног новорођенчета користе пелене које су претходно стерилисане. Овакве пелене стерилишу се у аутоклаву, а до употребе чувају у специјалним кутијама — добошима, у којима су и стерилисане.

ПИТАЊА И ЗАДАЦИ

1. *ОПИШИ НОРМАЛНО НОВОРОЂЕНЧЕ ДАЈУЋИ ИНФОРМАЦИЈЕ О*
   - *ПРОПОРЦИЈАМА ТЕЛА,*
   - *ТЕЛЕСНОЈ МАСИ,*
   - *ОБИМУ ГЛАВЕ,*
   - *ОБИМУ ГРУДНОГ КОША,*
   - *ТЕМПЕРАТУРИ,*
   - *ПУЛСУ;*
   - *РЕСПИРАЦИЈИ;*
   - *КРВНОМ ПРИТИСКУ.*
2. *ОПИШИ ФИЗИЧКИ, ПСИХИЧКИ И СОЦИЈАЛНИ РАЗВОЈ ОДОЈЧЕТА*
3. *КАДА ОДОЈЧЕ ПОЧИЊЕ ДА СЕ СОЦИЈАЛИЗУЈЕ И КОЈИ СУ ОБЛИЦИ ЊЕГОВЕ ПРВЕ СОЦИЈАЛИЗАЦИЈЕ? ГДЕ СЕ НАЈБОЉЕ И НАЈБРЖЕ СОЦИЈАЛИЗУЈЕ: У ПОРОДИЦИ И У ДРУШТВУ СВОЈИХ ВРШЊАКА?*
4. *НЕГА БОЛЕСНИКА СЕ МОРА ИНДИВИДУАЛИЗОВАТИ. ОБЈАСНИ ШТА ТО ЗНАЧИ И НАВЕДИ ПРИМЕРЕ.*
5. *ОБЈАСНИ УЛОГУ ЧИСТОГ РУБЉА У ПРЕВЕНЦИЈИ ДЕКУБИТУСА*
6. *НАВЕДИ СВЕ ОНО ШТО СЕ МОРА ПРИПРЕМИТИ ЗА КУПАЊЕ БОЛЕСНИКА У КРЕВЕТУ*
7. *ОБЈАСНИ ЗАШТО ДОБРА ЛИЧНА ХИГИЈЕНА И НЕГА СПРЕЧАВА КОМПЛИКАЦИЈЕ И ПОМАЖЕ У РЕХАБИЛИТАЦИЈИ?*
8. *ОПИШИ РАЗЛИКУ У САДРЖАЈУ И НАЧИНУ НЕГЕ ИЗМЕЂУ ЛАКОГ, СРЕДЊЕГ И ТЕШКОГ БОЛЕСНИКА*

9 НАВЕДИ НЕКОЛИКО БИТНИХ ЗНАКОВА И СИМПТОМА КОЈИ УКАЗУЈУ ДА ЈЕ БОЛЕСНИК ТЕЖАК

10 НАУЧИ ЗНАЧЕЊЕ ОВИХ РЕЧИ

– АКУТНО,
– ХРОНИЧНО,
– ТЕРАПИЈА,
– ИНКОНТИНЕНЦИЈА,
– КОНТРАИНДИКОВАНО,
– ОБЕСИТАС,
– МУСКУЛАРНА АТРОФИЈА,
– МАЛФУНКЦИЈА,
– АКСИЛА,
– АНОРЕКСИЈА,
– КОНСТИПАЦИЈА,
– ФЕЦЕС,
– ДИЈАРЕЈА,
– ОЛИГУРИЈА,
– АНУРИЈА,
– ОПСТРУКЦИЈА,
– ДИСПНЕЈА,
– ОРТОПНЕЈА,
– АСПИРАЦИЈА,
– ДИЈАГНОЗА,
– ПРОГНОЗА

ПЕТИ ДЕО

НЕКЕ ДИЈАГНОСТИЧКЕ И ТЕРАПИЈСКЕ ПРОЦЕДУРЕ

УЗИМАЊЕ МАТЕРИЈАЛА ЗА ДИЈАГНОСТИЧКА ИСПИТИВАЊА – ДИЈАГНОСТИЧКИ ТЕСТОВИ

Дијагностички тестови имају значајну улогу у модерној медицини. Помоћу њих здравствени тим је у стању да брже и тачније идентификује узрок болести и примени брзо лечење. Број и сложеност ових тестова се стално повећава упоредо са прогресом у медицини. Мада медицинска сестра не ради сама све тестове, њена улога у сакупљању материјала и у припреми детета је веома значајна

Сви дијагностички тестови се могу груписати у две велике категорије, и то на:

- тестове који се раде на материјалу узетом од самог детета,
- тестове у вези са прегледом самог детета (мерења, рендгенски прегледи).

Сваки од ових тестова захтева њихово познавање и услове под којима се припремају и обављају. У супротном, може се добити погрешан резултат.

ВРСТЕ МАТЕРИЈАЛА ЗА ТЕСТОВЕ И ОПШТИ ПРИНЦИПИ УЗИМАЊА УЗОРАКА

Продукти екскреције, крв, гастрични сокови, слуз, спиналнa течност, ликвор и узета ткива јесу материјали који се узимају за тестирање да би се поставила права дијагноза. Најчешће се испитују крв и мокраћа, нешто ређе столица, спутум (испљувак) и други материјали.

Да би се обезбедила тачност и употребљивост сваког теста, неопходно је придржавати се следећих правила при сакупљању материјала за било који преглед

- потребно је узети у обзир неке специјалне околности које захтева одређени тест На пример, нека испитивања крви захтевају да се болесник посматра 8 до 12 часова пре узимања крви;
- узорак који се узима за испитивање не сме бити контаминиран страним материјалом;
- посуда за узимање и преношење материјала мора бити одговарајућа и чиста, а у неким случајевима и стерилна;
- при сакупљању материјала сестра мора да обезбеди да узорак буде свеж, незагађен и у свему у складу са датим упутствима. Наравно, при томе мора да се обезбеди да се детету не повреди кожа, слузокожа и др.;
- узорак мора да се обележи веома коректно:
- узорак треба што је могуће пре доставити лабораторији, осим у извесним случајевима, када може привремено да се чува у фрижидеру.

ОЗНАЧАВАЊЕ УЗОРАКА ЗА ПРЕГЛЕД

У педијатријској пракси и у рутинским лабораторијским испитивањима постоје различити облици означавања и слања материјала. Разне установе имају различите формуларе, али, у основи, сви они садрже следеће неопходне податке

- име и презиме детета,
- назив установе и број који ближе означава, идентификује дете, на пример број картона, број историје болести, назив одељења, број кревета и др.,
- назив и опис узорка (нпр мокраћа узета катетером или без катетера),
- датум и час узимања — сакупљања,
- назив прегледа који се захтева (нпр уринокултура, копрокултура), као и друге инструкције за преглед.

ПРИПРЕМА ДЕТЕТА ЗА УЗИМАЊЕ МАТЕРИЈАЛА

Деца се подвргавају великом броју тестова и прегледа. Мада је реч о узимању узорака из појединих делова тела, требало би знати да се помоћу њих заправо одређује здравље целог организма, на пример његови метаболички процеси, електрични импулси у мозгу или срцу, физиолошке реакције итд. Да би ови прегледи имали вредност, неопходно је да се дете припреми тако да буде у стању које захтева стандардизовани метод одговарајућих испитивања Припрема детета може бити општа и специфична.

Педијатријска сестра мора да разуме значај ових припрема и да зна како да их спроведе.

Општа припрема обухвата објашњавање детету да би се умањио страх, затим обезбеђење физичког одмора и подршка емоционалној стабилности детета у таквој ситуацији Јер, мада већина тестова нису болни и исцрпљујући, мало је деце која се не плаше од начина узимања материјала за преглед Не постоји јединствен рецепт за сву децу Према томе, педијатријска сестра мора пронаћи најбољи приступ за одређено дете

На пример, ако је дете старије њему се може много објаснити Могу му се дати објашњења појединих поступака при узимању материјала Тиме се оно психички припреми и често је после тога у стању да сарађује Деца најчешће имају визуелне представе Ако само чују неколико речи успутно изговорених као „Учинићемо то сутра", она могу да пате и страхују целе ноћи од инјекција и других њима непознатих процедура Да би их ослободила таквог страха, педијатријска сестра мора да им понуди упрошћена, али истинита објашњења

Физички мир је значајан и за физичку и за психичку припрему детета Одговарајући тестови захтевају да се дете непотребно не узнемирава претходне ноћи.

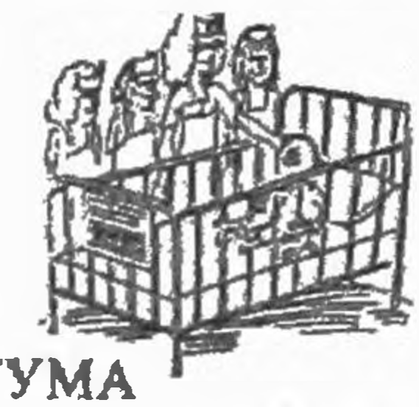
Напори да се дете и емоционално стабилизује пре извесних испитивања сврставају се у општу припрему коју спроводи педијатријска сестра Најбољи начин да се ово обезбеди јесте успостављање контакта са дететом, стварање одређене врсте пријатељства. Оно мора да осети да га педијатријска сестра воли и да га не лаже.

Специфичне припреме обухватају неке посебне мере које су потребне за одређени тест, на пример.

- за неке тестове дете не сме да уноси храну у току одређеног периода времена, али му се може дати вода или зашећерени чај,
- други тестови захтевају да за одређени период времена не унесе ништа на уста. Није ситница да у

таквим ситуацијама треба влажењем усана отклонити сувоћу уста и нелагодност;
- процедуре које су повезане са страхом понекад захтевају да се детету пре тога дају седативи (средства за умирење) и тиме дете смири,
- постоје прегледи који захтевају да се детету претходно дâ клизма за чишћење (неки рендгенски прегледи),
- физичко мировање у неким тестовима је веома значајно јер ходање, стајање или седење повећавају метаболизам, па се могу добити погрешни резултати;
- пражњење мокраћне бешике може бити услов да се неки тест коректно спроведе, а, с друге стране први јутарњи млаз мокраће је најконцентрованији и представља репрезентативни узорак за преглед мокраће

Узимање биолошког матѐријала за разне анализе у педијатријској пракси захтева изузетну спретност, способност, стрпљење, али и солидно образовање особља које тај материјал узима. Само ће добро обучена сестра успети да узме потребан биолошки материјал, нарочито деци од 0 до 3 године.



IX. ВЕЖБЕ

1. УЗИМАЊЕ СПУТУМА ЗА ХЕМИЈСКИ И БАКТЕРИОЛОШКИ ПРЕГЛЕД

Одојче и мало дете представљају посебан проблем за сваку сестру уколико им треба узети испљувак за бактериолошки преглед. Деца овог узраста садржај усне дупље и дисајних органа не избацују у спољашњу средину, већ цео садржај гутају.

Када постоји потреба да се испљувак ипак узме и пошаље на преглед, узима се гастричном сондом.

За овакав начин узимања испљувка треба извршити и ваљане припреме особља, материјала и детета како би се радња успешно извела.

Своју припрему за све интервенције сестра увек почиње прањем руку. Подразумева се да има и заштитну униформу

Од материјала треба припремити следеће.

- *стерилну гастричну сонду;*
- *стаклени левак и бризгалицу;*
- *посуду са прокуваном водом;*
- *више пелена;*
- *папирну вату;*
- *мушемицу;*
- *стерилне лабораторијске посуде за прихватање садржаја;*
- *пластичне рукавице.*

Најбоље је сав материјал сложити на покретна колица и покрити једном пеленом. Једна сестра намести удобну столицу на коју ће сести. На крило ставља мушемицу, а преко ње савије пелену. Узима дете, ставља га у крило, заштити га једном пеленом, коју му благо везује око врата. Једном руком обухвати обе руке детета, које су спуштене низ тело, преко грудног коша, а другом руком држи главу детета наслоњену на њене груди. Ноге детета стави између својих колена и благо их придражава, водећи рачуна да га не повреди.

Друга сестра добро опере руке, стави рукавице, узима стерилну сонду и убацује је од корена језика наниже у ждрело; сонда се затим спушта кроз једњак у желудац. Ако сонда случајно крене ка дисајним органима, дете почиње прво да кашље, теже дише и на крају може да се јави цијаноза. Сонду истог трѐнутка треба извући напоље, сачекати да се дете одмори и поновити поступак. Када је сестра сигурна да је сонда у желуцу (осети се излажење ва-

здуха, киселкаст мирис желудачног садржаја), узима бризгалицом око 5 ml прокуване воде и кроз стаклени левак убацује у сонду, односно желудац. Сонду благо помера горе-доле неколико пута и када се јави рефлекс повраћања, садржај желуца се враћа кроз сонду; у том тренутку се испод слободног краја сонде стави стерилна посуда и прихвати садржај. Суд се остави са стране и покрије поклопцем или стерилном газом која је вишеструко савијена. Папирном ватом ухвати се сонда до уста болесника и лагано се кроз вату извлачи из уста. Сестра која је држала дете треба да га умије, умири, по потреби пресвуче и стави у кревет.

На стерилну посуду сестра потом залепи налепницу са подацима о детету, попуни упут и што пре однесе у лабораторију. На овај начин узимање испљувка увек се обавља рано ујутру, пре узимања оброка.

УЗИМАЊЕ ИСПЉУВКА ВЕЋЕМ ДЕТЕТУ

Узимање испљувка већем детету, предшколском и школском, много је лакши задатак за сестру.

Од материјала треба припремити:
- *стерилну Петријеву шољу;*
- *прокувану воду у чаши;*
- *бубрежњак;*
- *папирну вату;*
- *налепнице и упут;*
- *мању пластичну кесу;*
- *пластичне рукавице.*

Испљувак се узима ујутру пре оброка. Дете треба сместити да седне у удобну столицу. Прокуваном водом испере усну дупљу. Овим поступком отклањају се бактерије којих нормално има у усној дупљи. Дете седи на столици са мало нагнутим телом напред. У том положају треба да се накашље што јаче може тако да избаци садржај из доњих дисајних путева. За то време мало се отвори поклопац Петријеве шоље, а дете избаци испљувак у посуду. Поклопац се затвори. Налепница са подацима о детету се налепи на поклопац и све стави у једну пластичну кесу којом се транспортује у лабораторију уз прописани упут.

2. УЗИМАЊЕ СТОЛИЦЕ ЗА ПРЕГЛЕД

УЗИМАЊЕ СТОЛИЦЕ ЗА ХЕМИЈСКИ ПРЕГЛЕД

Треба обавити без коришћења уља или клизме. Столица се не сме слати на преглед ако у њој има баријума. Иначе се за узимање узорака користе хемијски чисте посуде. Са пелене или ноћног суда, са карактеристичних места ако их има, шпатулом се узима део столице, величине зрна грашка и убацује у припремљену стаклену посуду, а затим се посуда затвори, залепи налепница, попуни упут и све одмах носи у лабораторију.

УЗИМАЊЕ СТОЛИЦЕ ЗА БАКТЕРИОЛОШКИ ПРЕГЛЕД

Овај преглед назива се копрокултура. Зависно од узраста детета, за овај преглед, столица се може узети на три начина:
- *из ноћног суда;*
- *са пелене;*
- *директно из аналног отвора.*

Ако је у листи планирана копрокултура, потребно је да сестра најпре припреми сав потребан материјал за то:
- *стерилне епрувете са брисом;*
- *пластичне рукавице;*
- *налепнице и упут.*

Особа која узима столицу за копрокултуру стави заштитне рукавице. У ноћном суду или раширеној пелени најпре се макроскопски процени има ли карактеристичних места (крв, слуз,

гној), јер ће одатле узети узорак. Из епрувете се пажљиво извуче штапић намотан ватом, узме зрно столице и штапић врати у епрувету. Овим манипулацијама не сме се растерилисати епрувета На крају се залепи налепница са подацима о детету и напише упут.

Ако се столица узима директно из аналног отвора, то треба да раде две сестре, и то на следећи начин: одојче се расповије и окрене на страну са ногама савијеним према трбуху. Једна сестра придржава дете и својим рукама размакне глутеусе. Друга сестра извлачи штапић са намотаном ватом, лагано увлачи у анални део само део штапића омотан ватом. Благим окретањем лево-десно узима мало столице из дебелог црева, извлачи штапић и затвара епрувету. Одмах залепи налепницу са подацима о детету, попуни упут и шаље узорак у лабораторију.

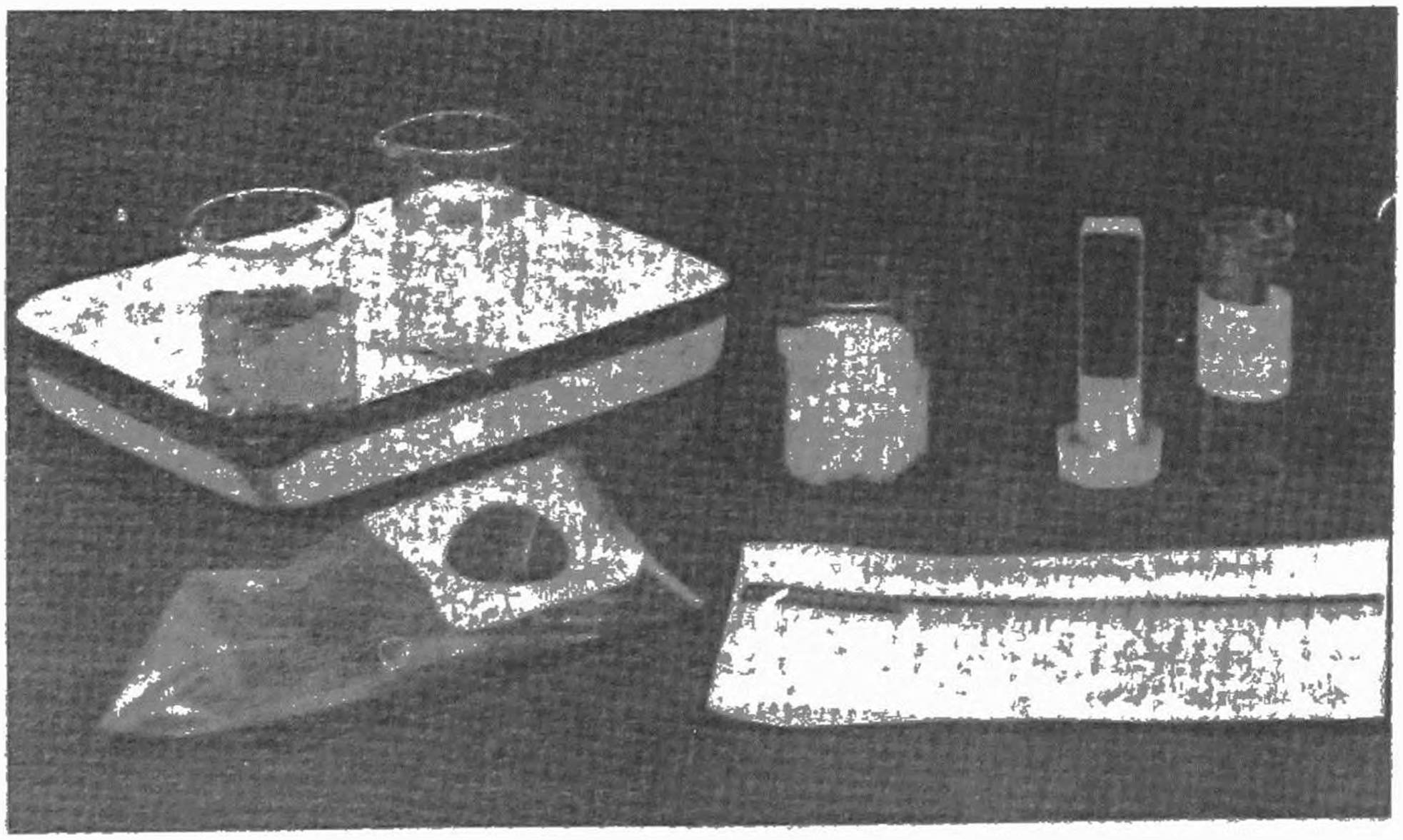
За узимање копрокултуре могу се користити и мале пластичне кутије са поклопцем, на који је учвршћена кашичица Ова кутија мора бити стерилна и за једнократну употребу.

3. УЗИМАЊЕ МОКРАЋЕ ЗА ХЕМИЈСКЕ И БАКТЕРИОЛОШКЕ АНАЛИЗЕ (УРИНОКУЛТУРА)

САКУПЉАЊЕ МОКРАЋЕ ЗА ОБИЧАН ПРЕГЛЕД

Сакупљање узорака чисте мокраће од детета које је навикнуто да уринира у ноћни суд (ношу) није неки нарочити проблем У зависности од тога о ком је полу реч треба опрати аногениталну регију Дете уринира директно у суд у којем ће се мокраћа однети у лабораторију. При томе се може употребити специјална столица да у њој дете седи.

Узорак мокраће се ставља у хемијски чист суд и шаље што пре у лабораторију. Ако се мокраћа загади фекалијама, не може се слати на преглед. Сакупљање чисте мокраће од детета које мокри у постељи није лако Употребљавају се различита средства да се ипак узме мокраћа за преглед. Може се узети стерилним катетером, али због последица од инфекције уринарног тракта које су тако озбиљне катетеризација се рутински не ради. Овај поступак



СРЕДСТВА ЗА УЗИМАЊЕ МОКРАЋЕ ЗА ОБИЧАН ПРЕГЛЕД И ЗА УРИНОКУЛТУРУ

одобрава искључиво лекар Постоје пластичне кесе за сакупљање мокраће и за једнократну употребу Оне су или стериле или хемијски чисте Такве кесе се залепе на гениталну регију, па када дете уринира, кеса се скине, мокраћа преручи у стаклену посуду и носи у лабораторију Разуме се, свака посуда се обележи налепницом на којој пише име и презиме, одељење На упуту треба написати какав се преглед тражи

Узимање мокраће за биохемијски преглед је процедура која се често примењује

Основно правило је узети прву јутарњу мокраћу, и то у хемијски чисте или стерилне посуде. Као посуде могу се користити стаклене епрувете, флашице разних величина, само да не буду од стакла у боји.

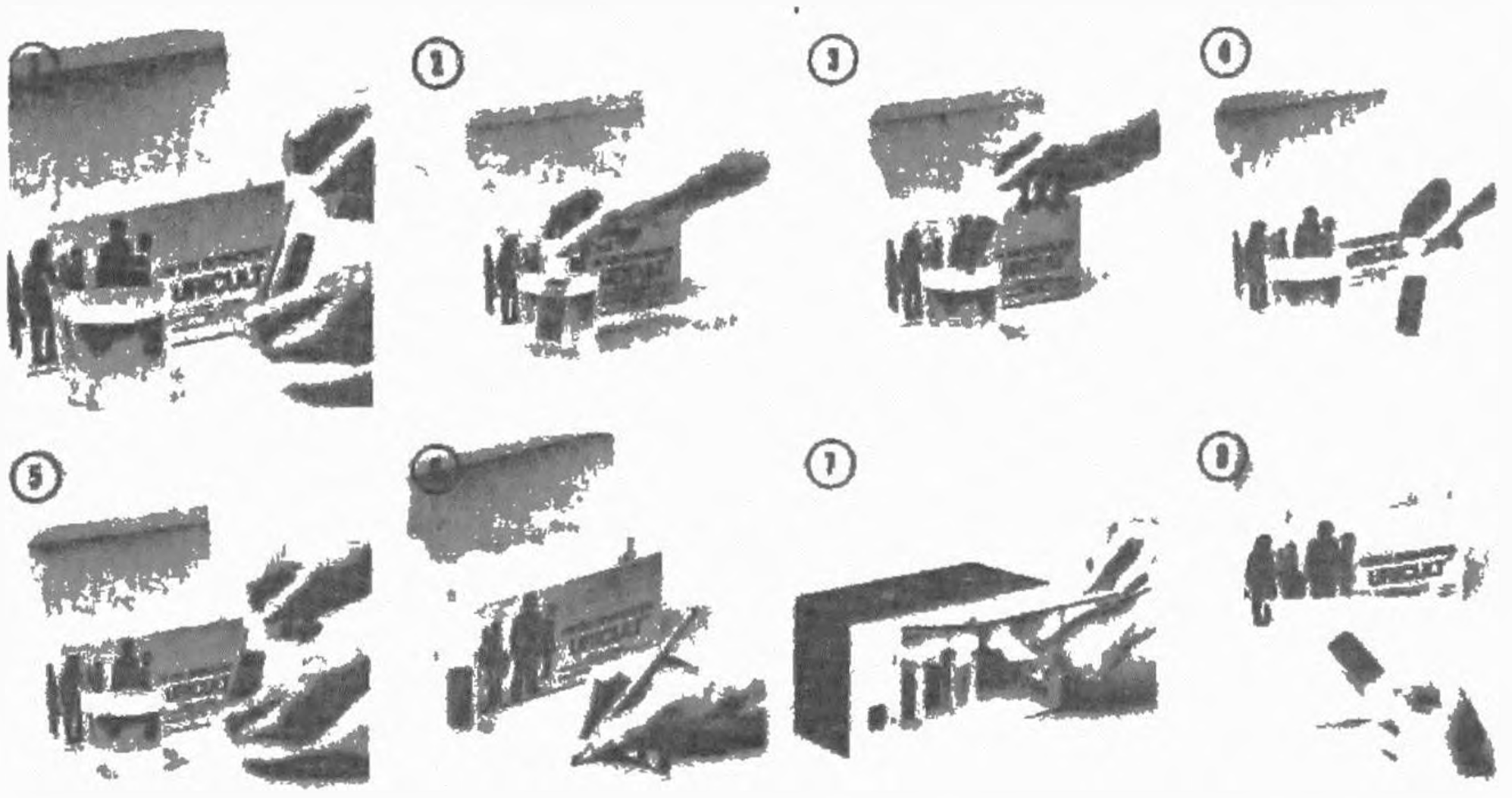
Такође је веома важно да се мокраћа узме чиста, директно у стаклену посуду, а ако се узима из ноше, да не буде фекалних маса.

Узимање мокраће за уринокултуру може се извести на четири начина, зависно од узраста и тежине болести. Мокраћа се може узети у:

- *стерилну епрувету,*
- *стерилну пластичну кесу,*
- *уриkултo-чаши,*
- *емајлираној ноши која је претходно стерилисана методом суве стерилизације*

Без обзира на то којом се од ових посуда узима мокраћа за уринокултуру најпре се аногенитална регија опере топлом водом и сапуном Испирање се врши добрим млазом воде, од трбуха ка леђима (за то је најподесније купатило)

Уколико је дете млађе, или је болесник непокретан, прање се обавља на следећи начин дете се стави у лежећи положај, испод њега се постави пелена са мушемицом или „мелни" пелена, а ноге му се савију у коленима, сестра стави рукавице на руке, десном руком раздвоји велике усне, а левом прелази тупферима вате, натопљеним топлом водом, од трбуха ка леђима, један потез – један тупфер, а по завршеном прању меком пеленом добро покупи – обрише воду, а затим залепи стерилну кесу или дете стави на стерилну емајлирану ношу, која је стерилисана сувом стерилизацијом – пламеном



УЗИМАЊЕ МОКРАЋЕ ЗА УРИНОКУЛТУРУ УРИКУЛТОМ

Уринокултура узета урикултчашом је најсигурнија. Смањује се могућност контаминације и врши се засејавање на лицу места. Урикулт се састоји од стерилне чаше и две подлоге.

Код веће деце поступак узимања уринокултуре је једноставнији Од материјала је потребно припремити.

- *стерилне епрувете,*
- *тупфере ваше натопљене млаком водом;*
- *налепнице,*
- *бубрежњак;*
- *пелене.*

На под се стави пелена да дете стане на њу. Дете се затим ослободи доњег дела одеће. Тупферима вате, који су натопљени топлом водом, брише се излазни отвор мокраћног канала. За сваки потез брисања узима се чист тупфер вате.

Потом сестра припреми епрувету. Дете уринира први млаз у бубрежњак, а други млаз се прихвата у стерилну епрувету. Епрувета се затвори стерилним запушачем, залепи налепница са подацима о детету, попуни упут и шаље у лабораторију.

После завршеног посла сестра опере руке, збрине дете и, на крају, распреми материјал

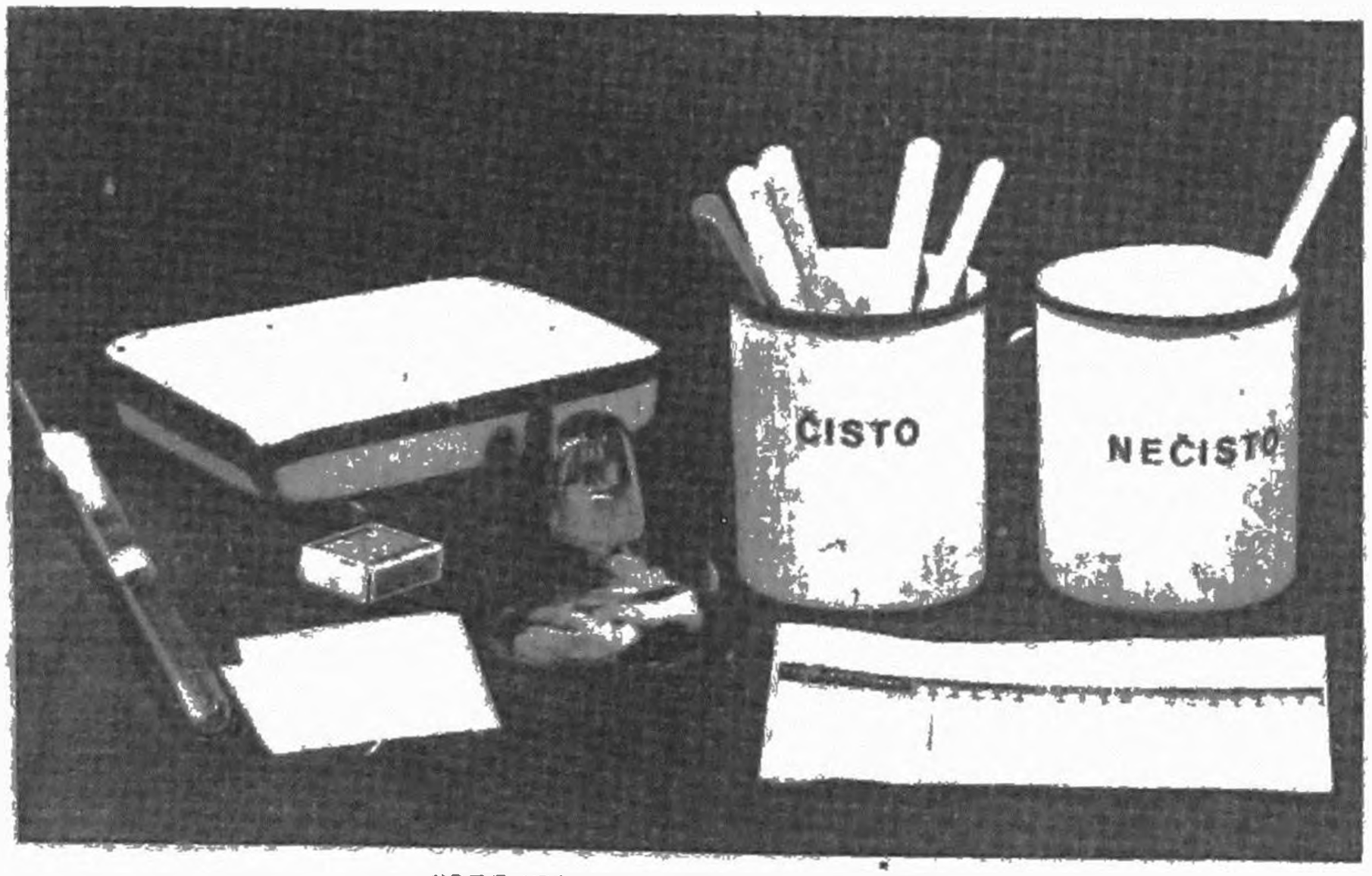
У педијатријској пракси уринокултура се најчешће узима урикултом јер се смањује могућност контаминације. Засејава се на лицу места и лако се изводи.

