



STANDARDIZIRANI POSTUPCI

U ZDRAVSTVENOJ NJEZI PEDIJATRIJSKE SKRBI

Nikolina Taradi, *prvostupnica sestrinstva*

Zlata Bradovski, *prvostupnica sestrinstva*

dr.sc. Irena Habazin, *prvostupnica sestrinstva*

Mirjana Kakša, *prvostupnica sestrinstva*

Veronika Miljanović Vrđuka, *prvostupnica sestrinstva*

Danijela Nožinić, *prvostupnica sestrinstva*

Snježana Stanić, *prvostupnica sestrinstva*

Marela Šain Tuka, *prvostupnica sestrinstva*

Marijana Šandor, *prvostupnica sestrinstva*

Katica Šešo, *prvostupnica sestrinstva*

Nevena Topalović, *prvostupnica sestrinstva*

Josipa Čorić, *prvostupnica sestrinstva*



IZDAVAČ:

Hrvatska komora medicinskih sestara

ČLANICE RADNE GRUPE ZA IZRADU STANDARDA RADA MEDICINSKIH SESTARA U PEDIJATRIJI:

Nikolina Taradi, prvostupnica sestrinstva

Zlata Bradovski, prvostupnica sestrinstva

dr.sc. Irena Habazin, prvostupnica sestrinstva

Mirjana Kakša, prvostupnica sestrinstva

Veronika Miljanović Vrđuka, prvostupnica sestrinstva

Danijela Nožinić, prvostupnica sestrinstva

Snježana Stanić, prvostupnica sestrinstva

Marela Šain Tuka, prvostupnica sestrinstva

Marijana Šandor, prvostupnica sestrinstva

Katica Šešo, prvostupnica sestrinstva

Nevena Topalović, prvostupnica sestrinstva

Josipa Čorić, prvostupnica sestrinstva

RECENZENTI:

Robert Lovrić, magistar sestrinstva

Dragica Beštak, magistra sestrinstva

Vlasta krešić, dipl.med. sestra

Slava Šepc, dipl. med. sestra

TISAK & GRAFIČKO OBLIKOVANJE:

Alfacommerce d.o.o.

ISBN: 978-953-95388-4-9

SADRŽAJ

1. OPĆI POSTUPCI, FIZIČKA AKTIVNOST, ZBRINJAVANJE I SAMOZBRINJAVANJE

1.	Standardizirani postupak enteralne prehrane u djece.....	8
2.	Standardizirani postupak provođenja higijene zdravog stopala u djeteta.....	13
3.	Standardizirani postupak kupanja nepokretnog djeteta u krevetu.....	16
4.	Standardizirani postupak hranjenja na usta djeteta oboljelog od teške mentalne retardacije.....	22
5.	Standardizirani postupak pranja djetetovih zubi.....	25
6.	Fizikalne metode snižavanja povišene tjelesne temperature.....	29
7.	Standardni postupak higijene anogenitalne regije u muškog djeteta.....	33
8.	Standardni postupak higijene anogenitalne regije u ženskog djeteta.....	36
9.	Standardizirani postupak hranjenja djeteta s ograničenom ili potpunom nemogućnošću samostalnog unosa hrane i tekućine.....	39
10.	Standardizirani postupak hranjenja djeteta s otežanim žvakanjem, gutanjem i rizikom za aspiraciju.....	44
11.	Standardizirani postupak higijene i njege djetetove usne šupljine.....	48
12.	Standardizirani postupak korištenja ortopedskih pomagala u djece (hodalice i štaka).....	52
13.	Standardizirani postupak kupanja i tuširanja djeteta u kadi.....	55
14.	Standardizirani postupak masaže kože tijela djeteta kao prevencija komplikacija uslijed dugotrajnog ležanja.....	60
15.	Standardizirani postupak pranja kose i održavanje higijene vlasista djeteta....	62
16.	Standardizirani postupak premještanja nepokretnog djeteta.....	65
17.	Standardizirani postupak presvlačenja djetetove pidžame (košulja, hlače).....	68
18.	Standardizirani postupak s umrlim na dječjem odjelu.....	74
19.	Standardizirani postupak stavljanja noćne posude nepokretnom djetetu.....	77
20.	Standardizirani postupak stavljanja pelena i uložaka inkontinentnom djetetu u krevetu.....	80
21.	Standardizirani postupak promjene jednokratne ili višekratne pelene djetetu.....	83

2. FIZIOLOŠKA MJERENJA U ZDRAVSTVENOJ NJEŽI DJETETA

1.	Standardizirani postupak mjerjenja krvnog tlaka djetetu digitalnim tlakomjerom.....	88
2.	Standardizirani postupak mjerjenja tjelesne temperature u uhu (membrani timpani) elektronskim termometrom.....	91
3.	Standardizirani postupak mjerjenja tjelesne temperature rektalno.....	94

4. Standardizirani postupak procjene disanja djeteta.....	97
5. Standardizirani postupak mjerjenja djetetovog krvnog tlaka auskultacijom – tlakomjerom na pero.....	100
6. Standardizirani postupak mjerjenja pulsa palpacijom perifernih arterija i postupak mjerjenja pulsa na vršku srca.....	104
7. Standardizirani postupak mjerjenja tjelesne temperature između dva nabora kože (aksilarno).....	107
8. Standardizirani postupak mjerjenja zasićenja krvi kisikom pulsnim oksimetrom.....	110

3. FIZIKALNI PREGLED DJETETA

1. Standardizirani postupak procjene glave i vrata djeteta.....	114
2. Standardizirani postupak procjene abdomena djeteta.....	117
3. Standardizirani postupak tjelesnih mjerjenja djeteta/ antropometrijske tehnike.....	120
4. Standardizirani postupak procjene mišićno-koštanog i neurološkog sustava djeteta.....	125
5. Standardizirani postupak procjene općeg stanja djeteta.....	129
6. Standardizirani postupak procjene prsnog koša djeteta.....	134

4. PRIMJENA LIJEKOVA

1. Standardizirani postupak „pet pravila“ za primjenu lijekova.....	138
2. Standardizirani postupak primjene infuzije.....	140
3. Standardizirani postupak primjene kisika u terapijske svrhe.....	145
4. Standardizirani postupak primjene lijeka na usta.....	150
5. Standardizirani postupak primjene lijeka putem periferne intravenske (i.v.) kanile.....	152
6. Standardizirani postupak primjene lijeka u nos djeteta.....	155
7. Standardizirani postupak primjene lijeka u oko.....	160
8. Standardizirani postupak primjene lijeka u rektum.....	163
9. Standardizirani postupak primjene lijeka u uho.....	166
10. Standardizirani postupak primjene lijeka u venu - intravenska injekcija (i. v.) pomoću igle ili baby sistema.....	169
11. Standardizirani postupak lokalne primjene lijeka na kožu (krema, mast, losion, gel, sprej, flaster).....	172
12. Standardizirani postupak navlačenja lijeka iz bočice i ampule.....	174
13. Standardizirani postupak primjene lijeka pod kožu - supkutana injekcija.....	178
14. Standardizirani postupak primjene lijeka u mišić - intramuskularna injekcija (i. m.).....	181

5. SPECIFIČNI POSTUPCI U ZDRAVSTVENOJ NJEZI DJETETA

1. Standardizirani postupak aspiracije sekreta kroz nos (nazofaringealna aspiracija) u djece.....	186
2. Standardizirani postupak aspiracije sekreta kroz usta djeteta.....	190
3. Standardizirani postupak postavljanja periferne intravenske (i.v.) kanile u djece.....	194
4. Standardizirani postupak snimanja elektrokardiograma (EKG-a) u djece.....	198
5. Standardizirani postupak uzimanja uzorka stolice na okultno krvarenje.....	201
6. Standardizirani postupak uzimanja uzorka venske krvi venepunkcijom u djece.....	204
7. Standardizirani postupak uzimanja uzorka kapilarne krvi u djece.....	207
8. Standardizirani postupak uzimanja uzorka obriska nazofarinkska djetetu.....	210
9. Standardizirani postupak uzimanja uzorka stolice za pretragu u djece.....	213
10. Standardizirani postupak uzimanja uzorka urina za pretragu.....	216
11. Standardirirani postupak zdravstvenje njege kolostome.....	220
12. Standardizirani postupak asistiranja pri kateterizaciji mokraćnog mjehura u djece.....	224
13. Standardizirani postupak asistiranja pri izvođenju abdominalne punkcije.....	228
14. Standardizirani postupak asistiranja pri izvođenju fiberbronhoskopije u djece.....	232
15. Standardizirani postupak asistiranja tijekom izvođenja lumbalne punkcije...	236
16. Standardizirani postupak intradermalnog alergološkog testa (prick-test).....	240
17. Standardizirani postupak izvođenja klizme u djece.....	243
18. Standardizirani postupak održavanja prohodnosti i toaleta centralnog venskog katetera (CVK).....	246
19. Standardizirani postupak uvođenja nazogastrične/orogastrične sonde djetetu.....	250
20. Standardirirani postupak uzimanja uzorka iskašljaja za pretragu.....	255
21. Standardizirani postupak uzimanja uzorka obriska ždrijela djetetu.....	259
6. MEĐUSOBNI ODNOŠI I PRAVA U SKRBI ZA DIJETE	
1. Standardizirani postupak ograničavanja djece.....	264
2. Priprema roditelja za pretragu djeteta.....	266
LITERATURA.....	272

Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi pedijatrijske skrbi podijeljeni su na šest cjelina:

- a. *Prva cjelina* odnosi se na opće postupke, fizičku aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje (21 postupak).
- b. *Druga cjelina* su fiziološka mjerena u zdravstvenoj njezi djeteta (8 postupaka).
- c. *Treća cjelina* je fizikalni pregled djeteta (6 postupaka).
- d. *Četvrta cjelina* je primjena lijekova (14 postupaka).
- e. *Peta cjelina* su specifični postupci u zdravstvenoj njezi djeteta (21 postupak).
- f. *Šesta cjelina* su međusobni odnosi i prava u skrbi za dijete (2 priloga).

Sukladno specifičnostima i zahtjevnosti zdravstvene njege u pedijatriji, radna grupa medicinskih sestara izradila je standard postupaka koji je jedinstven u zbrinjavanju pedijatrijskog bolesnika i korisnika zdravstvene njege.

1

OPĆI POSTUPCI, FIZIČKA AKTIVNOST, ZBRINJAVANJE I SAMOZBRINJAVANJE

STANDARDIZIRANI POSTUPAK ENTERALNE PREHRANE U DJECE

Naziv postupka

Enteralna prehrana djeteta.

Definicija postupka

Enteralna prehrana je unos hrane, nutritivnih otopina ili pripravaka sondom/stomom direktno u želudac ili početne dijelove tankog crijeva kada nije moguć unos hrane na usta zbog različitih poremećaja, stanja ili bolesti.

Provoditelj postupka

Jedna ili dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Trajanje izvođenja postupka

Kada se dijete hrani sondom pomoću štrcaljke, potrebno je 40 minuta. Ako dijete nema uvedenu želučanu sondu, trajanje postupka se produžuje onoliko koliko traje uvođenje sonde prema standardu.

Svrha postupka

Zadovoljiti energetske i nutritivne potrebe djetetovog organizma, održati dostatnu hidraciju, održati cjelovitost sluznice tankog i debelog crijeva te osigurati dobrobit i kvalitetu života djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Enteralna prehrana provodi se kroz sondu uvedenu u želudac ili početni dio tankog crijeva djeteta. Sonda se uvodi kroz djetetov nos, a kroz usta samo u slučaju mehaničke opstrukcije ili oštećenja nosnica. Konzistencija hrane mora biti prilagođena promjeru sonde. U prehrani sondom mogu se koristiti gotovi industrijski pripravci ili hrana pripremljena u bolničkim odjelima prehrane. Unos hrane kroz sondu najčešće se izvodi štrcaljkama od 10 ml do 50 ml (ovisno o uzrastu/veličini djeteta), pomoću pumpe i sustava za hranjenje te gravitacijskog sustava. Trajanje, količinu i vrstu prehrane pomoću enteralne pumpe ili sustava „kap po kap“ propisuje liječnik. Enteralna prehrana štrcaljkom mora trajati koliko bi trajao i obrok kada bi dijete moglo uzimati hranu na usta. Kada dijete hranimo štrcaljkom, učestalost obroka, količinu i vrstu hrane propisuje liječnik, ovisno o djetetovoј dobi, specifičnim nutritivnim potrebama i stanju djeteta. Hranjenje je obavezno provoditi polagano, bez uporabe sile, zbog mogućih

komplikacija: povraćanje, proljev, mučnina i dr. Prilikom hranjenja, kada god je to moguće, krevet treba uspraviti u „semi - Fowlerov“ ili visoki Fowlerov položaj. U tom položaju dijete ostaje pola sata nakon završetka hranjenja.

Enteralna prehrana podrazumijeva elementarne, monomerne, oligomerne i polimerne pripravke. Razlika je u veličini, količini i vrsti prisutnih molekula. Pripravci koji sadrže veći broj molekula imaju veću osmolalnost, pa mogu prouzročiti nuspojave poput proljeva.

Za enteralnu prehranu djece optimalne su silikonske sonde koje omogućuju dužu primjenu i rjeđe oštećuju sluznicu nosa. U slučajevima potrebe trajne enteralne prehrane prednost se daje perkutanoj gastrostomi.

Procjena:

- radne okoline za izvođenje postupka (svjetlo, dovoljno mesta, prozračnost, udobnost)
- psihofizičkog stanja djeteta, suradljivosti prilikom izvođenja postupka i mogućnosti komunikacije (nazočnost roditelja/skrbnika)
- pozicije i prohodnosti sonde
- ispravnosti pribora (sonde, enteralnog seta, pumpa...)
- optimalne temperature i konzistencije enteralnog pripravka, roka valjanosti pripravka
- pravilnog položaja djeteta za primjenu enteralne prehrane (na desnom boku u povišenom položaju, povišen ležeći ili sjedeći položaj).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- kolica ili poslužavnik
- kompresa za zaštitu djeteta
- stetoskop i štrcaljka od 20 ml za provjeru pozicije nazogastrične sonde
- čaša vode
- štrcaljka (10 ml – 50 ml) za hranjenje i ispiranje sonde, enteralni set za hranu, pumpa
- staničevina ili papirnate salvete
- posuda za nečisto
- dezinficijens za ruke
- enteralni pripravak neutralne temperature (37 °C – 38 °C)

IZVOĐENJE

HRANJENJE POMOĆU ŠTRCALJKE

- utvrditi identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- oprati/dezinfluirati i osušiti ruke
- postaviti dijete u odgovarajući položaj
- zaštititi dijete kompresom
- provjera pozicije i prohodnosti sonde (povratkom/aspiracijom želučanog sadržaja) ili pomoću štrcaljke i zraka (opisano u Standardiziranom postupku za postavljanje nazogastrične sonde)
- navući hranu odgovarajućom štrcaljkom
- spojiti štrcaljku sa sondom i polako aplicirati hranu djetetu u želudac (pri hranjenju dojenčeta ili djeteta s posebnim potrebama potrebne su dvije medicinske sestre/dva tehničara)
- zatvoriti sondu čepom pri ponovnom punjenju štrcaljke hranom
- promatrati i procjenjivati stanje djeteta tijekom hranjenja
- nakon završetka hranjenja u sondu uštrcati propisanu vrstu i količinu tekućine (najčešće 5 do 20 ml) radi ispiranja trajne sonde od ostataka hrane (paziti na mogući ograničeni unos tekućine)
- zatvoriti sondu i osigurati poziciju sonde (staviti je iza uha djeteta - prevencija dislokacije sonde, paziti na mogući pritisak i iritaciju kože sondom)
- smjestiti dijete u povиšeni položaj (otprilike 30 minuta) ili ga držati na rukama (otprilike 5 minuta)
- provjeriti izgled usne šupljine i po potrebi učiniti toaletu
- raspremiti pribor i materijal
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak i stanje djeteta

HRANJENJE POMOĆU ENTERALNE PUMPE

- utvrditi identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak

1 opći postupci, fizička aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje

- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- stalak s pumpom postaviti do dječjeg kreveta
- enteralni set s hranom objesiti na stalak
- smjestiti dijete u udoban položaj
- ispustiti zrak iz sustava za hranjenje
- provjeriti poziciju i prohodnost sonde (opisano u Standardiziranom postupku za postavljanje nazogastrične sonde)
- spojiti sustav enteralne pumpe sa sondom
- na pumpi podesiti protok enteralne hrane
- pokrenuti pumpu
- promatrati i procjenjivati stanje djeteta tijekom hranjenja
- isključiti pumpu nakon isteka hranjenja i odvojiti sustav od sonde
- nakon završetka hranjenja sondu isprati propisanom vrstom i količinom tekućine (paziti na mogući ograničeni unos tekućine)
- zatvoriti sondu i osigurati poziciju sonde (staviti je iza uha djeteta - prevencija dislokacije sonde, paziti na mogući pritisak i irritaciju kože sondom)
- smjestiti dijete u povиšeni položaj (otprilike 30 minuta) ili ga držati na rukama (otprilike 5 minuta)
- provjeriti izgled usne šupljine i po potrebi učiniti toaletu
- raspremiti pribor i materijal
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak i stanje djeteta

HRANJENJE METODOM GRAVITACIJE „KAP PO KAP”

- utvrditi identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- slijediti upute proizvođača prilikom spajanja sustava s vrećicom
- vrećicu s hranom temperature 37 °C objesiti na stalak, 60 cm više u odnosu na poziciju glave djeteta
- smjestiti dijete u udoban položaj

- ispustiti zrak iz sustava za hranjenje
- provjeriti poziciju i prohodnost sonde (opisano u Standardiziranom postupku za postavljanje nazogastrične sonde)
- spojiti sustav sa sondom
- regulirati protok
- promatrati i procjenjivati stanje djeteta tijekom hranjenja
- nakon završetka hranjenja sondu isprati propisanom vrstom i količinom tekućine (paziti na mogući ograničeni unos tekućine)
- zatvoriti sondu i osigurati poziciju sonde (staviti je iza uha djeteta - prevencija dislokacije sonde, paziti na mogući pritisak i irritaciju kože sondom)
- smjestiti dijete u povišeni položaj (otprilike 30 minuta) ili ga držati na rukama (otprilike 5 minuta)
- provjeriti izgled usne šupljine i po potrebi učiniti toaletu
- raspremiti pribor i materijal
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak i stanje djeteta

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROVOĐENJA HIGIJENE ZDRAVOG STOPALA U DJETETA

Naziv postupka

Higijena zdravog stopala.

Definicija postupka

Higijenom stopala i noktiju održava se čistoća stopala.
Postupak treba provoditi svakodnevno.

Provoditelj postupka

Medicinska sestra/tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za higijenu stopala i noktiju potrebno je 13 - 25 minuta.

Svrha postupka

Održati higijenu stopala i noktiju, spriječiti infekciju i stvoriti osjećaj ugode.

Osnovna obilježja postupka

Svakodnevnom higijenom stopala se u djeteta stvara navika održavanja zdravlja tijekom života. Redovitom higijenom stopala poboljšava se cirkulacija, hrani kožu, odstranjuju se sve nečistoće i neugodni mirisi. Podrezivanjem noktiju djece sprječava se urastanje noktiju u meso, nelagoda, bol i infekcija. Osobito je važno provoditi higijenu stopala u djece dijabetičara i trajno educirati djecu i roditelje o važnosti iste.

Procjena:

- općeg stanja djeteta
- suradnje djeteta tijekom postupka
- stanja kože stopala i noktiju.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik ili kolica za pribor
- posuda s topлом водом за прање стопала
- руџник
- папирнати руџници
- средство за прање стопала
- нутрална крема за кожу
- прибор за тоалету стопала
- термометар
- једнократне нестерилне рукавице и заштитна прагача
- дезинфекцијен за прибор и руке
- заштитни подлогац
- чисте памучне чарапе
- посуда за комунални отпад

IZVOĐENJE

Dojenče i malo dijete

- представити се, идентифицирати дијете, објаснити поступак на дјетету разумљив начин
- припремити воду и проверити температуру воде помоћу термометра
- поставити дијете у лежећи положај или посјести на мали столац
- операти руке и ставити рукавице, заштитити се прагачом
- ставити стопала дјетета у посуду с водом
- операти стопала и простор између прстију средством за прање
- исрати и осушити нјеžним тапканjem руџником (особито између прстију)
- очистити испод ногтију стиком за коžicu (стик очистити папиром након сваког ногта)
- дјећим шкарбичама с тупим врхом одрезати ногте равно пазећи да се не оштети нјеžна коžica на прстима
- коžicu потиснути natrag стиком за ногте
- намазати стопала нутралном кремом за нјегу коže
- обуći чарапе дјетету или одјелце дојенчету
- обући прикладну обућу малом дјетету

1 opći postupci, fizička aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje

- dojenče smjestiti u krevetić, a malo dijete u bolesničku sobu ili igraonicu
- dezinficirati i raspremiti pribor
- skinuti rukavice i pregaču, odložiti u komunalni otpad
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

Školsko dijete i adolescenti

- predstaviti se, objasniti postupak na razumljiv način, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- postaviti dijete/adolescenta u položaj prikladan za rad
- dogovoriti s djetetom temperaturu vode
- ispuniti dvije trećine posude topлом vodom
- provjeriti temperaturu vode termometrom
- oprati i osušiti ruke, staviti rukavice i zaštitnu pregaču
- ako se higijena provodi u krevetu, zaštiti posteljno rublje zaštitnim podloškom
- pomoći djetetu/adolescentu staviti stopala u posudu s vodom
- oprati stopala i prostor između prstiju sapunom za pranje, isprati, obrisati i temeljito osušiti, naročito prostor između prstiju
- ukoliko se provodi higijena i rezanje noktiju, držati stopala 15 do 20 minuta u toploj vodi
- očistiti ispod noktiju stikom za kožicu, nakon svakog nokta očistiti stik papirnatim ručnikom
- izvaditi nogu po nogu iz vode i osušiti ih
- rezati nokte ravno kliještima za nokte, oblikovati nokte rašpom
- potisnuti kožicu natrag stikom za nokte
- namazati noge losionom od koljena do tabana, ne mazati između prstiju
- obući čarape ako dijete/adolescent želi
- obuti neklizajuću obuću
- raspremiti pribor
- skinuti rukavice i zaštitnu pregaču, odložiti u komunalni otpad
- oprati i osušiti ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak
- ako dijete/adolescent noge može oprati sam, priprema je ista, pomoći djetetu/adolescentu prema procjeni

STANDARDIZIRANI POSTUPAK KUPANJA NEPOKRETNOG DJETETA U KREVETU

Naziv postupka

Kupanje nepokretnog djeteta u krevetu.

Definicija postupka

Kupanje nepokretnog djeteta/adolescenta je dio osobne higijene tijela kojim se održava čistoća i integritet kože i sluznica te održava odgovarajuća cirkulacija.

Provoditelj postupka

Za provođenje postupka potrebne su dvije medicinske sestre/dva tehničara (moguća je pomoć roditelja/skrbnika).

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 45 minuta.

Svrha postupka

Održavanje čistoće kože, noktiju i sluznica, uklanjanje mikroorganizama i neugodnog mirisa, poticanje cirkulacije, osiguravanje udobnosti, dobrog općeg osjećanja i samopoštovanja.

Osnovna obilježja postupka

Svakodnevno održavanje osobne higijene važno je za bolesno i za zdravo dijete/adolescenta. Kupanjem djeteta/adolescenta unaprjeđuje se zdravlje, postiže udobnost, pravovremeno se uočavaju i sprječavaju neželjene komplikacije koje mogu nastati zbog djetetovog stanja. Tijekom kupanja medicinska sestra uspostavlja primjerenu komunikaciju i odnos povjerenja s djetetom/adolescentom.

Procjena:

- pokretljivosti djeteta/adolescenta, mogućnosti suradnje i komunikacije (prisutnost roditelja/skrbnika)
- općeg zdravstvenog stanja djeteta
- kontraindikacije za postupak – vitalna ugroženost djeteta/adolescenta
- stanja kože i sluznica djeteta/adolescenta.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- kolica za pribor
- posuda za pranje djeteta
- vrč tople vode
- termometar
- zaštitna folija ili nepropusno platno
- čisto posteljno rublje (jastučnica, plahte, navlaka za deku)
- ručnici – 3 komada
- trljačice – 4 komada
- tekuće sredstvo za kupanje (neutralne pH-vrijednosti)
- smotuljci od komprese
- čista pidžama ili spavaćica
- jednokratne pelene ili higijenski ulošci (ovisno o dobi djeteta/adolescenta)
- dječja mast za njegu anogenitalne regije
- sredstvo za njegu/masažu kože (dječje ulje, losion, krema za tijelo...)
- pribor za njegu noktiju
- češalj ili četka za kosu
- pribor za njegu usne šupljine
- jednokratne nesterilne rukavice i zaštitne pregače
- dezinficijens za ruke i pribor (prema protokolu ustanove)
- posuda za prljavo rublje
- posuda za otpad

IZVOĐENJE

Dojenče i malo dijete

- identificirati dijete, predstaviti se, objasniti postupak na djetetu razumljiv način, omogućiti postavljanje pitanja
- osigurati privatnost
- staviti zaštitnu foliju ili nepropusno platno na krevet
- ukloniti jastuk i pokrivač s djeteta
- dijete pokriti plahtom
- kolica s priborom smjestiti u blizinu kreveta
- u posudu za kupanje uliti toplu vodu i temperaturu vode provjeriti termometrom
- oprati ruke, staviti jednokratne rukavice i zaštitnu pregaču
- oprati lice djeteta smotuljcima od komprese (najprije oči, a zatim jednu pa drugu stranu lica potezom u obliku brojke 3) i lagano ručnikom upiti vodu

- oprati i osušiti uši i vrat
- svući djetetu odjeću i prati jednu po jednu ruku trljačicom natopljenom šamponom za kupanje (uzdužnim ili kružnim pokretima)
- ponoviti postupak mokrom trljačicom bez šampona
- osušiti, a pregibe namazati sredstvom za njegu tijela
- otkriti dijete i jednakim slijedom oprati i osušiti ramena, pazušne jame, prsa i trbuh
- okrenuti dijete na stranu i oprati leđa uzdužnim pokretima pomoću trljačice i sredstva za kupanje, isprati i dobro osušiti
- sredstvom za njegu nježnim kružnim pokretima masirati leđa
- ukloniti zaštitnu foliju s gornjeg dijela kreveta
- odjenuti gornji dio pidžame
- pokriti dijete plahtom
- otkriti jednu nogu i oprati je trljačicom natopljenom šamponom za kupanje, od nožnih prstiju do prepona
- isprati i osušiti, osobito pregibe i prostor između prstiju
- ponoviti postupak s drugom nogom
- promijeniti rukavice, vodu za kupanje i trljačicu
- oprati anogenitalnu regiju (pogledaj Standardizirani postupak higijene anogenitalne regije u muškog i ženskog djeteta)
- osušiti i staviti pelene
- odjenuti donji dio pidžame
- podrezati nokte
- ukloniti zaštitnu foliju ili nepropusno platno, promijeniti posteljinu
- udobno smjestiti dijete
- dezinficirati i pospremiti pribor
- skinuti rukavice i zaštitnu pregaču, odložiti u komunalni otpad
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

U veće djece postupak i redoslijed izvođenja je isti. Razlika je u težini i suradljivosti djeteta, a s tim u vezi i potrebotom za drugom medicinskom sestrom.

Adolescenti

- identificirati adolescenta/adolescenticu, predstaviti se, objasniti postupak na djetetu razumljiv način, omogućiti postavljanje pitanja
- osigurati privatnost (zatvoriti vrata, zaštititi paravanom)
- postaviti adolescenta/adolescenticu u položaj prikladan za rad, podignuti krevet na radnu razinu

1 opći postupci, fizička aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje

- oprati, osušiti ruke, staviti rukavice i zaštitnu pregaču – oba izvršitelja
- u dogovoru s adolescentom/adolescenticom maknuti jedan jastuk
- cijelom dužinom ispod adolescente/adolescentice zaštiti krevet zaštitnom folijom ili nepropusnim platnom
- skinuti pokrivač, ostaviti gornju plahtu ili navlaku
- staviti ručnik na prsa adolescente/adolescentice, na gornji rub plahte
- staviti lavor na stolac s desne srane na papirnati ubrus/ručnik
- napuniti dvije trećine lavora topлом vodom (43 °C – 46 °C), provjeriti temperaturu vode termometrom
- mokrom trljačicom oprati područje oko očiju, bez sapuna, oprati najprije sebi suprotnu stranu
- kutom trljačice nježno oprati oko, od vanjskog prema unutarnjem rubu, za svako oko koristiti drugi kut, osušiti oko suhim ručnikom
- oprati lice pokretima u obliku brojke 3, oprati prostor ispod nosa, kutom trljačice oprati oko usta, isprati i osušiti ručnikom
- oprati uške, prvo suprotno uho, zatim uho do sebe, isprati i osušiti ručnikom
- oprati prednju stranu vrata polukružnim pokretima, oprati stražnju stranu vrata, isprati i osušiti, ručnik odložiti na gornji rub kreveta
- skinuti gornji dio pidžame, pokriti adolescente/adolescenticu plahtom do struka, ručnikom za brisanje tijela zaštiti gornji rub plahte i prsa adolescente/adolescentice
- zaštiti plahtu i krevet ručnikom za brisanje tijela uzduž suprotne ruke – svojim dlanom pridržavati podlakticu (neka podlaktica leži u vašoj ruci), oprati između prstiju, podlakticu i nadlakticu, isprati, osušiti ručnikom za brisanje tijela, ponoviti postupak na suprotnoj strani
- u slučaju da pokretljivost ruku dopušta, staviti lavor na ručnik na krevet, staviti šaku u vodu, oprati prostor između prstiju, podlakticu, nadlakticu, isprati, osušiti, očistiti ispod noktiju, ponoviti postupak na drugoj ruci
- otkriti prsa i oprati polukružnim pokretima u obliku brojke 8 rameni obruč i dojke (adolescentice), isprati i osušiti ručnikom za brisanje tijela, oprati pažušne Jame (prvo suprotnu jamu), isprati i osušiti, ručnikom kojim je brisano lice pokriti prsni koš
- povući zaštićeni prekrivač do simfize, prati trbuh polukružnim pokretima, kutom trljačica oprati pupak, isprati i osušiti ručnikom za tijelo
- okrenuti adolescente/adolescenticu na lijevi bok, pokriti prednji dio tijela prekrivačem
- rub prekrivača zaštiti ručnikom za brisanje tijela, prati leđa uzdužnim pokretima, isprati, osušiti

- izmasirati leđa i trticu losionom za tijelo
- polukružnim pokretima oprati gluteuse, isprati, osušiti ručnikom za tijelo
- razdvojiti gluteuse i grubu nečistoću odstraniti papirnatim ručnikom, a zatim ga odložiti u posudu za nečisto
- provesti njegu analne regije prema standardu, za sušenje koristiti treći ručnik
- promijeniti rukavice
- vratiti adolescenta/adolescenticu na leđa
- odjenuti gornji dio pidžame
- zaštitnu foliju, kojom se štiti krevet, povući ispod leđa do struka
- korištenu trljačicu odložiti u posudu za nečisto
- promijeniti vodu i trljačicu, provjeriti temperaturu vode za pranje nogu
- ako adolescent/adolescentica ne može saviti koljeno, otkriti suprotnu nogu, zaštiti genitalije, ručnik staviti uzdužno pod nogu i stopalo, nogu pridržavati svojom rukom i oprati je ispruženu dugim pokretima, isprati i osušiti
- ako adolescent/adolescentica može saviti koljeno, staviti lavor na ručnik, uroniti stopalo u vodu, prati dugim pokretima potkoljenicu i natkoljenicu, isprati i osušiti, a zatim ponoviti postupak s drugom nogom
- odrezati nokte, maknuti lavor i ručnik, pokriti adolescenta/adolescenticu pokrivačem
- promijeniti lavor, vodu i trljačicu, provjeriti temperaturu vode
- ako može, dopustiti adolescentu/adolescentici da sam/sama opere svoje genitalije; postaviti noćnu posudu ispod gluteusa, namjestiti adolescentu/adolescentici lavor nadohvat ruke, nasapunati čistu trljačicu, staviti je nadohvat ruke ili je dati adolescentu/adolescentici u ruku, ispirati trljačicu i dodavati je adolescentu/adolescentici, polijevanjem iz vrča isprati spolovilo; maknuti noćnu posudu, odložiti je pod krevet; osušiti genitalije trećim ručnikom
- maknuti zaštitnu foliju ispod adolescenta/adolescentice, pokriti ga/je
- počešljati adolescenta/adolescenticu
- namjestiti krevet, po potrebi promijeniti posteljinu, rublje odložiti u koš za nečisto
- smjestiti adolescenta/adolescenticu u udoban ili prisilan (propisan) položaj
- staviti signalno zvono nadohvat ruke
- raspremiti upotrijebljeni pribor i rublje
- skinuti rukavice i pregaču
- oprati i dezinficirati pribor: češalj, škarice, rašpicu
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

STANDARDIZIRANI POSTUPAK HRANJENJA NA USTA DJETETA OBOLJELOG OD TEŠKE MENTALNE RETARDACIJE

Naziv postupka

Hranjenje na usta djeteta oboljelog od teške mentalne retardacije.

Definicija postupka

Postupak hranjenja na usta djeteta oboljelog od teške mentalne retardacije je zadovoljenje kalorijske i nutritivne vrijednosti pripremljene hrane i tekućine na siguran način.

Provoditelj postupka

Jedna do dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Trajanje postupka

Ukoliko nema komplikacija, hranjenje traje 40 minuta.

Svrha postupka

Hranjenjem djeteta zadovoljava se osnovna ljudska potreba za unosom hrane. Svrha je zadovoljiti energetske i nutritivne potrebe koje omogućavaju normalan djetetov metabolizam.

Osnovna obilježja postupka

Ovisno o procjeni stanja i dobi, dijete se može hraniti držeći ga na rukama u polusjedećem, povišenom ili bočnom položaju. Neposredno prije hranjenja treba provjeriti prohodnost djetetovih dišnih putova i po potrebi napraviti toaletu (ukapati sterilnu fiziološku otopinu u nos, očistiti nos, po potrebi aspirirati sekret). Ukoliko postoji potreba, dijete presvući prije hranjenja. Hrana uvijek mora biti pripremljena na način primjeren stanju i mogućnostima djeteta.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta
- sluznice nosa i prohodnosti nosnih školjki
- usne šupljine djeteta: izgleda sluznice, stanja zubi, sposobnosti otvaranja usta, gutanja i žvakanja

- respiratornog statusa djeteta: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanje disajnih faza, poremećenih oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja, vizinga i stridora.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

Pribor za pranje ruku djeteta i osobe koja hrani dijete

- voda
- sapun/alkoholni dezinficijens za ruke
- ručnik ili papirnatni ubrusi ili vlažne maramice
- lavor (za pranje ruku djeteta)
- vreća za komunalni otpad

Pribor za hranjenje

- poslužavnik s pripremljenom hranom koja je odgovarajuće temperature i odgovarajućim priborom za jelo
- pripremiti ubrusi ili podbradak
- čaša vode (žličica, dudica, slamčica... prema procjeni)
- zaštitna maska

IZVOĐENJE

- provjera plana zdravstvene njege (vrsta prehrane i ograničenja, temperatura hrane, konzistencija hrane)
- identificirati dijete, predstaviti se, objasniti postupak (u skladu s djetetovim mogućnostima s obzirom na dijagnozu)
- objasniti postupak roditeljima/skrbnicima (ukoliko su nazočni)
- oprati i osušiti ruke djetetu
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke (staviti masku ako je potrebno)
- uzeti dijete u naručje ili ga smjestiti u povušeni ili polusjedeći položaj
- postaviti poslužavnik s hranom u položaj prikladan za hranjenje
- staviti podbradak ili ubrus djetetu ispod brade
- provjeriti temperaturu hrane i prilagoditi je za jelo
- odvojiti dovoljno vremena za hranjenje

- dopustiti djetetu aktivno sudjelovanje u hranjenju (u skladu s mogućnostima)
- dopustiti djetetu odmor između zalogaja
- ponuditi djetetu tekućinu
- promatrati i procjenjivati disanje i izgled djeteta tijekom hranjenja
- u slučaju zakašljavanja prestati s hranjenjem i po potrebi aspirirati sadržaj prema standardiziranom protokolu
- nakon završetka hranjenja ukloniti poslužavnik
- evidentirati konzumiranu količinu i vrstu hrane i tekućine u sestrinsku dokumentaciju
- evaluirati i dokumentirati postupak

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRANJA DJETETOVIH ZUBI

Naziv postupka

Pranje zubi.

Definicija postupka

Pranje zubi je postupak uklanjanja i sprječavanja formiranja plaka na desnima i zubima.

Provoditelj postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar. Dvije medicinske sestre ako je dijete nemirno i nesuradljivo.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 10 - 15 minuta, ovisno o djetetovoj dobi, stanju i suradljivosti.

Svrha postupka

Svrha pranja zubi je održavanje higijene djetetove usne šupljine, sprječavanje stvaranja karijesa i upalnih procesa, uklanjanje neugodnog zadaha, podizanje razine djetetovog samopoštovanja, osjećaja ugode i pravilnog psihičkog razvoja djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Zubi se formiraju u drugom tromjesečju trudnoće, pa tako dijete pri rođenju ima 20 mlijekočnih zubi unutar čeljusti, stoga je važno njegovati desni prije nicanja mlijekočnih zubi. U dojenčadi se može pojaviti karijes zbog loših navika koje im stvaraju njihovi roditelji (stavljanje djeteta na spavanje s bočicom čaja ili mlijeka u ustima). Važno je njegovati mlijekočne zube jer oni imaju višestruku funkciju: čuvaju mjesto trajnim zubima, potiču normalan rast i razvoj čeljusti, omogućuju žvakanje, sudjeluju u stvaranju govora, utječu na estetski izgled lica, kao i na pravilan emocionalni razvoj djeteta. S pranjem zubi i njegom usne šupljine treba početi što ranije, već nekoliko dana nakon rođenja. S obzirom na to da se četkicom može otkloniti plak na skoro svim površinama zubi, izuzev u interdermalnim prostorima, potrebno je korištenje zubnog konca u djece koja imaju zube (pa i kad imaju samo dva zuba).

Procjena:

- dobi i suradljivosti djeteta (prisutnost roditelja/skrbnika)
- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti komunikacije
- mogućnosti samozbrinjavanja
- mogućih kontraindikacija za postupak (specifični medicinski postupci i stanja)
- stanja sluznice djetetove usne šupljine, usnica, jezika i zubi (ako ih ima), prisutnost mobilnog ili fiksнog aparata za zube
- prostorije u kojoj se provodi postupak (temperatura, privatnost).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMANJE MATERIJALA I PRIBORA

- poslužavnik
- posuda za nečisto
- jednokratne rukavice, zaštitna maska, zaštitne naočale
- alkoholni dezinficijens za ruke
- platnena kompresa ili staničevina
- čaša/bočica vode
- četkica za pranje zubi – veličina i mekoća četkice ovise o djetetovoj dobi i stanju
- pasta za pranje zubi

IZVOĐENJE

DOJENČAD I MALA DJECA (1/2 sata nakon svakog obroka)

1. Identificirati dijete, predstaviti se, objasniti postupak, dopustiti pitanja prilagođena dobi djeteta (prisutnost roditelja/skrbnika).
2. Oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke.
3. Staviti rukavice, masku, zaštitne naočale.
4. Smjestiti dijete u povиšeni položaj ili posjeti u krilo medicinske sestre.
5. Zaštititi prsa djeteta papirnatim ručnikom.
6. Navlažiti četkicu vodom i blago četkati desni i jezik u malim koncentričnim krugovima 30 sekundi u svakoj četvrtini djetetovih usta.
7. Obrisati usta papirnatim ručnikom.
8. Oprati, dezinficirati i pospremiti pribor.

9. Skinuti rukavice, masku i zaštitne naočale.
10. Oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke.
11. Dokumentirati postupak.

PREDŠKOLSKO DIJETE - ovisno o manjem stupnju pomoći

- primijeniti prvih pet koraka kao u dojenčadi i male djece
- staviti pastu za zube na četkicu za zube, sve ovlažiti vodom, predati četkicu djetetu, uputiti kako pravilno oprati zube (blago četkanje zubi u malim koncentričnim krugovima 30 sekundi u svakoj četvrtini usta, uključujući jezik), pomoći pri korištenju zubnog konca, uputiti dijete da ispere zube vodom nad umivaonikom ili posudom za nečisto
- dodati papirnati ručnik i pomoći djetetu obrisati usta
- oprati, dezinficirati i pospremiti pribor
- skinuti rukavice, masku i zaštitne naočale
- oprati,dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak

ŠKOLSKO DIJETE I ADOLESCENT

- primijeniti prva tri koraka kao u dojenčadi i male djece
- ako dijete/adolescent sam pere zube, smjestiti ga u sjedeći položaj, zaštititi mu prsa papirnatim ručnikom
- staviti pastu za zube na četkicu za zube, sve ovlažiti vodom; dijete/adolescent sam pere vanjske i unutarnje plohe zubi (lijeko-desno, gore-dolje); nježno četkati jezik; dobro isprati usta nad posudom za nečisto koja je ispod brade; ako dijete/adolescent ne može sam prati zube, pomaže mu medicinska sestra
- po potrebi ponoviti postupak
- obrisati usta papirnatim ručnikom
- ako djetetu/adolescentu zube pere medicinska sestra, dijete/adolescenta treba smjestiti u sjedeći ili bočni ležeći položaj
- zaštititi prsa djeteta/adolescenta papirnatim ručnikom
- ako je dijete/adolescent nekomunikativan i nemiran, špatulu omotanu kompresom staviti okomito između zubi da onemogući zatvaranje usta i/ili da dijete/adolescent ugrize djelatnika (druga medicinska sestra u tom slučaju pridržava glavu djeteta/adolescenta)

- staviti pastu za zube na četkicu, sve navlažiti, prati zube nježno u svim smjerovima (lijevo–desno, gore–dolje, četkati vanjske i unutarnje plohe zubi)
- nježno četkati jezik, dobro isprati nad posudom za nečisto koja je ispod brade
- postupak ponoviti po potrebi
- osušiti usta djeteta/adolescenta papirnatim ručnikom
- smjestiti dijete/adolescenta u udoban položaj
- oprati,dezinficirati i pospremiti upotrijebljeni pribor
- skinuti rukavice i masku
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati i evaluirati postupak i stanje djetetovih zubi

FIZIKALNE METODE SNIŽAVANJA POVIŠENE TJELESNE TEMPERATURE

Naziv postupka

Snižavanje povišene tjelesne temperature u djece.

Definicija postupka

Postupci kojima primjenom fizikalnih metoda snižavamo povišenu tjelesnu temperaturu djeteta.

Provoditelj postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 30 - 40 minuta.

Svrha postupka

Snižavanje povišene tjelesne temperature na razinu koja bi uspostavila ravnotežu pozitivnih učinaka (obrana organizma) i negativnih (opterećenje cirkulacije, degenerativni procesi na razini stanica). Sprječavanje komplikacija koje izaziva povišena tjelesna temperatura u djece.

Osnovna obilježja postupka

Povišena tjelesna temperatura djeteta najčešći je odgovor organizma na infekcije i upale izazvane mikroorganizmima, bolesti središnjeg živčanog sustava (SŽS), dehidraciju, izloženost toplini/suncu i ekstremnim temperaturama okoline, fizičku aktivnost i neodgovarajuću odjeću (utopljavanje). Posebno su na povišenu tjelesnu temperaturu osjetljiva djeca u dobi od šest mjeseci do pete godine života, zbog nezrelosti SŽS-a.

Normalne vrijednosti tjelesne temperature (ovisno o dobi djeteta):

- prijevremeno rođena djeca: 36,5 °C - 37 °C
- novorođenče: 36,2 °C - 37,7 °C
- 0 - 6 mjeseci: 36,2 °C – 37,4 °C
- 6 - 12 mjeseci: 35,6 °C – 37,6 °C
- 1 - 13 godina: 35,5 °C - 37,2 °C
- >13 godina: 35,8 °C - 37,6 °C

Kako je povišena tjelesna temperatura jedan od prirodnih načina obrane djetetovog organizma protiv uzročnika infekcije, preporučuje se snižavati tjelesnu temperaturu tek kada poraste iznad 38 °C pod pazuhom, odnosno 38,5 °C rektalno.

Uobičajen način mjerjenja tjelesne temperature u odraslih i djece starije od 2 godine je toplomjerom pod pazuhom. Toplomjer je potrebno staviti užim dijelom u pazušnu jamu i držati ga 5 minuta. Djeca često trebaju držati toplomjer pod pazuhom 10 minuta jer se zbog nemira termometar često pomakne i dobiju se pogrešni rezultati mjerjenja (najčešće - tjelesna temperatura niža od stvarne). U djece do godine dana starosti preporučuje se mjeriti temperaturu rektalno stavljanjem užeg dijela toplomjera oko 2 cm u otvor debelog crijeva. Toplomjer se drži dokle god živa raste (obično 2 - 3 minute). Tako dobivene vrijednosti obično su od 0,5 °C do 1 °C više nego one mjerene pod pazuhom. Tjelesna temperatura može se mjeriti i toplomjerom pod jezikom (nije preporučljivo u nesuradljive djece i djece mlađe od 5 godina), a dobivene su vrijednosti slične onima mjerenim rektalno. Zadnjih godina se postupno napušta upotreba živih toplomjera zbog potencijalne opasnosti žive po okoliš. Sve više se preporučuje upotreba digitalnih toplomjera, koji imaju prednost u kraćem trajanju mjerjenja tjelesne temperature (uobičajeno je za 1 minutu mjerjenje završeno). Primjena ušnih toplomjera se ne preporučuje u dojenčadi zbog nepreciznosti mjerjenja uvjetovanim uskim zvukovodom i nesigurnim očitavanjem temperature bubnjića. U starije djece, u slučaju postojanja masnog čepa u zvukovodu (cerumena), očitavanje nije pouzdano. Normalna temperatura mjerena rektalno je do 37,8 °C, a pod pazuhom do 37 °C. U slučaju povišene tjelesne temperature djeteta potrebno je, uz primjenu ordiniranih lijekova, provoditi nefarmakološke mjere snižavanja tjelesne temperature: osigurati mirovanje djeteta, ograničiti djetetovu tjelesnu aktivnost, smanjiti razinu djetetova straha i zabrinutosti, odjenuti dijete u laganiju (pamučnu) odjeću ili razodjenuti dijete i pokriti samo plahtom, primijeniti obloge od obične vode (temperatura vode 25 °C - 32 °C) i kupke za rashlađivanje (voda koja hlapi s površine tijela snižava tjelesnu temperaturu), uskladiti i održavati mikroklimatske uvjete (strujanje zraka, klima), paziti na odgovarajuću hidraciju (u skladu s dobi djeteta i vrijednostima povišene tjelesne temperature) i prehranu (laganiji, česti i količinski manji obroci). Tijekom postupka snižavanja tjelesne temperature ista se kontrolira svakih 30 minuta.

Procjena:

- kronološke dobi djeteta
- suradljivosti djeteta, nazočnost roditelja/skrbnika
- općeg zdravstvenog stanja djeteta

- otežavajućih okolnosti (primjerice, strogo mirovanje djeteta nakon lumbalne punkcije).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- kadica
- taca
- spužva ili trljačica
- ručnik
- platnene komprese ili plahte
- termometar za vodu
- sredstvo za dezinfekciju ruku
- rukavice i jednokratna pregača
- toplomjer
- čista odjeća
- koš za prljavo rublje

IZVOĐENJE

Dojenče i malo dijete - vlaženje kože mlakom vodom

- predstaviti se, identificirati dijete, objasniti postupak djetetu na razumljiv način
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- staviti rukavice i jednokratnu pregaču
- pripremiti vodu temperature niže za 1 °C do 3 °C od trenutne tjelesne temperature djeteta (provjeriti termometrom)
- svući djetetovu odjeću
- poleći ga u kadicu pridržavajući glavu
- dolijevati hladnu vodu kod djetetovih nožica (ovisno o stanju djeteta maksimalno dozvoljeno snižavanje temperature vode je do 26 °C)
- kupanje traje od 10 do 20 minuta (ovisi o stanju djeteta)
- izvaditi dijete na stol za previjanje, umotati u ručnik i lagano pokupiti vodu s tijela
- izmjeriti mu tjelesnu temperaturu i odjenuti lagano pamučnu odjeću

Dijete koje mora mirovati u krevetu - zamatanje djeteta vlažnim ručnikom - oblozi

- zamotati dijete vlažnim ručnikom ili pelenom temperature 32 °C – 35 °C
- preko toga omotati suhi ručnik ili plahtu
- dijete držati zamotano 5 - 10 min
- nakon toga obrisati dijete suhim ručnikom
- kontrolirati tjelesnu temperaturu ponavljati postupak dok temperatura ne padne na barem 38 °C
- ne zamatati lice i glavu djeteta
- ne stavljati obloge na pojedine dijelove tijela (dlanove, tabane, prsa)
- ne stavljati obloge od različitih pripravaka (krumpira, luka, cikle, alkohola...)

Veća djeca – tuširanje mlakom vodom

- predstaviti se, identificirati dijete, objasniti postupak
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- staviti rukavice i jednokratnu pregaču
- pripremiti vodu u tuš-kabini, provjeriti temperaturu termometrom (35 °C)
- pomoći djetetu svući odjeću i stati ispod tuša
- tuširati ga 20 minuta (voda koja hlapi s površine tijela snižava tjelesnu temperaturu)
- zamotati dijete ručnikom i obrisati ga
- pomoći djetetu pri odijevanju
- izmjeriti tjelesnu temperaturu 10 do 15 minuta poslije tuširanja

STANDARDNI POSTUPAK HIGIJENE ANOGENITALNE REGIJE U MUŠKOG DJETETA

Naziv postupka

Higijena anogenitalne regije u muškog djeteta.

Definicija postupka

Higijena anogenitalnog područja je postupak kojim se održava čistoća navedenog područja.

Provoditelj postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar. Dvije medicinske sestre/dva tehničara pri radu s nepokretnim djetetom i/ili djetetom velike tjelesne mase.

Trajanje izvođenja postupka

Za provođenje postupka potrebno je 15 – 20 minuta, ovisno o kronološkoj dobi i specifičnostima stanja djeteta.

Svrha postupka

Održavanje čistoće anogenitalnog područja smanjuje mogućnost nastanka gljivičnih i drugih vrsta infekcija, ojedina, otklanja neugodne mirise, stvara osjećaj ugode i zadovoljstva djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Zbog osjetljive i nježne dječje kože postupak se provodi više puta dnevno, ovisno o potrebama djeteta (kronološka dob i zdravstveno stanje djeteta). Potrebno je osigurati privatnost vodeći brigu o dostojanstvu djeteta. Postupak uključuje pranje spolovila, skrotuma i analnog područja.

