

Улога медицинске сестре у здравственој нези деце са респираторним инфекцијама

Литература за решавање теста

УДРУЖЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА НИШ



Овај онлине тест је акредитован преко
Удружења здравствених радника Ниш

ЖЕЛИМО ВАМ ПУНО УСПЕХА У РЕШАВАЊУ ТЕСТА!

www.uzrnis.rs

Улога медицинске сестре у здравственој нези деце са респираторним инфекцијама

Литература за решавање теста

Реч аутора

Поштовани полазници курса,

У току излагања трудили смо се да представимо и обрадимо тему „Улога медицинске сестре у здравственој нези деце са респираторним инфекцијама”.

Циљ рада је приказати план здравствене неге детета са респираторним поремећајима.

Тест се састоји од 50 питања која се заснивају на презентованом материјалу.

АУТОРИ ТЕСТА

смс Александра Стојиљковић

Завод за здравствену заштиту радника

Железнице Србије

Ниш

ЖЕЛИМО ВАМ ПУНО УСПЕХА У РЕШАВАЊУ ТЕСТА!

www.uzrnis.rs

УВОД

Инфекције респираторног система представљају најчешће инфекције у хуманој популацији. Од акутних респираторних инфекција одрасли просечно оболе 3-5 пута годишње, деца чешће, у просеку 4-7 пута годишње, док она која бораве у дечјим колективима још чешће.

Према подацима Светске здравствене организације још из 2002. године, од инфекција респираторног система умире готово 3,9 милиона људи годишње.

ШТА СУ ТО РЕСПИРАТОРНЕ ИНФЕКЦИЈЕ?

Респираторне инфекције су најчешћи узрок болести и хоспитализације код деце. Узрочници респираторних инфекција су вируси и бактерије. Један те исти узрочник може изазвати различите клиничке слике, али исто тако различити облици инфекција, нпр. "прехлада", могу бити изазвани различитим узрочницима.

Акутне респираторне инфекције преносе се честицама и капљицама искашљаним из респираторног тракта инфицираних особа (капљичне инфекције). Такође се могу пренети преко руку или предмета контаминираних секретом из дисајних путева инфицираних особа. У преношењу вирусних респираторних инфекција значајну улогу играју одрасли чланови породице, са релативно благом упалом горњих дисајних путева.

У раду је описана анатомија и физиологија респираторног тракта детета у односу на респираторни тракт одраслих. Описане су најчешће респираторне инфекције деце, њихови знаци и симптоми, сестринске интервенције које се најчешће користе код респираторних обољења.

Циљ рада је приказати план здравствене неге детета са респираторним поремећајима.

Да се потсетимо шта је то респираторни систем, како функционише и од чега се састоји:

Главна улога дисајног система је размена гасова – кисеоника и угљен диоксида. Та се размена догађа у плућима између плућних алвеола и капилара које их окружују. Кисеоник је главни извор енергије за рад мозга али и свих осталих органа. Главни носиоц кисеоника у крви је хемоглобин. У само једном литру крви има око 150 грама хемоглобина.

Постоје две врсте дисања, то су спољно и ћелијско дисање. Спољним дисањем се спроводи размена кисеоника и угљен диоксида између атмосфере и плућа. Ћелијско је дисање процес којим се ослобађа енергија кисеоником у ћелијама. Мањак кисеоника у крви назива се хипоксијом.

Без довољно кисеоника ћелије организма подложне су негативним утицајима, слабе и на крају умиру. Крв која преноси кисеоник је оксигенисана крв и налази се у артеријама, док вене преносе отпадне материје и угљен диоксид крвотоком. За правилно функционисање дисајног система и пренос кисеоника одговоран је нервни систем.

Развој дисајних органа и плућа започиње још у интраутерином раздобљу, а крајњи сегменти сазревања завршавају се у адолесцентском узрасту.

НОРМАЛНА ФРЕКВЕНЦИЈА ДИСАЊА ПРЕМА УЗРАСТУ	
УЗРАСТ:	ОПСЕГ ФРЕКВИНЦИЈЕ:
НОВОРОЂЕНЧЕ	30-60
6. МЕСЕЦИ	30-45
1-2 ГОДИНЕ	25-25
3-6 ГОДИНЕ	20-30
ПРЕКО 7 ГОДИНА	20-35

Нос (насул)

Нос је почетни део респираторног система и има заштитну улогу при уласку ваздуха у организам. Састоји се од унутрашњег и спољашњег дела. Унутрашњи део, синуси су у лобањи, а спољашњи део центар је дечијег лица. Површина му је покривена микроскопским длачицама које се стално покрећу приликом дисања па се на тај начин уклањају нечистоће. На тај принцип вируси, бактерије и алергени су "избачени", чиме се спречава развој болести.