Од материјала је потребно припремити.

- *урикулт-чашу,*
- *тупфере ваше натопљене млаком водом;*
- *налепнице;*
- *пелене;*
- *бубрежњак.*

На под се постави пелена и дете стане на њу; ослободи се доњег дела одеће и чучне. Тупферима вате обрише се излазни отвор мокраћног канала. Код женског детета тупферима се обавља један потез брисања, од трбуха ка леђима, а затим тупфер баца у бубрежњак.

Урикулт-чаша се пажљиво отвори, странице чаше се не додирују подлогама. Дете уринира први млаз у бубрежњак, а други у стерилну чашу. Урикулт-плочица се урони у чашу са мокраћом тако да се агар потопи целом повр-



СРЕДСТВА ЗА УЗИМАЊЕ БРИСЕВА

шином. Плочица се затим извуче, остатак мокраће проспе, а плочица поново убаци и добро затвори. Залепи се налепница, попуни упут и одмах шаље у лабораторију, где се чаша ставља директно у термостат.

4. УЗИМАЊЕ БРИСЕВА НОСА И ЖДРЕЛА

Брис носа и ждрела узима се код деце веома често (на почетку, у средини и на крају болести). То је медицинско-техничка радња за коју се обављају припреме, зависно од узраста детета.

Новорођенче, одојче и мало дете се не припремају посебно, већ се припреми само материјал.

Већем детету се дају неке неопходне информације о току радње, јер узимање брисева ждрела спада у непријатне интервенције.

Од материјала треба припремити:

- *стерилне епрувете (са штапићем);*
- *више пелена или папирну вату;*
- *налепнице и упут;*
- *бубрежњак;*
- *посуду са чистим шпатулама и посуду за прљаве шпатуле;*
- *транспокупи.*

Ако се брис узима под неповољним условима (лоше осветљење, ноћ, неподобна просторија), траба припремити и додатну лампу, као извор светлости.

Одојчету и малом детету две сестре узимају брис. Једна сестра седне на столицу, а преко свог крила стави пресавијену пелену. Дете узима у своје крило, једном руком му фиксира руке положене низ грудни кош, другом руком причврсти главу детета тако што је наслони на своје груди. Ноге детета благо придржава својим коленима. Друга сестра стави материјал на покретна колица (тако да јој све буде надохват руке) и стаје испред детета. Дете заштити пеленом око врата и провери да ли је окренуто према извору светлости. У леву руку узима стерилан брис (епрувета са штапићем) између четвртог и петог прста. Веће дете само отвори уста колико је потребно, а одојче или мање дете обично плаче и отвори уста, или се то учини шпатулом. У том моменту сестра десном руком извлачи штапић и са карактеристичних места (црвенило, гној) узима материјал, лаким додиром са леве и десне стране. Штапић се брижљиво и брзо врати у епрувету. Дете се умије и збрине, на епрувети се залепи налепница, попуни прописан упут и шаље у лабораторију.

Пламеник којим се некад отвор епрувете „опаљивао" не користи се у педијатрији због опасности од пожара.

Шпатуле се такође ређе користе, јер се дете плаши, а могуће су и повреде усне дупље. Код деце није завршено окоштавање, нема вештачких зуба и вилица, па скоро свако дете може да отвара уста колико је то потребно, само треба бити пажљив и стрпљив.

Истовремено са брисом ждрела узима се и брис носа, и то на тај начин што се у носну шупљину увуче штапић са намотаном ватом и благим „увртањем" скида носни секрет из леве, а затим и из десне носне шупљине. Штапић се брзо врати у епрувету. Поступак је даље исти као и при узимању бриса ждрела. Ако за то постоје разлози, лекар ће наложити да се брис носа узме у две епрувете; посебно из сваке носне шупљине, па се тако епрувете и обележе.

Ако је потребан брис уха, сличан је поступак као и за узимање бриса носа. Неопходно је да се глава детета добро фиксира како не би наглим покретом повредило бубну опну. За ово узимање треба припремити две епрувете, а тако их означити, јер у једном уху може да буде једна бактеријска флора, а у другом друга.

5. ПОСТУПАК УЗИМАЊА ПЕРИАНАЛНОГ, РЕКТАЛНОГ И ВАГИНАЛНОГ БРИСА

Постојање паразита у цревима код деце доказује се, између осталог, и перианалним брисом

За узимање бриса овом методом треба припремити

— *чисто предметно стакло,*

— *лепљиву траку,*

— *траке фластера;*

— *рукавице;*

— *упут.*

Дете које је предвиђено за узимање перианалног бриса претходне вечери не треба купати и запирати. Брис треба узети ујутру, пре купање и пре запирања.

Веће дете поставља се у колено-лакатни положај, а одојче се само окрене на страну. Од узраста детета зависи да ли ће ову радњу изводити једна или две сестре. Разуме се да је за одојче потребно више особа. Сестра најпре припреми сав материјал, а затим стави рукавице на руке, размакну се глутеуси болесника и на чмар прислони лепљива трака за коју се залепе јаја паразита која паразити у току ноћи избацују ван дебелог црева. Трака се затим пренесе и залепи на предметно стакло. Селотејп се пажљиво по ивицама залепи за стакло, при чему средину не треба дирати како се не би уништила јајашца. Са друге стране стакла лепи се трака фластера на којој пише име и презиме детета. Стакло се увије у бели папир, попуни се упут и материјал шаље у лабораторију

Истовремено се може узети и ректални брис. — Епрувета са брисом се отвори, штапић намотан ватом се увуче у чмар онолико колико је намотано вате; лаким окретањем се на вату узме узорак столице, залепи налепница и уз прописан упут шаље у лабораторију.

На сличан начин се узима и *вагинални брис*, само што је у овом случају потребна већа пажња. Старијем детету читав рад треба објаснити Техника узимања брисева са рана и слузокожа није ни у чему посебна Суштина је у томе да се овај рад обавља стерилно и да се што пре материјал однесе у лабораторију, где се узорци стављају у оптималне услове

ЗАВОЈИ И ДРУГА СРЕДСТВА ЗА ПРЕВИЈАЊЕ БОЛЕСНИКА

ТЕХНИКА ПОСТАВЉАЊА СВИХ ВРСТА ЗАВОЈА

Превијање је врло важна медицинско-техничка радња у пружању прве помоћи када су у питању отворене и затворене повреде (ране, нагњечења, затворени и отворени коштани преломи и др.), као и при другим разним поступцима у лечењу хируршких болесника.

Основни материјали за превијање су газа, вата, разни медикаменти и платнена повеска, а може да се употреби и други материјал, зависно од намене и врсте завоја.

При стављању завоја потребно је обратити посебну пажњу на почетак и завршетак завоја. Завој не сме да буде лабав јер ће се за кратко време смакнути и неће служити својој сврси. Завој мора да лежи добро. Такође, треба водити рачуна да не буде јако стегнут и да не доведе до поремећаја крвотока или других поремећаја. Уколико се јаве бол или парестезије у пределу или дистално од места завоја, треба одмах тражити узрок овоме и ревидирати завој. Ученице могу само вежбама и стеченим искуством у току рада да науче колико треба стегнути завој да не би спао или да не доведе до нежељених компликација услед прекомерног стезања.

Знаци добро постављеног завоја су следећи:

- боја коже је нормална,
- температура коже није промењена,
- пулс (било) пипа се на периферним артеријским крвним судовима,
- покретљивост зглобова је очувана

Знаци лоше постављеног завоја су

- постоји бол и утрнулост дела тела обавијеног завојем, као и дистално од места завоја,
- кожа је хладна, бледа и модра,
- покрети су отежани,
- пулсације периферних крвних судова су ослабљене или се не пипају,
- осетљивост на додир површине коже је знатно смањена

МАТЕРИЈАЛИ ЗА ПРЕВИЈАЊЕ

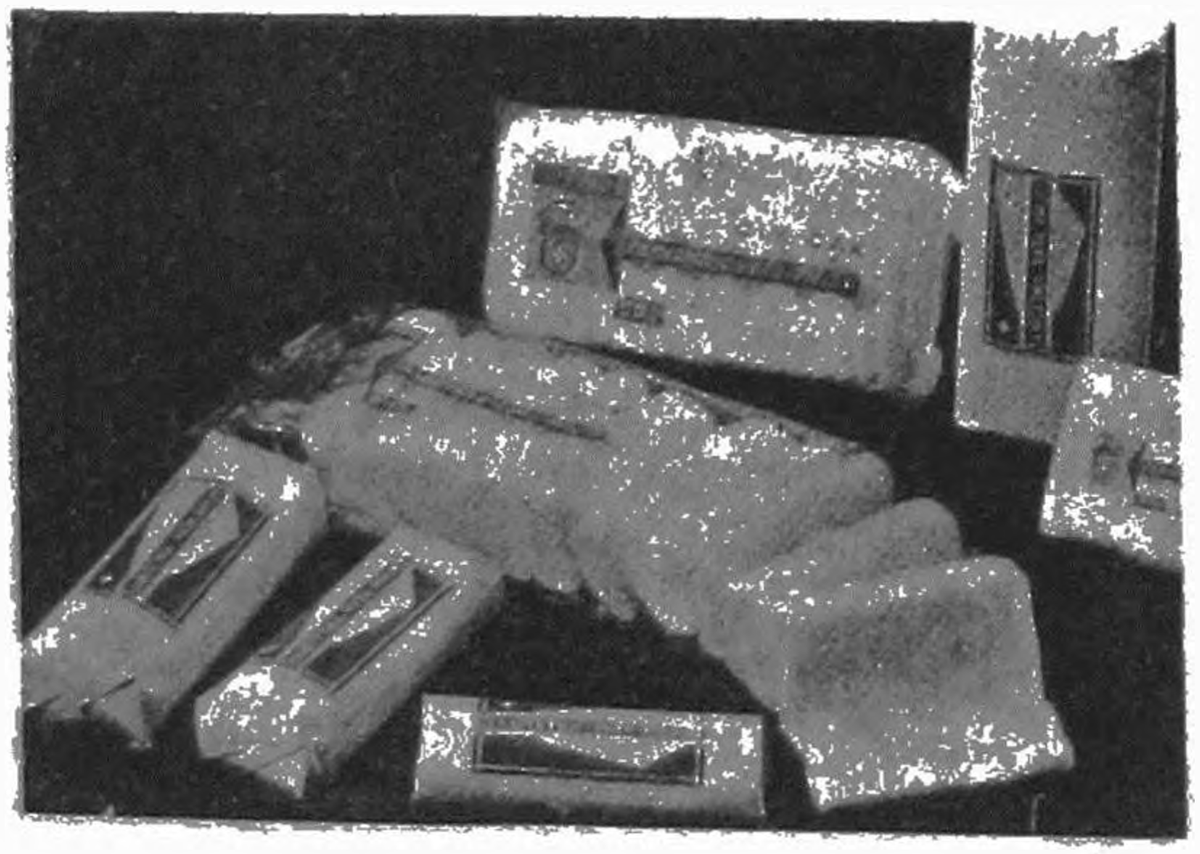
Као што је сврха завоја различита, тако је и материјал који се употребљава при превијању разнолик. Користи се увек стерилан асептичан завојни материјал (ослобођен патогених и сапрофитних микроорганизама) Завојни материјал мора бити лак, мекан, начињен од порозне материје која упија секрете из ране (крв, гној).

Као материјал за превијање служи: хидрофилна газа (*tela hydrophilia*), платнена повеска (*fascia*), чисти памук – бе-

ла вата (*gossypium depuratum*), проста сивожута вата (*gossypium ordinarium*), паприна вата, непромочиво платно (воштано, пластично или гумирано), троугласта марама (мителa), застирачи и полузастирачи, леукопласт и мастизол.

Хидрофилна газа — То је бела тканина ретког ткања, прави се од памука, шупљикава је, те лако упија секрете из ране (крв, гној и др). Користи се и као специјална газа натопљена лековима (јодоформска, биоформска, риванолска, клауденска газа) Ове специјалне лековите газе постављају се у поједине шупљине ране, тако да дође до непосредног додира лека и оболелог ткива. Могу да служе и за заустављање крварења поступком тампонаде ране, када се друге методе хемостазе не могу применити из било којих разлога. Лековите газе се користе и за дренажу инфицираних рана, као дренажне врпце уместо гумених дренова, који могу због притиска на ткива изазвати понекад и некрозу ткива (зида црева, крвног суда и др) са свим штетним последицама.

Хидрофилна газа је фабрички пакована у балама да се не би прљала и прашила у току транспорта На болничком одељењу сече се у одговарајуће комаде и савија у разне облике, према намени, и то у виду брисева од газе, сложене газе, абдоминалне компресе и завоја од газе



МАТЕРИЈАЛ ЗА ПРЕВИЈАЊЕ БОЛЕСНИКА

Брисеви од газе употребљавају се за чишћење и сушење телесне дупље, дубоких и пространих рана и шупљих органа од крви, гноја и других секрета и екскрета. Величина брисева је различита и зависи од сврхе у коју се користе.

Резање (сечење) газе — Газа долази из производње у балама, паковања у виду листова књиге — хармонике, ширине 80 cm, дужине 100 cm. Газа се сече маказама, и то на оба краја, у траке ширине 12 cm, дужине 100 cm Овако просечене стране режу се у 8 делова и служе за прављење брисева средње величине (12 × 12 cm).

У средњем делу сече се по ширини од 30 cm, у дужини од 100 cm. Овакве траке сада се секу у четири дела тако да се добија газа величине 30 × 25 cm Од ових газа праве се велики брисеви.

Велики брис прави се од газе димензија 25 × 30 cm, а затим се пресавија, и то. први крај се пресавија за 1/3 по дужини, а затим се други крај пресавија преко њега, тако да су ивице прекопљене. Потом се газа пресавија тако што се оба краја увлаче унутра, а онда се преклопи напола. На овај начин се постиже да конци одсечене газе буду унутра.

Средњи брис прави се од газе величине 12 × 12 cm. Најпре се превије једна страна у ширини од 2 cm (водоравно), а затим се газа преклопи по верти-

ПОСТАВЉАЊЕ ПРВОГ ЗАВОЈА

ланој оси. Сада се оба краја (хоризонтално) увуку један у други На овај начин брис нема слободних крајева ни кончића који вире.

Мали брис прави се од газе величине 3 × 3 cm (четвртина средњег бриса) Поступак преклапања исти је као и при прављењу средњег бриса.

Абдоминалне компресе праве се од сечене газе. Величине су 70 × 40 cm и служе за прегради између органа у току операције, за притисак на већи крвни суд који крвари, за изоловање појединих органа или шупљина тела. У току операције у трбушној дупљи најчешће се употребљавају репасте компресе Ове компресе се нумеришу, тако да их после операције сестра преброји, да би знала колико је извађено компреса из трбушне дупље.

Врпце од газе праве се од гумене сечене газе у виду трака, ширине 1 — 10 cm, дужине 20 — 80 cm. Употребљавају се за заустављање крварења поступком тампонаде и за упијање секрета из дубоких канала, као и за дренажу телесних дупљи. Абдоминалне компресе и врпце од газе служе, између осталог, и за тампонаду по Микулићу.

Тампонада по Микулићу поставља се најчешће када су у питању велике пенетрантне ране грудног коша и при операцијама трбушне дупље. У саму шупљину најпре се увлачи широка газа, постављена у облику купе, врећице или дуванкесе, тако да основица допире до дна шупљине. Крајеве овако постављене врећице треба раширити и напунити стерилним врпцама (тракама) од газе. Ако се овако постављене врпце од газе натопе крвљу, гнојем или којим другим секретом, лако се ваде и могу се заменити новим газама. Врећица од газе лако се вади из ране повлачењем конца који је фиксиран на средини њеног дна.

Повеске од газе праве се у разним димензијама и служе да се помоћу њих причврсте газе које су стављене преко оперативне или друге ране.

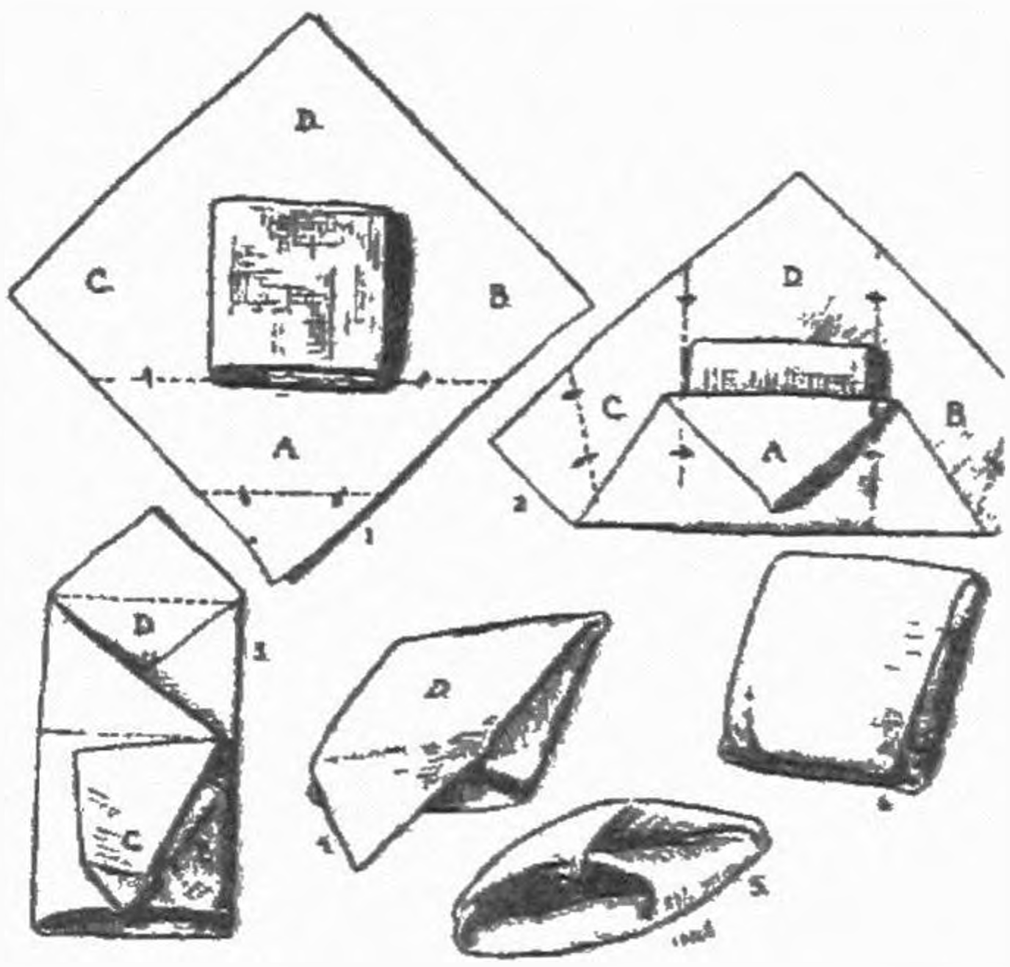
Платнена повеска. — Она је различите ширине и дужине: широка може бити 3, 5, 7, 10, 12, 15 и 20 cm, а дугачка 2,5 до 10 m. Најчешће се широке повеске употребљавају за завијање грудног коша, трбуха, карлице и зглобова кука, а најуже за завоје прстију шака и стопала.

Као што постоје различити облици завоја који се постављају на делове тела, тако постоје и различити облици повеске.

Једноглава повеска има почетак и главу: намотани део повеске чини главу, слободни део — почетак повеске, а задњи део крај повеске.

Двоглава повеска настаје кад се обична повеска намота са оба краја до половине. Таква повеска има две главе и два краја, нема слободан почетак и користи се за специјална превијања

Троглава повеска има три главе; прави се тако што се на почетак једне двоглаве повеске пришије или привеже једноглава повеска, па се добија троглава повеска, која има облик слова Т.



ПРАВЉЕЊЕ БРИСЕВА ОД ГАЗЕ

Многоглава повеска је начињена од више једноглавих повески, међусобно ушивених

Бела вата — То је вата од чистог памука, која служи за облагање избочених делова тела при стављању имобилизације или за покривање газе стављене директно на рану при завијању, тако да служи за упијање секрета из ране. Осим тога, вата даје целом завоју извесну еластичност и тиме смањује притисак на рану. Вата се не сме ставити непосредно на рану јер се њени комадићи лепе за површину ране Вата се пакује у бале дужине 2 m, а ширине 60 cm. Завијена је у непромочиви масни папир или платно да би се сачувала од прашине и прљавштине. Сече се на комаде различите ширине и дужине, према намени. Отпаци вате користе се за прављење малих брисева који служе за премазивање коже око ране матизолом, или за чишћење коже бензином и премазивање алкохолом при давању парентералне терапије

Проста сивожута вата. — Садржи масти, није хемијски чиста и нема способност да упије секрете. Користи се и за облагање избочених делова тела и удлага (шина) при имобилизацији, а може да се користи при ниским температурама спољне средине за утопљавање повређеног екстремитета у току превоза.

Папирна вата. — То је целулозни папир у облику танких листића, те има способност упијања и донекле може да замени памучну вату. Јевтина је и производи се у нашој земљи. Изузетно се користи и при превијању рана које имају обилну секрецију, при чему се ставља преко газе и вате. Када се натопи секретом, постаје тврда, а затим се сасушши, па стога не може да послужи као заштитни слој у завоју (секундарна инфекција ране). Ређе се користи за облагање избочених делова тела и удлага при имобилизацији.

Непромочиво платно — Може бити гумирано, воштано или пластично Најчешће се користе мушеме од гуме, гутаперка или пластични поливинилски производи. Служе да се помоћу њих покрије завој и спречи продор секреције ван ране, али и продор микроорганизама из спољне средине, преко влажног завоја, у рану. Непромочиво платно спречава и ресорпцију секрета, крви и гноја, те није препоручљиво да се користи за дуготрајније покривање ране

Марама (митела). — То је троугласти или четвороугласти комад платна који може да замени повеске у превијању већих рана на трбуху и грудном кошу При повреди удова улога мараме је двострука:

- у својству повеске штити рану од секундарне инфекције и загађивања ако не постоји неко друго средство за превијање,
- служи као средство за привремену имобилизацију.

Застирачи и полузастирачи — Служе као завој за превијање оперативних рана на грудном кошу или трбуху, а у току пружања прве помоћи приликом повреде — као заштитна повеска. Пошто се скине одећа са опечене особе, преко повреде и опекотине непосредно се постави стерилни специјални застирач. У недостатку специјалних застирача може се користити, по потреби, постељни чаршав који је претходно изглачан врелом пеглом.

Леукопласт. — То је специјално платно чија је једна страна премазана лепљивом смесом која се чврсто залепи за кожу. Служи за учвршћивање газе или завоја на кожи. Економичан је и лако се примењује. Користи се за имобилизацију код затворених повреда грудног коша са преломом ребара (*cingulum*) или код прелома костију екстремитета за перкутану екстензију. Траке леукопласта могу практично да се примене при превијању болесника.

Мастизол — То је раствор мастикса у бензолу Ова лепљива течност оштрог мириса, боје ћилибара, служи за премазивање коже изван газе која покрива рану, а преко се стави једнослојна газа и залепи за кожу. Мастизол не треба користити за превијање болесника чија кожа реагује на његово дејство Први пут је мастизол применио лекар Етиген у Београду, за време Балканског рата (1912 — 1913).

ОСНОВНИ ОБЛИЦИ ЗАВОЈА

Све вијуте повеске треба да буду завијене најкраћим путем, иначе попуштају и олабаве се. Користе се платнене повеске различите ширине и дужине или повеске од газе

За превијање главе, шаке, прстију и стопала користе се повеске ширине 6 cm, врата, рамена, надлактице, подлактице, потколенице — 10 cm, грудног коша, натколенице — 15 cm.

ОСНОВНА ПРАВИЛА ПРИ ПОСТАВЉАЊУ ЗАВОЈА

Приликом превијања болесник мора да седи или лежи без обзира на врсту и тежину повреде, односно локализацију ране.

У току превијања, сестра и лекар су дужни да стално контролишу болесника посматрајући његово лице.

Ако је рањеник или оперисани болесник слаб, малаксао, фебрилан, добро је да се претходно окрепи храном или лековима да би могао издржати цео ток превијања.

Део тела који се превија, болничар треба да придржава — да се не би померао у току превијања, јер оно — зависно од врсте завоја — може да траје дуго и да буде веома заморно за болесника. При томе треба водити рачуна да цео поступак превијања не буде болан. Посебно треба придржавати болесника када се мора извршити промена његовог положаја да би се завој правилно поставио

При превијању треба употребити завојни материјал само у количинама које су потребне да би се цела рана заштитила

Постоји више начина постављања завоја

Кружни завој (*ductus seu fascia circularis*) поставља се кружно око тела или једног дела тела на коме је рана или патолошки процес који треба збринути

Обртни преклопни завој (*fascia reversa*) поставља се обртањем главе завоја око његове уздужне осе, док се не преврне за 180° То се ради увек када завој прелази са ужег — тањег дела екстремитета на шири — дебљи део, или обрнуто На овај начин завој боље належе чвршће је постављен и теже може да се олабави (спадне) После више овако постављених *fascia reversa*, завој се поставља на уобичајени начин

Укрштени завој (*ductus cruciatus seu spica*) поставља се у облику осмице, па се тако при превијању прелази са једног на други део тела преко зглоба. Такав завој (*spica*) може бити једноставан (*simplex*), ако се укршта само на једној страни која се превија, и двоструки (*duplex*), ако се повеске завоја укрштају на дорзалној и воларној страни дела тела

Спирални завој (*ductus spiralis seu dolabra*) почиње периферно и наставља се у спирално-узлазни (*dolabra ascendens*) или силазни завој низ повређени екстремитет, пошто почне изнад места повреде (*dolabra descendes*).

Завршавање завоја. — Завој се завршава са две или три кружне вијуте да се не би олабавио, а крајеви се причврсте на један од следећих начина:

- крај завојне траке маказама се засече по дужини према потреби, а врпце расположене траке обавију и завежу.

– леукопластом се причврсти крај завоја за постављени завој,
– помоћу игле сигурноснице или специјалним копчама причврсти се крај завоја на постављену повеску,
– мастизолом се залепи крај завојне траке на постављену повеску

Скидање завоја – Завој се скида пажљиво, и то тако што се једном руком трака одвија, а истовремено се другом прикупља. У случају да је завој слепљен са кожом болесника, треба га омекшати натапањем млаким физиолошким раствором – хидрогенијумом или риванолом. Веома прљаве завоје треба пресећи и бацити или спалити. Чисте завоје треба опрати и поново употребити Завој никада не сме да се пресече изнад саме ране или преко избочне кости, јер постоји могућност да се озледи рана или здрава кожа изнад костију. Пошто се завој одвије, газа се скида помоћу стерилног пеана.

Скинуте завоје који се могу поново употребити не треба бацати, већ их одвојити у специјалне посуде, ради поновне употребе после прања и стерилизације.

СВРХА ПОСТАВЉАЊА ЗАВОЈА

Заштитни завој има улогу да код отворених повреда и оперативно ушиваних рана спречи продирање у рану из спољашње средине нечистоће, прашине, микроорганизама и др. Ради наведене профилаксе треба што пре ставити на рану више слојева стерилне газе, које се помоћу мастизола причврсте за кожу, а преко тога се ставе стерилна вата и заштитна повеска.

Први завој носи са собом сваки борац и здравствени радник и употребљава га у случају повреде, односно рањавања. Тај завој ставља борац сам (самопомоћ) или му га ставља други борац који зна технику стављања завоја (узајамна помоћ). То је стерилна газа са повеском, завијена најпре у пергамент (масну хартију), потом упакована у гумирано платно и најзад у платнени омотач на коме је исписано упутство за употребу. Овако упакована стерилна газа и повеска заштићене су од влаге и нечистоће.

Приликом употребе отвори се најпре платнена повеска, затим се скине гумирано платно и одвоји масна хартија прекривена газом. Један јастучић је причвршћен за повеску, а други може да се креће по повесци зависно од потребе при постављању. Завој се одвија тако да се јастучићи не смеју додиривати прстима.

При превијању ране, тј. када постоји само улазна рана, непокретни јастучић се поставља на рану, а покретни преко њега. При превијању прободне или прострелне ране, тј. ако је метак или нож прошао кроз део тела да постоји улазна и излазна рана, непокретно јастуче се поставља на улазну, а покретно се помера на повесци и поставља на излазну рану.

Лековити завој има улогу да се на оболели део тела стави лек. Газа натопљена леком изазива одређено лековито дејство. Преко се стави слој сувих стерилних газа, вата и обавије повеска. Као лековити завој користе се бурове облоге, алкохолне облоге, риванол облоге, разне масти и др.

Компресивни завој служи да притиском на повређени крвни суд спречи даље крварење из њега или да притиском на лобањску, грудну или трбушну дупљу при пенетрантним рањавањима спречи пролабирање (испадање) органа који чине садржај ових дупљи.

На рану треба ставити стерилну газу, преко ње смотуљак вате или један неразмотан завој, а затим обавити чврст фиксациони завој, који треба довољно стегнути. При томе се мора водити ра-

чуна да не настане прекид крвотока те регије и да завој не изазива бол, јер у том случају је учинак исти као и да је постављена Есмархова повеска.

Имобилизациони завој служи да се један одређени део тела стави у принудни положај мировања, како би се спречили покрети тог повређеног дела и накнадна секундарна повређивања, као и да се смањи бол услед трења одеће и обуће. То се постиже завојима по Десолу и Велпоу, комбинацијом завоја и удлага, гипсаним завојима, троугластом марамом, получаршавом и другим средствима.

Аспирациони завој упија секрете из ране и на тај начин спречава да се излучевине из ране шире по околини. Осим тога, овај завој спречава продор микроорганизама из спољне средине у рану и тиме онемогућује настајање мешовите инфекције. Најпре се поставе преко ране неколико слојева стерилне газе, затим се преко тога стави папирна вата или слој беле вате и повија заштитном повеском. Апсорпциони завој се најчешће примењује за превијање цревних фистула, гастростома, езофагостома и др.

Положајни завој се користи када је потребно да се један део тела стави у одређени положај и у њему задржи за одређено време лечења (нпр после операције *tortikolisa*, *pes equinusa*, ампутације дојке и др.).