Procjena:

- zdravstvenog stanja i stupnja pokretljivosti djeteta
- kronološke dobi djeteta
- mogućnosti komunikacije i suradnje djeteta (nazočnost roditelja/skrbnika)
- učestalosti defekacije i mokrenja
- inkontinencija urina i stolice
- stanja djetetove sluznice i kože urogenitalnog i analnog područja.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- kolica za pribor ili poslužavnik
- platnena podloga i nepropusni podložak
- smotuljci od vate, pelene, čisto donje rublje
- ručnik
- trljačice
- zaštitna jednokratna pregača
- nesterilne rukavice (prema potrebi)
- tekuće neutralno sredstvo za intimnu njegu
- neutralno sredstvo za njegu kože ili dječja mast
- staničevina
- lavor
- termometar
- paravan
- posuda za nečisto

IZVOĐENJE

Dojenče, malo i predškolsko dijete

- predstaviti se, objasniti postupak razumljivim načinom, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- osigurati privatnost
- zaštititi se pregačom
- pripremiti vodu, a temperaturu vode provjeriti termometrom
- oprati/dezinficirati, zatim osušiti ruke, staviti rukavice i pregaču
- skinuti donji dio pidžame djetetu, svući pelene
- staviti dijete u prikladan položaj za rad (na leđima s raširenim nogicama)
- pomoći smotuljka od vate kružnim pokretima očistiti glans penisa djeteta (jedan smotuljak za jedno brisanje)
- povući prepucij nježno prema dolje samo onoliko koliko ide
- očistiti smotuljkom vate i sredstvom za čišćenje
- vratiti prepucij u početni položaj
- oprati skrotum pomoći trljačice i sredstva za pranje

- oprati analnu regiju trljačicom i sredstvom za pranje, i to potezom od skrotuma do anusa (u dojenčeta podignemo noge, a malo dijete postavimo bočno i operemo)
- isprati čistom trljačicom
- osušiti anogenitalnu regiju
- zaštititi kožu neutralnim sredstvom za njegu ili dječjom masti
- staviti čistu pelenu (dojenče i malo dijete) ili odjenuti čisto donje rublje djetetu
- smjestiti dijete u krevet
- ukloniti sav pribor i materijal
- skinuti rukavice i pregaču
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

Školsko dijete i adolescent

- predstaviti se, objasniti postupak razumljivim načinom, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- osigurati privatnost
- zaštititi se pregačom
- pripremiti vodu, a temperaturu vode provjeriti termometrom
- oprati, dezinficirati, osušiti ruke, staviti rukavice i pregaču
- krevet zaštititi nepropusnim podloškom (ukoliko se postupak izvodi u djetetovoj sobi)
- staviti pribor i materijal za pranje i njegu nadohvat djetetu ako postupak obavlja samostalno
- biti u blizini djeteta ukoliko zatreba pomoći
- ako medicinska sestra izvodi postupak, redoslijed je isti kao u dojenčeta i malog djeteta
- presvući posteljinu ako je potrebno
- smjestiti dijete u udoban položaj nakon postupka
- ukloniti sav pribor i materijal
- skinuti rukavice i pregaču
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

STANDARDNI POSTUPAK HIGIJENE ANOGENITALNE REGIJE U ŽENSKOG DJETETA

Naziv postupka

Higijena anogenitalne regije u ženskog djeteta.

Definicija postupka

Higijena anogenitalne regije je postupak kojim se održava čistoća anogenitalnog područja u ženskog djeteta.

Provoditelj postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar. Dvije medicinske sestre/dva tehničara pri radu s nepokretnim djetetom i/ili djetetom velike tjelesne mase.

Trajanje izvođenja postupa

Za provođenje postupka potrebno je 15 – 20 minuta, ovisno o dobi djeteta.

Svrha postupka

Spriječiti ojedine, smanjiti mogućnost gljivičnih i drugih infekcija, zadovoljstvo djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Zbog osjetljive i nježne kože djeteta postupak treba provoditi nakon svake vrste onečišćenja anogenitalne regije, ovisno o dobi i zdravstvenom stanju djeteta. Potrebno je osigurati privatnost vodeći brigu o sramežljivosti i dostojanstvu djeteta.

Adolescenticama se u vrijeme menstrualnog ciklusa postupak provodi nakon svakog onečišćenja anogenitalne regije, uz pomoć ili uputu, ovisno o zdravstvenom stanju.

Procjena:

- dobi djeteta
- zdravstvenog stanja djeteta
- mogućnosti suradnje djeteta
- učetalosti defekacije i mokrenja
- inkontinencije urina i stolice
- stanja sluznice i kože anogenitalnog područja
- menstrualnog ciklusa.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- kolica za pribor ili poslužavnik
- platnena podloga i nepropusni podložak
- smotuljci od vate, pelene, higijenski ulošci, čisto donje rublje
- ručnik
- trljačice
- nesterilne jednokratne rukavice, jednokratna pregača
- tekuće neutralno sredstvo za intimnu njegu
- neutralno sredstvo za njegu kože ili dječja mast
- staničevina
- lavor
- termometar
- paravan
- posuda za nečisto

IZVOĐENJE

Dojenče, malo i predškolsko dijete

- predstaviti se, identificirati dijete, objasniti postupak na djetetu razumljiv način
- osigurati privatnost
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- zaštititi se pregačom i staviti rukavice
- pripremiti toplu vodu, a temperaturu vode provjeriti termometrom
- skinuti donji dio pidžame djetetu, skinuti pelene
- dijete staviti u prikladan položaj za izvođenje postupka (na leđima s raširenim nogama)
- pomoću nježne jednokratne trljačice i neutralnog sredstva za pranje oprati vanjski dio spolovila (od simfize do kraja vagine)
- isprati vodom i dobro osušiti
- jednom rukom nježno raširiti velike usne i pomoću smotuljka od vate očistiti područje oko malih usana, i to potezom od klitorisa do vagine (jedan smotuljak za jedno brisanje)

- pomoću trljačice i sredstva za pranje oprati analnu regiju, i to potezom od vagine do anusa; u dojenčeta podignuti nožice, a malo dijete polegnuti bočno i oprati
- isprati čistom trljačicom
- osušiti anogenitalnu regiju
- zaštititi kožu neutralnim sredstvom za njegu ili dječjom masti
- staviti čistu pelenu dojenčetu i malom djetetu ili odjenuti čisto donje rublje djetetu
- smjestiti dijete u krevet
- ukloniti sav pribor i materijal
- skinuti rukavice i pregaču
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

Školsko dijete i adolescent

- predstaviti se, identificirati dijete, objasniti postupak na djetetu razumljiv način
- osigurati privatnost
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- zaštititi se pregačom i staviti rukavice
- pripremiti toplu vodu, a temperaturu vode provjeriti termometrom
- krevet zaštititi nepropusnim podloškom (ako se postupak izvodi u bolesničkoj sobi)
- staviti pribor i materijal za pranje i njegu nadohvat djetetu ako obavlja postupak samostalno
- ukoliko medicinska sestra izvodi postupak, redoslijed je isti kao u dojenčeta i malog djeteta
- biti u blizini djeteta ukoliko bude trebalo pomoć
- u vrijeme menstruacije higijena anogenitalnog područja se obavlja redovito i po potrebi
- smjestiti dijete u krevet nakon obavljenog postupka
- ukloniti sav pribor i materijal, skinuti rukavice i pregaču i odložiti u komunalni otpad
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

STANDARDIZIRANI POSTUPAK HRANJENJA DJETETA S OGRANIČENOM ILI POTPUNOM NEMOGUĆNOŠĆU SAMOSTALNOG UNOSA HRANE I TEKUĆINE

Naziv postupka

Hranjenje na usta djeteta s ograničenom ili potpunom nemogućnošću samostalnog unosa hrane i tekućine.

Definicija postupka

Postupak hranjenja djeteta s ograničenom ili potpunom nemogućnošću unosa hrane i tekućine provodi se kada dijete nije u mogućnosti samostalno uzimati hranu i tekućinu zbog fiziološkog razloga (dob djeteta), zdravstvenog ograničenja, zbog poremećaja i/ili bolesti.

Provoditelj postupaka

Jedna ili dvije medicinske sestre, ovisno o specifičnostima djeteta (dob, veličina djeteta, zdravstveno stanje...)

Trajanje postupka

Hranjenje djeteta traje 25 - 40 minuta.

Svrha postupka

Zadovoljavanje osnovnih djetetovih potreba za hranom i osiguravanje preduvjeta za rast i razvoj djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Prilikom hranjenja medicinska sestra može držati dijete na rukama, u semi Fowlerovom položaju ili sjedećem položaju, ovisno o dobi i psihofizičkom stanju djeteta. U slučaju poremećaja svijesti dijete se ne hrani na usta. Veće dijete treba poticati na aktivno sudjelovanje u hranjenju (sukladno njegovim mogućnostima) i pohvaliti ga za svaki samostalno učinjen postupak. U skladu s mogućnostima dobro je izabrati hranu koju dijete voli, pod uvjetom da je unutar propisanih zdravstvenih preporuka.

Procjena:

- psihofizičkog i zdravstvenog stanja djeteta
- djetetove sluznice nosa i prohodnosti nosnih školjki

1 opći postupci, fizička aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje

- djetetove usne šupljine: izgleda sluznice, stanja zubi, sposobnosti otvaranja usta, gutanja i žvakanja
- respiratornog statusa djeteta: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanje disajnih faza, poremećaja disanja, šumova, hropaca, vizinga, stridora, krkljanja.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPAKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- pribor za pranje ruku djeteta i osobe koja hrani dijete
- voda
- sapun/alkoholni dezinficijens za ruke
- zaštitna jednokratna pregača, maska
- papirnati ručnici/ubrusi ili platnena kompresa
- vreća za komunalni otpad

Pribor za hranjenje

- poslužavnik s hranom i priborom za jelo prilagođenim kronološkoj dobi djeteta ili boćica s hranom za dojenče
- papirnati ručnici/ubrusi ili platnene komprese
- čaša vode (boćica s dudicom, slamčica - prema procjeni)

IZVOĐENJE

Dojenče

- identificirati dijete
- predstaviti se, objasniti postupak, dopustiti roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- provjeriti vrstu prehrane i ograničenja
- oprati ruke djetetu (medicinska sestra opere i dezinficira svoje ruke)
- staviti jednokratnu pregaču i zaštitnu masku
- postaviti poslužavnik s hranom prilagođenom dobi djeteta (hrana u boćici ili u obliku kašice)
- provjeriti i prilagoditi temperaturu hrane
- posjeti dijete za stolić ili u svoje krilo (nikad na boćicu ne hraniti dojenče u ležećem položaju)

- omogućiti djetetu dovoljno vremena za gutanje
- dopustiti djetetu da se odmori između zalogaja (dovenje hraniti s pauzama kako bi se odmorilo i na kraju obroka podignuti dijete i nositi ga da izbaci višak zraka)
- ponuditi djetetu tekućinu koju želi (ujedno provodimo toaletu usne šupljine u malog djeteta i dojenčeta)
- smjestiti dijete u krevetić, podignuti sigurnosnu ogradi
- ukloniti poslužavnik nakon hranjenja
- oprati i osušiti ruke djetetu nakon jela
- oprati i dezinficirati ruke (sestra/tehničar)
- dokumentirati postupak i stanje djeteta

Malo, predškolsko i školsko dijete

- predstaviti se, identificirati dijete, objasniti postupak na razumljiv način, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- provjeriti vrstu hrane i ograničenja
- oprati i osušiti ruke djetetu (otvoriti vodu i podesiti temperaturu, staviti sapun na ruke djeteta i pomoći dobro isprati vodom i obrisati, medicinska sestra pere svoje ruke i dezinficira)
- udobno smjestiti dijete ovisno o mogućnostima (za stol u blagovaonici, stol u bolesničkoj sobi, sjedeći položaj u krevetu)
- namjestiti ubrus ili platnenu kompresu ispod djetetove brade na prsa
- postaviti poslužavnik s hranom tako da bude dostupan djetetu za hranjenje/prikladan za hranjenje
- provjeriti i prilagoditi temperaturu hrane
- narezati meso na komadiće prilagođene djetetu, otvoriti pakiranje s namazom, namazati namaz na kruh, odvojiti koricu kruha od sredine, tekućinu ponuditi u čaši sa slamčicom
- omogućiti djetetu dovoljno vremena za žvakanje i gutanje
- dopustiti djetetu odmor između zalogaja
- koristiti ubrus za brisanje usta djeteta tijekom jela, a u slučaju kašla i iskašljavanja pridržati ubrus ispred usta
- provesti oralnu higijenu ili pomoći djetetu da to uradi samo, oprati ruke
- smjestiti dijete u odgovarajući i opuštajući položaj u krevetu
- ukloniti poslužavnik nakon jela

1 opći postupci, fizička aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje

- oprati i dezinficirati ruke (sestra/tehničar)
- dokumentirati postupak i stanje djeteta

Adolescenti

- predstaviti se, identificirati adolescenta/ adolescenticu, objasniti postupak na razumljiv način, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- provjeriti vrstu hrane i ograničenja
- oprati i osušiti ruke djetetu (otvoriti vodu i podesiti temperaturu, staviti sapun na ruke djeteta i pomoći dobro isprati vodom te obrisati, medicinska sestra pere svoje ruke i dezinficira)
- udobno smjestiti dijete ovisno o mogućnostima (za stol u blagovaonici, stol u bolesničkoj sobi, sjedeći položaj u krevetu)
- namjestiti ubrus ili platnenu kompresu ispod djetetove brade na prsa
- postaviti poslužavnik s hranom dostupan djetetu za hranjenje/prikładan za hranjenje
- staviti slamku za tekućinu ili čašu s prilagođenim nastavkom za pijenje nadohvat ruke, na poslužavnik
- provjeriti i prilagoditi temperaturu hrane
- redoslijed prehrane prilagoditi želji adolescenta/adolescentice (ukoliko to nije moguće, potrebno je izmjenjivati krutu hranu s tekućom)
- davati čvrstu hranu žlicom ili vilicom, a tekuću žlicom, slamkom ili dudicom
- poticati adolescenta/adolescenticu da samostalno drži kruh i pribor, a ako ne može, sve postupke obavlja medicinska sestra
- omogućiti adolescentu/adolescentici dovoljno vremena za žvakanje i gutanje
- provjeriti guta li adolescent/adolescentica hranu ili je zadržava u ustima
- dopustiti djetetu odmor između zalogaja
- koristiti ubrus za brisanje usta djeteta tijekom jela, u slučaju kašlja i iskašljavanja pridržati ubrus ispred usta
- tijekom obroka primjereno komunicirati s pacijentom
- ukloniti poslužavnik nakon završetka hranjenja
- provesti oralnu higijenu ili pomoći djetetu pri oralnoj higijeni prema standardu
- pomoći adolescentu/adolescentici oprati ruke
- smjestiti adolescenta/adolescenticu u odgovarajući i opuštajući položaj u krevetu
- oprati/dezinficirati svoje ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje djeteta

STANDARDIZIRANI POSTUPAK HRANJENJA DJETETA S OTEŽANIM ŽVAKANJEM, GUTANJEM I RIZIKOM ZA ASPIRACIJU

Naziv postupka

Hranjenje na usta djeteta s otežanim žvakanjem, gutanjem i rizikom za aspiraciju.

Definicija postupka

Postupak hranjenja djeteta s otežanim žvakanjem, gutanjem i rizikom za aspiraciju je način sigurnog unosa hrane i tekućine i zadovoljavanje nutritivnih potreba djeteta.

Provoditelj postupka

Dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Trajanje postupka

Hranjenje djeteta s rizikom za aspiraciju traje 50 minuta.

Svrha postupka

Zadovoljavanje djetetovih potreba za sigurnim unosom hrane prema propisanoj dijeti.

Osnovna obilježja postupka

Dijete hraniti u sjedećem ili ležećem povišenom položaju (podignuti uzglavlje kreveta). U slučaju stanja poremećaja svijesti dijete ne hraniti na usta, već enteralnim ili parenteralnim načinom hranjenja. Neposredno prije hranjenja treba provjeriti prohodnost djetetovih dišnih putova i stanje usne šupljine. Po potrebi, djetetu se u nos mogu ukapati kapi za nos ili sterilna fiziološka otopina te nos očistiti ili, po potrebi, aspirirati pomoću aspiratora.

Kod rizika za aspiraciju treba voditi računa o konzistenciji hrane i dobi djeteta (pripremiti kašastu hranu). Potrebno je pripremiti aspirator i ostali odgovarajući pribor za oživljavanje. Treba koristiti informacije o djetetovim mogućnostima i ograničenjima dobivene od roditelja/skrbnika. U skladu s tim treba poticati dijete na aktivno sudjelovanje u hranjenju primjerenom vlastitom zdravstvenom stanju i dobi. Pohvaliti dijete za svaki postignuti uspjeh.

Procjena:

- psihofizičkog stanja i dobi djeteta
- stanja sluznice nosa i prohodnosti nosnih školjki djeteta
- djetetove usne šupljine: izgleda sluznice, mogućnosti otvaranja usta i gutanja
- respiratornog statusa pacijenta: frekvencije disanja, ritma, dubine, šumova, hropaca, krkljanja.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPAKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- kolica ili poslužavnik
- sapun/alkoholni dezinficijens za ruke
- papirnati ručnici/vlažne maramice, platnena kompresa
- poslužavnik s hranom i priborom za jelo (ovisno o uzrastu djeteta)
- čaša/bočica vode ili čaja
- rukavice (jednokratne, nesterilne)
- maske, zaštitne pregače
- kisik i pribor za aplikaciju (maske, nosni kateteri - ovisno o dobi)
- pribor za aspiraciju s aspiratorom (veličina katetera - ovisno o dobi)
- kanta/vreća za infektivni otpad

IZVOĐENJE

Hranjenje dojenčeta

- provjera vrste prehrane i ograničenja
- identificirati dijete, predstaviti se, komunicirati s djetetom
- provjeriti ispravnost kisika i odgovarajućeg pribora (prilagođenog dobi djeteta)
- provjeriti ispravnost aspiratora i odgovarajućeg pribora (prilagođenog dobi djeteta)
- postavljanje aspiratora uz mjesto hranjenja djeteta
- oprati i osušiti ruke djetetu
- oprati i dezinficirati svoje ruke
- staviti zaštitnu pregaču, po potrebi i zaštitnu masku
- postaviti poslužavnik s hranom u odgovarajući položaj za hranjenje

- zaštititi dijete jednokratnom kompresom
- provjeriti temperature hrane
- nuditi male zalogaje ili gutljaje
- omogućiti dovoljno vremena za žvakanje i gutanje hrane
- omogućiti odmor za vrijeme hranjenja
- pratiti disanje, izgled i ponašanje djeteta
- ukoliko dođe do kašla, prekinuti hranjenje, aspirirati ako je potrebno, pustiti dijete da se odmori 5 - 10 minuta i onda nastaviti s hranjenjem; ako tegobe ne prestaju, obavijestiti liječnika
- ukoliko dođe do nemogućnosti gutanja i zadržavanja hrane u ustima, dijete postaviti u desni bočni položaj, po potrebi aspirirati sadržaj primjenom aspiratora
- nakon hranjenja dijete podignuti u uspravan položaj (izlazak zraka iz želuca)
- oprati djetetu ruke i napraviti toaletu usne šupljine
- smjestiti dijete u ležeći povиšeni položaj, obavezno zatvoriti dječji krevetić radi sigurnosti djeteta
- raspremiti korišteni pribor
- oprati i dezinficirati ruke
- dokumentirati postupak, količinu pojedene hrane i moguće probleme tijekom hranjenja

Hranjenje djeteta (malo dijete, školsko i predškolsko dijete, adolescent)

- provjera vrste prehrane i ograničenja
- identificirati dijete, predstaviti se, komunicirati s djetetom
- provjeriti ispravnost kisika i pribora (odgovarajućeg dobi djeteta)
- provjeriti ispravnost aspiratora i pribora (odgovarajućeg dobi djeteta)
- postaviti aspirator uz mjesto hranjenja djeteta
- oprati i osušiti ruke djetetu
- pranje i dezinfekcija ruku medicinske sestre
- postaviti poslužavnik s hranom u odgovarajući položaj za hranjenje
- dijete smjestiti u odgovarajući položaj (sjedeći za stolom/u krevetu ili povиšeni položaj u krevetu)
- provjeriti temperaturu hrane
- zaštititi dijete jednokratnom kompresom

1 opći postupci, fizička aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje

- pripremiti hranu kašaste konzistencije
- nuditi djetetu male zalogaje ili gutljaje
- omogućiti dovoljno vremena za žvakanje i gutanje hrane
- dopustiti odmor tijekom hranjenja
- pratiti i procjenjivati disanje, izgled i ponašanje djeteta
- ukoliko dođe do kašlja, prekinuti hranjenje, aspirirati ako je potrebno, pustiti dijete da se odmori 5 - 10 minuta i onda nastaviti s hranjenjem
- ukoliko dođe do nemogućnosti gutanja i zadržavanja hrane u ustima, dijete postaviti u desni bočni položaj, po potrebi aspirirati sadržaj primjenom aspiratora, po potrebi pozvati liječnika
- oprati djetetu zube i ruke ili pomoći u pranju zubi i ruku
- smjestiti dijete u povиšeni položaj tijekom idućih 30 minuta (sjedeći ili ležeći u krevetu), podići zaštitnu ogradu na krevetu ako je potrebno
- raspremiti korišteni pribor
- oprati i dezinficirati ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak, količinu pojedene hrane i moguće probleme tijekom hranjenja

STANDARDIZIRANI POSTUPAK HIGIJENE I NJEGE DJETETOVE USNE ŠUPLJINE

Naziv postupka

Higijena i njega djietetove usne šupljine.

Definicija postupka

Njega usne šupljine je postupak održavanja djietetove usne šupljine čistom i vlažnom čime se sprječavaju infekcije i stvaranje naslaga.

Provoditelj postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar.

Dvije medicinske sestre/dva tehničara ako je dijete nemirno i nesuradljivo.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 10 - 15 minuta, ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta.

Svrha postupka

Sprječavanje infekcije usne šupljine, održavanje sluznice čistom i vlažnom, podizanje razine djietetovog samopoštovanja i ugode.

Osnovna obilježja postupka

Njegu usne šupljine treba provoditi od djietetove najranije dobi. Treba poticati i kontrolirati djietetovo provođenje higijene. Mnogi postupci u skrbi djeteta, kao i stanje djeteta, doprinose suhoći sluznice te je stoga potrebno njegu usne šupljine provoditi nekoliko puta dnevno. Postupak se provodi tako da se očuva integritet sluznice i zubnog mesa. Prilagodba izvođenja postupka ovisi o djietetovoj dobi, stanju sluznice usne šupljine te stanju svijesti i suradljivosti djeteta.

Procjena:

- dobi i suradljivosti djeteta (prisutnost roditelja/skrbnika)
- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti komunikacije
- mogućih kontraindikacija za postupak (specifični medicinski postupci i stanja)
- stanja sluznice djietetove usne šupljine, usnica, jezika i zubi (ako ih ima), prisutnost mobilnog ili fiksнog aparata za zube
- prostorije u kojoj se provodi postupak (temperatura, privatnost).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMANJE MATERIJALA I PRIBORA

- poslužavnik
- posuda za nečisto
- alkoholni dezinficijens za ruke
- platnena kompresna ili staničevina
- čaša/bočica vode

Za novorođenče i dojenče

- mekana gaza ili štapići sa spužvastim dijelom
- čista topla sterilna voda
- sterilne rukavice

Za malo dijete, starije dijete i adolescente

- sredstvo za čišćenje i održavanje sluznice usne šupljine
- špatule omotane gazom ili set za njegu usne šupljine
- otvarač za usnu šupljinu (po potrebi)
- izvor svjetla
- sredstvo za njegu usnica
- mekana četkica za zube
- zubna pasta s fluorom (ako preporuči stomatolog)
- konac za zube
- jednokratne rukavice, zaštitna maska, zaštitne naočale

IZVOĐENJE

Novorođenče i dojenče

1. Identificirati dijete, predstaviti se, objasniti postupak, dopustiti pitanja prilagođena dobi djeteta (prisutnost roditelja/skrbnika).
2. Oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke.
3. Staviti rukavice, masku, zaštitne naočale.
4. Smjestiti dijete u povišeni položaj, posjeti ga u krilo medicinske sestre ili prikladnu stolicu (medicinska sestra trebala bi imati pristup djetetovoj usnoj šupljini).

5. Zaštititi prsa djeteta papirnatim ručnikom.
6. Omotati gazu (namočenu u toplu vodu) oko prsta ili štapić sa spužvastim dijelom.
7. Obrisati i izmasirati bukalnu sluznicu, desni i jezik.
8. Kako zubi rastu, na gazu se može staviti fluora i njime čistiti zube (ukoliko preporuči stomatolog).
9. Kada nikne većina zubi, koristiti mekanu četkicu.
10. Obrisati usta djeteta papirnatim ručnikom.
11. Oprati, dezinficirati i pospremiti pribor.
12. Skinuti rukavice, masku i zaštitne naočale.
13. Oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke.
14. Evaluirati i dokumentirati postupak.

Malo dijete

- primijeniti prvih pet koraka kao u novorođenčeta i dojenčeta
- nježno očistiti usnu šupljinu koristeći špatule omotane gazom i ovlažene sredstvom za čišćenje ili priborom iz seta za njegu usne šupljine
- očistiti bukalnu sluznicu i jezik
- navlažiti mekanu četkicu vodom i blago četkati desni i jezik u malim koncentričnim krugovima 30 sekundi u svakoj četvrtini djetetovih usta
- obrisati djetetova usta papirnatim ručnikom
- oprati, dezinficirati i pospremiti pribor
- skinuti rukavice, masku i zaštitne naočale
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

Školsko dijete i adolescent

- primijeniti prva tri koraka kao u novorođenčeta i dojenčeta
- smjestiti dijete/adolescenta u Fowlerov 45° - 80° ili bočni položaj
- glavu djeteta/adolescenta okrenuti prema sebi
- staviti zaštitnu podlogu ispod brade i prsa djeteta/adolescenta, a posudu za nečisto na zaštitnu podlogu pod bradu djeteta/adolescenta
- staviti rukavice i masku s vizirom ili naočale

1 opći postupci, fizička aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje

- špatulom omotanom gazom nježno razdvojiti gornje i donje zube djeteta/adolescenta (ukoliko dijete/adolescent pruža otpor, otvoriti usta pomoću otvarača za usnu šupljinu - jedna medicinska sestra će držati djetetova usta otvorenima, dok će druga provesti njegu usne šupljine)
- očistiti usnu šupljinu koristeći špatule omotane gazom i ovlažene sredstvom za čišćenje ili priborom iz seta za njegu usne šupljine
- očistiti bukalnu sluznicu, zube i jezik
- ako postoje naslage, premazati ih propisanim sredstvom, nakon nekoliko minuta pincetom ih pažljivo ukloniti pazeći da ne oštetimo sluznicu usne šupljine
- po potrebi ponoviti postupak
- ako dijete/adolescent surađuje, isprati usnu šupljinu vodom, a ako dijete/adolescent ne surađuje, špatulu omotanu gazom natopiti vodom i očistiti usnu šupljinu; postupak ponoviti 3 puta
- očistiti i namazati usne
- ukloniti zaštitnu podlogu i posudu za nečisto s prsa djeteta/adolescenta, odložiti u komunalni otpad
- smjestiti dijete/adolescenta u udoban ili propisani položaj
- oprati, dezinficirati i pospremiti upotrijebljeni pribor
- skinuti rukavice, masku i naočale
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

STANDARDIZIRANI POSTUPAK KORIŠTENJA ORTOPEDSKIH POMAGALA U DJECE (HODALICE I ŠTAKA)

Naziv postupka

Korištenje hodalice i štaka.

Definicija postupka

Korištenje hodalica i štaka je postupak kojim se omogućava kretanje i iskorištavanje dječjih mogućnosti. Hodalice i štake su medicinska pomagala koja su propisali zdravstveni profesionalci, namijenjena su djeci s posebnim potrebama ili nakon proživljene traume, a omogućuju hodanje s maksimalnom sigurnošću.

Provoditelj postupka

Medicinska sestra/tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 6 minuta. Ukoliko se prati dijete, vrijeme izvođenja odgovara vremenu provedenom u pratnji.

Svrha postupka

Svrha postupka je pomoći pomagala omogućiti djetetu kretanje, bilo samostalno ili uz pomoć druge osobe.

Osnovna obilježja postupka

Djeca kao pomagalo najčešće koriste štake i hodalice. Hodalice mogu biti različitih modela: s kotačićima i kočnicama te bez kotačića. Štake mogu biti podlaktične i podpazušne. Koriste se za rasterećenje donjih ekstremiteta. Sva navedena pomagala moraju imati mogućnost regulacije visine. Medicinska sestra treba poticanjem, nadzorom i pomaganjem postići sigurno i optimalno kretanje djeteta te svladavanje straha pri korištenju pomagala. Edukaciju o načinu korištenja pomagala provode fizioterapeuti. Nepravilnim korištenjem pomagala za kretanje postoji visok rizik od pada i povrede djeteta.

Procjena:

- pokretljivosti i ograničenja djeteta
- mišićne snage ekstremiteta djeteta
- držanja tijela djeteta
- djetetovog podnošenja napora
- psihičkog stanja djeteta i mogućnosti komunikacije
- djetetove okoline, prostora u kojem se dijete kreće.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- odgovarajuće pomagalo (štake s gumenim štitnikom, hodalica)
- stabilna obuća s gumenim potplatom
- prikladna odjeća
- dezinficijens za ruke

IZVOĐENJE

- provjeriti medicinsku dokumentaciju i plan zdravstvene njegе
- predstaviti se, identificirati dijete, objasniti postupak, dopustiti pitanja
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- pripremiti dijete za postupak (osigurati privatnost tijekom podizanja i odijevanja djeteta)
- posjeti dijete, obuti ga i odjenuti
- osigurati prostor za rad (ukloniti zapreke: infuzijske stalke, stolove i stolice)postaviti odgovarajuće pomagalo uz krevet, prilagoditi visinu pomagala

Kretanje uz pomoć hodalice

- primijeniti korake od 1 do 6 provjeriti djetetovo znanje o korištenju hodalice (tražiti ga da opiše kako koristi hodalicu)
- postaviti hodalicu ispred djeteta
- pomoći djetetu pri ustajanju ako je potrebno
- uputiti dijete da čvrsto uhvati rukohvate hodalice
- promatrati koristi li ispravno hodalicu (zakočiti)
- hodati uz dijete ako je potrebno

Kretanje uz pomoć štaka

- primijeniti korake od 1 do 6 provjeriti djetetovo znanje o korištenju štaka (tražiti ga da opiše kako koristi štak)
- postaviti štake uz bočne strane tijela, sa svake strane jednu
- provjeriti zna li dijete koristiti štake (zabранa opterećenja ekstremiteta)
- uputiti dijete da uzme štake u ruke
- pomoći djetetu da se uspravi oslanjajući se na štake i zdravi ekstremitet
- uskladiti štake da su oko 15 cm odmaknute od nogu (s bočne strane i prema naprijed)
- dijete stoji na zdravoj nozi za vrijeme pomicanja štaka i bolesne noge prema naprijed
- premjestiti težinu tijela na štake te pomaknuti zdravu nogu prema naprijed
- kod silaženja i uspona po stubama prvo se spuštaju štake, a potom zdrava nogu; radnja se izvodi izuzetno oprezno zbog visokog rizika od pada; hodati uz dijete ako je potrebno; uvijek, kada je to moguće, treba koristiti dizalo
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje djeteta

STANDARDIZIRANI POSTUPAK KUPANJA I TUŠIRANJA DJETETA U KADI

Naziv postupka

Kupanje i tuširanje djeteta u kadi.

Definicija postupka

Kupanje i tuširanje je postupak kojim se održava higijena kože tijela djeteta.

Provoditelj postupka

Medicinska sestra/tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 20 – 25 minuta.

Svrha postupka

Osobna higijena djeteta, stvaranje osjećaja ugode i očuvanje integriteta djetetove kože.

Osnovna obilježja postupka

Svakodnevno kupanje najbolji je način održavanja osobne higijene djeteta. Kupanje mora biti siguran postupak, bez neugodnih iskustava koja bi u djeteta mogla izazvati osjećaj nelagode, nesigurnosti, straha ili ozljeda. Temperatura vode za kupanje djeteta treba biti između 36 °C i 37 °C. Prostorija u kojoj se dijete kupa treba biti zaštićena od jakog strujanja zraka i zagrijana na temperaturu između 24 °C i 25 °C. Dječja kozmetika koja se primjenjuje pri kupanju ne smije narušiti normalnu pH-vrijednost djetetove kože. To se posebno odnosi na dojenčad u kojih je koža vrlo tanka i nema površinski rožnati sloj, stoga treba biti vrlo oprezan u njezi djetetove osjetljive kože. Zbog osjetljivosti dječje kože važno je primijeniti dermatološki ispitane i hipoolergijske preparate. Radi stvaranja navike i osjećaja sigurnosti, osobito u manje djece, kupanje bi trebalo provoditi svaki dan u isto vrijeme.

Procjena:

- dobi, stupnja samostalnosti i navika djeteta
- zdravstvenog stanja djeteta
- mogućnosti suradnje djeteta (nazočnost roditelja/skrbnika)
- psihofizičkog stanja i stanja svijesti djeteta.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA**PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA**

- kolica za pribor ili poslužavnik
- jednokratna PVC pregača
- 2 ručnika
- odjeća: pidžama, benkica, bodi, pelene, odijelce za dojenče
- 3 trljačice
- tekuće neutralno sredstvo za kupanje
- sredstvo za njegu tijela
- škarice za nokte
- češalj i četkica za kosu
- mast za djecu
- smotuljci od vate
- posuda za pranje lica
- posuda za nečisto
- posuda za prljavo rublje
- termometar
- podložak za kadu protiv klizanja
- sredstvo za dezinfekciju ruku

IZVOĐENJE**Dojenče i malo dijete**

- predstaviti se, identificirati dijete, objasniti postupak na način prilagođen djetetovoj dobi
- osigurati privatnost
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- staviti PVC pregaču

1 opći postupci, fizička aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje

- na dno kadice postaviti kompresu ili pelenu (smanjivanje sklizavosti kadice)
- pripremiti toplu vodu u kadici za kupanje (temperaturu vode izmjeriti termometrom)
- skinuti dojenče i rublje odložiti u koš za prljavo rublje
- na stol za prematanje staviti ručnik i preko njega platnenu pelenu
- položiti dijete na pripremljenu podlogu i pokriti pelenom
- oprati oči, lice i uši smotuljcima od vate i potom otkriti pelenu
- nasapunati dijete mekom trljačicom natopljenom s malo šampona za kupanje sljedećim redoslijedom: glava, vrat, ruke (od prstiju prema gore), pazusi, prsni koš, trbuš do pupka, leđa do sakruma, noge (od prstiju prema gore), prepone i anogenitalno područje
- nježno staviti dijete u kadicu s pripremljenom vodom (jedna ruka medicinske sestre treba biti ispod glave i vrata djeteta, a drugom treba ispirati dijete vodom)
- izvaditi dijete iz vode i položiti na čist ručnik, zamotati ga i nježnim „tapkanjem“ ručnikom upiti tekućinu s tijela
- obrisati nabore (iza uha, vrata, pazuha, prepona, lakata, ispod koljena) i namazati sredstvom za njegu tijela
- odjenuti benkicu ili bodi, ukloniti ručnik ispod leđa djeteta, očistiti spolovilo
- staviti pelenu namazanu dječjom masti pod gluteuse i fiksirati je
- ukloniti ručnik
- počešljati kosu četkom ili češljem
- pažljivo skratiti nokte (ravno i ne prekratko kako ne bi došlo do oštećenja kože)
- odjenuti donji dio pidžame
- smjestiti dijete u udoban i siguran položaj
- raspremiti materijal i pribor
- skinuti pregaču i odložiti u komunalni otpad
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak

Predškolsko i školsko dijete

- primijeniti korake od 1 do 4
- pomoći djetetu u svlačenju odjeće (u skladu s dobi i mogućim ograničenjima) i ulasku u kadu
- okupati dijete (redoslijed isti kao u dojenčeta) ili pomoći koliko je potrebno
- nakon kupanja isprati tijelo djeteta tuširanjem (oprez pri puštanju vode, mlaz vode usmjeriti od djeteta, prilagoditi temperaturu i pritisak vode)
- pomoći djetetu pri izlasku iz kade
- obrisati dijete ručnicima za pojedine dijelove tijela (redoslijed kao kod kupanja)
- pregibe i osjetljive dijelove tijela namazati sredstvom za njegu tijela
- odjenuti i počešljati dijete
- smjestiti dijete u krevet
- raspremiti pribor i materijal
- skinuti pregaču, odložiti u komunalni otpad
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak

Adolescent/adolescentica

- predstaviti se, identificirati adolescenta/adolescenticu, objasniti postupak, dopustiti postavljanje pitanja, osigurati privatnost
- staviti neklizajući podložak na dno kade/tuša
- ako se adolescent/adolescentica kupa u kadi, napuniti kadu topлом vodom prije nego adolescent/adolescentica uđe u kadu; temperaturu vode dogovoriti s adolescentom/adolescenticom (pustiti prvo hladnu, a potom toplu vodu i obavezno izmjeriti temperaturu vode)
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke, staviti pregaču
- pomoći adolescentu/adolescentici u razodijevanju i ulasku u kadu, staviti pribor za kupanje adolescentu/adolescentici nadohvat ruke
- bez obzira na mogućnost samostalnog kupanja adolescenta/adolescentice, osigurati stalan nadzor poštujući prava privatnosti adolescenta/adolescentice
- ukoliko se adolescent/adolescentica ne može prati sam/sama, oprati ga/je istim redoslijedom kao kod kupanja u krevetu; nakon kupanja isprati tijelo tuširanjem

1 opći postupci, fizička aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje

- kod tuširanja: usmjeriti mlaz vode od adolescenta/adolescentice dok se prilagođava temperatura vode, provjeriti temperaturu i pritisak vode
- nasapunati tijelo adolescenta/adolescentice, oprati ga/je istim redoslijedom kao kod kupanja u krevetu, isprati tušem
- pomoći adolescentu/adolescentici pri izlasku iz kade ili tuša, posjeti ga/je na stolac
- osušiti adolescenta/adolescenticu koristeći određene ručnike za pojedini dio tijela redoslijedom kako ste ga/je kupali (dobro osušiti područje ispod prsa, kožne nabore, područje anogenitalne regije, područje između prstiju)
- namazati i izmasirati tijelo losionom
- odjenuti adolescenta/adolescenticu
- počešljati adolescenta/adolescenticu
- smjestiti adolescenta/adolescenticu u krevet
- raspremiti i dezinficirati upotrijebljeni pribor
- skinuti rukavice i pregaču
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje adolescenta/adolescentice
- podučiti osoblje za održavanje higijene postupcima čišćenja kade i kupaonice

STANDARDIZIRANI POSTUPAK MASAŽE KOŽE TIJELA DJETETA KAO PREVENCIJA KOMPLIKACIJA USLIJED DUGOTRAJNOG LEŽANJA

Naziv postupka

Masaža kože tijela kao prevencija komplikacija uslijed dugotrajnog ležanja.

Definicija postupka

Masaža kože djetetovog tijela je postupak kojim se trljanjem kože stimulira cirkulacija i sprječavaju komplikacije uslijed dugotrajnog ležanja (isključuje sve oblike fizikalne terapije).

Provodenje postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 13 minuta.

Svrha postupka

Poticanje cirkulacije, održavanje tonusa kože i stvaranje osjećaja ugode.

Osnovna obilježja postupka

Masira se cijelo tijelo djeteta, a naročita se pozornost posvećuje mjestima koja su izložena pritisku. Postupak se provodi više puta tijekom 24 sata, ovisno o procjeni. Masira se samo zdrava koža djeteta.

Procjena:

- stanja djetetove kože (crvenilo, oštećenje)
- stanja svijesti djeteta i mogućnosti komunikacije (prisutnost roditelja/skrbnika)
- pokretljivosti djeteta
- prisutnosti bola
- bolesničke sobe ili prostorije u kojoj se dijete masira (mikroklimatski uvjeti, privatnost).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- ručnik
- losion
- paravan
- jednokratne PVC rukavice

IZVOĐENJE

- identificirati dijete, predstaviti se, objasniti postupak na način prilagođen djetetovim mogućnostima, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- postaviti paravan
- oprati i osušiti svoje ruke
- staviti rukavice (po potrebi)
- svući dijete
- postaviti dijete u odgovarajući položaj prikladan za rad
- voditi brigu o ograničenjima, slijed masaže ovisi o mjestima visokog rizika od oštećenje kože
- okrenuti dijete na bok/leđa prema van ili na trbuh
- otkriti leđa i ramena, prekriti prednji dio tijela prekrivačem
- rasprostrti ručnik uzduž leđa
- utrljavati losion uzduž leđa i ramena polukružnim pokretima
- utrljavati losion u područje trtice i gluteusa polukružnim ili kružnim pokretima
- vratiti dijete u prvobitni položaj
- utrljati losion na ruke i laktove
- utrljati losion po nogama i stopalima
- odjenuti dijete, smjestiti ga u udoban ili prisilan položaj
- zategnuti posteljno rublje
- raspremiti i odložiti upotrijebljeni pribor
- skinuti rukavice, odložiti ih u otpad
- oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak te izgled djetetove kože

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRANJA KOSE I ODRŽAVANJE HIGIJENE VLASIŠTA DJETETA

Naziv postupka

Pranje kose.

Definicija postupka

Pranje kose je postupak kojim se održava higijena djetetove kose i vlasista.

Provoditelj postupka

Jedna ili dvije medicinske sestre/dva tehničara, ovisno o dobi i stanju djeteta.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 30 – 40 minuta, ovisno o dobi i suradljivosti djeteta, duljini kose i stupnju nečistoće kose.

Svrha postupka

Održavanje kose i vlasista čistim, odstranjivanje tjemenica i nametnika, stvaranje osjećaja ugode.

Osnovna obilježja postupka

Dojenčad ne treba šampon, njihova je kosa tanka i može se oprati prilikom kupanja. Kada kosa djeteta postane gušća, može se koristiti blagi i neutralni dječji šampon. Pri pojavi tjemenice dovoljno je kožu glave namazati dječjim uljem, ostaviti 10 minuta, oprati kosu i odstraniti tjemenicu masirajući tjeme frotirnom trljačicom, mekanom četkom ili češljem. Ulaskom djece u pubertet mogu se početi koristiti šamponi za odrasle. Nametnike u kosi tretiramo specijalnim šamponima i prema uputi proizvođača.

Procjena:

- mogućnosti i suradnje djeteta s obzirom na dob, kognitivne sposobnosti i vrstu oboljenja
- kontraindikacija za postupak
- stupnja čistoće kose i kože vlasista (tjemenica)
- prisutnosti nametnika u kosi (uši, gnjide)
- procjena prostorije u kojoj se dijete kupa ili pere kosu (temperatura, privatnost).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- sušilo za kosu
- dječji šampon, dječje ulje
- specijalni šampon protiv nametnika (ako je potrebno)
- mekana četka ili češalj
- ručnik
- vrč tople vode
- posuda za nečisto
- dezinficijens za ruke i pribor
- zaštitna pregača
- termometar

IZVOĐENJE

Dojenčad i malo dijete (pranje kose obavlja se uglavnom tijekom kupanja u kadici primjerene veličine).

- predstaviti se, identificirati dijete, objasniti postupak, osigurati privatnost
- provjeriti temperaturu prostorije
- dezinficirati pribor i kadicu
- provjeriti temperaturu vode
- nježno položiti glavu djeteta u jednu ruku, a drugom rukom navlažiti kosu; ako je potrebno, staviti malo dječjeg šampona te lagano kružnim pokretima oprati kosu
- isprati kosu pazeći da šampon ili voda ne uđu u oči
- ručnikom osušiti kosu, staviti djetetu kapicu ako ima malo kose ili osušiti fenom
- počešljati i urediti kosu
- smjestiti dijete udobno i sigurno
- oprati, dezinficirati i pospremiti pribor
- skinuti zaštitnu pregaču
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak

Tjemenica

- nanijeti dječje ulje na glavu djeteta i ostaviti oko pola sata
- nježno odstraniti ljkusice za vrijeme kupanja masirajući tjeme djeteta mekanom četkom za kosu ili vršcima svojih prstiju
- oprati glavu blagim dječjim šamponom svaki dan, sve dok ljkuske ne nestanu
- nježno izmasirati glavu nakon pranja i osušiti ručnikom

Predškolsko, školsko dijete i adolescenti

- primijeniti korake od 1 do 5
- dopustiti djetetu sudjelovanje u pripremama i pranju kose sukladno njegovim mogućnostima (sjedenje u kadi ili stajanje pod tušem - ovisno o dobi ili mogućnostima djeteta/adolescenta)
- navlažiti kosu (malo dijete sjedi u kadi), staviti malo dječjeg šampona, laganim kružnim pokretima oprati kosu
- isprati kosu pazeći da šampon ili voda ne uđu u oči
- ponoviti postupak ovisno o nečistoće kose
- ručnikom obrisati kosu, osušiti fenom
- počešljati i uređiti kosu; ukoliko dijete ima dugu kosu, isplesti pletenicu ili svezati rep (uvažiti želju djeteta)
- smjestiti dijete na sigurno
- oprati, dezinficirati i pospremiti pribor
- skinuti zaštitnu pregaču
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PREMJEŠTANJA NEPOKRETNOG DJETETA

Naziv postupka

Premještanje nepokretnog djeteta.

Definicija postupka

Premještanje nepokretnog djeteta je postupak kojim se dijete premješta s jednog kreveta na drugi ili u sjedeća kolica.

Provoditelj postupka

Dvije medicinske sestre/dva tehničara. Više osoba za premještaj ovisno o djetetovoj dobi, tjelesnoj težini, zdravstvenom stanju i suradljivosti djeteta.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 10 - 15 minuta, ovisno o tjelesnoj težini i zdravstvenom stanju djeteta.

Svrha postupka

Sigurno premještanje nepokretnog djeteta s jednog kreveta na drugi ili u sjedeća kolica.

Osnovna obilježja postupka

Premještanje djeteta s kreveta na drugi krevet ili sjedeća kolica provodi se u slučaju nemogućnosti samostalnog premještanja te ukoliko je djetetu propisano ograničenje pokretljivosti. Premještanje se provodi poticanjem djeteta na suradnju i korištenjem djetetovih preostalih mogućnosti (ovisno o djetetovoj dobi, zdravstvenom stanju i suradljivosti djeteta). Postupak se provodi uz sve mjere sigurnosti radi sprečavanja mogućeg pada, pojave bola ili straha u djeteta.

Procjena:

- djetetove dobi
- psihofizičkog stanja djeteta (stupnja pokretljivosti, mišićne snage, podnošenja napora, mogućnosti komunikacije i suradnje ...) – nazočnost roditelja/skrbnika
- općeg stanja i stanja svijesti djeteta

- tjelesne težine djeteta
- prostorije u kojoj se postupak provodi
- načina i mesta premještaja.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA

- krevet/ležaj/kolica na koja želimo premjestiti dijete
- jednokratne nesterilne rukavice – prema procjeni

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike (ukoliko je moguće)
- osigurati privatnost
- osigurati dovoljno prostora za premještanje
- oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- staviti rukavice (po potrebi)
- dokumentirati postupak

Dojenčad

- prenosi se na rukama medicinske sestre/tehničara (ovisno o tjelesnoj težini) do odredišta bez upotrebe ležećih kolica

Podizanje s podloge

- podići djetetovu ruku od podloge prema gore
- desnu ruku podvući pod djetetovu glavu do laka
- lijevu ruku podvući pod djetetovu stražnjicu
- podići dijete s podloge i privući sebi

Prenošenje

- glava i vrat su oslonjeni o dlan osobe koja drži dijete, pritom je djetetova stražnjica u drugoj ruci i tijelo u horizontalnom položaju, dok su ruke i noge slobodne

Spuštanje na podlogu (obrnuto od podizanja).

Malo i predškolsko dijete

Dijete se može držati uspravno, okrenuto od nas ili prema nama. Pritom nam je jedna ruka ispod djetetove stražnjice (forma sjedalice), a drugom rukom obuhvatimo dijete ispred svojeg tijela tako da je naslonjeno na našu ruku. Moguće je dijete držati na svojoj ruci (polusjedeći/poluležeći položaj) s dlanom ispod djetetove stražnjice, naslonjeno na naše tijelo, a drugom rukom obuhvatimo djetetovo tijelo.

Školsko dijete i adolescent

- postupak je isti kao u odrasle osobe (vidi: Standardizirani postupak premještanja nepokretnog pacijenta u ležećem položaju, str.: 73-75 i Standardizirani postupak premještanja pacijenta iz kreveta u sjedeća kolica, str.: 76-79 u Šepec i sur.: Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi, 2010)

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRESVLAČENJA DJETETOVE PIDŽAME (KOŠULJA, HLAČE)

Naziv postupka

Presvlačenje djietetove pidžame.

Definicija postupka

Presvlačenje djietetove pidžame je postupak održavanja urednosti i čistoće djeteta.

Provodenje postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar. Dvije medicinske sestre ako je dijete nepokretno.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 7 minuta.

Svrha postupka

Očuvanje urednosti bolesnog djeteta, očuvanje samopoštovanja, sprječavanje širenja neugodnih mirisa i infekcije.

Osnovna obilježja postupka

Djetetova pidžama presvlači se kada je zaprljana ili mokra. Nakon kupanja odijeva se čista pidžama. Presvlači se na različite načine, ovisno o kroju gornjeg dijela pidžame (kopčanje sprijeda, straga ili odijevanje/navlačenje preko glave), dobi i pokretljivosti djeteta. Prilikom svlačenja prvo se svlači zdrava strana tijela, a tijekom odijevanja se prvo odijeva bolesna strana tijela. Dijete nikada ne smije ostati potpuno razodjeveno, a dojenče i malo dijete se za vrijeme presvlačenja uvijek mora pridržavati jednom rukom kako ne bi pala s površine.

Procjena:

- općeg stanje djeteta
(stanje kože, alergija na materijale, stupanj pokretljivosti...)
- djietetove dobi
- postojanje povreda kod djeteta
- prisutnosti i vrste bola

1 opći postupci, fizička aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje

- mogućnosti komunikacije s djetetom (prisutnost roditelja/skrbnika)
- prostorije u kojoj se dijete presvlači (svjetlo, temperatura, privatnost).

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- kolica ili površina na koju se složi pribor
- čista pidžama ili spavaćica (vodeći računa o stanju i mogućnostima pokretljivosti djeteta, izabrati pidžamu koja se kopča sprjeda, navlači preko glave, s patentnim zatvaračem, gumbima, samoljepljivim trakama ili vezicama)
- košuljica i benkica ili bodi i štramble za dojenče
- paravan
- koš za nečisto rublje
- jednokratne nesterilne rukavice
- jednokratna nesterilna pregača

POSTUPAK

1. Identificirati dijete, predstaviti se, objasniti postupak, dopustiti pitanja u skladu s dobi djeteta.
2. Objasniti postupak roditeljima (ukoliko su prisutni).
3. Zaštiti krevet paravanom, osigurati privatnost .
4. Podignuti krevet na visinu ugodnu za rad.
5. Pripremiti stol za prematanje ako je dijete manje.
6. Ne ostavljati dijete bez sigurnosnih mjera (majčine ruke, ruke medicinske sestre ili zatvoreni dječji krevetići i sigurnosna ograda na većem krevetu).
7. Komunicirati s djetetom tijekom postupka u skladu s dobi.
8. Oprati i osušiti ruke, staviti jednokratne rukavice.