У току 24 сата нос детета на тај начин "профилтрира" 15.000 литара ваздуха. Новорођена деца дишу само кроз нос до 4 недеље старости за разлику од млађег детета које у случају опструкције носа зна да дише и кроз уста.

Ако дође до инфекције, очекује се непријатно шмрцање и кијање код деце. Лучењем велике количине слузи и рефлексом кијања, организам из дисајних путева избацује узрочнике болести, што је део процеса оздрављења. Носна слузница исто тако има и улогу влажења и грејања ваздуха при дисању. Овим природним механизмима у носу детета организам штити дисајне путеве од болести и оштећења. За њихово правилно функционисање битна је правилна хигијена. Детету је чишћење носа потребно обавити ујутро, па пре спавања јер ноћу углавном дишемо кроз нос.

Уста (орис)

Основна улога усне шупљине код деце је жвакање и гутање хране, као и говор и дисање. Жлезде које се у њој налазе излучују слине и слуз. Усна шупљина детета обложена је слузницом грађеном од вишеслојног плочастог епитела чији је задатак пре свега заштитни. Осим што штити органе усне шупљине, слузница уста прима импулсе на орална ткива, омогућава апсорпцију материја, и стимулише лучење штетних материја из организма детета. Слузница уста има и укусну улогу чиме је омогућен ужитак узимања хране код деце.

Усна шупљина детета показатељ је здравља!

Хигијена и чистоћа уста показатељи су оралног здравља условљеног уравнотеженошћу оралне флоре, уредном функцијом жлезда али и општим здравственим стањем детета. Нарушени склад оралне микрофлоре и појава патогених микроорганизама у устима, доводи до појаве симптома и болести које због своје специфичности могу угрозити свакодневне животне функције и навике човека, а посебно деце. Орална хигијена започиње одмах након рођења. Погрешно је мислити да се она односи само на четкање зуба. Уста детета треба механички чистити и пре него што никну први зуби.

Уво (аурис)

Уво детета састоји се од три дела; спољашњег, средњег и унутрашњег уха.

Основна функција дететовог ува је слух и равнотежа, али и заштита од буке која укључује стварање церумена. То је жуто-смеђа маса која се састоји од секрета лојних жлезда и рожнатих станица. Церумен се дели на мокри и суви тип.

Мокри је лепљив, тамно или светло смеђ па има врло висок проценат липида.

Суви тип је сиве или смеђе боје и ломљиве је или круте грађе. Новорођенчад већину времена проводи у водоравном положају у којем се Еустахијевом трубом теже дренира накупљени секрет па чешће долази до упала тог подручја.

Уши детета требају да се редовно чисте како би се избегла инфекција или губитак слуха. Правилна хигијена изузетно је важна. Употреба ватираних штапића за уши није препоручљива. Њима се може одстранити само остатак воде након купања детета.

Гркљан

Гркљан је орган смештен у линији предњег дела врата детета, који служи за дисање, стварање гласа, и заштиту дисајног система. Код одраслих, као и код деце налази се између ждрела и душника. Грађен је од мишића, хрскавица и везивног ткива. Три су основна дела гркљана:

1. глотис,
2. супраглотис,
3. субглотис .

При рођењу гркљан је ужег промера, мекше грађе и смештен високо што све ствара већи ризик да и мањи упални процеси створе тешку клиничку слику то јест брзо долази до опструкције.

Изнад гркљана, под кореном језика детета налази се хрскавица под називом гркљански поклопац или епиглотис. То је танка плочица жућкасте боје и има облик листа. Постоје две врсте епиглотиса, а то су – предња или лингвална и задња или ларингеална. Код деце до 10 година епиглотис је смештен нешто више у врату него код одраслих па тако повећава шансе од аспирације страног тела.

Душник (трахеа)

Душник је покретан орган који се код гутања, говора и дисања детета покреће у вертикалном и хоризонталном правцу заједно са гркљаном. Подељен је на вратни и грудни део па је мањег волумена него код одраслих. Усмерен је косо према доле, тако да се у вратном делу налази близу површине коже, док грудни део лежи дубље и прекривен је великим крвним жилама грудног коша детета.

Душник има облик цеви, која је у пресеку спљоштеног изгледа. Задња страна му је грађена од мишићног и везивног ткива па је мека. Предња и бочне стране су испупчене, чврсте и ребрасте површине. Изнутра је душник обложен слузокожом, чија је површина такође ребраста .