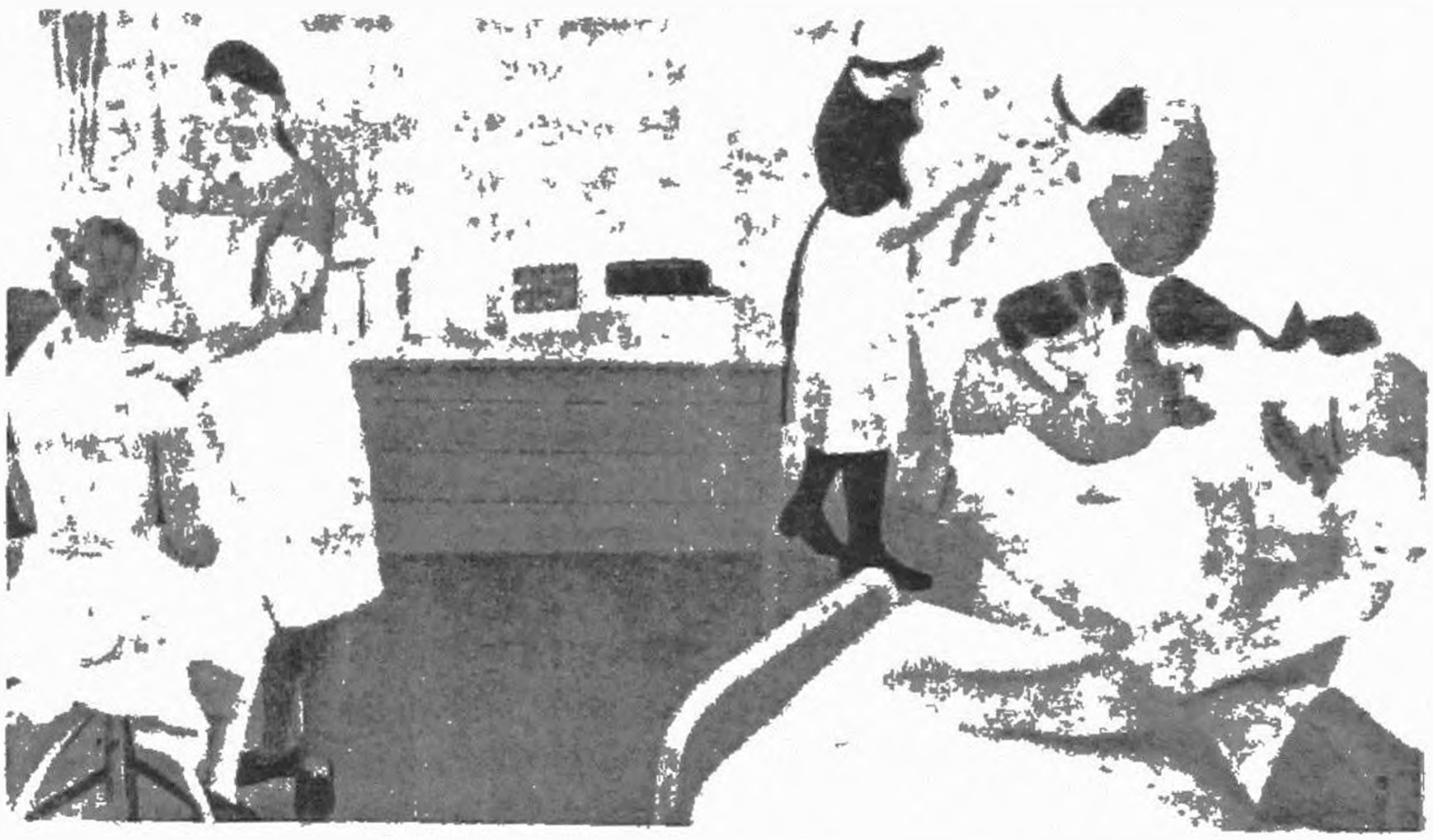
Екстензиони завој се поставља да би на повређени део тела деловао као истезач. Ова врста завоја може да се постави и помоћу специјалних трака.

Према трајању завоји могу бити: **привремени** — са одређеним кратким роком трајања од неколико часова до дан-два, и **трајни** — ако се не мењају све до излечења оболелог или повређеног дела тела.

По начину стављања и изгледу завоји могу бити типични и атипични.

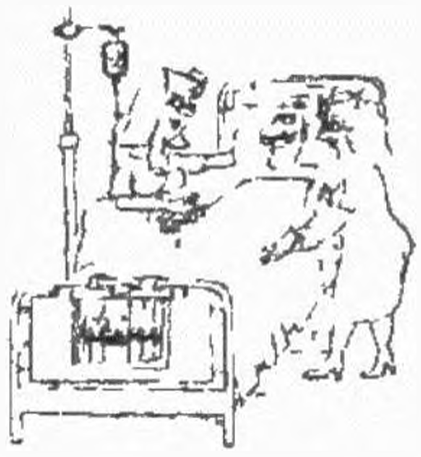
Типични завоји стављају се на један тачно одређени начин, познатом и посебном техником за сваки део тела

Атипичан завој се прави према потребама, зависно од сврхе и расположивог материјала, а на основу комбинације више типичних завоја или простим импровизацијама. Према томе, постављање завоја одређује се према појединим случајевима, при чему се примењује стечено опште знање о постављању типичних завоја.



ПРАКТИЧНА ОБУКА ИЗ ДЕСМУРГИЈЕ (НАУКА О ЗАВОЈИМА) СПРОВОДИ СЕ У КАБИНЕТУ ШКОЛЕ

X. ВЕЖБЕ



1 ЗАВОЈИ ГЛАВЕ И ЛИЦА

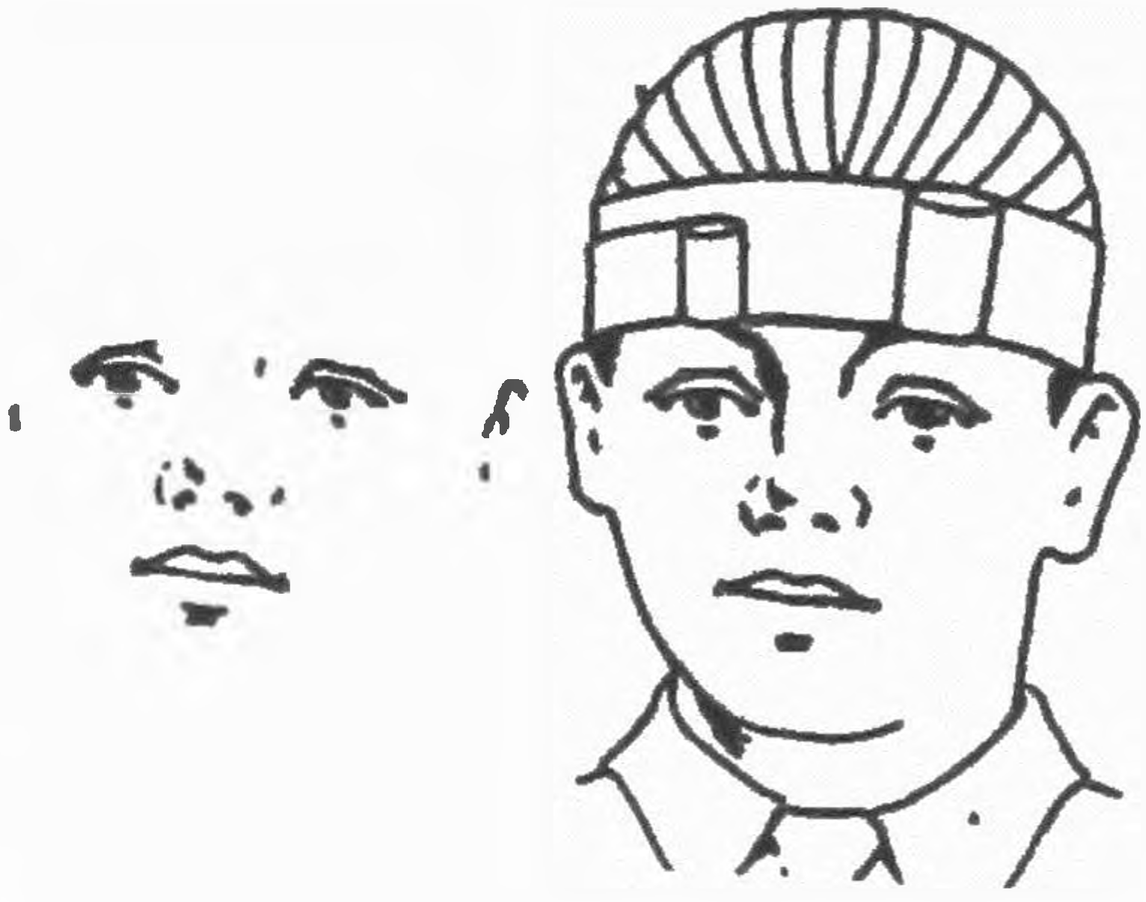
Најбољи и најједноставнији начин је да се помоћу стерилне газе, леукопласта и мастизола завије рана на глави и лишу Прво треба одсећи косу и обријати околину ране. После дезинфекције коже у околине ране (бензином, алкохолом, јодом), на саму рану се поставља стерилна газа која се причврсти помоћу леукопласта, или се кожа премаже мастизолом и одозго залепи нова стерилна газа. Уколико је потребно да се постави завој преко косматог дела главе, онда завој мора да има ослонац о чврсту подлогу испод затиљка (окципиталне кости) и повише обрва (фронталне кости). Завој главе је чвршћи и стабилнији ако се при превијању обухвати и брада са доњом вилицом При постављању завоја код лаких повреда главе болесник треба да седи, а код тежих повреда да лежи

Завоји главе у облику капе (*mitra Hippocratis* — једноглави завој). — При стављању једноглавог завоја у раду помаже болесник ако је способан, или помоћник ако је повређени без свести Приликом пружања прве помоћи најче-

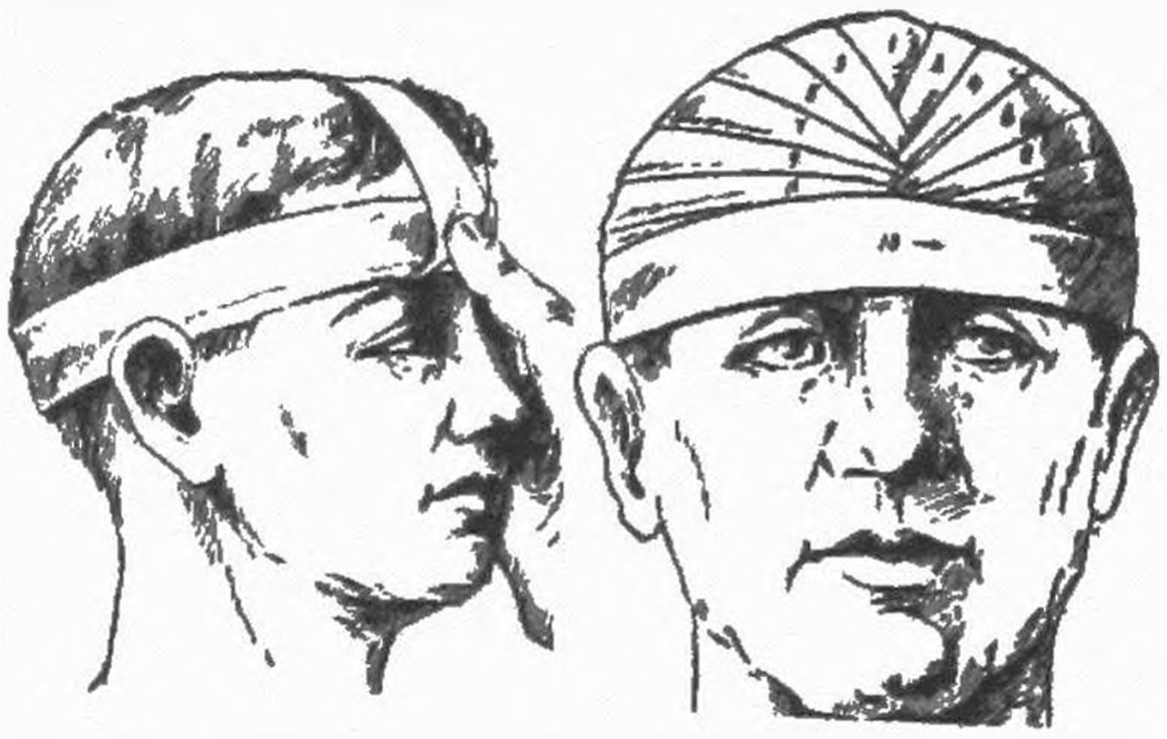
ЗАВОЈ ГЛАВЕ (мрежасти капи)

шће само једна особа поставља завој, и то само помоћу једне повеске Почетак завоја је на десној слепоочници и завијање се наставља кружним обмотавањем око главе. Неколико почетних кружних завоја око чела и потиљка служе да се завој причврсти Потом се повеска спушта према левом оку тако да се обе траке укрсте изнад носа и почетак завоја пребацује преко темена на затиљачни део (потиљка), који се обавије траком и поново враћа према челу Затим се прави нови круг око главе да би се причврстила повеска, придржавајући је прстом на потиљку, и ослобађајући кажипрст који се налази на болесниковом затиљку. Чим се круг врати на чело, болесник или лекар поново ставља прст на чело да би придржао повеску која се пребацује преко темена тако да прекрије косу. Потом се поново обавије око прста и враћа према челу, а затим у новом кругу око главе причвршћује трака и ослобађа кажипрст и прст болесника, односно помоћника Ове уздужне и кружне путање се понављају све док се читава глава не покрије завојем Завој се завршава тако што се почетни део повеске пребаци на леву страну чела и кружно обавије око главе три-четири пута да би се учврстио већ постављени завој. Крај повеске се залепи помоћу леукопласта за постављени завој

Mitra Hippocratis са двоглавим завојем почиње на челу тако што се средњи део завојне траке (део који се налази између обе главе завоја) поставља на чело и обе „главе" повеске омотају око целе главе. На потиљку се укрштају и једна трака поставља уздужно преко темена, а другом се окружи чело да би се причврстила уздужна трака. У овом случају није потребно да се прстима држи уздужно постављена повеска, те и једна особа може, без помоћи, да постави завој. Крај повеске се завршава са два кружна омота око чела, а завршни



ЗАВОЈ ГЛАВЕ (mitra Hippocratis)



ЗАВОЈ ГЛАВЕ „РУСКА КАПА

део — крај повеске причвршћује се помоћу леукопласта.

Завој „руска капа". — „Руска капа" се прави тако што се преко средине темена постави повеска ширине 6 cm, дужине око 60 cm, тако да крајеви падају низ образе и поред ушију повређеног. Крајеве повеске чврсто држи повређени или болничар ако је болесник без свести. Завој почиње са неколико кружних омотаја око чела и потиљачне кости обухватајући цео обим главе да би се што боље учврстио. Затим се повеска повлачи испод крајева завоја који висе преко образа и пребацују преко темена до супротне стране, подвлачи испод другог краја завоја, који такође виси низ образ, и покрива једну половину претходне туре Поступак се понавља све док се у потпуности не покрије глава Завијање се завршава са неколико кружних тура око чела. Крај завоја се причвршћује леукопластом или на том сигурницом Крајеви завоја ко[illegible] поред образа везују се испод браде тек када болесник претходно зине (ако је свестан), како би касније могао да отвара уста, говори и храни се Завоји главе користе се за превијање свих повреда ткива, оперативних рана на глави и запаљењских процеса на меканом ткиву главе (атером, апсцес, флегмона и др)

Данас се користе и специјалне мрежасте капе исплетене од памучних влакна, које се навлаче преко главе и врата и служе да причврсте постављену стерилну газу преко повреде или запаљењског процеса на меком ткиву главе Оне се перу и стерилишу, тако да се могу користити више пута

Завој једног ока (monoculus) — Завој једног ока почиње кружним обмотавањем око чела и потиљка ради учвршћивања Следећи завој иде са здраве стране изнад уха, преко чела, на болесну страну, преко спољњег угла ока, а испод уха повређене стране, према потиљку, одакле се повија око чела. То се понавља док се око у потпуности не покрије. Монокулус се поставља при повреди ока у пружању прве помоћи, затим у разне сврхе у офталмологији и пластичној хирургији

Завој оба ока (binoculus) — Најпре се направи неколико замотаја чела, а затим се поставља завој на једно око, и то, бочно, најпре са леве стране. Потом се завој продужава ка потиљку, испод уха, ка десној страни. Преко потиљка завој се поставља према десној страни изнад уха, па се спушта преко левог ока и даље испод ушне шкољке ка потиљку, да би се после обнављања око чела поново спустио на десно око. После више оваквих замотавања и прекривања

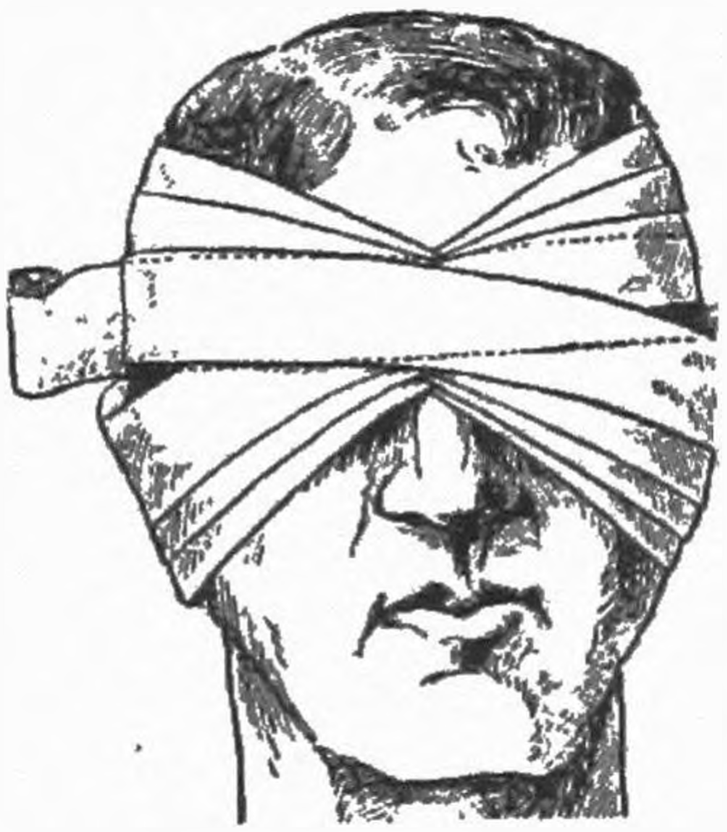
оба ока у целини завој се завршава на челу Сви ови завоји се са обе стране постављају према челу и изнад уха, а преко ока се спуштају према носу да би се кружно обавили око потиљка. Бинокулус се поставља при пружању прве помоћи због повреде очију, приликом опекотина и после оперативних захвата на лицу, носу и очима.

Праћка за нос (funda nasi) — Праћка за нос се користи као завој због повреде носа, крварења из носа, запаљења и др. Повеску дугу 60 — 80 cm треба засећи на оба краја, тако да је она у средини цела најмање 10 до 15 cm дужине. Тај нерасцепљени део се полаже преко газе која покрива нос, а крајеви повеску свежу се са стране тако да горња трака иде изнад горњег пола ушне шкољке, а доња испод доњег пола ушне шкољке.

Праћка за доњу вилицу (funda mandibulae). — Funda mandibulae је завој у виду праћке и ставља се приликом повреда и обољења браде. Непрорезани део повеске се поставља преко браде, а горње траке испод оба уха тако што се укрсте на потиљку. При томе свака трака иде изнад уха, око главе, по челу, где се везују. Доње траке се пењу испред уха на теме, где се, такође везују. Овако постављене траке не могу да спадну нити склизну према челу или потиљку. Праћка за доњу вилицу и браду користи се за имобилизацију ишчашења и прелома доње вилице, у пружању прве помоћи за завијање рана на бради или доњој усни, као и за превијање разних гнојних запаљења меких ткива на бради: апсцеса, флегмона, остеомијелитиса доње вилице и разних других кожних обољења на бради и доњој усни.

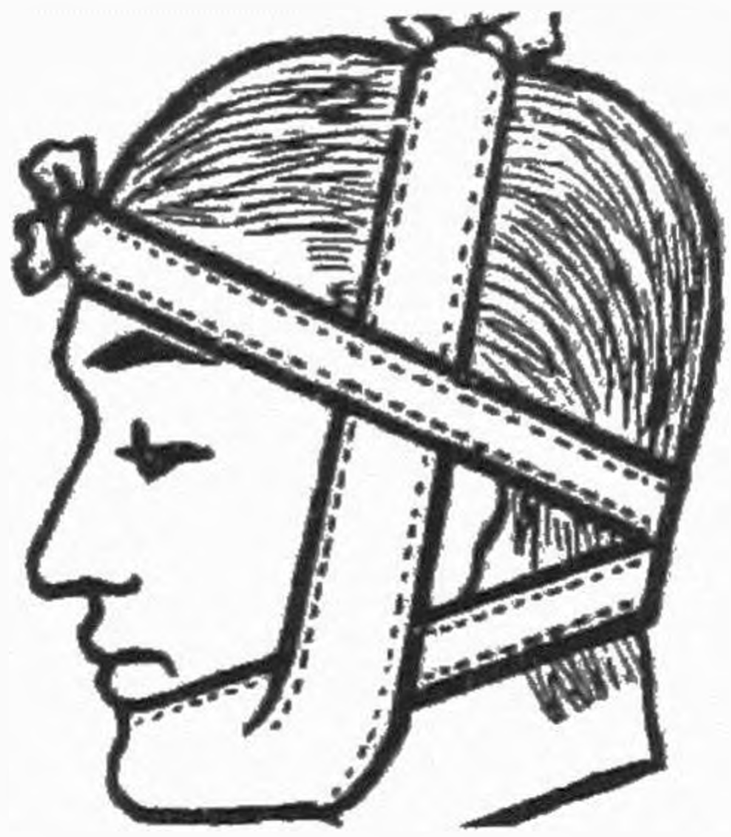
Једностран завој лица (capistrum capitis simplex). — При постављању завоја уста морају бити полуотворена, јер у противном болесник не би могао да говори и гута. Најпре се завој двапут обавије око чела и затиљка, а затим се

ЗАВОЈ ЈЕДНОГ ОКА

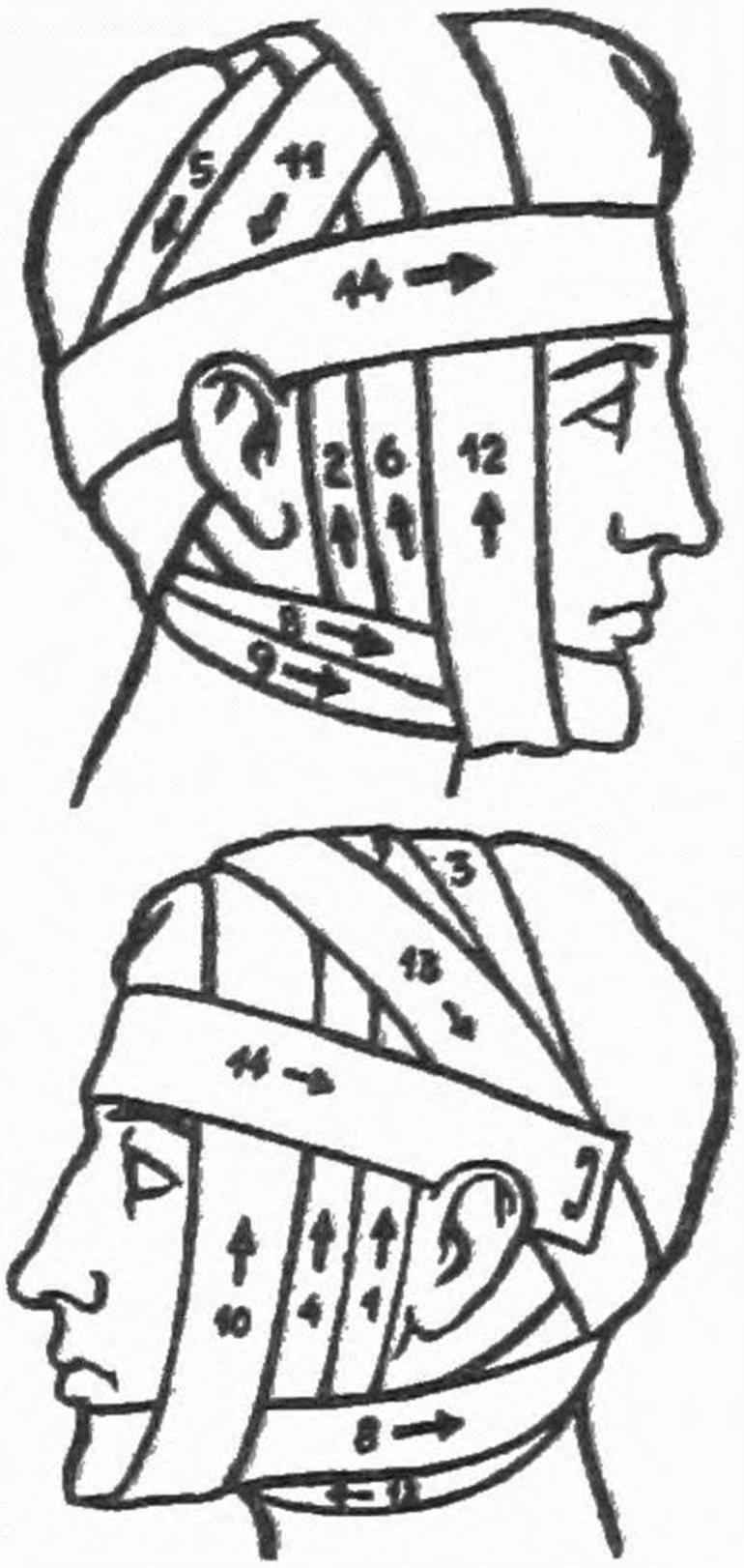


ЗАВОЈ ОБА ОКА

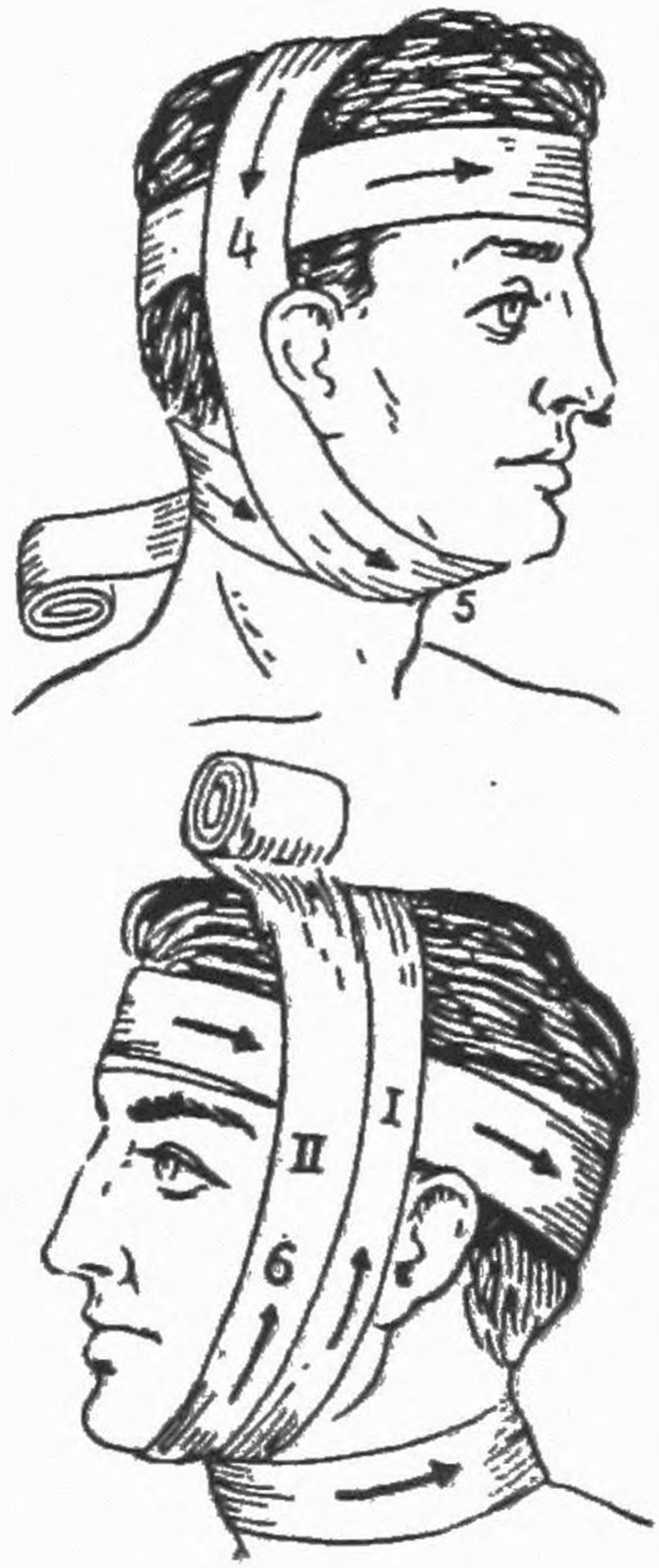
ЗАВОЈ ЗА НОС (ПРАЋКА – FUNDA NASIA ФАБРИЧКА ИЗРАДА)



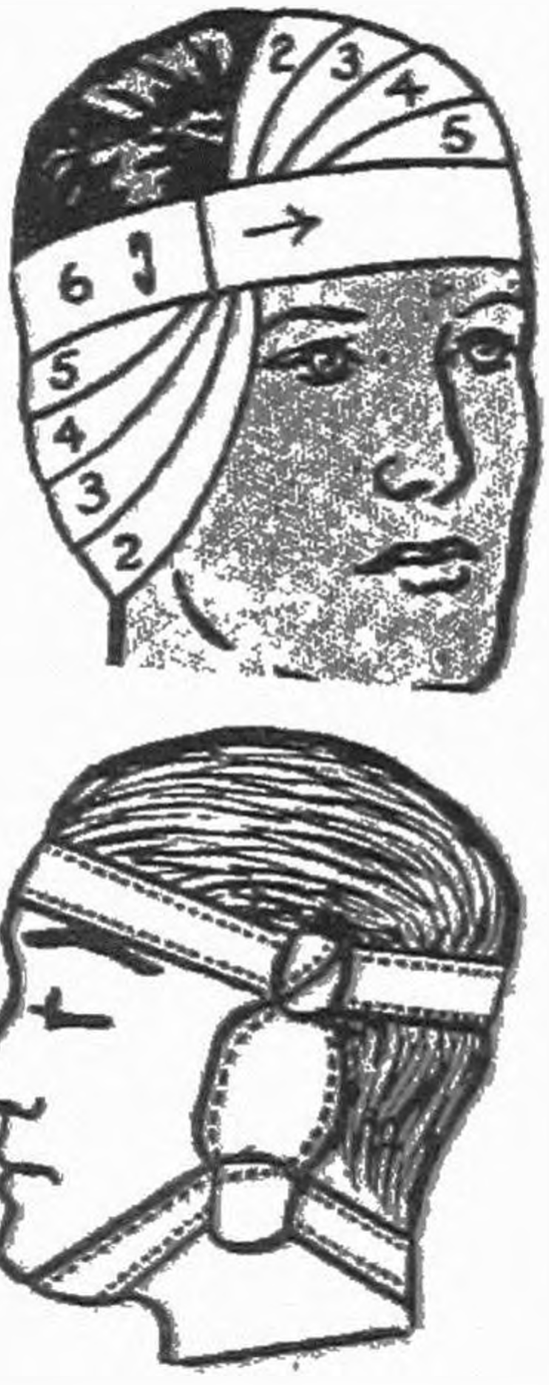
ЗАВОЈ БРАДЕ



ОБОСТРАНИ ЗАВОЈ ЛИЦА



ЈЕДНОСТРАНИ ЗАВОЈ ЛИЦА



ЗАВОЈ УХА

преко левог образа спушта на леву страну врата до испод доње вилице. Потом се повеска поставља испред левог уха према темену, изнад десног уха доле, према затиљку. Завијање се продужава око леве стране врата под доњу вилицу и даље преко левог образа на теме. Тако се поставља неколико пута, а после сваке туре поставља се кружни завој око чела и потиљка да би се завој причврстио Примењује се за превијање рана на лицу, при прелому и повреди горње вилице и гнојних запаљењских процеса на меком ткиву образа и лица