SVLAČENJE GORNJEG DIJELA PIDŽAME (KOŠULJE) KOJA SE KOPČA SPRIJEDA POKRETOM DJETETU

- primijeniti korake od 1 do 8
- otkopčati gume, povući patentne zatvarače, trake, kopče ili odvezati vezice
- svući odjeću s ramena i ruke - prvo sa zdrave strane
- svući odjeću s bolesne strane tijela (pokriti dijete ako ga se odmah ne odijeva)

SVLAČENJE KOŠULJE NEPOKRETNOM DJETETU

- postupiti po točkama od 1 do 8
- svući djetetu košulju sa zdrave ruke
- svučeni dio košulje podvinuti ispod djeteta
- okrenuti dijete na zdravi bok
- svući košulju s bolesne strane tijela
- vratiti dijete na leđa (pokriti dijete ako ga se odmah ne odijeva)

SVLAČENJE GORNJEG DIJELA PIDŽAME (KOŠULJE) KOJA SE ODIJEVA PREKO GLAVE DJETETU

- primijeniti korake od 1 do 8
- otkopčati gumbe, povući patentne zatvarače, trake ili kopče (ako postoje na ramenima)
- podignuti košulju s prsa do vrata djeteta
- spustiti glavu djeteta na prsa i svući košulju preko glave, izravnati je
- svući djetetu košulju sa zdrave ruke i ramena, podvući je ispod glave do bolesne ruke
- svući košulju s bolesne ruke.
- pokriti dijete ako ga odmah ne odijevamo

SVLAČENJE DJETETOVE PIDŽAME (KOŠULJE) KOJA SE KOPČA STRAGA

- primijeniti korake od 1 do 8
- podignuti dijete u sjedeći položaj ako je moguće, a ukoliko nije, onda okrenuti dijete na bok
- otkopčati gumbe, povući patentne zatvarače, trake ili kopče (ponekad su trake ili kopče na ramenima)
- raširiti košulju na leđima (osloboditi leđa)
- ako je dijete na boku, podviti dio košulje ispod boka na kojem dijete leži
- slobodnu stranu košulje presaviti na dječje grudi
- okrenuti dijete na leđa
- svući košulju s ramena i ruke na zdravoj strani djetetova tijela
- svući košulju s ramena i ruke na bolesnoj strani djetetova tijela
- pokriti dijete ako ga se odmah ne odijeva

1 opći postupci, fizička aktivnost, zbrinjavanje i samozbrinjavanje

SVLAČENJE DONJEG DIJELA PIDŽAME (HLAČA) TEŠKO POKRETNOM, ALI SURADLJIVOM DJETETU

- primijeniti korake od 1 do 8
- skinuti obuću
- polegnuti dijete na leđa
- otkopčati djetetu hlače
- zamoliti dijete da podigne gluteuse
- svući hlače preko bokova i gluteusa
- svući hlače s nogu i preko stopala
- smjestiti dijete u prvobitni ili prisilni položaj i pokriti ga

SVLAČENJE DJETETOVIH HLAČA NEPOKRETNOM DJETETU U KREVETU

- primijeniti korake od 1 do 8
- okrenuti dijete na leđa
- odignuti gluteuse i svući hlače preko bokova i gluteusa (prekriti intimne dijelove)
- svući hlače s nogu i preko stopala
- smjestiti dijete u udoban ili prisilni položaj, pokriti ga
- odložiti nečistu odjeću u koš za nečisto rublje
- skinuti rukavice, oprati/dezinficirati i osušiti ruke

ODIJEVANJE KOŠULJE KOJA SE KOPČA SPRIJEDA DJETETU

- primijeniti korake od 1 do 8
- staviti dijete u sjedeći položaj
- odjenuti djetetovu košulju na ruku i rame oboljele strane tijela djeteta
- prebaciti košulju preko leđa
- odjenuti rukav na ruku i rame zdrave strane tijela, zakopčati košulju
- smjestiti dijete u udoban ili prisilan položaj, pokriti ga

ODIJEVANJE DJETETOVE KOŠULJE NEPOKRETNOM DJETETU U KREVETU

- primijeniti korake od 1 do 8
- odjenuti rukav košulje preko oboljele ruke i ramena
- okrenuti dijete na bok zdrave strane prema sebi
- podviti košulju pod dijete, vratiti ga na leđa

- izvući košulju ispod djeteta
- odjenuti zdravu ruku i rame
- zakopčati gumbe, poravnati košulju
- smjestiti dijete u udoban ili prisilan položaj i pokriti ga

ODIJEVANJE DJETETOVE KOŠULJE PREKO GLAVE DJETETA

- primijeniti korake od 1 do 8
- poleći dijete na leđa
- provući ruku i rame oboljele strane tijela kroz rukav košulje provući zdravu ruku i rame kroz rukav košulje (ako su obje ruke zdrave, a dijete ih može podignuti, istovremeno navući rukave na ruke)
- spustiti glavu djeteta na prsa, navući košulju preko dječje glave
- povući košulju preko leđa, izravnati je i zakopčati
- smjestiti dijete u udoban ili prisilni položaj

ODIJEVANJE DJEČJE KOŠULJE KOJA SE KOPČA NA LEĐIMA

- primijeniti korake od 1 do 8
- dijete leži na leđima
- navući košulju na oboljelu ruku i oboljelo rame djeteta
- navući drugi rukav na zdravu ruku i rame
- podvući košulju pod rame i leđa djeteta
- poravnati košulju sa strane, ispod ramena i leđa
- smjestiti dijete u udoban ili prisilni položaj i pokriti ga

ODIJEVANJE KOŠULJE DJETETU U BOČNOM LEŽEĆEM POLOŽAJU

- primijeniti korake od 1 do 8
- okrenuti dijete na bok zdrave strane prema sebi
- navući rukav košulje na bolesnu dječju ruku i podvući je preko leđa ispod bočne strane prsnog koša na kojem leži
- okrenuti dijete na leđa i izvući košulju ispod leđa
- navući rukav na zdravu stranu tijela, zakopčati košulju
- vratiti dijete u bočni položaj
- poravnati košulju na leđima

ODIJEVANJE HLAČA TEŠKO POKRETNOM, ALI SURADLJIVOM DJETETU

- primijeniti korake od 1 do 8
- staviti dijete u sjedeći položaj s nogama preko ruba kreveta, pridržavati ga za leđa ako je potrebno
- navući hlače preko stopala i nogu do gluteusa (prvo bolesna, zatim zdrava nogu)
- postaviti dijete u stojeći položaj, pridržavati ga ako je potrebno ili mu dodati pomagalo za koje će se pridržavati (stolac, hodalica)
- navući hlače preko gluteusa i bokova
- posjesti dijete na rub kreveta
- zakopčati hlače
- smjestiti dijete u udoban ili prisilni položaj i pokriti ga

ODIJEVANJE HLAČA NEPOKRETNOM DIJETETU U KREVETU

- primijeniti korake od 1 do 8
- dijete leži na leđima
- navući hlače preko stopala i nogu do gluteusa
- odignuti gluteuse djeteta
- navući hlače preko gluteusa i bokova, zakopčati ih
- smjestiti dijete u udoban ili prisilni položaj, pokriti ga
- skinuti rukavice, oprati i osušiti ruke nakon svakog postupka
- staviti upotrijebljene stvari u posudu za nečisto ili komunalni otpad
- evaluirati i dokumentirati svaki postupak i stanje djeteta

STANDARDIZIRANI POSTUPAK S UMRLIM NA DJEČJEM ODJELU

Naziv postupka

Postupak s umrlim djetetom.

Definicija postupka

Postupak s umrlim djetetom dio je sestrinske skrbi nakon smrti djeteta.

Trajanje postupka

Za postupak je potrebno 25 minuta.

Svrha postupka

Njega umrlog djeteta na propisan način, poštovanje dostojanstva mrtvog tijela i priprema za transport u mrtvačnicu.

Provoditelj postupka

Dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Osnovna obilježja postupka

Njega umrlog djeteta počinje nakon što je liječnik utvrdio smrt. Umrlo se dijete preporučuje smjestiti u zasebnu prostoriju, a ukoliko to nikako nije moguće, krevet obavezno treba u cijelosti zaštiti paravanom.

Prije transporta na patologiju tijelo djeteta ostaje na odjelu 2 sata. Zabilježiti točno vrijeme smrti, provjeriti identitet i dokumentaciju. Na ruku umrloga djeteta postaviti identifikacijsku narukvicu s jasno ispisanim podacima. Nakon isteka 2 sata provjeriti sigurne znakove smrti. Umrlo dijete transportirati na odjel patologije/mrtvačnicu. Ako je umrlo dijete novorođenče, postupak je isti kao sa starijom djecom, uz dodatak identifikacijske narukvice s brojem te imenom i prezimenom majke. Identifikacijsku karticu treba dobro fiksirati da se spriječi ispadanje. Obavijest o smrti djeteta obitelji priopćava liječnik prema pravilima zdravstvene ustanove.

Ukoliko umrlo dijete ima ugrađenu određenu vrstu elektrostimulatora, uklanja ga liječnik. Medicinska sestra uklanja I.V. kanile/katetere, sonde, infuzijske sisteme i sl. Članovima obitelji umrloga djeteta treba pokazati i izraziti sućut poštjući njihove svjetonazole, vjeru i običaje. Članovima obitelji treba pružiti podršku i sućut, pokazati empatiju u okviru profesionalnih odnosa.

Procjena:

- postojanja sigurnih znakova smrti
- čistoće tijela umrlog djeteta
- visine i težine djeteta radi transporta
- postojanja/prisutnosti drenova, katetera, sondi, kanila, tubusa, različitih vrsta proteza (zubne, očne, ekstremiteta), stoma, vrećica, elektrostimulatora na tijelu umrlog djeteta
- stupnja relaksacije mišića (zbog inkontinencije stolice i urina).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA**PRIPREMA MATERIJALA I PRIBORA**

- paravan
- kolica
- maske, jednokratne nesterilne rukavice i zaštitni PVC ogrtači
- škare
- papirnati ručnici
- komprese, zavoj, flaster, povez, mrežice, mokri smotuljci od vate
- tekući sapun, lavor
- trljačice, ručnik
- pelena
- alkoholni dezinficijens za ruke
- spremnik za infektivni otpad
- spremnik za nečisto, koš za nečisto rublje
- sabirnik za oštре predmete
- identifikacijska oznaka za umrlo dijete (kartica s osobnim podatcima umrlog djeteta: ime i prezime, datum i godina rođenja, vrijeme i datum smrti, odjel/zdravstvena ustanova)

IZVOĐENJE POSTUPKA

- postaviti paravan
- odjenuti zaštitni ogrtač, staviti zaštitnu masku
- oprati i osušiti ruke, staviti rukavice
- podići krevet na radnu razinu i izravnati ga

- ukloniti sve jastuke i posteljno rublje, osim plahte na kojoj leži umrlo dijete, sve odložiti u koš za nečisto rublje
- svući svu odjeću s tijela umrlog djeteta i odložiti u koš za nečisto rublje
- skinuti nakit (ako ga dijete ima na sebi)
- ukloniti drenove, katetere, nazogastričnu sondu, sistem za infuziju, IV. kanilu, CVK i sl., odložiti u spremnik za infektivni ili oštri otpad
- oprati tijelo (ako je potrebno)
- prekriti rane kompresom i fiksirati flasterom, zavojem ili mrežicom (ovisno o rani)
- staviti pelenu (ako je potrebno)
- zatvoriti očne kapke vlažnim smotuljcima vate i fiksirati flasterom
- zatvoriti usta, bradu fiksirati vezanjem zavoja oko glave djeteta
- počešljati kosu
- ispružiti ruke uz tijelo
- izravnati noge
- zavezati identifikacijsku karticu na nožni palac umrlog djeteta (u slučaju amputacije, postaviti na postojeći ekstremitet; ako su amputirane obje noge, karticu treba zavezati oko zapešća ruke)
- prekriti plahtom cijelo tijelo umrlog djeteta
- nakon isteka dva sata provjeriti sigurne znakove smrti
- obavijestiti transportnu službu o vremenu i veličini djeteta radi transporta do odjela patologije/mrtvačnice
- popisati stvari umrlog djeteta i zbrinuti ih prema pravilu zdravstvene ustanove te pripremiti za predaju roditeljima/skrbnicima
- raspremiti upotrijebljeni materijal
- delegirati čišćenje prostora službi za održavanje čistoće
- skinuti zaštitni ogrtač, rukavice i masku, odložiti u infektivni otpad
- oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak i pripremiti dokumentaciju za ispis djeteta
- obavijestiti roditelje/skrbnike o datumu i vremenu smrti djeteta poštujući pravila zdravstvene ustanove

STANDARDIZIRANI POSTUPAK STAVLJANJA NOĆNE POSUDE NEPOKRETNOM DJETETU

Definicija postupka

Stavljanje djetetu noćne posude za eliminaciju stolice i urina.

Provodenje postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar.

Dvije medicinske sestre ako je dijete nepokretno.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 20 minuta.

Svrha postupka

Eliminacija stolice i urina.

Osnovna obilježja postupka

Eliminacija stolice i urina u noćnu posudu je postupak kojim se osigurava pražnjenje crijeva i mokraćnog mjehura djeci koja su nepokretna, a nisu inkontinentna, u ležećem, prisilnom ili sjedećem položaju, u krevetu ili na stolici. Noćna posuda treba biti ergonomskog oblika, neoštećena, bez oštih rubova te prilagođena veličini djeteta i temperaturi djetetova tijela.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta (stupnja pokretljivosti, mogućnosti samozbrinjavanja...)
- mogućnosti djetetove suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- veličine djeteta
- prisutnosti povreda i oštećenje kože gluteusa i trtice djeteta
- bola u leđima i kukovima, trtici djeteta
- poremećaja i poteškoća pri defekaciji
- prostora za izvođenje zahvata (privatnost, temperatura, prozračnost...)

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- paravan
- kolica
- topla noćna posuda, posuda za mokrenje
- zaštitni nepropusni podložak
- toaletni papir
- posuda za pranje perianalnog dijela ili vlažne maramice
- sapun neutralne pH-vrijednosti
- ručnik, papirnat ručnik
- jednokratne nesterilne rukavice
- PVC pregača
- posuda za komunalni otpad

POSTUPAK

- provjeriti identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- osigurati privatnost - zaštiti krevet paravanom
- dezinficirati i osušiti svoje ruke, staviti rukavice
- smjestiti dijete u odgovarajući položaj
- zaštiti krevet nepropusnim podloškom
- odignuti pokrivač do donjeg dijela natkoljenica
- uputiti dijete da, ako može, savije koljena i upirući se o pete podigne glutealni dio
- jednom rukom pridržati djetetu lumbosakralni dio leđa, a drugom staviti noćnu posudu pod gluteuse i trticu
- ako dijete ne može odignuti glutealni dio, potrebne su dvije osobe za izvođenje postupka
 - spustiti krevet u vodoravni položaj
 - pomoći djetetu ili ga okrenuti na bok, stražnjim dijelom okrenutim prema medicinskoj sestri
 - staviti gornji rub noćne posude bočno na željeni dio gluteusa ispod trtice

- pomoći djetetu da se samo okrene ili ga medicinska sestra okreće na leđa, gluteusi su postavljeni na noćnu posudu; anus mora biti na otvoru noćne posude
- kad je dijete smješteno na noćnu posudu, pažljivo podići uzglavljive kreveta (ako to dopušta stanje djeteta), pokriti ga
- ostaviti dijete samo ili uz roditelja/skrbnika (ako je moguće)
- staviti zaštitne stranice na krevet (ako je potrebno)
- osigurati djetetu zvono nadohvat ruke
- doći odmah na poziv djeteta
- dopustiti djetetu da se obriše vlažnim maramicama ako može, ukloniti noćnu posudu na isti način kako je postavljena
- urediti analnu i perianalnu regiju
- pomoći djetetu u zauzimanju udobnog položaja, pomoći mu u pranju i sušenju ruku
- ne uklanjati stolicu ili urin u slučaju bilo kakvih abnormalnosti (primjesa sluzi, krvi, gnoja)
- obavijestiti liječnika o zapaženim mogućim promjenama ili primjesama u stolici i urinu, postupiti prema odredbama (poslati uzorke na ordinirane pretrage)
- ukloniti upotrijebljeni pribor i materijal prema pravilima zdravstvene ustanove
- skinuti rukavice, oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje djeteta, upisati abnormalnosti i provedene propisane postupke

STANDARDIZIRANI POSTUPAK STAVLJANJA PELENA I ULOŽAKA INKONTINENTNOM DJETETU U KREVETU

Naziv postupka

Stavljanje pelena i uložaka za eliminaciju stolice i urina inkontinentnom djetetu u krevetu.

Definicija postupka

Stavljanje pelena i uložaka inkontinentnom djetetu je postupak kojim se omogućava ugodan i dostojanstven način eliminacije stolice i urina, smanjuje rizik za iritaciju kože i pojavu komplikacija uslijed dugotrajnog ležanja na najmanju moguću mjeru.

Provodenje postupka

Dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 13 minuta.

Svrha postupka

Eliminacija stolice i urina.

Osnovna obilježja postupka

Eliminacija stolice i urina u pelenu ili uložak postupak je kojim se osigurava pražnjenje crijeva i mokraćnog mjehura djeci koja su nepokretna i inkontinentna u ležećem, prisilnom ili sjedećem položaju u krevetu. Pelene ili uložak te mrežaste gaćice trebaju biti odgovarajuće veličine i moći upijanja s indikatorom vlažnosti i elastičnom trakom protiv istjecanja sadržaja.

Procjena:

- dobi i općeg stanja djeteta (stupanj pokretljivosti, mogućnost samozbrinjavanja, stanje djetetove svijesti i mogućnost suradnje s djetetom - nazočnost roditelja/skrbnika)
- prisutnosti povreda i oštećenja glutealnog djela kože djeteta
- bola u lumbosakralnom dijelu leđa i kukova djeteta
- poremećaja i poteškoća pri defekaciji i uriniranju.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- paravan
- kolica ili površina za slaganje materijala
- zaštitni nepropusni podložak
- pelena odgovarajuće veličine ili uložak te mrežaste gaće
- toaletni papir
- posuda za pranje ili emulzija za uklanjanje grube nečistoće
- sapun neutralne pH-vrijednosti
- ručnik, papirnat ručnik
- antiseptik za ruke
- jednokratne nesterilne rukavice, PVC pregača
- posuda za otpad/PVC vreća

POSTUPAK

- utvrditi identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- osigurati privatnost (postaviti paravan, zatvoriti vrata)
- dezinficirati i osušiti ruke, staviti rukavice
- smjestiti dijete u ležeći položaj
- zaštiti krevet podloškom
- spustiti pokrivač do koljena
- ukoliko dijete već ima pelenu, odstraniti je na sljedeći način:
 - odlijepiti „krilca“/svući pelenu (ovisno o vrsti pelene)
 - pelenom odstraniti nečistoće jednim potezom „sprijeda prema natrag“ /„odozgo prema dolje“
 - presaviti pelenu tako da dječji gluteusi budu na čistom dijelu pelene
 - odstraniti nečistoću (pranjem ili vlažnom maramicom), osušiti perianalnu regiju (jednokratni papirnat ručnik)
 - izvući nečistu pelenu, zatvoriti je i fiksirati lijepljenjem „krilaca“, baciti u posudu za infektivni otpad
 - staviti čistu pelenu ispod djeteta

Stavljanje čiste pelene

- saviti pelenu po dužini tako da slijedi anatomska oblik djetetovog tijela
- ženskoj djeci širi dio pelene staviti pod leđa do struka, a u muške djece širi dio pelene staviti sprijeda
- pelenu provući između nogu
- perianalnu regiju zaštititi neutralnom dječjom kremom (ukoliko nije drugačije propisano)
- priljubiti pelenu uz djetetovo tijelo i fiksirati „krilca“

Svlačenje uloška

- zamoliti dijete (ako može) da savije koljena i upirući se o pete podigne gluteuse
- spustiti mrežaste gaćice do koljena
- prednjim dijelom uloška odstraniti grubu nečistoću
- okrenuti dijete na bok, s gluteusa i anusa odstraniti nečistoću i ukloniti uložak odlažući ga u PVC vreću
- gluteuse i perianalnu regiju oprati prema standardu ili upotrijebiti emulziju za čišćenje kože, odstraniti zaštitni podložak (jednokratni odložiti u PVC vreću, višekratni odložiti u koš za nečisto rublje)
- promijeniti rukavice

Stavljanje novog uloška

- staviti uložak po dužini tako da slijedi anatomska oblik djetetovog tijela
- u ženskog djeteta širi dio uloška staviti pod leđa do struka, a u muškog djeteta staviti širi dio uloška sprijeda
- vratiti dijete na leđa, zamoliti ga (ovisno o dobi i stanju djeteta), ako može, da savije koljena i upirući se o pete podigne gluteuse
- djetetove gaće povući do struka (ako je potrebno, promijeniti ih)
- pomoći djetetu pri zauzimanju udobnog položaja
- ukloniti upotrijebjeni pribor i materijal prema pravilima zdravstvene ustanove
- skinuti rukavice, odložiti ih u PVC vreću
- oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROMJENE JEDNOKRATNE ILI VIŠEKRATNE PELENE DJETETU

Naziv postupka

Stavljanje djetetu pelene za eliminaciju stolice i urina.

Definicija postupka

Stavljanje pelene djetetu je postupak kojim se osigurava ugodan način eliminacije urina i stolice.

Provodenje postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

Svrha postupka

Eliminacija stolice i urina.

Osnovna obilježja postupka

Eliminacija stolice i urina u pelenu je uobičajen postupak kojim se osigurava pražnjenje crijeva i mokraćnog mjehura u djeteta (do trenutka uspostavljanja kontrole nevoljnog ispuštanja stolice i mokraće/„odvikavanja od pelena“). Pravilna osobna higijena utječe na zdrav razvoj kože i djetetovo opće dobro stanje. Postupak promjene pelene treba raditi kad je mokra ili onečišćena. Redovito mijenjanje pelena je važno jer urin u kombinaciji s bakterijama iz stolice može oštetiti integritet djetetove kože (pelenski osip). Previjanje pelene oblik je maženja djeteta i važan način iskazivanja ljubavi djetetu. Prematanje višekratnom pelenom preporučuje se do drugog ili trećeg mjeseca starosti djeteta, a obavezno je u slučaju alergije djeteta na jednokratne pelene. Ekološki je prihvatljivije.

Procjena:

- općeg stanja djeteta
- prostorije u kojoj se provodi postupak.

PRIPREMA I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- paravan
- zaštitni nepropusni podložak
- jednokratna pelena ili dvije platnene pelene (tetra)
- staničevina
- posuda za pranje
- sapun neutralne pH-vrijednosti
- ručnik, papirnati ručnik
- antiseptik za ruke
- jednokratne nesterilne rukavice, PVC pregača
- posuda za otpad/PVC vreća
- neutralna dječja krema za anogenitalnu regiju
- vlažne maramice (neutralne pH-vrijednosti) ili pamučni jastučići i topla voda
- čista odjeća (ukoliko je potrebno)

POSTUPAK

- utvrditi identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- osigurati privatnost (postaviti paravan, zatvoriti vrata)
- dezinficirati i osušiti ruke
- staviti rukavice i pregaču
- smjestiti dijete u ležeći položaj (na leđima) s lagano savijenim nogama
- razmotati pelenu djetetu te istom/nečistom pelenom ukloniti stolicu pokretom „sprijeda prema natrag“/„odozgo prema dolje“
- podići djetetovu stražnjicu
- izvući pelenu, smotati je i odložiti u nečisto, a višekratnu pelenu u poseban koš za nečisto
- oprati/dezinficirati i osušiti dijete
- anogenitalnu regiju djeteta namazati neutralnom kremom
- složiti donju pelenu u trokut, a na nju četverostruko presavijenu pelenu

- staviti dojenče na pelenu, između nogu provući četverostruko složenu pelenu, nakon toga vrh trokutaste pelene također provući i prebaciti na trbuh
- previti postrane „krakove“ pelena preko trbuha udesno, potom ulijevo
- navući košuljicu i benkicu preko toga do visine pupka i zavrnuti donji rub za 4 do 5 cm (kako se dijete ne bi smočilo mokraćom)
- obući djetetu štramplice

Mijenjanje jednokratne pelene

- primijeniti postupke od 1 do 11
- odlijepiti pelenu pazeći da se traka ne zalijepi djetetu za kožu
- odstraniti stolicu samom pelenom sprijeda prema natrag, a nakon toga presaviti pelenu tako da djetetova stražnjica bude na čistom vanjskom dijelu pelene
- oprati dijete, osušiti i namazati neutralnom kremom
- izvući pelenu i smotati je, zalijepiti postojećom trakom i baciti u PVC vreću
- provući čistu pelenu ispod djetetove stražnjice tako da trakice koje se lijepe budu okrenute prema gore
- provući pelenu između djetetovih nogu, a dijelove pelene koji se nalaze sa strane namjestiti i zalijepiti
- okrenuti penis dječaka prema dolje pazeći da se pelenu ne zategne prečvrsto
- odjenuti dijete do kraja te smjestiti udobno u dječji krevet
- ukloniti upotrijebljeni pribor i materijal prema pravilima zdravstvene ustanove
- skinuti rukavice, PVC ogrtač i odložiti ih u PVC vreću
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

2

FIZIOLOŠKA MJERENJA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI DJETETA

STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA KRVNOG TLAKA DJETETU DIGITALNIM TLAKOMJEROM

Naziv postupka

Mjerenje krvnog tlaka digitalnim tlakomjerom.

Definicija postupka

Mjerenje krvnog tlaka je postupak kojim se pomoću digitalnog tlakomjera utvrđuje vrijednost sistoličkog i dijastoličkog tlaka, a izražava se u mmHg.

Provoditelj postupka

Postupak provodi jedna medicinska sestra/jedan tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

Svrha postupka

Svrha postupka je dobiti podatak o vrijednosti arterijskog krvnog tlaka.

Osnovna obilježja postupka

Visina krvnog tlaka ovisi o količini krvi koja se nalazi u cirkulaciji, radu srca i elastičnosti krvnih žila. Osim bolesti, na vrijednost krvnog tlaka mogu utjecati i dob, spol, tjelesna aktivnost, doba dana i dr. Digitalni tlakomjer sastoji se od digitalnog aparata, orokvice odgovarajuće veličine i cijevi s pumpicom. Mogu biti i potpuno automatski, tako da samostalno vrše i punjenje narukvice (tada je potrebno samo postaviti orokvicu i uključiti aparat). Digitalni tlakomjeri mogu biti i u izvedbi za mjerenje na zglobu ruke. Prije upotrebe važno je detaljno proučiti upute proizvođača. Potrebno je poštivati oznake navedene na orukvici tlakomjera. Optimalna širina orukvice iznosi 40 % do 50 % opsega ekstremiteta na kojem se mjeri tlak, a dužina dvaput toliko.

Procjena:

- potrebe za mjerenjem krvnog tlaka
- čimbenika koji utječu na vrijednost krvnog tlaka (dob djeteta, dnevne varijacije, pozicija tijela, psihofizički napor, bol, tjeskoba ili strah, lijekovi...)
- mjesta mjerenja krvnog tlaka (ne mjeriti na mjestima edema, primjena infuzije...)

- orukvice odgovarajuće veličine s obzirom na dob djeteta i obujam nadlaktice
- ispravnosti digitalnog tlakomjera
- vlastite kvalitete slуха.

PLANIRANJE PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA

- digitalni tlakomjer i orukvica odgovarajuće veličine
- alkoholni dezinficijens za ruke
- olovka

IZVOĐENJE POSTUPKA

- identificirati dijete, predstaviti se djetetu, objasniti postupak na način prilagođen dobi i stanju djeteta, dopustiti djetetu i roditeljima/skrbnicima postavljanje pitanja
- uputiti dijete na mirovanje u trajanju od 5 minuta prije mjerena krvnoga tlaka
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- smjestiti dijete u pravilan položaj za mjerjenje tlaka: sjedeći ili ležeći
- ukloniti odjeću s djetetove ruke
- podignuti djetetovu ruku u razinu srca, ispružiti je s dlanom okrenutim prema gore
- oviti orukvicu oko djetetove nadlaktice tako da je moguće staviti distalnu falangu prsta između orukvice i nadlaktice
- uključiti aparat pritiskom na start tipku
- kod oznake „0“ na monitoru ravnomjernim pumpanjem napuniti narukvicu 20 mmHg - 30 mmHg više od očekivanog tlaka, odložiti pumpicu (ako je aparat potpuno automatski, samo pritisnuti tipku start, bez pumpanja)
- aparat nastavlja proces mjerena - kada započne s mjerjenjem, pojavit će se karakterističan simbol na monitoru i/ili tonski signal (ovisno o vrsti tlakomjera)
- nakon završetka mjerena oglašava se tonski signal, a na monitoru tlakomjera (ukoliko je mjerena uspjelo) prikazuje se vrijednost krvnoga tlaka i pulsa (ovisno o vrsti tlakomjera)
- pritiskom na tipku ventil na spoju cijevi i pumpice ispustiti preostali zrak iz orokvice
- isključiti aparat

- izvaditi baterije iz aparata i složiti tlakomjer
- pomoći djetetu da se vrati u krevet i udobno smjesti
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati rezultat mjerjenja i provedbu postupka
- u slučaju pojave patoloških vrijednosti obavijestiti liječnika

STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA TJELESNE TEMPERATURE U UHU (MEMBRANI TIMPANI) ELEKTRONSKIM TERMOMETROM

Naziv postupka

Mjerenje tjelesne temperature u uhu (na membrani timpani) elektronskim termometrom.

Definicija postupka

Mjerenje tjelesne temperature je postupak kojim se utvrđuje stupanj ugrijanosti organizma, a izražava se u Celzijevim stupnjevima ($^{\circ}\text{C}$).

Provoditelj postupka

Postupak provodi medicinska sestra/tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebne su 4 minute.

Svrha postupka

Dobiti podatak o vrijednosti tjelesne temperature djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Tjelesna temperatura je razlika između količine topline proizvedene tjelesnim procesima i količine tjelesne temperature izgubljene u vanjskoj okolini. Središnja tjelesna temperatura ili temperatura dubokih tjelesnih tkiva je pod kontrolom centra za termoregulaciju (hipotalamus) i kreće se unutar uskog raspona. Raspon normalne tjelesne temperature mjerene na membrani timpani kreće se od $36,5^{\circ}\text{C}$ do $37,5^{\circ}\text{C}$. Promjene tjelesne temperature djeteta tijekom dana ovise o brojnim činiteljima: dobu dana, dobi djeteta, tjelesnim aktivnostima, emocionalnom stanju, bolestima, uvjetima u okolini... Promjene tjelesne temperature ukazuju na zdravstveno stanje organizma djeteta. Djeca imaju više vrijednosti tjelesne temperature u odnosu na odrasle zbog bržeg metabolizma i veće aktivnosti. Mjerenje tjelesne temperature na membrani timpani ne preporučuje se u dojenčadi mlađe od 6 mjeseci života zbog nepreciznosti mjerena uvjetovanim uskim zvukovodom i nesigurnim očitanjem temperature bubrežića. Također, ova metoda se ne preporučuje ukoliko postoji bilo kakva bolest ili malformacija djetetovog uha. U starije djece, u slučaju postojanja masnog čepa u zvukovodu (cerumenu), izmjerena vrijednost tjelesne temperature nije pouzdana.

Kada temperaturu mjerimo pomoću elektronskog termometra, važno je provjeriti čistoću leće ispod sonde. Otoskop sa senzorom na vršku očitava toplinu koju isijava timpanska membrana. Zvučni signal na termometru signalizira izmjerenu temperaturu za 2 do 5 sekundi.

Procjena:

- potrebe za mjeranjem tjelesne temperature djeteta
- vrijeme proteklo od zadnje tjelesne aktivnosti djeteta
- čimbenika koji utječu na vrijednost tjelesne temperature (dob djeteta, temperatura okoline, djetetova odjeća, emocionalno stanje djeteta, doba dana, stres, osobitosti bolesti...)
- stanja djetetove ušne školjke i zvukovoda, bola u uhu
- ispravnost elektronskog termometra.

Priprema pribora i materijala

- poslužavnik
- elektronski termometar
- zaštitne jednokratne kapice (za vrh termometra)
- dezinficijens za ruke i pribor
- posuda za nečisto
- olovka ili terminal za elektronski upis

Izvođenje postupka

- provjeriti identitet djeteta, predstaviti se, objasniti postupak u skladu s dobi djeteta, dopustiti postavljanje pitanja
- provjeriti prethodne vrijednosti i metode mjerjenja tjelesne temperature u djeteta
- provjeriti ispravnost termometra
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- staviti zaštitnu kapicu na vrh elektronskog ušnog termometra
- skinuti djetetu slušni aparat (ukoliko postoji)
- udobno smjestiti dijete ovisno o dobi, ograničenjima i mogućnostima - može ležati na leđima ili sjediti s glavom okrenutom za 90 stupnjeva radi lakšeg pristupa uhu

- nježno povući djetetovu ušku prema natrag i prema gore, nježno staviti vrh termometra u ušni kanal i pritisnuti gumb za mjerjenje
- mjeriti dok se ne oglasi zvučni signal
- izvaditi termometar iz uha i na ekranu termometra očitati vrijednost tjelesne temperature
- skinuti zaštitnu kapicu s vrha termometra i odložiti u posudu za nečisto
- dezinficirati elektronski termometar prema preporuci proizvođača, spremiti ga
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke.
- evidentirati vrijednost izmjerene tjelesne temperature i vrijeme mjerjenja
- u slučaju odstupanja od normalnih vrijednosti obavijestiti liječnika

STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA TJELESNE TEMPERATURE REKTALNO

Naziv postupka

Mjerenje tjelesne temperature rektalno.

Definicija postupka

Mjerenje tjelesne temperature je postupak kojim se utvrđuje stupanj ugrijanosti/topline organizma, a izražava se u Celzijevim stupnjevima (°C).

Provoditelj postupka

Postupak provodi medicinska sestra/tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 8 do 10 minuta (ovisno o djetetovoj dobi i stanju).

Svrha postupka

Svrha postupka je dobiti podatak o vrijednosti tjelesne temperature.

Osnovna obilježja postupka

Standardizirani postupak mjerenja tjelesne temperature rektalno provodi se najčešće u novorođenačkoj i dojenačkoj dobi djeteta, dok se u veće djece provodi samo onda kada to nije moguće učiniti ni na jedan drugi način. Raspon normalne tjelesne temperature, mjerene rektalno, kreće se od 36,5 °C do 37,8 °C (za 0,5 °C više u odnosu na vrijednost dobivenu aksilarnim mjerljem). Zadnjih se godina napušta primjena živinog termometra zbog potencijalne opasnosti žive po okoliš. Preporučuje se primjena digitalnog termometra koji ima prednost u kraćem trajanju mjerjenja tjelesne temperature.

Procjena:

- potrebe za mjerljem tjelesne temperature djeteta
- vremena koje je proteklo od zadnje tjelesne aktivnosti djeteta
- stanja analne regije djeteta (dostupnost analne regije za mjerjenje tjelesne temperature, proljev, oštećenja kože i sluznice rektuma, krvarenje...)
- prostorije u kojoj se izvodi postupak (temperatura, privatnost)

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- digitalni termometar
- sat
- lubrikant, špatula
- staničevina
- jednokratne nesterilne rukavice
- posuda za nečisto
- dezinficijens za ruke i pribor
- jednokratna zaštitna podloga
- olovka i lista za upis vrijednosti ili terminal za elektronski unos podatka

IZVOĐENJE

- provjeriti prethodne vrijednosti i metode mjerena tjelesne temperature u djetetu
- provjeriti identitet djeteta, predstaviti se, objasniti postupak u skladu s dobi djeteta, dopustiti pitanja
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- pripremiti termometar (špatulom nanijeti lubrikant na rezervoar termometra)
- staviti na krevetić ili stol za prematanje jednokratnu zaštitnu podlogu
- staviti rukavice
- svući djetetu donji dio odjeće ili pelenu
- staviti dijete u ležeći položaj (na leđa), starije dijete postaviti u bočni položaj, oprati i osušiti perianalnu regiju (po potrebi)
- ako se mjeri starijem djetetu: dijete smjestiti na bok, jednom rukom raširiti gluteuse, a drugom uvesti termometar u rektum (2 - 3 cm), a ukoliko mjerimo dojenčetu - dijete leži na leđima s nogicama savijenim prema grudima - jednom rukom pridržavamo noge dojenčeta, a drugom rukom razmaknemo gluteuse i uvedemo termometar u rektum (0,5 cm - 1 cm)
- mjeriti tjelesnu temperaturu do zvučnog signala digitalnog termometra
- ukoliko se eventualno primjenjuje živin termometar, tjelesnu temperaturu mjeriti do trenutka kada završi rast žive u termometru (2 - 3 minute) - primjena živinog termometra se izbjegava
- izvaditi termometar, obrisati ga od fekalnih masa i očitati izmjerenu vrijednost

- odložiti termometar u posudu za nečisto
- odjenuti dijete i smjestiti u udoban položaj
- maknuti jednokratnu zaštitnu podlogu
- skinuti rukavice, dezinficirati i osušiti ruke
- staviti čiste rukavice, oprati termometar mlakom vodom i deterdžentom, isprati mlakom vodom, osušiti, dezinficirati i spremiti u prikladnu posudu, skinuti rukavice, oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- pospremiti pribor
- evidentirati vrijednost izmjerene tjelesne temperature i vrijeme mjerena
- u slučaju odstupanja od normalnih vrijednosti obavijestiti liječnika

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROCJENE DISANJA DJETETA

Naziv postupka

Procjena disanja djeteta.

Definicija postupka

Procjena disanja je postupak kojim se utvrđuje frekvencija, dubina, ritam, trajanje i zvuk pojedinih faza djetetovog disanja.

Provoditelj postupka

Postupak provodi medicinska sestra/tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 6 minuta.

Svrha postupka

Svrha postupka je procjena osobitosti i kvalitete vitalne funkcije – disanja djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Disanje je izmjena kisika i ugljičnog dioksida između atmosfere i tjelesnih stanica djetetova organizma. Odvija se automatski u dva akta – udisaj i izdisaj. Medicinska sestra procjenjuje djetetovo disanje mjereći brzinu, dubinu, ritam respiratornih kretanja i zvukove disanja, stavljajući dlan na prsni koš djeteta, koristeći slušalice (stetoskop) ili pomoću monitora. Zdravo dijete normalno diše kroz nos, bez napora i jedva čujno. Disanje se mjeri tijekom 60 sekundi.

Normalne frekvencije disanja (prema djetetovoj dobi)

DOB DJETETA	FREKVENCIJA DISANJA
do 6 mj.	25 – 40
6 mj. do 1 god.	20 – 35
predškolska i školska dob	15 – 25
adolescencija	10 – 20

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- ispravnost slušalica (stetoskopa)
- čimbenika rizika za promjene osobitosti disanja (stres, napor...)
- prostora za intervencije (toplina, mir)

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA**PRIPREMA PRIBORA**

- sat sa sekundarom ili štoperica ili monitor
- olovka
- alkoholni dezinficijens za ruke
- slušalice (stetoskop)
- paravan (po potrebi)
- dokumentacija zdravstvene njege za upisivanje ili terminal za elektronski unos podataka

IZVOĐENJE POSTUPKA

- utvrditi identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- pričekati 10 minuta od zadnje djetetove fizičke aktivnosti
- smjestiti dijete u udoban položaj (može biti povišen za 45 do 60 stupnjeva)
- provjeriti medicinsku dokumentaciju, plan zdravstvene njege ili potrebu za ponovnom procjenom disanja
- postupak izvoditi tako da dijete ne utječe na disanje
- oprati/dezinficirati, osušiti ruke
- dezinficirati membranu i olive slušalica
- radi lakšeg mjerjenja otkriti prsni koš, osigurati privatnost
- postaviti slušalice ili dlan na prsni koš
- brojiti udisaje tijekom 60 sekundi pomoću slušalica, dlana ili promatranjem

- pokriti prsnici koš
- smjestiti dijete u krevet na siguran način
- dezinficirati membranu i olive slušalica
- dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak i osobitosti disanja u dokumentaciju zdravstvene njege (u slučaju nepravilnosti obavijestiti liječnika)

STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA DJETETOVOG KRVNOG TLAKA AUSKULTACIJOM - TLAKOMJEROM NA PERO

Naziv postupka

Mjerenje krvnog tlaka auskultacijom na pero.

Definicija postupka

Mjerenje krvnog tlaka je postupak kojim se pomoću tlakomjera na pero i slušalica utvrđuje vrijednost sistoličkog i dijastoličkog tlaka, a izražava se u kPa.

Provoditelj postupka

Postupak provodi jedna medicinska sestra/tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

Svrha postupka

Svrha postupka je dobiti podatak o vrijednosti arterijskog krvnog tlaka.

Osnovna obilježja postupka

Visina krvnog tlaka ovisi o količini krvi koja se nalazi u cirkulaciji, radu srca i elastičnosti krvnih žila. Osim bolesti, na vrijednost krvnog tlaka mogu utjecati i dob, spol, tjelesna aktivnost, doba dana i dr. Krvni tlak se mjeri auskultacijom pomoću slušalica i tlakomjera na pero, najčešće na brahijalnoj arteriji. Tlakomjer se sastoji od manometra, narukvice s balonom, pumpice s ventilom i gumenih cijevi koje spajaju balon s pumpicom i manometrom. Potrebno je poštivati oznake navedene na orukvici tlakomjera. Optimalna širina orukvice iznosi 40% - 50% opsega ekstremiteta na kojem se mjeri tlak, a dužina dvaput toliko.

**PREPORUČENE DIMENZIJE MANŠETA
ZA MJERENJE ARTERIJSKOG TLAKA U DJECE:**

dob djeteta	širina (cm)	duljina (cm)	maksimalni opseg nadlaktice
novorođenče	4	8	10
dojenče	6	12	15
malo dijete	9	18	22
školsko dijete	10	24	26
adolescent	13	30	34

Normalne vrijednosti krvnog tlaka ovise o životnoj dobi djeteta:

1 god. 12,6/8,66 kPa (95/65 mmHg)

6 – 9 god. 13,3/8,66 kPa (100/65 mmHg)

10 – 13 god. 14,6/8,66 kPa (110/65 mmHg)

14 – 17 god. 16/10,7 kPa (120/80 mmHg)

18 god. i više 16/10,7 – 20/12,7 kPa
(120/80 – 150/95 mmHg)

(U cilju edukacije prikazane su i vrijednosti krvnog tlaka kada je mjerjenje bilo tlakomjerom na živu)

Procjena:

- potrebe za mjerenjem krvnog tlaka
- čimbenika koji utječu na vrijednost krvnog tlaka (dob djeteta, dnevne varijacije, pozicija tijela, psihofizički napor, bol, tjeskoba ili strah, lijekovi...)
- mjesta mjerjenja krvnog tlaka (ne mjeriti na mjestima edema, primjena infuzije...)
- orukvice odgovarajuće veličine s obzirom na dob djeteta i obujam nadlaktice
- ispravnosti tlakomjera i slušalica
- vlastite kvalitete sluha.

PLANIRANJE PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA

- tlakomjer i orukvica odgovarajuće veličine
- slušalice
- poslužavnik
- dezinfekcijsko sredstvo i jastučić vate
- olovka
- alkoholni dezinficijens za ruke

IZVODENJE POSTUPKA

- identificirati dijete, predstaviti se djetetu, objasniti postupak na način prilagođen dobi i stanju djeteta, dopustiti djetetu i roditeljima/skrbnicima postavljanje pitanja
- uputiti dijete na mirovanje u trajanju od 5 minuta prije mjerjenja krvnoga tlaka
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- smjestiti dijete u pravilan položaj za mjerjenje tlaka: sjedeći ili ležeći
- ukloniti odjeću s djetetove ruke
- podignuti djetetovu ruku u razinu srca, ispružiti je s dlanom okrenutim prema gore
- oviti orukvicu oko djetetove nadlaktice tako da je moguće staviti distalnu falangu prsta između orukvice i nadlaktice
- dezinficirati membranu slušalica, dezinficirati olive slušalica i staviti u svoje uši
- uzeti manometar u dominantnu ruku i upumpavati zrak u orukvicu
- palpirati puls u lakanatoj jami
- staviti slušalice na mjesto pulsacije
- zatvoriti ventil pumpice tlakomjera i upuhivati zrak do 3,9 kPa iznad očekivane vrijednosti sistoličkog tlaka
- otpuštati lagano ventil na pumpici, 1 – 2 kPa u sekundi
- slušati pojavu prvog tona i očitati vrijednost sistoličkog tlaka
- nastaviti ispuštanje zraka jednakom brzinom i očitati vrijednost na kojoj zvuk prestaje, što označava vrijednost dijastoličkog tlaka

- ispustiti preostali zrak i skinuti orukvicu s ruke djeteta
- pomoći djetetu da se vrati u krevet i udobno se smjesti
- dezinficirati membranu i olive slušalica
- raspremiti pribor
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati rezultat mjerenja i provedbu postupka
- u slučaju pojave patoloških vrijednosti obavijestiti liječnika

STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA PULSA PALPACIJOM PERIFERNIH ARTERIJA I POSTUPAK MJERENJA PULSA NA VRŠKU SRCA

Naziv postupka

Mjerenje pulsa palpacijom na perifernim arterijama.

Definicija postupka

Postupak kojim se dobivaju vrijednosti pulsa u djeteta.

Provoditelj postupka

Postupak provodi medicinska sestra/medicinski tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 7 minuta.

Svrha postupka

Svrha postupka je dobiti podatke o frekvenciji, ritmu i punoći pulsa djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Puls ili bilo je periodično otkucavanje koje se osjeti kao dizanje i spuštanje arterije, uzrokovano je promjenama pritiska krvi pod utjecajem kontrakcija i relaksacija lijeve klijetke. Mjerimo palpacijom površinskih arterija ispod kojih se nalazi čvrsta podloga. Najčešće se mjeri na a. radialis, a može i na a. brachialis, a. temporalis, a. carotis, a. femoralis, a. poplitea, a. dorzalis pedis i a. tibialis posterior. Redovito se mjeri dva puta dnevno, ujutro i poslijepodne, po potrebi i češće.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA

- olovka
- sat sa sekundarom ili štoperica
- dokument za upisivanje ili terminal za elektronički unos podataka

Procjena:

- indikacija (potreba) za mjerenjem pulsa djetetu
- vremena proteklog od zadnje tjelesne aktivnosti djeteta
- psihofizičkog stanja djeteta
- čimbenika koji utječu na osobitosti pulsa (dob djeteta, tjelesna temperatura, bol, strah, stres, hipoksija, hipovolemija...)
- bolesničke sobe ili prostora za intervenciju (mir, toplina).

IZVOĐENJE POSTUPKA

- identificirati dijete, predstaviti se djetetu i roditeljima/skrbnicima
- objasniti postupak na jednostavan i razumljiv način, dopustiti pitanja
- pričekati 10 minuta nakon zadnje tjelesne aktivnosti
- smjestiti dijete u udoban ležeći ili sjedeći položaj
- provjeriti rezultate prethodnih vrijednosti i vrijeme mjerena
- ispružiti i udobno položiti djetetovu ruku na čvrstu podlogu s ispruženim dlanom
- oprati/dezinficirati, osušiti ruke
- odrediti mjesto palpacije pulsa na odgovarajućoj arteriji
- postaviti jagodice 2., 3. i 4. prsta na mjesto pulsa
- mjeriti puls laganim pritiskom na odabranu arteriju tijekom 60 sekundi (kod aritmija mjeriti 2 minute, a prema procjeni i duže)
- brojiti otkucaje (frekvenciju) pulsa uz kontrolu sata
- procijeniti ritam, punjenost, amplitudu srčanih otkucanja i elasticitet krvne žile
- komentirati rezultat s djetetom i roditeljima ako je primjereno (na primjer način)
- pospremiti pribor
- u slučaju odstupanja od normalnih vrijednosti obavijestiti liječnika (nakon provjere pulsa na radikalnim arterijama obje ruke djeteta)
- oprati/dezinficirati, osušiti ruke

MJERENJE APIKALNOG PULSA

U djece mlađe od 2 godine ne preporučuje se mjeriti puls palpacijom. Normalno ubrzani puls i malo područje za palpaciju može rezultirati netočnim podatcima. U djece navedene dobi puls bi trebalo mjeriti pomoću stetoskopa slušanjem na apikalnom području srca, na prsištu djeteta.

POSTUPAK

- primijeniti prethodno navedene postupke od 1 do 7
- postaviti dijete u sjedeći ili ležeći položaj
- dezinficirati i osušiti membranu stetoskopa
- ugrijati membranu stetoskopa na dezinficiranom dlanu ruke (5 – 10 sekundi)
- postaviti membranu stetoskopa u područje petog međurebrenog prostora i mjeriti puls
- smjestiti dijete u dječji krevet i zaštititi ga sigurnosnom ogradom
- nakon mjerjenja dezinficirati i spremiti stetoskop
- oprati/dezinficirati, osušiti svoje ruke
- dokumentirati rezultate mjerjenja i provedbu postupka

STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA TJELESNE TEMPERATURE IZMEĐU DVA NABORA KOŽE (AKSILARNO)

Naziv postupka

Mjerenje tjelesne temperature aksilarno.

Definicija postupka

Mjerenje tjelesne temperature je postupak kojim se utvrđuje stupanj topline djetetovog organizma, a izražava se u Celzijevim stupnjevima (°C).

Provoditelj postupka

Postupak provodi medicinska sestra/tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka (zajedno s vremenom mjerenja tjelesne temperature) potrebno je 15 minuta.

Svrha postupka

Dobiti podatak o vrijednosti djetetove tjelesne temperature.

Osnovna obilježja postupka

Tjelesna temperatura je razlika između količine topline proizvedene tjelesnim procesima i količine tjelesne temperature izgubljene u vanjskoj okolini. Središnja tjelesna temperatura ili temperatura dubokih tjelesnih tkiva je pod kontrolom centra za termoregulaciju (hipotalamus) i kreće se unutar uskog raspona. Raspon normalne tjelesne temperature mjerene aksilarno iznosi od 36,0 °C do 37,2 °C. Promjene tjelesne temperature tijekom dana ovise o brojnim činiteljima: dobu dana, djetetovoj dobi, emocionalnom stanju djeteta, tjelesnom naporu, osobitostima bolesti, uvjetima okoline, menstrualnom ciklusu. Aksilarno mjerjenje tjelesne temperature provodi se između dva nabora kože. To je najsigurniji način mjerjenja tjelesne temperature, može se mjeriti i novorođenčadi i dojenčadi. Ako je aksila u djeteta nedostupna, mjeri se između dva nabora na abdomenu. Aksilarno mjerjenje tjelesne temperature provodi se pomoću digitalnog termometra. Svako dijete treba imati svoj termometar.

Zbog potencijalne opasnosti žive po okoliš ne koristi se termometar na živu.

Procjena:

- potrebe učestalosti mjerjenja tjelesne temperature djeteta
- vremena proteklog od zadnje tjelesne aktivnosti djeteta
- čimbenika koji utječu na vrijednost tjelesne temperature (dob djeteta, temperatura okoline, emocionalno stanje djeteta, doba dana, stres, osobitosti bolesti...)
- stanja djetetove aksile (dostupnost aksile, kaheksija, vlažnost i oštećenja kože, imobilizacija ruke...)
- okoline u kojoj se mjeri tjelesna temperatura djeteta – temperatura zraka 18 °C – 24 °C, vлага 40 % - 60 %.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA**PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA**

- poslužavnik
- digitalni termometar
- sat
- staničevina
- jednokratne rukavice
- posuda za nečisto
- temperaturna lista
- olovka
- alkoholni dezinficijens za ruke i pribor

IZVOĐENJE POSTUPKA

- provjeriti identitet djeteta, predstaviti se, objasniti postupak u skladu s dobi djeteta, dopustiti pitanja
- provjeriti prethodne vrijednosti i metode mjerjenja tjelesne temperature u djeteta
- provjeriti ispravnost termometra
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dijete do treće godine starosti posjeti u krilo
- skinuti višak djetetove odjeće
- provjeriti je li djetetova pazušna jama suha (ukoliko nije, osušiti je staničevinom)

- staviti digitalni termometar djetetu u pazušnu jamu tako da je područje temperaturnog senzora u središtu djetetove aksile
- ruku djeteta staviti preko prsiju, djetetu savjetovati (na način prilagođen dobi i mogućnostima djeteta) da se prihvati rukom za suprotno rame
- manjem djetetu ruku pridržava medicinska sestra
- mjeriti tjelesnu temperaturu do zvučnog signala digitalnog termometra
- ukoliko se eventualno primjenjuje živin termometar, tjelesnu temperaturu mjeriti do trenutka kada završi rast žive u termometru (optimalno 10 minuta)
- očitati izmjerenu vrijednost tjelesne temperature na termometru
- ukoliko je primjeren, na način prilagođen dobi i mogućnostima djeteta komentirati dobivenu vrijednost s djetetom ili roditeljima/skrbnicima
- staničevinom ukloniti nečistoću s termometra kružnim pokretima, od čišćeg prema prljavijem dijelu
- oprati termometar mlakom vodom i deterdžentom, isprati čistom vodom, osušiti, dezinficirati i spremiti u zatvorenu posudu
- skinuti rukavice
- raspremiti korišteni materijal
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- evidentirati vrijednost izmjerene tjelesne temperature i vrijeme mjerena
- u slučaju odstupanja od normalnih vrijednosti obavijestiti liječnika

STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA ZASIĆENJA KRVI KISIKOM PULSNIM OKSIMETROM

Naziv postupka

Mjerenje zasićenja djetetove krvi kisikom pulsnim oksimetrom.