Завршни део душника зове се рачва душника. Састоји се од два отвора са леве и десне стране на које се настављају леви и десни бронх.. Мускулатура која подупире душник има велику улогу меког ткива код деце па су дисајни путеви мање

проходни него код одраслих. На тај начин повећава се ризик од едема и опструкције дисајних путева.

Плућа (пулмо)

Плућа су грађена од два плућна крила. Лево се састоји од два режња и дели грудни кош са срцем, десно је нешто веће и теже. Свако плућно крило обавијено је танком опном- плеуром. Спољни лист опне (порембрица) облаже ребра с унутрашње стране грудног коша код деце. Унутрашњи део опне облаже плућна крила и тако одваја плућа од осталих органа у грудном кошу.

Плућа одрасле особе имају више од 300 милиона мехурића док тек рођено дете има 50 милиона мехурића. Због алвеоларне грађе, плућа су мека и сунђераста, посебно код млађе деце. Плућни мехурићи обавијени су капиларном мрежом плућне артерије, која крвљу допрема из тела ЦО₂ ради размене са кисеоником. Код деце за добру функцију плућа потребна је плућна циркулација то јест неометан рад срца и крвних судова. Током раста и развоја плућна функција и вентилација се мењају у складу с променом телесне масе како дете расте. Плућа учествују и у одржавању ацидибазне равнотеже као и у регулацији метаболизма код деце.

Подручје између два плућна крила назива се средогруђе. У њему су смештени срце, душник, велики крвни судови и лимфни чворови као и једњак.

НАЈЧЕШЋЕ РЕСПИРАТОРНЕ БОЛЕСТИ КОД ДЕЦЕ

Респираторне инфекције главни су узрок оболевања и смртности у свету. У индустријски развијеним земљама имају највећи удео свих инфективних болести популације. С обзиром на кратко време инкубације и преношење капљичним путем, респираторне болести имају и велику друштвену важност.

Деца оболела од респираторних инфекција, посебно они с инфекцијама горњих дисајних путева, најчешћи су посетиоци педијатријских и других ординација примарне здравствене заштите.

Прехлада

Према статистичким подацима, деца годишње оболе од прехладе 4–7 пута, а ако бораве у вртићу, чак 10–12 пута. Прехлада је вирусна инфекција горњих дисајних

путева, а може је узроковати више од 500 типова различитих вируса. Преноси се ваздухом и директним контактом па су деца највише изложена, посебно у вртићима и школама. Нешто је чешћа појава прехладе у зимским месецима током године. Пасивно пушење и загађени ваздух повећавају ризик од прехладе. По правилу симптоми се повлаче након 7 до 10 дана.

Симптоми - цурење из носа које је на почетку воденасто, а касније прелази у гушћу слуз, сузне очи, губитак апетита, фебрилитет, упала грла и кашаљ.

Отитис

Упала ува или отитис ретко је када изолована инфекција, углавном се појављује у склопу респираторних инфекција носа и ждрела код деце. Акутну упалу средњег ува дефинишемо као упални процес који захваћа средње уво, Еустахијеву тубу и мастоидне целуле (шупљине у кости иза ува), с могућом присутношћу секрета у средњем уу. Мала деца не знају да покажу нити кажу шта их боли, а немогућност сисања, болни плач и болно реаговање приликом благог притиска на подручје ува, може бити назнака управо упале ува. Код деце је упала честа због специфичних анатомских структура (краћа Еустахијева туба), незрелости имунолошког система, и хипертрофије лимфатичног ткива.

Симптоми - специфични симптом упале ува је бол у уву и повишена телесна температура, дете је раздражљиво и плачљиво. Могућ је и исцедак из болног ува неугодног мириса. За тачну дијагнозу важан је клинички преглед и анамнеза од родитеља. Најчешће је дете прехлађено неколико дана и цури му нос. Дете мора бити мирно да се може видети бубна опна и поставити тачна дијагноза. Ако се ради само о благој хиперемiji бубне опне и бистрој серомукозној секрецији из носа вероватно се ради само о вирусној упали. Клинички преглед осим прегледа ува (отомикроскопија) подразумева детаљан преглед носа и ждрела.

Дијагноза – поставља се прегледом ува и узимањем бриса.

Компликације - најчешћа последица честих упала ува код деце су ослабљени слух то јест наглувост.

Бронхитис

Бронхитис је упала слузнице трахеобронхалног стабла, односно душника и бронха, која је обично повезана с вирусним инфекцијама горњег дела дисајног система. Инфекцију узрокују најчешће вируси, па је упала катаралне, а не гнојне природе. Нешто чешће се појављује у зимско доба године, али није ретка нити у летним месецима. Болест код деце траје кратко и ретко се компликује.