Обострани завој лица (capistrum capitis duplex). — Постављање обостраног завоја лица може се модификовати, што зависи од врсте повреде и обољења Завој почиње на темену више напред и одмах се спушта наниже дуж леве половине лица, а испред уха, затим испод браде и навише дуж десне половине лица, а испод уха и према темену, ка потиљку. Са потиљка се спушта ка десној страни браде, потом обилази браду и води дуж левог образа на теме. Од темена завој се води ка потиљку, па према бради, кружно око браде здесна улево док не дође на потиљак Тако се понавља све док на свакој страни испред уха не буду по три повоја, и то један силазан и два узлазна на почетној и три узлазна на супротној страни. Пошто се постави завој, треба контролисати да ли повређени може да отвори уста, јер у случају да је завој превише стегнут, болесник не може да узима храну и течност, нити да говори. Примењује се приликом повреде горње вилице, лица и образа, за постоперативна превијања, као и при разним гнојним запаљењским процесима на меком ткиву лица Може се поставити приликом свих повреда и обољења теменог и слепоочног предела

Завој уха и processusa mastoideusa. — Завој уха поставља се на исти начин као и завој ока. Почиње кружним завојем око чела и спушта се према болесном уху, покрива га у целини и обавија око потиљка и чела, да би се наизменичним обмотавањем изнад и испод уха оно у целини прекрило Значи, омоти се на здравој страни спуштају, а у пределу болесног уха се пењу и завршавају кружним замотавањем око чела Завој око чела и потиљка мора бити чврсто притегнут Примењује се у пружању прве помоћи приликом повреде уха, у оториноларингологији у пре и послеоперативном току, као и у току разних гнојних запаљењских процеса у ушној шкољци или мастоидној регији

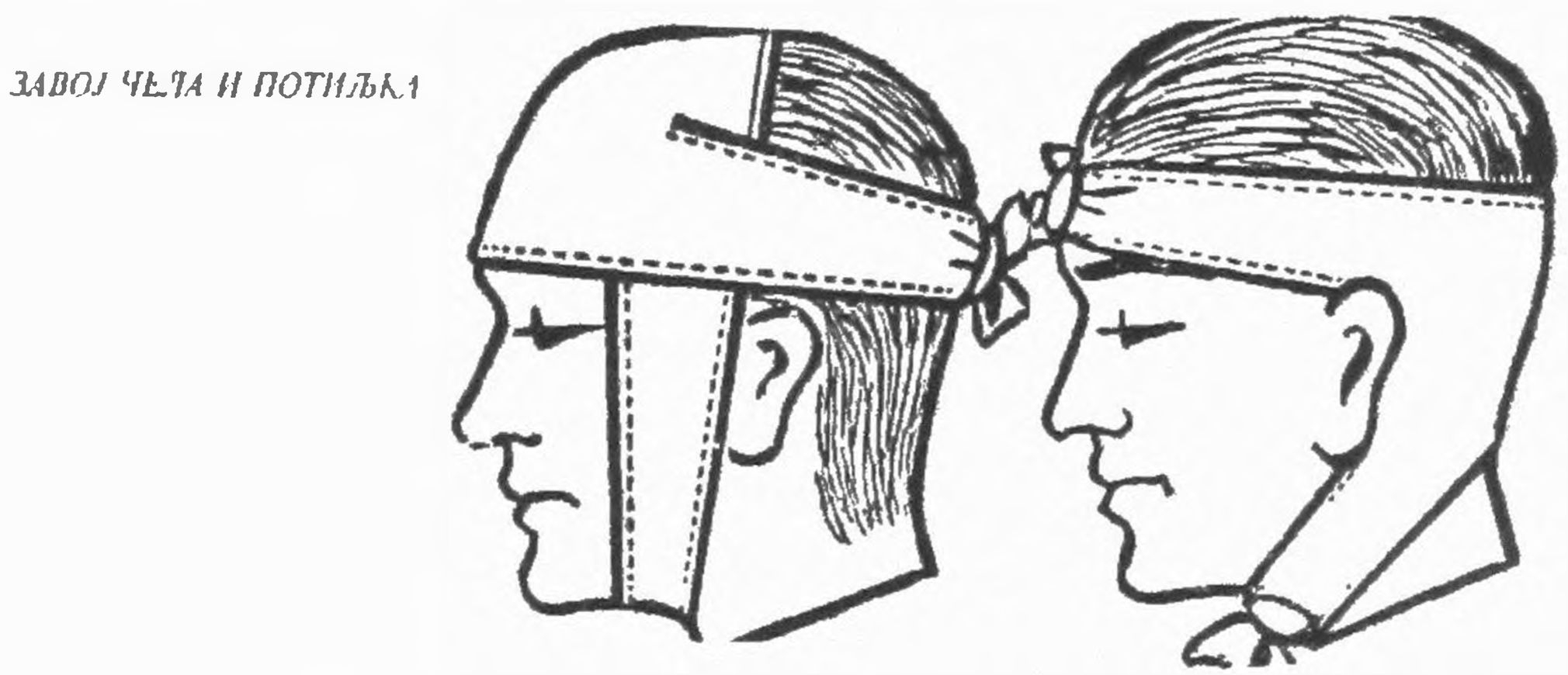
2. ЗАВОЈИ ВРАТА

Повреде и ране на врату најбоље је превијати леукопластом и мастизолом Ако се користи повеска, врат треба претходно добро обложити газом и ватом.

Завој у облику кравате (по Шанцу) — Кравата по Шанцу (*Shanz*) примењује се приликом тежих повреда врата, као и за имобилизацију врата Најпре се поставља асептичан завој преко повређених меких ткива на врату, а одозго се ставља слој обичне и папирне вате. Преко тога кружно се обавије чврст завој. Потом се поново ставља нови слој вате, и опет се обавија кружним завојем. Горња и доња ивица вишеслојне вате прелазе оквир завоја (горња ивица досеже до испод браде, а доња изван базе врата), тако да служи као ослонац глави На овај начин је врат имобилисан, а рана на врату заштићена од секундарне инфекције.

Силазни и узлазни завој врата (spica descendens et ascendens colli). — Приликом повреде и обољења врата поставља се силазни завој врата, који се протеже према бради или према задњем делу врата. Овај завој се према потреби може спојити и са осмицом на раменима

ЗАВОЈ ДЕСНЕ СТРАНЕ ЛИЦА ПОКРЕЋЕ ПРЕМА ЗДРАВОЈ СТРАНИ

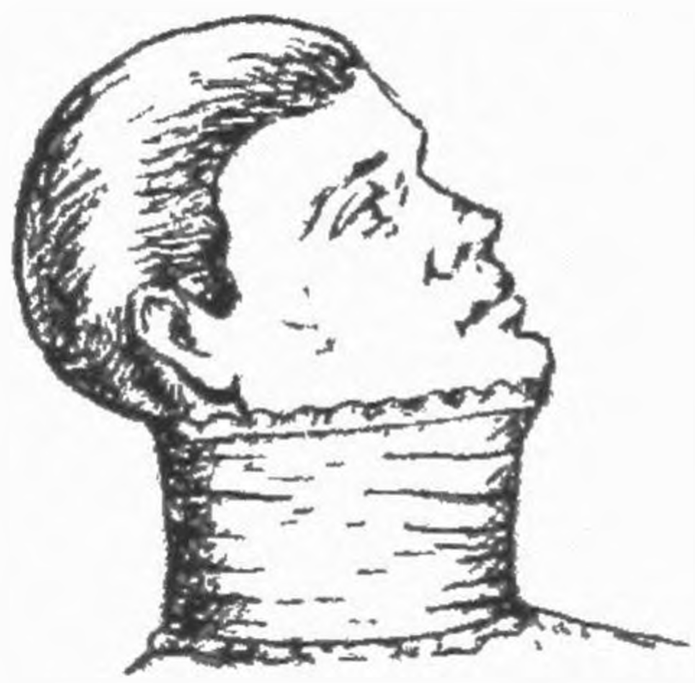


ЗАВОЈ ЧЕЛА И ПОТИЉКА

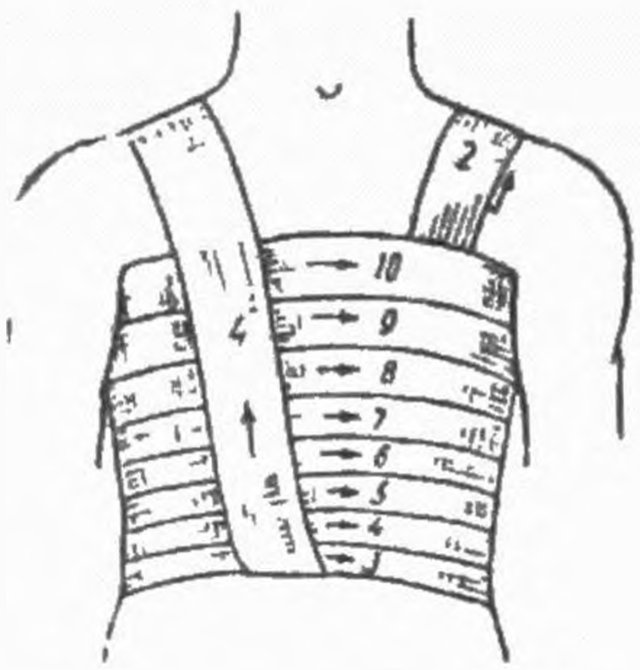
или завојем у облику звезде преко грудног коша или леђа. Узлазна осмица врата (*spica ascendens colli*) почиње турама кружних намотаја око врата. Завој прелази преко затиљка на темпоралну регију, па се преко чела у темпоропаријенталној регији на супротној страни враћа силазно на врат. То се понавља све док се потпуно не прекрије рана.

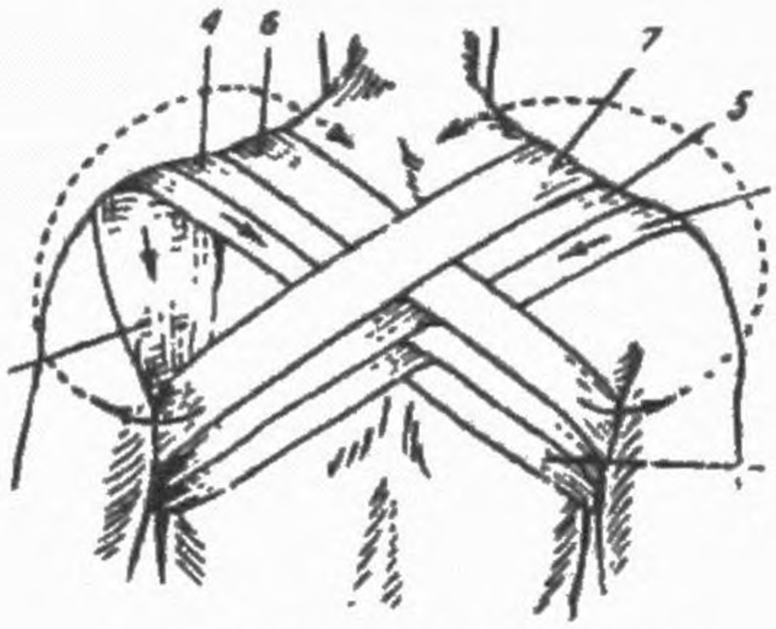
3 ЗАВОЈИ ГРУДНОГ КОША

Кружни завој грудног коша (cingulum). — Ако се прави у облику повеске, онда се најпре једна повеска пребаци преко прса и леђа. Обмотавање почиње испод обе пазушне јаме и спушта се

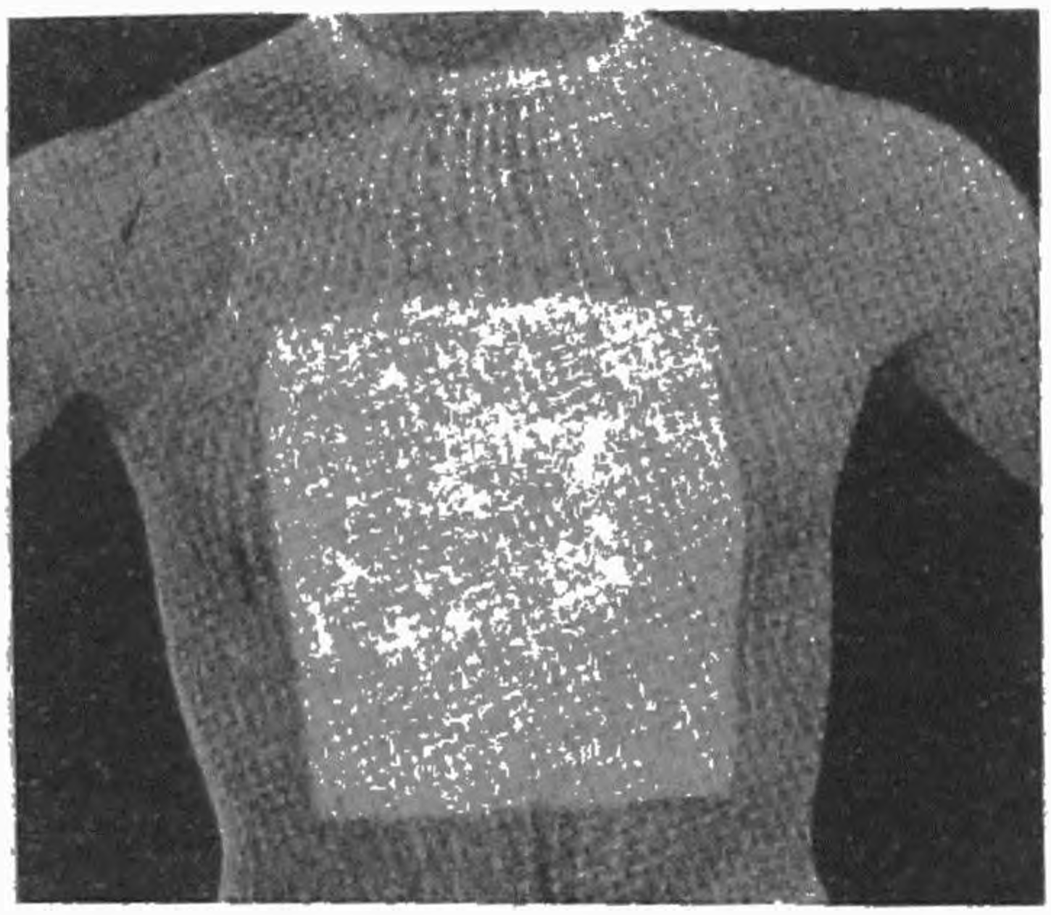


ЗАВОЈ ВРАТА У ОБЛИКУ КРАВАТЕ

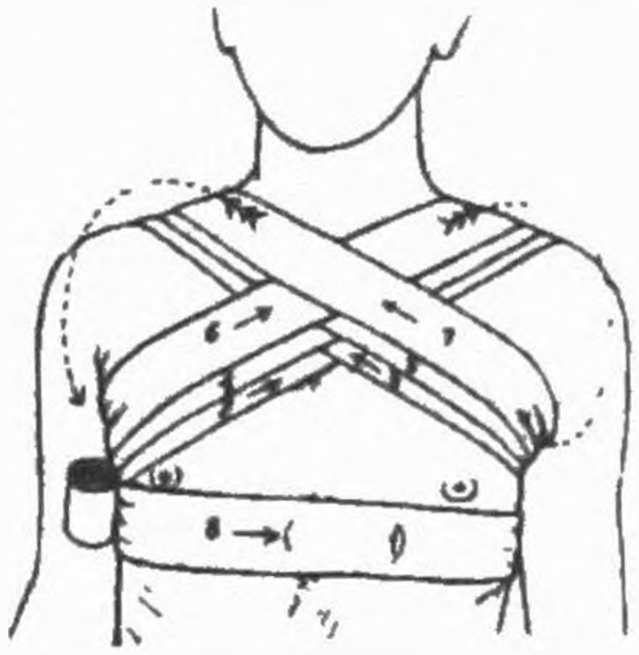




ЗАВОЈ ГРУДИ И РАМЕНА



ЗАВОЈ ГРУДНОГ КОША



ЗАВОЈ РАМЕНА И ЛЕЂА

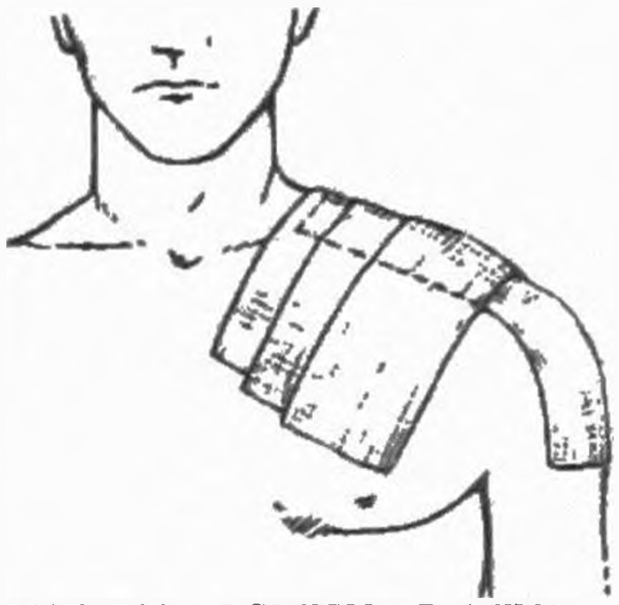
постепено тако да увек покрива две трећине ранијег намотаја. Завршни намотај повеске треба да покрије доње ивице ребарних лукова. Обмотавање може почети и према горе испод ребарних лукова

Повеска пребачена преко леђа и грудног коша везује се преко супротног рамена. Повеске се могу поставити и почев од ребарних лукова нагоре све до пазушних јама.

Кружни завој грудног коша примењује се постоперативно после торактомија, обраде рана на зиду грудног коша, лечења опекотина и др.

Завој груди (stella pectoris). — *Stella pectoris* почиње кружним завијањем. Испод брадавица дојки завој обилази леђа и пошто се причврсти, пење се напред на супротно раме. Прелази преко грудног коша на супротно раме, завија око рамена и пазуха и спушта се напред, па опет косо узлазно преко грудног коша на друго раме. Ово се понавља све док се рана не збрине, а крај завоја се заврши кружно како је и почет. Завој груди примењује се за постоперативно превијање рана на леђима, у пружању прве помоћи, у збрињавању отворених повреда зида грудног коша, при разним гнојним запаљењским процесима (апсцес, флегмона, загнојени атером, карбункул), у лечењу опекотина и др.

Завој леђа (stella dorsi). — *Stella dorsi* почиње осмицама око оба рамена тако што се омоти укрсте на средини леђа и спуштају у краниокаудалном правцу. Завој почиње кружним повојем здесна улево, око једног и другог рамена, па испод пазуха и преко истог рамена на леђа, и косо преко њега према врату, да би се спустио на други пазух. Потом повој обилази раме спреда, па иде косо преко леђа, у правцу супротног пазуха, тако да укршта претходни повој. На



СИЛАЗНА ОСМИЦА РАМЕНА

овај начин повоји се понављају све док у потпуности не прекрију рану и завр-ше се на месту где је почет завој. *Stella dorsi* се примењује за превијање рана на леђима, у лечењу фурункула и карбункула, као и после мањих хируршких интервенција: липома, атерома и фиброма локализованих на леђима.

Силазна осмица рамена (spica humeri descendens). — Завој почиње кружним намотавањем око грудног коша болесника у висини обе брадавице на дојкама, и иде увек од здраве ка болесној страни. Завој се наставља преко предње стране грудног коша на болесно раме, спушта се позади на пазух, иде око пазуха и пење се преко унутрашње ивице надлактице на раме, одакле се враћа преко леђа на пазух супротне стране и преко грудног коша поново се поставља на раме. Тако се превијање понавља све док се не прекрије цело оболело раме. Завој се примењује у пружању прве помоћи, у збрињавању отворених повреда рамена, у постоперативном току, у лечењу опекотина и локалних гнојних запаљенских процеса ове регије.

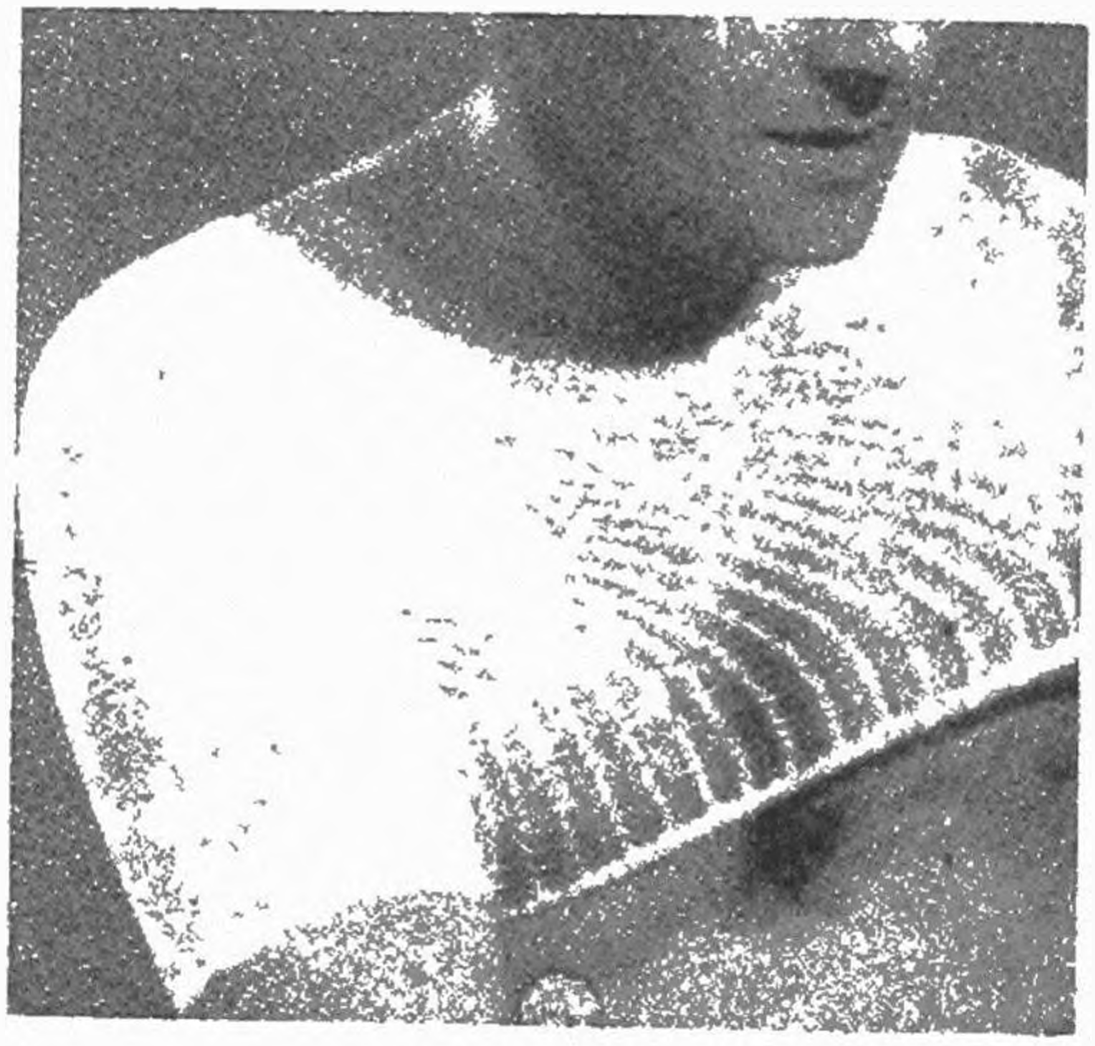
Једнострани завој дојке (suspenzorium mammae simplex). — Најпре се поставе два-три кружна навоја око грудног коша испод обе дојке, затим улазно тако да завој медијално захвата дојку и пење се на лево раме, те на овај начин потискује дојку навише (суспензија). Са рамена се завој спушта косо преко леђа и са бочне стране грудног коша преноси на спољну страну дојке, укршта, односно прекрива претходне намотаје и понавља се све док се цела дојка не покрије. Завој се завршава на један од раније описаних начина.

Обострани завој дојке (suspensorium mammae duplex). — Поставља се на исти начин као што је наведено за једнострани завој дојке, с тим што се примењује на обе дојке.

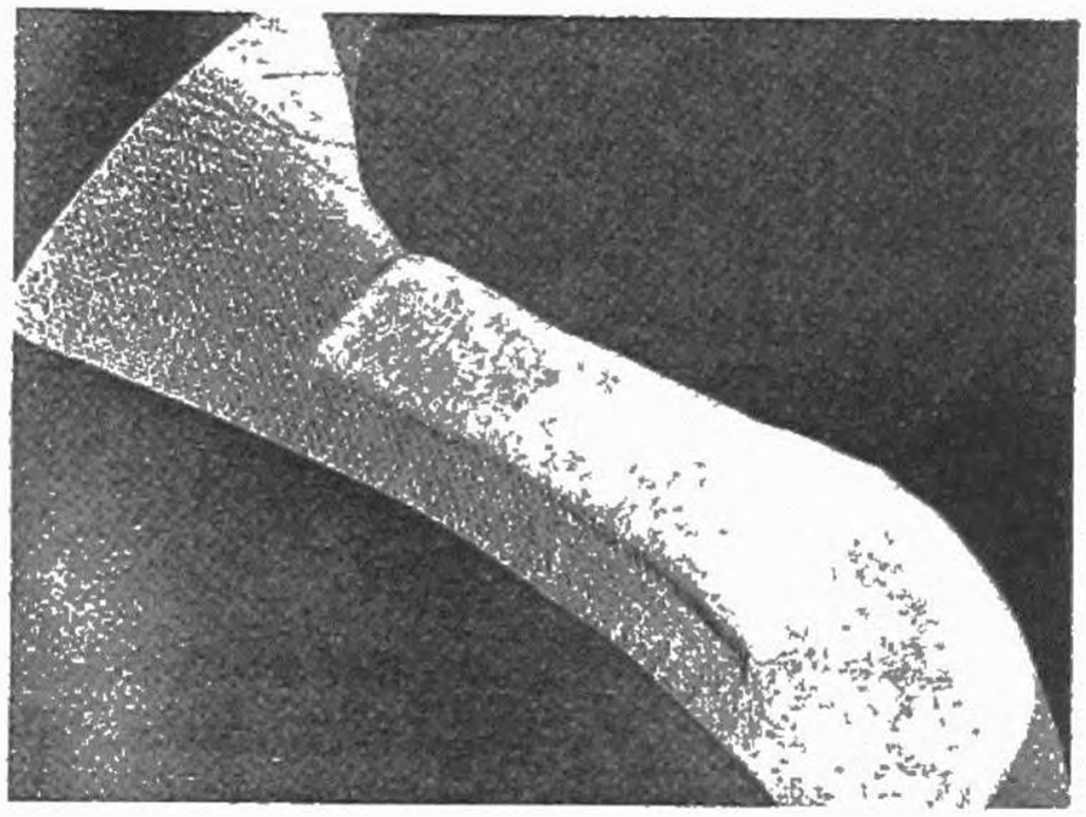
Завој по Десолу (Desault). — Састоји се из три слоја, од којих сваки има одређену намену.

Први слој служи да причврсти јастучић од вате у пазуху болесне стране. Најпре се завој постави у облику осмице преко здравог рамена да придржи јастучић у погодном положају, а затим се направе кружни намотаји око грудног коша, који се делимично покривају и спуштају од висине пазуха надоле, тако да сваки следећи навој прекрива претходни за две трећине и подупире јастучић постављен испод пазуха.

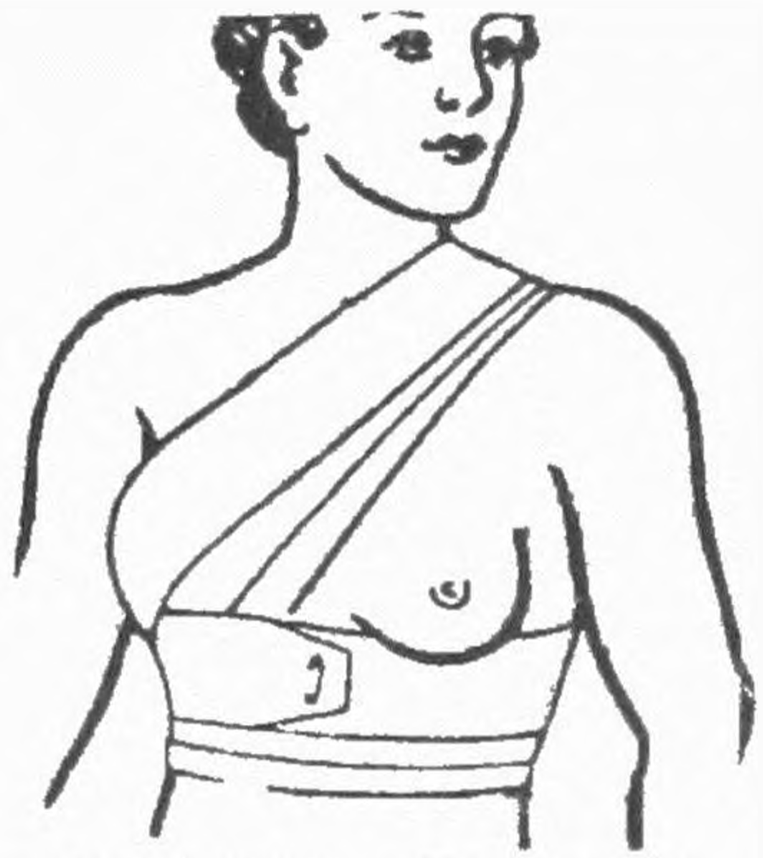
Други слој треба да учврсти надлактицу уз грудни кош тако што се повеска поставља од здравог пазуха преко груди на болесно раме, тј. преко надлактице, па кружно опет ка здравом пазуху и враћа се на надлактицу где је повреда. Сваки даљи кружни завој потискује надлактицу уз грудни кош, тако да се надлактица причвршћује уз зид грудног коша, а кључна кост имобилише. Кружни навоји се овако постављају све до лакта.