Definicija postupka

Pulsna oksimetrija je neinvazivna metoda mjerenja zasićenja krvi kisikom.

Provoditelj postupka

Postupak provodi medicinska sestra/medicinski tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

Svrha postupka

Dobiti vrijednost postotka zasićenja krvi kisikom (O_2).

Osnovna obilježja postupka

Mjerenje zasićenja krvi O_2 pulsnim oksimetrom smanjuje učestalu potrebu za plinskom analizom arterijske krvi (ABS). Djeci mjerimo zasićenje krvi kisikom postavljanjem orukvice oko ručnog zgloba ili elektrode na prst ruke, zglob, nožni prst, ušnu resicu, dlan, taban. Mjesto mjerenja treba biti suho, čisto i toplo. Vlažno područje mjerenja sprječava ispravan rad senzora zbog čega je moguć prikaz pogrešnih vrijednosti saturacije krvi O_2 . Normalne vrijednosti zasićenja arterijske krvi O_2 su 90 % - 100 %. Pulsna oksimetrija je praktična i bezbolna metoda jednokratnog ili kontinuiranog praćenja zasićenja krvi O_2 . Pri jednokratnoj upotretbi pulsnog oksimetra pričekati 10 do 30 sekundi i na oksimetru očitati vrijednost saturacije O_2 . Pri kontinuiranoj primjeni pulsnog oksimetra granice alarma moraju biti prilagođene stanju i potrebama djeteta. Jačinu zvučnog signala i volumen alarma potrebno je prikladno namjestiti kako bi se izbjeglo ometanje i zastrašivanje djeteta, roditelja/skrbnika ili posjetitelja. Veličina i vrsta senzora pulsnog oksimetra ovise o dobi, tj. veličini djeteta i mogućim ograničenjima. Važno je obratiti pozornost na zategnutost/jačinu pritiska senzora na djetetovu kožu (moguća pojačana iritacija i oštećenje kože).

Procjena:

- učestalosti potrebe za mjerenjem SpO_2

- najprikladnijeg mjesta za postavljanje SpO₂ senzora djetetu (bez patoloških promjena kao što su oštećenja kože, edemi, hipotermični prsti...)
- čimbenika koji utječu na mjerjenje i rezultat kao što su: lak na noktima, umjetni nokti, vlažni prsti i koža, drhtanje i nemir, hipotermija, hipotenzija, razina hemoglobina, promjene u disanju, poremećaj periferne cirkulacije, cijanoza, stupanj djetetove svijesti, terapija O₂, primjena bronhodilatatora
- psihofizičkog stanja djeteta, djetetove suradnje (prisutnost roditelja/skrbnika).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- aparat za mjerjenje SpO₂ (pulsni oksimetar)
- elektroda (senzor) odgovarajućeg tipa i veličine (senzor samoljepljiva traka, senzor „štipaljka“)
- dezinficijens za elektrodu prema preporuci proizvođača

IZVOĐENJE

- provjeriti ispravnost aparata i elektrode (senzora)
- provjeriti vrijednosti prethodnih mjerena (ako postoje)
- provjeriti identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- smjestiti dijete u odgovarajući udoban položaj
- elektrodu (senzor) postaviti na odabranu mjesto
- uključiti oksimetar - promatrati intenzitet pulsa na ekranu, senzor ostaviti sve dok učitavanje ne dostigne konstantnu vrijednost i puls potpunu snagu
- vrijednost očitati na ekranu - očitanje može trajati 10 - 30 sekundi, ovisno o mjestu mjerena
- maknuti elektrodu (senzor) i isključiti oksimetar, osim ako nije potreban trajni monitoring
- dezinficirati elektrodu (senzor) i aparat prema preporuci proizvođača
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati izmjerenu vrijednost, obavijestiti liječnika o vrijednostima SpO₂



3

FIZIKALNI PREGLED DJETETA

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROCJENE GLAVE I VRATA DJETETA

Naziv postupka

Procjena glave i vrata djeteta/adolescenta.

Definicija postupka

Procjena glave i vrata djeteta/adolescenta je postupak kojim se procjenjuje izgled glave i vrata mjeranjem, promatranjem, palpiranjem i intervjuiranjem djeteta.

Povoditelj postupka

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 5 minuta.

Svrha postupka

Svrha postupka je utvrđivanje zdravstvenog stanja djeteta/adolescenta i planiranje zdravstvene njegе.

Osnovna obilježja postupka

Procjena općeg stanja djeteta i fizikalni pregled je postupak prilikom kojeg medicinska sestra detaljno prikuplja podatke o stanju djeteta, njegovim tjelesnim i psihičkim osobitostima, rastu i razvoju te stanju njegovih organskih sustava. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjonom/razgovorom s djetetom i njegovim roditeljima/skrbnicima, promatranjem djeteta (inspekcijom), mjeranjem, palpacijom, auskultacijom i perkusijom. Detaljna procjena stanja provodi se prilikom primitka djeteta na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena ovisi o stanju djeteta. Na temelju prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze, planira se i provodi te evaluira zdravstvena njega.

Procjena:

- prisutnosti bolova vrata i glave djeteta, ranije pojave glavobolje, vrtoglavica ili ukočenosti
- disanja djeteta
- stanja svijesti i mogućnosti komunikacije s djetetom (roditelji/skrbnici - sekundarni izvor podataka)

- zdravstvenog stanja i dobi djeteta
- vremena potrebnog za procjenu prostorije u kojoj se izvodi postupak (privatnost, mir)
- tjelesnog i psihomotornog razvoja djeteta
- anamnestičkih podataka od roditelja/skrbnika o mogućim alergijama, uzimanju lijekova, antibiotika, analgetika, protuupalnih lijekova, ostalih lijekova
- anamnestičkih podataka o operativnim zahvatima, traumi, dijagnostičkim postupcima (postojeća medicinska dokumentacija).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- jednokratne PVC rukavice
- špatula
- alkoholni dezinficijens za ruke
- krojački metar
- paravan
- staničevina
- posuda za nečisto
- dokumentacija za upis podataka

IZVOĐENJE

- oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- procijeniti/pregledati glavu: veličinu, oblik, asimetriju, ispupčenja, suture, proširene vene
- izmjeriti opseg glave (ovisno o starosti djeteta)
- procjena fontanele – veličina, napetost, abnormalnost, kasno ili prijevremeno zatvaranje
- procijeniti pokretljivost, položaj, boju očiju, izgled konjuktiva, izgled očnih kapaka
- procijeniti vid djeteta (anamnestički podatci od roditelja/skrbnika): zamućenje vida, svjetlaci pred očima, suženo vidno polje, pitati roditelje/skrbnike o prethodnim bolestima oka ili mogućim kroničnim bolestima (dijabetes)

- procijeniti korištenje pomagala za vid
- procijeniti sluh djeteta (anamnestički podaci od roditelja/skrbnika): promjene sluha, korištenje pomagala za sluh, procjena položaja i veličine ušnih školjaka, osjetljivost i otok u predjelu mastiodnog nastavka, bol u uhu, svrbež, iscijedak, prethodne bolesti uha, upale
- procijeniti sekreciju iz nosne šupljine (boja, količina i miris) i pridružene simptome: kihanje, krvarenje iz nosa, kongestija
- procijeniti izgled nosnica, uočiti oštećenja, upale, dodatnu pozornost posvetiti sluznici nosa u djece s NG sondom i nazalnim kateterom
- uz pomoć špatule procijeniti izgled usnica i usne šupljine: vlažnost, boja, naslage, izgled desni i jezika, stanje zubala, prisutnost mliječnih ili trajnih zubi; špatulu odložiti u posudu za nečisto
- procjena glasa (promuklost, stridor, ječanje, vrsta plača, govor)
- procijeniti i palpirati vrat: procjena položaja, prisutnost bola, ukočenost, palpirati mišiće vrata i procijeniti simetričnost, izbočenja; zamoliti dijete (ovisno o dobi) da nagne glavu naprijed i nazad te nalijevo i nadesno - uočavati pokretljivost i pritom promatrati lice djeteta kako bi se uočila nelagoda
- oprati/dezinfluirati i osušiti ruke
- zabilježiti dobivene podatke u sestrinsku dokumentaciju

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROCJENE ABDOMENA DJETETA

Naziv postupka

Procjena abdomena djeteta/adolescenta.

Definicija postupka

Procjena abdomena djeteta/adolescenta je postupak kojim se procjenjuje izgled i stanje abdomena mjeranjem, auskultacijom, palpacijom, perkusijom, inspekcijom te intervjuiranjem djeteta i/ili roditelja/skrbnika.

Provoditelj postupka

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 10 minuta.

Svrha postupka

Svrha postupka je utvrđivanje zdravstvenog stanja djeteta/adolescenta i planiranje zdravstvene njegе.

Osnovna obilježja postupka

Procjena stanja abdomena djeteta je postupak prilikom kojeg medicinska sestra detaljno prikuplja podatke o stanju djeteta i njegovog abdomena. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjuom/razgovorom s djetetom i njegovim roditeljima/skrbnicima, promatranjem djeteta (inspekcija), mjeranjem, palpacijom, auskultacijom i perkusijom. Detaljna procjena stanja abdomena provodi se prilikom primitka djeteta na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena ovisi o stanju djeteta. Na temelju prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze, planira se i provodi te evaluira zdravstvena njega.

Procjena:

- prisutnosti bola u abdomenu djeteta
- stanja svijesti i mogućnosti komunikacije s djetetom (roditelji/skrbnici - sekundarni izvor podataka)
- zdravstvenog stanja i dobi djeteta

- vitalnih znakova djeteta
- kretnji djeteta i položaja koji zauzima (npr. noge privučene abdomenu...)
- vremena potrebnog za procjenu prostorije u kojoj se izvodi postupak (privatnost, mir)
- tjelesnog i psihomotornog razvoja djeteta, podnošenja napora
- anamnestičkih podataka od roditelja/skrbničnika o mogućim alergijama, uzimanju lijekova, antibiotika, analgetika, protuupalnih lijekova, lijekova za gastrointestinalni sustav, ostalih lijekova
- anamnestičkih podataka o operativnim zahvatima u području abdomena, traumama, podataka o dijagnostičkim postupcima: gastroskopija, laparoskopija, rektoskopija...
- moguća trudnoća u djevojčica/adolescentica
- prehrambenih navika djeteta.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- slušalice
- krojački metar
- jednokratne PVC rukavice
- alkoholni dezinficijens za ruke
- paravan
- staničevina
- posuda za nečisto
- dokumentacija za upis podataka

IZVOĐENJE

- oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- razgovarati s djetetom prilikom pregleda, zamoliti ga da pokaže bolna mjesta
- pitati dijete i roditelje/skrbniče o bolovima u abdomenu i donjem dijelu leđa (lokalizacija, karakteristike, intenzitet bola...), mučnini, povraćanju, podrigivanju, vjetrovima
- procijeniti osobitosti izlučivanja stolice (anamnestički podaci od roditelja/skrbničnika): učestalost, karakteristike, promjene u izlučivanju stolice

(proljevasta, sluzava, krvava, tvrda, neredovita, podatak o zadnjoj defekaciji), navike vezane za unos hrane i pića

- promatrati kožu abdomena i uočavati boju, napetost, stanje pupka, ožiljke, izražene vene, osip, lezije, modrice, nadutost, umjetne otvore - stome
- uočavati konture, simetričnost, površinske pokrete na stijenci abdomena, vidljivost vijuga crijeva pod kožom, izboćine
- ukoliko abdomen izgleda distendiran, izmjeriti opseg abdomena, usporediti ga s percentilnim krivuljama za dob, označiti mjesto mjerjenja opsega
- slušalicama slušati peristaltiku
- oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- zabilježiti dobivene podatke u sestrinsku dokumentaciju
- o nepravilnostima obavijestiti liječnika

STANDARDIZIRANI POSTUPAK TJELESNIH MJERENJA DJETETA/ANTROPOMETRIJSKE TEHNIKE

Naziv postupka

Tjelesna mjerena djeteta.

Definicija postupka

Tjelesna mjerena djeteta su postupci kojima dolazimo do rezultata mjerena i podataka potrebnih za praćenje rasta i razvoja djeteta.

Provoditelj postupka

Postupak provodi jedna ili dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

Svrha postupka

Svrha postupka je dobiti podatke o tjelesnom rastu i razvoju djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Rast djeteta može se ocjenjivati i pratiti određivanjem raznih parametara. Najčešće se mjeri tjelesna dužina, tjelesna visina, tjelesna težina, opseg glave, opseg prsnog koša, opseg trbuha i sličnih parametara. Dobiveni mjerni rezultati bilježe se i izražavaju u centimetrima ili milimetrima (dužina, visina, opsezi), a tjelesna težina u kilogramima ili gramima. Za mjerjenje novorođenčadi i dojenčadi koristi se dužinomjer s vagom ili dužinomjer kao graduirana PVC folija na koju se polegne dijete.

Za mjerjenje veće djece koristi se stojeća vaga, a visinomjer može biti na zidu, vratima ili na vagi.

Najbolje je mjerena obavljati ujutro. Tijekom svih mjerena treba voditi računa o sigurnosti djeteta.

Procjena:

- potrebe za tjelesnim mjeranjem djeteta
- psihofizičkog stanja djeteta

- ispravnosti mjernih instrumenata
- prostora za intervenciju (osvjetljenje, mir, mikroklima prostora).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- sredstvo za dezinfekciju prema protokolu ustanove
- staničevina
- dokumentacija za upis vrijednosti
- olovka
- strunjača/stol za intervenciju
- jednokratni papirnati ručnik za dezinfekciju radne površine
- jednokratna zaštita za mjerne instrumente
- ispravni mjerni instrumenti (visinomjer, vaga s dužinomjerom, stojeća vaga, savitljivi krojački metar)

IZVOĐENJE POSTUPKA

1. Provjeriti prethodne vrijednosti mjerena.
2. Predstaviti se, identificirati dijete, objasniti postupak u skladu s dobi djeteta, dopustiti djetetu i roditeljima/skrbnicima postavljanje pitanja.
3. Oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke.
4. Svući djetetovu odjeću (starije dijete može ostati u donjem rublju).

MJERENJE TJELESNE VISINE/DUŽINE DJETETA

Novorođenče i dojenče

- primijeniti prethodno navedene korake dezinficirati i osušiti dužinomjer
- polegnuti novorođenče ili dojenče na dužinomjer
- jedna medicinska sestra pridržava dijete, dok druga ispruža djetetove noge i očitava vrijednost
- odjenuti dijete i udobno smjestiti u krevet
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- upisati vrijednost u temperaturnu listu

Veća djeca

- pomoći djetetu izuti papuče i stati uz visinomjer
- izmjeriti, očitati vrijednost i upisati u dokumentaciju
- pomoći djetetu da obuje papuče
- otpratiti dijete u bolesničku sobu
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke

MJERENJE TJELESNE TEŽINE DJETETA

Novorođenče i dojenče

- primijeniti prethodno navedene korake od 1 do 4
- dezinficirati vagu
- staviti jednokratnu zaštitu na vagu
- uključiti vagu (ako je digitalna)
- poleći dijete na vagu, umiriti dijete, očitati vrijednost
- podići dijete s vase
- odjenuti dijete i udobno ga smjestiti
- upisati vrijednost u dokumentaciju
- ukloniti jednokratnu zaštitu i staviti je u komunalni otpad
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke

Veća djeca

- pomoći djetetu izuti obuću
- uputiti dijete svlačenju odjeće (ovisno o mogućnostima)
- pomoći djetetu stati na vagu
- očitati vrijednost i upisati u dokumentaciju
- pomoći djetetu prilikom odijevanja i obuvanja
- ukloniti jednokratnu zaštitu i staviti je u komunalni otpad
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke

MJERENJE OPSEGA TRBUHA DJETETA

- primijeniti prethodno navedene korake od 1 do 4
- dezinficirati savitljivi krojački metar
- dezinficirati mjesto gdje će dijete ležati
- poleći dijete na radnu površinu; ako je dijete veće, uspravno stoji na podu

- pri mjerenu opsega trbuha podignuti dijete te staviti krojački metar tako da dodiruje lumbalne kralješke, spojiti metar u području iznad pupka, očitati vrijednost i upisati u dokumentaciju
- podignuti i odjenuti malo dijete
- dezinficirati podlogu i metar
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke

MJERENJE OPSEGA PRSENOG KOŠA DJETETA

- primijeniti prethodno navedene korake od 1 do 4
- dezinficirati savitljivi krojački metar
- dezinficirati mjesto gdje će dijete ležati, staviti pamučnu pelenu ili staničevinu
- poleći dijete
- nježno odići dijete od podloge
- staviti metar ispod leđa u visini torakalnih kralješaka
- spojiti metar na sternumu ili neposredno ispod pazuha ili iznad crte bradavica
- očitati vrijednost i upisati u dokumentaciju
- odjenuti dijete i udobno smjestiti u krevet
- dezinficirati podlogu i metar
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- veće dijete pri mjerenu uspravno stoji na podu, a položaj metra tijekom mjerena opsega je isti kao što je prethodno navedeno

MJERENJE OPSEGA GLAVE DJETETA

- primijeniti prethodno navedene korake od 1 do 3
- dezinficirati površinu na kojoj će dijete ležati
- dezinficirati savitljivi krojački metar
- poleći dijete na površinu
- nježno odići glavu djeteta od podloge, provući metar ispod glave tako da bude na zatiljnoj kosti (zatiljna kvrga)
- spojiti metar preko sljepoočne do čeone kosti
- očitati vrijednost i upisati u dokumentaciju
- udobno smjestiti dijete u dječji krevet
- dezinficirati metar i podlogu

- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- veće dijete pri mjerenu uspravno stoji na podu, a položaj metra tijekom mjerena opsega je isti kao što je prethodno navedeno
- zabilježiti dobivene podatke u sestrinsku dokumentaciju

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROCJENE MIŠIĆNO-KOŠTANOG I NEUROLOŠKOG SUSTAVA DJETETA

Naziv postupka

Procjena mišićno-koštanog i neurološkog sustava djeteta/adolescenta.

Definicija postupka

Procjena mišićno-koštanog i neurološkog sustava djeteta/adolescenta je postupak pri kojem medicinska sestra procjenjuje mišićno-koštani i neurološki sustav mjerjenjem, palpiranjem, perkusijom, promatranjem te intervjuiranjem djeteta/adolescenta.

Provoditelj postupka

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 10 minuta.

Svrha postupka

Svrha postupka je utvrđivanje zdravstvenog stanja djeteta/adolescenta i planiranje zdravstvene njegе.

Osnovna obilježja postupka

Procjena stanja djeteta je postupak prilikom kojeg medicinska sestra detaljno prikuplja podatke o stanju djeteta, njegovim tjelesnim i psihičkim osobitostima, rastu i razvoju te stanju njegovih organskih sustava. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjuom/razgovorom s djetetom i njegovim roditeljima/skrbnicima o djetetovom funkcioniranju i poteškoćama vezanim uz pokretljivost - promatranjem djeteta (inspekcija), mjerjenjem, palpacijom i perkusijom. Detaljna procjena stanja provodi se prilikom primitka djeteta na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena ovisi o stanju djeteta. Na temelju prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze, planira i provodi te evaluira zdravstvena njega.

Procjena:

- stanja svijesti i mogućnosti komunikacije s djetetom (roditelji/skrbnici - sekundarni izvor podataka)
- tjelesnog i psihomotornog razvoja djeteta
- prisutnost bola u mišićima i kostima, stabilnosti tijekom hodanja, sjedenja, premještanja djeteta
- prirode i opsega mišićno-koštane boči: lokacija, trajanje, ozbiljnost čimbenika koji doprinose i pojačavaju bol, čimbenika koji smanjuju bol, karakteristike bola, pojačava li se bol pri kretanju
- slabosti i smanjenih osjeta u ekstremitetima djeteta, glavobolje, tremora, vrtoglavica
- neosjetljivosti pojedinih dijelova tijela pacijenta
- promjene u govoru i promjene u osjetilu vida djeteta
- utjecaja poteškoća na aktivnosti samozbrinjavanja i socijalne uloge
- prisutnosti otežanog disanja u djeteta
- prisutnosti straha i anksioznosti djeteta
- anamnestičkih podataka od roditelja/skrbnika o mogućim alergijama, uzimanju lijekova, antibiotika, analgetika, protuupalnih lijekova, antipsihotika, antidepresiva, stimulatora središnjeg živčanog sustava (SŽS)
- anamnestičkih podataka o operativnim zahvatima, ozljedama leđne moždine, ostalim bolestima djeteta (postojeća medicinska dokumentacija).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA**PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA**

- poslužavnik
- krojački metar
- jednokratne PVC rukavice
- špatula
- alkoholni dezinficijens za ruke
- paravan
- staničevina
- posuda za nečisto
- dokumentacija za upis podataka

IZVOĐENJE

- oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- procijeniti mogućnost hvatanja predmeta rukama i šakama
- procijeniti snagu i tonus mišića gornjih i donjih ekstremiteta
- procijeniti snagu stiska šake tako da dijete stisne našu šaku što jače može
- staviti ruku djetetu na lakat i reći mu (ovisno o dobi djeteta) da usprkos otporu digne ruku, potom staviti ruku na koljeno i reći mu da podigne nogu i održava otpor dok ne kažemo da je dovoljno
- usporediti simetričnost grupe mišića na objema stranama tijela, uočiti slabost
- procijeniti sposobnost djeteta da sjedi, stoji, hoda te procijeniti neuromuskularni razvoj za dob djeteta
- procijeniti držanje djeteta dok stoji i hoda, uočiti povlačenje noge, guranje, šepanje, ravnotežu, vidljive deformitete donjih ekstremiteta, položaj trupa u odnosu na ekstremitete
- stati iza djeteta i promatrati položaj kuka u odnosu na ramena, pregledati ekstremitete: veličina, deformiteti, položaj kostiju
- izmjeriti opseg ekstremiteta u slučaju vidljivih odstupanja
- oprezno palpirati kosti, zglobove i okolno tkivo, uočiti toplinu, osjetljivost, edeme, otpor na pritisak, crvenilo...
- pri procjeni neurološkog statusa koristiti brzu procjenu stanja svijesti – tzv. AVPU metodu

A - Alert – BUDAN

V - Voice - reagira na GLAS

P - Pain - reagira na BOL

U - Unresponsive – NE REAGIRA

Dijete koje ne reagira ili reagira samo na bol nalazi se u komi, što odgovara *Glasgow koma skali* (GKS) 8 ili manje.

Zlostavljanje djeteta

- pri sumnji na zlostavljanje djeteta cijeli tim postupa u skladu sa zakonskom regulativom i protokolom
- protokol o postupanju u slučaju nasilja u obitelji (Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti)

- osnovni način pristupa djeci, a osobito djeci sa sumnjom na zlostavljanje je miran, nježan i polagan pristup
- nakon završetka fizikalnog pregleda i procjene općeg stanja zahvaliti djetetu i roditeljima i smjestiti ih u skladu s postupkom koji slijedi
- ukloniti i dezinficirati upotrijebjeni pribor, skinuti rukavice (ako su korištene)
- oprati/dezinficirati i osušiti ruke

Dokumentiranje prikupljenih podataka nakon postupka procjene djeteta

- prikupljene podatke je potrebno organizirati i dokumentirati izbjegavajući subjektivnost, predrasude, osuđivanje ili osobno mišljenje
- naznačiti subjektivne podatke djeteta (roditelja) navodnim znakovima
- podatke bilježiti što kraće, pisati ili tiskati dokumente čitko s plavom odnosno crnom olovkom

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROCJENE OPĆEG STANJA DJETETA

Naziv postupka

Procjena općeg stanja djeteta/adolescenta.

Definicija postupka

Procjena općeg stanja djeteta i adolescenta je organiziran i sustavan proces prikupljanja podataka o općem stanju djeteta metodama intervjuja, promatranja, mjerjenja, analize dokumentacije i fizikalnog pregleda.

Provoditelj postupka

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 15 minuta.

Svrha postupka

Svrha postupka je utvrđivanje općeg stanja djeteta/adolescenta i planiranje zdravstvene njegе.

Osnovna obilježja postupka

Procjena je prvi i osnovni korak u procesu zdravstvene njegе djeteta koji nikada ne završava. Započinje prvim kontaktom s djetetom i roditeljima/skrbnicima te se nastavlja svakim sljedećim kontaktom.

Procjena općeg stanja djeteta i fizikalni pregled je postupak prilikom kojeg medicinska sestra detaljno prikuplja podatke o stanju djeteta, njegovim tjelesnim i psihičkim osobitostima, rastu i razvoju te stanju njegovih organskih sustava. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjuom/razgovorom s djetetom i njegovim roditeljima/skrbnicima, promatranjem djeteta (inspekcija), mjerjenjem, palpacijom, auskultacijom i perkusijom. Detaljna procjena stanja provodi se prilikom primitka djeteta na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena ovisi o stanju djeteta. Prikupljeni podaci čine sestrinsku anamnezu - skup podataka o tjelesnim, psihološkim i socijalnim aspektima prošlog i sadašnjeg zdravstvenog stanja i ponašanja zdravog ili bolesnog djeteta, a prikuplja ih medicinska sestra u svrhu utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom.

Na temelju prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze, planira se i provodi te evaluira zdravstvena njega.

Procjena:

- zdravstvenog stanja i dobi djeteta
- mogućnosti komunikacije s djetetom (roditelji/skrbnici - sekundarni izvor podataka)
- vremena potrebnog za procjenu prostorije u kojoj se izvodi postupak (privatnost, mir)
- vitalnih funkcija djeteta
- tjelesnog i psihomotornog razvoja djeteta
- anamnističkih podataka od roditelja/skrbnika o uzimanju lijekova, antibiotika, analgetika, protuupalnih lijekova, ostalih lijekova
- anamnističkih podataka o operativnim zahvatima, traumama, dijagnostičkim postupcima (postojeća medicinska dokumentacija)
- prisutnost bola u djeteta

PLANIRANJE I IZVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- slušalice
- tlakomjer
- topломjer
- digitalni ili ručni sat
- visinomjer
- krojački metar
- vaga
- jednokratne PVC rukavice
- špatula
- alkoholni dezinficijens za ruke
- paravan
- staničevina
- posuda za nečisto
- dokumentacija za upis podataka

IZVOĐENJE (specifičnosti vezane uz djetetovu dob)

Dojenčad i mala djeca (do treće godine života)

- oprati/dezinficirati ruke i osušiti ruke (staviti rukavice ukoliko je potrebno)
- držati dijete tijekom pregleda (najbolje da ga drže roditelji/skrbnici)
- ako dijete treba poleći, roditelj/skrbnik bi svakako trebao biti uz dijete
- koristiti tople instrumente i ne zaboraviti tople ruke
- disanje i respiratorni status procjenjivati kad je dijete u mirnoj fazi ili spava
- primijeniti mjere odvlačenja djetetove pozornosti - zaigrati dijete radi smanjenja razine straha
- koristiti vlastitu maštu, priče, igračke, lutke, omogućiti aktivno sudjelovanje djeteta
- dopustiti djetetu igru s manje važnim i neugrožavajućim priborom
- primijeniti mjere sigurnosti tijekom postupka procjene
- pohvaliti dijete za dobru suradljivost

Dijete predškolske dobi (4 – 5 godina)

- govoriti djetetu razumljivim riječima
- objasniti djetetu i roditeljima/skrbnicima postupak neposredno prije provedbe
- koristiti igru i maštu (poboljšanje suradnje)
- dopustiti djetetu igru s manje važnim i neugrožavajućim priborom, ako je moguće
- angažirati dijete da „pomaže“, omogućiti mu izražavanje vlastitih osjećaja
- pohvaliti dijete za dobru suradljivost (ako je moguće, i nagraditi dijete „diplomom za hrabrost“)

Dijete školske dobi (6 – 12 godina)

- omogućiti im donošenje odluka (ukoliko je izvedivo)
- objasniti djetetu sve postupke (na njegovoj razini razumijevanja)
- spremno slušati i biti iskren u odgovorima
- objasniti djetetu kako se može uključiti u skrb o sebi
- ohrabriti ga, objasniti mu kako bolest ili ozljeda nije kazna

Adolescenti (13 – 18 godina)

- poštivati privatnost i povjerljivost adolescenta (osim u slučajevima kada podatci otkrivaju opasnost za njih ili druge (npr. suicidalne ideje))
- omogućiti im pristup konkretnim informacijama o njihovoj bolesti ili ozljeti
- omogućiti im uvid u plan skrbi i dijagnostičkih postupaka

IZVODENJE

- oprati i osušiti ruke (staviti rukavice ako je potrebno)
- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak i svrhu s naglaskom na povjerljivost informacija; tijekom postupka pratiti verbalne i neverbalne reakcije djeteta
- izmjeriti tjelesnu temperaturu, puls, tlak i disanje prema standardiziranom postupku
- izmjeriti tjelesnu težinu i visinu, izračunati BMI, procijeniti odstupanje u percentilnim krivuljama
- zabilježiti dob i spol
- procijeniti raspoloženje djeteta (verbalna i neverbalna reakcija)
- procijeniti odnos djeteta i roditelja
- procijeniti držanje i stav djeteta te prisutnost nesvrshodnih pokreta
- procijeniti govor djeteta (razumljivost, brzina)
- procijeniti urednost djeteta
- procijeniti kosu i vlasiste (teksturu/lomljivost, prisutnost parazita)
- procijeniti izgled noktiju
- procijeniti prisutnost tjelesnih mirisa (zadah iz usta, miris mokraće)
- procijeniti izgled kože: boja, pigmentacija, prokrvljenost, egzantemi, patološke promjene, distribucija dlakavosti, deskvamacija, pitati roditelje/skrbnike jesu li uočili promjene
- procijeniti potkožno tkivo - razvijenost na trupu, ekstremitetima i licu
- pažljivo provjeriti boju kože lica, boju oralne sluznice, usana i konjuktiva, bjeloočnica, dlanova i ležišta noktiju
- palpirati površinu kože prstima radi uočavanja vlažnosti i teksture kože, prisutnosti znoja
- procijeniti turgor kože, stanje hidracije, prisutnost edema

- dlanovima palpirati temperaturu kože na simetričnim dijelovima tijela i uočiti razlike u temperaturi
- procijeniti rizik od nastanka oštećenja kože (dekubitus) pomoću Braden-skale, Braden-q ili novorođenačke Braden-skale (ovisno o dobi djeteta)
- u slučaju prisutnosti oštećenja kože procijeniti boju, lokaciju, veličinu, oblik, lokaliziranost, vlaženje, bolnost, dubinu lezije, sekret lezije
- procijeniti rizik od pada i povrede po skali (npr. Humpty Dumpty skala)
- procjena osobitosti bola - pitati dijete, uključiti roditelje, koristiti skale za procjenu intenziteta bola (FLACC-skala, VAS)
- oprati/dezinfluirati i osušiti ruke

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROCJENE PRSNOG KOŠA DJETETA

Naziv postupka

Procjena prsnog koša djeteta/adolescenta.

Definicija postupka

Procjena prsnog koša djeteta/adolescenta je postupak kojim se mjerjenjem, auskultacijom, perkusijom, inspekcijom te intervjuiranjem djeteta i/ili roditelja/skrbnika procjenjuje stanje prsnog koša.

Provoditelj postupka

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 10 minuta.

Svrha postupka

Svrha postupka je utvrđivanje zdravstvenog stanja djeteta/adolescenta i planiranje zdravstvene njegе.

Osnovna obilježja postupka

Procjena stanja prsnog koša djeteta je postupak prilikom kojeg medicinska sestra detaljno prikuplja podatke o stanju djeteta i njegovog prsnog koša. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjonom/razgovorom s djetetom i njegovim roditeljima/skrbnicima, promatranjem djeteta (inspekcija), mjerjenjem, palpacijom, auskultacijom i perkusijom. Detaljna procjena stanja provodi se prilikom primitka djeteta na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena ovisi o stanju djeteta. Na temelju prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze, planira se i provodi te evaluira zdravstvena njega.

Procjena:

- prisutnosti bola u prsnom košu djeteta
- stanja svijesti i mogućnosti komunikacije s djetetom (roditelji/skrbnici - sekundarni izvor podataka)
- zdravstvenog stanja i dobi djeteta
- djetetovog disanja
- vremena potrebnog za procjenu prostorije u kojoj se izvodi postupak (privatnost, mir)

- tjelesnog i psihomotornog razvoja djeteta, podnošenja napora
- anamnestičkih podataka od roditelja/skrbnika o mogućim alergijama, uzimanju lijekova, antibiotika, analgetika, protuupalnih lijekova, ostalih lijekova
- anamnestičkih podataka o operativnim zahvatima, traumama, dijagnostičkim postupcima (postojeća medicinska dokumentacija).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- slušalice
- digitalni ili ručni sat
- jednokratne PVC rukavice
- alkoholni dezinficijens za ruke
- centimetar
- paravan
- staničevina
- posuda za nečisto
- dokumentacija za upis podataka

IZVOĐENJE

- stati djetetuiza leđa i promatrati izgled, deformitete, položaj kralješnice, rebara, uvlačenje međurebrenih prostora pri disanju, a u slučaju uočavanja nakupina tkiva ili edema, utvrditi veličinu, oblik, karakteristike
- procijeniti ritam i frekvenciju disanja
- procijeniti pojavu kašla, iskašljavanja, bolova u prsima, karakteristike bola
- procijeniti kratkoću daha, tahipneju, dispneju, ortopneju
- procijeniti podnošenje napora u djeteta (hranjenje, hodanje...), prisutnost cijanoze, palpitacije - procjena prsne muskulature, kretanje mišića pri disanju, korištenje interkostalne muskulature
- procijeniti obrazac disanja, uočavati simetričnost dizanja prsnog koša i abdomena, „disanje trbuhom“
- procijeniti puls (radijalni i apikalni), uočiti ritam, frekvenciju, punjenost
- procijeniti periferno kapilarno punjenje - pritisnuti sternum djeteta ili jagodicu prsta u trajanju od 5 sekundi i brzim puštanjem promatrati promjenu boje, boja se vraća unutar 2 sekunde

4

PRIMJENA LIJEKOVA

STANDARDIZIRANI POSTUPAK „PET PRAVILA“ ZA PRIMJENU LIJEKOVA

Naziv postupka

Pet pravila ili „5P“ za primjenu lijekova.

Definicija postupka

Pet pravila je postupak čijim se odrednicama osigurava pravilna primjena lijeka.

Provoditelj postupka

Medicinska sestra/tehničar svih razina obrazovanja.

Trajanje izvođenje postupka

Provjera „pet pravila“ traje 2 minute.

Svrha postupka

Sigurna primjena svih pisano ordiniranih lijekova.

Osnovna obilježja postupka

Pet pravila je obavezni postupak koji mora provesti svaka medicinska sestra/tehničar prije primjene lijekova. Prije primjene lijekova pročitati upute o lijeku – prospekt, poštivati preporuke proizvođača i rok trajanja.

PLANIRANJE I IZVOĐENJE POSTUPKA

PRAVILA:

1. PRAVO DIJETE

- Identificirati dijete direktnim pitanjem: „Kako se zoveš?“. U slučaju nemogućnosti komunikacije s djetetom, provjeriti identitet provjerom dokumentacije, pomoću identifikacijske narukvice koja se nalazi oko djetetovog ručnog zgloba ili identifikacijske kartice koja se nalazi uz uzglavlje kreveta (matični broj, ime i prezime djeteta), komunikacijom s nazočnim roditeljem/skrbnikom.

2. PRAVI LIJEK

- Usporediti ime propisanog lijeka s imenom lijeka na originalnom pakiranju.
- Provjeriti rok trajanja lijeka.
- Provjeriti izgled, boju, svojstva, miris lijeka...

3. PRAVA DOZA

- Odabrat i pripremiti propisanu dozu.
- Provjeriti ordiniranu dozu s uputama proizvođača (minimalna i maksimalna doza).

4. PRAVO VRIJEME

- Ordinirani lijek primijeniti u propisano vrijeme.

5. PRAVI NAČIN

- Provjeriti način primjene propisanog lijeka na terapijskoj listi.
- Usporediti ih s uputama koje se nalaze u originalnom pakiranju.
- Poštivati upute proizvođača (prije jela, tijekom jela i poslije jela).
- Dokumentirati primjenu lijeka.

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE INFUZIJE

Naziv postupka

Primjena lijekova i otopina infuzijom.

Definicija postupka

Primjena lijekova i otopina infuzijom je postupak kojim se navedene lijekovite tvari infuzijskim sustavom putem I. V. kanile, središnjeg venskog katetera ili „baby sustava“ primjenjuju direktno u venu, tj. u cirkulirajuću krv djeteta.

Provoditelj postupka

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva. Dijete tijekom postupka mora biti mirno, stoga po potrebi (ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta) prvostupniku/prvostupnici pomaže druga osoba koja je educirana za tehniku pridržavanja djeteta (druga medicinska sestra, roditelj/skrbnik...).

Trajanje izvođenja postupka

Izvođenje postupka traje 10 minuta, što uključuje pripremu i početak primjene infuzije.

Ukupno trajanje postupka primjene infuzijske otopine ovisi o vrsti, količini, koncentraciji lijeka i ordiniranom trajanju infuzije te potrebi uspostavljanja venskog puta.

Sukladno tome određuje se i vrijeme nadzora nad djetetom.

Svrha postupka

Primjena ordiniranog lijeka ili otopine, nadoknada cirkulirajućeg volumena i hranjivih tvari propisanih za intravensku primjenu te održavanje venskog puta.

Osnovna obilježja postupka

Primjenjuje se temeljem pisanog naloga liječnika u aseptičnim uvjetima. Infuzijom se daju tekućine i otopine kemijskih tvari koje se prema svom sastavu smiju primijeniti intravenski. Mogu biti raznih sastava i koncentracija. Daju se same ili s dodatkom lijekova. Pakirane su u staklenim ili plastičnim bocama različitih zapremnina. Primjenjuju venski pomoću infuzijskog seta (sustava s mogućnošću regulacije protoka, tj. broja kapi u minuti). 1 ml kristaloidne otopine sadrži oko 20 kapi, a koloidne oko 15 kapi. Primjena infuzije pomoću

perfuzora ili infuzomata omogućava precizno reguliranje protoka, što se u djece i preporučuje. Primjena infuzija može biti jednokratna, intermitentna ili trajna.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- kontraindikacija i prethodnih alergijskih reakcija na lijekove
- postojanja i prohodnosti venskog puta (C.V. kateter, I. V. kanila) u djeteta
- stanje djetetovih vena (veličina, elasticitet, položaj)
- stanja djetetove kože
- prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir)
- pet pravila za primjenu lijeka - „5P“.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- kolica ili poslužavnik
- alkoholni antiseptik za kožu
- jednokratne nesterilne rukavice
- pribor za uspostavu venskog puta, ako nije uspostavljen (poveska, igle, „baby sustavi“, I. V. kanila)
- set za infuziju
- pripremljen lijek za primjenu
- propisana infuzijska otopina sa čitljivom etiketom
- stalak za infuziju
- držač za bocu, ako je potrebno
- nesterilne loptice od gaze i sterilne kompresice veličine 5x5 cm
- zaštitni podložak
- sterilni čep (za primjenu infuzije putem kanile)
- hipoalergijski flaster
- fiziološka otopina
- sterilna štrcaljka odgovarajuće veličine
- sabirnik za oštре predmete
- posuda za nečisto

IZVOĐENJE

- u prostoru za pripremu lijeka pripremiti infuziju prema pisanom nalogu liječnika, primjeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način
- provjeriti rok valjanosti, izgled boce i pakiranja
- namjestiti držač na bocu (ako je potrebno)
- skinuti štitnik sa čepa boce
(dezinficirati čep ako se tijekom manipulacije onečisti)
- otvoriti pakiranje seta, izvaditi infuzijski set i zatvoriti regulator protoka
- skinuti štitnik i probosti čep na boci u aseptičnom uvjetima
- okrenuti bocu i objesiti je na stalak ili držač
- otvoriti otvor zraka na sistemu ako je potrebno (provjeriti zahtjeve boce: plastične ili neke druge i mogućnosti infuzijskog sistema)
- do pola napuniti komoricu sistema za infuziju otopinom
- otvoriti regulator protoka na sistemu i ispustiti zrak iz sistema za infuziju u posudu za nečisto
- zatvoriti regulator protoka
- ako ima mjehurića, kuckanjem po cjevčici istisnuti mjehuriće zraka prema komorici
- skinuti bocu sa stalka i odložiti na tacu
- dodati lijek u infuzijsku otopinu ako je propisano, provjeriti kompatibilnost lijeka i otopine
- pripremljeni lijek utisnuti u infuzijsku otopinu (lijek u štrcaljku navlačiti prema standardu)
- iglu odložiti u spremnik za oštari otpad, a štrcaljku u infektivni otpad
- napisati na bocu ime i prezime pacijenta, naziv i dozu dodanog lijeka, datum i sat te složiti na kolica s priborom za primjenu infuzije
- identificirati dijete, predstaviti se
- objasniti postupak (djetcetu i roditeljima/skrbnicima) i moguće nelagode te reakcije na lijek, dopustiti postavljanje pitanja
- prije primjene infuzije omogućiti djetcetu eliminaciju stolice i urina
- smjestiti dijete u udoban ili propisani (priljubljeni) položaj
- postaviti djetcetu ruku u potreban položaj za primjenu infuzije i staviti zaštitni podložak ispod ruke
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- staviti rukavice

- na stalak objesiti bocu s infuzijom
- ako postoji I. V. kanila, prije priključivanja infuzije dezinficirati je ispod čepa i oko čepa
- ispod kanile prije priključka staviti kompresicu
- provjeriti prohodnost postojećeg venskog puta ili osigurati venski put I. V. kanilom prema standardu
- odvojiti zaštitnu kapicu sa sistema i priključiti je na postojeći ili postavljeni venski put

PRIMJENA INFUZIJE PUTEM I. V. KANILE; AKO JE POTREBNO, UVESTI JE PREMA STANDARDU

- skinuti zaštitnu kapicu s infuzijskog seta i u aseptičnim uvjetima priključiti na I. V. kanilu (ako I. V. kanila postoji, dezinficirati je ispod čepa i oko čepa 3x, skinuti čep, odložiti ga u infektivni otpad, priključiti infuzijski set, podložiti ispod kanile sterilnu kompresu)
- regulirati protok infuzijske otopine regulatorom na sistemu ili infuzomatom
- fiksirati cjevčicu infuzijskog sistema za ruku 5 cm ispod priključka
- raspremiti pribor prema pravilima zdravstvene ustanove
- skinuti rukavice, dezinficirati i osušiti ruke
- pratiti stanje pacijenta i uočavati promjene tijekom trajanja infuzije te o njima izvijestiti liječnika
- dokumentirati postupak i stanje pacijenta

PROMJENA BOCE S INFUZIJSKOM OTOPINOM

- zatvoriti protok infuzije na regulatoru
- provjeriti kompatibilnost lijekova i infuzijskih otopina koje će se nastaviti nakon prethodne infuzije
- ako su lijekovi kompatibilni, izvaditi sistem iz boce iz koje je istekao lijek i u aseptičnim uvjetima utisnuti sistem u novu bocu
- bocu postaviti na stalak i regulirati protok infuzijske otopine
- upotrijebljenu bocu odložiti u otpad prema pravilima ustanove
- ako lijekovi koji se trebaju primijeniti nisu kompatibilni s prethodnom otopinom, postaviti novi sistem za infuziju kao što je navedeno u koracima 3 do 12

ZAVRŠETAK PRIMJENE INFUZIJE

- regulatorom zatvoriti protok u sistemu za infuziju
- staviti rukavice
- odvojiti infuzijski sistem od venskog puta
- zatvoriti ulaz na venskom sistemu

ODVAJANJE INFUZIJSKOG SISTEMA KADA JE INFUZIJA PRIMJENJIVANA PUTEM I.V.KANILE

- isprati I.V. kanilu s 2 ml - 5 ml fiziološke otopine (ovisno o dobi djeteta), štrcaljku odložiti u posudu za nečisto (prije odvajanja štrcaljke od kanile podignuti djetetovu ruku za 60°, odvojiti štrcaljku i zatvoriti kanilu sterilnim čepom - krv se u tom slučaju neće vraćati u kanilu, kanila će ostati prohodna)
- odvojiti infuzijski sistem i zatvoriti kanilu sterilnim čepom
- promijeniti prevoj kanile ako je kontaminiran krvlju
- pregledati okolinu ubodnog mjesta
- upotrijebjeni pribor raspremiti i odložiti u infektivni, odnosno oštri otpad
- skinuti rukavice
- dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati završetak primjene infuzijskih otopina, izgled ubodnog mjesta, moguće vađenje intranile
- pratiti pojavu mogućih reakcija; u slučaju pojave neželjenih reakcija obavijestiti liječnika i dokumentirati ih
- zabilježiti uočene podatke u sestrinsku dokumentaciju

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE KISIKA U TERAPIJSKE SVRHE

Naziv postupka

Primjena kisika u terapijske svrhe.

Definicija postupka

Primjena kisika u terapijske svrhe je postupak kojim se sprječava ili smanjuje hipoksija tkiva, a provodi se različitim tehnikama.

Provoditelj postupka

Medicinska sestra/tehničar.

Svrha postupka

Pravilnom primjenom kisika spriječiti ili smanjiti hipoksiju tkiva.

Trajanje izvođenja postupka

Za provođenje ovog postupka potrebno je 10 minuta ako je sustav za primjenu kisika centraliziran, a izvor kisika uz krevet djeteta ili 15 minuta ukoliko je izvor kisika potrebno dopremiti do kreveta djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Liječenje kisikom provodi se prema pisanoj odredbi liječnika u djeteta sa sniženim vrijednostima kisika. Normalan tlak kisika u arterijskoj krvi je između 11 kPa i 13 kPa. Ako je tlak ispod 9 kPa, govorimo o hipoksemiji. Hipoksija znači snižene vrijednosti kisika u tkivima.

Kisik se može davati primjenom:

1. Jednostavne maske za kisik koja omogućava koncentraciju kisika u udahnutom zraku u jednom intervalu od 35 % do 60 % kisika kod protoka od 5 l/min do 10 l/min.
2. Venturi maske kojom dosežemo koncentraciju kisika u udahnutom zraku u jednom intervalu od 24 % do 60 % kisika kod protoka od 2 l/min do 15 l/min. Služi za „osjetljivu“ regulaciju protoka kisika.
3. Maske visoke inspiratorne koncentracije s vrećicom (spremnikom za kisik) kojima se doseže koncentracija kisika od 60 % do 95 %.

4. Nosnih katetera koji su jednostavni za uporabu. Protok od 2 l/min omogućava koncentraciju kisika u hipofarinksu od 25 % do 30 %.

Primjenjuju se jednostruki i dvostruki - binazalni nosni kateteri. Jednostruki ili nazofaringealni kateteri su dugi približno 40 cm, savitljivi su i na kraju imaju nekoliko rupica. Stavljuj su u jednu nosnicu do orofarINKSA ili u kanilu. Moraju se mijenjati svakih 12 sati, a u slučaju pojačane sekrecije iz nosa i češće. Dvostruki ili binazalni kateteri imaju dva izvora kisika i stavljuj se u obje nosnice. Tijekom primjene katetera dijete može govoriti, kašljati, kihati, jesti. Primjenjuju se u djece koja nisu u hiperkapniji. Kroz nosni kateter postiže se koncentracija kisika do 40 %.

Kako bi terapija bila uspješna, maske moraju biti odgovarajuće veličine i dobro prianjati uz djetetovo lice, a kateteri moraju biti odgovarajuće širine/dužine i postavljeni dovoljno duboko u djetetove nosnice. Nosnice moraju biti prohodne i čiste.

Kisik se dozira u litrama na minutu - FiO₂/min. Ako se koristi komprimirani kisik iz boce, postavlja se zabrana istovremene primjene kisika i otvorene vatre. Na boci je pričvršćen reduksijski ventil, a boca je pričvršćena na stalak uza ili za zid. U prostoriji gdje se primjenjuje kisik ne smije se koristiti otvoreni plamen (plin, upaljač). Za vrijeme primjene kisika ne smiju se koristiti masti i kreme za njegu lica i tijela (opasnost od opekomina). Manometre nakon uporabe oprati, dezinficirati, osušiti i suhe ih pospremiti u odgovarajuće vrećice ili prema protokolima ustanove. Ovlaživače nakon uporabe oprati, osušiti, staviti u vrećicu za sterilizaciju i sterilizirati ih te pospremiti prema protokolima ustanove. U slučaju korištenja jednokratnih ovlaživača postupati prema uputama proizvođača.

Cijevi od izvora kisika do katetera mijenjaju se svaka 24 sata.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- sluznica nosne i usne šupljine djeteta
- prohodnosti nosne šupljine djeteta
- prohodnosti dišnih putova djeteta
- ispravnosti aparature i izvora kisika
- prohodnosti katetera
- 5 pravila za primjenu lijeka.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- nosni kateter (orofaringealni ili binazalni) ili maska odgovarajuće veličine, različiti nastavci za maske
- alkoholni dezinficijens za ruke
- ovlaživač s redestiliranom vodom
- hipoalergijski flaster za učvršćivanje orofaringealnog ili binazalnog katetera
- papirnate maramice
- gel na bazi vode
- bubrežasta posuda
- manometar
- alkohol
- smotuljci vate
- staničevina

PRIMJENA KISIKA PUTEM OROFARINGEALNOG KATETERA

- predstaviti se, identificirati dijete, objasniti postupak, moguće reakcije na lijek, dopustiti pitanja
- primijeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način
- osigurati privatnost
- dezinficirati i osušiti svoje ruke
- u ovlaživač uliti vodu između oznake MIN i MAX
- provjeriti protok kisika
- dati djetetu papirnati ručnik da ispuše nos, pomoći mu ako ne može samo
- provjeriti cjelovitost sluznice nosa; ako je oštećena, mijenjamo pristup primjene kisika
- smotuljcima vate natopljenim alkoholom očistimo nečistoću s kože čela i nosa
- izmjeriti dužinu katetera od vrha nosa do ušne resice
- navlažiti nosni kateter gelom ili vodom
- nosni kateter nježno, u luku uvesti u nosnicu

- zamoliti dijete (ovisno o dobi) da proguta slinu i utvrditi kako vrh katetera ne izaziva podražaj na povraćanje
- pričvrstiti kateter malim komadom hipoalergijskog flastera za nos i čelo (paziti da kateter ne vuče nosnicu prema gore)
- pripremiti izvor kisika te kateter spojiti s izvorom kisika
- otvoriti izvor kisika pazeći da sredina kuglice lebdi na ordiniranoj količini protoka
- provjeriti ispravnost sustava i protoka
- oprati i osušiti ruke
- dokumentirati protok kisika i stanje djeteta
- mijenjati nosni kateter svakih 12 sati, u slučaju jače sekrecije i ranije

PRIMJENA KISIKA PUTEM NAZALNOG KATETERA

- primijeniti postupke od 1 do 9 kao kod primjene kisika putem orofaringealnog katetera
- vrhove nosnog katetera namjestiti u obje nosnice
- kateter staviti iza oba uha i pod bradu djeteta te pričvrstiti oba kraka pomičnom omčicom koja je na cijevi katetera
- otvoriti izvor kisika pazeći da sredina kuglice lebdi na ordiniranoj količini protoka
- provjeriti ispravnost sustava i protoka
- oprati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati protok kisika i stanje djeteta
- binazalni kateter mijenjamo svakih 7 dana ili po potrebi
- nakon završene terapije kateter odložiti u komunalni otpad

PRIMJENA KISIKA PUTEM VENTURI MASKE

- primijeniti postupke od 1 do 9 kao kod primjene kisika putem orofaringealnog katetera
- izabrati odgovarajuću veličinu maske s obzirom na djetetovo lice
- izabrati nastavak koji odgovara ordiniranoj koncentraciji kisika
- pripremiti izvor kisika
- spojiti izvor kisika s cijevima i maskom
- otvoriti izvor kisika
- namjestiti protok kisika prema pravilima na venturi maski

- namjestiti masku na djetetovo lice, preko nosa i pod bradu, a elastičnu vrpcu staviti oko glave iznad ušiju
- metalni dio namjestiti uz nos da dobro prianja, ali ne pritišće
- zaštititi uške od jakog pritiska i provjeravati njihov izgled
- raspremiti upotrijebljeni materijal
- oprati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati protok kisika i stanje djeteta
- masku svaki dan zamijeniti
- cijevi od izvora kisika do katetera mijenjaju se svaka 24 sata

PRIMJENA KISIKA PUTEM MASKE VISOKE INSPIRATORNE KONCENTRACIJE

- primijeniti postupke od 1 do 9 kao kod primjene kisika putem orofaringealnog katetera
- odabrat odgovarajuću veličinu maske s obzirom na djetetovo lice
- pripremiti izvor kisika
- spojiti izvor kisika s cijevima i maskom
- otvoriti izvor kisika
- provjeriti spojeve izvora kisika s cijevima i maskom
- namjestiti protok kisika da se vrećica napuni do polovice
- namjestiti masku na lice djeteta, preko nosa i ispod brade
- namjestiti metalni dio oko nosa, mora dobro prianjati, ali ne pritisnati
- elastičnu vrpcu staviti oko glave, iza ušiju tako da ne žulja; provjeravati uške
- ujednačiti protok kisika tako da je vrećica stalno puna do polovice
- raspremiti pribor
- oprati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati protok kisika i stanje djeteta
- pratiti pojavu mogućih neželjenih reakcija, obavijestiti liječnika i evidentirati ih
- često provjeravati vrećicu: ukoliko se u njoj skuplja voda, treba je isprazniti i mijenjati svaki dan kako bi se izbjeglo razmnožavanje bakterija

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA NA USTA

Naziv postupka

Primjena lijeka na usta.