Симптоми - појава интензивнијег кашља и „звиждање“ код удисаја упућује на вероватну захваћеност душника и бронха. Почетни симптоми бронхитиса исти су као и код прехладе - раздраженост, блажа грлобоља, коњунктивитис, промуклост и повишена температура. Осећај жарења у пределу грудне кости специфичан је знак упале слузнице душника. Кашаљ је водећи симптом, појављује се рано и врло брзо се развија током болести. У почетку је сув, а за неколико дана постаје продуктиван, најчешће с бистрим изгледом испљувка. Температура је обично повишена, а може бити и врло висока. У акутном облику сви симптоми и знакови болести се повлаче за десетак дана, најкасније за три недеље.

Ангина

Ангина односно фарингитис је акутна упала ждрела узрокована бактеријским стрептококом код деце. У медицинској терминологији фарингитис и тонзилофарингитис обично указују на блажу, односно вирусну упалу, а ангина тежу стрептококом узроковану инфекцију. Инкубација је кратка, само 1 до 3 дана. Гнојна ангина може се видети и голим оком – крајници су црвени и увећани прекривени гнојем или белим флекама.

Симптоми - почиње врло нагло, повишеном температуром, главобољом и умором, и промуклости. Понекад се у почетку болести појављује и повраћање, посебно код мале деце. Каснији симптоми су јака грлобоља с отежаним гутањем, малаксалост, а при прегледу грла посебно се истиче црвенило ждрела. Карактеристично је повећање лимфних чворова на врату који су врло болни при додиру. За разлику од бактеријских, вирусне су ангине код деце обично са блажим симптомима и током болести.

Компликације - са стрептококном ангином повезују се многобројне компликације код деце. У прошлости су биле много чешће, али данас се уз одговарајуће лечење антибиотцима појављују изузетно ретко. Стрептокок се из ждрела може проширити на суседне органе, па може узроковати упалу ува и синуса, као и перитонзиларни апсцес или продрети у крв с настанком бактеријемije и сепсе код деце. Могућ је и гломерулонефритис који карактерише трајно оштећење бубрега с повишењем крвног притискаа, реуматска грозница, упала зглобова и срчаног мишића, неретко с трајним последицама.

Астма

Астма је најчешћа болест деце у развијеним индустријским земљама. Све је већи број оболеле деце од астме. Карактеришу је јак имунолошки одговор и упала трахеобронхалног стабла. Јавља се у епизодама од погоршања до периода у којем нема симптома. Најчешћи облик астме код деце је алергијска астма –

преосетљивост на прашину, гриње, траву и амброзију. Астма се чешће јавља код деце чији родитељи имају алергијске болести.

Симптоми – класични симптоми су кашаљ, отежано дисање, звиждање у гудима, бол и недостатак ваздуха. Јављају се најчешће ноћу и рано ујутро. Може се јавити већ код дојенчета, али најчешћа је у предшколском узрасту.

ПРИЈЕМ И ТРИЈАЖА ДЕТЕТА У АМБУЛАНТИ, УЛОГА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

Амбуланта је место сусрета болесног детета са медицинским особљем. У њој ради лекар специјалиста педијатар и медицинска сестра. Дете најчешће долази у амбуланту у пратњи родитеља који су узнемирени, у страху и бризи због болесног детета. У амбуланти се врши тријажа, изолација при сумњи на заразну болест, пружа хитна медицинска помоћ теже оболелим и свим ургентним стањима. Дете прегледа лекар и доноси одлуку да ли је дете за болничко или амбулантно лечење. Рад медицинске сестре у амбуланти обухвата и административни део послова (упис детета у протокол, провера података, упута и књижице...)



Медицинска сестра у амбуланти се сусреће са многим хитним стањима као што су аспирације страног тела, интоксикације како медикаментима тако и храном, конвулзивним стањима, високом температуром, дијабетичном комом ...

У амбуланти мора бити прибор за реанимацију, мониторинг виталних знакова, O₂, апарат за аспирирање, лекови и анти-шок терапија као и инхалатор.

Амбуланта, омогућује деци да се лече без смештаја у болницу што је много погодније за децу као и родитеље.

Поред стандардне неге важно је код тежих респираторних обољења повести рачуна да се при доласку у амбуланту дете стави у полуседећи положај ако је веће, а дојенчету подигнути узглавље, пратити виталне параметре (код вредности сатурације SpO₂ испод 90%, примењује се кисеоника терапија), припремити адекватну влажност у просторији, мировање детета.