ЗАВОЈ ГЛАВЕ



ЗАВОЈ ЗА ЗАВОЈ РАМЕНА

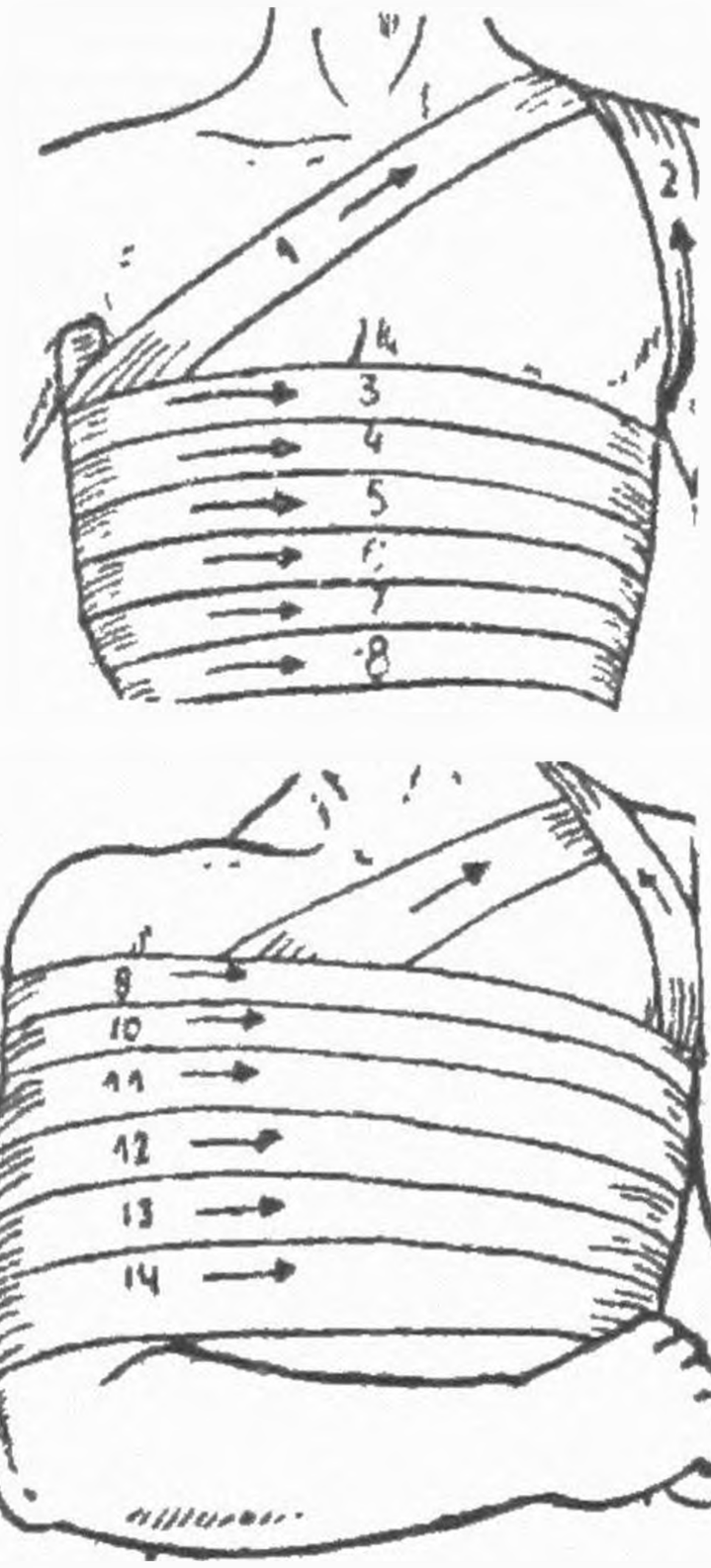


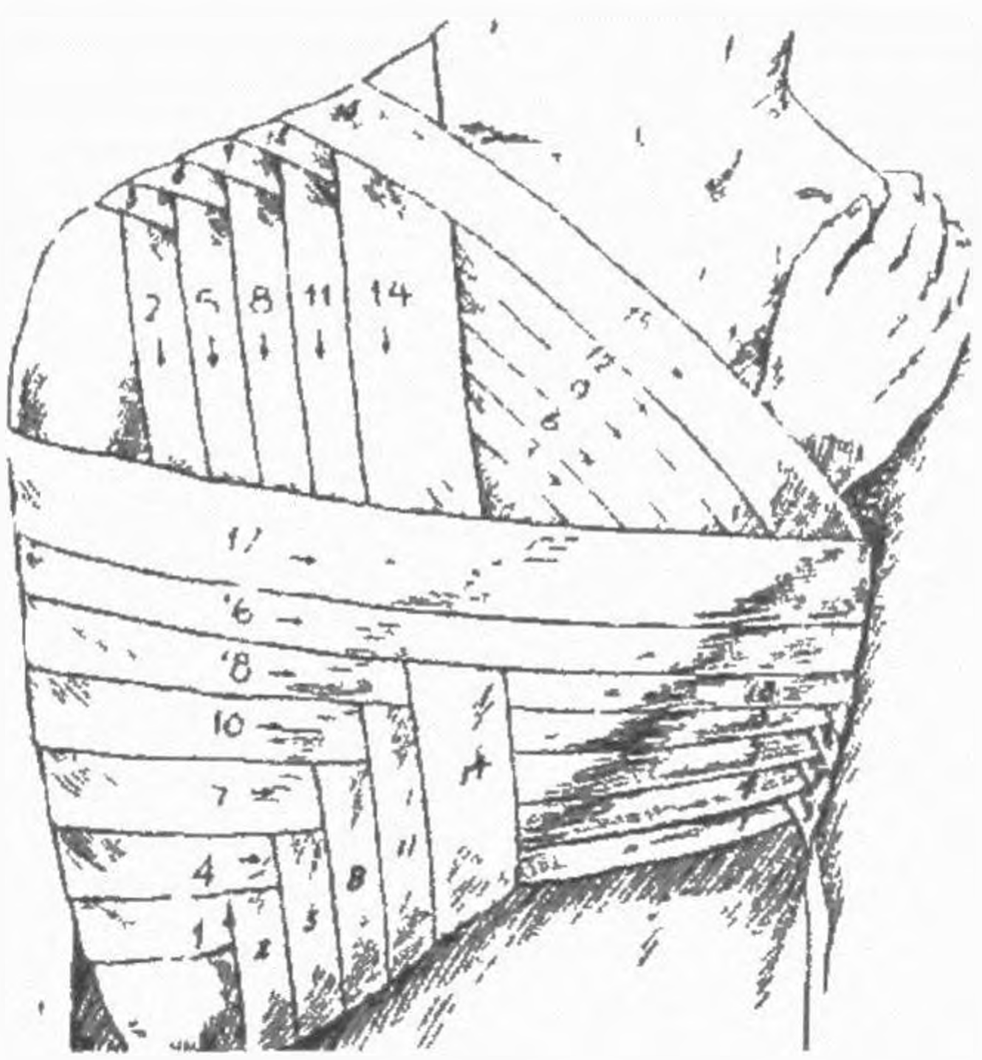
ЗАВОЈ ДОЈКЕ (ЈЕДНОСТРАНИ)

ЗАВОЈ ДОЈКЕ (ОБОСТРАНИ)

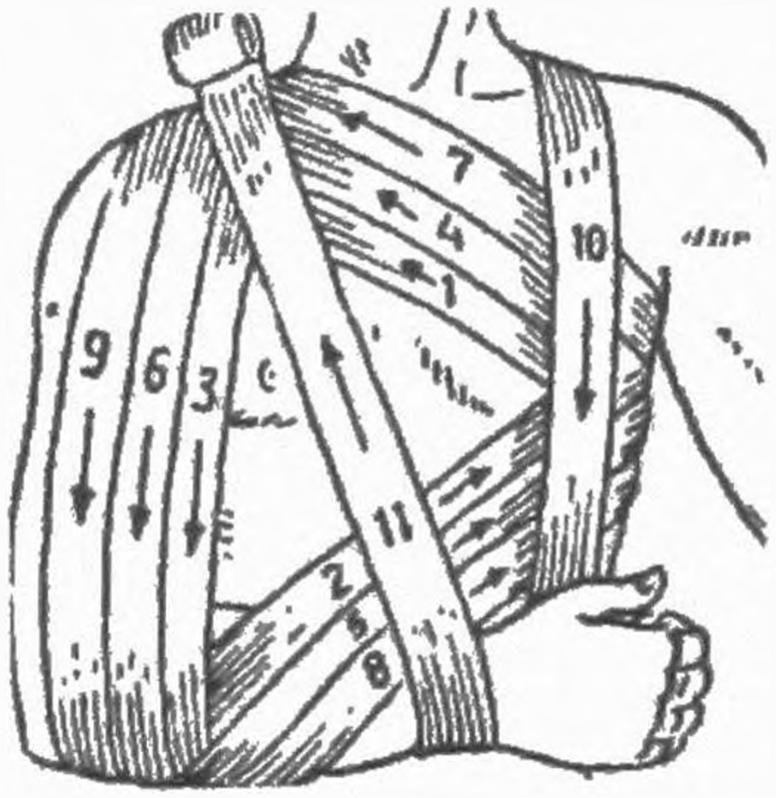
Трећи слој је практично најважнији и њиме се покрива — учврсти место повреде и придржава подлактица и рука на болесној страни. Трећи слој иде у смеру пазух-раме-лакат (*па-ра-ла*) све док потпуно не учврсти повређени рамени зглоб уз грудни кош. Завијање почиње омотом из предела здравог пазуха, па преко предње стране грудног коша према болесном рамену, преко њега на задњу страну надлактице и спушта се према повређеном врху лакта и косо преко подлактице у правцу здравог пазуха. Потом се повеска управља из здравог пазуха косо преко задње стране рамена, па прелази на предњу страну надлактице и спушта надоле преко ње у правцу лакта, који обилази, и дуж задње стране надлактице преко леђа према здравом пазуху. Цео овај поступак представља један омот (слој), а треба начинити четири до пет оваквих омота. Када се последњи, пети омот завршава, повеска се не спушта према здравом пазуху, већ преко здравог рамена на предњу страну грудног коша и обухвата доњу трећину подлактице у пределу ручног зглоба и враћа се према болесном рамену, прелази преко њега и завршава се на леђима. Десолов завој се примењује при прелому кључне кости, повреди рамена, лопатице, надлактице и др.

Завој по Велпоу (Velpeau). — Поставља се тако што се повређена рука, савијена у лакту, ослања на грудни кош, а





ЗАВОЈ ПО ВЕЛПОУ (VELPEAU)



ЗАВОЈ ПО ДЕСОЛУ (DESAULTU)

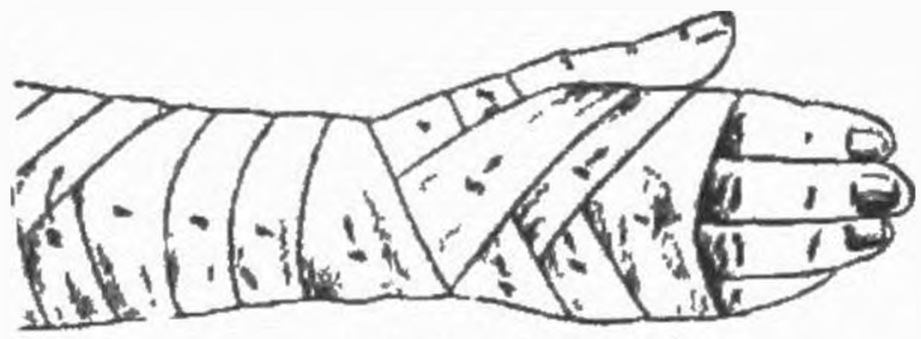
прсти болесне руке допиру до здравог рамена. Користи се за имобилизацију горњег екстремитета, нарочито после репозиције ишчашене надлактице и раменог зглоба. Први високи грудни завој се поставља преко болесне надлактице и подлактице и спреда око грудног коша до десне стране на леву, преко леђа на болесно раме и затим преко рамена на лакат. Наизменично се сме-

њују водоравни намотаји са уздужним преко рамена и лакта у облику осмица, све док се сасвим не причврсти повређени рамени зглоб. Примењује се и ради превијања после радикалне ампутације дојке, торакопластике, операције на медијастинуму, перикарду и друго

4. ЗАВОЈИ ГОРЊИХ ЕКСТРЕМИТЕТА

Завој надлактице (dolabra crurrens brachii) — Завој надлактице почиње кружним повијањем на доњем или горњем делу надлактице. На постављени почетни кружни завој надовезује се продужни кружни завој са увртањем (*reversa*) према надлактици узлазно или силазно према лакту. Пошто се завојним турама прекрије цела надлактица, завој се завршава на један од класичних начина.

Завој лакта (testudo cubiti). — Завој се може правити на два начина. Ако повијање почиње од периферије зглоба ка самом центру лакатног зглоба, то је прилазни завој лакта (*testudo cubiti inversa*). Међутим, ако завој почиње од средине зглоба и пружа се ка периферији зглоба, онда је то разлазни завој лакта



ЗАВОЈ ШАКЕ

(*testudo cubiti reversa*) Приликом повијања лакат треба да буде савијен под углом од 90°, а по завршетку завоја повијени лакат би требало да може да се савија и опружа, а да се при томе завој не олабави и спадне.

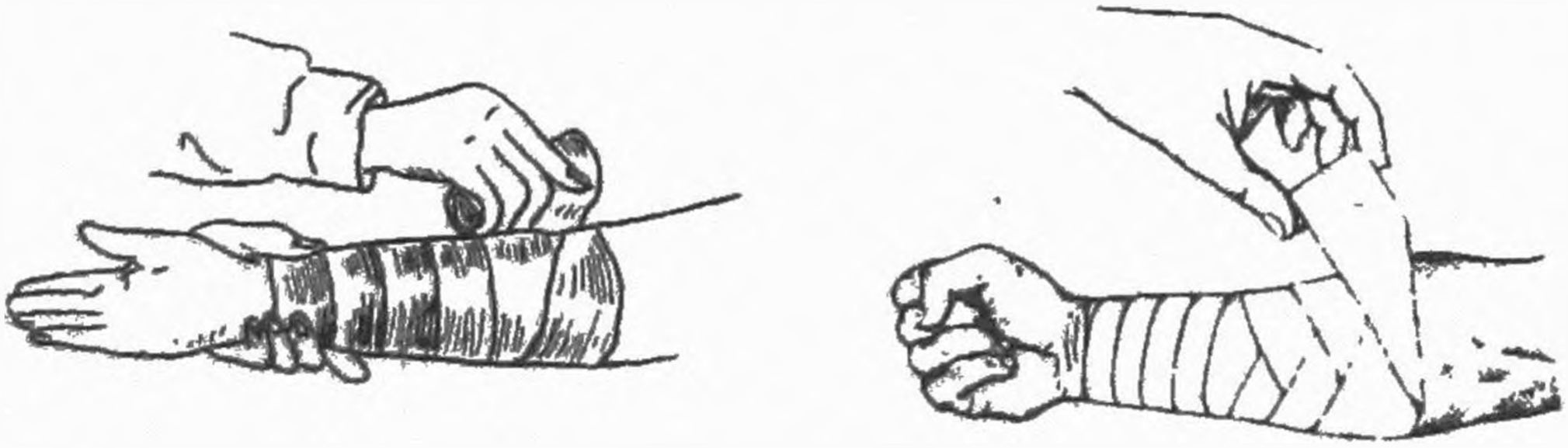
Прилазни завој лакта — корњача (testudo cubiti inversa). — Завој се назива прилазним јер повијање почиње од периферије према зглобу лакта. Најпре се поставља кружни завој испод лакта, а затим се завој укршта у прегибу лакта. Затим се прави осмица, која преко лакатне јаме прелази са воларне на дорзалну страну надлактице; потом се кружно обавије мишица, и то даље од самог зглоба лакта. Следећи навоји у виду осмице пењу се узлазно на подлактицу, а спуштају низлазно на подлактицу, тако да се наизменично прекривају. Сваки даљи навој у виду осмице је ближи самом зглобу лакта, те се последњим навојем лакат у потпуности прекрива Крај завоја се причвршћује на један од класичних начина.

Разлазни завој лакта — корњача (testudo cubiti reversa). — Завој се назива разлазним јер повијање почиње од лакта, па се следећи омоти постепено разилазе према надлактици или подлактици. Завој почиње кружним омотом преко најиспупченијег дела лакатне кости — средине зглоба лакта. Следећи омот прекрива средњи омот, а делимично и најнижи део надлактице, пошто се у виду осмице прекрије зглоб лакта, спушта се на подлактицу, обавије је, па се враћа ка лакту, укршта се са ранијим слојем и пење на надлактицу. На овај начин се праве осмице са укрштањем у пределу зглоба лакта и са постепеним размицањем (разилажењем) према надлактици или подлактици, све док се лакатни зглоб сасвим не прекрије. Крај завоја се завршава на класичан начин.

Завој подлактице (testudo antibrashii). — Најпре се изнад корена шаке поставе кружни омоти који се настављају кружно, тако што се са сваким следећим навојем прекрива претходни за две трећине и на тај начин омогућује да завој буде довољно чврсто стегут. Превијање се врши преклопним завојима типа реверса све док се потпуно не прекрије повреда или рана и повој не пређе изнад и испод места повреде.

Завој шаке (spica manus). — Завоји шаке се раде на више начина: у виду силазне осмице, узлазне осмице шаке и посебних завоја за прсте са покривањем или без покривања врхова прстију.

Силазна осмица шаке (spica manus descendens). — Завој почиње кружно изнад шаке, затим се у виду осмице спушта према прстима шаке, тако што иде косо преко надланице, па преко длана и поново се обавија око корена шаке. Завојна трака се опет спушта

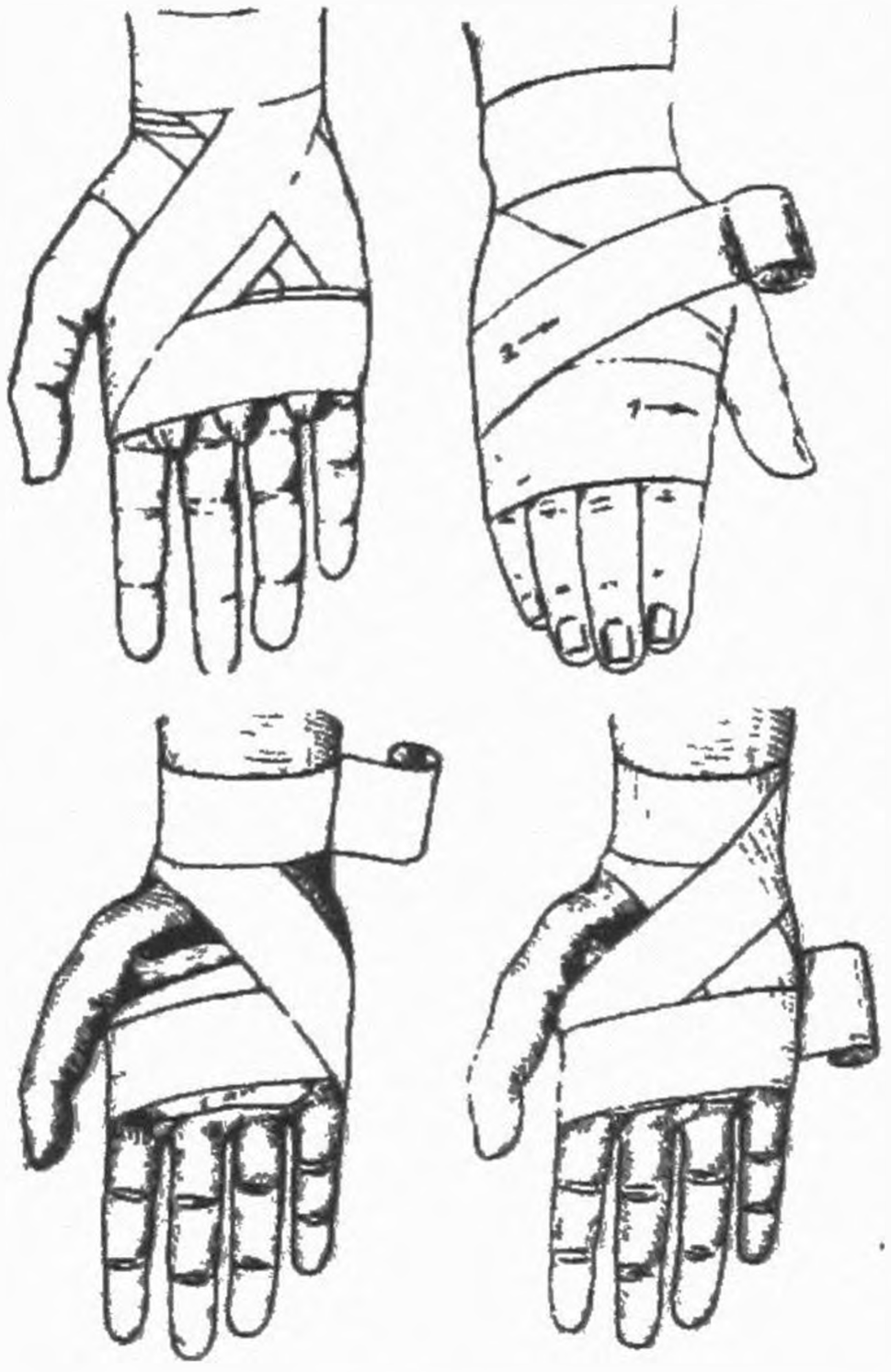


ЗАВОЈ ПОДЛАКТИЦЕ

ЗАВОЈ ПОДЛАКТИЦЕ

преко надланице и према прстима да би се укрстила; повијање се понавља све док се цела шака не обавије, при чему палац остаје слободан.

Узлазна осмица шаке (spica manus ascendens). — При постављању узлазне осмице шаке прсти су увек слободни.



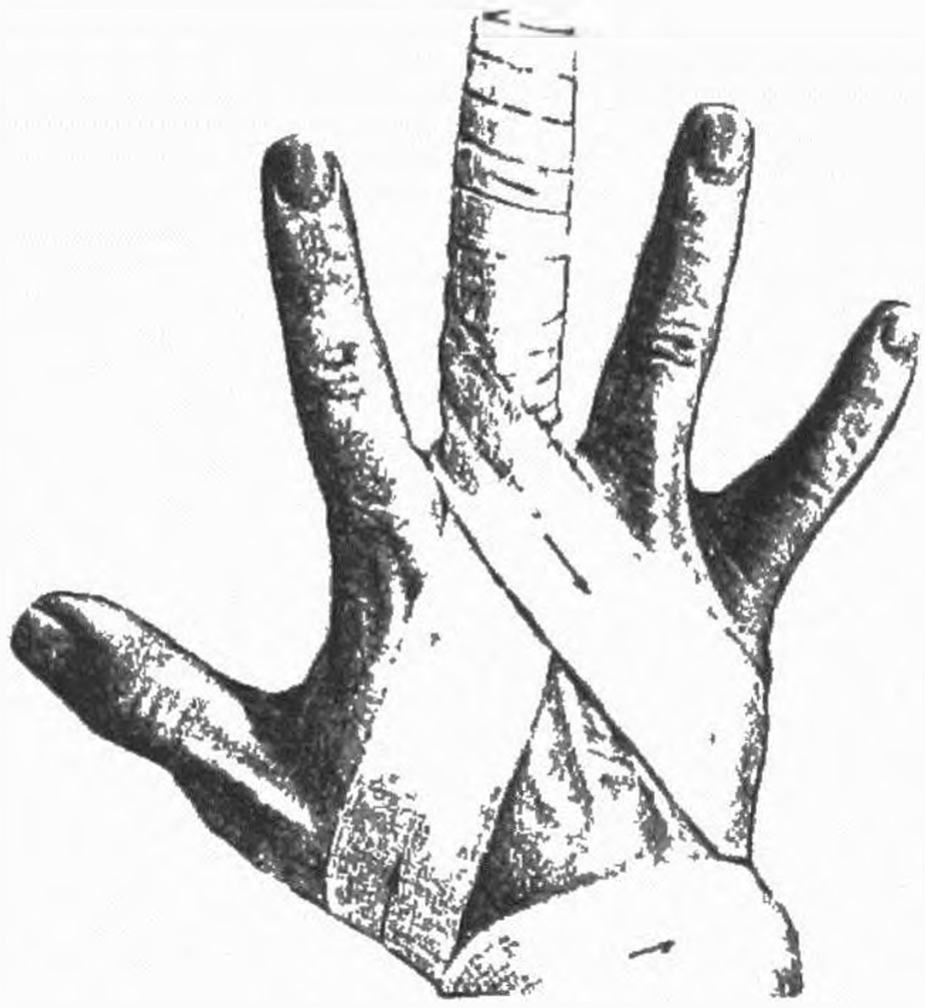
ЗАВОЈ ШАКЕ

Завој почиње кружним повијањем шаке у пределу метакарпалних зглобова да би се повеска водила по надланици према ручном зглобу, који обухвата, и враћа се по надланици на шаку, тако да се увек укршта са ранијим слојем на надланици. Повијање се понавља све док се у потпуности не обавије шака, при чему палац остаје слободан.

Завој прстију шаке (involutio digoitorum). — Прсти имају веома важну улогу у функцији шаке. При повреди прстију они морају посебно да се завију да би се спречила инфекција шаке, а и да би се спречило слепљивање повређених прстију. По правилу, врхови прстију треба да буду незавијени, слободни, ради контроле периферне васкуларизације и инервације. Завој почиње кружно око ручног зглоба и по надланици се спушта према повређеном прсту. Пошто се цео прст обавије, завој се враћа и укршта тако да за две трећине претходни навој прста, а затим се пење ка ручном зглобу. Поново се завој спушта према следећем прсту и цео поступак се понавља све док се не завију сви прсти шаке. Завој се завршава кружно око корена шаке.

Завој целог прста са покривањем врха (chiroteka completa). — Приликом по-

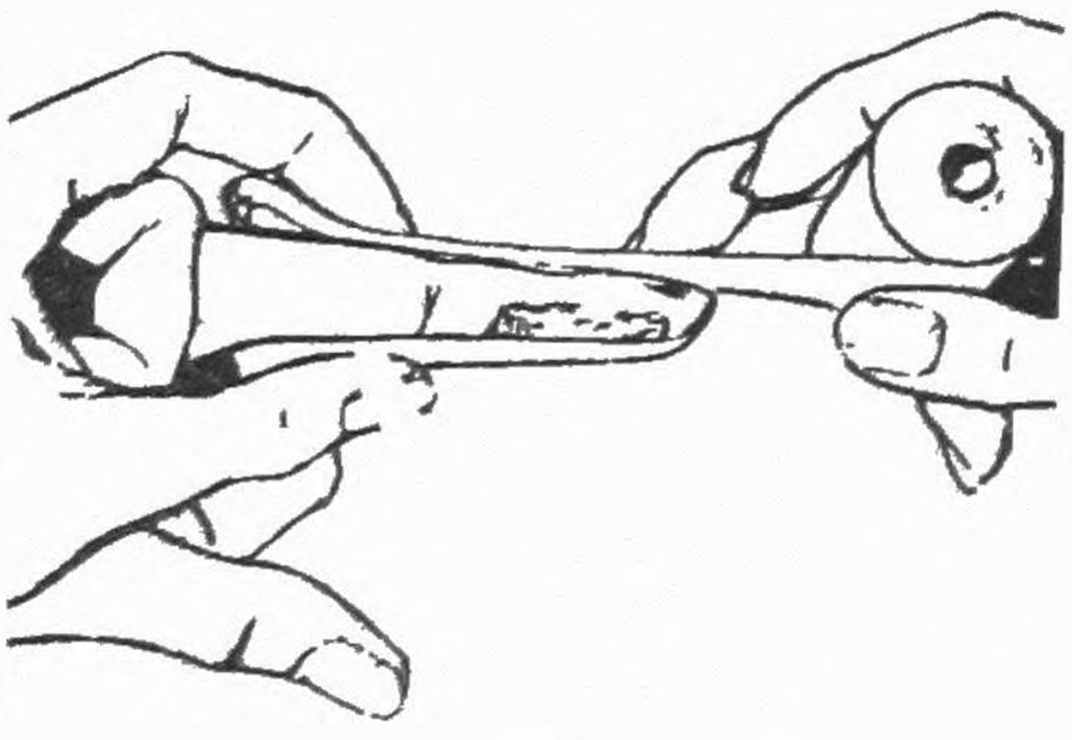
ЗАВОЈ ШАКЕ



ЗАВОЈ ПРСТА ШАКЕ СА ПОКРИВАЊЕМ ВРХА

вреде једног прста или гнојних обољења на прсту после репозиције прелома или луксације прста поставља се завој са покривањем врха тога прста Најпре се постави стика око ручног зглоба и повеска спушта по надланици дуж повређеног прста, обухватајући га тако што прекрива врх прста и пружа се према длану. При корену прста завој треба придржати и поново га превити на врх прста. Пошто се обави врх, враћа се према корену прста Потом се завој поставља кружно, тако да обави цео прст и на овај начин причврсти део завоја који покрива прст.

Завој се завршава укрштањем на надланици и кружним завојем око корена шаке.



ЗАВОЈ КАЖИПРСТА

Завој палца (spica policis). — Завој за палац може бити у виду силазне и узлазне осмице палца.