Definicija postupka

Postupak primjene ordiniranog lijeka na usta djeteta.

Provoditelj postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar.

Trajanje izvođenje postupka

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 15 minuta.

Svrha postupka

Sigurna primjena ordiniranih lijekova odobrenih za primjenu na usta djeteta.

Osnova obilježja postupka

Na usta se primjenjuju lijekovi u svrhu liječenja, prevencije bolesti ili zbog dijagnostičkih postupaka. Primjenjuju se na pisani nalog liječnika poštujući 5P standard. Lijek može biti u krutom i tekućem obliku (tablete, kapsule, dražeje, kapi, otopine, prašci, lingvalete itd). Ako se lijek priprema u ljekarni ili u prostoriji za pripremu lijekova, tada svaki lijek mora biti pakiran zasebno za svako dijete prema standardu 5P.

Lijek koji primjenjujemo djetetu na usta najčešće je u obliku sirupa.

Procjena:

- utvrđivanje identiteta djeteta
- utvrđivanje indikacije za propisani postupak
- procjena psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- stanja usne šupljine djeteta
- djetetove mogućnosti gutanja
- mogućih ranijih alergijskih reakcija djeteta na lijek
- procjena prostora za primjenu (bez nepotrebnih dodatnih aktivnosti)
- 5 pravila za primjenu lijeka - 5P.

PLANIRANJE I IZVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA

- taca
- posudica, žličica, dozirna štrcaljka, slamka (ovisno o obliku i načinu primjene lijeka)
- čaša ili djetetova bočica vode, čaja ili soka
- topla voda, tekući sapun, staničevina/papirnata kompresa
- dezinficijens za ruke
- posuda za nečisto

IZVOĐENJE POSTUPKA

- oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- provjeriti pisanu odredbu liječnika
- primijeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način
- lijek izravno uzeti iz originalnog pakiranja žličicom ili ga istresti u predviđenu posudicu (ne dirati rukama), dojenčadi tablete dajemo u obliku sirupa ili praška (galenski pripravak bolničke ljekarne)
- tablete ili kapsule ne smiju se nepropisanim postupcima usitnjavati, otvarati itd. ukoliko isto nije prethodno liječnički ordinirano ili predviđeno pisanim uputom lijeku
- odnijeti lijek na taci u djetetovu sobu
- identificirati dijete, objasniti postupak u skladu s dobi, dopustiti djetetu postavljanje pitanja
- podignuti dijete u odgovarajući položaj - dojenče i malo dijete možemo staviti u krilo ili mogu ležati na leđima s podignutim uzglavljem, a veća djeca trebaju sjediti u krevetu prilikom primjene lijeka
- staviti određenu količinu lijeka na žličicu ili štrcaljku, dati djetetu malo vode ili soka; najbolje mjesto za unos lijeka na taj način djetetu je sa strane prema unutarnjoj površini obraza
- ostati uz dijete dok ne popije lijek, provjeriti je li popilo lijek; ako je dijete ispljunulo ili povratilo lijek, nakon kraćeg vremena treba ponoviti postupak u skladu s liječničkom odredbom
- većoj djeci lijek dati kao i odraslima, uz pripremu u skladu s dobi
- smjestiti dijete u udoban položaj, oprati, osušiti ruke
- evidentirati vrijeme primjene lijeka, pratiti reakcije na lijek
- obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i evidentirati ih u sestrinsku dokumentaciju

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA PUTEM PERIFERNE INTRAVENSKE (I. V.) KANILE

Naziv postupka

Primjena lijeka putem periferne intravenske (I.V.) kanile.

Definicija postupka

Primjena lijekova i otopina putem I.V. kanile je postupak kojim se navedene lijekovite supstance štrcaljkom primjenjuju direktno u venu, tj. u cirkulirajuću krv.

Provoditelj postupka

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva. Dijete tijekom postupka mora biti mirno, stoga po potrebi (ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta) prvostupniku/prvostupnici pomaže druga osoba koja je educirana za tehniku pridržavanja djeteta (druga medicinska sestra, roditelj/skrbnik...).

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka najčešće je potrebno 10 - 30 minuta, ovisno o propisanoj dozi lijeka i propisanom vremenu primjene. Lijek se putem periferne I.V. kanile, ukoliko je propisano, može primjenjivati i kontinuirano tijekom 24 sata.

Svrha postupka

Primjena ordiniranog lijeka ili otopine odobrene za intravenoznu primjenu.

Osnovna obilježja postupka

Putem periferne I.V. kanile lijek se primjenjuje temeljem pisanog naloga liječnika. Lijek se primjenjuje polako (1 ml/1 min) ako nije drugačije ordinirano (određeni se lijekovi ordiniraju i primjenjuju u vrlo brzim bolus dozama) u strogo aseptičnim uvjetima. Za precizno reguliranje protoka lijeka tijekom određenog vremena primjenjuju se aparati infuzomati ili perfuzori. Lijek se ne smije primijeniti u upaljenu venu. Prije primjene lijeka štrcaljkom od 2 ml aspirirati krv iz I.V. kanile. Ako se pojavi krv u štrcaljci, I.V. kanila je prohodna i može se primijeniti ordinirani lijek. Zabranjeno je proštrcavati neprohodnu I.V. kanilu, već ju je potrebno zamijeniti. Nakon primjene lijeka I.V. kanilu treba proštrcati fiziološkom otopinom i zatvoriti sterilnim čepom.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- kontraindikacija i prijašnjih alergijskih reakcija na lijekove
- stanja djetetove vene (upale, elasticitet...)
- stanja prijevoja i kanile
- prostorije u kojoj se primjenjuje terapija
- pet pravila za primjenu lijeka - 5P.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA**PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA**

- poslužavnik
- alkoholni dezinficijens za kožu
- jednokratne nesterilne rukavice
- pripremljeni ordinirani lijek za primjenu
- smotuljci od gaze
- sterilne komprese veličine 5x5 cm
- sterilne štrcaljke
- fiziološka otopina
- sterilni zatvarač za I.V. kanilu
- hipoalergijski flaster
- sterilna prekrivka za zaštitu mjesta primjene I.V. kanile (prozirnica)
- zaštitni podložak
- spremnik za oštре predmete
- posuda za nečisto

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)

- primijeniti standardizirani postupak 5P za primjenu lijeka na siguran način
- osigurati privatnost
- dezinficirati i osušiti svoje ruke
- staviti rukavice
- smjestiti dijete u udoban položaj za I.V. primjenu lijeka
- inspekcijom i palpacijom provjeriti stanje I.V. kanile i vene
- djetetovu ruku smjestiti na zaštitni podložak
- dezinficirati predviđeno mjesto primjene lijeka - okolinu zatvarača (kožu ispod zatvarača, kanilu oko zatvarača)
- sterilnom kompresom podložiti ulaz u I.V. kanilu
- otvoriti kanilu, zatvarač odložiti u posudu za nečisto, kanilu spojiti sa štrcaljkom i aspirirati dok se ne pojavi krv
- odvojiti štrcaljku i odložiti u posudu za nečisto
- štrcaljku s lijekom spojiti na kanilu i polagano ubrizgavati lijek
- promatrati i procjenjivati stanje djeteta tijekom primjene lijeka (uočavati moguće promjene)
- nakon primjene lijeka odvojiti štrcaljku i odložiti je u posudu za nečisto
- isprati I.V. kanilu s 2 ml do 5 ml fiziološke otopine, štrcaljku odložiti u posudu za nečisto
- staviti sterilni zatvarač na kanilu
- promijeniti prijevoj kanile (sterilna prekrivka/prozirnica) ako je kontaminiran krvlju
- raspremiti upotrijebljeni pribor i odložiti u infektivni otpad
- skinuti rukavice
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati davanje lijeka, izgled vene, pratiti pojavu mogućih neželjenih reakcija na lijek (obavijestiti liječnika u slučaju njihove pojave i evidentirati pojedinosti u dokumentaciju zdravstvene njege)
- dokumentirati mogući prijevoj ili promjenu I.V. kanile

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U NOS DJETETA

Naziv postupka

Primjena kapi, spreja i masti u nos.

Definicija postupka

Primjena kapi, spreja i masti u nos je postupak kojim se lijekovi primjenjuju u nos djeteta u terapijske svrhe.

Provoditelj postupka

Jedna ili dvije medicinske sestre/dva tehničara (ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta – dijete tijekom postupka mora biti mirno)

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 7 minuta.

Svrha postupka

Sigurna primjena ordiniranih kapi, spreja i masti odobrenih za nazalnu uporabu.

Osnovna obilježja postupka

U nos se primjenjuju lijekovi u obliku kapi, spreja ili masti. Unatoč nesterilnoj sredini, lijekovi se moraju davati aseptičnom tehnikom. Primjenjuju se na pisani nalog lječnika. Svako dijete treba imati svoje pakiranje lijeka. Lijek nakon svake uporabe treba pohraniti prema uputama proizvođača. Pridržavati se roka trajanja i uputa za primjenu lijeka nakon otvaranja pakiranja, a na pakiranje upisati datum, vrijeme otvaranja i potpis medicinske sestre.

Procjena:

- prethodnih alergija na lijek
- prohodnosti nosnica i dišnih putova djeteta
- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- prostora za intervenciju (osvjetljenje, mir, toplina, čistoća)
- pet pravila za primjenu lijeka - 5P.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- ordinirani lijek sobne temperature
- staničevina
- sterilni štapići za nos
- fiziološka otopina
- jednokratne nesterilne rukavice
- antiseptik za ruke
- posuda za nečisto
- stol za intervencije
- jednokratni papirnat ručnik za brisanje površine
- jednokratna zaštita za strunjaču/stol za intervencije

IZVOĐENJE POSTUPKA

- utvrditi identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu, roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- primijeniti standardizirani postupak 5P za primjenu lijeka na siguran način
- osigurati privatnost
- zamoliti dijete da ispuše nos
- ako ne može ispuhati nos, onda to učini medicinska sestra na sljedeći način:
 - dezinficirati ruke i staviti rukavice
 - očistiti dostupni sekret iz nosa štapićem za nos navlaženim fiziološkom otopinom
 - rukavice i štapiće odložiti u posudu za nečisto
 - prema potrebi aspirirati nos po standardiziranom postupku
 - oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke

PRIMJENA KAPI U NOS

Dojenče i malo dijete

- primijeniti korake od 1 do 7
- dezinficirati i zaštititi strunjaču/stol za intervencije
- donijeti dijete i staviti ga u ležeći položaj na leđa na strunjaču/stol za intervencije
- svojim podlakticama držati djetetove ruke uz tijelo, a dlanovima držati glavu okrenutu za 45° na stranu u koju se kapaju kapi (ulijevo pri kapanju desne nosnice, udesno pri kapanju lijeve nosnice)
- držati vrh nosa i nježno uvesti kapaljku 5 mm – 7 mm unutar nosnice te usmjeriti prema lateralnoj nosnoj stijenci
- ukapati ordinirani broj kapi prvo u jednu pa u drugu nosnicu
- uspraviti i umiriti dijete ukoliko počne kašljati
- primiti dijete u položaj kolijevke sa spuštenom glavicom i pričekati 2 - 3 minute (sprječava se da otopina iscuri i omogućuje kapima prodiranje do najdubljih područja nosne šupljine)
- obrisati djetetov nos papirnatom maramicom/staničevinom
- smjestiti dijete u krevetić i podignuti zaštitnu ogradu
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak i reakcije djeteta

Školsko dijete i adolescent

- primijeniti korake od 1 do 7
- smjestiti dijete u ležeći ili sjedeći položaj, djetetovu glavu lagano zabaciti prema natrag
- lijek uzeti u dominantnu ruku i otvoriti pakiranje
- nedominantnom rukom nježno podići vrh djetetovog nosa
- aplicirati propisanu dozu lijeka
- ponoviti postupak i u drugoj nosnici
- zamoliti dijete da ostane u tom položaju 5 – 10 minuta
- upozoriti dijete da ne ispuhuje nos barem 20 minuta, dokumentirati postupak i reakcije djeteta
- oprati i osušiti svoje ruke

PRIMJENA LIJEKA U SPREJU U NOS

Školsko dijete i adolescent

- primijeniti korake od 1 do 7
- smjestiti dijete u Fowlerov položaj (ukoliko ne postoje kontraindikacije)
- zamoliti dijete da izdahne
- uzeti sprej u dominantnu ruku i otvoriti pakiranje
- zamoliti dijete da zatvori oči
- staviti vrh doze spreja unutar nosnice
- zamoliti dijete da udahne kroz nos, istovremeno s udahom uštrcati lijek u nosnicu
- lagano pritisnuti drugu nosnicu prstom nedominantne ruke
- ponoviti postupak u drugoj nosnici
- upozoriti dijete da ne ispuhuje nos barem 20 minuta
- obrisati vrh doze spreja kompresom namočenom u dezinficijens
- pustiti da se osuši i zatvoriti sprej
- dokumentirati postupak i reakcije djeteta
- oprati i osušiti ruke

DOJENČADI I MALOJ DJECI NE PRAKTICIRAMO PRIMJENU LIJEKA U NOS U OBLIKU SPREJA.

PRIMJENA MASTI U NOS

Dojenče i malo dijete

- primijeniti korake od 1 do 7
- dezinficirati i zaštititi strunjaču/stol za intervencije
- donijeti dijete i postaviti ga u ležeći položaj na leđa (na strunjaču/stol za intervencije)
- svojim podlakticama pridržavati djetetove ruke uz tijelo, a svojim dlanovima glavu
- druga medicinska sestra na sterilni štapić ili aplikator nanosi mast i aplicira mast najprije u jednu, a potom u drugu nosnicu (lagani kružni pokreti)
- ukoliko počne kašljati, uspraviti i umiriti dijete
- upotrijebljeni pribor odložiti u infektivni otpad

- smjestiti dijete u krevetić i podignuti zaštitnu ogradu
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak

Školsko dijete i adolescent

- primijeniti korake od 1 do 7
- smjestiti dijete u ležeći, sjedeći ili Fowlerov položaj
- na sterilni štapić nanijeti mast ili koristiti aplikator
- zamoliti dijete da diše na usta
- štapić ili aplikator nježno uvesti u nosnicu i kružnim pokretima premazati propisano područje
- upotrijebljeni pribor odložiti u infektivni otpad
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak i reakcije djeteta
- uočavati promjene u djeteta, obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i dokumentirati ih

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U OKO

Naziv postupka

Primjena kapi i masti u oko.

Definicija postupka

Primjena kapi i masti u oko je postupak kojim se lijekovi i dijagnostičke otopine primjenjuju u oko djeteta u terapijske i dijagnostičke svrhe.

Provoditelj postupka

Medicinska sestra/tehničar. Dijete tijekom postupka mora biti mirno, stoga po potrebi (ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta) medicinskoj sestri pomaže druga osoba koja je educirana za tehniku pridržavanja djeteta (druga medicinska sestra, roditelj/skrbnik...).

Trajanje izvođenja postupka

Postupak traje 6 minuta.

Svrha postupka

Sigurna primjena ordiniranih otopina i masti odobrenih za primjenu u oko.

Osnovna obilježja postupka

U oko se primjenjuju sterilne otopine i masti sobne temperature u svrhu lječenja/prevencije bolesti ili dijagnostičkih postupaka u uvjetima asepse. Primjenjuju se na pisani nalog lječnika na donju konjuktivu, odnosno kanal između bulbusa i konjektive s udaljenosti 2 - 3 cm kako se ne bi dodirnula rožnica. Svako dijete treba imati svoje pakiranje lijeka. Lijek nakon svake upotrebe treba pohraniti prema uputama proizvođača. Treba poštivati rok trajanja i upotrebe lijeka nakon otvaranja pakiranja, a na pakiranje upisati datum, vrijeme otvaranja, potpis medicinske sestre koja je otvorila lijek.

Procjena:

- prethodnih alergija na lijek
- stanje djetetovog oka (sekret, ostaci prethodno primijenjene lijekovite masti)
- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- prostora za intervenciju (čistoca, osvjetljenje, privatnost, toplina)
- pet pravila za primjenu lijeka - 5P.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- ordinirani lijek sobne temperature (na pakiranje upisati datum, vrijeme otvaranja, potpis medicinske sestre)
- sterilni smotuljci vate i sterilne komprese za oko
- hipoalergijski flaster
- fiziološka otopina
- jednokratne nesterilne rukavice
- dezinficijens/antiseptik za ruke
- posuda za nečisto
- strunjača/stol za intervencije
- dezinficijens za strunjaču/stol za intervencije
- jednokratno zaštitno platno za strunjaču/stol za intervencije
- staničevina

IZVOĐENJE POSTUPKA

- provjeriti identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- primijeniti protokol 5P za primjenu lijeka na siguran način
- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (osvjetljenje, bez jakog strujanja zraka)
- ako je potrebno, prethodno očistiti oko na sljedeći način:
 - a. staviti rukavice
 - b. sterilnim smotuljkom gaze navlaženim fiziološkom otopinom čistiti oko jednim potezom od vanjske strane oka prema nosu
 - c. po potrebi ponoviti čišćenje novim sterilnim smotuljkom gaze
 - d. korišteni pritor i materijal odložiti u posudu za nečisto i u infektivni otpad
- oprati/dezinficirati i osušiti ruke

Dojenče i malo dijete

- primijeniti korake od 1 do 6
- dezinficirati i zaštititi strunjaču/stol za intervencije

- donijeti dijete i staviti ga u ležeći položaj na leđa na strunjaču/stol za intervencije
- svojim podlakticama držati djetetove ruke uz njegovo tijelo, a svojim dlanovima držati djetetovu glavu
- Druga medicinska sestra treba:
 - u dominantnu ruku uzeti propisani lijek i otvoriti pakiranje
 - u nedominantnu ruku uzeti smotuljak gaze, lagano povući donji kapak prema dolje i učiniti dostupnom konjuktivnu vrećicu
 - dominantnom rukom primjeniti ordinirani lijek na konjuktivu
 - nakon primjene kapi ili masti zatvoriti djetetove vjeđe da bi spriječili istjecanje lijeka u idućih 5 do 10 minuta
 - ako je ordinirano, zatvoriti oko na prethodno naveden način
 - upotrijebjeni pribor odložiti u infektivni otpad
 - dijete smjestiti u krevetić i podignuti zaštitnu ogradu
 - oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
 - dokumentirati postupak i moguće reakcije.

Školsko dijete i adolescent

- primijeniti korake od 1 do 5
- smjestiti dijete/adolescenta u ležeći ili sjedeći položaj, glavu lagano zabaciti prema natrag
- u dominantnu ruku uzeti propisani lijek i otvoriti pakiranje
- u nedominantnu ruku uzeti smotuljak gaze, lagano povući donji kapak prema dolje i učiniti dostupnom konjuktivnu vrećicu
- zamoliti dijete/adolescenta da gleda prema gore
- dominantnom rukom primjeniti ordinirani lijek na konjuktivu
- nakon primjene zamoliti dijete/adolescenta da zatvori oko i miruje 10 - 20 minuta
- ako je ordinirano, zatvoriti oko – treba staviti sterilnu gazu na oko i učvrstiti je hipoalergijskim flasterom (ne lijepiti na obrve, ne komprimirati bulbus)
- upotrijebjeni pribor odložiti prema pravilima zdravstvene ustanove
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- pratiti pojavu mogućih neželjenih reakcija na lijek (obavijestiti liječnika u slučaju njihove pojave i evidentirati pojedinosti u dokumentaciju zdravstvene njege)

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U REKTUM

Naziv postupka

Primjena lijeka u rektum.

Definicija postupka

Primjena lijeka u rektum djeteta je postupak kojim se supozitoriji, kreme i otopine primjenjuju u terapijske svrhe.

Trajanje postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 7 minuta.

Svrha postupka

Sigurna primjena ordiniranih ljekovitih tvari odobrenih za rektalnu primjenu.

Provoditelj postupka

Jedna ili dvije medicinske sestre/dva tehničara (ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta – dijete tijekom postupka mora biti mirno).

Osnovna obilježja postupka

Ljekovi za rektalnu primjenu su najčešće u obliku supozitorija, krema s posebnim aplikatorom i otopina koje se primjenjuju u obliku klizme. Rektalno se primjenjuje najčešće radi lokalnog djelovanja ili za djelovanje na cijeli organizam (antipiretici, analgetici...). Prije primjene lijeka treba djetetu omogućiti eliminaciju stolice i urina ako se radi o djetetu starijeg uzrasta. Aplikator za primjenu lijeka i lijek koji se primjenjuje putem aplikatora koristi se samo za jedno dijete.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- prethodnih alergijskih reakcija
- stanja djetetove sluznice anusa i rektuma (upale, oštećenja, hemoroidi)
- prostora u kojem se izvodi postupak (temperatura, čistoća, osvjetljenje, privatnost)
- djetetove potrebe za defekacijom (ovisno o djetetovoj dobi)
- pet pravila za primjenu lijeka - 5P.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- jednokratne nesterilne rukavice
- dezinficijens za ruke
- lijek (aplikator ako je potrebno)
- kompresice s dezinficijensom za čišćenje aplikatora
- jednokratna PVC pregača
- lubrikant
- predložak po potrebi
- sterilna drvena špatula za nanošenje lubrikanta
- zaštitna kompresa
- papirnati ručnici
- posuda za nečisto
- noćna posuda po potrebi
- pribor za toaletu analne regije ili vlažne antiseptične maramice (ako je potrebno)
- paravan

IZVOĐENJE POSTUPKA

- primijeniti protokol 5P za primjenu lijeka na siguran način
- osigurati privatnost
- identificirati dijete, predstaviti se objasniti postupak u skladu s dobi, dopustiti pitanja
- oprati, osušiti svoje ruke, staviti rukavice
- staviti PVC zaštitnu pregaču
- postaviti zaštitnu kompresu ispod gluteusa (ako se daje mini klizma)
- smjestiti dijete u odgovarajući položaj - dojenče leži na leđima, jednom rukom pridržavamo djetetove nožice i lagano ih podignemo od površine, flektiramo/savijemo ih u koljenu i privučemo trbušnu djetetu, a veću djecu smjestimo u ležeći položaj, po mogućnosti na lijevi bok s desnom nogom savijenom preko lijeve
- skinemo pelene ili odjeću s analne regije
- ako je potrebno, učiniti toaletu analne regije

- uzeti lijek iz originalnog pakiranja i upotrijebiti lubrikant prema preporuci proizvođača (voda ili neki drugi lubrikant ako je potrebno)
- sterilnom špatulom staviti lubrikant na aplikator ili čepić
- nedominantnom rukom razdvojiti gluteuse, a dominantnom staviti lijek u rektum
- čepić umetnuti prstom kroz sfinkter u analni otvor
- predviđeni dio aplikatora staviti u rektum i utisnuti ordiniranu količinu lijeka
- ljekovita klizma se daje prema standardu za primjenu klizme
- stisnuti nježno gluteuse djeteta da dijete ne istisne lijek, preporuka je da dijete ostane u ležećem položaju (minimalno 5 do 10 minuta)
- staviti predložak, odjenuti dijete
- smjestiti dijete u udoban položaj
- upotrijebljeni pribor odložiti u posudu za nečisto i infektivni otpad
- raspremiti korišteni pribor
- skinuti rukavice, oprati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak
- uočavati neželjene reakcije na lijek, obavijestiti liječnika u slučaju pojave mogućih neželjenih reakcija i evidentirati ih u sestrinsku dokumentaciju

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U UHO

Naziv postupka

Primjena kapi i masti u ušni kanal ili na ušku.

Definicija postupka

Primjena kapi i masti i uho je postupak kojim se otopine ili masti primjenjuju u ušni kanal ili na ušku djeteta u terapijske svrhe.

Provoditelj postupka

Jedna ili dvije medicinske sestre/dva tehničara (ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta – dijete tijekom postupka mora biti mirno).

Trajanje postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 5 minuta. Ako se lijek primjenjuje u oba uha, postupak se izvodi 10 minuta.

Svrha postupka

Sigurna primjena ordiniranih otopina i masti propisanih za primjenu u ušni kanal.

Osnovna obilježja postupka

Lijek se primjenjuje u vanjski dio uha ili ušni kanal. Najčešće se koriste otopine/kapi i masti. Lijek se primjenjuje na pisani nalog liječnika u uvjetima asepse za slučaj oštećenja membrane timpani i mogućnosti prodora u unutarnje uho. Svako dijete mora imati svoje pakiranje lijeka s datumom i vremenom otvaranja te potpisom medicinske sestre koja je taj lijek otvorila. Prema pisanim uputama proizvođača treba se pridržavati roka trajanja, upotrebe i skladištenja lijeka. Otopine/kapi/masti koje se daju djetetu ne smiju biti preniske ili previsoke temperature. Prehladne otopine/kapi/masti moguće je utopliti u dlanu ruke (tjelesna temperatura). Prije primjene lijeka uho se pregledava. Ako je potrebno, ušni kanal i uška nježno se očiste od sekreta (smotuljkom komprese navlaženim fiziološkom otopinom).

Procjena:

- prethodnih alergijskih reakcija na lijek
- stanja djetetovog vanjskog uha (sekret, ostaci prethodno primijenjene lijekovite masti)
- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir)
- pet pravila za primjenu lijeka - 5P.

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- taca
- ordinirani lijek (na pakiranje upisati datum, vrijeme otvaranja, potpis medicinske sestre)
- fiziološka otopina (zagrijana na temperaturu tijela)
- smotuljci komprese (sterilne)
- mrežica za fiksiranje smotuljka gaze ili komprese
- jednokratne nesterilne rukavice
- posuda za nečisto
- dezinficijens za ruke

IZVOĐENJE

- utvrditi identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- primijeniti standardizirani postupak 5P za primjenu lijeka na siguran način
- osigurati privatnost
- smjestiti dijete (dojenče) u ležeći bočni položaj, pridržavati rukama djetetovu glavu (druga medicinska sestra, roditelj/skrbnik), a ukoliko je dijete starije dobi, može sjediti ili ležati na boku i držati glavu nagnutu u stranu
- dezinficirati i osušiti svoje ruke
- povući nježno djetetovu ušku prema natrag i gore te lijek (kapi ili mast) usmjeriti u zvukovod ne dodirujući kožu djeteta aplikatorom

- nakon primjene lijeka dijete treba ostati u istom položaju kao i prilikom ukapavanja još jednu minutu
- smotuljak komprese stavimo u ušku, na ulaz u zvukovod i po potrebi fiksiramo mrežicom
- smjestiti dijete u udoban položaj
- raspremiti korišteni pribor
- oprati i dezinficirati svoje ruke
- uočavati moguće promjene na djetetu (nemir, dezorientiranost, šum u ušima...)
- obavijestiti liječnika u slučaju neželjenih reakcija
- dokumentirati postupak, vrijeme primjene lijeka i moguće reakcije u sestrinsku dokumentaciju

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U VENU - INTRAVENSKA INJEKCIJA (I. V.) POMOĆU IGLE ILI BABY SISTEMA

Naziv postupka

Intravenska injekcija.

Definicija postupka

Intravenska primjena lijekova, otopina ili dijagnostičkih otopina je način primjene lijeka pomoću igle ili baby sistema i štrcaljke direktno u venu ili cirkulirajući krv.

Provoditelj postupka

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva. Dijete tijekom postupka mora biti mirno, stoga po potrebi (ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta) prvostupniku/prvostupnici pomaže druga osoba koja je educirana za tehniku pridržavanja djeteta (druga medicinska sestra, roditelj/skrbnik...).

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 15 - 25 minuta, ovisno o lijeku i propisanom vremenu davanja.

Svrha izvođenja postupka

Sigurna primjena ordiniranog lijeka ili otopine propisane za intravensku primjenu.

Osnovna obilježja postupka

Lijek se intravenski primjenjuje na pisani nalog liječnika u strogo aseptičnim uvjetima, polako (1 ml/1 min) ako nije drugaćije ordinirano. Djelovanje lijeka, kao i pojave poželjnih i nepoželjnih učinaka, počinje istovremeno s davanjem lijeka. Za izvedbu ovog postupka potrebno je poznavati anatomiju krvožilnog sustava i farmakologiju, kao i posjedovati vještinsku pronalaženja ubodnog mjesta za primjenu lijeka. Nepravilno primijenjen lijek dovodi do oštećenja tkiva i izaziva bol. Preporučuje se koristiti vene gornjih ekstremiteta (kubitalna, cefalična ili bazilična vena podlaktice, vene dorzuma šake, metakarpalne vene). U novorođenčadi moguće je lijek intravenski oprezno primijeniti u površne vene vidljive na glavi djeteta. Ne preporučuje se davati lijekove u ekstremitete gdje je oštećena periferna cirkulacija s AV fistulom i limfedemom. Iglu treba uvesti kroz kožu 1 cm ispod mjesta ulaska u venu pod kutom 15° - 30° s vrhom igle okrenutim prema gore. Ovisno o dubini vene nakon probijanja kože, kut ulaska igle u venu treba smanjiti za 10° . Za intravensku primjenu lijeka mogu

se koristiti igle, I.V. kanile, I.V. kateteri, baby sistemi različitih veličina, a veličina se određuje prema lumenu krvne žile, brzini protoka lijeka i ordiniranom lijeku.

Procjena:

- kontraindikacija i prijašnjih alergijskih reakcija na lijekove
- stanje djetetovih vena (veličina, elasticitet, položaj)
- stanja kože ubodnog mjesta i mjesta prethodnih uboda
- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir)
- pet pravila za primjenu lijeka - 5P.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- poveska
- štrcaljka s pripremljenim lijekom
- dezinficijens za kožu
- jednokratne nesterilne rukavice
- sterilni smotuljci vate ili gaze
- hipoalergijski flaster
- zaštitni podložak
- spremnik za oštре predmete
- posuda za nečisto

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- primijeniti standardizirani postupak 5P za primjenu lijeka na siguran način
- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (čistoća, osvjetljenje, mir)
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- staviti rukavice

- pripremljeni lijek s priborom staviti nadohvat ruke, pokraj djeteta
- smjestiti dijete u udoban položaj za odabir vene i izvedbu postupka te mu, ovisno o dobi, omogućiti sudjelovanje u odabiru vene
- ruku djeteta smjestiti na čvrstu podlogu i podložiti zaštitnim podloškom
- inspekcijom i palpacijom odabratи najpovoljniju venu, po mogućnosti venu nedominantne ruke
- povesku vezati oko 5 cm do 10 cm iznad mjesta uboda (poveska se ne koristi ukoliko se bodu vidljive površne vene na glavi djeteta)
- palpirati bilo; ako nije prisutno, opustiti povesku
- palpirati odabranu venu
- dezinficirati kožu kružnim pokretima od središta prema periferiji barem tri puta, pričekati 15 - 30 sekundi (sušenje kože)
- dominantnom rukom uzeti štrcaljku s iglom, skinuti štitnik s igle
- nedominantnom rukom pridržati djetetovu ruku i zategnuti kožu
- ubosti kožu pod kutom od 15° do 30° 1 cm ispod mjesta ulaska u venu, spustiti iglu za 10° i ući u lumen vene 0,5 cm – 1 cm
- aspirirati; ako se pojavi krv, otpustiti povesku
- polako uštrcavati lijek (1 ml/1 min) ako nije drugačije propisano
- pitati dijete osjeća li bol ili pečenje/pratiti neverbalne znakove i simptome bola (ovisno o dobi i stanju djeteta)
- promatrati mjesto uboda radi eventualne primjene lijeka uz venu - ekstravazacija (pojava crvenila i edema uz venu)
- promatrati dijete (izgled lica, reakcije, puls, s djetetom voditi primjereno razgovor - ako je moguće)
- nakon primjene lijeka lagano pritisnuti mjesto uboda suhim sterilnim smotuljkom gaze, izvaditi iglu
- pritisnuti gazu, držati 3 minute, u slučaju produženog krvarenja duže
- pričvrstiti gazu hipoalergijskim flasterom
- ukloniti gazu i flaster nakon 5 minuta i odložiti u infektivni otpad
- odložiti iglu i štrcaljku u spremnik za oštре predmete (štitnik ne vraćati na iglu)
- raspremiti upotrijebljeni pribor i odložiti u infektivni otpad
- skinuti rukavice i odložiti ih u posudu za nečisto i infektivni otpad
- dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak, vrijeme primjene lijeka i stanje djeteta
- promatrati dijete do 30 minuta nakon primjene lijeka
- pratiti pojavu mogućih neželjenih reakcija na lijek (obavijestiti liječnika u slučaju njihove pojave i evidentirati pojedinosti u dokumentaciju zdravstvene jege)

STANDARDIZIRANI POSTUPAK LOKALNE PRIMJENE LIJEKA NA KOŽU (KREMA, MAST, LOSION, GEL, SPREJ, FLASTER)

Naziv postupka

Primjena lijeka na kožu.

Definicija postupka

Postupak primjene ordiniranog lijeka lokalno na kožu djeteta.

Provoditelj postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar.

Trajanje izvođenje postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 15 minuta.

Svrha postupka

Sigurna primjena ordiniranih lijekova odobrenih za primjenu na kožu djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Lijekovi se primjenjuju na kožu djeteta pretežno radi lokalnog učinka. Najčešće u obliku ljekovitih masti, krema, losiona, gelova, ulja itd. Ponekad lijek primijenjen lokalno na kožu ili sluznicu može prodrijeti u dublje slojeve tkiva kada dolazi do resorpcije ljekovite komponente, što dovodi do sistemskog djelovanja lijeka. Sve je učestalija transdermalna primjena lijekova: kada se ljekovita komponenta oslobađa iz specijalnog flastera i ulazi direktno u krvotok (primjerice, lijekovi protiv jakih bolova). Na ovaj način lijek ne prolazi kroz želudac i jetru, a time se izbjegavaju moguće promjene koje bi mogle smanjiti djelotvornost lijeka i izbjegava se štetno nadraživanje sluznice želuca. Lijekovi se primjenjuju na pisani nalog liječnika poštujući 5P standard. Ako se lijek priprema u ljekarni ili u prostoriji za pripremu lijekova, tada svaki lijek mora biti pakiran zasebno za svako dijete prema standardu 5P.

Procjena:

- utvrđivanje identiteta djeteta
- utvrđivanje indikacije za propisani postupak
- procjena psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)

- prisutnost krvi, sekreta ili tjelesnih tekućina na mjestu primjene lijeka
- prisutnost crvenila, svrbeži i drugih kožnih promjena
- mogućih ranijih alergijskih reakcija djeteta na lijek
- procjena prostora za primjenu (bez nepotrebnih dodatnih aktivnosti).

PLANIRANJE I IZVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA

- taca
- lijek (krema, losion, mast, sprej, flaster...)
- sterilne komprese
- aplikatori (štapići/špatule obložene gazom)
- posuda tople vode i trljačica
- tekući sapun, papirnatni ručnik
- nesterilne/sterilne jednokratne rukavice
- zavoj ili druga vrsta fiksatora (prema potrebi)
- dezinficijens za ruke
- posuda za nečisto

IZVODENJE POSTUPKA

- provjeriti pisani odredbu liječnika
- identificirati dijete, objasniti postupak u skladu s dobi, dopustiti pitanja
- primijeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način
- oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- staviti jednokratne rukavice
- odabrati mjesto davanja lijeka
- područje primjene lijeka oslobođiti odjeće
- kožu očistiti topлом vodom, tekućim sapunom i trljačicom
- kožu osušiti papirnatim ručnikom tapkanjem (ne trljati kožu djeteta)
- lijek izravno aplicirati iz originalnog pakiranja
- primjenom štapića/špatule obložene gazom nježno nanijeti lijek na kožu
- područje kože tretirane lijekom prekriti sterilnom kompresom
- skinuti rukavice
- smjestiti dijete u udoban položaj
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- evidentirati vrijeme primjene lijeka, pratiti reakcije na lijek
- obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i evidentirati ih

STANDARDIZIRANI POSTUPAK NAVLAČENJA LIJEKA IZ BOČICE I AMPULE

Naziv postupka

Navlačenje lijeka iz boćice i ampule.

Definicija postupka

Navlačenje lijeka iz boćice ili ampule pomoću igle i štrcaljke za subkutanu, intrakutanu, intramuskularnu i intravenoznu primjenu.

Provoditelj postupka

Postupak provodi jedna medicinska sestra/tehničar - prema kompetencijama.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 5 minuta, ovisno o količini i pripravku lijeka.

Svrha postupka

Priprema pisano ordiniranog lijeka ili otopine metodom navlačenja u štrcaljku ili infuzijsku bocu u aseptičnim uvjetima.

Osnovna obilježja postupka

Lijek može biti u boćicama i ampulama, kao gotov pripravak ili u obliku praha koji otapamo prije navlačenja u štrcaljku ili infuzijsku bocu. Lijek je potrebno primijeniti odmah nakon navlačenja. Ukoliko je potrebna određena količina lijeka iz boćice/ampule, potrebno je koristiti iglu s filtrom koja ostaje u boćici. Tako pripremljen lijek može se čuvati prema priloženim pisanim uputama u pakiranju lijeka (prospekt), a baca se nakon 24 sata. Na boćici obavezno napisati vrijeme i datum otvaranja ili otapanja lijeka, količinu preostalog lijeka u boćici/ampuli i potpis medicinske sestre koja je otvarala lijek. Ukoliko je potrebno otapanje lijeka s količinom otapala više od 50 ml, koristi se igla s dva oštra vrha - pretakač.

Procjena:

- ispravnosti pakiranja lijeka
- provjera naziva lijeka
- provjera roka upotrebe/valjanosti lijeka

- načina primjene i koncentracije otopine prema uputi na prospektu i usporedba s pisanom odredbom liječnika
- izgleda otopine (organoleptička svojstva, ne isprobavati okus)
- radnog prostora i površine za provedbu postupka (mikroklimatskih uvjeta, osvjetljenja, mira).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik ili kolica za terapiju
- lijek
- sredstvo za dezinfekciju površina
- štrcaljka i igla potrebnog lumena i veličine
- smotuljci vate ili gaze
- alkoholni dezinficijens za ruke
- posuda za nečisto
- sabirnik za oštare predmete

IZVOĐENJE

NAVLAČENJE LIJEKA IZ AMPULE

- oprati ili dezinficirati i osušiti svoje ruke
- iz gornjeg dijela ampule polukružnim pokretom istresti lijek u donji dio ampule
- smotuljcima vate natopljenim u dezinfekcijsko sredstvo dezinficirati vrat ampule
- odlomiti vrat ampule prema oznaci na vratu ampule
- spojiti iglu sa štrcaljkom, uroniti iglu u ampulu do dna ampule, navući lijek
- ne izvlačeći iglu iz ampule okrenuti štrcaljku okomito i istisnuti mjehuriće zraka u ampulu pazeći da se ne istiskuje lijek
- upotrijebljenu iglu odložiti u spremnik za oštare predmete
- staviti sterilnu iglu odgovarajućeg lumena sa štitnikom na štrcaljku, ampulu sačuvati do završetka aplikacije lijeka, potom je odložiti u sabirnik za oštare predmete
- nakon navlačenja lijeka oprati i osušiti ruke

NAVLAČENJE LIJEKA IZ BOČICA S PRAHOM I GUMENIM ČEPOM

- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- odstraniti aluminijski ili plastični poklopac s boćice
- dezinficirati čep boćice smotuljkom vate ili gazicom natopljenom dezinfekcijskim sredstvom
- u štrcaljku navući propisanu količinu otapala
- uvesti iglu kroz gumeni čep u boćicu i utisnuti otapalo
- ostaviti iglu i štrcaljku u boćici (u štrcaljku će ući nešto zraka zbog povećanog pritiska u boćici - ne odvajati iglu od štrcaljke i boćice)
- lagano rotirati boćicu i pričekati da se lijek otpipi
- držati boćicu okomito klipom štrcaljke prema dolje
- zrak iz štrcaljke istisnuti u boćicu
- pažljivo povući iglu do razine čepa
- lagano navući lijek u štrcaljku i istisnuti preostali zrak natrag u boćicu
- odvojiti iglu od štrcaljke i boćice, odložiti je u spremnik za oštare predmete
- staviti sterilnu iglu odgovarajućeg lumena sa štitnikom na štrcaljku
- sačuvati boćicu do kraja aplikacije lijeka
- nakon navlačenja lijeka oprati i osušiti svoje ruke

NAVLAČENJE GOTOVIH LIJEKOVA/OTOPINA IZ BOČICA S GUMENIM ČEPOM

- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- odstraniti aluminijski ili plastični poklopac s boćice
- dezinficirati gumeni čep na boćici
- spojiti iglu i štrcaljku
- okrenuti boćicu okomito, čepom prema dolje
- iglom i štrcaljkom probosti gumeni čep boćice (igla mora probušiti samo stijenu čepa)
- navući potrebnu količinu lijeka
- nakon uzimanja željene količine lijeka boćicu okrenuti prema dolje
- izvaditi iglu sa štrcaljkom
- korištenu iglu odložiti u spremnik za oštare predmete
- staviti sterilnu iglu odgovarajućeg lumena sa štitnikom na štrcaljku
- okrenuti štrcaljku iglom prema gore i istisnuti preostali zrak
- boćicu sačuvati do kraja aplikacije lijeka, potom je odložiti u sabirnik za oštari otpad
- nakon navlačenja lijeka oprati i osušiti ruke

Pri pripremi lijeka mogu se koristiti određene formule za razrjeđivanje lijekova, npr.:

ordinirana doza lijeka (koju trebamo dati)

=

doza lijeka koja je tražena/pakirana doza lijeka × razrjeđenje

Primjer 1:

Lijek i pakiranje: ceftriaxon lagena 1000 mg

Ordinirana doza: ceftriaxon 300 mg

= $300/1000 = 0,3 \times 10 \text{ ml}$ (razrjeđenje) = 3 ml, tj. 300 mg ordinirane doze Ceftriaxona

Primjer 2:

Lijek i pakiranje: Ketocef lagena 750 mg

Ordinirana doza: Ketocef 150 mg

= $150/750 = 0,2 \times 7,5 = 1,5 \text{ ml}$, tj. 150 mg ordinirane doze Ketocefa

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA POD KOŽU - SUPKUTANA INJEKCIJA

Naziv postupka

Primjena lijeka pod kožu - supkutana injekcija (s.c. injekcija).

Definicija postupka

Supkutana injekcija je način primjene lijekova i drugih otopina iglom i štrcaljkom u potkožno tkivo.

Provoditelj postupka

Jedna do dvije medicinske sestre/dva tehničara (ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta – dijete tijekom postupka mora biti mirno).

Trajanje postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 5 minuta, a u slučaju gotovog pripravka 15 minuta, računajući pripremu.

Svrha postupka

Sigurna primjena ordiniranog lijeka ili otopine odobrene za supkutano davanje.

Osnovna obilježja postupka

Lijek se primjenjuje temeljem pisanih naloga liječnika injiciranjem u sloj između mišića i kože u aseptičnim uvjetima. Lijek se primjenjuje pod kutom od 30° do 45°, ovisno o dobi djeteta, debljini potkožnog masnog tkiva i vrsti lijeka. Resorpcija lijeka je brza i lijek djeluje već unutar 30 minuta.

Daju se male količine, od 0.5 ml do 2 ml lijeka u vanjsku stranu gornje trećine nadlaktice, vanjski dio natkoljenice te u lateralne strane trbuha, od pupka do ilijačne kosti. Koriste se male igle od 25 do 27 G (15 mm - 20 mm duljine). Lijek se ne smije primjenjivati na mjesta edema, modrica, promijenjene boje kože i na oštećena mjesta. U slučaju učestale primjene lijeka potrebno je mijenjati mjesto injiciranja.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- kontraindikacija i prijašnjih alergijskih reakcija na lijekove
- debljine potkožnog tkiva djeteta
- stanja kože ubodnog mjesta i prethodnih davanja lijeka (hematomi, crvenilo, edem).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA**PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA**

- taca
- štrcaljka s pripremljenim lijekom i odgovarajućom iglom
- alkoholni antiseptik za kožu
- jednokratne nesterilne rukavice
- smotuljci od gaze (komprese)
- sabirnik za odlaganje oštih predmeta
- posuda za nečisto

IZVOĐENJE

- utvrditi identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- primijeniti standardizirani postupak 5P za primjenu lijeka na siguran način
- osigurati privatnost
- dezinficirati i osušiti svoje ruke
- staviti rukavice
- odabratи mjesto za primjenu lijeka (s. c.)
- udobno smjestiti dijete u pravilan položaj za primjenu s.c. injekcije
- dezinficirati kožu kružnim pokretima od centra prema periferiji, pričekati 15 - 30 sekundi (sušenje kože)
- uzeti štrcaljku u dominantnu ruku, skinuti štitnik s igle

- palcem i kažiprstom druge ruke nabrati kožu i ubosti pod kutom od 30° do 45° (ovisno o debljini kože i potkožnog tkiva te lijeku koji je potrebno primijeniti)
- polagano i oprezno injicirati lijek
- fiksirati kožu smotuljkom vate/gaze i izvući iglu, lagano protrljati ubodno mjesto (nakon primjene heparina ne trljati ubodno mjesto)
- odložiti iglu i štrcaljku u sabirnik za oštре predmete (štitnik ne vraćati na iglu)
- raspremiti upotrijebljeni pribor i odložiti u infektivni otpad
- skinuti rukavice
- dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak
- pratiti pojavu mogućih neželjenih reakcija na lijek (obavijestiti liječnika u slučaju njihove pojave i evidentirati pojedinosti u dokumentaciju zdravstvene njege)

STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U MIŠIĆ - INTRAMUSKULARNA INJEKCIJA (I. M.)

Naziv postupka

Intramuskularna injekcija (i.m.injekcija).

Definicija postupka

Intramuskularna injekcija je primjena lijeka pomoću igle i štrcaljke u mišić.

Provoditelj postupka

Medicinska sestra/tehničar. Dijete tijekom postupka mora biti mirno, stoga po potrebi (ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta) medicinskoj sestri pomaže druga osoba koja je educirana za tehniku pridržavanja djeteta (druga medicinska sestra, roditelj/skrbnik...).

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 5 - 7 minuta, ovisno o načinu pakiranja lijeka (gotov pripravak ili lijek u prahu koji je potrebno razrijediti) i o propisanoj dozi lijeka.

Svrha postupka

Sigurna primjena ordiniranog lijeka ili otopine odobrene za primjenu u mišić.

Osnovna obilježja postupka

Lijek se primjenjuje temeljem pisanog naloga liječnika injiciranjem u velike mišiće na mjestu gdje nema velikih krvnih žila i živaca. Lijek se primjenjuje pod kutom od 45° do 90° , ovisno o dobi djeteta i mjestu primjene lijeka. Resorpcija lijeka je brza i lijek djeluje već unutar 30 minuta.

Za primjenu intramuskularne terapije potrebno je poznavati anatomiju mišićnog sustava i osobitosti pojedine dobi djeteta:

- Preporučeno mjesto primjene intramuskularne injekcije za djecu mlađu od 15 mjeseci je natkoljenica, vastuslateralism.quadriceps femoris (mjesto uboda je 1,5 cm ispod razine gornje i srednje trećine natkoljenice. Igla se uvodi pod kutom od 60° do 70° i usmjerena je prema pateli.
- Za djecu stariju od 15 mjeseci moguće mjesto primjene intramuskularne injekcije je deltoidni mišić nadlaktice (u djece mlađe od 15 mjeseci deltoidni mišić nema dovoljnu masu koja bi osigurala dobru resorpciju lijeka i zbog blizine radikalnog živca). Iglu treba usmjeriti prema acromionu (slijedi se prirodni tijek mišićnih vlakana, a lijek se injicira u najdeblji dio mišića).

- c. Primjena lijeka u dorzoglutealnu regiju (M gluteus maximus) ne preporučuje se u djece mlađe od 2 godine s obzirom na to da se na tom mjestu uglavnom nalazi masno tkivo, a mišić se dovoljno razvije tek nakon perioda hodanja (u dobi između 9 i 12 mjeseci).

Za veće količine lijeka (više od 2 ml) lijek treba navući u dvije štrcaljke i primijeniti na dva različita mjesta.

Primjena lijeka u mišić može biti kontraindicirana u djece s poremećajima zgrušavanja krvi ili primjeni antikoagulantne terapije.

Odabir lumena igle za intramuskularnu primjenu ovisi o dobi djeteta, gustoći pripravka, konstituciji mišića i debljini djetetovog potkožnog masnog tkiva. Za novorođenčad i dojenčad pri primjeni lijeka u mišić preporučena debljina igle je 23 - 25 G, duljine 16 mm – 25 mm. Za stariju i pretilu djecu te adolescente mogu se primijeniti igle do 38 mm dužine.

U slučaju učestale primjene lijeka potrebno je mijenjati mjesto uboda.

Uljne otopine primjenjuju se „Z“ tehnikom (sprječava se oštećenje potkožnog tkiva).