Често је децу потребно аспирирати, посебно новорођенчад и мању децу јер нису у могућности да сами искашљу слузав и лепљив бронхиални садржај. Тиме се ослобађају респираторни путеви и успоставља се лакше дисање и проходност дисајних путева.

У колико педијатар одлучи да је потребна хоспитализација детета, медицинска сестра помаже родитељима да обаве административни део пријема, након чега ће их примити медицинска сестра на одељењу педијатрије.

Одељење педијатрије

Основни приступ у здравственој нези у педијатрији темељи се на идеји: „гледај-слушај - осећај“. Битна је улога медицинске сестре је и у начину на који прилази родитељима, као и детету.

Она мора бити сусретљива како би стекла узајамно поверење, што је веома важно за даљу обраду детета током хоспитализације.

Мало дете и мајку посматрамо као целину, па хоспитализација мајке заједно са болесним дететом, ако је оно старо између шест месеци и пет година, ако није навикло на одвајање и ако му је здравље угрожено једно је од добрих решења савремене педијатријске праксе.

Сваком детету се приступа индивидуално и интердисциплинарно, у оквирима субспецијалистичких педијатријских делатности.

Обрада започиње с а узимањем сестринске анамнезе. То је анамнеза која се узима од родитеља. Усмерена је на дете, његово стање и реаговање на болест. Прикупљени подаци омогућиће сестри један континуиран процес праћења детета у току хоспитализације.

Утврђивање или препознавање могућих проблема код детета у току лечења код акутних респираторних инфекција у току хоспитализације **"СЕСТРИНСКЕ ДИЈАГНОЗЕ"**

Висок ризик за дехидрираност

Дехидратација је стање у којем је присутан дефицит интерстицијалног, интрацелуларног или интраваскуларног волумена течности.

Прикупљање података:

- Прикупити податке о виталним функцијама детета: крвни притисак, пулс, дисање, температура
- Прикупити податке о тургору коже, стању слузнице, попуњености вратних вена
- Прикупити податке о менталном статусу детета
- Прикупити податке од родитеља о губитку течности природним путем: знојењем, мокрењем, путем столице..
- Прикупити податке о прехранбеним навикама и уносу течности детета
- Прикупити податке о изгледу урина
- Интервјуом родитеља утврдити могуће узроке дехидратације (повраћање, пролив, повишена телесна температура...)

Сиптоми који указују на појаву дехидрације код детета:

- Пад крвног притиска
- Смањена пуњеност вена
- Убрзан/ослабљен пулс
- Пораст телесне температуре
- Увучена фонтанела
- Слабост и умор
- Повећан број респирација
- Ослабљен тургор коже
- Сува, лепљива слузница
- Појачана жеђ
- Упале очи, мекане очне јабучице

- Нагли пад телесне тежине (преко ноћи)
- Неуједначен промет течности
- Излучивање урина мање од 50мл/х

Циљеви у спровођењу здравствене неге су:

- Дете ће у складу с узрастом разумети узроке проблема и показати жељу и интерес за узимањем течности
- Дете неће показивати знакове и симптоме дехидратације, имаће добар (еластичан) тургор коже, влажан језик и слузнице кроз 24 сата
- Дете ће повећати унос течности на минимално 2000мл/24сата
- Диуреза ће бити више од 1300мл/дан (или мин 30мл/сат),а специфична тежина урина ће бити у границама нормалних вредности
- Крвни притисак, пулс, телесна температура и дисање код детета ће бити у границама нормалних вредности.

Интервенције које ће медицинска сестра спровести како не би дошло до дехидрације детета:

- Објаснити детету (у складу са узрастом) важност уноса прописане количине течности и договорити количину и време пијења током 24х.
- Осигурати детету свежу воду и сламку или напитака који дете воли
- Помоћи детету уколико није у могућности да пије самостално
- Упутити родитеље да напици као чај, сок од грејпфрута имају диуретски учинак који може довести до још већег губитка течности
- Пратити промет течности код детета – унос свих течности и излучивање
- Пратити диурезу, специфичну тежину, боју и мирис урина
- Пратити и забележити губитак течности код пролива и повраћања
- Мерити телесну тежину детета обаезно ујутро пре доручка, и по потреби током дана посебно ако постоји доказ о повећаној диурези или губитку течности
- Мерити дете у истој одећи и на истој ваги