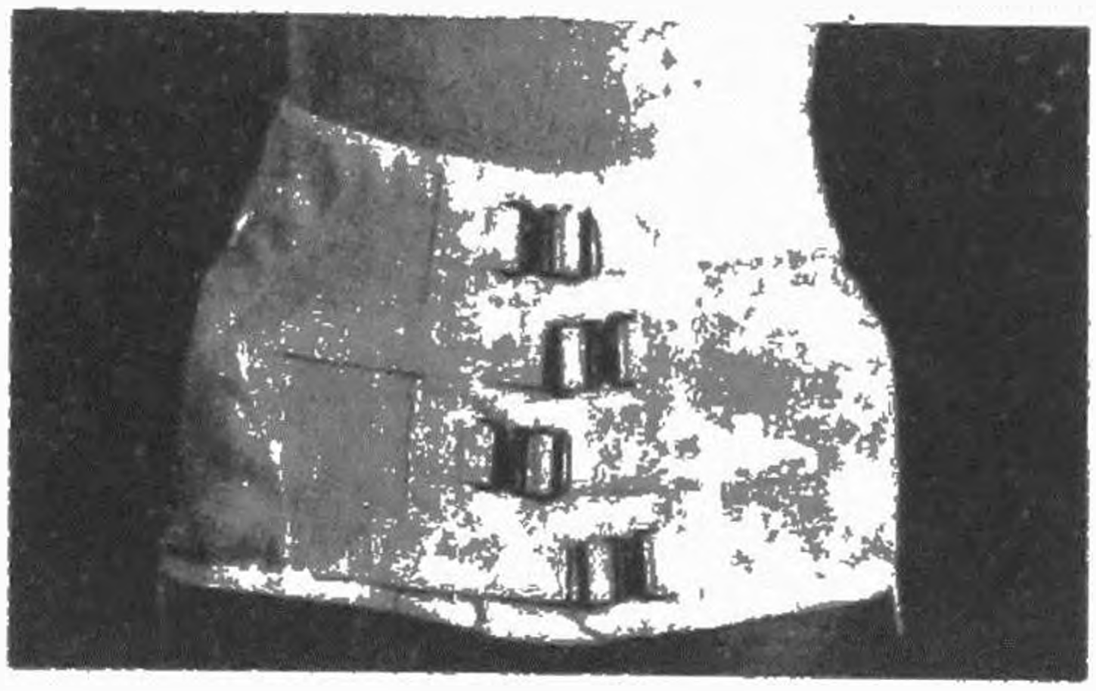
Силазна осмица палца (spica policis descendens) — Силазна осмица палца почиње кружним завојем изнад корена шаке и силази у виду осмице према палцу. Пошто се овако постави више навоја који прекривају цео палац, завој се завршава кружно изнад корена шаке У току превијања палац мора бити у положају абдукције

Узлазна осмица палца (spica policis ascendens) — Узлазна осмица палца почиње кружним завојем око врха палца, наставља се у виду осмице узлазно према корену шаке, пошто се кружно обавије, враћа се поново према палцу. Овако се поставља више узлазних навоја тако да се прекрије цео палац Завој се завршава кружно изнад корена шаке И у овом случају у току превијања палац је у положају абдукције

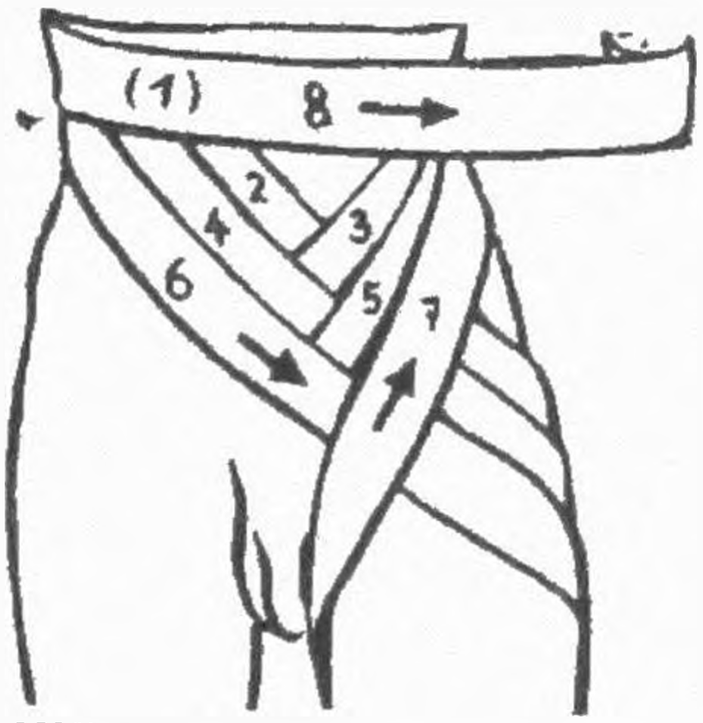
5 ЗАВОЈ ТРБУХА

За лаке ране зида трбуха при превијању употребљавају се леукопласт и мастизол (*appendix*, *hernia* и др.). Веће ране се завијају кружним завојем, тако што повој иде силазно од ребарних лукова према карлици (*dolabra cruens*) или узлазно од карличних костију према ребарном луку. Завојне траке су ширине 15 cm, а свака следећа трака прекрива претходну за две трећине. На тај

ЗАВОЈ ТРБУХА СА ЛЕУКОПЛАСТОМ



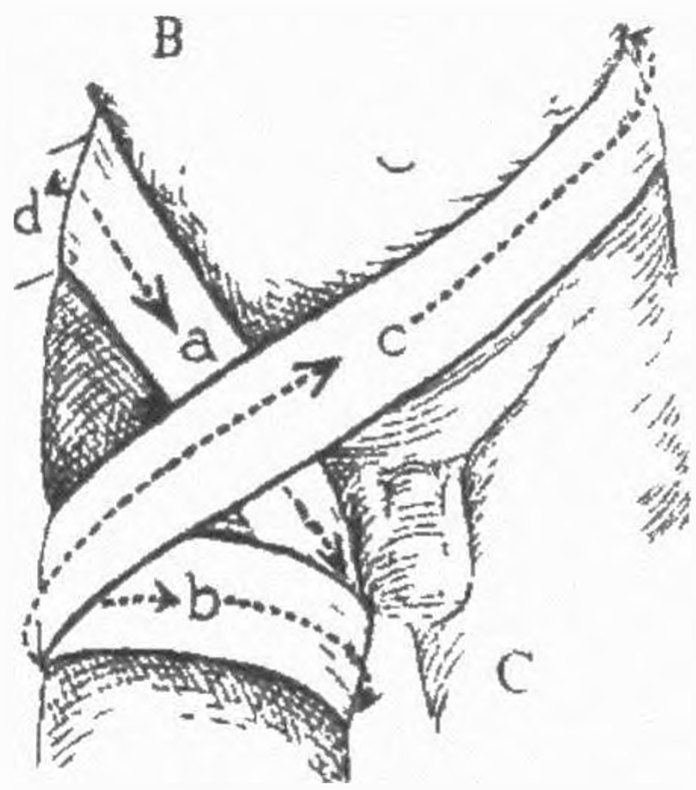
СКУЛТЕТОВА ПОВЕСКА КОД ОПЕРАЦИЈА НА АБДОМЕНУ

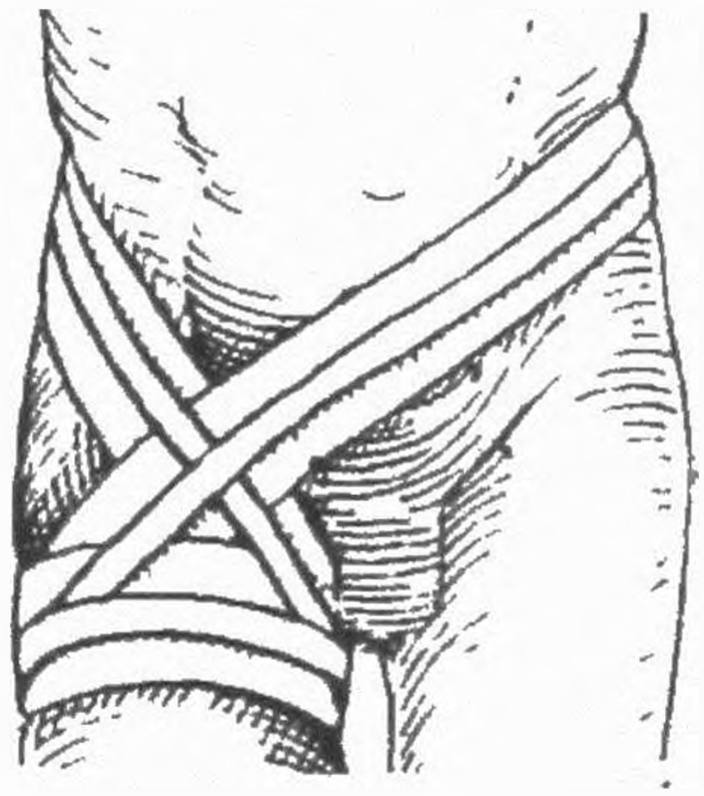


СИЛАЗНИ ЗАВОЈ ТРБУХА И НАТКОЛЕНИЦЕ

начин се обезбеђује довољна чврстина завоја Ако се рана налази у доњим партијама трбуха, корисно је да се завој причврсти уплетањем неколико осмица око кука и бедра на истој страни где је и рана, што ће спречити да завој спадне и клизи.

Скултетов (*Scultetus*) завој је састављен из више комада паралелних трака одређене дужине које су између себе тако сашивене да се покривају као црепови на крову. Скултетов завој се поставља на леђа болесника, преко лумбалног дела кичме, тако да се траке везују напред. Практичан је и омогућује измену газе на рани трбуха, а болесник се при томе не мора окретати. По потреби завој се може стегнути или попустити. Болесници у кревету могу да се слободније окрећу, осећају се угодније и сигурнији су. Користи се у абдоминалној хирургији, гинекологији и акушерству.

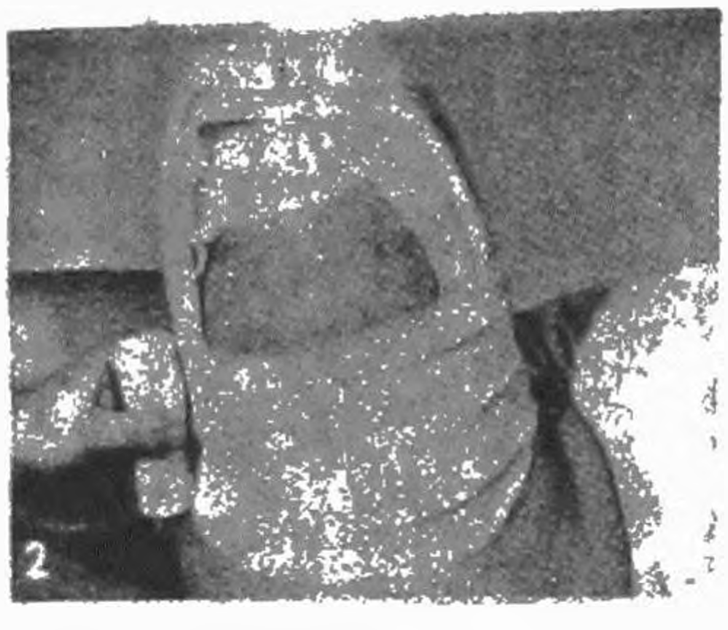


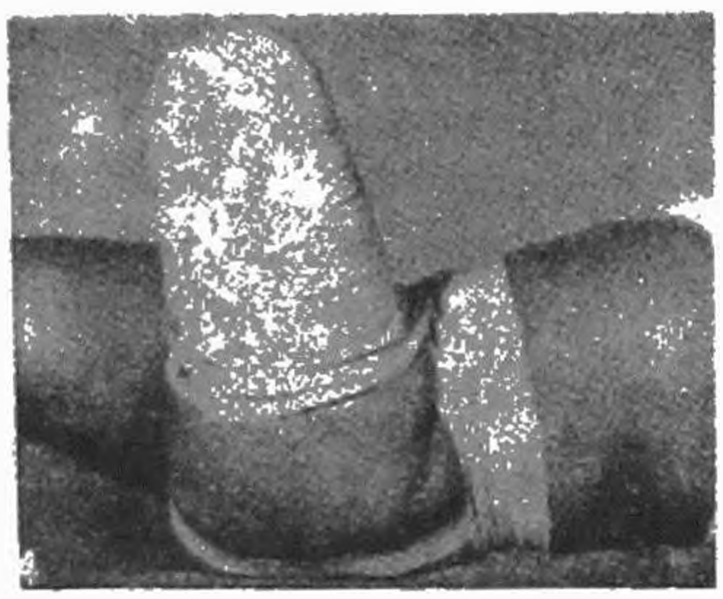


ЗАВОЈ ТРБУХА И НАТКОЛЕНИЦЕ

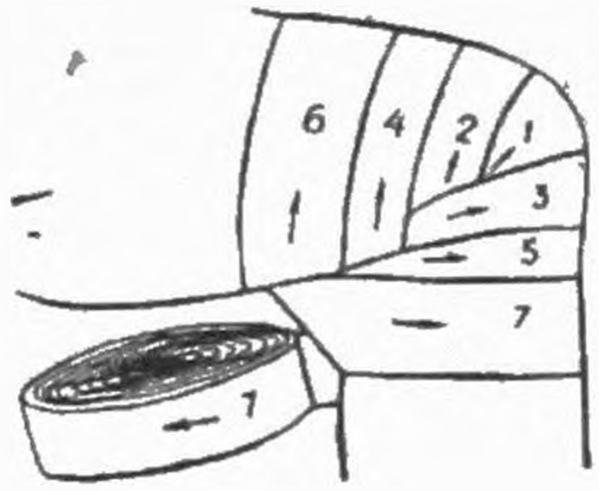
6. ЗАВОЈИ ДОЊИХ ЕКСТРЕМИТЕТА

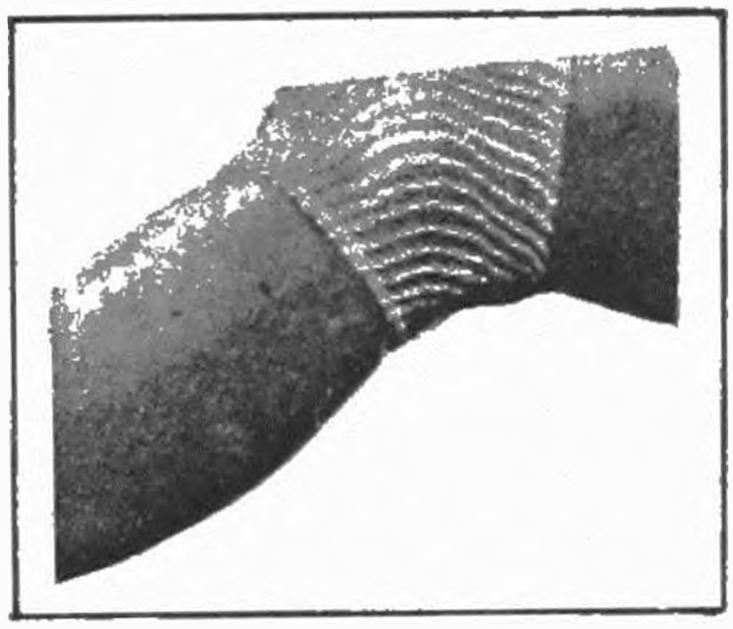
Силазни завој зглоба кука (spica coxae descendens). – Завој се поставља најпре кружно око трбуха, изнад обе *spinae iliacae*, затим силази косо напред према повређеном делу, обилази бутину у облику осмице, а са унутрашње стране бутине поред мошница, односно стиднице код жена Враћа се на бок преко повређеног кука, укрштајући се са ранијим слојем у препони или пак на спољној страни бутине, обилазећи око леђа са здраве стране. Поново се спушта дуж предње спољне стране горње трећине натколенице и после укрштања у облику осмице враћа се према куку. При томе се води рачуна да повој





ЗАВОЈ БУТА (ПОСЛЕ АМПУТАЦИЈЕ)





ЗАВОЈ КОЛЕНОГ ЗГЛОБА

ји преко леђа увек долазе са здраве на болесну страну. На овај начин се смањује могућност да завој склизне. Када се рана на бутини сасвим прекрије, завој се завршава кружно око појаса, тј. тамо где је и започет.

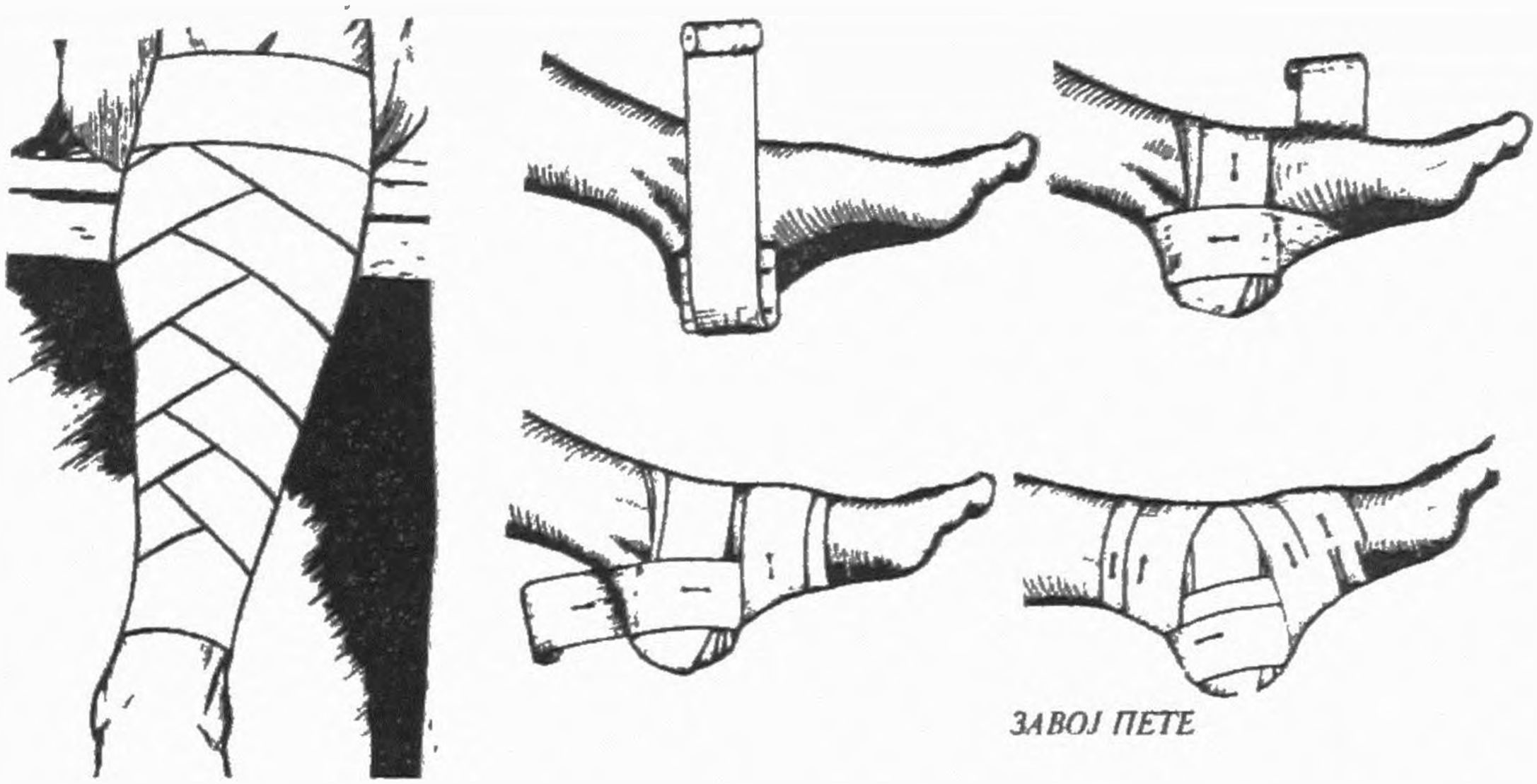
Узлазни завој зглоба кука (spica coxae ascendens). — Завој се поставља кружно око горњег бедра, тако што се повеска поставља од спољне према унутрашњој страни натколенице болесне стране, а потом се пење према куку супротне здраве стране, тако да обухвата доњи део трбуха преко слабине и спушта се према болесној натколеници, и то према њеној унутрашњој страни у правцу мошнице, односно усмине. Ту се укршта у облику осмице, обавија натколеницу и пење се према супротном, тј. здравом куку. Поступак превијања се завршава кружним завојем око кука.

Обострани завој кука (spica coxae duplex). — Када је потребно, истим завојем се може направити обострани силазни завој кука, који прелази наизменично са једног на други кук и завршава се на полазном месту. Завој увек треба да почне од стране као нисходна спика, и то наизменично — за један, па за други кук. Међутим, има присталица да се завој прво уради на једној страни, а после тога на другој страни. Завој се завршава са два-три кружна повоја изнад карлице, који дају чврстину завоју.

Завој колена (testudo genus). — Завој колена може бити у облику прилазне и разлазне корњаче. Колено се завија на исти начин као и лакат. При превијању колено мора да буде делимично савијено (флектирано), под углом од 10°.

Прилазна корњача колена (testudo genus inversa). — Прилазни завој колена почиње на потколеници и прелази у осмице које се пењу према натколеници и спушта надоле прилазећи зглобу и укрштајући се у потколеној јами. Сваки наредни повој је ближи средини коленог зглоба, а крајњи омот прелази преко саме чашице (patellae). Крај завоја се поставља испод чашице и причвршћује на један од класичних начина.

Разлазна корњача колена (testudo genus reversa). — Разлазни завој колена почиње као и код лакта, кружним пово-



ЗАВОЈ ПОТКОЛЕНИЦЕ

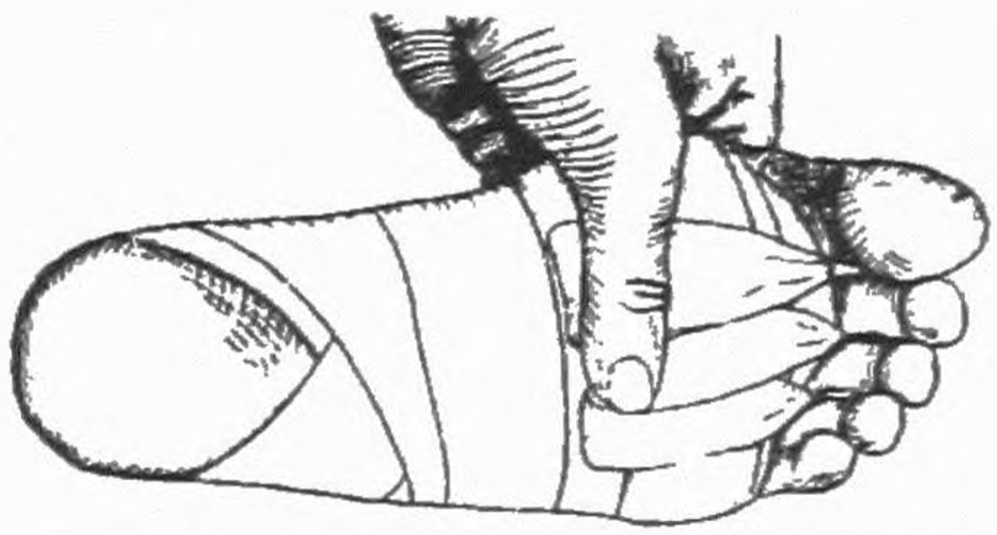
ЗАВОЈ ПЕТЕ

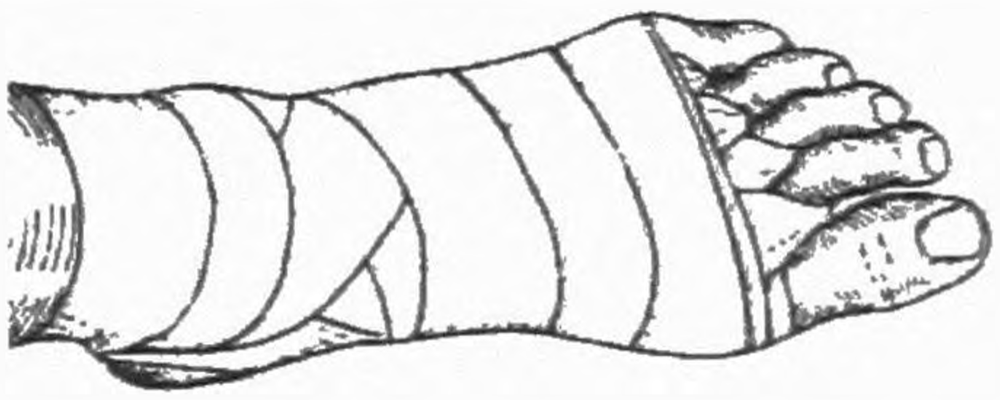
јем око самог колена и преко чашице (*patellae*). Сваки даљи повој у облику осмице се шири лепезасто од колена према периферији, и то наизменично изнад колена на бедро, а испод колена на потколеницу. Када се цео зглоб колена прекрије завојем, постављају се две-три кружне туре испод чашице на потколеници, и завој се завршава на један од класичних начина.

Завој потколенице (spica cruris). — Најпре се постави неколико кружних омота на доњем делу потколенице. Затим се повијање наставља узлазно према колену у виду кружних појава типа реверсе. При томе се води рачуна да сваки следећи навој прекрива претходни за две трећине. Ради чврстине завоја може се сваки намотај обавити са укрштањем (реверса). Завој се завршава кружно испод колена на један од класичних начина.

7. ЗАВОЈИ ПЕТЕ

Силазна осмица стопала (spica pedis descendens). — Завој у облику силазне осмице стопала почиње кружним повојем изнад глежњева на потколеници и





ЗАВОЈ СТОПАЛА

спушта се у облику осмице преко скочног зглоба на горњи део стопала, иде преко њега и враћа се испод стопала тако да прекрива почетни завој. Поново се пење изнад скочног зглоба и спушта на стопало, све док се оно сасвим не прекрије. Завој се завршава кружним омотом изнад скочног зглоба.

Узлазна осмица стопала (spica pedis ascendens). — Завој у облику узлазне осмице стопала почиње кружним повојем око стопала и прекрива цело стопало, пење се улазно и завршава на доњој трећини потколенице. При томе се во-

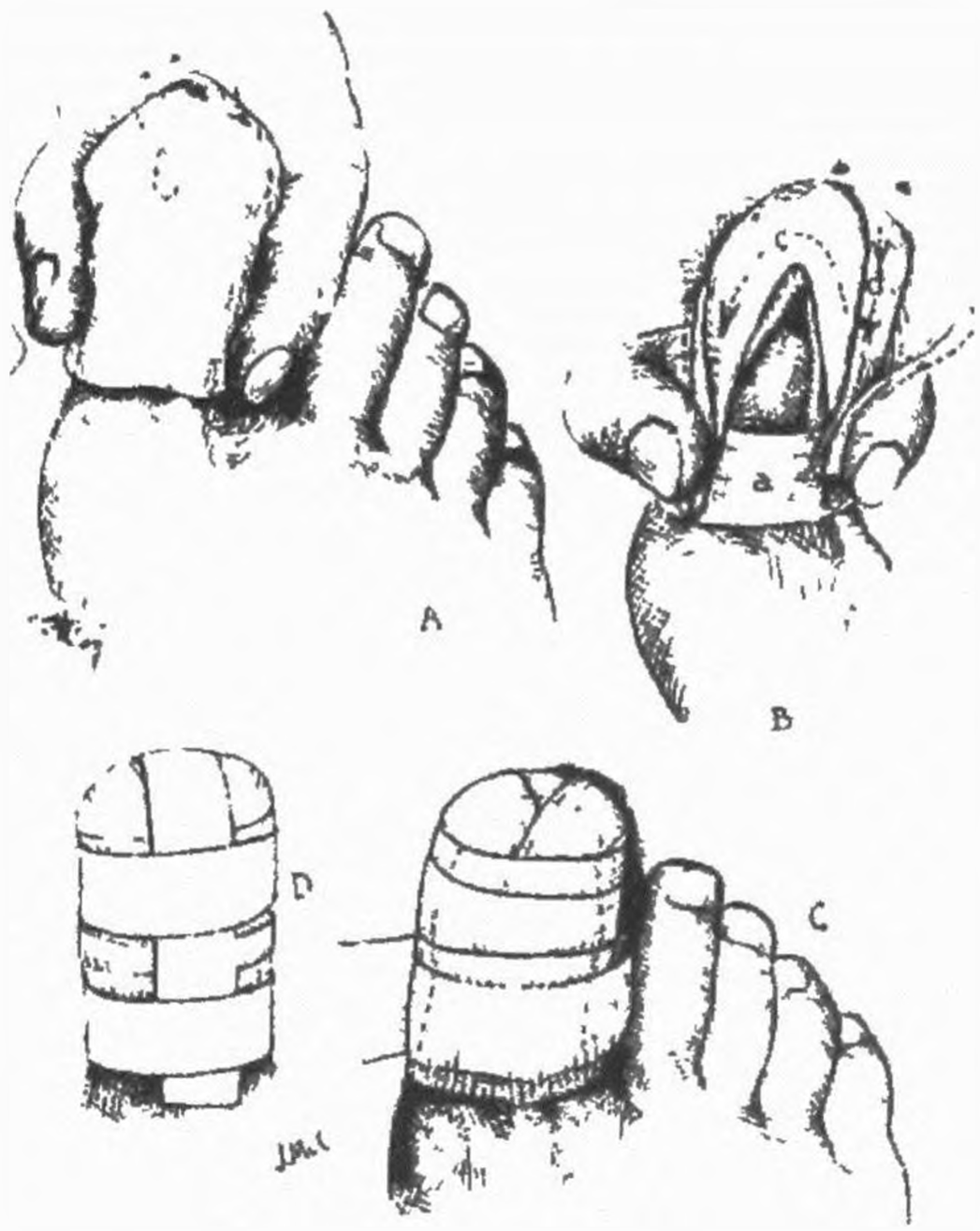
ди рачуна да сваки наредни навој у облику осмице прекрива две трећине претходног и да буде довољно чврсто стегнут. Завој се примењује у пружању прве помоћи после разних врста повреда, у лечењу гнојних запаљењских процеса на меком ткиву, опекотина, смрзотина и др., ради имобилизације приликом дисторзије лаког степена итд.

Корњача пете (testudc calcanei). — Завој у облику корњаче пете прави се на исти начин као и корњача колена, тј. као прелазни и разлазни завој пете (*reversa et inversa*).

Разлазна корњача пете (testude calcanei reversa). — Завој пете у облику корњаче почиње кружним завојем око средине пете и прегиба ноге. Завој се прави у облику осмица које се на доњем делу спуштају према прстима и међусобно прекривају, а на горњем делу пењу према потколеници разилазећи се од центра и међусобно се покривајући. Пошто се цела пета прекрије, завој се завршава изнад скочног зглоба.

Прилазна корњача пете (testude calcanei inversa) — Завој почиње око скочног зглоба и преко прегибног дела напред прелази на део стопала који је уз пету, обавија га, и после укрштања на предњој страни скочног зглоба, пошто прекрије зглоб, следећим турама завоја постепено прекрива и пету. Завој се завршава кружним омотом испод скочног зглоба Овако постављени завој не прекрива пету сасвим, те је потребно појачати завој — корњачу. Нови завој се поставља од врха стопала на табан, затим иде косо иза спољњег скочног зглоба са задње стране у висини Ахилове тетиве и са супротне стране се спушта према врху стопала, преко табана ка унутрашњем зглобу позади на пету, да би се са два три кружна завоја завршио у доњој трећини потколенице.

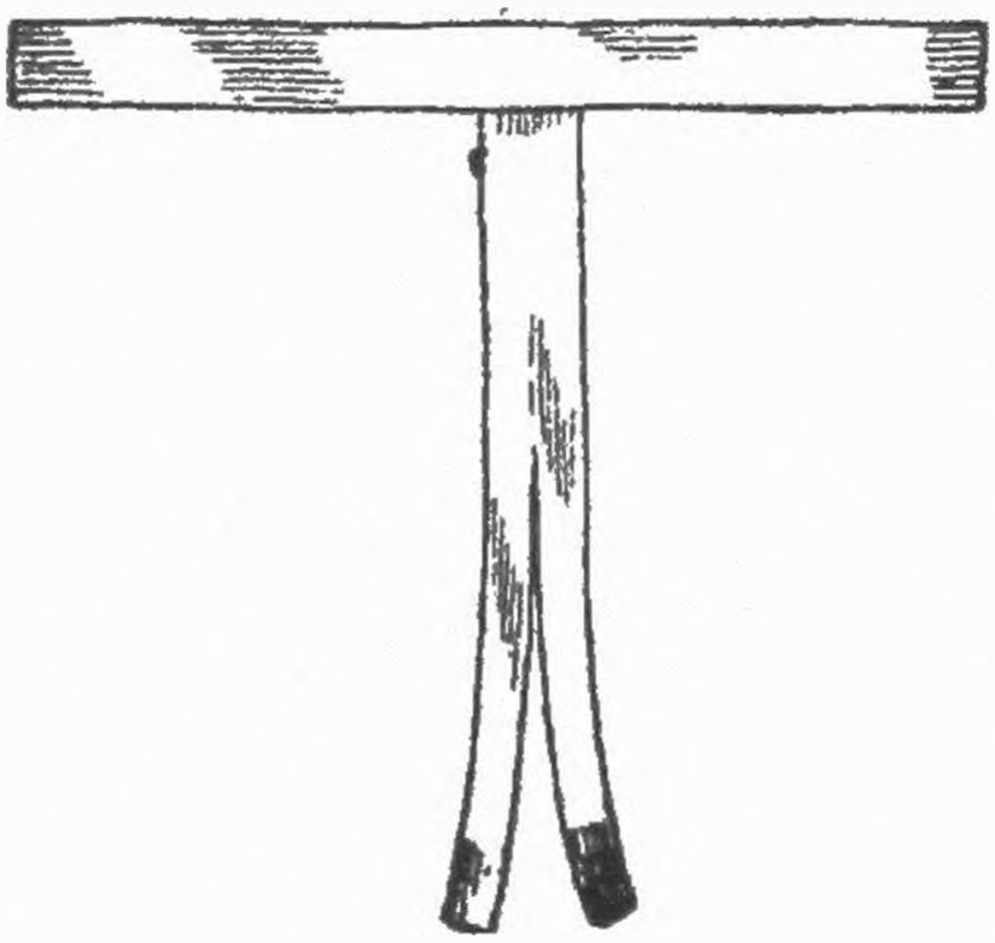
Завој ножног палца (spica hallucus ascendens seu descendens). — Завој може бити узлазни (*ascendens*) или силазни



ЗАВОЈ ПАЛЦЕ И НОГЕ

(*descendens*). Прави се као обична спика, али је врло тешко да завој буде само око палца јер ће врло брзо спасти, па се мора продужити до скочног зглоба и доње трећине потколенице. Пошто се постави неколико намотаја преко ране на палцу у виду осмице, завој се пење преко стопала ка скочном зглобу и завршава на потколеници. Примењује се ради превијања гнојних запаљењских процеса на меким ткивима палца: *ungvis incarnatus*, *panaritium*, *abscessus*, *phlegmona*, због опекотина и смрзотина и разних повреда, у оквиру пружања прве помоћи, као и у постоперативном лечењу (превијање).