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- kontraindikacija i prijašnjih alergijskih reakcija na lijekove
- djetetove dobi, tjelesne građe i stanja mišića djeteta (radi odabira mjesta primjene lijeka i veličine igle)
- stanja kože ubodnog mjesta i prethodnih davanja lijeka
- prostora za intervenciju (čistoca, osvjetljenje, mir...).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- paravan (prema potrebi)
- poslužavnik
- štrcaljka s pripremljenim lijekom i igлом
- alkoholni antiseptik za kožu
- jednokratne nesterilne rukavice
- smotuljci od gaze
- sabirnik za oštре predmete
- posuda za nečisto

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- primijeniti standardizirani postupak 5P za primjenu lijeka na siguran način
- osigurati privatnost
- dezinficirati i osušiti svoje ruke
- staviti rukavice
- smjestiti dijete u ležeći položaj (ako je moguće) te odabratи mišić za primjenu lijeka
- dezinficirati kožu kružnim pokretima od centra prema periferiji, pričekati 15 - 30 sekundi (sušenje kože)
- savjetovati dijete da opusti mišić (razgovor s djetetom i/ili roditeljima/skrbnicima, usmjeriti djetetovu pozornost na nešto drugo postupcima prilagođenim dobi i stanju djeteta, uz moguću pomoć roditelja/skrbnika (igračka, tehnike disanja, lupkanje...))
- uzeti štrcaljku u dominantnu ruku, skinuti štitnik s igle
- kažiprstom i palcem nedominantne ruke rastegnuti kožu, obuhvatiti i stisnuti djetetov mišić; prilikom „Z“ tehnike dlanom povući kožu iznad mesta planiranog uboda prema gore ili u stranu i držati je tijekom injiciranja
- naglim pokretom ruke ubosti pod kutom od 45° do 90° (ovisno o mjestu primjene, dobi djeteta, veličini mišića), 2/3 igle uvesti u mišić
- ukoliko su mišići atrofični, lagano uvesti iglu u mišić
- aspirirati; u slučaju pojave krvi, izvući iglu i promijeniti smjer igle i ponovno aspirirati
- ako nema krvi, polako injicirati lijek iz štrcaljke u mišić
- smotuljkom gaze fiksirati kožu i izvući iglu, lagano protrljati ubodno mjesto i držati nekoliko sekundi
- pri korištenju „Z“ tehnike izvući iglu, naglo pustiti zategnuti dio kože i staviti gazu
- iglu i štrcaljku odložiti u sabirnik za oštре predmete (štitnik ne vraćati na iglu)
- ostali upotrijebljeni pribor raspremiti i odložiti u infektivni otpad
- skinuti rukavice
- dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak
- pratiti pojavu mogućih neželjenih reakcija na lijek (obavijestiti liječnika u slučaju njihove pojave i evidentirati pojedinosti u dokumentaciju zdravstvene njegе)



5

SPECIFIČNI POSTUPCI U ZDRAVSTVENOJ NJEZI DJETETA

STANDARDIZIRANI POSTUPAK ASPIRACIJE SEKRETA KROZ NOS (NAZOFARINGEALNA ASPIRACIJA) U DJECE

Naziv postupka

Aspiracija sekreta kroz nos djeteta.

Definicija postupka

Aspiracija ili sukcija sekreta iz dišnih putova kroz nos djeteta je postupak uklanjanja sekreta iz dišnih putova pomoću katetera za aspiraciju i aspiratora u svrhu uspostavljanja i održavanja prohodnosti dišnih putova i neometane respiracije.

Provoditelj postupka

Postupak provode dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Trajanje izvođenja postupka

Prva aspiracija traje 20 minuta. Svaki sljedeći postupak aspiracije u istog djeteta traje ukupno 10 do 15 minuta (sam postupak uvođenja i izvlačenja aspiracijskog katetera traje do 10 sekundi).

Svrha postupka

Osiguravanje prohodnosti dišnog puta djeteta (osiguravanje slobodnog protoka zraka), uzorkovanje sekreta za ordinirane pretrage, osiguravanje alternativnog načina disanja, prevencija aspiracije, omogućiti nesmetano hranjenje djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Aspiracija sekreta provodi se kada dijete nije u mogućnosti iskašljati sekret koji se nakupio u stražnjem dijelu grla i kada je iz bilo kojeg razloga onemogućena aspiracija sekreta kroz usta djeteta. Sekret se aspirira od nazofarinks prema vrhu nosa. Kateter se do orofarinks uvodi bez tlaka. Postupak uvođenja i izvlačenje aspiracijskog katetera u djece traje 5 do 10 sekundi (2,5 - 5 sekundi uvođenje i 2,5 - 5 sekundi izvlačenje katetera) nakon čega treba učiniti pauzu 3 do 4 minute zbog moguće hipoksije. U novorođenčadi, a naročito nedonoščadi, preporučuje se da postupak aspiracije ne traje duže od 5 sekundi. Za svaki sljedeći postupak potrebno je promijeniti kateter i otopinu za ispiranje. Ukoliko se koristi višekratna otopina za ispiranje aspiracijskog sustava, obavezno je otopinu koristiti samo u svrhu postupaka aspiracije određenog djeteta. Na

boćici otopine mora biti naznačeno ime djeteta, svrha primjene, datum i sat otvaranja otopine. Otopinu treba čuvati zaštićenu originalnim zatvaračem/čepom i mijenjati je svakih 24 sata, a po potrebi i ranije. Aspiraciju treba izvoditi oprezno pazеći da se ne povrijedi sluznica usne šupljine djeteta. Dijete bez svijesti mora biti okrenuto u bočni položaj prema medicinskoj sestri. Važno je odrediti odgovarajući tlak tijekom postupka aspiracije kako se ne bi ozlijedila osjetljiva sluznica djetetovog dišnog puta. Podešavanje vrijednosti tlakova ovise o vrsti aspiratora.

Aspiratori s vrijednostima mmHg: novorođenčad/dojenčad: 40 mmHg - 60 mmHg; djeca: 80 mmHg - 100 mmHg; adolescenti: 100 mmHg - 120 mmHg.

Aspiratori s vrijednostima bara: 0,1 - 0,4 bara (ovisno o uzrastu i stanju djeteta).

Odabir odgovarajuće veličine/promjera aspiracijskog katetera u frenchima (Fr) prema dobi djeteta:

- nedonoščad/novorođenčad/dojenčad: 5 - 6 Fr
- djeca od 2 do 5 godina: 6 - 8 Fr
- djeca od 6 do 12 godina: 8 - 10 Fr
- adolescenti: 10 - 14 Fr.

Procjena:

- djetetove dobi, psihofizičkog stanja i mogućnosti suradnje djeteta (nazočnost roditelja/skrbnika)
- respiratornog statusa djeteta: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanja disajnih faza, patoloških oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja...
- djetetove nosne šupljine: izgleda sluznice, prohodnosti nosnih školjki, anomalije nosa
- potrebne učestalosti postupaka aspiracije
- stanja djeteta tijekom aspiracije (stanja svijesti, kontrole pulsa, disanja, prisutnost zvukova, promjene boje kože i vidljivih sluznica, pojačan rad međurebrenih mišića, krvarenja)
- rizika za provedbu aspiracije: antikoagulantna terapija, epistaksa, hemoptoa, nemir i otežana suradnja
- prostora u kojem se provodi postupak (mikroklimatski uvjeti, svjetlo)
- ispravnosti aspiratora.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA MATERIJALA I PRIBORA

- kolica
- aspirator
- sterilni kateteri odgovarajuće veličine
- sterilna fiziološka otopina (0.9-postotni NaCl) ili redestilirana voda
- rukavice nesterilne
- sterilne rukavice
- zaštita za dijete (kompresa)
- odgovarajuće zaštitne maske
- zaštitne naočale
- zaštitne komprese (2 komada)
- PVC pregače
- staničevina, jednokratni ubrusi
- posuda za nečisto
- dezinficijens za ruke

Medicinska sestra koja provodi aspiraciju (MS 1) stavlja zaštitne naočale, masku, sterilne rukavice, PVC pregaču.

Medicinska sestra koja asistira (MS 2) stavlja PVC pregaču, masku i nesterilne rukavice te pridržava djetetovu glavu.

IZVOĐENJE POSTUPKA

- provjeriti identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbniike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (čistoća, osvjetljenje, mir, visina kreveta u radnoj razini)
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- provjeriti ispravnost aspiratora
- staviti zaštitnu masku i naočale, staviti nesterilne rukavice
- provjeriti prohodnost nosa i po potrebi ga očistiti

- smjestiti dijete u odgovarajući položaj za aspiraciju ovisno o mogućnostima i ograničenjima (MS 2)
- staviti zaštitnu kompresu na vrat i prsa djeteta (MS 2)
- odrediti odgovarajući tlak za aspiraciju ovisno o vrsti aspiratora i provjeriti tlak te ugasiti aspirator (MS 1)
- otvoriti sterilnu fiziološku otopinu/redestiliranu vodu (MS 2)
- odabratи kateter odgovarajuće veličine, procijeniti dužinu katetera (vrh nosa - vrh uške - vrh brade) ne vadeći ga iz zaštitne folije (MS 1)
- otvoriti zaštitnu foliju na dnu katetera i spojiti ga na aspirator (MS 2)
- skinuti nesterilne rukavice, odložiti ih u infektivni otpad (MS 1)
- MS 1 stavlja sterilne, a MS 2 čiste rukavice
- MS 2 oslobađa kateter povlačeći zaštitnu foliju i lubrikantom ili fiziološkom otopinom vlaži kateter
- nježno i sigurno pridržavati djetetovu glavu jednom rukom, a drugom rukom djetetove ruke (MS 2)
- zamoliti dijete da diše na usta (suradnja mora biti prilagođena dobi i stanju djeteta)
- nježno rotirajući uvesti kateter kroz nosnicu prema orofarinksu (do 5 sekundi)
- uključiti aspirator, zatvoriti otvor regulatora tlaka kako bi se postigao odgovarajući negativni tlak (MS1)
- aspirirati sekret povlačeći kateter nježnim rotirajućim pokretima prema van (do 5 sekundi) (MS 1)
- otvoriti regulator tlaka i prekinuti aspiraciju (MS1)
- tijekom aspiracije promatrati izgled i ponašanje djeteta
- ponoviti postupak, ako je potrebno, nakon 3 do 4 minute
- po potrebi i u skladu s odredbom liječnika primijeniti terapiju kisikom
- udobno smjestiti dijete (MS 2)
- isprati kateter i aspiracijske cijevi uranjajući kateter pod tlakom u sterilnu vodu
- odložiti kateter u infektivni otpad (MS1)
- raspremiti i dezinficirati pribor
- skinuti rukavice, oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak i stanje djeteta u sestrinsku dokumentaciju

STANDARDIZIRANI POSTUPAK ASPIRACIJE SEKRETA KROZ USTA DJETETA

Naziv postupka

Aspiracija sekreta kroz usta djeteta

Definicija postupka

Aspiracija ili sukcija sekreta iz dišnih putova kroz usta je postupak uklanjanja sekreta iz usta i gornjih dišnih putova djeteta pomoću katetera za aspiraciju i aspiratora u svrhu održavanja prohodnosti dišnih putova djeteta.

Provoditelj postupka

Postupak provode dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Trajanje izvođenja postupka

Prva aspiracija traje 20 minuta. Svaki sljedeći postupak aspiracije u istog djeteta traje ukupno 10 do 15 minuta (sam postupak uvođenja i izvlačenja aspiracijskog katetera traje do 10 sekundi).

Svrha postupka

Osiguravanje prohodnosti dišnog puta djeteta (osiguravanje slobodnog protoka zraka), uzorkovanje sekreta za ordinirane pretrage, osiguravanje alternativnog načina disanja, prevencija aspiracije, omogućiti nesmetano hranjenje djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Aspiracija sekreta provodi se kada dijete nije u mogućnosti iskašljati sekret koji se nakupio u stražnjem dijelu grla ili u ustima. Učestalost aspiracija ovisi o količini i brzini nakupljanja sekreta u ustima i gornjim dišnim putovima djeteta. Aspiracija počinje iz ždrijela prema usnoj šupljini. Postupak uvođenja i izvlačenje aspiracijskog katetera u djece traje 5 do 10 sekundi (2,5 - 5 sekundi uvođenje i 2,5 - 5 sekundi izvlačenje katetera) nakon čega treba učiniti pauzu 3 do 4 minute zbog moguće hipoksije. U novorođenčadi, a naročito nedonoščadi, preporučuje se da postupak aspiracije ne traje duže od 5 sekundi. Za svaki sljedeći postupak potrebno je promijeniti kateter i otopinu za ispiranje. Ukoliko se koristi višekratna otopina za ispiranje aspiracijskog sustava, obavezno je otopinu koristiti samo u svrhu postupaka aspiracije određenog djeteta. Na bočici otopine mora biti naznačeno ime djeteta, svrha primjene, datum i sat otvaranja otopine. Otopinu treba čuvati zaštićenu originalnim zatvaračem/čepom i mijenjati je svakih 24

sata, a po potrebi i ranije. U slučaju otežane suradnje djeteta, pokušati nježno otvoriti djetetova usta potiskom brade prema djetetovim prsima. U male djece s razvijenom denticijom i u starije djece s poremećajem svijesti i otežanom suradnjom uvijek postoji visok rizik za grizenje aspiracijskog katetera i stoga se za orofaringealnu aspiraciju preporučuje primjena orofaringealnog tubusa. Aspiraciju treba izvoditi oprezno pazeći da se ne povrijedi sluznica usne šupljine djeteta. Dijete bez svijesti mora biti okrenuto u bočni položaj prema medicinskoj sestri. Važno je odrediti odgovarajući tlak tijekom postupka aspiracije kako se ne bi ozlijedila osjetljiva sluznica djetetovog dišnog puta. Podešavanje vrijednosti tlakova ovisi o vrsti aspiratora.

Aspiratori s vrijednostima mmHg: novorođenčad/dojenčad: 40 mmHg - 60 mmHg; djeca: 80 mmHg - 100 mmHg; adolescenti: 100 mmHg - 120 mmHg.

Aspiratori s vrijednostima bara: 0,1 - 0,4 bara (ovisno o uzrastu i stanju djeteta).

Odabir odgovarajuće veličine/promjera aspiracijskog katetera u frenchima (Fr) prema dobi djeteta:

- nedonoščad/novorođenčad/dojenčad: 5 -6 Fr
- djeca od 2 do 5 godina: 6 - 8 Fr
- djeca od 6 do 12 godina: 8 - 10 Fr
- adolescenti: 10 - 14 Fr.

Procjena:

- djetetove dobi, psihofizičkog stanja i mogućnosti suradnje djeteta (nazočnost roditelja/skrbnika)
- respiratornog statusa djeteta: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanja disajnih faza, patoloških oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja...
- djetetove usne šupljine: izgleda sluznice, stanja zubi ukoliko ih dijete ima, postojanja zubne proteze
- djetetove sluznice nosa i prohodnosti nosnih školjki
- potrebne učestalosti postupaka aspiracije
- prostora u kojem se provodi postupak (mikroklimatski uvjeti, svjetlo)
- ispravnosti aspiratora.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA MATERIJALA I PRIBORA

- kolica
- aspirator

- sterilni kateter odgovarajuće veličine
- sterilna fiziološka otopina (0.9-postotni NaCl) ili redestilirana voda
- rukavice nesterilne
- sterilne rukavice
- zaštita za dijete (kompresa)
- odgovarajuće zaštitne maske
- zaštitne naočale
- zaštitne komprese (2 komada)
- orofaringealni tubus
- PVC pregače
- špatula, staničevina
- posuda za nečisto
- dezinficijens za ruke

Medicinska sestra koja provodi aspiraciju (MS 1) stavlja zaštitne naočale, masku, sterilne rukavice, PVC pregaču.

Medicinska sestra koja asistira (MS 2) stavlja PVC pregaču, masku i nesterilne rukavice te pridržava djetetovu glavu.

IZVOĐENJE POSTUPKA

- provjeriti identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (čistoća, osvjetljenje, mir, visina kreveta u radnoj razini)
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- provjeriti ispravnost aspiratora
- staviti zaštitnu masku i naočale, staviti nesterilne rukavice
- provjeriti prohodnost nosa i po potrebi ga očistiti
- smjestiti dijete u odgovarajući položaj za aspiraciju ovisno o mogućnostima i ograničenjima (MS 2)
- staviti zaštitnu kompresu na vrat i prsa djeteta (MS 2)

- odrediti odgovarajući tlak za aspiraciju ovisno o vrsti aspiratora i provjeriti tlak te ugasiti aspirator (MS 1)
- otvoriti sterilnu fiziološku otopinu/redestiliranu vodu (MS 2)
- odabratи kateter odgovarajuće veličine, procijeniti dužinu katetera (vrh nosa - vrh uške) ne vadeći ga iz zaštitne folije (MS 1)
- otvoriti zaštitnu foliju na dnu katetera i spojiti ga na aspirator (MS 2)
- skinuti nesterilne rukavice, odložiti ih u infektivni otpad (MS 1)
- MS 1 stavlja sterilne, a MS 2 čiste rukavice
- MS 2 oslobađa kateter povlačeći zaštitnu foliju i lubrikantom ili fiziološkom otopinom vlaži kateter
- nježno i sigurno pridržavati djetetovu glavu jednom rukom, a drugom rukom djetetove ruke (MS 2)
- zamoliti dijete da otvori usta ili postaviti orofaringealni tubus (MS1)
- nježno uvesti kateter u usta sa strane, uz bukalnu sluznicu (MS1)
- lagano uvoditi kateter prema ždrijelu (MS1)
- uključiti aspirator, zatvoriti otvor regulatora tlaka kako bi se postigao odgovarajući negativni tlak (MS1)
- nježno rotirajući uvesti kateter (do 5 sekundi) i aspirirati sekret povlačeći kateter van (do 5 sekundi) (MS 1)
- otvoriti regulator tlaka i prekinuti aspiraciju (MS1)
- tijekom aspiracije promatrati izgled i ponašanje djeteta
- ponoviti postupak, ako je potrebno, nakon 3 do 4 minute
- po potrebi i u skladu s odredbom liječnika primijeniti terapiju kisikom
- udobno smjestiti dijete (MS 2)
- isprati kateter i aspiracijske cijevi uranjajući kateter pod tlakom u sterilnu vodu
- odložiti kateter u infektivni otpad (MS1)
- raspremiti i dezinficirati pribor
- skinuti rukavice, oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak i stanje djeteta u sestrinsku dokumentaciju

STANDARDIZIRANI POSTUPAK POSTAVLJANJA PERIFERNE INTRAVENSKE (I.V.) KANILE U DJECE

Naziv postupka

Postavljanje periferne intravenske (I.V.) kanile u djece.

Definicija postupka

Postavljanje periferne I.V. kanile je postupak kojim se osigurava trajni pristup djetetovom venskom putu.

Provoditelj postupka

Medicinska sestra/tehničar. Dijete tijekom postupka mora biti mirno, stoga po potrebi (ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta) medicinskoj sestri/tehničaru pomaže druga osoba koja je educirana za tehniku pridržavanja djeteta (druga medicinska sestra, roditelj/skrbnik...).

Svrha postupka

Dugotrajna primjena lijekova za intravensku primjenu, hraničnih otopina te pripravaka krvi i krvnih derivata.

Trajanje postupka

Postupak traje 30 minuta.

Osnovna obilježja postupka

Za pravilno izvođenje postupka važno je metodama promatranja i palpacije pažljivo odabratи venu u koju će se uesti I.V. kanila. Mjesto uvođenja I.V. kanile ovisi o djetetovom uzrastu, stanju i dostupnosti djetovih vena te vrsti, namjeni i trajanju infuzije/terapije. Najčešće se I.V. kanilu uvodi u ravne vene djetetovih gornjih ekstremiteta (vene dorzuma šake, metakarpalne vene, cefaličnu ili baziličnu venu podlaktice, kubitalnu venu). U novorođenčadi (ukoliko nije uspostavljen umbilikalni venski put) i dojenčadi periferna se I. V. kanila može postaviti u vene djetetove glave. Vene su dobro vidljive ispod površine kože glave i nemaju zalistke, što omogućava postavljanje kanile u oba smjera (prema srcu ili od srca). Većina velikih vena glave djeteta ima smjer u pravcu djetetova vrata. Tijekom postavljanja I.V. kanile i svih manipulacija oko mjesta uboda vrlo je važno pridržavati se pravila asepsije jer su vene djetetove glave neposredno povezane sa sinusima moždanih ovojnica. Ukoliko je moguće, preporučuje se punktirati vene čeonog dijela glave kako bi dijete moglo slobodno okretati

glavu na jednu i drugu stranu. I.V. kanile postavljene u vene djetetovih ruku roditeljima su estetski prihvatljivije od I.V. kanila postavljenih u djetetovu glavu ili noge. Ukoliko je dijete pokretno i hoda, najpraktičnije je I. V. kanilu postaviti u djetetovu nedominantnu ruku. Nepokretnom djetetu I.V. kanila može se postaviti u vene nogu/stopala. Tako djetetove ruke ostaju slobodne za pokretanje (nisu potrebne preventivne mjere medicinskih fiksacija). Koža na odabranom mjestu mora biti neoštećena (bez znakova infekcije, iritacije itd.) i bez mogućih promjena (madež, ožiljak, oteklina...). Promjer i veličina kanile ovisi o dobi djeteta, tj. o lumenu odabrane vene. Za mjerjenje I.V. kanila koristi se standardni kalibar žice (eng. standard wire gauge) kojim se mjeri unutarnji promjer. Što je manja veličina kalibra, to je veći promjer. Za novorođenčad se obično primjenjuju I.V. kanile lumena 24 gediža (G), dok se ovisno o veličini djeteta primjenjuju I. V. kanile od 22 do 18 G. Intravenska kanila je plastična, a u sebi ima metalnu vodilicu kojom se probija koža i tkivo i koja pomaže uvođenju kanile u lumen vene. Uvodi se pod kutom od 45° primjenom aseptične tehnike. Nakon postavljanja periferne I.V. kanile i pojave krvi u komorici, odmah treba provjeriti prohodnost primjenjujući 2 ml - 3 ml fiziološke otopine promatrajući je li se pojavilo crvenilo, oteklina ili je područje kože pobijelilo (znak punktirane arterije - odmah izvaditi kanilu!!!), osjeća li se otpor pri apliciranju ili se dijete žali na bol u tom području. Pri svakoj primjeni I.V. terapije treba provjeriti prohodnost venskog puta, kao i izgled područja oko ubodnog mesta. Ukoliko nema neželjenih reakcija/komplikacija, I.V. kanila se mijenja nakon 72 sata (po potrebi ranije). Djeca s postavljenom I.V. kanilom moraju biti pod trajnim nadzorom zbog čestih nekontroliranih i nekoordiniranih pokreta (naročito mala djeca i djeca s kvalitativnim i kvantitativnim poremećajima svijesti).

Procjena:

- stanja vena na ekstremitetima djeteta kojemu se uvodi I.V. kanila (elastičnost, punoća vene, mjesa prethodnih puncija, blizina arterija, živaca i zglobova, a.v. fistula...)
- veličine potrebne I.V. kanile
- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- stanja i izgleda kože djeteta na mjestu gdje se uvodi I.V. kanila
- mogućnost krvarenja na I.V. kanilu (antikoagulantna terapija)
- prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir)
- učestalosti i trajanja primjene intravenske terapije.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- kolica ili poslužavnik
- I.V. kanile odgovarajuće veličine
- jednokratne nesterilne rukavice
- nepropusni podložak
- poveska
- sterilne loptice od gaze/komprese
- alkoholni dezinficijens za kožu
- sterilna prekrivka za zaštitu mjesta primjene I. V. kanile (prozirnica)
- hipoalergijski flaster
- sterilna štrcaljka (2 ml ili 5 ml s fiziološkom otopinom)
- sabirnik za odlaganje nečistog i infektivnog pribora
- sabirnik za odlaganje oštrog otpada

IZVOĐENJE POSTUPKA

- provjeriti identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja (djetetu, roditelju/skrbniku)
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- primijeniti standardizirani postupak 5P za primjenu lijeka na siguran način
- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (čistoća, osvjetljenje, mir)
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- staviti rukavice
- udobno smjestiti dijete
- palpiranjem odabratи mjesto venepunkcije
- staviti zaštitni podložak ispod djetetove ruke
- staviti povesku 10 cm - 20 cm iznad mjesta uboda, palpirati puls
- sredstvom za dezinfekciju kože očistiti područje uboda kružnim pokretima od sredine prema periferiji najmanje tri puta, svaki put drugom sterilnom lopticom gaze/komprese (sačekati 30 sekundi da se koža osuši)

- oprati/dezinficirati ruke, osušiti ih
- staviti rukavice
- izvaditi I.V. kanilu iz zaštite
- nedominantnom rukom lagano zategnuti kožu te na taj način fiksirati venu u koju uvodimo kanilu
- dominantnom rukom držati I. V. kanilu koso pod kutom od 45° iznad vene s kosim vrhom okrenutim prema gore, probiti kožu
- spustiti kut ulaska za 10 stupnjeva i ući u venu, prilikom ulaska u venu osjetit će se slab otpor
- slijediti iglom venski lumen i promatrati pojavu krvi u komorici I.V. kanile; kada se krv pojavi u komorici, opustiti povesku
- malo izvući iglu vodilicu i nastaviti uvoditi plastični dio I.V. kanile
- prstima nježno pritisnuti vrh kanile u veni, izvući iglu vodilicu do kraja; na vanjski dio kanile spojiti sterilnu štrcaljku s fiziološkom otopinom
- primjenom štrcaljke provjeriti prohodnost I.V. kanile uštrcavanjem 2 ml do 5 ml fiziološke otopine
- ukoliko kanila/venski put nisu odgovarajuće prohodni, kanilu izvući, a ubodno mjesto komprimirati sterilnom lopticom gaze i fiksirati hupoalergenskim flasterom do trenutka sigurnog prestanka krvarenja
- ukoliko su kanila/venski put prohodni, zatvoriti kanilu sterilnim čepom; nakon svake primjene lijeka kroz I.V. kanilu promijeniti sterilni čep na kanili
- učvrstiti I.V. kanilu sterilnom prekrivkom (prozirnicom)
- prekrivku/prozirnicu promijeniti svaki put kada se onečisti krvlju ili drugim agensima (inače promjenu raditi svaka 72 sata) utješiti dijete i udobno ga smjestiti
- upotrijebijen pribor ukloniti, igle odložiti u sabirnik za odlaganje oštrog infektivnog pribora, a ostali materijal u vreće za infektivni otpad
- skinuti rukavice, oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati mjesto i vrijeme postavljanja I.V. kanile

STANDARDIZIRANI POSTUPAK SNIMANJA ELEKTROKARDIOGRAMA (EKG-A) U DJECE

Naziv postupka

Snimanje elektrokardiograma djeteta.

Definicija postupka

Elektrokardiografija je neinvazivan postupak registriranja električnih potencijala koje djetetovo srce proizvodi svojim radom. Te su struje vrlo slabe, pojačava ih elektrokardiograf i prenosi ih na papir kao EKG krivulju, odnosno elektrokardiogram.

Provoditelj postupka

Postupak primjenjuju jedna ili dvije medicinske sestre/tehničari, ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta (moguća je pomoć roditelja/skrbnika).

Trajanje postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 20 - 30 minuta.

Svrha postupka

Dobiti grafički prikaz električnih potencijala koje svojim radom proizvodi srce djeteteta.

Osnovna obilježja postupka

Struje koje proizvodi djetetovo srce svojim radom su vrlo slabe, pa se pomoću elektrokardiografa pojačavaju i prenose na papir kao elektrokardiogram, odnosno EKG krivulja. Standardni elektrokardiogram sastoji se od 12 odvoda: tri standardna odvoda (I,II,III), tri unipolarna odvoda ekstremiteta (aVR,aVL,aVF), šest prekordijalnih odvoda (od V₁ do V₆) te u djece do tri godine desni odvod (V3R,V4R). Elektrode se postavljaju na obje ruke i lijevu nogu, a elektroda na desnoj nozi služi kao uzemljenje. Snimanje elektrokardiograma zahtijeva pravilno postavljanje elektroda na predviđena mjesta, tako da imaju dobar dodir s kožom. Bolja provodljivost postiže se vlaženjem kože gelom ili vodom. Kako bi interpretacija EKG nalaza bila što točnija, potrebno je na elektrokardiogram napisati ime i prezime djeteta, datum rođenja, vrijeme snimanja, težinu i visinu/dužinu djeteta te lijekove koje dijete prima. Elektrode se postavljaju u smjeru kazaljki na satu. R je crvena i postavljaju se na desnu ruku, L je žuta i postavljaju se na lijevu ruku, F je zelena i postavljaju se na lijevu nogu, a na desnu nogu postavlja se N (crna) i služi kao uzemljenje. Prekordijalni odvodi postavljaju se

na prsni koš ispred srca. V1 - četvrti interkostalni prostor dva prsta parasternalno desno, V2 - četvrti interkostalni prostor dva prsta parasternalno lijevo, V4 - peti interkostalni prostor prst medijalno od medioklavikularne linije, V3 - na sredinu linije koja spaja V2 i V4, V5 - peti interkostalni prostor na prednjoj aksilarnoj liniji, V6 - peti interkostalni prostor na srednjoj aksilarnoj liniji.

Nemirno dijete je potrebno umiriti koristeći tehnike odvlačenja pozornosti (igračke, pričanje...pomoć roditelja/skrbnika). EKG se djetetu može snimati i u krilu majke, pa čak i na prsima ukoliko je to jedini način umirivanja djeteta (time je i EKG nalaz tehnički ispravan).

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta (strah, nemir, plač, tremor)
- djetetove/roditeljske upućenosti u postupak snimanja
- prostora u kojem će se snimati EKG (ugodna temperatura, bez buke, dobro osvjetljenje, dostupnost izvora električne energije...)
- ispravnosti aparata.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- EKG aparat
- gel za elektroprovodljivost ili vlažne loptice od vate
- papirnati ubrus
- dezinfekcijsko sredstvo
- paravan
- posuda za nečisto
- odgovarajuće štipaljke (prema dobi djeteta)
- odgovarajuće elektrode ili pumpice prilagođene dobi djeteta
- adapteri ili „krokodil štipaljke“
- poslužavnik
- igračka, čaj ili sl.

IZVODENJE POSTUPKA

- identificirati dijete, predstaviti se, objasniti djetetu postupak na njemu razumljiv način
- osigurati privatnost (zatvoriti vrata, postaviti paravan)

- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- smjestiti dijete u ležeći položaj (ukoliko nije moguće, smjestiti ga u povišeni položaj do visok Fowlerov položaj)
- oslobođiti djetetov prsni koš, podlaktice i donje dijelove ekstremiteta od odjeće
- navlažiti površinu kože vodom ili gelom na mjestima postavljanja elektroda/držača elektroda
- postaviti držače elektroda/štipaljke na djetetove ekstremitete, R na desnu ruku, L na lijevu ruku, F na lijevu nogu i N na desnu nogu
- navlažiti kožu na prsima gdje će se postaviti držači elektroda
- postaviti elektrode na odgovarajuća mjesta na prsni koš:
 - V1 (crvena) - četvrti interkostalni prostor
 - V2 (žuta) - četvrti interkostalni prostor, dva prsta od sternuma lijevo
 - V4 (smeđa) - peti interkostalni prostor lijevo, jedan prst medijalno od medioklavikularne linije
 - V3 (zelena) - na sredini linije između V2 i V5
 - V6 (ljubičasta) - peti interkostalni prostor lijevo, u srednjoj aksilarnoj liniji
- ukoliko se snima novorođenče ili dojenče, elektrode postaviti odvod po odvod
- uputiti dijete normalnom disanju kako bi se opustilo
- upisati ime i prezime djeteta te datum rođenja prije početka snimanja
- provjeriti parametre na aparatu prije početka snimanja
- snimiti EKG
- obavijestiti dijete o završetku snimanja
- skinuti elektrode i štipaljke s djeteta
- obrisati kožu djeteta od gela
- pomoći djetetu prilikom odijevanja otpratiti dijete u bolesničku sobu, udobno ga smjestiti
- dezificirati držače elektroda i elektrode
- pospremiti i dezinficirati stol za snimanje i promijeniti zaštitnu plahtu
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak

STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORAKA STOLICE NA OKULTNO KRVARENJE

Naziv postupka

Uzimanje uzorka stolice na okultno krvarenje.

Definicija postupka

Uzimanje uzorka stolice na okultno krvarenje je postupak kojim osiguravamo odgovarajući materijal za navedenu pretragu.

Provoditelj postupka

Postupak provodi jedna medicinska sestra/tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta (ne uključuje pripremu djeteta za defekaciju i zbrinjavanje nakon defekacije).

Svrha postupka

Svrha postupka je dobiti podatak o postojanju primjese krvi u uzorku stolice djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Testiranje stolice na okultno krvarenje izvodi se u svrhu dokazivanja postojanja oku nevidljive primjese krvi u stolici. Postoji nekoliko različitih izvedbi testa, a najčešće se koriste *Hemoccult II* i *Hemoccult II SENSA* koje karakterizira veća osjetljivost na prisutnost tragova krvi (hema) u stolici. Test se sastoji od paketića u kojem su pakirani štapići za uzimanje uzorka stolice i kartonski omoti na koje se nanose tračci/uzorci stolice. Preporučuje se uzeti uzorke tri uzastopne stolice u tri dana (s dva različita mjesta po jedan uzorak) te ih nanijeti na za to predviđeno mjesto. Pozitivan nalaz znači da je testom otkriveno postojanje primjese krvi u stolici. Test može biti i lažno pozitivan pa je potrebno pridržavati se sljedećih uputa: 7 dana prije testa ne uzimati lijekove koji mogu dovesti do krvarenja u probavnom sustavu; test treba odgoditi u slučaju pojave proljeva, menstruacije ili jasnog krvarenja; pridržavati se pravila prehrane prije i za vrijeme izvođenja testa.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta
- djetetove mogućnosti i vremena defekacije
- izgleda analnog otvora djeteta
- djetetove mogućnosti zadržavanja stolice
- svih čimbenika i stanja koja mogu utjecati na rezultate pretrage
- prostora gdje će dijete vršiti nuždu (privatnost...).

PLANIRANJE I IZVOĐENJE POSTUPKA
PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- pisani nalog liječnika - uputnica za pretragu
- test - komplet za uzimanje uzorka stolice
- jednokratne nesterilne rukavice
- jednokratna PVC pregača
- čista dječja noćna posuda
- jednokratna pelena
- sapun, ručnik i posuda s vodom za perianalnu higijenu
- staničevina
- paravan
- posuda za infektivni otpad

IZVOÐENJE POSTUPKA

- provjeriti propisano vrijeme uzimanja uzorka
- identificirati dijete, predstaviti se, objasniti postupak u skladu s djetetovom dobi, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- osigurati privatnost (ukoliko se defekacija obavlja u bolesničkoj sobi, ograditi djetetov krevet paravanom, djetetu staviti noćnu posudu ili čistu pelenu)
- veće/pokretno dijete otpratiti ili odvesti u WC ili sanitarni prostor gdje ga treba udobno smjestiti na noćnu posudu
- pomoći djetetu pri svlačenju odjeće s donjeg dijela tijela zamoliti dijete da mokri prije defekacije
- staviti pregaču i jednokratne rukavice

- nakon defekacije staviti noćnu posudu sa strane
- provesti higijenu perianalne regije
- pomoći djetetu pri odijevanju
- ukoliko dijete ima pelene, ukloniti pelenu sa stolicom sa strane, napraviti higijenu perianalne regije i staviti čistu pelenu
- skinuti jednokratne rukavice, oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- otvoriti pripremljeni test komplet, na prednju stranu kartona upisati tražene djetetove identifikacijske i opće podatke
- otvoriti prednji veliki poklopac test kartona
- staviti jednokratne rukavice
- priloženim kartonskim štapićem uzeti uzorak stolice veličine zrna pšenice i nanijeti ga u tankom sloju unutar jednoga otvora/kruga
- isti postupak ponoviti na svim ponuđenim površinama (otvorima/krugovima) uzimajući uzorke s različitih dijelova stolice novim kartonskim štapićima
- nakon završetka štapiće odložiti u infektivni otpad
- zatvoriti poklopac test kartona
- isprazniti noćnu posudu, pelenu baciti u infektivni otpad
- raspremiti upotrijebljeni pribor
- skinuti rukavice i pregaču, odložiti u infektivni otpad
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- uzorke odmah poslati u laboratorij s kompletno ispisanim uputnicom; u slučaju nemogućnosti brzog transporta u laboratorij, uzorak stolice pohraniti u poseban hladnjak za uzorke na + 4 °C
- dokumentirati postupak

STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORAKA VENSKE KRVI VENEPUNKCIJOM U DJECE

Naziv postupka

Uzimanje uzorka venske krvi venepunkcijom.

Definicija postupka

Uzimanje uzorka venske krvi venepunkcijom je postupak kojim se iglom ulazi u venu djeteta radi sakupljanja venske krvi u štrcaljku ili epruvetu za laboratorijske pretrage.

Provoditelj postupka

Postupak provode dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Trajanje i izvođenje postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 15 do 30 minuta.

Svrha postupka

Uzimanje krvi za različite ordinirane analize i pretrage.

Osnovna obilježja postupka

Uzorak venske krvi uzima se u dijagnostičke svrhe prema pisanom nalogu liječnika. Uzorkovanje krvi venepunkcijom je postupak koji ima traumatičan utjecaj na djecu i roditelje/skrbnike te ga je potrebno izvoditi nježno i spretno, uz obaveznu psihofizičku i edukacijsku pripremu djeteta i roditelja/skrbnika. Za venepunkciju se najčešće biraju vene na djetetovoj podlaktici i šaci (ogranci v. basiličke, v. cefalike i kubitalne vene). Ne preporučuje se punktiranje vena na mjestima madeža ili mjestima s bilo kakvim promjenama kože/tkiva. Također, nije preporučeno višekratno punktiranje vena na jednom mjestu. Palpiranjem i gledanjem procjenjuje se punoća vene. U iznimnim slučajevima, kada krv nije moguće izvaditi iz perifernih vena djetetovih ekstremiteta, uzorak venske krvi možemo uzeti venepunkcijom vena na glavi djeteta (dojenčad). U djece 1 sat prije venepunkcije predviđeno mjesto namazati kremom s anestetskim učinkom (npr. Emla krema). Izuzetak čine stanja hitnosti, alergijske reakcije itd. Uzorci krvi uzimaju se jednokratnim „Baby“ setom za vađenje krvi ili iglom za jednokratnu uporabu u vakutnjere - vakuumske epruvete. Veličinu igle treba prilagoditi debljini i stanju djetetove vene. Ispravnost tehnike uzorkovanja krvi osigurava točnost nalaza. Venepunkciju izvode dvije medicinske sestre. Jedna pridržava dijete, a druga punktira djetetovu venu. Ovisno o veličini i

suradljivosti djeteta, dijete se pridržava u krilu ili je u ležećem položaju (krevet/stol za medicinske intervencije). Nazočnost roditelja/skrbnika može pomoći učinkovitijoj suradnji djeteta.

Procjena:

- stanja djetetovih vena (veličina, elasticitet, položaj)
- stanja kože ubodnog mjesta i mjesta prethodnih uboda
- dobi, psihofizičkog stanja i mogućnosti suradnje djeteta (nazočnost roditelja/skrbnika)
- prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- uputnica - pisani nalog liječnika
- kolica ili poslužavnik
- dezinficijens za kožu
- sterilni smotuljci gaze/vate ili originalno pakirane sterilne jednokratne komprese natopljene dezinficijensom
- poveska
- rukavice - jednokratne nesterilne
- hipoalergijski flaster
- sterilne jednokratne igle ili baby set za vađenje krvi
- vakuumirane epruvete za određenu pretragu (razlikuju se po boji čepova, dodatku reagensa koji se nalazi u epruveti i veličini)
- kodirane naljepnice ili olovka za označavanje imena i prezimena djeteta
- stalak za epruvete
- spremnik za odlaganje infektivnog i oštrog otpada
- posuda za nečisto

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (čistoća, osvjetljenje, mir)

- provjeriti ispravnost i rok trajanja pribora
- smjestiti dijete u ležeći ili sjedeći položaj
- ukoliko je dijete malo ili postoji otežana suradljivost djeteta, druga medicinska sestra treba pridržavati dijete (moguća pomoć/podrška roditelja/skrbnika)
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- staviti rukavice
- promatranjem i palpiranjem odabratи mjesto uboda
- predložiti i dogovoriti s djetetom i roditeljima mjesto uboda (ukoliko je moguće)
- namazati potencijalno mjesto uboda kremom s anestetskim djelovanjem (npr. Emla krema), pokriti folijom i pričekati 1 sat u skladu s uputom (isključeno u hitnim stanjima)
- staviti povesku 10 cm iznad mjesta punkcije
- palpiranjem pulsa provjeriti mogući prejak stisak poveske
- dezinficirati kožu smotuljcima gaze natopljenim dezinficijensom, sačekati 15 – 30 sekundi radi sušenja kože
- sastaviti iglu s nastavkom za venepunkciju (Holder)
- skinuti štitnik igle i ubosti odabrano mjesto pod kutom od 40° , spustiti iglu za 10° i uvesti u venu
- kada se pojavi krv, kroz nastavak (Holder) spojiti epruvetu s donjim dijelom „baby sustava“ ili igle
- kada poteče krv u epruvetu, opustiti povesku i otvoriti djetetovu šaku (ukoliko je dijete suradljivo); ukoliko je vena slabe punoće, ostaviti povesku do kraja vađenja krvi, ali ne dulje od 3 minute; povesku odvezati uvijek prije vađenja igle iz vene
- ukoliko je potrebno više uzoraka (epruveta), lagano izvući punu epruvetu iz Holdera i utisnuti novu odgovarajuću epruvetu
- ukoliko je potrebno, izmiješati krv s reagensom nježnim okretanjem epruvete
- nježno izvaditi iglu
- lagano komprimirati mjesto uboda suhim sterilnim smotuljkom gaze ili vate 3 do 5 minuta
- nakon završene kompresije smotuljak gaze/vate odložiti u infektivni otpad
- odmah nakon vađenja krvi obilježiti epruvete prema pravilima
- transportirati uzorke krvi s pripadajućom uputnicom u laboratorij
- igle odložiti u sabirnik za odlaganje oštrog otpada
- raspremiti pribor
- skinuti rukavice, oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak i stanje djeteta
- pohvaliti dijete za hrabrost i zahvaliti roditeljima na suradnji

STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORKA KAPILARNE KRVI U DJECE

Naziv postupka

Uzimanje uzorka kapilarne krvi.

Definicija postupka

Uzimanje uzorka kapilarne krvi je postupak kojim se lancetom punktira mikrorez/ubod kroz kožu djeteta radi dobivanja uzorka kapilarne krvi.

Provoditelj postupka

Postupak provodi medicinska sestra/tehničar. Ukoliko je dijete izričito nesuradljivo pri izvođenju postupka, druga medicinska sestra pridržava dijete.

Trajanje i izvođenje postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 15 minuta.

Svrha postupka

Uzimanje kapilarne krvi za različite ordinirane pretrage (plinske analize, acidobazni status, biokemijske analize...).

Osnovna obilježja postupka

Uzorak kapilarne krvi uzima se u dijagnostičke svrhe prema pisanom nalogu liječnika. Uzorkovanje krvi je postupak koji ima traumatičan utjecaj na djecu i roditelje/skrbnike te ga je potrebno izvoditi nježno i spretno, uz obaveznu psihofizičku i edukacijsku pripremu djeteta i roditelja/skrbnika. Mjesto punkcije (uboda) lancetom u djece često ovisi o djetetovoј dobi. Tako se nedonoščad, novorođenčad i dojenčad najčešće punktira lancetom u području plantarne površine pete. Djecu stariju od jedne godine, malu djecu i stariju djecu najčešće se punktira u palmarnu površinu vrha trećeg i četvrtog prsta ruke ili nožni palac (ubod uvek mora biti više sa strane, a ne na sredini vrha prstiju ili pete). Nije preporučeno višekratno punktiranje na jednom mjestu.

Procjena:

- dobi, psihofizičkog stanja i mogućnosti suradnje djeteta (nazočnost roditelja/skrbnika)
- stanja djetetovih vrhova prstiju (jagodica) ili peta

- u dokumentaciji provjeriti redoslijed punktiranja jagodica prsta ili peta
- prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PIBORA I MATERIJALA

- uputnica - pisani nalog liječnika
- kolica ili poslužavnik
- dezinficijens za kožu
- sterilni smotuljci gaze/vate ili originalno pakirane sterilne jednokratne komprese natopljene dezinficijensom
- rukavice - jednokratne nesterilne
- lancete
- odgovarajuće epruvete za određenu pretragu
- sterilni smotuljak komprese za prekrivanje ubodnog mjesta
- hipoalergijski flaster
- kodirane naljepnice ili olovka za označavanje imena i prezimena djeteta
- stalak za epruvete
- spremnik za odlaganje infektivnog i oštrog otpada
- posuda za nečisto

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (čistoća, osvjetljenje, mir)
- provjeriti ispravnost i rok trajanja pribora
- smjestiti dijete u ležeći ili sjedeći položaj
- ukoliko je dijete malo ili postoji otežana suradljivost djeteta, druga medicinska sestra treba pridržavati dijete (moguća pomoć/podrška roditelja/skrbnika)
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke

- staviti rukavice
- predložiti i dogovoriti s djetetom i roditeljima mjesto uboda (ukoliko je moguće)
- svojom nedominantnom rukom pridržavati djetetovu šaku/stopalo/petu (na kojoj će se punktirati)
- dezinficirati kožu smotuljcima gaze natopljenim dezinficijensom, sačekati 15 – 30 sekundi radi sušenja kože
- dominantnom rukom držati lancetu i njome ubosti jagodicu prsta/palca/petu (sa strane)
- nedominantnom rukom nježno pritiskati prst/palac/petu i istiskivati kapi krvi
- kapi krvi skupljati u odgovarajuće epruvete
- ukoliko je potrebno uzorkovati veće količine kapilarne krvi tijekom dužeg vremena, preporučuje se povremeno obrisati ubodno mjesto sterilnom kompresicom kako bi se spriječilo stvaranje ugruška na mjestu uboda
- nakon završetka uzorkovanja lagano komprimirati mjesto uboda suhim sterilnim smotuljkom gaze ili vate 3 do 5 minuta
- nakon završene kompresije smotuljak gaze/vate fiksirati flasterom do trenutka potpunog prestanka krvarenja
- odmah nakon vađenja krvi obilježiti epruvete prema pravilima
- transportirati uzorce krvi s pripadajućom uputnicom u laboratorij
- lancetu odložiti u sabirnik za odlaganje oštrog otpada
- raspremiti pribor
- skinuti rukavice, oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak i stanje djeteta
- pohvaliti dijete za hrabrost i zahvaliti roditeljima na suradnji

STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORKA OBRISKA NAZOFARINKSA DJETETU

Naziv postupka

Uzimanje uzorka obriska nazofarinksa djetetu za propisane pretrage.

Definicija postupka

Uzimanje obriska nazofarinksa postupak je kojim se pomoću sterilnog navlaženog brisa (sterilnom fiziološkom otopinom) od tankog savitljivog/elastičnog materijala s vrhom obloženim sterilnom vatom ulazi kroz djetetovu nosnicu u nazofarinks i uzima uzorak obriska.

Provoditelj postupka

Dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Trajanje izvođenja postupka:

Za izvođenje postupka potrebno je 20 do 25 minuta.

Svrha postupka:

Uzeti uzorak obriska sluznice djetetovog nazofarinksa za mikrobiološku i/ili virološku analizu.

Osnovna obilježja postupka:

Obrisak treba uzimati iz obje djetetove nosnice ukoliko se nakon obriska prve nosnice ne dobije dostatno materijala za uzorak. U mikrobiološki laboratorij uzorak se dostavlja unutar 2 sata od uzorkovanja. Ako to nije moguće, uzorak se skladišti na +4 °C i dostavlja u laboratorij najkasnije 24 sata od uzorkovanja. Za virološke pretrage uzorak treba uroniti u transportnu podlogu (Hanks) te pohraniti na +4 °C i u laboratorij dostaviti unutar 24 sata. U nedostatku transportne podloge može se koristiti sterilna fiziološka otopina, uz naznaku načina uzimanja/skladištenja na uputnici za laboratorij. Obrisak za izolaciju specifičnih uzročnika (Bordetella pertussis, Respiratori sincicijski virus...) uzima se primjenom iste tehnike, no tada je važno uzorak uzeti štapićem koji je priložen uz odgovarajuću selektivnu transportnu podlogu i odmah nakon uzimanja vratiti ga na transportnu podlogu i transportirati ga u laboratorij.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti djetetove suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- stanja sluznice nosne šupljine (anomalije nosa)
- prohodnosti dječjih nosnica
- mogućnosti djetetovog disanja kroz nos i usta
- prostora za izvođenje zahvata – izvor svjetlosti
- mogućnosti pravovremenog transporta ili pohranjivanja uzorka do vremena transporta.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA**PRIPREMA POTREBNOG PRIBORA I MATERIJALA**

- poslužavnik
- pisani nalog liječnika za postupak – uputnica za laboratorij
- alkoholni dezinficijens za ruke
- zaštitna maska
- rukavice
- sterilan, elastični/savitljivi štapić za nazofarinks s vatom na vrhu ili odgovarajuće selektivne podloge
- štrcaljka a 2 ml sa sterilnom fiziološkom otopinom
- posuda za infektivni otpad

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- ovisno o dobi smjestiti dijete u odgovarajući položaj (sjedeci ili ležeći)
- osigurati izvor svjetlosti
- oprati/dezinficirati/osušiti svoje ruke
- medicinska sestra koja asistira i medicinska sestra koja izvodi uzorkovanje stavlja maske i nesterilne rukavice
- ukloniti vidljivi sekret iz djetetovih nosnica

- medicinska sestra koja asistira jednu ruku postavi na djetetovo čelo, lagano zabaci djetetovu glavu unazad i tako je učvrsti; manje dijete postavi u krilo (svojim nogama fiksira djetetove noge, a svojim rukama djetetove ruke)
- medicinska sestra koja uzima obrisak nazofarinksa tehnikom nedoticanja vadi štapić iz epruvete i vlaži vrh sterilnom fiziološkom otopinom, zatim nježno rotirajući uvodi elastičan štapić kroz djetetovu nosnicu, donjem nosnim hodnikom do stražnjeg nazofarinksa
- štapić polako rotira u smjeru lijevo-desno u trajanju od otprilike 5 sekundi kako bi se vatica natopila sekretom
- ukoliko je potrebno, postupak ponoviti kroz drugu djetetovu nosnicu
- obrisak tehnikom nedoticanja vratiti u originalnu epruvetu
- zabilježiti potrebne podatke na uzorak
- smjestiti dijete u udoban, željeni ili ordinirani položaj
- pravilno odložiti upotrijebljeni pribor
- skinuti masku, rukavice i odložiti u infektivni otpad
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak i stanje djeteta
- osigurati pravilan transport uzorka u laboratorij ili pravilnu pohranu uzorka do transporta u laboratorij

STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORKA STOLICE ZA PRETRAGU U DJECE

Naziv postupka

Uzimanje uzorka stolice za pretragu.

Definicija postupka

Uzimanje uzorka stolice je postupak kojim osiguravamo odgovarajući materijal za propisanu pretragu.

Provoditelj postupka

Postupak provodi jedna medicinska sestra/tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 15 minuta. Uključuje pripremu i zbrinjavanje djeteta nakon postupka.

Svrha postupka

Uzorak stolice može se uzeti za sljedeće pretrage: bakteriološku, parazitološku, na jajašca parazita, za dokazivanje prisutnosti krvi u stolici (hemokult), mikološku, virološku pretragu.

Iz uzorka stolice također analiziramo boju, konzistenciju, neprobavljenu hranu itd. Za dokazivanje prisutnosti jajašca parazita uzima se perianalni obrisak.