- Успоставити континуирани мониторинг виталних функција
- Мерити виталне функције свака 4 сата код детета
- Опажати и забележити појаву тахикардије, тахипнеје, ослабљеног пулса, хипотензије, повишене или снижене телесне температуре
- Уочавати знакове промењеног менталног статуса детета: раздражљивост, сметеност, поспаност и сл.
- Спроводити оралну хигијену детета два пута дневно или по потреби и више
- Понудити различите врсте течности (нпр. замрзнути сок, сладолед, вода, млеко...)
- Понудити примерене посуде за пијење: чаше, сламчице у бојама...
- Обаснити детету да се не ослања на жеђ као индикатор за узимање течности

Евалуација, сагледавање постигнутих циљева:

- Дете је хидрирано, пије довољно течности кроз 24 сата, тургор коже и слузнице су доброг стања, вредности крвног притиска су у границама нормале, исто као и пулс и респирација
- Дете је афебрилно, диуреза је у границама нормалних вредности
- Дете показује жељу и интерес за узимањем течности
- Дете не губи на телесној тежини

ВИСОК РИЗИК ЗА ФЕБРИЛНОСТ

Стање детета указује на повишену телесну температуру изнад нормале или могућност појаве фебрилности.

Медицинска сестра поребно је да прикупи податаке:

- Прикупити податке о вредностима телесне температуре, крвног притиска, пулса, дисања и стања свести
- Прикупити податке о уносу течности и хране у задња 24 сата од родитеља
- Прикупити податке о узрасту детета

- Прикупити податке о висини и тежини детета
- Прикупити податке о лабораторијским показатељима: АБС, електролити, крвна слика.

Критични узрочници за појаву повишене телесне температуре су:

- Инфекција
- Смањено знојење,
- Појава дехидратације уз постојећу патологију детета

Сиптоми који указују на појаву повишене телесне температуре код детета:

- Црвена и на додир топла кожа
- Хладноћа
- Дрхтање
- Тахикадија
- Тахипнеја
- Дехидратација: сув, обложен језик, ослабљен тургор...
- Промене крвног притиска
- Раздражљивост И немир
- Главобоља, вртоглавица, слабост И исцрпљеност
- Поремећај свести,
- Конвулзије
- Појачана жеђ
- Дијафереза / појачано знојење
- Олигурија
- Поремећај ацидобазног статуса
- Поремећај електролита
- Телесна температура изнад нормале

Циљеви у спровођењу здравствене неге су:

- Аксиларно мерена телесна температура неће прелазити 37.0Ц
- Кожа детета биће уредна, хидрирана.
- Неће доћи до компликација високе телесне температуре



Интервенције које ће медицинска сестра спровести како не би дошло до високофебрилног стања код детета су:

- Фебрилном детету мерити телесну температуру сваких сат времена
- Обавестити лекара о свакој промени температуре
- Пратити промене код детета: промена у стању свести, појава дрхтавице...
- Одабрати најбољу методу мерења телесне температуре (код мале деце-ректално)
- Увек користити исту методу и место мјерења телесне температуре код детета
- Мерити крвни притисак, пулс и дисање сваких 4-6 сати или како одреди лекар
- Применити антипиретике по температурној листи
- Применити физикалне методе снижавања температуре
- Применити неинвазивне методе снижавања температуре:
 - ставити мокре облоге собне температуре на велике крвне судове код детета
 - обући детету памучну одећу

- применити методе евапорације – купање детета у купкама, поливање млаком водом
- Хидрирати дете
- Бележити промет течности: унос течности, мерење диурезе, контрола знојења...
- Подстицати дете да попије ординирану количину течности: до 2500 мл течности кроз 24х
- Осигурати омиљени напитање детета ако не постоји контраиндикација (супе због садржаја соли)
- Применити интравенску надокнаду течности по налогу лекара
- Уочавати симптоме и знакове дехидратације код детета
- Осигурати високо калоричну и високо протеинску исхрану ако није контраиндиковано
- Смањити активности које повећавају телесну температуру (игра, скакање, трчање...)
- Осигурати оптималне микроклиматске услове у просторији у којој дете борави (собна температура 22-24°C, влажност ваздуха до 60%)
- Пренити оксигенотерапију према писаном налогу лекара

Евалуација, сагледавање постигнутих циљева:

- Дете има стабилне виталне знакове
- Телесна температура, крвни притисак, пулс и респирација су у границама нормале
- Кожа детета је уредна, без иритације И хидрирана

СТРАХ ОД ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ

Негативан осећај који настаје усред боравка детета у болници. Медицинска сестра поребно је да прикупи податаке:

- Прикупити податке о чиницима који доводе до осећаја страха код детета
- Прикупити податке о пређашњим страховима од родитеља
- Прикупити податке о интензитету страха
- Прикупити податке о методама суочавања са страхом од родитеља
- Прикупити податке о физичким манифестацијама страха код детета

Сиптоми који указују на појаву страха од хоспитализације и спровођењу дијагностичко терапијских процедура у лечењу:

- Изјава детета о страху
- Напетост
- Тескоба
- Осећај изолације
- Неизвесност
- Мањак концентрације
- Паника
- Плач
- Вриштање
- Пролив
- Грчеви
- Убрзано дисање
- Бледило коже
- Знојење
- Проширење зеница

Циљеви у спровођењу здравствене неге су:

- Дете ће знати препознати чиниоце који доводе до појаве осећаја страха (медицинско особље...) и схватити добронамерност
- Дете неће бити страх од боравка на одељењу педијатрије

Сестринске интервенције које ће смањити или искључити појаву страха код детета:

- Створити професионално-емпатијски однос према детету
- Идентификовати са дететом чиниоце који доводе до појаве осећаја страха
- Подстицати дете да вербализује страх
- Створити осећај сигурности
- Опажати знакове страха
- Примерено реаговати на дететове изазове и понашање
- Дете упознати с околином, активностима И особљем
- Информисати дете о планираним поступцима (зависно од узраста)
- Користити разумљив језик при подучавању детета
- Говорити полако И умирујуће
- Не попуштати пред ирационалним захтевима
- Осигурати мирну и тиху околину у којој дете борави
- Омогућити детету учествовање у доношењу одлука
- Подстицати дете да изрази своје осећаје
- Осигурати довољно времена за разговор зависно од узраста детета

Евалуација постигнутих циљева, постигнутих путем спроведених интервенција:

- Дете нема осећај страха
- Дете показује смањену висину страха (зависно од узраста)

СМАЊЕНА ПРОХОДНОСТ ДИСАЈНИХ ПУТЕВА И РЕСПИРАТОРНЕ ИНФЕКЦИЈЕ

Медицинска сестра је потребно да прикупи следеће податке:

- Прикупити податке о респираторном статусу детета, фреквенцији и дубини дисања, присутности кашља, звукова који се чују приликом дисања....
- Прикупити податке о узрасту детета
- Прикупити податке о промету течности од родитеља
- Прикупити податке о самосталности детета
- Прикупити податке о дневним активностима детета од породице

Идентификација могућих стања која могу довести до смањена проходност дисајних путева и респираторне инфекције:

- Астма
- Бронхитис
- Гнојна ангина

Сиптоми који указују на смањену проходност дисајних путева и присутност респираторне инфекције:

- Гушење и недостатак ваздуха
- Промуклост
- Цијаноза
- Диспнеја
- Тахипнеја
- Свирање у грудима,стридор
- Накупљање искашљаног садржаја у устима



Циљеви у спровођењу здравствене неге су:

- Дете ће имати проходне дисајне путеве уз нормалну респирацију
- Дете ће бити добро хидрирано кроз 24х

Сестринске интервенције које ће ублажити смањену проходност дисајних путева:

- Медицинска сестра мериће виталне функције свака 2х или према налогу лекара
- Спроводиће положајну дренажу ако је потребно код мале деце
- Аспирирати искаслјени садржај из усне шупљине
- Пратити промет течности код детета
- Пратити промет ацидобазног статуса код детета
- Пратити стање коже и слузнице код детета

Евалуација постигнутих циљева, спровођењем сестринских интервенција:

- Дете дише нормалном фреквенцијом
- дете узима 2000мл течности кроз24х

Неизоставна карика у континуираном праћењу и спровођењу здравствене неге је:

Здравствено васпитни рад – Хигијенско дијететски режим исхране

Од изузетног је значаја и обезбедити довољан унос течности и топлих напитака у организам, одговарајући хигијенско – дијететски режим исхране, мировање.

Исхрана је индивидуална и зависи од самог обољења и од телесне тежине детета. Исхрана треба да садржи основне елементе као и код здравих: Угљене хидрате, протеине, масти, соли, воде, и витамине који морају да буду адаптирани према дијагностикованом стању или болести. Важно је, да калоричне вредности буду задовољене, јер је за време повећања температуре калорична потрошња већа за 100-200 џал. од нормалне.