Завој међице и перинеума (spica perinei). — Перианална регија и међица су неподесни за завијање и овај завој није довољно познат здравственим радницима јер се ретко приказује на практичним вежбама. Међутим, врло често постоје обољења на међици и перинеуму, те је потребно упознати технику превијања и на овој анатомској регији. Боле-



ЗАВОЈ МЕЂИЦЕ У ОБЛИКУ СЛОВА „Т"

сник се при превијању ослања у лежећем положају на подметач за карлицу (*Vogchardi*), са лако савијеним ногама у зглобу кука и колена. Мошнице (тестисе) треба подићи према стидном пределу ка симфизи (*mons Veneris*), а анални и вагинални отвор при превијању морају остати непокривени. Уколико је у питању операција на ректуму или вагини, онда се и ови органи превијају. Избочени делови се претходно обложе ватом. Завој се може поставити на два начина, као завој у облику слова Т и завој у облику обостране осмице.

Завој у облику слова Т. – Користи се при операцији на перинеуму. Поставља се најпре основни кружни завој око појаса, који служи за учвршћивање овог завоја. Широка трака завоја се провлачи иза леђног дела овог опасача и потом спушта преко међице између глутеалних мишића које покрива и пење се нагоре. Пошто се претходно провуче испод кружног овоја (опасач), враћа се поново преко међице. Превијање на овај начин се понавља све док се међица у потпуности не прекрије. Завој се завршава везивањем краја траке за опасач.

Завој у облику обостране осмице – Почиње кружно око појаса и преко десног бока се спушта према полном органу, прелази преко међице и са задње стране прекрива глутеус. Завој затим избија на леву препону и враћа се после укрштања, па се спушта према полном органу и међици на задњој страни десног бедра и глутеуса, обавија их и иде ка десној препони. Повијање се понавља све док се сасвим не прекрију мишићи и глутеус. Завој се завршава где је и почео, тј. кружно око појаса.

8 УПОТРЕБА МАРАМЕ ПРИ ПРЕВИЈАЊУ

Марама може да се употреби за превијање рана када на месту повреде не постоје друга средства за превијање. Користе се четвороугласте или троугласте мараме, направљене од застирача, пелена, убруса, сервијета и другог плат-

ЗАВОЈ ГЛАВЕ МАРАМОМ

на. Марама може сасвим да се прилагоди уз тело, али како се рубови мараме усецају у тело, то се оне користе само закратко уместо завоја главе, подлактице, шаке, стопала и др.

Завој главе марамом (capitum triangulare). – Завој главе марамом може потпуно да замени „руску капу" и *mitra Hippocratis*. Марама се поставља преко чела и темена, а крајеви се могу везати напред или позади.

Завој троугластом марамом (mitella). – Помоћу троугласте мараме могу да се превијају и лакат и подлактица тако што се рука савијена под правим углом постави у мараму, а крајеви троугласте мараме се свежу око врата повређеног. Врх мараме се пребаци преко лакта и подлактице и причврсти за пресавијени део мараме.

9. ЗАВОЈ ЛЕУКОПЛАСТОМ

Помоћу леукопласта се може извршити трајан притисак на поједине делове тела. Пре стављања леукопласта потребно је кожу опрати топлом водом и сапуном. Леукопласт се поставља на суву и здраву кожу. Приликом скидања леукопласта чупају се длачице, што је врло болно и неугодно за болесника. Пре скидања леукопласт треба претходно овлажити брисом од газе натопљеним бензином. Леукопласт се после тога може скинути лако и безболно Леукопласт се као завој примењује:

- ради причвршћивања (фиксирања) газе стављене преко ране;
- код затворених повреда грудног коша са преломом ребара за имобилизацију помоћу леукопласта (семицингулум);
- за причвршћење краја завојне траке;
- у фази гранулације, јер рана брже зараста ако се помоћу леукопласта привуку ивице ране и на тај начин убрза процес епителизације и цикатризације;
- код пупчане киле новорођенчета леукопласт се ставља ради фиксације репонираног садржаја киле. Кила се прво репонира и покрије комадићем газе, а потом се кожа набере и покрије тако да не дозвољава поновно појављивање киле.

ТЕХНИКА ИЗВОЂЕЊА НЕКИХ ТЕРАПИЈСКИХ ПРОЦЕДУРА

Лечење је финални део напора здравствених радника да помогну болесном човеку. Основна средства за лечење су лекови. Одређивање врсте лека, дозирање и начин давања је у делокругу рада лекара, а припрема је у надлежности сестре. Како је реч о тимском раду, медицинска сестра не сме бити само рутинер који спроводи налоге. На пример, зна се да лекове дозира лекар, али када сестра треба тај лек да дâ болеснику, мора глобално да процени да случајно није лек предозиран. Боље је и да непотребно пита него да лек дâ у већој дози. Јер, грешке у овом послу су непоправљиве.

ТРЕБОВАЊЕ И ТЕХНИКА ПРИПРЕМЕ ЛЕКОВА, ЗНАЧАЈ ПРАВИЛНОГ ДОЗИРАЊА

Терапија је саставни део посла лекара и сестре. Лекар одређује врсту лека, количину, време и начин давања лека. Све остало око руковања лековима обавља сестра. Врло је важно да сестра сваки лек да малом болеснику у тачно предвиђеном времену у одређеној количини, пре или после оброка, већ према налогу који је записан у температурној листи.

Добро обучена сестра зна да при подели лекова мора бити пажљива, концентрисана, јер свака грешка може угрозити живот болесника. Ако, на пример, лек који се даје интрамускуларно да интравенски, може наступити тренутна смрт.

Важно је још нагласити да ако се грешка учини (на пример, замена болесника, замена лека), треба одмах обавестити ординирајућег лекара како би се предузеле одговарајуће мере.

Лекове који се дају *per os*: таблете, прашкови, драже, сирупи, капи или неки лекови из ампула, лично даје сестра, сваком болеснику у тачно одређено време, пратећи оно што је написано у температурној листи или књизи терапије.

Сви лекови за потребе одељења чувају се у одељењској апотеци. Ова апотека се преко књиге требовања лекова допуњава увек када понестану лекови или се уводе нови лекови.

Приручна апотека на одељењу треба да је закључана, а кључ чува сестра задужена за лекове. Чување лекова је важан задатак сестре јер од исправности лека, правилне примене или замене неупотребљеног лека зависи хоће ли се догађати грешке на одељењу. Лекови су истовремено и огромна материјална одговорност за задужену сестру.

Требовање лекова из централне апотеке увек обавља сестра. То чини преко специјалне свеске — књиге за требовање. На одељењу треба да постоји и одвојена књига за требовање лекова наркотика.

У ормару у којем се чувају лекови мора да влада беспрекоран ред, све мора бити чисто, дезинфиковано, а лекови поређани према начину употребе, а назив лека увек окренут тако да се лако прочита.

Из апотеке се одстрањују лекови који се више не користе, ако је болесник престао да прима тај лек, или је болесник отпуштен кући или пак премештен на друго одељење. Овакви лекови се враћају централној апотеци

Лекови се у организам могу уносити:

- *перорално* (преко уста);
- *парентерално* (инјекцијама),
- *ректално* (преко дебелог црева);
- *инхалацијом* (преко дисајних органа);
- *локално преко коже* (масти);
- *укапавањем* (капи у нос, ухо и др.).

Којим ће се путем унети лек одређује лекар, а особа која тај лек даје мора се придржавати правила да пре давања лека добро провери:

- *тачан назив лека*;
- *тачну дозу лека*;
- *тачно време давања лека*;
- *начин на који се лек даје*;
- *датум производње лека и рок трајања*;
- *име и презиме болесника коме се даје лек.*

НАЈЧЕШЋЕ ТЕРАПИЈСКЕ ПРОЦЕДУРЕ

Многе терапијске интервенције педијатријска сестра треба не само да зна него и да их увежба тако да што мање изазивају бол и друге непријатности код детета. Овде ће бити речи само о најчешћим интервенцијама, уз неопходне напомене везане за узраст и масу оболелог детета.

Орално давање лекова је најчешћа терапијска процедура која се примењује кад год је могућа и када није неопходна парентерална примена лекова О техници оралне терапије биће касније више речи.

XI. ВЕЖБЕ

1 ОРАЛНО ДАВАЊЕ ЛЕКОВА, ТЕХНИКА И ПРИПРЕМА ДЕТЕТА

Лекови који се дају орално, а посебно су прилагођени деци, називају се педијатријским препаратима. Најчешће су у облику дисперзија и сирупа, у концентрацијама које су погодне за дозирање. Мања деца не могу да гутају таблете и капсуле, али се зато оне могу узимати суспендоване у течности пре давања.

Пажљива припрема пре давања течних лекова деци је врло важна. Пре него што се одреди потребна количина, суспензија се продрма и измеша, да би се лек равномерно распоредио. Ово треба урадити непосредно пре давања лека.

Потребно је избегавати да се лекови мешају са храном или да се стављају у целу боцу млека. Деца тада могу да одбију сву или део тако спремљене хране.

Деца прихватају течне лекове врло добро ако су стављени у вештачку брадавицу (гумена цуцла) са боцом за храњење. Сестра треба да придржава главу детета да не би дошло до аспирације приликом сисања. Пипета за лекове или чак шприц без игле могу се употребити код новорођенчета.

Деца често прихватају лекове боље из малих шоља него из кашике. Сестра обухвати дете које седи једном руком, а другом даје лек. На тај начин благо придржава руке детета и спречава аспирацију у исто време.

Фиксирање детета помоћним средствима може користити, али је непожељно то радити и приморавати дете

да гута лек ако оно упорно одбија због ризика од аспирације. То, такође, може бити некорисно ако дете испљуне или поврати дати лек Много је боље, кад је то могуће, мотивисати дете да узме лек Треба бити обазрив и лекове не треба називати „слаткишима" ради постизања сарадње Многа деца су сама узимала леталне лекове са омотачима од слатких супстанци у потрази за слаткишима у кући или чак одељењу, што је имало тешке последице.

Када се употребљава назогастрична сонда, лек се сипа у сонду и дода се мало воде

Припрему за давање оралне терапије треба обавити у просторији где се и налази сав прибор и лекови. Покретна колица се оперу и дезинфикују. На њих се редом стављају: тацна са лековима потребним за 24 часа, две посуде — тањири узети из сувог стерилизатора, у један се стави оноликн број стерилних кашика колико има деце за терапију, други тањир је за одлагање кашика, посуда — стерилна шоља са киселим млеком или чајем које ће се додати у лек како би дете лакше прогутало таблету Припрема се и порцелански аван са тучком за ситњење великих таблета које дете не може да прогута

Са овако припремљеним колицима сестра улази у болесничку собу. За време поделе терапије свако дете мора да буде у свом кревету. Сестра чита из температурне листе који лек и ком болеснику треба дати. Одојчету и малом детету треба таблете и драже је најпре добро уситнити, а тек потом дати. У стерилну кашику прво се сипа мало млека или чаја, па преко тога уситњен лек. Свако дете треба да прогута лек у присуству сестре. Не долази у обзир да се лек деци остави за касније, јер се може десити да дете баци лек или, још горе, прогута све одједном.

2 ПРИПРЕМА ДЕТЕТА, ЛЕКА И ОСТАЛОГ МАТЕРИЈАЛА И ТЕХНИКА АПЛИКОВАЊА СУПКУТАНИХ И ИНТРАМУСКУЛАРНИХ ИНЈЕКЦИЈА

Парентерална апликација лекова подразумева уношење лека у организам инјекцијама Примена лека на овај начин омогућује прецизно дозирање лека и брзо и поуздано постизање терапијског ефекта На овај начин могућно је унети и оне лекове који оштећују слузокожу дигестивног тракта или се у њему инактивишу

Убризгавање лека је такође најбољи начин уношења лека у организам када су у питању болесници који нису у стању да узму лек орално болесници без свести, душевни болесници, болесна деца која повраћају, а некад и деца млађег узраста

За супкутано и интрамускуларно уношење лека треба претходно припремити следећи материјал

- *покретна колица,*
- *шприцеве за једнократну употребу;*
- *игле различитих величина за једнократну употребу;*
- *средства за разврставање или разблаживање лека (физиолошки раствор, дестилована вода или растварач који се добија уз лек);*
- *тупфере ваће натопљене алкохолом;*
- *температурне листе или књигу терапије;*
- *стаклену посуду – флашу са дезинфекционим средством за одлагање употребљених игала.*

Сестра која дели парентералну терапију мора добро да познаје болеснике са одељења: њихов физички изглед, због избора места за давање инјекције и њихово понашање у болничкој средини, како би спречила непредвиђене ре-

акције, нарочито оне деце која се плаше оваквe апликације лекова.

Супкутаним инјекцијама даје се мањи број лекова. Инјекције се дају у све делове тела који су приступачни и где се може кожа набрати Користе се углавном спољни део надлактице, спољни део натколенице, а за давање инсулина обе стране трбушног зида Сестра најпре добро опере руке, а ако за то постоје разлози може ставити танке рукавице. Затим у припремљену бризгалицу увуче одређени лек. Игла на шприцу се промени Болесник у кревету лежи или евентуално седи, што је најсигурније. Сестра место убода дезинфикује тупфером вате, прстима леве руке направи набор коже, а десном руком узима бризгалицу и врши убод под кожу. Пре убризгавања лека клип се повуче назад – аспирира, а затим се лек убризга.

Када је лек убризган, преко игле се стави тупфер вате и игла извуче, а тупфер остави неко време на убодном месту.

Када се игла скине, убацује се у стаклену посуду са дезинфекционим средством, а остали материјал се распреми.

Интрамускуларно давање лека је врло чест начин уношења лека у организам. Интрамускуларно се дају лекови растворљиви у мастима суспензије лекова и у води. Овако се дају и депои лекова, одакле се под утицајем ткивних сокова постепено ресорбују.

За интрамускуларно давање лека потребно је најпре изабрати добро место за давање. Бира се добро развијена мишићна маса, где нема великих крвних судова и где не пролазе велики нервни завршеци. На том месту кожа мора да буде здрава, без инфекције или повреда. Ако се присетимо анатомије, ове услове испуњавају следећи мишићи:

- спољна страна надлактице (musculus triceps brachi);
- спољна страна натколенице (musculus quadruceps femoris),
- спољни горњи квадрат глутеуса (musculus glutaceus).

Када се све припреми и провери, лек се раствори или разблажи и како и колико је прописано увуче у одговарајући шприц. Сестра промени иглу и прилази болеснику. Болесник је у кревету у лежећем положају. Окреће га на леђа или потрбушке, зависно од избора места за давање. Шприц држи у десној руци (кажипрст фиксира главу игле, средњи и домали са палцем фиксирају цилиндар шприца, а мали прст придржава клип). Место предвиђено за убод ослободи одеће, прстима леве руке обухвати мишић и затегне кожу, дезинфикује убодно место, а десном руком врши убод. Док шприц држи као на почетку, левом повлачи клип нагоре – аспирира, тј. проверава да се врх игле није задржао у крвном суду. Ако се у шприцу не појаве капи крви при аспирацији, лагано убризгава лек. На крају, преко игле ставља тупфер вате и једним потезом извлачи иглу. Тупфер вате остаје на убодном месту, а ако место крвари, може се фиксирати траком фластера.

Како би инјекција мање болела, неопходно је проценити којом снагом треба да се замахне шприц како би инјекција мање болела и како би се у једном потезу пробола сва три слоја – кожа, поткожно ткиво и мишић. Наравно, најбоље је када се то учини само једним потезом. Сав материјал се на крају распреми, а употребљене игле се убацују у стаклену посуду са дезинфекционим средством.

3. ПРИПРЕМА ДЕТЕТА И МАТЕРИЈАЛА ЗА ИНТРАВЕНСКО ДАВАЊЕ ЛЕКОВА

Многи лекови се дају интравенски (*i.v.*), нарочито када је потребно да бр-

зо и ефикасно делују, јер се убризгавају кроз вену директно у крвоток. На овај начин се дају и неки лекови који би другим начином давања изазвали некрозу ткива на месту давања.

Интравенски се углавном дају бистри водени раствори, а не дају се лекови растворени у уљу и тзв. замућени раствори.

За време интравенског давања лека најсигурније је да дете лежи у кревету, а изузетно да седи. Најпре се прегледају сва места где су вене добро изражене, па се одабере највидљивија вена како би се дете што краће излагало непријатној интервенцији.

Површинске вене су лако приступачне на многим деловима екстремитета. Најчешће се користе венски судови лакатне јаме и подлактице:

- *цефалична вена*;
- *вена базилика*;
- *средња кубитална вена*;
- *предња улнарна вена*.

Ако су на горњим естремитетима вене слабо изражене, могу се тражити на доњим екстремитетима у висини скочног зглоба. Код деце до годину дана користе се и венски судови на глави.

Од материјала најпре се припреми лек за давање, који треба пажљиво проверити више пута (назив лека, количина лека, датум производње). Проверава се такође да ли се лек може дати концентрован или га треба разблажити пре давања додавањем гликозе или физиолошког раствора.

Од осталог материјала треба припремити пластичну или емајлирану тацну на коју треба ставити:

- *шприцеве за једнократну употребу*;
- *више игала*;
- *беби-систем*;
- *Есмаркову гумену повеску*;
- *тупфере ваше натопљене алкохолом*;
- *сам лек, физиолошки раствор или гликозу*;
- *листу или књигу терапије*;
- *стаклену посуду са дезинфекционим средством*;
- *мушемицу са папирном ватом или пелену*.

Сестра најпре опере руке, увуче одређену количину лека у шприц и стави стерилну другу иглу, а затим седне на столицу поред кревета. Испод руке – лакатног превоја болесника – постави мушемицу покривену папирном ватом или пеленом. На 10 cm изнад убодног места веже гумену повеску. Сачека да се вена добро оцрта, што провери палпацијом. На лицу места одлучи да ли ће на шприц ставити иглу или беби-систем, што зависи од узраста детета и стања крвних судова. Тупфером вате дезинфикује убодно место или, ако је потребно, са више тупфера. Палцем фиксира вену или левом руком обухвата лакатни зглоб и добро затегне кожу, а преко коже и вену у коју врши убод. Десном руком узима шприц и убоде вену. Ако је сигурна да је игла у вени, левом руком одвезује повеску, повуче клип шприца према себи и ако се у цилиндру шприца појави крв, лагано почне да убризгава лек. Када је лек убризган, преко игле стави тупфер вате и извлачи иглу. Својим прстима и даље притиска убодно место неколико минута како би зауставила крварење. На крају, сав материјал распреми и добро опере руке. Код неких инфективних болести при давању или узимању крви треба ставити рукавице за једнократну употребу.

4. ПРАКТИЧНА УПУТСТВА ЗА ПРИМЕНУ ИНФУЗИЈЕ

Најпре се намести кревет; нарочито треба постељно и лично рубље добро да се затегне како током инфузије не

би жуљало дете. Затим се дете поставља у удобан положај Пре укључења треба понудити дете да обави физиолошке потребе.

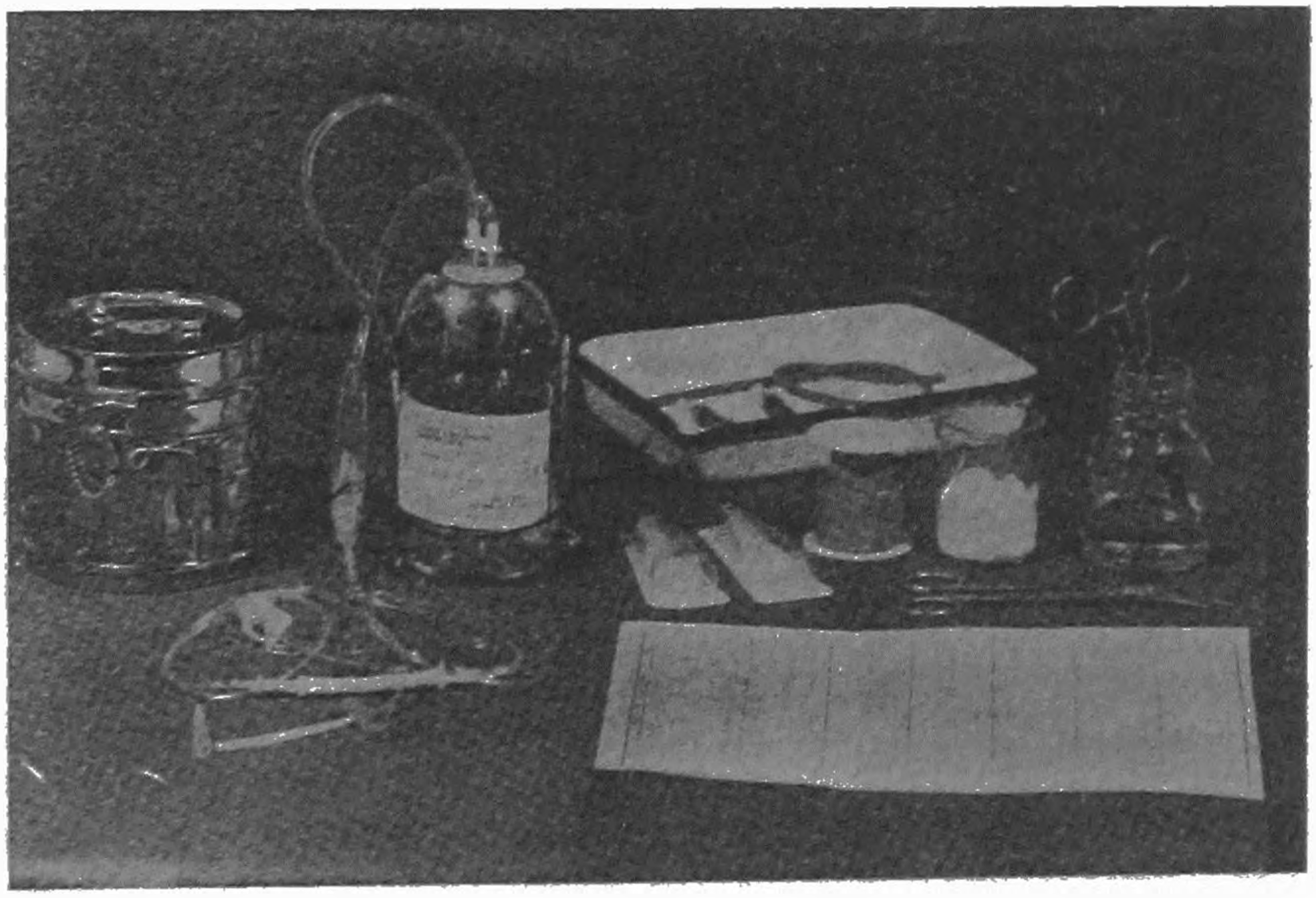
Места за укључење инфузије су многобројна. Свака сестра је дужна да најпре прегледа сва та места, а затим да укључи тамо где је најбоље изражена вена

Припрема материјала је такође важан задатак сестре, јер од добре припреме зависи и даљи ток рада, а треба припремити:

- *температурну листу или посебну листу за инфузију;*
- *одговарајућу течност загрејану на собној температури;*
- *држач за флашу;*
- *стерилан систем за инфузију,*
- *стерилне игле или беби-систем,*
- *стерилне шприцеве;*
- *стерилне тупфере газе;*
- *алкохол;*
- *Есмаркову повеску,*
- *папирну вату или више пелена,*
- *бубрежњак;*
- *траке фластера,*
- *удлаге за фиксирање екстремитета.*

Инфузија се припрема у соби за интервенције. Припремљени материјал сестра ставља на емајлирани тас или покретна колица и тако одлази у болесничку собу. Најпре одреди место где ће се вршити убод. За пунктирање вене у педијатрији се најчешће користи тзв беби-систем Ако је планирано да инфузија траје дужи временски период, користе се игле са пластичним тубусом (Brannüle), које могу бити различитог промера, зависно од узраста (на пример, промер од 0,8 mm, 2,5 mm, 3,3 mm итд.). Већи промер игле пропушта већи број капи у минуту. Уколико је немогуће наћи вену, прибегава се препарацији вене хируршким путем.

Ако се инфузија даје у вену екстремитета, онда се екстремитет имобилише удлагом (код одојчета и малог детета). Игла се фиксира фластером и покрије стерилним тупфером газе. Брзина протока инфузије мора се контроли-



СРЕДСТВА ЗА ДАВАЊЕ ИНФУЗИЈЕ

сати више пута, број капи може бити 15 – 40 – 60 у једном минуту, зависно од стања и узраста детета, а, пре свега, од лабораторијских анализа и одлуке лекара.

5. ТЕХНИКА ПРИПРЕМЕ И СРЕДСТВА ЗА ПРИМЕНУ ТОПЛОТЕ И ХЛАДНОЋЕ

У нези и терапији примењују се разне врсте топлих и хладних облога. Њихово деловање је различито, а зависи од тога да ли се примењује локално или за загревање целог тела или дечјег кревета. Постоје тачне индикације за употребу топлих и хладних облога, а погрешна припрема може да изазове нежељене последице.

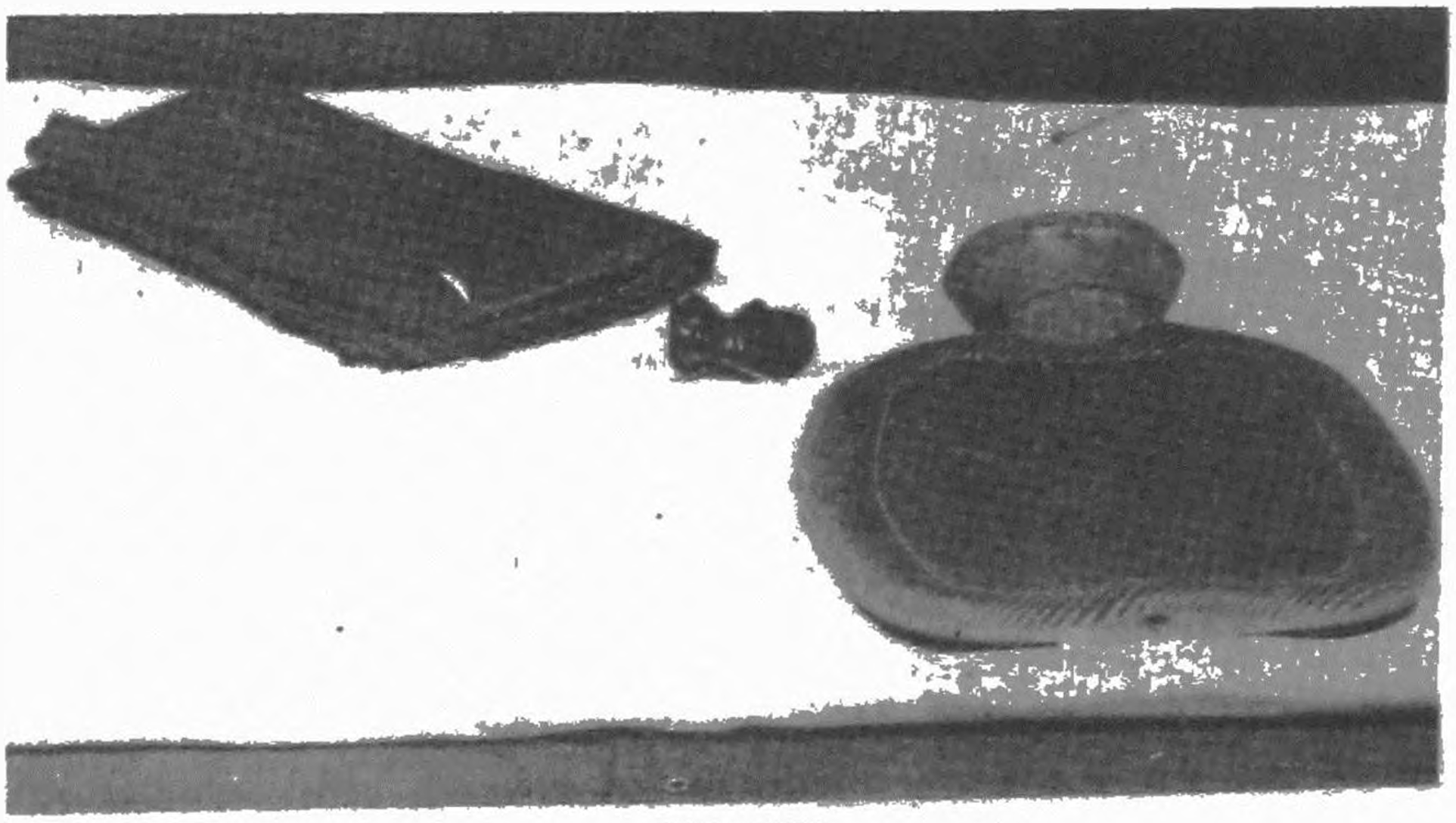
Потребе за употребом топлоте у педијатрији су велике. Нарочито је важна контрола температуре новорођенчета, а посебно недоношчета, јер у овом узрасту терморегулација је несавршена због релативно велике површине тела, мале дебљине супкутаног ткива, смањене мишићне активности, смањене могућности знојења и дрхтања, а најважнији фактор је незрелост центра за терморегулацију.

Ако је новорођенче или недоношче угрожено, смешта се на одељење интензивне неге, где се загревање врши фиксираним грејачем са аутоматском регулацијом телесне температуре

Загревање се може обавити термофором и електричним јастучетом или покривачем кроз који су монтиране добро изоловане електричне жице

Термофор је гумена кеса у облику пљоснате боце, али може имати и друге облике, на пример, облик неких животиња Такав термофор дете прихвата и као играчку

На горњој страни термофора је левкасто проширење – отвор кроз који се улива вода На овом делу термофора је и запушач у облику завртња са округлом гумицом која омогућује херметичко затварање како вода не би истицала Сваки термофор се пре употребе мора проверити (запушач са гумицом и сам термофор). Проверавање се врши тако што се у празан термофор увуче мало ваздуха, а затим се затвори Термофор се стави на равну подлогу и притиска длановима. Уколико не дође до шиштања ваздуха, то је сигуран знак да је исправан.



ГЕРМОФОР

За пуњење термофора треба припремити:

- *суд са водом загрејаном на 70°C;*
- *термометар за мерење температуре воде;*
- *фротирски пешкир или платнену кесу у коју ће се увући термофор;*
- *неколико тупфера вате и бубрежњак*

Материјал се стави на сто и термофор се напуни. Термофор се постави у хоризонталан положај. Проширени део је изнад бубрежњака, мало уздигнут, провери се температура воде. При пуњењу термофора треба очувати његову еластичност како би се лакше користио, па се због тога не пуни до врха, већ само 2/3. У том положају термофор се затвори. Термофор се над бубрежњаком окрене и стресањем проверава да ли истиче вода. Напуњен и проверен термофор умота се у фротирски пешкир или се стави у платнену кесу. Врела гума може да опече новорођенче и одојче, као и болесника у стању без свести. Термофор се може употребити за опште загревање и за локално загревање. Ако треба загрејати дете, термофор се поставља испод покривача, где загрева ваздух око детета и на тај начин спречава одавање топлоте тела. Не сме се постављати уз само тело, како не би дошло до прегрејавања. Проширени део са затварачем, за сваки случај, треба окренути од тела према ивици кревета.

Термофор који се ставља ради локалног загревања појединих делова тела треба поставити тако да она страна где је дебљи слој фротира буде наслоњена на тело.