Osnovna obilježja postupka

Stolica je u dječjoj dobi vrlo važan dijagnostički materijal. Pregled stolice vršimo makroskopski kada pratimo konzistenciju, miris, primjese (krv,sluz...), kemijsku reakciju. Stolica je infektivni materijal, stoga je potrebno posebnu pozornost обратити на хигијену дјететовог перианалног подручја, руку дјетета/родитеља/скрбника и медицинске сестре, окoline дјетета те асептичне увјете рада. Postupak se provodi na temeljuписаног naloga liječnika.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti djetetove suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- djetetove potrebe i mogućnosti defekacije
- prostora gdje će dijete obaviti defekaciju.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- poslužavnik
- pisani nalog liječnika - uputnica za pretragu
- čista dječja noćna posuda
- označene posude za uzimanje uzorka stolice (za bakteriološke pretrage sterilne)
- predmetno stakalce i prozirna ljepljiva traka
- jednokratne nesterilne rukavice i jednokratna pregača
- jednokratna pelena za inkontinentno dijete ili dijete koje je još u pelenama
- posuda za infektivni otpad

IZVOĐENJE

- provjeriti propisano vrijeme uzimanja uzorka
- identificirati dijete, predstaviti se, objasniti postupak u skladu s djetetovom dobi, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- osigurati privatnost (ukoliko se defekacija obavlja u bolesničkoj sobi, ograditi djetetov krevet paravanom, djetetu staviti noćnu posudu ili čistu pelenu)
- veće/pokretno dijete otpratiti ili odvesti u WC ili sanitarni prostor gdje ga udobno smjestiti na noćnu posudu
- zamoliti dijete da se pomokri prije defekacije
- staviti rukavice i pregaču
- skloniti urin
- nakon završene defekacije napraviti ili pomoći djetetu obaviti higijenu perianalne regije i dijete smjestiti u krevet
- otvoriti označenu posudicu za stolicu, žličicom (koja je sastavni dio zatvarača posudice za uzorak stolice) uzeti uzorak stolice veličine lješnjaka (2 grama ili 2 ml do 3 ml) iz noćne posude ili pelene i staviti u posudicu izbjegavajući doticanje vanjskih dijelova posudice ili drugih površina; zatvoriti posudicu
- isprazniti noćnu posudu ili djetetu staviti čistu pelenu
- pravilno raspremiti upotrijebljeni pribor
- skinuti rukavice i pregaču, odložiti u infektivni otpad
- oprati/dezinfcirati i osušiti ruke
- uzorke odmah poslati u laboratorij s ispisanim uputnicom slučaju nemogućnosti brzog transporta u laboratorij uzorak stolice pohraniti u poseban hladnjak za uzorke na + 4 °C
- dokumentirati postupak

PRAVILA UZIMANJA UZORAKA STOLICE

1. ZA BAKTERIOLOŠKU PRETRAGU:

- upotrijebiti sterilnu posudu
- uzorak ne smije biti kontaminiran mokraćom ili sadržavati deterdžente
- dostaviti u laboratorij najkasnije 2 sata nakon uzimanja ili pohraniti najduže do 24 sata na + 4 °C.

2. ZA VIROLOŠKU PRETRAGU:

- uzorak stolice uzeti u sterilnu posudicu
- dostaviti u laboratorij najkasnije 2 sata nakon uzimanja ili pohraniti najduže do 24 sata na + 4 °C.

3. ZA PARAZITOLOŠKU PRETRAGU:

- 7 dana prije uzimanja uzorka dijete ne smije biti pregledavano primjenom kontrastnog sredstva
- uzorak uzeti u kemijski čistu posudicu
- dostaviti ga u laboratorij unutar 24 sata.

4. ZA MIKOLOŠKU PRETRAGU:

- uzorak stolice treba uzeti 7 - 10 dana nakon završene antibiotske terapije
- uzorak odmah dostaviti u laboratorij ili pohraniti na + 4 °C.

5. ZA PERIANALNI OTISAK:

- potrebno je predmetno stakalce dimenzija 26 mm x 76 mm koje se dobije u laboratoriju koji obrađuje uzorke
- djetetu ne prati perianalnu regiju od večeri prethodnog dana do jutra
- otisak uzeti ujutro, prije jutarnje njege/kupanja djeteta
- postupak izvode dvije medicinske sestre: jedna pridržava dijete i raširi gluteuse djeteta, a druga medicinska sestra uzima perianalni otisak (ljepljivu traku odlijepiti sa stakalca, ljepljivu stranu trake prisloniti na analni otvor djeteta uz blago pritiskanje, nježno odvojiti traku od perianalnog dijela i zalijepiti je na predmetno stakalce)
- stakalce staviti u ambalažu, naznačiti ime i prezime, datum i sat uzimanja i dostaviti u laboratorij.

6. ZA HEMOKULT:

- uzeti 3 uzastopna uzorka stolice s 4 različita mjesta poštujući pisane upute dobivene zajedno s predmetnim kartončićima i pripadajućim priborom; radi valjanosti analize također je potrebno poštovati pravila prehrane prije i za vrijeme uzimanja uzorka.

STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORKA URINA ZA PRETRAGU

Naziv postupka

Uzimanje uzorka urina za pretragu.

Definicija postupka

Uzimanje uzorka urina je postupak kojim osiguravamo odgovarajući materijal za propisanu pretragu.

Provoditelj postupka

Jedna ili dvije medicinske sestre/dva tehničara (ovisno o dobi djeteta i načinu uzimanja uzorka urina).

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 20 do 30 minuta (ovisno o dobi djeteta i načinu uzimanja uzorka urina).

Svrha postupka

Osigurati ispravan uzorak urina za propisanu pretragu.

Osnovna obilježja postupka

Urin je izlučevina koja se stvara u bubrežima i izlučuje mokraćnim putovima iz organizma.

Ispravan uzorak urina za predviđene pretrage osigurava se temeljitim čišćenjem i dezinfekcijom sluznice anogenitalne regije te tehnikom "srednjeg mlaza". Tehnika "srednjeg mlaza" podrazumijeva uzorak urina nakon ispuštanja prvog dijela urina koji ispirje rezidualnu floru uretre, dok srednji čisti mlaz predstavlja floru mokraćnog mjeđura. Ovisno o dobi djeteta, uzorak urina može se prikupiti korištenjem toaleta, urinarne vrećice ili kateterizacijom mokraćnog mjeđura. Oprati anogenitalnu regiju tekućom vodom i tekućim sapunom do potpunog uklanjanja naslaga. Oprano područje osušiti pamučnom tkaninom – ne brisati, već tapkati do potpune suhoće. Nakon pranja i sušenja anogenitalne regije pristupa se postupcima dezinfekcije sluznice anogenitalnog područja.

Metoda uzimanje urina urinarnom vrećicom također iziskuje prethodno čišćenje i dezinfekciju sluzice anogenitalne regije. Ako dijete nije mokrilo, vrećicu je potrebno mijenjati svakih sat vremena. Pri lijepljenju nove urinarne vrećice svaki put provodimo dezinfekciju sluznice anogenitalne regije.

U slučaju postavljenog urinarnog katetera u djece, kateter se "zaklema" 15 do 30 minuta prije uzimanja urina. Na taj se način sprječava otjecanje urina u urinarnu vrećicu i osigurava dovoljna količina urina za pretragu. Planirano mjesto punkcije urinarnog katetera prebriše se lopticama gaze ili vate natopljenim dezinficijensom. Dezinficirano mjesto urinarnog katetera punktirati iglom i špricom uzeti uzorak, a potom ga uštrcati u epruvetu za uzorkovanje i proslijediti na pretragu. Urin se ne smije uzimati iz urinarne vrećice. Nakon uzimanja urina "otklemati" urinarni kateter.

Za biokemijsku analizu uzorak urina dostaviti unutar dva sata u laboratorij.

Za mikrobiološku analizu uzorak mokraće treba dostaviti u laboratorij u roku od dva sata; ukoliko to nije moguće, uzorak treba pohraniti na +4 °C i dostaviti u laboratorij najkasnije 24 sata nakon uzimanja uzorka.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta
- mogućnosti suradnje djeteta
- načina uzimanja urina
- izgleda anogenitalne regije.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA POTREBNOG PRIBORA I MATERIJALA

- kolica ili poslužavnik
- pisani nalog za postupak – uputnica za laboratorij
- zaštitna maska, nesterilne rukavice
- dezinficijens za ruke
- tekući sapun
- dezinficijens za dezinfekciju podloge
- dezinficijens za kožu i sluznicu
- meka pamučna tkanina
- loptice od gaze
- izrezana staničevina
- urinarne vrećice za sakupljanje urina
- pelene za jednokratnu uporabu
- kemijski čiste epruvete/posudice za uzorak
- bubrežasta posuda
- posuda za infektivni otpad

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- predstaviti se, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- objasniti postupak pripreme genitalne regije i tehnike uzorkovanja urina (na način prilagođen dobi i stanju djeteta)
- osigurati privatnost
- pomoći većem djetetu pri odlasku do toaleta
- dezinficirati radnu površinu dezinficijensom za površine
- smjestiti dijete u odgovarajući položaj (ovisno o dobi i stanju djeteta)
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- staviti nesterilne rukavice
- oprati anogenitalnu regiju tekućom vodom i sapunom i osušiti je mekom pamučnom tkaninom tapkanjem (ne brisanjem/trljanjem)
- dezinficirati sluznicu anogenitalne regije, razdvojiti stidne usne lopticama od gaze (natopljenim dezinficijensom) pokretima od simfize prema perineumu očistiti genitalije djevojčice (5 do 8 puta, jedna optica od vate s dezinficijensom - jedan potez ili do uklanjanja naslaga)
- prevući prepucij lagano preko glansa penisa izlažući otvor uretre, lopticama od gaze (natopljenim dezinficijensom) potezima od središta prema periferiji kružnim potezima očistiti genitalije dječaka (5 do 8 puta, jedna optica od vate s dezinficijensom - jedan potez ili do uklanjanja naslaga)
- postaviti epruvetu/posudicu pod mlaz urina nekoliko sekundi nakon što je dijete počelo mokriti
- paziti da epruvetom ne dodirujemo genitalno područje, dijete završava s mokrenjem u toaletu
- zatvoriti i obilježiti epruvete/posudice
- pospremiti pribor, odložiti u infektivni otpad
- skinuti rukavice
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak
- osigurati pravilan transport uzorka u laboratorij ili pravilnu pohranu uzroka do transporta u laboratorij

UZIMANJE UZORKA URINA URINARNOM VREĆICOM

- oprati i osušiti ruke
- staviti nesterilne rukavice
- oslobođiti donji dio tijela djeteta (skinuti odjeću, pelene...)
- oprati i dezinficirati sluznicu anogenitalne regije
- zalijepiti urinarnu vrećicu mekanom ljepljivom trakom oko otvora, paziti da se urinarna vrećica ne dodiruje s unutarnje strane
- djevojčice - donji rub urinarne vrećice zalijepiti od donjeg dijela međice prema simfizi i lagano prstima pritisnuti sve samoljepljive dijelove vrećice
- dječaci - spolovilo pozicionirati u urinarnu vrećicu, dok je donji rub samoljepljivog dijela vrećice potpuno u korijenu spolovila (spoj s testisima), lagano prstima pritisnuti sve samoljepljive dijelove vrećice
- odjenuti dijete
- ponoviti sve postupke čišćenja i dezinfekcije anogenitalne regije i zalijepiti novu urinarnu vrećicu ukoliko mokrenje nije uslijedilo unutar jednog sata
- pažljivo odlijepiti urinarnu vrećicu s djetetovog spolovila nakon mokrenja (potezom odozgo prema dolje)
- pažljivo preliti urin iz vrećice u označene epruvete/posudice za uzorkovanje
- učiniti toaletu anogenitalne regije djeteta i namazati dječjom kremom
- odjenuti dijete i udobno ga smjestiti u krevet
- oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak
- osigurati pravilan transport uzoraka u laboratorij ili pravilnu pohranu uzroka do transporta u laboratorij

STANDARDIRIRANI POSTUPAK ZDRAVSTVENJE NJEGE KOLOSTOME

Naziv postupka

Zdravstvena njega kolostome.

Definicija postupka

Zdravstvena njega kolostome je postupak koji se sastoji od higijene stoma otvora i okolne kože, izmjene ili pražnjenja vrećice za stolicu te izmjene stoma podloge (baze, pločice, diska).

Provoditelj postupka

Jedna medicinska sestra/jedan tehničar.

Trajanje izvođenja postupka

Trajanje postupka za promjenu vrećice je 15 minuta, a za promjenu pločice, vrećice i njegu kože je 30 minuta.

Svrha postupka

Osigurati čistu, zdravu stому i okolnu kožu. Osigurati eliminaciju stolice bez komplikacija. Smanjiti djetetovu tjeskobu i osjećaj manje vrijednosti (ugroženog dostojanstva).

Osnovna obilježja postupka

Kolostoma je kirurškim putem formiran otvor kada se zdravo debelo crijevo izvodi na stijenku djetetovog trbuha, gdje se učvrsti te predstavlja alternativan izlaz za feces. Na taj se način zaobilazi anus, dok djetetov probavni sustav i dalje normalno djeluje. Zdravstvena njega stome se, općenito, vrši pažljivo i odlučno, bez nepotrebног osjećaja straha i neugodnosti. Stoma nije rana, nego „novi organ“ vlastitog tijela te za higijenu i čistoću kolostome nije nužno primjenjivati sterilan, već čist pribor.

Za njegu kolostome i eliminaciju stolice na tržištu postoji nekoliko vrsta pomagala:

Jednodijelni sustav - sastoji se od vrećice i vanjskog samoljepljivog dijela.

Pomagalo se mijenja svakodnevno u cijelosti. Učestalo mijenjanje stoma-vrećice može uzrokovati oštećenje okolne kože, stoga su dvodijelne vrećice bolji izbor.

Dvodijelni sustav - ima odvojenu vrećicu koja se plastičnim prstenom pričvršćuje na podlogu (pločicu). Pločica je izrađena specijalnom tehnologijom i osigurava lijepljenje za kožu te štiti djetetovu kožu od sadržaja stome. Pločice se izrezivanjem otvora prilagođavaju obliku i veličini otvora djetetove stome. Pločica se lijepi na kožu oko stome i može ostati 3 do 5 dana, a svakodnevno se mijenjaju samo vrećice (kada se vrećice sadržajem napune do jedne trećine). Korištenjem modelirajućih podloga izrezivanje otvora je nepotrebno. Topla se podloga modelira prstima prema veličini i obliku otvora stome.

Stoma-čep je kapica koja nema vrećicu za stolicu, koristi se samo za zaštitu stome prilikom tuširanja, kupanja ili plivanja.

Kao dodatna pomagala za zaštitu kože koriste se specijalizirane paste, maramice i puderi te remen i trbušni pojas kao prevencija pojave kile nakon operacije trbušne stijenke.

Medicinske sestre podučavanjem djeteta i roditelja/skrbnika, poticanjem na što raniju samostalnost pri njeli kolostome, savjetima o izboru najboljeg pomagala, načinu prehrane i zajedničkom provjerom naučenog doprinose vraćanju samopoštovanja, samopouzdanja i želje za brzim prilagođavanjem stilu života u novonastaloj situaciji.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- razine znanja djeteta i roditelja/skrbnika o njeli kolostome i njihove sposobnosti usvajanje znanja i vještina
- prostora i radnih uvjeta za izvođenje postupka (osvjetljenje, temperatura prostorije)
- izgleda i promjera stome pomoću mjerača
- kompatibilnosti između podloga i vrećica
- pribora potrebnog za njegu i promjenu stome
- stanja kože oko stome.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA POTREBNOG PRIBORA I MATERIJALA

- kolica ili poslužavnik
- pločice, ljepilo i stoma-vrećice odgovarajuće veličine
- mjerač za mjerjenje promjera stome
- jednokratne nesterilne rukavice

- škarice
- sušilo za sušenje kožesmotuljci od gaze
- posuda tople vode, tekući sapun neutralne pH-vrijednosti, trljačice
- mekana pamučna tkanina
- tekućina ili specijalizirane vlažne maramice za uklanjanje ljepila s kože
- zaštitna krema za kožu
- bubrežasta posuda
- posuda za nečisto
- vrećica za komunalni otpad
- vrećica za infektivni otpad

IZVOĐENJE:

1. Provjeriti identitet djeteta, predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja.
2. Aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće).
3. Osigurati privatnost.
4. Smjestiti dijete u odgovarajući položaj – ležeći ili Fowlerov povišeni položaj.
5. Oprati, osušiti i dezinficirati svoje ruke.
6. Staviti pripremljeni pribor u blizini djeteta.
7. Izrezati prikladan otvor veličine stome (kod samoljepljivih vrećica).
8. Kod promjene podloge, ako nije samomodelirajuća, također izrezati otvor.
9. Staviti jednokratne nesterilne rukavice.
10. Oslobođiti djetetov trbuh od odjeće.

MIJENJANJE KOLOSTOMA - PLOČICE I VREĆICE

- ukloniti korištenu vrećicu - jednom rukom pridržavati kožu, a drugom rukom nježno povlačiti vrećicu (odozgo prema dolje)
- odložiti stoma-vrećicu u komunalni otpad (ako je stolica infektivna, vrećica se odlaže u infektivni otpad)
- ukloniti fekalne mase mokrom trljačicom i odložiti u odgovarajuću vreću za otpad
- oprati okolnu kožu stome topлом vodom i tekućim sapunom neutralne pH-vrijednosti
- nježno osušiti kožu mekanom pamučnom tkaninom tapkanjem (ne trljanjem)

- skinuti rukavice i odložiti ih u komunalni otpad
- staviti čiste rukavice
- očistiti okolnu kožu stome tekućinom/maramicama za uklanjanje ljepila
- priloženom tubom ili vlažnim prstima nanijeti ljepilo oko unutarnjeg ruba otvora pločice
- pričvrstiti pločicu na suhu površinu kože
- izrez pločice i vrećice mora pokrivati kožu oko stome
- staviti stoma-vrećicu s pripadajućim prstenom na pločicu
- provjeriti prianjanje
- skinuti rukavice, oprati, osušiti i dezinficirati svoje ruke
- smjestiti dijete u udoban ili propisani položaj
- raspremiti korišteni pribor i materijal, vrećice s komunalnim i infektivnim otpadom iznijeti iz sobe djeteta i odložiti u predviđeni prostor za nečisto
- skinuti rukavice, oprati, dezinficirati i osušiti svoje ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

MIJENJANJE KOLOSTOMA - SAMO VREĆICE

- primijeniti postupke od 1 do 10
- oprati, osušiti i dezinficirati svoje ruke
- staviti jednokratne nesterilne rukavice
- skinuti stoma-vrećicu i odložiti u vrećicu za komunalni otpad (ako je stolica infektivna, vrećicu odložiti u vrećicu za infektivni otpad)
- ukloniti fekalne mase mokrom gazom i odložiti u prikladnu vrećicu za otpad
- oprati i očistiti pločicu vlažnim maramcama i osušiti mekom pamučnom tkaninom tapkanjem (ne brisanjem)
- oprati/dezinficirati svoje ruke i staviti čiste rukavice
- pričvrstiti novu vrećicu i provjeriti prianjanje, pokriti djetetov trbuš
- smjestiti dijete u udoban ili propisani položaj
- raspremiti korišteni pribor, vrećice s komunalnim i infektivnim otpadom iznijeti iz sobe djeteta i odložiti u predviđeni prostor za nečisto
- skinuti rukavice, oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- evaluirati i dokumentirati postupak

STANDARDIZIRANI POSTUPAK ASISTIRANJA PRI KATETERIZACIJI MOKRAĆNOG MJEHURA U DJECE

Naziv postupka

Asistiranje pri kateterizaciji mokraćnog mjehura.

Definicija postupka

Asistiranje pri kateterizaciji mokraćnog mjehura je postupak tijekom kojeg medicinska sestra asistira liječniku za vrijeme izvođenja postupka kateterizacije mokraćnog mjehura djeteta.

Provoditelj postupka

Postupak izvodi liječnik uz asistenciju dviju medicinskih sestara.

Svrha postupka

Osigurati cijelovitu pripremu djeteta i potrebnog pribora te učinkovitu asistenciju pri kateterizaciji djetetovog mokraćnog mjehura.

Trajanje izvođenja postupka

Za pripremu i asistenciju pri kateterizaciji mokraćnog mjehura potrebno je 45 minuta.

Osnovna obilježja postupka

Urinarni kateter može biti postavljen trajno, povremeno ili jednokratno, a izvođenje zahvata određuje liječnik.

Urinarni kateteri razlikuju se po veličini lumena (CH 6 za novorođenčad, CH 8 za dojenčad, CH 12 za malo dijete, CH 14 za veću djecu/adolescente).

Ovisno o svrsi kateterizacije odabire se kateter s jednim, dva ili tri kanala te kateter s ili bez balona.

Postupci za izvođenje trajne, povremene ili jednokratne kateterizacije su isti, osim što kod jednokratne ili povremene kateterizacije nije potrebno balon puniti sterilnom redestiliranom

vodom. Napuhani balon na distalnom kraju katetera sprečava ispadanje istog iz mokraćnog mjehura. Balon se ne puni fiziološkom otopinom zbog mogućnosti kristalizacije same otopine i začepljenja balonskog kanala katetera.

Tijekom svakog postupka kateterizacije treba poštivati tehniku aseptičnog načina rada jer se uvođenjem katetera mikroorganizmi iz prednjeg dijela uretre premeštaju prema mokraćnom mjehuru, uz mogućnost oštećenja mukozne membrane uretre.

Postavljen urinarni kateter omogućuje drenažu urina, omogućeno je točno praćenje diureze, izgleda i mirisa urina, ispiranje mokraćnog mjehura te primjena lijekova.

Procjena:

- prostora i mikroklimatskih uvjeta (temperatura, privatnost)
- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- utjecaja lijekova koje dijete uzima na eliminaciju mokraće
- osobitosti eliminacije urina, svakodnevne navike, poteškoće tijekom mokrenja u djeteta.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA POTREBNOG PRIBORA I MATERIJALA

- kolica za pribor
- sterilni set za kateterizaciju (smotuljci od gaze, pean, pinceta, bubrežasta zdjelica, dvije komprese – jedna s rezom u sredini)
- sterilni urinarni kateter odgovarajuće veličine
- paravan
- izvor svjetlosti
- antiseptik za sluznicu
- dezinficijens za ruke
- nepropusna zaštitna folija
- posuda tople vodetrljačica, tekući sapun, pamučna tkanina
- sterilna tkanina s i bez otvora za oblikovanje sterilnog polja
- lubrikant
- jednokratne sterilne i nesterilne rukavice
- urinarna vrećica
- držač za urinarnu vrećicu
- štrcaljka od 5 ml i 10 ml
- igla
- sterilna redestilirana voda
- posuda za nečisto
- posuda za infektivni otpad

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja (postupak objašnjava liječnik, a pripremu djeteta medicinska sestra)
- osigurati privatnost – postaviti paravan, zatvoriti vrata
- provjeriti kada je dijete posljednji put mokrilo
- prilagoditi razinu/visinu ležaja tako da je prikladna za izvođenje zahvata
- dijete postaviti u leđni položajoprati, osušiti i dezinficirati ruke, staviti rukavice
- zaštititi ležaj na kojem se izvodi zahvat nepropusnom zaštitnom folijom
- podesiti svjetlo
- oprati spolovilo i perianalnu regiju topлом vodom i tekućim sapunom, osušiti sterilnom tkaninom
- skinuti rukavice, raspremiti upotrijebljeni pribor

ASISTIRANJE PRI KATETERIZACIJI ŽENSKE DJECE

- postaviti dijete u leđni položaj, raširenih nogu savijenih u koljenima
- medicinska sestra stavlja nesterilne rukavice
- medicinska sestra otvara set za kateterizaciju
- liječnik koji izvodi zahvat stavlja sterilne rukavice
- pomoću sterilnih kompresa liječnik oblikuje sterilno polje za izvođenje zahvata; ispod perianalnog dijela djevojčice postaviti sterilnu kompresu, sterilnu bubrežastu posudicu postaviti na sterilnu kompresu
- liječnik razmakne velike i male stidne usne palcem i kažiprstom nedominantne ruke i tako razmaknute trebaju ostati tijekom postavljanja urinarnog katetera; prikaže se urinarno ušće i liječnik dominantnom rukom dezinficira spolovilo najmanje 3 puta sterilnim smotuljcima gaze namočenim antiseptikom služeći se sterilnim peanom; jedan smotuljak gaze - jedan okomit potez od klitorisa prema perineumu
- medicinska sestra otvara urinarni kateter i dodaje ga u dominantnu ruku liječnika koji izvodi zahvat: distalni dio katetera držati iznad sterilne bubrežaste posudice
- liječnik prihvata kateter sa sterilnim peanom 5 cm – 7 cm od vrha katetera

- medicinska sestra otvara lubrikant, istisne malu količinu u posudicu za nečisto i zatim istisne lubrikant na vrh katatera
- liječnik dominantnom rukom nježno uvodi kateter kroz otvor uretre dok urin ne počne teći
- medicinska sestra dodaje liječniku štrcaljku s količinom sterilne redestilirane vode koju navodi proizvođač urinarnog katetera
- liječnik puni balon određenom količinom redestilirane vode
- medicinska sestra pridržava distalni dio katetera, uklanja zaštitni poklopac s urinarne vrećice i spaja je s kateterom
- medicinska sestra stavlja urinarnu vrećicu na nosač i postavlja ga na rub kreveta
- liječnik skine rukavice i odloži ih u posudu za infektivni otpad
- smjestiti dijete u ugodan položaj
- raspremiti upotrijebljeni pribor u posude za nečisto i u posude za infektivni otpad
- skinuti rukavice i odložiti u infektivni otpad
- oprati/dezinfluirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati provedeni zahvat i pratiti stanje djeteta

Asistiranje pri kateterizaciji muške djece, priprema pribora i postupak asistiranja jednak je kao i u djevojčica.

STANDARDIZIRANI POSTUPAK ASISTIRANJA PRI IZVOĐENJU ABDOMINALNE PUNKCIJE

Naziv postupka

Asistiranje pri izvođenju abdominalne punkcije.

Definicija postupka

Asistiranje pri izvođenju abdominalne punkcije je postupak tijekom kojeg medicinska sestra asistira liječniku za vrijeme izvođenja postupka abdominalne punkcije (odstranjanje slobodne tekućine – ascitesa iz abdomena djeteta).

Provoditelj postupka

Abdominalnu punkciju izvodi liječnik uz asistenciju dviju medicinskih sestara (jedna asistira liječniku, a druga drži dijete u odgovarajućem položaju). Moguće je sudjelovanje i više od dviju medicinskih sestara (ovisno o dobi, veličini i suradljivosti djeteta).

Svrha postupka

Osigurati cijelovitu pripremu i učinkovitu asistenciju prilikom izvođenja postupka abdominalne punkcije. Abdominalna punkcija izvodi se u:

- dijagnostičke svrhe (dobivanje uzorka ascitesa za biokemijsku, mikrobiološku i/ili citološku analizu)
- terapijske svrhe (odstranjenje slobodne tekućine koja distendira trbušnu stijenku i komprimira trbušne organe, instiliranje lijekova).

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje dijagnostičke abdominalne punkcije potrebno je 45 minuta.

Trajanje abdominalne punkcije u terapijske svrhe (praćenje stanja djeteta tijekom cijelog vremena evakuacije, dokumentiranje, zbrinjavanje evakuiranog i upotrijebljenog materijala) ovisi o stanju djeteta, količini nakupljene tekućine i vremenu primjene terapije.

Osnovna obilježja postupka

Postupak abdominalne punkcije je invazivni dijagnostički i/ili terapijski postupak. Izvodi se po načelima aseptičnog rada u sobi za male zahvate, a ukoliko to nije moguće, u djetetovoj bolesničkoj sobi. Prije izvođenja abdominalne punkcije potrebno je imati obavijesno-pisani pristanak roditelja. Abdominalna punkcija

izvodi se na lijevoj strani abdomena djeteta, a točno mjesto punkcije određuje liječnik.

Medicinska sestra postavlja dijete u ležeći položaj na leđima. Djetetu treba omogućiti eliminaciju stolice i urina prije zahvata. Prilikom punkcije i istjecanja slobodne tekućine iz abdomena medicinska sestra mora nadzirati dijete uz kontrolu pulsa, krvnog tlaka, ubodnog mjesta te brzine i količine istjecanja tekućine.

Procjena:

- prostora i mikroklimatskih uvjeta
- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- djetetovih vitalnih znakova
- kože na mjestu predviđenom za punkciju
- utjecaja lijekova koje dijete uzima na tijek i ishod postupka (antikoagulantna terapija...).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA POTREBNOG PRIBORA I MATERIJALA

- pisani nalog za postupak – uputnica za laboratorij
- kolica za pribor
- paravan, ako se punkcija izvodi u bolesničkoj sobi
- nepropusna zaštitna folija za ležaj
- dva para sterilnih rukavica
- nesterilne jednokratne rukavice
- sredstvo za čišćenje kože
- sredstvo za dezinfekciju kože
- alkoholni dezinficijens za ruke
- sterilni set za pranje i dezinfekciju kože (sterilne komprese s i bez otvora, smotuljci od gaze, sterilna pinceta)
- sterilan set za konekciju i drenažu (igle 18 - 22 gauge, 1.5-inčni kateter s iglom (angiocath), štrcaljke (10 ml - 30 ml za dojenčad i malu djecu; 20 ml - 60 ml za veću djecu i adolescente)anestetik za lokalnu primjenu
- štrcaljke od 2 ml, 5 ml, 10 ml
- igle za aplikaciju anestetika
- hipoalergijski flaster

- kemijski čiste i sterilne posude za uzimanje uzoraka
- graduirana posuda za prikupljanje i mjerjenje količine drenirane tekućine
- tlakomjer i stetoskop
- sat sa sekundarom
- posuda za nečisto
- posude za odlaganje oštrog i infektivnog otpada

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja (postupak objašnjava liječnik, a pripremu djeteta medicinska sestra)
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- provjeriti potpisani pristanak roditelja/skrbnika
- pripremiti nalaze i dokumentaciju djeteta
- osigurati privatnost djeteta (zatvoriti vrata, staviti paravan, pokriti dijete)
- zaštititi ležaj nepropusnom folijom
- medicinska sestra koja je uz dijete (MS 1) priprema dijete za postupak (namješta dijete u ležeći položaj na leđima, pridržava i procjenjuje stanje djeteta tijekom izvođenja postupka)
- medicinska sestra koja asistira liječniku (MS 2) i liječnik operu, osuše ruke i stave nesterilne jednokratne rukavice
- oslobođiti dio abdomena djeteta na kojem će se izvesti punkcija (MS 2)
- otvoriti liječniku set za pranje i dezinfekciju kože područja ubodnog mjesta (MS 2)
- MS 2 poljeva smotuljke gaze sredstvom za čišćenje i dezinfekcijskim sredstvom
- liječnik čisti i dezinficira područje ubodnog mjesta
- liječnik dezinficira i osuši ruke, stavlja sterilne rukavice
- liječnik kompresama s otvorom oblikuje sterilno radno polje
- tehnikom nedoticanja MS 2 dodaje liječniku sterilnu štrcaljku i iglu
- MS 2 otvara anestetik i pridržava ampulu tijekom navlačenja anestetika u štrcaljku
- liječnik navlači anestetik iz ampule u štrcaljku

- nakon navlačenja anestetika liječnik mijenja iglu i injektira anestetik
- liječnik odlaže upotrijebljenu štrcaljku u posudu za nečisto, a iglu u sabirnik za oštре predmete
- MS 2 tehnikom nedoticanja dodaje liječniku set za abdominalnu punkciju
- liječnik punktira abdominalnu stijenku i spaja iglu sa satom za drenažu
- MS 2 dodaje posudice za uzimanje uzoraka za dijagnostičke pretrage
- liječnik uzima uzorke za dijagnostičke pretrage
- liječnik pričvrsti iglu sterilnim tupferom, a medicinska sestra fiksira tupfer i iglu hipoalergijskim flasterom
- MS 2 postavi drenažnu cjevčicu u graduiranu posudu
- MS 2 i liječnik skinu rukavice, dezinficiraju i osuše ruke
- MS 1 promatra dijete, kontrolira disanje, krvni tlak, količinu i brzinu istjecanja te o promjenama istih obavještava liječnika
- nakon završetka istjecanja sadržaja liječnik dezinficira i osuši ruke, stavlja sterilne rukavice i uklanja iglu iz trbušne stijenke, ubodno mjesto prekriva sterilnom kompresom koju mu MS 2 dodaje tehnikom nedoticanja
- MS 2 stavlja jednokratne nesterilne rukavice i hipoalergijskim flasterom fiksira kompresu za trbušnu stijenku
- MS 2 uklanja zaštitnu kompresu s otvorom s radnog polja
- MS 1 udobno namješta dijete
- MS 2 mjeri količinu drenirane tekućine
- MS 2 uzorke koji su uzeti za analizu odnosi u laboratorij
- MS 2 zbrinjava upotrijebljeni pribor prema pravilima zdravstvene ustanove
- MS 2 drenirani sadržaj zbrinjava u izlivno mjesto za tekućine (infektivni otpad)
- MS 2 skine rukavice, dezinficira i osuši ruke
- dokumentirati postupak i stanje djeteta

STANDARDIZIRANI POSTUPAK ASISTIRANJA PRI IZVOĐENJU FIBERBRONHOSKOPIJE U DJECE

Naziv postupka

Asistiranje pri izvođenju fiberbronhoskopije.

Definicija postupka

Asistiranje pri izvođenju fiberbronhoskopije je postupak tijekom kojeg medicinska sestra asistira liječniku pri uvođenju fleksibilnog bronhoskopa kroz nos, usta, tubus ili traheostomu u dišne putove djeteta.

Provoditelj postupka

Postupak izvodi liječnik uz asistenciju dviju medicinskih sestara/dva tehničara.

Trajanje izvođenja postupka

Za postupke koje izvodi medicinska sestra ili tehničar za vrijeme, prije i nakon fiberbronhoskopije potrebno je 60 minuta.

Svrha postupka

Osigurati kvalitetnu asistenciju tijekom izvođenja postupka fiberbronhoskopije. Fiberbronhoskopija je metoda koja se izvodi u dijagnostičke i terapijske svrhe, a one se u većini slučajeva nadopunjaju. Fiberbronhoskopija daje uvid u promjene sluznice traheobronhialnog stabla, omogućuje evakuaciju sekreta, uzimanje uzoraka za mikrobiološku, citološku, biokemijsku i imunološku analizu (BAL), ciljanu instilaciju medikamenata, biopsiju, evakuaciju stranog tijela itd.

Osnovna obilježja postupka

Feksibilni bronhoskop s vanjskim promjerom od 3,5 mm osigurava izvođenje fiberbronhoskopije u većine novorođenčadi. Fiberoptički bronhoskop je mekan, savitljiv i prati sve krivine organa, a osim ravnog, kosog i bočnog gledanja, omogućeno je i retrogradno gledanje. Fleksibilni bronhoskop na vrhu ima malenu kameru pomoću koje se može pratiti tijek fiberbronhoskopije na videoekranu. Manje dimenzije i savitljivost fiberbronhoskopa te dostatnost sedacije i lokalne anestezije u pripremi djeteta za pregled umanjili su invazivnost pretrage i proširili indikacijsko područje. Tijekom izvođenja bronhoskopskih zahvata primjenjuje se opća ili lokalna anestezija. Smatra se kako je lokalna anestezija manje pogodna za dječju dob zbog rijetkih, ali mogućih komplikacija uslijed toksičnog djelovanja lokalnog anestetika. Osim toga, dijete je svjesno, budno,

doživljava strah i bolove, nemirno je, jako kašlje i napinje se, što dodatno otežava izvođenje bronhoskopije. Može doći do spontanog pucanja alveola i pojave medijastinalnog i potkožnog emfizema ili pneumotoraksa. Također, može doći do povrede traheje i bronha tubusom ili hvataljkama. Opća anestezija smatra se metodom izbora pri vršenju krute bronhoskopije u dječjoj dobi, čime su eliminirane sve opisane neugodnosti, a mogućnost komplikacija svedena je na minimum. Tijekom izvođenja fleksibilne bronhoskopije u djece koristi se lokalna anestezija u kombinaciji s odgovarajućim stupnjem sedacije kod kojeg dijete još uvijek spontano diše.

Fleksibilni bronhoskop uvodi se kroz nos, usta, tubus ili traheostому. Za izvođenje fiberbronhoskopije roditelji djeteta potpisuju informirani pristanak, uz provjeru anamneze na alergije. Prije planiranog izvođenja fiberbronhoskopije potrebno je napraviti ordinirane biokemijske i hematološke krvne pretrage. Šest sati prije zahvata dijete ne smije uzimati krutu hranu, a tri sata prije zahvata ne smije uzimati tekućinu. Postupak se izvodi u kabinetu za bronhoskopiju, a u slučaju potrebe može se izvesti i u djetetovoj bolesničkoj sobi. Položaj djeteta za fiberbronhoskopiju propisuje liječnik. Najčešće je to je visoki Fowlerov položaj.

Procjena:

- prostora i mikroklimatskih uvjeta
- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- ispravnosti aparata
- prohodnosti djetetovih nosnica
- stanja sluznica nosa i usta
- postojanja venskog puta – I.V. kanile.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA POTREBNOG PRIBORA I MATERIJALA

- odgovarajući fiberbronhoskop sa sterilnim priborom za primjenu terapiju i uzimanje uzoraka
- izvor hladnog svjetla
- usnik
- pribor za lokalnu anesteziju:
 - štrcaljke od 2 ml, 5 ml i 10 ml, igle,
 - lokalni anestetik u bočicama ili ampulama,
 - lokalni anestetik u spreju,
 - lokalni anestetik u gelu

- jednokratne nesterilne rukavice (3 para)
- zaštitne maske (3 komada)
- zaštitne naočale (3 komada)
- zaštitni ogrtač (3 komada)
- sterilni setovi za aspirat ili sterilne epruvete
- papirnati ubrusi
- aspirator s nastavcima za priključke
- fiziološka otopina 250 ml do 500 ml
- redestilirana voda 500 ml
- lijekovi prema odredbi liječnika
- pribor i lijekovi za reanimaciju, antidoti
- pribor za postavljanje perifernih venskih putova
- izvor kisika, kateteri i maske
- oprema za monitoriranje, pulsni oksimetar
- zaštitna kompresa
- paravan – ako se zahvat izvodi u bolesničkoj sobi
- dezinficijens za ruke i pribor (prema protokolu ustanove)
- kolica za pranje i dezinfekciju fleksibilnog bronhoskopa
- posuda za nečisto
- sabirnik za oštре predmete

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja (postupak objašnjava liječnik, a pripremu djeteta medicinska sestra)
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- provjeriti potpisani informirani pristanak roditelja/skrbnika
- provjeriti je li dijete natašte
- osigurati privatnost (zatvoriti vrata, postaviti paravan ako se fiberbronhoskopija izvodi u bolesničkoj sobi)
- postaviti dva periferna venska puta (jedan za infuziju, drugi za primjenu lijekova)
- izmjeriti i zapisati vrijednosti vitalnih funkcija
- očistiti djetetove nosnice

- izvaditi mobilni aparat za zube (ukoliko ga dijete ima)
- oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- postaviti dijete u visoki Fowlerov položaj ili u drugi ordinirani položaj
- primijeniti terapiju kisikom (po odredbi liječnika)
- postaviti elektrode monitora na prsni koš djeteta
- zaštititi kompresom prsni koš djeteta
- postaviti pulsni oksimetar na prst nedominantne ruke djeteta
- staviti rukavice, maske, naočale i zaštitnu pregaču – svi članovi zdravstvenog tima
- dodati liječniku opće/lokalne anestetike
- staviti usni nastavak i fiksirati ga ako se pretraga izvodi kroz usta
- spojiti fiberbronhoskop s aspiratorom
- uključiti videoekran (ako je potrebno i ako postoji)
- dodati sondu uređaja liječniku
- uključiti izvor hladnog svjetla
- sljediti upute liječnika tijekom pretrage (aspiracija, dodavanje lijekova i ostalog potrebnog pribora)
- pratiti djetetove vitalne funkcije te o promjeni istih obavijestiti liječnika
- dodati potreban materijal za prikupljanje uzoraka
- isključiti izvor hladnog svjetla nakon završetka pretrage
- tijekom izvlačenja iz bronha i traheje fiberbronhoskop obrisati kompresom natopljenom redestiliranom vodom, isprati lumen bronhoskopa aspiracijom 70-postotnim medicinskim alkoholom
- odložiti fiberbronhoskop u posudu za čišćenje i dezinfekciju
- smjestiti dijete u sobu za intenzivan nadzor
- kontrolirati djetetove vitalne funkcije tijekom 24 sata
- pratiti boju iskašljjanog ili povraćanog sadržaja
- osigurati da dijete dva sata nakon završetka pretrage ne jede i ne pije
- raspremiti upotrijebljeni materijal u sabirnike za oštri i infektivni otpad
- skinuti rukavice, maske i zaštitnu pregaču i odložiti u infektivni otpad
- dezinficirati i spremiti zaštitne naočale
- oprati, osušiti i dezinficirati ruke
- materijal (uzorke) za dijagnostičke postupke pravilno obilježiti i uz popratnu uputnicu distribuirati u odgovarajuće laboratorije
- evidentirati postupak i stanje djeteta
- oprati i dezinficirati fiberbronhoskop prema protokolu zdravstvene ustanove

STANDARDIZIRANI POSTUPAK ASISTIRANJA TIJEKOM IZVOĐENJA LUMBALNE PUNKCIJE

Naziv postupka

Asistiranje tijekom izvođenja lumbalne punkcije.

Definicija postupka

Asistiranje tijekom izvođenja lumbalne punkcije (ulazak igle u kralješnični kanal djeteta) je postupak lumbalne punkcije za vrijeme koje medicinska sestra asistira liječniku.

Provoditelj postupka

Lumbalnu punkciju izvodi liječnik uz asistenciju dviju medicinskih sestara (jedna asistira liječniku, a druga drži dijete u odgovarajućem položaju). Moguće je sudjelovanje i više od dviju medicinskih sestara, ovisno o dobi, veličini i suradljivosti djeteta.

Trajanje postupka

Izvođenje postupka traje približno 45 minuta (može trajati i duže).

Svrha postupka

Osigurati cjelovitu pripremu i učinkovitu asistenciju prilikom izvođenja postupka lumbalne punkcije. Lumbalna punkcija izvodi se u:

- dijagnostičke svrhe (dobivanje i analiza moždane tekućine likvora za laboratorijske i mikrobiološke pretrage, davanje kontrastnog sredstva)
- terapijske svrhe (davanje lijekova).

Osnovna obilježja postupka

Lumbalna punkcija je invazivni dijagnostički i/ili terapijski postupak kojim se ubodom posebnom jednokratnom iglom debljine 1 mm - 2 mm ulazi između kralješaka u kralješnični kanal djeteta. Lumbalnu punkciju ordinira i izvodi liječnik. Prije izvođenja lumbalne punkcije potrebno je imati obavijesno-pisani pristanak roditelja. Ovisno o stanju djeteta i mjestu uboda, punkcija se može izvoditi u djetetovoj bolesničkoj sobi ili u sobi za male zahvate (u djetetovom krevetu ili na ambulantnom stolu). Položaj djeteta tijekom zahvata je sjedeći ili ležeći, ovisno o dobi i stanju djeteta (određuje liječnik). Za novorođenčad, dojenčad i malu djecu prikladniji je sjedeći položaj, a za veću djecu položaj

na lijevom boku. U oba slučaja djetetova kralješnica mora biti maksimalno flektirana. Dijete je natašte 6 sati prije zahvata (osim u stanjima hitnosti). Dijete mora ležati 24 sata nakon zahvata, a minimalno 2 sata bez jastuka na ravnoj podlozi kako bi se spriječile ili smanjile poslijepunkcijske poteškoće (mučnina, glavobolja, vrtoglavica). Dva sata poslije zahvata dijete može jesti i piti. Moguće neželjene komplikacije i rizici su (rijetko) bol u djetetovim ledima, glavobolja, mučnina, šumovi u ušima i nestabilnost te (vrlo rijetko) promjena veličine i reakcije zjenica djeteta, trnjenje i bol u nogama, promjene stanja djetetove svijesti i krvarenje.

Procjena:

- prostorije u kojoj se zahvat izvodi (mikroklimatski uvjeti)
- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- ograničavajućih čimbenika za izvođenje zahvata: povišen intrakranijalni tlak, poremećaji koagulacije krvi (trombocitopenija, antikoagulantna terapija), infekcija u području mjesta punkcije (celulitis, epiduralni apces, furunkuloza), izraženi deformiteti kralješnice u lumbalnom ili torakalnom dijelu
- kože na mjestu predviđenom za punkciju
- djetetovih vitalnih znakova (svijest, puls, krvni tlak, disanje).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA:

- kolica ili površina za pritor
- zaštitni ogrtač, maske za lice, zaštitne naočale
- jednokratne nesterilne rukavice za medicinsku sestru
- sterilne rukavice za liječnika (2 para rukavica)
- 2 sterilne komprese (za prekrivanje radne plohe i djeteta)
- sterilni set (sterilni smotuljci od gaze za pranje ili sterilni štapići)
- komprese od gaze veličine 10 cm x 10 cm
- sterilna posuda (bubrežna zdjelica)
- sredstva za dezinfekciju i čišćenje kože (prema protokolu ustanove)
- alkoholni dezinficijens za ruke
- sterilna hvataljka - pinceta
- lokalni anestetik (EMLA 0,5-postotna krema)

- igle za lumbalnu punkciju različite veličine (22 ili 23 gaugea)
- hipoalergijski flaster
- paravan (ako se punkcija izvodi u bolesničkoj sobi)
- posuda za nečisto
- epruvete i bočica s hranjivom podlogom za uzorak likvora (biokemijska, citološka, mikrobiološka analiza)
- sabirnik za odlaganje oštrog i infektivnog pribora

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja (postupak objašnjava liječnik, a pripremu djeteta medicinska sestra)
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- provjeriti potpisani pristanak roditelja/skrbnika
- pripremiti nalaze i dokumentaciju djeteta
- 1 sat prije početka punkcije predviđeno mjesto uboda namazati EMLA 0,5-postotnom kremom
- medicinska sestra koja je uz dijete (MS 1) pere/dezinficira i suši ruke
- MS 1 priprema dijete za postupak: namješta dijete u odgovarajući položaj (određuje liječnik), pridržava i procjenjuje stanje djeteta tijekom izvođenja postupka
- medicinska sestra koja asistira liječniku (MS 2) i liječnik operu/dezinficiraju i osuše ruke i stave nesterilne jednokratne rukavice
- staviti dijete u položaj koji je odredio liječnik
- ako se izvodi u ležećem položaju, poleći dijete na bok na rub kreveta ili stola: MS 1 obuhvati jednom rukom noge djeteta ispod koljena i savija ih prema djetetovom trbuštu, a drugom rukom glavu usmjerava prema djetetovim prsimu
- ako se izvodi u sjedećem položaju, dijete sjedi na rubu kreveta: MS 1 okrenuta nasuprot djetetu rukom preko dječjeg potiljka uhvati djetetove ruke na prsimu tako da joj djetetov potiljak dođe u područje pazuha; drugom rukom čvrsto pridržava noge pritišćući ih na krevet ili stol i stalno održava odgovarajući položaj djeteta
- MS 2 pere/dezinficira i suši svoje ruke

- liječnik i MS 2 stavlju zaštitnu opremu (masku, naočale, ogrtač i rukavice)
- MS 2 prekriva radnu površinu kompresom
- MS 2 prekriva bok djeteta na strani izvođenja punkcije
- MS 2 otvara sterilne rukavice za liječnika i asistira liječniku u stavljanju rukavica
- MS 2 otvara sterilni set za čišćenje i dezinfekciju kože
- MS 2 dodaje liječniku sredstva za pranje i dezinfekciju ubodnog mjesta (prema protokolu ustanove)
- liječnik čisti i dezinficira ubodno mjesto pokretima od središta planiranog ubodnog mesta prema periferiji
- liječnik skine rukavice, ponovno dezinficira ruke i uz asistenciju MS 2 stavlja nove sterilne rukavice
- MS 2 otvara set za punkciju i dodaje ga liječniku tehnikom nedoticanja
- liječnik punktira predviđeno mjesto
- MS 2 uzima materijal za analize prema odredbi liječnika i/ili dodaje liječniku pripremljen propisani lijek
- MS 2 na kraju postupka prekriva ubodno mjesto sterilnom kompresom i učvršćuje hipoalergijskim flasterom
- MS 1 premješta dijete na krevet, stavlja dijete u vodoravan položaj bez jastuka i procjenjuje stanje djeteta promatranjemMS 2 pravilno obilježava uzorke i šalje ih u odgovarajući laboratorij
- transport u laboratorij mora biti hitan, pogotovo za citološki pregled (stanice u likvoru vrlo brzo propadaju)
- odložiti upotrijebljeni pribor u infektivni otpad
- liječnik i MS 2 skinu rukavice i peru/dezinficiraju te suše ruke
- evidentirati postupak i stanje djeteta u dokumentaciju zdravstvene njegе
- nakon postupka provoditi stalnu kontrolu vitalnih funkcija

STANDARDIZIRANI POSTUPAK INTRADERMALNOG ALERGOLOŠKOG TESTA (PRICK-TEST)

Naziv postupka

Intradermalno testiranje na alergene.

Definicija postupka

Intradermalno testiranje je postupak kojim se male količine standardiziranih otopina alergena pomoću prick lancete ubodom kože kroz kap alergena unesu u kožu.

Provoditelj postupka

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva – testira i očitava.

Liječnik interpretira nalaz.

Trajanje izvođenja postupka

Ovisno o broju alergena. Trajanje standardnog postupka traje 60 minuta (priprema alergena, uzimanje anamneze, injiciranje alergena, očitavanje reakcije na alergen).

Svrha postupka

Intradermalnim injiciranjem standardiziranih otopina alergena omogućiti otkrivanje uzročnika alergijskih zbivanja u organizmu djeteta.

Osnovna obilježja postupka

Postupak se izvodi prema pisanom nalogu liječnika. Kožni (prick-test) test upotrebljava se za potvrdu dijagnoze atopijske bolesti i određivanje preosjetljivosti na niz različitih antigena. Ovaj način testiranja prikladan je za rutinski rad zbog jednostavnosti izvođenja i brzine dobivanja rezultata. Kožno (prick-test) testiranje izvodi se alergenskim pripravcima. Alergeni su dijalizirani vodenim ekstraktima otopljeni u puferskoj fiziološkoj otopini s dodatkom stabilizatora. Set alergena sadrži i set kontrolnih otopina. Kontrolne otopine se upotrebljavaju kao referentne vrijednosti za procjenu reaktivnosti kože i uspoređuju se s reakcijom na specifični alergen. Za pozitivnu kontrolu koristi se otopina histamina u koncentraciji 1 mg/ml koji uvijek daje pozitivnu reakciju. Za negativnu kontrolu koristi se puferirana fiziološka otopina koja mora pokazati negativnu reakciju.

Kap alergenskog pripravka i kontrolnih otopina nakapa se na prethodno očišćenu kožu volarne strane podlaktice, u razmacima od najmanje 3 cm do 5 cm . Kroz kap alergenskog pripravka probode se specijaliziranim (standardiziranim) lancetom koja ima vrh duljine 1 mm superficialni sloj kože pod kutom od 90 stupnjeva. Nakon uboda se pričeka nekoliko minuta (5 minuta) te potom odstrani višak nanesenih otopina. Nakon 15 do 20 minuta mjerjenjem promjera urtike okomito i vodoravno prema formuli dijametar + dijametar podijeljeno s 2. U slučaju pozitivne reakcije nastaje urtika promjera 3 mm i okolni eritem. Upisuju se dobivene vrijednosti za svaki pojedinačni alergen i kontrolne otopine u milimetrima. Alergeni se čuvaju u hladnjaku na 4 do 8 Celzijevih stupnjeva. Pola sata prije aplikacije stavlja ih se na sobnu temperaturu. Ispitanici ne smiju primati nikakve antialergijske pripravke najmanje 7 dana prije testiranja ili prema odredbi liječnika. Tijekom izvođenja pretrage postoji rizik od alergijskog šoka.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti komunikacije
- stanja djetetove kože na mjestu testiranja
- uzimanja lijekova koji mogu smanjiti reakciju na alergen
- prostora u kojem se testira, mikroklimatski uvjeti, svjetlo, mogućnost reanimacije.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- stolić ili radna površina na koju se složi potreban pribor
- pisani nalog za postupak
- pristanak obaviještenih roditelja/skrbnika pacijenta (malodobna djeca)
- alkoholni dezinficijens za kožu
- loptice od vate
- alergeni s kapaljkama sobne temperature
- specijalne (standardizirane) lancete za prick testiranje
- posude za infektivni i oštri otpad
- pribor i lijekovi za reanimaciju (za slučaj pojave alergijskog šoka)
- izvor kisika s priborom za primjenu
- nesterilne jednokratne rukavice

IZVOĐENJE POSTUPKA

- predstaviti se, identificirati dijete, objasniti djetetu postupak na njemu razumljiv način
- objasniti postupak i očekivane reakcije, dopustiti pitanja
- udobno smjestiti dijete, prema procjeni sjedeći ili ležeći položaj
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- ruku na kojoj izvodimo testiranje smjestiti na čvrstu podlogu (manjoj djeci roditelj pridržava ruku) volarnom stranom podlaktice okrenutom prema gore
- dezinficirati kožu cijelom dužinom volarne strane podlaktice tri puta, svaki put drugom lopticom vate namočenom u dezinficijens, pustiti da se koža osuši
- složiti alergene redoslijedom kakav je na obrascu za upisivanje nalaza
- provjeriti mjesto aplikacije (je li koža suha i bez promjena)
- dezinficirati svoje ruke, osušiti ih i staviti rukavice
- pomoću kapaljki nakapati redom alergene u razmaku od 3 cm do 5 cm
- u svaku kap alergena izvršiti ubod standardiziranom lancetom
- odložiti lancetu u spremnik za oštiri otpad nakon svakog uboda
- nakon 5 minuta odstraniti višak nanesenih otopina
- zabilježiti mjesto aplikacije prvog alergena (osigurava se redoslijed alergena)
- upozoriti dijete/roditelje/skrbnike da ne diraju mjesta uboda
- do očitanja nalaza dijete se smješta na mjesto gdje ga je moguće kontrolirati

Očitavanje nalaza

- za 15 do 20 minuta očitati nalaz
- radi lakšeg očitavanja preporučuje se rubove urtike obilježiti tankim flomasterom
- izmjeriti promjer urtike vodoravno i okomito u milimetrima
- upisati u obrazac izmjerene vrijednosti u milimetrima za svaki alergen
- upozoriti dijete/roditelje/skrbnike na mogućnost kasne reakcije na pojedine alergene i uputiti ih što treba učiniti u tom slučaju
- nakon očitanja obrisati flomaster alkoholnim dezinficijensom
- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje djeteta

STANDARDIZIRANI POSTUPAK IZVOĐENJA KLIZME U DJECE

Naziv postupka

Izvođenje klizme.