Исхрана може да се подели у три стадијума. Први стадијум исхране се базира на принципу релативног одмора дигестивног тракта мали, чести оброци, течне хране, мале калоричне вредности (млеко, јаја, воћни сокови.). Вода је неопходна за време фебрилних периода, с тим се смањује губитак течности. Даје се у разним видовима као лимунада, воћни сокови, разне супе. Други стадијум исхране је такозвана континуирана исхрана ту се калоричност повећава, принцип релативног цревног одмора се одржава. Ова дијета се примењује за све време фебрилности. Трећи стадијум исхране се примењује у реконвалесценцији. Садржи велике калоричне, протеинске и витаминске вредности.

За вирусне инфекције респираторног система терапија је искључиво симптоматска, а хигијенско дијететски режим исхране је заснован на топлим чајевима, супама, лакој храни, витаминима, воћу и поврћу.

ЗАКЉУЧАК

Ваздух је један од најугрожавнијих узрочника из околине који утиче на здравље људи. У данашње време када је економија и индустрија развијена у толиким мерама да загађеног ваздуха скоро и нема. Он је повезан са великим низом здравствених проблема, посебно респираторних обољења код деце.

Деца која већину времена проводе у затвореном простору, а посебно у зимским месецима чешће ће оболети од инфекција дисајног система. Медицинска сестра има улогу да кроз посете породици скрене пажњу родитељима на важности боравка детета на свежем ваздуху. Такође важно је нагласити да хладни дани нису контраиндикација за боравак на свежем ваздуху!

У затвореном простору су лоши микроклиматски услови па долази до исушивања слузнице, смањује се лучење слузи и треперење носних длачица које чисте удахнути ваздух. Тако је функција носа ослабљена и нечишћени ваздух улази у респираторни систем где прашина и разни микроорганизми могу погодovati развоју болести.

Прање руку навика је која се стиче у најранијем детињству и посебно је важна у преносу бактерија и вируса. Правилно прање руку најважнија је мера спречавања ширења заразних болести попут пролива, грипа, упале грла, упале плућа или пнеумоније, коњунктивитиса, дечје глисте и многих других. На рукама се задржавају сви микроорганизми који се наталоже свакодневним активностима, а неопраним рукама можемо заразити себе и све с којима долазимо у контакт. Правилно прање руку је једино прање сапуном и водом ! Око 900 милиона људи у свету нема приступ чистој питкој води, 2.5 милијарди људи нема на располагању санитарни чвор. Улога медицинске сестре је едуковати родитеље да обрате пажњу на тај аспект и у складу с тиме одгајају своје дете.

Вакцинисањем против заразних болести детету се даје антиген одређеног узрочника болести, а он подстиче организам на стварање властитих антитела па се тиме повећава отпорност организма против узрочника. Родитељи су у данашње време посебно осетљиви на ту тему због разних информација које се појављују у медијима „за и против“ вакцинисања па је стога улога медицинске сестре важна у сарадњи са родитељима. Медицинска сестра у свом раду непристрасно даје информацију, одговара на питања родитеља, даје информације о важности вакцинисања, али и о могућим нуспојавама које могу настати.

Рад и улога медицинске сестре у лечењу респираторних инфекција код деце протеже се кроз све области здравствене заштите. На примарном нивоу најчешћи је први сусрет медицинске сестре с болесним дететом у амбуланти. Хоспитализација представља стресну ситуацију за дете и његове родитеље. С обзиром на узраст детета медицинска сестра мора знати како да приступи детету

и на који начин да започне комуникацију била она вербална или невербална. Она мора бити сусретљива како би се стекло узајамно поверење између сестре и родитеља, а самим тиме детета и сестре. Сестра која ради на одељењу педијатрије мора имати потребно знање, искуство и емпатију како би могла квалитетно да обавља свој посао. Деца су изузетно осетљива популација, а болести система за дисање имају теже симптоме него код одраслих. Код процене респираторног статуса болесног детета посматрају се дисање, пулс, боја коже, кашаљ, промене у понашању и знакови дехидратације.

Рад с оболелим дететом је сложен и када год је могуће с дететом се потребно поиграти, укључити га у групу с осталом децом водећи рачуна о тренутном здравственом стању детета. Рад медицинске сестре исто тако укључује спровођење личне хигијене детета - нега усне дупље, купање мале деце, туширање односно помоћ или надзор над туширањем предшколске и школске деце.

Од виталних параметара мере се температура, пулс, дисање, крвни притисак, а измерене вредности медицинска сестра уписује у сестринску документацију и температурну листу. Бележе се и остали подаци као што су унос и износ течности, столица, повраћање и слично. Измерени параметри, спутум, диуреза, број и конзистенција столица, повраћање и евентуално одступање одмах се преносе лекару.



К Р А Ј

Желимо Вам пуно успеха у даљем раду!



УДРУЖЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА НИШ