Вода у термофору се охлади за 2 – 2,5 часа и тада се понови читав поступак. Важно је напоменути да се за време док се дете загрева врши надзор, како се не би десило нешто непредвиђено.

Локална примена хладноће је честа у медицинској пракси. На месту где делује хладноћа јавља се вазоконстрикција крвних судова (сужавање крвних судова). На овај начин спречавају се запаљењски и гнојни процеси, зауставља крварење, смањује осећај бола.

Кеса за лед је направљена од гуме или пластике, има облик круга или крушке. На горњој страни налази се шири отвор и затварач у виду завртња. Затварач има гумицу која херметички затвара кесу.

За пуњење кесе треба припремити:

- *иситњен лед;*
- *увлаку или платно за кесу;*
- *мало кухињске соли.*

Коцкице леда се припремају из фрижидера, затварач кесе се отвори и у унутрашњост кесе убаце коцкице леда, али тако да кеса не буде препуњена. Заправо, напуни се тако да се сачува облик круга, како би се лакше ставила на одређени део тела.

Преко леда треба сипати кашичицу кухињске соли, која успорава топљење леда. Затварач се добро причврсти. Гумена кеса се увије у платно или се стави у платнену кесу која се стави на одређено место. Због вазоконстрикције коју изазива хладноћа кесу треба повремено склањати, па поново стављати. Када су у питању запаљењски процеси или повреде главе, кеса се због своје масе не ставља директно, већ се везује за метални сталак тако да благо додирује одређено место.

Као хладне облоге употребљавају се и фриго-кесе. Напуњене су хемикалијама, а чувају се у фризу. После употребе могу се поново вратити у фриз. Предност ових кеса је у томе што нису потребне никакве припреме. Међутим, нису подобне за локално хлађење јер су нееластичне.

6. ЧУВАЊЕ ЛЕКОВА И ХЕМИКАЛИЈА

а) Све лекове, инсектициде и друге хемикалије треба чувати у закључаним ормарима.

б) Лужине, средства за полирање, керозин и остале хемикалије које се користе у домаћинству не треба никада остављати на ниским полицама или на поду. Најбоље је држати их под кључем. Не смеју се држати поред хране.

в) Опасне растворе никада не остављати у чашама из којих се пије или у боцама од пића.

г) Запаљива средства морају да се чувају на местима која имају одговарајућу вентилацију.

д) Неопходно је спречити удисање спрејева или испарења у току бојења и примене исектицида.

ђ) Непотребне отровне материје, као што су борна киселина и неискоришћени лекови, треба просути у канализацију.

е) За сваки лек пре употребе пажљиво прочитати етикету!

7. ЧУВАЊЕ ОТРОВА

а) Отрови се морају чувати у видно означеним судовима, најбоље под кључем.

б) Мешавине отрова са брашном или цереалијама не смеју се чувати у близини хране. Слатке мешавине су најопасније. Етикете са упозорењем на таквим мешавинама морају бити очигледне чак и за неписмене особе.

в) Испражњени судови морају се сместа спалити да би се уништили остаци отрова.

г) Чување у судовима за храну, као што су боце од пића, крајње је опасно.

8. ПРОСВЕЋИВАЊЕ РОДИТЕЉА

а) Родитељи морају бити упознати са опасностима од лекова и хемикалија које се користе у домаћинству. Знак за отров мора да се налази на свим опасним лековима, укључујући и аспирин, растворљиве соли гвожђа и барбитурате. Списак опасних хемикалија које се користе у домаћинству и лекова мора се дати мајкама кад им деца напуне 6 месеци. Морају им се објаснити опасности које имају различите материје и на који се начин тражи хитна помоћ.

б) Родитељи морају да почну са подучавањем деце одмалена о опасностима које носи дирање, узимање за јело или играње лековима, пестицидима и хемикалијама који се користе у домаћинству или за биљке. Деца никад не смеју да мисле да је лек пријатног укуса — слаткиш, нити им се сме дозволити да се играју лековима.

в) Родитељима треба дати књижице са упутствима за спречавање тровања.

9. УПОЗОРЕЊЕ ПРИЛИКОМ ДАВАЊА ЛЕКОВА

а) *Придржавај се строго према наредби лекара*, упутству болнице, или проспекту произвођача.

б) *Наредба мора бити написана* — дај само оне лекове, у дози и на начин како је лекар написао.

в) *Увек и поново проконтролиши*: прецизну наредбу лекара, лек, метод припремања лека, метод давања лека, на шта да обратиш пажњу итд.

г) *Треба да знаш о леку*: тип, циљеве давања и начин деловања, дозирање, путеве давања лека, начин и технику припремања; очекиване позитивне и нежељене ефекте, која су могућа изненађења и како се за њих припремити, индикације и контраиндикације, начин обрачунавања дневних и појединачних доза.

д) *Закључај ормар или собу у којој се чувају* лекови и забрани да се кључем служе неовлашћена лица.

ђ) *Буди увек сигуран у следеће*:

— да лек дајеш *право* болеснику (да се не замени);

- да дајеш *ūправи* лек (провери, прочитај),
- да дајеш *ūправе* дозе (провери, израчунај);
- да лек дајеш на *ūправи* начин (како је одређено);
- да лек дајеш на *ūправо* место (*per os*, s.c , i.m.);
- да лек дајеш у *ūправо* време.

е) *Ūрūūреми и дај лек*. Правило. дај само лекове које си ūрūпремио и ūрūреми само оне лекове које ћеш дати.

ж) *Ради сам у ūрūūреми и давању* лекова и не ослањај се на друге. Пажња и потпуна концентрација треба да буду усредсређене на сваки детаљ.

з) *Сūарūај у свим ūрūūремама са чисūūим рукама*.

и) *Имај увек ūри себиūемūерашурне — ūерайцске лисūе болесника*.

ј) *Прочūūај количину лека коју дајеш ūри ūūūа* пре припреме и провери да ли се слаже са оним што пише у листи; буди сигуран у количину лека.

к) *Немој никада учиниūи следеће*.
- да користиш лекове из контејнера чије градуисане мере нису читљиве,
- ако су ознаке количине на контејнеру мењане и поново обележаване,
- не мењај лек из једног у други контејнер;
- мешај два или више лека само ако ти је тако писмено наређено;
- врати лек или део лека у прави контејнер.

л) *Учини увек овако*:
- на тацни и колицима за лекове увек носи заједно измерени и припремљени лек заједно са температурном – терапијском листом;
- буди увек поред болесника док се лек даје;
- чувај и носи тацну са лековима увек са собом;
- учини изузетке од ових правила само ако ти лекар тако нареди.

љ) Још једном пре примене лека идентификуј правог болесника и упореди са температурном листом и другим папирима који те чине сигурним да лек дајеш коме је намењен.

ПИТАЊА И ЗАДАЦИ

1 ОБЈАСНИ ЗНАЧЕЊЕ СЛЕДЕЋИХ ИЗРАЗА
- *ЛЕТАЛНА ДОЗА.*
- *ПАРЕНТЕРАЛНО.*
- *ЕЛЕКТРОЛИТИ.*
- *ИНФИЛТРАЦИЈА.*
- *ИНФУЗИЈА*

2 КОЈА ЈЕ УЛОГА И КАКАВ ЈЕ САДРЖАЈ ТЕМПЕРАТУРНЕ ЛИСТЕ

3 НАВЕДИ НЕКЕ ОД „ТРИКОВА" ПОМОЋУ КОЈИХ ЋЕШ УСПЕТИ ДА ДАШ ЛЕК МАЛОМ ДЕТЕТУ

4 КОЈА СУ НАЈБОЉА МЕСТА ЗА ДАВАЊЕ ИНТРАМУСКУЛАРНИХ ИЊЕКЦИЈА' ОДОЈЧЕТУ НЕМОЈ ДАВАТИ ИНТРАМУСКУЛАРНЕ ИНЈЕКЦИЈЕ У ГЛУТЕУС ЈЕР СУ ТИ ДЕЛОВИ ЈОШ НЕРАЗВИЈЕНИ, ПА СУ МОГУЋЕ КОМПЛИКАЦИЈЕ!

5 НАВЕДИ ЛЕКОВЕ (СЕДАТИВИ, НАРКОТИЦИ) КОЈИ СУ ПОД СТРОГОМ КОНТРОЛОМ И ОБЈАСНИ ЗАШТО

6 НАВЕДИ НАЈЧЕШЋЕ УПОТРЕБЉАВАНЕ ЛЕКОВЕ И КОЈЕ САВЕТЕ ТРЕБА ДАТИ ПРИ УЗИМАЊУ ТИХ ЛЕКОВА.

7 У КОЈИМ ОБЛИЦИМА СЕ ЛЕКОВИ НАЛАЗЕ И НАВЕДИ ПРИМЕРЕ (КАПИ, СИРУПИ МАСТИ, ТАБЛЕТЕ, ДРАЖЕЈЕ, ПРАШКОВИ И ДР)

8 КАКО МОЖЕ ОСОБА ДА ПОСТАНЕ ЗАВИСНА ОД ЛЕКОВА?

9 ОБЈАСНИ НЕКОЛИКО РАЗЛОГА ЗА ГРЕШКЕ ПРИ ДАВАЊУ ЛЕКОВА.

10 ОПИШИ БИТНЕ ПОСТАВКЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА БРИГУ И ЧУВАЊЕ ЛЕКОВА.

11 ОБЈАСНИ КАКО ЋЕШ ПРИЛАГОДИТИ ДАВАЊЕ ЛЕКОВА ОДОЈЧЕТУ И МАЛОМ ДЕТЕТУ

12 КОЈА СУ ЧЕТИРИ ГЛАВНА ПУТА КОЈИМА СЕ ЛЕКОВИ УНОСЕ У ТЕЛО КОЈИ ФАКТОРИ УТИЧУ НА ТО КОЈИ ПУТ ЋЕ СЕ ОДРЕДИТИ И КО ОДЛУЧУЈЕ О ТОМЕ

13 КОЈЕ ТИПОВЕ И ВЕЛИЧИНЕ ИГАЛА И ШПРИЦЕВА ЗНАШ И ЗАШТО ПОСТОЈЕ РАЗНЕ ВЕЛИЧИНЕ И ТИПОВИ

14 КОЈЕ МЕРЕ ОПРЕЗА ТРЕБА ПРЕДУЗЕТИ ПРИ ЧУВАЊУ И ДЕПОНОВАЊУ ЛЕКОВА

ЛИТЕРАТУРА

Jillingworth, R. S., *The Normal Child* Fourteenth edition, J A Churchill Ltd., London, 1985.

Рачев, Л., Вапцаров, У., Димитров, С *Детски болести*, „Медицина и физкултура", София, 1970

Бобев, Р и Иванова, *Болести на новороденото*, „Медицина и физкултура", София, 1970.

Гаврилов, К П., *Особености развития у детеи периода новорожденности*, „Медгиз", Москва, 1955

Саган, Б., *Основи учениа о новорпрожденом рибенке*, „Медгиз", Москва, 1959

Huht, J and Malcolm, L., *Diseases of Children*, Fifth eidion, Blackwell Scientifik Publ., London, 1985

Jolly, H., *Book of Child Care*, Fourt edition, George Allen and Unwin Ltd., London, 1985

Vivian, C., *Modern Bedside Nursing*, Tenth edition W G Saunders Comp., London, 1985

Hamilton, P M., *Vasic Pediatric Nursing*, Second edition C. V Mosby Company, St Louis, Miss 1974

King, H. M., *Medical Care in Developing Countries*, Oxford University Press, New York, N Y., 1966

Latham, H C., and Heckel, R. V., *Pediatric Nursing*, Second edition C. V, Mosby, Co., St. Louis, Miss, 1972

Maklow, D., *Textbook of Pediatric Nursing*, Fourt edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia, Penn 1973.

Gesell, A L., *Studies in Child Development*, Greenwood Press, JNC, Westport, Conn., 1972.

Hart Lage, L. C and Lucas, D., *Mental Development Evaluation of the Pediatric atient*, *Charles C Thomas Publ*, Springfield, 111, 1972

Griffin, J., Jensen's *History and Trends of Profesional Nursing*, Seventh edition, C. V. Mosby Co., St Louis, Miss, 1973

Sigerist, H A., *A History of Medicine*, Second edition, Oxford University Press, New York, 1961.

Костић, С., *Педијатрија*, приручник за средњи и виши медицински кадар, Институт за стручно усавршавање здравствених радника СРС, Београд, 1969

Костић, С., *Исхрана здравог и болесног детета*, уџбеник за средњу медицинску школу, Завод за издавање уџбеника СРС, Београд, 1973.

Костић, С., *Физиологија и нега здравог детета*, уџбеник за медицинску школу, Завод за издавање уџбеника СРС, Београд, 1973.

Костић, С., и Пујић, Љ. *Нега детета*, уџбеник за III разред усмереног образовања здравствене струке, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1980.

Група аутора, *Дете*, енциклопедијска књига о детету Београдски графички завод, Београд, 1980

Група аутора, *Клиничка педијатрија*, „Медицинска књига", Београд – Загреб, 1987.

Storlie, F., *Principles of Intensive Nursing Care*, Meredith Corp., New York, N. Y. 1969.

Beland, I. L., *Clnical Nursing*, Sedond edituon, The Macmillan Company, New York, N. Y., 1970.

Harvey, S. and Hales-tooke, A., Play in hospital, „Faber and Faber", London, 1972.

Bulter, R. N., and Alberman, E. D., *Perinatal Problems*, Lingvistone, Edinburg, 1969

World Health Organizacion, *Conteporary Patterns of Breast Feeding*, WHO Geneva, 1981.

Apley, J. *Nonphysical Causes of Dwarfism*, Process Rojal Society, Med., pp. 64, 135, 1971

Virginia, H., *The Naure of Nursing*, American Journal Nursing, pp. 64. 63, Virginia, virg. 1964.

Zimmermann, S., *Critical Care Pediatrics*, W. B. Saunders Company, Philadelphia, Penn, 1985

САДРЖАЈ

ПРВИ ДЕО

УВОД У ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ И НЕГУ КАО НАУЧНО-МЕДИЦИНСКУ ДИСЦИПЛИНУ И СЕСТРИНСТВО, КАО ПРОФЕСИОНАЛНУ ДЕЛАТНОСТ 5
ЗДРАВЉЕ КАО НЕДЕЉИВА ЦЕЛИНА ФИЗИЧКЕ, ПСИХИЧКЕ И СОЦИЈАЛНЕ РАВНОТЕЖЕ ЛИЧНОСТИ, ПОРОДИЦЕ И ШИРЕ ЗАЈЕДНИЦЕ 5
ЗДРАВА ПОРОДИЦА И ЗДРАВО ДРУШТВО 7
ПРЕДМЕТ, ЗАДАЦИ, САДРЖАЈ И УЛОГА НЕГЕ КАО ДИСЦИПЛИНЕ У СИСТЕМУ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА И ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 9
ОПШТИ ЗАДАЦИ, ПРИНЦИПИ НЕГЕ И СЕСТРИНСТВА, ЕТИКА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ–ТЕХНИЧАРА И ПЕДИЈАТРИЈСКЕ СЕСТРЕ–ТЕХНИЧАРА 12
Принципи неге и сестринства 12
ЕТИКА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И ЛИК МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ—ТЕХНИЧАРА 14
ИСТОРИЈСКИ РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ И СЕСТРИНСТВА 16

I. ВЕЖБЕ

1 Упознавање кабинета за негу (прибора, апарата и осталих средстава) 21
2 Радна одећа и мере личне заштите 21

ДРУГИ ДЕО

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И ЗДРАВСТВЕНА СЛУЖБА – ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ 25
ДЕФИНИЦИЈА И САДРЖАЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 25
САВРЕМЕНА НАУЧНА СХВАТАЊА У ОБЛАСТИ ПРИМАРНЕ, СЕКУНДАРНЕ И ТЕРЦИЈАЛНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 27
Примарна здравствена заштита 27
Секундарна здравствена заштита 27
Остале установе у секундарној здравственој заштити 29
Терцијарна здравствена заштита 29
ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 31
Врсте здравствених организација за заштиту одраслих и деце 31
Завод за заштиту здравља 31
Дом здравља 32
Заводи и институти 33
Стационарне здравствене установе 34
Апотека 37
Природно лечилиште 37
Медицински центар 37
Универзитетски клинички центар 38
Самостална приватна здравствена делатност 39
УНУТРАШЊА ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА 40
Организација болница 40
Организација рада у болници 41
Радни делови болнице 41
ОРГАНИЗАЦИЈА АМБУЛАНТНО-ПОЛИКЛИНИЧКИХ УСТАНОВА 49
Дом здравља 49
Медицинска документација у амбулантно-поликлиничким установама 49
Пријем болесника у болницу 51
Пријемно одељење 52
Санитарна обрада болесника 55
Смештај болесника на одељење 56
Пријем хитног болесника 57
Пријем болесника без свести (коматозни болесник) 57
Кућни ред болнице 58
Примопредаја службе 59
Прелазак болесника на друго одељење 60
Отпуст болесника 61
Поступак са постељним и личним рубљем отпуштеног болесника 61
ПРИНЦИПИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ 63
ОСОБЕНОСТИ ФИЗИЧКОГ, ПСИХИЧКОГ И СОЦИЈАЛНОГ РАСТА И РАЗВОЈА ДЕЦЕ 66
Општи принципи раста и развоја 66
Физички раст 66
Фазе раста и развоја 66
Телесна маса 67
Телесна висина 68
Пропорције тела 68
Развој коштаног система 69
Дентиција 69
Моторни развој 69
Психички развој 70
Ментални развој 70
Емоционални развој 71
Социјални развој 71
Фактори који делују на раст и развој детета 72
Међусобни односи утицајних фактора 72
УСТАНОВЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ 75

Дечји диспанзер 75
Структура радних јединица 75
Кадрови у дечјем диспанзеру 75
Опрема и прибор за рад 76
Школски диспанзер 76
Просторије 76
Делатност школског диспанзера 76
Систематски прегледи 77
Организација кадрови и опрема у школском диспанзеру 78

ДУЖНОСТИ ПЕДИЈАТРИЈСКЕ СЕСТРЕ-ТЕХНИЧАРА У ДЕЧЈИМ И ШКОЛСКИМ ДИСПАНЗЕРИМА 80
Дужности сестре у патронажи 80
Дужности у дечјим и школским диспанзерима 81
Превентивни рад медицинске сестре у диспанзерима 82
Дужности медицинске сестре—васпитача 83
Општи задаци 83

II. ВЕЖБЕ

1 Процена физичког раста детета 85
2 Мерење телесне масе 85
3 Мерење телесне дужине 86
4 Мерење висине детета 87
5 Мерење обима главе и грудног коша 87
6 Вођење евиденције и статистике у диспанзерима 88
7 Упознавање и увежбавање поступка при пријему и отпусту детета из установе за дневни боравак деце 88

НЕКЕ ОСОБЕНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЈЕ ДЕЧЈИХ БОЛНИЦА И ДЕЧЈИХ ОДЕЉЕЊА 93
Изглед одељења 95
Околина болесника 95
Особености одељења за новорођенчад и одојчад 95

III ВЕЖБЕ

1 Пријем деце у стационарне здравствене установе 97
Успостављање контакта са родитељима и приступ детету 97
Санитарна и административна обрада болесног детета 98
Свлачење и облачење детета 98
Припремање првог извештаја о детету 98
Мерење детета 98
Процена виталних знакова 98
Смештај детета у соби 98
Разговор са родитељима 99
2 Отпуштање детета из здравствене станове 99
3 Посета болеснику 100
Разонода болесника 100
Допунска „хоби" занимања 100
4 Припрема за лекарску визиту 101
Припрема болесника и одељења за визиту и задаци медицинске сестре 101
Припрема болесника за визиту 102
Припрема сестре за визиту 102
5 Помоћ при прегледу болесника у постељи 103
6 Упознавање установа за здравствену и социјалну заштиту деце, посета дечјим и школским диспанзерима посета установама за дневни боравак деце 104
Посета дечјим болницама и дечјим одељењима 104

ТРЕЋИ ДЕО

ХИГИЈЕНСКО-ТЕХНИЧКА И ПРОТИВЕПИДЕМИЈСКА ЗАШТИТА У ЗДРАВСТВЕНИМ ОРГАНИЗАЦИЈАМА 105
МЕРЕ ХИГИЈЕНСКО-ТЕХНИЧКЕ ЗАШТИТЕ НА РАДУ И ОСНОВНИ САНИТАРНИ ПРОПИСИ 105
Здравствена способност 106
Заштита од електричне струје 106
Заштита од судова под притиском 106
Заштита од лако запаљивих и експлозивних материја 107
Заштита од отрова 107
Заштита радника који долазе у непосредан додир са животним намирницама 107
Средства личне заштите (заштитна одећа и обућа) 107
Основни појмови о инфекцији и другим узрочницима оштећења организма 108
ИНТРАХОСПИТАЛНЕ ИНФЕКЦИЈЕ 110
Профилакса интрахоспиталне инфекције 111
Опште мере профилаксе 112
ПРИМЕНА МЕТОДА АСЕПСЕ И АНТИСЕПСЕ У БОРБИ ПОТИВ ЕПИДЕМИЈСКИХ ИНФЕКЦИЈА 113
Дезинфекција 114
Чишћење у болници 115
Дезинфекција ултраљубичастим зрацима 116
Хемијске методе дезинфекције 116
Халогени елементи 117
Органска једињења живе 117
СТЕРИЛИЗАЦИЈА 118
Стерилизација влажном топлотом 119
Стерилизација кувањем 119
Стерилизација у аутоклаву 119
Стерилизација сувом топлотом 122
Импровизоване методе стерилизације 122
Савремене методе стерилизације 123
Стерилизација хемијским средствима 123

Стерилизација ултраљубичастим зрацима 123
Експрес аутоклав 124
Аутоматски парни стерилизатор 124
Ручни стерилизатор са убрзаним хлађењем 125
Стерилизација помоћу ултразвука 126
Стерилизација помоћу јонизујућег зрачења 126
Стерилизација етилен-оксидом 126
Контрола стерилизације 127
Дезинсекција 129
Депедикулација 129
Дератизација 130
Изолација здравствени надзор, карантин и друге мере противепидемијске заштите 130

IV ВЕЖБЕ

1 Техника и методе дезинфекције 132
2 Техника стерилизације 132
3 Врсте и примена антисептичних средстава 132
4 Лична заштита медицинске сестре 135
5 Дезинфекција руку лекара и сестара 136
Брза дезинфекција руку 138
6 Дезинфекција просторија у болници 138
Дезинфекција болесничке собе 139
Дезинфекција прибора кухиње и прибора јело 139
Дезинфекција трпезарије 140
Дезинфекција купатила и нужника 140
7 Дезинфекција излучевина болесника 140
8 Дезинфекција инструмената 142
9 Дезинфекција намештаја 142
10 Дезинфекција рубља 142
11 Хигијенско одржавање и дезинфекција дечијих играчака 143
12 Чување хемијских дезинфекционих средстава 143
13 Практична упутства за припремање дезинфекционих средстава
14 Практична упутства за стерилизацију 144
Стерилизација бризгалица и игала 144
Стерилизација инструмената 145
Стерилизација гумених рукавица 145
Стерилизација завојног материјала 146

ЧЕТВРТИ ДЕО

ОПШТА НЕГА БОЛЕСНИКА – ДЕЦЕ И ОДРАСЛИХ 148

ВРСТЕ И ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ 148
Интензивна нега 148
Полуинтензивна нега 151
Обична нега (самонега) 152
Кућна нега 152
Терминална нега болесника 153
Основни садржаји неге и сестринског рада 154

ДНЕВНЕ ПОТРЕБЕ БОЛЕСНИКА 155
Лична нега и хигијена 155
Спавање и одмор 155
Исхрана и појење 155
Обезбеђивање излучевина—елиминација штетних продуката 155
Држање тела и активност организма 156
Околина (мировање тишина и др.) 156
Лечење и давање лекова 156
Брига о емоционалном и психичком стању болесника 156
Усклађивање менталног и физичког статуса болесника 157
Разонода и рехабилитација 157
Организација неге 157
Дневни план неге 157
ПОСМАТРАЊЕ И КОНТРОЛА ВИТАЛНИХ ФУНКЦИЈА 159
Опсервација – посматрање болесника 159
Гледање – визуелно посматрање 159
Слушање и разговор 160
Коришћење чула мириса 160
Палпација 160
Знаци и симптоми 160
Типови знакова и симптома 160
ВИТАЛНИ ЗНАЦИ И ЊИХОВЕ ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ 162
Температура 162
Механизми регулације топлоте 162
Путеви губитка топлоте 163
Нормална температура 163
Врсте повишене температуре 163
Термометар и његово чување 164
Места за мерење температуре 165
Пулс 165
Фреквенција пулса 166
Ритам пулса 167
Квалитет пулса 167
Посматрање и процена дисања 167
Фреквенција дисања 167
Ритам дисања 168
Мерење артеријске тензије 168
Ултразвучна (допплер) метода 169
Нормалан крвни притисак 170

V. ВЕЖБЕ

1 Техника мерења, регистровања и контроле виталних знакова телесне температуре, пулса, дисања и мерење крвног притиска 171
Упутства за мерење температуре 171
Орално мерење температуре 172
Ректално мерење температуре 172
Аксиларно мерење температуре 173
Мерење температуре у препонском делу 174
Упутства за мерење пулса 174
Апикално-радијално мерење пулса 175
Упутства за мерење респирације 175

Мерење артеријске тензије 176

БОЛЕСНИЧКА СОБА 178

Основне каактеристике болесничке собе 178
Дечја соба 181
Околина болесника 181
Температура собе 181
Влажност ваздуха 182
Проветравање 182
Осветљење 183
Мирис у болесничким собама 183
Спречавање буке и обезбеђивање тишине 183
Уредност и чишћење собе на одељењу 184
Сигурност и безбедност болесника 184

БОЛЕСНИЧКЕ ПОСТЕЉЕ – ВРСТЕ И ДЕЛОВИ 185

VI. ВЕЖБЕ

1 Болесничка постеља 186
Намештање празне постеље (две особе) 191
Намештање душека (окретање и чишћење) 194
Намештање доњег чаршава 195
Постављање горњег чаршава уз пресвлачење ћебета 195
Намештање празне постеље (једна особа) 197
Намештање постеље непокретног болесника 197
Промена доњег чаршава 197
Промена горњег чаршава 200
Промена навлаке за ћебе 200
2 Промена личног рубља болесника 200
Пресвлачење болесника у постељи 201

ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА У ПОСТЕЉИ 203

Активан положај 203
Пасиван положај 203
Принудни положај 204
Привремени принудни положај 204
Стални принудни положаји 206

VII. ВЕЖБЕ

1 Положај болесника у постељи 207
Привремени принудни положаји 207
Стални принудни положај 210
2. Промене положаја болесника у постељи 211
4 Померање положаја болесника у постељи
3. Преношење болесника 213
Преношење болесника са кревета на колица 213
Преношење болесника са колица на кревет 215
Преношење болесника на носилима 215
4. Устајање болесника из постеље 216
Подизање болесника из постеље 216
Постављање болесника у седећи положај 217

ОДРЖАВАЊЕ ЛИЧНЕ ХИГИЈЕНЕ НЕПОКРЕТНОГ БОЛЕСНИКА 220

VIII. ВЕЖБЕ

1 Умивање непокретног болесника 220
2 Прање и хигијена природних отвора 221
3 Купање непокретног болесника 222
4 Прање ногу болесника 223
5 Прање косе 224
Прање косе у постељи 224
Прање косе у хоризонталном положају болесника 225

ДЕКУБИТУС 226

Профилакса декубитуса 228

НЕГА И ЗАШТИТА НОВОРОЂЕНЧЕТА И ОДОЈЧЕДА 230

Купање новорођенчета 230
Купање одојчета 231
Запирање новорођенчета и одојчета 232
Нега оједа 232
Подсецање ноктију 233
Нега очију, носних и ушних шупљина 234
Нега усне дупље 235
Прање косе новорођенчету и одојчету 235
Скидање темењаче 236
Одећа детета 237
Врста одеће 237
Повијање и облачење одојчета 238
Савремено повијање новорођенчета одојчета 239
Учесталост повијања 241
Прање дечјег рубља 241

ПЕТИ ДЕО

НЕКЕ ДИЈАГНОСТИЧКЕ И ТЕРАПИЈСКЕ ПРОЦЕДУРЕ 244

УЗИМАЊЕ МАТЕРИЈАЛА ЗА ДИЈАГНОСТИЧКА ИСПИТИВАЊА – ДИЈАГНОСТИЧКИ ТЕСТОВИ 244

Врсте материјала за тестове и општи принципи узимања узорака 244
Означавање узорака за преглед 244
Припрема детета за узимање материјала 244

IX. ВЕЖБЕ

1. Узимање спутума за хемијски и бактериолошки преглед 246
Узимање испљувка већем детету 247
2. Узимање столице за преглед 247
Узимање столице за хемијски преглед 247
Узимање столице за бактериолошки преглед 247
3. Узимање мокраће за хемијске и бактериолошке анализе (уринокултура) 248
Сакупљање мокраће за обичан преглед 248

4 Узимање брисева носа и ждрела 250
5. Поступак узимања перианалног ректалног и вагиналног бриса 251

ЗАВОЈИ И ДРУГА СРЕДСТВА ЗА ПРЕВИЈАЊЕ БОЛЕСНИКА 253

Техника постављања свих врста завоја 253
Материјали за превијање 253
Основни облици завоја 257
Основна правила при постављању завоја 257
Сврха постављања завоја 258

XV. ВЕЖБЕ

1 Завоји главе и лица 259
2. Завоји врати 264
3 Завоји грудног коша 264
4 Завоји горњих екстремитета 269
5 Завој трбуха 272
6 Завоји доњих екстремитета 273
7. Завоји пете 275
8. Употреба марама при превијању 277
9 Завој леукопластом 278

ТЕХНИКА ИЗВОЂЕЊА НЕКИХ ТЕРАПИЈСКИХ ПРОЦЕДУРА 279

Требовање и техника припреме лекова, значај правилног дозирања 279
Најчешће терапијске процедуре 280

XI. ВЕЖБЕ

1 Орално давање лекова, техника и припрема детета 280
2. Припрема детета, лека и осталог материјала и техника апликовања супкутаних и интрамускуларних инјекција 281
3 Припрема детета и материјала за интравенско давање лекова 282
4 Практична упутства за примену инфузије 283
5 Техника припреме и средства за примене топлоте и хладноће 285
6 Чување лекова и хемикалија 286
7 Чување отрова 287
8 Просвећивање родитеља 287
9 Упозорење приликом давања лекова 287

ЛИТЕРАТУРА 290

Др Александар Бајловић
Др Светислав Костић
Др Никола Бајловић

ЗДРАВСТВЕНА НЕГА I

за I разред медицинске школе

Двадесето издање, 2012. године

Издавач
ЗАВОД ЗА УЏБЕНИКЕ
Београд, Обилићев венац 5
www.zavod.co.rs

Уредник
ГОРДАНА ПЕСКОВАЦ

Лектори
РОСАНДА БУЧИЉЕВИЋ
ОЛГА МИЊИЋ

Коректор
БРАНКО ГАВРАНКОВИЋ

Истраживање
др ШПИРО РАДУЛОВИЋ

Графички уредник
ДРАГАН ТАДИРОВИЋ

Коректори
ГОРДАНА ПЕСКОВАЦ
ВЕРА БОШКОВИЋ

Обим 18 ½ штампарских табака
Формат 16,5 × 23,5 cm

Рукопис предат у штампу јануара 2012. године
Штампање завршено фебруара 2012. године
Штампа „Colorgrafx", Београд