Definicija postupka

Klizma je postupak kojim se u debelo crijevo djeteta instilira otopina ili pripravak.

Provoditelj postupka

Jedna /dvije medicinske sestre ili dva tehničara (ovisno o suradljivosti i specifičnostima stanja djeteta).

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 50 minuta.

Svrha postupka

Klizma se izvodi u svrhu čišćenja, primjene lijekova, hranjenja i primjene kontrasta u dijagnostičke svrhe.

Osnovna obilježja postupka

Tekućina unesena klizmom u debelo crijevo ima višestruki učinak: rasteže crijeva i izaziva podražaj na defekaciju, ispire i podmazuje stijenu crijeva. Pomoću fleksibilne rektalne sonde u debelo se crijevo unosi prethodno propisana otopina. Količinom ili načinom apliciranja razlikujemo visoku, nisku ili malu klizmu. Količina tekućine koja se primjenjuje propisuje se po kilogramu tjelesne težine djeteta (6 ml - 10 ml tekućine po kilogramu tjelesne težine).

Visoku klizmu primjenjujemo kada želimo da tekućina dopre do viših dijelova crijeva tako da se otopina podigne na visinu 45 cm - 60 cm iznad rektuma djeteta. Rektalna sonda uvodi se 7 cm - 10 cm u rektum, a provodi se 10 minuta. Niska klizma primjenjuje se tako da se otopina podiže 30 cm - 45 cm iznad rektuma djeteta, a sonda se uvodi 6 cm - 8 cm u rektum.

Mala klizma dolazi kao gotov pripravak količine 250 ml, a aplicira se od 2 do 5 minuta.

Položaj u koji se dijete postavlja pri apliciranju klizme je lijevi bočni položaj s nogama flektiranim u koljenima.

Dijagnostičkoj, ljekovitoj ili hranjivoj klizmi prethodi klizma čišćenja ili ordinirani laksativ.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti komunikacije
- tjelesne temperature djeteta o kojoj ovisi temperatura otopine za klizmu
- stanja anusa djeteta (ojedine, priraslice, krvarenje)
- peristaltike crijeva
- bolova u abdomenu.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA**PRIPREMA POTREBNOG PRIBORA I MATERIJALA**

- kolica za potreban pribor
- jednokratni set za klizmu – irrigator, rektalne sonde ili gotov pripravak
- ordinirana otopina
- termometar za vodu
- stalak za irrigator
- tekući sapun
- pamučna tkanina – ručnik ili staničevina
- glicerinski supozitorij
- drvena lopatica
- lubrikant/vazelin
- nepropusna zaštitna folija
- staničevina
- jednokratne rukavice od lateksa
- dezinficijens za ruke
- paravan
- bubrežasta posuda
- sani kolica ili posuda za nuždu
- posuda za nečisto

IZVOĐENJE

- predstaviti se
- provjeriti identitet djeteta
- provjeriti pisano odredbu liječnika
- objasniti postupak provođenja klizme djetetu ovisno o dobi, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- osigurati privatnost
- namjestiti površinu za izvođenje postupka na udobnu razinu
- oprati, osušiti i dezinficirati ruke, staviti rukavice od lateksa

- ispod gluteusa djeteta staviti nepropusnu foliju
- dijete postaviti u lijevi bočni položaj
- oslobođiti glutealnu regiju od odjeće, ostali dio tijela pokriti

VISOKA I NISKA KLIZMA

- zatvoriti izlaz otopine za klizmu
- napuniti vrećicu za klizmu ili irrigator predviđenom otopinom temperature djeteta
- otvoriti izlaz i pustiti otopinu kako bi zrak izašao kroz rektalnu sondu, zatvoriti sistem
- objesiti vrećicu ili irrigator s otopinom na stalak, na visinu od 45 cm do 60 cm za visoku klizmu, ili 30 cm do 45 cm iznad razine rektuma djeteta za nisku klizmu
- lubrikant aplicirati na rektalnu sondu u dužini od 10 cm
- nedominantnom rukom razdvojiti gluteuse djeteta
- dominantnom rukom rotirajući uvesti sondu u debelo crijevo
- uputiti dijete (ovisno o dobi i mogućnostima) da duboko diše i stisne sfinkter; ako ne može samo stisnuti sfinkter, medicinska sestra stisnut će gluteuse prema anusu za vrijeme apliciranja klizme (pomoć druge sestre)
- otvoriti sistem i pustiti otopinu da teče tijekom 10 minuta uz pridržavanje rektalne sonde
- pri pojavi grčeva ili bolova spustiti vrećicu ili irrigator te zatvoriti dovod otopine; ako grčevi ili bolovi na prestaju, prekinuti daljnje apliciranje otopine
- zatvoriti dovod kada je otopina istekla, staničevinom obuhvatiti sondu uz anus i polako je izvući, odložiti u bubrežastu posudu
- poticati dijete da otopinu zadrži 10 - 15 minuta ili koliko najduže može
- opratiti dijete do toaleta ili smjestiti na posudu za nuždu
- nakon završetka defekacije provesti higijenu anogenitalne regije sapunom i tekućom vodom
- smjestiti dijete u krevet
- raspremiti pribor
- skinuti rukavice, oprati, osušiti i dezinficirati ruke
- dokumentirati postupak, stanje djeteta te količinu i izgled stolice

MALA KLIZMA

- ukloniti poklopac s vrha tube koja je već namazana lubrikantom, cijeli vrh tube uvesti u rektum
- sadržaj tube aplicirati tijekom 2 do 5 minuta
- početak i kraj postupka je isti kao i kod primjene visoke i niske klizme

STANDARDIZIRANI POSTUPAK ODRŽAVANJA PROHODNOSTI I TOALETA CENTRALNOG VENSKOG KATETERA (CVK)

Naziv postupka

Održavanje prohodnosti i toaleta centralnog venskog katetera (CVK).

Definicija postupka

Održavanje CVK-a prohodnim i toaleta mjesta insercije je postupak kojim se omogućava siguran način primjene propisane I.V. terapije i smanjuje mogućnost infekcije.

Provoditelj postupka

Dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 20 minuta.

Svrha postupka

Održati put CVK-a prohodnim, bez pojave znakova oštećenja kože/infekcije (crvenilo, otok, gnoj, sekrecija).

Osnovna obilježja postupka

Centralni venski pristup podrazumijeva postavljanje katetera duboko u veliku venu (na vratu, u prsištu, ekstremitetima, preponama). Kateteri su najčešće izrađeni od različitih plastičnih i silikonskih materijala Vrh tako postavljenoga katetera nalazi se u desnoj pretklijetki srca. Centralni venski kateter postavlja se u slučajevima:

- ukoliko nije moguće postaviti periferni venski put
- u svrhu smanjivanja dodatnog traumatiziranja bolesnog djeteta ponovnim ubodima
- ukoliko dijete mora primati dugotrajnu i opsežnu intravensku terapiju lijekovima i/ili otopinama
- primjene parenteralne prehrane i/ili krvnih pripravaka
- uzimanja uzoraka krvi za propisane laboratorijske i mikrobiološke pretrage
- praćenja pokazatelja stanja djeteta putem monitora.

Postoji nekoliko vrsta CVK-a. Primarno se dijeli na katetere za kratkotrajnu i dugotrajnu primjenu. Dugotrajni CVK se, nadalje, dijeli na one koji se postavljaju putem periferne vene (PICC, engl. peripherally inserted central catheter), vanjske katetere koji mogu biti tunelirani ili netunelirani te unutarnje, odnosno implantirane katetere. Kateter može imati više nastavaka/krakova koji su zatvoreni sterilnim čepom, a na kraku se nalazi sigurnosna sigurnosna stezaljka/klemica. Klemica služi za prevenciju istjecanja djetetove krvи kroz kateter ukoliko dođe do nemamjnog otvaranja čepa na kraju katetera. U slučaju aplikacije lijeka ili aspiracije sadržaja, klemica se otpušta tek nakon što je distalni otvor katetera sigurno zatvoren čepom ili špricom. Na nastavke/krakove katetera dodatno se mogu pripojiti skretnice koje omogućavaju istovremenu primjenu više vrste pripravaka. Nakon uporabe krak katetera se ispire i sterilno zatvara. Nastavak/krak koji se ne koristi mora se održavati prohodnim. Najveći dugoročni problem je mogući razvoj infektivnog procesa u bilo kojem trenutku, bez obzira na najviši stupanj pridržavanja načela asepse i antisepse. Simptomi i znakovi infekcije su povišena tjelesna temperatura, zimica, tresavica te crvenilo, otok, bol ili iscijedak u području katetera.

Prijevoj CVK-a zahtijeva aseptički rad. Tijekom rada oko katetera medicinske sestre, dijete i roditelji/skrbnici imaju zaštitnu masku. CVK treba proprati obavezno nakon uzimanja uzorka krvi, nakon završetka primjene krvi i krvnih pripravaka te parenteralne prehrane. Kroz CVK terapija se može primjenjivati kontinuirano ili intermitentno. Ukoliko je primjena terapije intermitentna, zbog vrlo malih lumena dječjih katetera i mogućih poremećaja koagulacija postoji visok rizik za stvaranje krvnog ugruška i začepljenja lumena katetera, stoga se kateter ispire fiziološkom otopinom. Nakon toga se lumen katetera ispunjava prethodno pripremljenom hepariniziranom otopinom. Heparinizirana se otopina priprema na način da se u 100 ml fiziološke otopine aplicira 2 ml heparina za I.V. primjenu (100 I.J. heparina/1ml 0,9 NaCl). U iznimnim slučajevima tijek heparinizirane otpine kroz kateter može biti propisan liječničkom odredbom tijekom 24 sata. Prije svake ponovne uporabe katetera heparinizirana se otopina mora štrcaljkom izvući iz katetera. Krv iz CVK-a za pretrage se uzima samo kada nije moguće na bilo koji drugi način uzeti uzorak krvi za analizu. U tom slučaju potrebno je izvući sadržaj iz katetera (heparin). Ukoliko se krv uzima tijekom primjene infuzije, infuzijski sustav se zatvara, izvlači se najčešće 3 do 5 ml krvi (ovisno o veličini i stanju djeteta) koja se zajedno sa štrcaljkom odlaže u infektivni otpad i tek tada se uzima krv za analizu. Danas se na tržištu nude različite vrste beziglenih pripoja koji se pripajaju na distalni otvor CVK-a. Pripoji po principu negativnoga tlaka sprječavaju povrat krvi i ulazak zraka u CVK. Primjena specijaliziranih pripoja znatno je umanjila potrebe za postupcima heparinizacije katetera, i to naročito katetera većega lumena.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- stanja i izgleda kože djeteta na mjestu insercije CVK-a
- okoline za izvođenje postupka, mikroklimatskih uvjeta.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA**PRIPREMA POTREBNOG PRIBORA I MATERIJALA**

- paravan
- poslužavnik
- dezinficijens
- sterilne i nesterilne rukavice
- sterilne komprese veličine 5x5 cm
- sterilan set za previjanja (komprese 5x5 cm, pinceta, pean, loptice od gaze)
- prozirnice ili hipoalergijski flaster
- sterilne igle
- sterilne štrcaljke 2 ml, 5 ml i 10 ml
- štrcaljka s heparinom za venoznu primjenu ili štrcaljke s hepariniziranim fiziološkom otopinom
- štrcaljka s fiziološkom otopinom 5 ml - 10 ml
- maska
- sterilni čep
- posuda za odlaganje infektivnog materijala
- sabirnik za oštре predmete

IZVOĐENJE

- predstaviti se
- provjeriti identitet djeteta
- objasniti postupak, dopustiti pitanja
- osigurati privatnost, po potrebi postaviti paravan (ako se previjanje obavlja u bolesničkoj sobi)
- smjestiti dijete u ležeći položaj
- oprati, osušiti i dezinficirati ruke

- staviti rukavice
- staviti masku (medicinska sestra, dijete)
- ukloniti postojeći prevoj, odložiti ga u posudu za odlaganje infektivnog materijala
- procijeniti okolno tkivo i ubodno mjesto (pojavu crvenila, otoka ili sekrecije)
- procijeniti vidljivi dio venskog katetera (oštećenje)
- skinuti rukavice i odložiti ih u posudu za odlaganje infektivnog materijala
- dezinficirati i osušiti ruke
- nedotičajnom metodom otvoriti sterilni set za previjanje
- staviti sterilne rukavice
- ubodno mjesto očistiti sterilnim tupferima natopljenim dezinficijensom uz pomoć peana - kružnim pokretima od sredine prema periferiji u krugu od 3 cm
- pričekati 30 sekundi da dezinficijens ishlapi
- prekriti mjesto insercije sterilnom kompresom
- pričvrstiti sterilnu kompresu prozirnicom ili hipoalergijskim flasterom
- zaštititi krakove katetera sterilnom kompresom i pričvrstiti ih za kožu hipoalergijskim flasterom
- smjestiti dijete udobno u željeni položaj
- raspremiti upotrijebljeni pribor
- skinuti maske i rukavice, oprati, osušiti i dezinficirati ruke
- dokumentirati postupak i izgled ubodnog mjesta centralnog venskog katetera

STANDARDIZIRANI POSTUPAK UVOĐENJA NAZOGASTRIČNE/OROGASTRIČNE SONDE DJETETU

Naziv postupka

Uvođenje nazogastrične/orogastrične sonde djetetu.

Definicija postupka

Uvođenje nazogastrične/orogastrične sonde djetetu je postupak kojim uvodimo sondu kroz djetetov nos ili usta u želudac u cilju prehrane, terapije, irrigacije i aspiracije želučanog sadržaja.

Provoditelj postupka

Prvostupnik/prvostupnica sestrinstva. Dijete tijekom postupka mora biti mirno, stoga po potrebi (ovisno o dobi, stanju i suradljivosti djeteta) prvostupniku/prvostupnici pomaže druga osoba koja je educirana za tehniku pridržavanja djeteta (druga medicinska sestra, roditelj/skrbnik...).

Trajanje postupka

Postupak traje 25 – 35 minuta.

Svrha postupka

Uvođenje sonde se provodi:

- u svrhu hranjenja i davanja tekućine (zadovoljavanje energetske i nutritivne potrebe organizma djeteta) i primjene lijekova djetetu s otežanim gutanjem (kada postoji opasnost od aspiriranja)
- u svrhu uzimanja uzorka želučanog sadržaja za ordinirane pretrage
- prije ili nakon kirurških zahvata (uklanjanje zraka i sadržaja iz želuca)
- u stanjima kada je potrebno osigurati otjecanje sadržaja iz želuca (akutna patološka stanja u trbušnoj šupljini).

Osnovna obilježja postupka

Postavljanje sonde je postupak kojim se osigurava prohodnost gornjeg dijela gastrointestinalnog sustava do želuca.

Odabir veličine i vrste sonde ovisi o dobi i veličini djeteta, o namjeni za koju se sonda uvodi i anatomskoj građi puta kojim će se uvesti u želudac. Poželjno je

odabrati sondu što je moguće manjeg promjera, kroz koju nesmetano prolazi propisana hrana. Sonde širega promjera manje su udobne za dijete, mogu opstruirati dišni put (naročito novorođenčadi i dojenčadi), pojačano iritirati sluznice, ometati funkciju gastroezofagealnog sfinktera te povećati rizik aspiracije. Sonda se najčešće postavlja kroz djetetove nosnice do želuca. Nazogastrična sonda se može ostaviti ili odstraniti između obroka. Sonda se također uvodi kroz djetetova usta djeteta do želuca. Orogastrična se sonda najčešće primjenjuje u prematurne djece (dišu kroz nos) kako bi se izbjegla opstrukcija nosnica.

Vrste sondi:

- PVC nazogastrična sonda (polivinil-klorid):
umjereno kruta, za potrebe kratkotrajnog hranjenja (do 4 tjedna). U novorođenčeta smije stajati do 3 dana, a kod druge djece i odraslih do 5 dana; ukoliko stoji duže, lako postaje rigidna, u lipidne otopine može otpuštati toksične estere, vidljiva je na RTG snimci.
- Silikonska sonda s vodilicom (silikon ili poliuretan):
izuzetno je meka i savitljiva, ima vodilicu za lakše uvođenje, namijenjena dugotrajanom enteralnom hranjenju djeteta (više od 4 tjedna), u istoj nosnici može stajati do mjesec dana (bez promjene nosnice), trajnost sonde je 2 mjeseca, vidljiva je na RTG snimci, uzrokuje manje alergijskih reakcija.

Odabir veličine sonde (prema djetetovoј dobi):

- nedonoščad i novorođenčad: 4 - 6 Frencha (Fr)
- dojenčad: 6 - 8 Fr
- mala i veća djeca: 8 - 10 Fr
- adolescenti 10 - 12 Fr

Uvođenje sonde mora biti pažljivo jer svaka grublja manipulacija može izazvati oštećenje sluznice nosa ili usta djeteta. Tijekom postupka potrebno je pratiti djetetove reakcije. Prije svakog postupka (hranjenja, primjene lijeka, irrigacije tekućina) medicinska sestra mora procijeniti položaj sonde. Nakon svakog hranjenja i davanja terapije sondu treba isprati vodom. Postavljanje nazogastrične sonde i svrhu određuje liječnik.

Procjena:

- općeg stanja djeteta, stanja svijesti i mogućnosti suradnje s djetetom (nazočnost roditelja/skrbnika)
- procjena sposobnosti (refleksa) gutanja djeteta
- stanja djetetove sluznice usne i nosne šupljine, prohodnost nosne šupljine

- mogućnosti disanja djeteta kroz nos i usta
- procjena peristaltike abdomena i stupnja napetosti želuca prije i nakon uvođenja sonde
- procjena dužine sonde koja se uvodi: za novorođenče i dojenče (vrh nosa - ušna resica - sredina između vrha ksifoidnog nastavka i pupka); za veće dijete i adolescente (vrh nosa - ušna resica - vrh ksifoidnog nastavka prsne kosti)
- prostora za intervenciju (dobro osvjetljenje, privatnost, dovoljno mesta, mikroklimatski uvjeti).

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA

- kolica za pribor
- nepropusna zaštitna folija ili kompresa
- pamučna kompresa
- sonda odgovarajućeg lumena i dužine
- staničevina ili papirnati ručnik
- nesterilne jednokratne rukavice
- posuda za nečisto
- čaša vode
- nesterilne rukavice
- više sterilnih štrcaljki većeg volumena (od 10 ml do 20 ml)
- slušalice (stetoskop)
- lubrikant
- hipoalergijski flaster
- izvor svjetla
- terapija, hrana, tekućina, retencijska vrećica ili kontejner za kontrolu želučanog sadržaja (ovisno o razlogu uvođenja sonde)

IZVOĐENJE POSTUPKA

- utvrditi identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- podignuti djetetov krevet do odgovarajuće razine udobne za rad
- osigurati privatnost – zatvoriti vrata, staviti zaštitni paravan

- oprati/dezinficirati svoje ruke, staviti rukavice
- postaviti dijete u odgovarajući položaj (ovisno o dobi, stanju i moguće ordiniranom položaju): nedonoščad i novorođenčad - bočni ili ležeći položaj sa zabačenom glavom unatrag i na stranu, dojenčad i mala djeca - u naručju medicinske sestre ili roditelja/skrbnika uz pridržavanje djetetovih ruku, starije dijete i adolescenti - u sjedećem položaju s glavom lagano zabačenom prema natrag; ukoliko je dijete u položaju supinacije, postaviti jastuke ispod ramena kako bi se lagano podigla i ekstendirala glava
- preporučuje se nazočnost druge osobe za moguću pomoć pri izvođenju postupka
- zaštititi dijete, pokriti mu prsa nepropusnom folijom ili kompresom
- izmjeriti odgovarajuću duljinu sonde i označiti je
- izabrati nosnicu u koju će se uvoditi sonda (ukoliko se uvodi kroz nos djeteta)
- očistiti djetetu nos i usta (po potrebi sukcirati) ili savjetovati dijete da ispuše nos (ovisno o dobi i stanju djeteta)
- ovlažiti sondu (vodom ili lubrikantom)
- uvoditi nježno sondu rotirajući do izmjerene oznake, uz djetetovo aktivno gutanje
- nakon što je sonda prošla nazofarinks, djetetu nagnuti glavu prema naprijed (djetetovim prsim)
- ukoliko nije kontraindicirano, dijete može gutati sondu pijući male gutljaje vode (djetetu ovisno o dobi i stanju pomoći uputama i savjetima – prisutnost roditelja olakšava djetetovu suradnju)
- ukoliko postoji otpor, sonda se ne smije nasilno uvoditi
- prestati s postupkom ako dijete ne može disati, jako kašљe, promijeni boju kože i vidljivih sluznica - izvući sondu, pustiti dijete da se odmori, po potrebi ponoviti čišćenje nosa ili primijeniti propisanu terapiju kisikom, potom ponoviti postupak
- uvesti sondu do oznake
- provjeriti položaj sonde nekim od sljedećih načina:
 - a. aspiracijom želučanog sadržaja štrcaljkom
 - b. pomoću štrcaljke brzo uštrcati oko 10 ml zraka i slušalicama (stetoskopom) u području želuca – čut će se šum ulaska zraka)
 - c. primjenom lakmus papira - dobiveni sadržaj treba biti kiseo (plavi lakmus papir u kiselom mediju postaje crven), pH-vrijednost mora biti ispod 4

- d. postavljanje ogledala ispred završnog dijela sonde (zamagljeno ogledalo znak je sonde u dišnom putu djeteta)
- e. čujno strujanje zraka iz sonde (sonda je u djetetovom dišnom putu)
- fiksirati nazogastričnu sondu hipoalergijskim flasterom za nos, a orogastričnu za kut usana i obraz djeteta; ukoliko sonda ostaje trajno fiksirana radi hranjenja, završni dio sonde zatvoriti odgovarajućim zatvaračem; tijekom hranjenja prije svakog odvajanja štrcaljke zatvoriti sondu klemom ili odgovarajućim zatvaračem; opustiti klemu i skinuti zatvarač prije ponovnog spajanja sonde sa štrcaljkom
- u slučaju evakuacije želučanog sadržaja sondom: završni dio sonde spojiti s plastičnom vrećicom (kontejner) u svrhu praćenja količine i izgleda dreniranog želučanog sadržaja
- provoditi higijenu djetetovih usnica, usne i nosne šupljine
- smjestiti dijete u udoban ili ordinirani položaj, utješiti ga i umiriti
- pospremiti upotrijebljeni pribor
- skinuti rukavice, oprati/dezinficirati i osušiti ruke
- dokumentirati postupak i stanje djeteta

STANDARDIRIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORKA ISKAŠLJAJA ZA PRETRAGU

Naziv postupka

Uzimanje uzorka iskašljaja za pretragu.

Definicija postupka

Uzimanje iskašljaja za pretragu postupak je kojim se osigurava odgovarajući materijal/uzorak za dijagnostičke svrhe.

Provoditelj postupka

Jedna ili dvije medicinske sestre/dva tehničara (ovisno o dobi i suradljivosti djeteta te načinu uzimanja uzorka iskašljaja - prisutnost roditelja/skrbnika).

Trajanje izvođenja postupka:

Za izvođenje postupka potrebno je 30 minuta (ovisno o dobi i suradljivosti djeteta te načinu uzimanja uzorka iskašljaja - prisutnost roditelja/skrbnika).

Svrha postupka

Osigurati odgovarajući, kvalitetan uzorak sekreta iz dubljih dijelova dišnog puta za ordinirane pretrage.

Osnovna obilježja postupka

Iskašljaj je sadržaj dijelova dišnih putova izbačen kašljem. Na propisanu pretragu potrebno je poslati iskašljaj, a ne ispljuvak ili slinu. Najčešća laboratorijska analiza iskašljaja je mikrobiološka kultura i antibiogram koji se uzima u sterilnu posudicu s navojem. Najprije se uzima uzorak za bakteriološku pretragu, zatim za mikobakterium tuberkuloze, a za citološku analizu uzima se zadnji uzorak. Ovisno o dobi djeteta uzorak iskašljaja može se dobiti na više načina: ekspetorirani iskašljaj, inducirani iskašljaj te želučani aspirat ili lavat. Pri induciranim načinu uzimanja iskašljaja koristi se postupak inhalacija putem ustrasoničnog inhalatora sterilnom hipertoničnom otopinom 3-postotnog do 5-postotnog NaCl-a koji pospješuje odljepljivanje sekreta. Želučani aspirat ili lavat uzima se u djece koja ne mogu ili ne znaju iskašljati. Uzorak iskašljaja dobiva se uvođenjem orogastrične ili nazogastrične sonde putem koje se aspirira oko 35 ml do 50 ml želučanog sadržaja ujutro, dok dijete još leži u krevetu, nakon 8 do 10 sati mirovanja. Odmah nakon uzimanja uzorak se neutralizira otopinom 40-postotnog Na_2HPO_4 (na 35 ml do 50 ml aspirata dodaje se 1,5

ml 40-postotnog Na₂HPO₄). Za mikrobiološku i mikološku analizu uzorak se dostavlja u laboratorij unutar dva sata od uzorkovanja. Ekspetorirani uzorak iskašljaja može se pohraniti do dostave u laboratorij 24 sata na temperaturi od +4 °C. Inducirani uzorak iskašljaja može se pohraniti do dostave u laboratorij 2 sata na sobnoj temperaturi ili 24 sata na temperaturi od +4 °C.

Procjena:

- općeg stanja i stanja svijesti djeteta
- mogućnosti suradnje i komunikacije s djetetom (nazočnost roditelja/skrbnika)
- načina uzimanja iskašljaja
- kontraindikacija za uzimanje iskašljaja (stanja koja ne dopuštaju forsirani kašalj, pneumotoraks, hemoptoia...)
- prostorije u kojoj se uzima uzorak (privatnost, temperatura) .

PRIPREMA POTREBNOG PRIBORA I MATERIJALA

- kolica ili poslužavnik
- pisani nalog za postupak – liječnička uputnica za laboratorij
- zaštitna maska, jednokratna PVC pregača, jednokratne nesterilne rukavice
- dezinficijens za ruke
- posudice s navojem za uzorak (kemijski čiste i/ili sterilne)
- čaša mlake vode
- četkica za zube
- narezana staničevina
- 3-postotna do 5-postotna sterilna hipertonična otopina NaCl-a
- set za inhalaciju
- ultrasonični inhalator
- nazogastična i/ili orogastična sonda
- sterilne šprice
- sterilne igle
- posuda za infektivni otpad
- paravan

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- utvrditi indikaciju za propisani postupak
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu i roditelju/skrbniku postavljanje pitanja aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (čistoća, osvjetljenje, mir)
- provjeriti ispravnost i rok trajanja pribora
- smjestiti dijete u odgovarajući položaj - ovisno o dobi i stanju djeteta (sjedeći, ležeći ili drenažni položaj)
- oprati/dezinficirati svoje ruke
- staviti masku, PVC pregaču i jednokratne nesterilne rukavice
- stajati iza ili sa strane ukoliko se primjenjuje tehnika forsiranog iskašljavanja
- pripremiti staničevinu
- uputiti dijete pranju zubi četkicom bez zubne paste i ispiranju usta čistom vodom (prilagođeno dobi i suradljivosti djeteta – pomoć roditelja/skrbnika)
- uputiti dijete da najprije kašljuca pri čemu medicinska sestra pomaže pritiskom na prsni koš djeteta tako da jednu ruku drži ispod lopatice, a drugu ispod suprotne strane prsnog koša
- ponoviti postupak uz odmor od nekoliko minuta do dobivanja uzorka iskašljaja
- kod pojave osjeta da se sekret oslobođio, dijete naglim jakim kašljanjem izbacuje sadržaj u usta, a potom u posudicu s navojem
- tijekom čitavog vremena izvođenja postupka pripaziti na nedodirivanje unutrašnjih stijenki posudice
- zatvoriti i obilježiti posudicu
- kod suhog kašlja i induciranih načina dobivanja iskašljaja, dijete se inhalira s 20 ml sterilne hipertonične otopine 3-postotnog do 5-postotnog NaCl-a koja pomaže razrjeđivanju i lakšem odvajajanju sekreta od stijenke dišnih putova
- uputiti dijete da najprije kašljuca nakon inhalacija pri čemu medicinska sestra pomaže na već opisan način
- ponoviti postupak uz odmor od nekoliko minuta do dobivanja uzorka iskašljaja
- smjestiti dijete u udoban položaj

- raspremiti korišteni pribor te odložiti u infektivni otpad
- skinuti masku, rukavice i pregaču i odložiti u infektivni otpad
- oprati, dezinficirati i osušiti ruke
- osigurati pravilan transport uzorka u laboratorij ili pravilnu pohranu uzorka do transporta u laboratorij
- dokumentirati postupak

STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORKA OBRISKA ŽDRIJELA DJETETU

Naziv postupka

Uzimanje uzorka obriska ždrijela djetetu za propisane pretrage.

Definicija postupka

Uzimanje uzorka obriska ždrijela postupak je kojim se pomoću sterilnog, debljeg, krutog štapića s neovlaženom vaticom na vrhu ulazi kroz djetetova usta, obrišu se tonzile, nepčani lukovi i stražnji zid ždrijela.

Provoditelj postupka

Dvije medicinske sestre/dva tehničara.

Trajanje izvođenja postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 15 minuta.

Svrha postupka

Uzeti uzorak obriska djetetovog ždrijela za laboratorijsku analizu (izolacija različitih vrsta bakterija/virusa).

Osnovna obilježja postupka

Štapić za bris ždrijela pakiran je u sterilnoj PVC epruveti. Završetak drvenog štapića obložen je sterilnom vatom. Obriskom ždrijela najčešće se dokazuje infekcija beta-hemolitičkim streptokokom grupe A (BHS-A) koji uzrokuje čak trećinu upala ždrijela u djece i adolescenata. Pravilno uzorkovanje najzahtjevniji je dio postupka, što podrazumijeva nužno sprječavanje kontaminacije uzorka florom usne šupljine doticanjem jezika, zubi, sline, uvule ili bukalne sluznice. Obrisati se trebaju samo tonzile, nepčani lukovi i stražnji zid ždrijela. Uzorak se dostavlja na sobnoj temperaturi u mikrobiološki laboratorij unutar 2 sata od uzorkovanja. Bris može stajati na sobnoj temperaturi (pohranjen na Stewartov transportni medij) najduže 24 sata. Za mikrološke pretrage uzorak se dostavlja unutar 24 sata. Za virološke pretrage uzorak se treba uroniti u transportnu podlogu (Hanks), dostaviti u laboratorij odmah ili pohraniti na +4 °C i dostaviti unutar 24 sata. U nedostatku transportne podloge može se koristiti sterilna fiziološka otopina, uz naznaku na uputnici za laboratorij.

Procjena:

- psihofizičkog stanja djeteta i mogućnosti djetetove suradnje (nazočnost roditelja/skrbnika)
- stanja djetetove sluznice usne šupljine
- mogućnosti djetetovog disanja kroz nos i usta
- prostora za izvođenje zahvata – izvor svjetlosti
- mogućnosti pravovremenog transporta ili pohranjivanja uzorka do vremena transporta.

PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA**PRIPREMA POTREBNOG PRIBORA I MATERIJALA**

- poslužavnik
- pisani nalog za postupak – uputnica za laboratorij
- alkoholni dezinficijens za ruke
- zaštitna maska
- nesterilne rukavice
- sterilan, manje elastičan/krući bris s vaticom na vrhu
- drvena lopatica (špatula)
- posuda za infektivni otpad
- izvor svjetlosti

IZVOĐENJE

- provjeriti identitet djeteta
- predstaviti se, objasniti postupak i moguće nelagode, dopustiti djetetu, roditelju/skrbniku postavljanje pitanja
- aktivno uključiti roditelje/skrbnike kao emocionalnu potporu (ukoliko je moguće)
- ovisno o dobi smjestiti dijete u odgovarajući položaj (sjedeći ili ležeći)
- osigurati izvor svjetlosti
- oprati/dezinficirati/osušiti svoje ruke
- medicinska sestra koja asistira i medicinska sestra koja izvodi uzorkovanje stavlja maske i nesterilne rukavice

- medicinska sestra koja asistira jednu ruku postavi na djetetovo čelo, lagano zabaci djetetovu glavu unazad i tako je učvrsti; manje dijete postavi u krilo (svojim nogama fiksira djetetove noge, a svojim rukama djetetove ruke)
- medicinska sestra koja izvodi postupak vadi sterilni bris iz epruvete te dominantnom rukom sa sterilnom špatulom potisne jezik prema dolje, a potom sterilnim suhim brisom uz laganu rotaciju pritiskom obriše tonzile, nepčane lukove i stražnji zid ždrijela (pazeći da ne dodirne jezik, zube, uvulu ili bukalnu sluznicu)
- obrisak sterilnom tehnikom vratiti u originalnu epruvetu
- obilježiti potrebne podatke na uzorak
- smjestiti dijete u odgovarajući položaj
- raspremiti upotrijebljeni pribor prema pravilima zdravstvene ustanove
- skinuti masku, rukavice i odložiti u infektivni otpad
- oprati/dezinficirati i osušiti svoje ruke
- dokumentirati postupak i stanje djeteta
- osigurati pravilan transport uzorka u laboratorij ili pravilnu pohranu uzorka do transporta u laboratorij

6

MEĐUSOBNI ODNOŠI I PRAVA U SKRBI ZA DIJETE

PRIPREMA RODITELJA ZA PRETRAGU DJETETA

Osim djeteta, potrebno je pripremiti i roditelja/skrbnika ili blisku osobu (u dalnjem tekstu koristit će se samo termin roditelj) za određeni postupak. Budući da je dijete, naročito mlađe životne dobi, emotivno povezano s roditeljima i iskazuje nepovjerenje prema stranim (nepoznatim) osobama, potrebno je osigurati prisutnost roditelja, osobito tijekom izvođenja neugodnih i/ili bolnih postupka. Svaki roditelj treba znati što će se zbivati tijekom postupka i što se očekuje od njega, što bi on/ona trebao/trebala činiti i kako se ponašati tijekom određenog postupka.

Osnovna svrha pripreme roditelja za određeni postupak je pomoći roditelju preuzeti ulogu aktivnog sudionika, čime bi se osigurali uvjeti za uspješno izvođenje određenog postupka.

Odgovarajuća priprema roditelja podrazumijeva dobru suradnju s medicinskom sestrom/tehničarom pri čemu treba voditi računa o dobi djeteta, djetetovom temperamentu, prijašnjim iskustvima, strategijama suočavanja u neugodnim situacijama, individualnim potrebama za znanjem, vrsti postupka i sadašnjoj situaciji roditelja s obzirom na osjećaje tuge, straha, krivnje i tjeskobe vezane za stanje njihova djeteta.

Svakog roditelja potrebno je pripremiti za aktivno sudjelovanje tijekom izvođenja pojedinog postupka kod njegovog djeteta. U skladu s roditeljevim kognitivnim i emocionalnim sposobnostima treba jasno i razumljivo opisati postupak, objasniti zašto i kako će se izvoditi, koliko će trajati te navesti moguće neželjene komplikacije i eventualne rizike. Obavijest treba biti u pisanim i usmenom obliku.

Priprema roditelja uključuje i procjenu spremnosti te mogućnosti sudjelovanja pojedinog roditelja u određenom postupku. Procjenu treba učiniti intervjumu, postavljanjem otvorenih pitanja nakon opisa postupka. Pitanja se odnose na prethodna iskustva roditelja u sličnim situacijama. Primjerice, tijekom izvođenja postupaka koji uključuju kontakt/vizualizaciju krvi, roditelja koji ne podnosi krv potrebno je dodatno pripremati ili ga zamijeniti drugim roditeljem. Slično treba postupati i kada roditelji teže podnose nelagodu ili bol koju trpi njihovo dijete. Također je potrebno procijeniti hoće li roditelji moći sudjelovati u postupku na odgovarajući način. Primjerice, u slučaju da roditelji ne mogu osigurati da se dijete ne miče tijekom postupka, a postupak to zahtijeva, potrebno je osigurati prisutnost druge medicinske sestre. Sudjelovanje roditelja u pojedinom postupku ovisi o dobi djeteta - tako kod dojenčadi i male djece sudjelovanje roditelja uključuje fizičke i psihološke aspekte. Kod djece predškolske i ranije školske

dobi smanjuje se fizičko sudjelovanje, a povećava psihološka podrška, dok se kod djece starije školske dobi i adolescenata sudjelovanje uglavnom svodi na psihološku podršku. Važno je da roditelj pred djetetom ne pokazuje svoju zabrinutost ili strah vezan za postupak.

Za pripremu roditelja treba osigurati dovoljno vremena kako bi roditelji usvojili potrebne informacije i pripremili se za izvođenje postupka.

Pripremu roditelja treba činiti medicinska sestra koja izvodi postupak.

Roditelji koji sudjeluju u određenom postupku moraju svu pozornost usmjeriti na svoje dijete. Tijekom izvođenja postupka roditelji mogu sudjelovati na sljedeće načine:

- a. pridržavati dijete i lagano ga milovati
- b. razgovarati s djetetom, pjevati mu ili pričati priče
- c. osigurati djetetu omiljenu igračku ili predmet
- d. poticati dijete aktivnom sudjelovanju: primjerice, mogu zajednički duboko disati
- e. predložiti djetetu neku od strategija suočavanja („čvrsto me drži za ruku“, predložiti djetetu da izgovara određene slogove ili riječi na način koji obilježava zajedničku povijest i značenje)
- f. pratiti djetetovo ponašanje, prepoznati elemente za pohvalu i pohvaliti ga (za hrabrost, izdržljivost i slično) tijekom i nakon završetka postupka.

Budući da roditelj najbolje poznaje svoje dijete, svojim aktivnim sudjelovanjem pruža emocionalnu potporu djetetu, što smanjuje doživljaje nelagode, straha i bola te pridonosi boljem razumijevanju i spremnosti djeteta na suradnju te uspješnom izvođenju određenog postupka. Roditelji znaju procijeniti što može pozitivno utjecati na smanjenje zabrinutosti, straha, nelagode i/ili bola njihova djeteta. Roditeljima treba objasniti da koriste živopisne i što jednostavnije opise i usporedbe.

Djetetu, sukladno njegovoj dobi i mogućnosti razumijevanja, treba objasniti zašto je potrebno izvesti postupak i omogućiti mu verbalizaciju zabrinutosti i straha. Treba izbjegavati uspoređivanje s drugom djecom, sažalijevanje i zastrašivanje djeteta. Dijete ne smije nelagodu ili bol povezivati s kaznom.

Prisutnost dobro informiranog roditelja, koji zna svoju ulogu tijekom postupka, utješna je za dijete, a svakako može pridonijeti uspješnom izvođenju postupka, stoga se ozbiljna priprema roditelja (temeljena na njihovim mogućnostima i potrebama) u području zdravstvene njegе djeteta i adolescenta smatra važnim čimbenikom pripreme o kojem uvelike ovise uspješnost izvedbe određenog postupka.

STANDARDIZIRANI POSTUPAK OGRANIČAVANJA DJECE

Naziv postupka

Postupak ograničavanja/sprječavanja djece.

Definicija postupka

Postupak podrazumijeva ograničavanje/sprječavanje djetetovih nesvjesnih, nekontroliranih i nekoordiniranih pokreta kojima dijete izravno ugrožava vlastitu sigurnost, sigurnost djelatnika i/ili drugih osoba. Ograničavanje je bilo koji postupak, sredstvo ili metoda koja fizički imobilizira ili smanjuje sposobnost djeteta pri slobodnim pokretima ruku, nogu, tijela ili glave.

Provoditelj postupka

Postupak provode jedna ili dvije medicinske sestre/dva tehničara (ovisno o djetetovoj dobi, veličini i snazi te općem stanju djeteta). U slučaju iznimno agresivnih adolescenata potreban je veći broj medicinskih djelatnika.

Trajanje postupka

Za izvođenje postupka potrebno je 20 minuta (ovisno o djetetovoj dobi, veličini i snazi te općem stanju djeteta).

Svrha postupka

Sprječavanje djetetovih nesvjesnih, nekontroliranih i nekoordiniranih pokreta koji mogu izazvati samoozljedivanje djeteta, ozljeđivanje djelatnika i/ili drugih osoba. Primjenjuje se samo kada za to postoji vrlo jasna indikacija kako bi se osigurala fizička sigurnost djeteta, zdravstvenih radnika i/ili drugih osoba, a nakon što su iscrpljene sve druge mogućnosti smirivanja djeteta. Postupak ograničavanja se prekida što je prije moguće. Procjenu licem o lice treba činiti svaka 2 sata nakon čega liječnik ordinira daljnje ograničavanje ili prekid ograničavanja. Ograničavanje, bez prekida, ne bi smjelo biti duže od 24 sata.

Osnovna obilježja postupka

Postupak ograničavanja djeteta primjenjuje se u svim kinikama, kliničkim zavodima, odjelima i na svim mjestima gdje se provodi liječenje i zdravstvena njega djece. Ograničavanje djeteta provode zdravstveni djelatnici prema prethodnim procjenama te uočenim simptomima i znakovima. Indikaciju za postupak određuje liječnik koji je odgovoran za zdravstvenu skrb o djetetu, u dogovoru s medicinskom sestrom i roditeljima/starateljima. Postupak ograničavanja

nikada nije napisan kao stalna odredba ili kao odredba po potrebi. Ukoliko se potreba za ograničavanjem djeteta dogodi iznenada, ograničavanje može započeti i medicinska sestra/tehničar nakon prethodnog telefonskog dogovora s nadležnim liječnikom (ukoliko je on/ona trenutno spriječen/spriječena), a u dogovoru s roditeljima/starateljima. Ukoliko liječnik trenutno nije prisutan, mora što prije na djetetovu listu propisati i provjeriti provedeni postupak. Roditeljima/skrbnicima potrebno je odmah obrazložiti i objasniti potrebu, razlog i način ograničavanja djeteta. Svaka odredba ograničavanja koja se koristi za obuzdavanje nasilnog ili nemirnog djeteta, a čije ponašanje izravno ugrožava djetetovu sigurnost, sigurnost zaposlenika i/ili drugih osoba, mora biti uskladjena s dobi, potrebama i stanjem djeteta. Duljina trajanja ograničavanja također ovisi o odredbi liječnika koji je odgovoran za skrb djeteta, a prema procjenama medicinske sestre/tehničara te u dogovoru s roditeljima/skrbnicima. Prema procjeni odredbu ograničavanja treba ukinuti ili produljiti. Ograničavanje djeteta treba se provoditi u skladu s "Protokolom o ograničavanju djeteta" zdravstvene ustanove u kojoj se postupak provodi poštujući zakonsku regulativu vezanu za suglasnost roditelja/skrbnika. Zdravstveni djelatnici čuvaju sigurnost djece i štite njihova prava u slučaju primjene ograničavanja. Ograničavanje ne smije služiti kao zamjena za nedostatak djelatnika koji trebaju promatrati i procjenjivati dijete. Primjena sredstava ili tehnika ograničavanja mora biti što je manje moguće restriktivna, a ipak učinkovita u svrhu zaštite djeteta ili drugih osoba od povreda. Sredstva ograničavanja djeteta koja se primjenjuju u praksi mogu biti remenčići, udlage, ograničavajuće bandaže, pelene, posteljina, zavoji, meki držaci zglobova.

PROVEDBA OGRANIČAVANJA

Rukavice bez prstiju

Ne smatraju se ograničavanjem, ali pričvršćivanje istih rukavica za posteljinu odgovara definiciji fizičkog ograničavanja.

Remenčići za pojas

Štite dijete od pada s kreveta. Nisu ograničavanje ukoliko se pričvrste tako da se dijete može kretati u krevetu, normalno stajati ili sjediti. Ograničavanjem se smatraju ukoliko su remenčići fiksirani za stranice kreveta tako da se smanji sposobnost slobodnog kretanja ruku, nogu, tijela ili glave djeteta.

Oporavak od anestezije u jedinici intenzivne skrbi ili sobi za buđenje smatra se dijelom operativnog zahvata, stoga korištenje medicinski potrebnog ograničavanja u ovim okolnostima ne udovoljava zahtjevima ovog standarda. Međutim, ukoliko se dijete premješta u drugu jedinicu ili odjel, potrebna je odredba ograničavanja i zahtjevi standarda se moraju slijediti.

Fizičko držanje djeteta u svrhu rutinskog fizikalnog pregleda ili pretraga je dopušteno. Međutim, dijete ili roditelj/staratelj ima pravo odbiti tretman. Ovo uključuje pravo odbijanja fizikalnog pregleda ili pretraga. Držanje djeteta na način koji ograničava kretanje protiv njegove volje ili pristanka roditelja/staratelja smatra se ograničavanjem. Ovo uključuje i terapijsko držanje.

Korištenje lijekova kao sredstvo ograničavanja

Ukoliko se lijek koristi kao sredstvo ograničavanja, također se primjenjuju zahtjevi procjene, promatranja i dokumentacije. Lijekovi koji se primjenjuju u svrhu liječenja osnovne bolesti ne smatraju se sredstvom ograničavanja.

Procjena, promatranje i ponovna procjena

Stanje djeteta nad kojim su primijenjeni postupci ograničavanja promatra i procjenjuje liječnik koji je odgovoran za skrb o djetetu ili educirana medicinska sestra/tehničar. Sveobuhvatna procjena treba uključivati fizikalnu procjenu, kontrolu vitalnih funkcija, kontrolu cirkulacije, potrebu za hidracijom, razinu bola, procjenu svih osnovnih djetetovih potreba, uznemirenost djeteta, mentalno stanje, cjelovitost i izgled kože. Neophodno je stalno procjenjivati potrebu za trajanjem postupaka ograničavanja.

Dokumentacija

Na djetetovu listu liječnik treba evidentirati odredbu i sve osobitosti postupka ograničavanja (specifična sredstva, način, postupak ograničavanja). Promatranje i procjenu medicinska sestra evidentira u dokumentaciju zdravstvene njege.

Ospozljavanje zdravstvenih djelatnika

Zdravstveni djelatnici koji provode ograničavanje djece trebali bi biti educirani za načine provođenja postupaka ograničavanja te promatranja i procjene djeteta. To uključuje sljedeće:

- kako prepoznati i odgovoriti na znakove fizičke i psihičke ugroženosti djeteta
- korištenje nefizičkih vještina - uključujući smirivanje, razgovor i dogовор
- odabir najmanje restriktivne intervencije na temelju individualizirane procjene zdravstvenog stanja i ponašanja djeteta
- sigurnu primjenu i korištenje sredstava za ograničavanje
- promatranje fizičkog i psihičkog stanja djeteta
- identifikaciju specifičnih promjena u ponašanju djeteta koje ukazuju kako postupci ograničavanja više nisu potrebni.

7

LITERATURA

LITERATURA

1. Ackley, B.J., Ladwig, G.B. (2004). Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care (7th ed.). St. Louis MO: Mosby.
2. Ball, J., Bindler, R., Cowen, K. (2012). Principles of Pediatric Nursing – Caring for Children (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
3. Bokonjić, D., Milutinović, D. (2011). Osnovi pedijatrijske njegе, Temus, Banja Luka.
4. Bowden, V.R., Greenberg, C.S. (2012). Pediatric Nursing Procedures (3th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
5. Carpenito, L.J. (2012). Handbook of Nursing Diagnosis (14th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
6. Čukljeć, S. (2005). Osnove zdravstvene njegе, Zdravstveno veleučilište, Zagreb.
7. Foltin J, Shanahan J.F, Pancotto R, Carr P. (2006). Pediatrics on call, A Lange Medical Book, Philadelphia: Medical Publishing Division.
8. Fučkar, G. (1996). Uvod u sestrinske dijagnoze, Zagreb, HUSE.
9. Glasper, A., Coad, J., Richardson, J. (2015). Children and Young People's Nursing at a Glance. Oxford: Wiley Blackwell.
10. Hatfield, N.T. (2008). Broadribb's Introductory Pediatric Nursing (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
11. Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2011). Wong's Nursing Care of Infants and Children (9th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Elsevier Mosby. Školska knjiga, Zagreb.
12. Malčić, I., Ilić, R. (2008). Pedijatrija sa zdravstvenom njegom, Školska knjiga, Zagreb.
13. Mardešić, D. i sur. (2003). Pedijatrija, Školska knjiga, Zagreb. Medicinska knjiga, Zagreb.
14. Melnyk, B.M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N.F., Crean, H.F., Johnson, J., Fairbanks, E., Small, L., Rubenstein, J., Slota, M., Corbo-Richert, B. Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Journal of Pediatrics*, 2004;113(6), 597-607.
15. Meštirović, J. i sur. (2011). Hitna stanja u pedijatriji, Medicinska naklada, Zagreb.

16. Needle, J.S., O ,Riordan, M., Smith, P.G. (2009) Parental anxiety and medical comprehension within 24 hrs of a child's admission to the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 2009;10(6), 668-74.
17. Potts, N.L., Mandleco, B.L. (2012). *Pediatric Nursing – Caring for Children and their Families* (3th ed.). Clifton Park, NJ: Delmar.
18. Povelja o pravima djeteta u bolnici. "Europska udruga za djecu u bolnici" (EACH - European Association for Children in Hospital), bookbrowse.com/povelja-o-pravima-djeteta-u-bolnici-each-pdf-d177848848 (pristupljeno u studenome 2014).
19. Prlić, N. (2003). Zdravstvena njega, Udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola,
20. Richter D. Vrućica u djece, *Paediatrics Croatica*, 2004;48:2.
21. Rogić, M. (2002). Priručnik za osnovne medicinske postupke u sestrinstvu. Zagreb: Med-Ekon.
22. Stinson, J., Yamada, J., Dickson, A., Lamba, J., Stevens, B. (2008) Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. *Pain Research & Management*, 2008;13(1), 51-7.
23. Šepc, S. i sur. (2010). Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi, Hrvatska komora medicinskih sestra, 1. izdanje, Zagreb.
24. Turuk V. (2009). Zdravstvena njega djeteta (nastavni tekstovi), Zdravstveno veleučilište, Zagreb.
25. Verger, J.T., Lebet, R.M. (2008). *AACN Procedure Manual for Pediatric Acute and Critical Care*. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.

