



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

DRUGI PRIRUČNIK
STANDARDNIH OPERATIVNIH
PROCEDURA: SESTRINSTVO U
PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI –
SESTRINSKA NEGA U ZAJEDNICI

Verzija 1.0

PRIŠTINA, 2023



Republika e Kosovës

Republika Kosova - Republic of Kosovo

Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

DRUGI PRIRUČNIK
STANDARDNIH OPERATIVNIH
PROCEDURA: SESTRINSTVO U
PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI –
SESTRINSKA NEGA U ZAJEDNICI

VERZIJA: [1.0]

DATUM ODOBRAVANJA: [22.09.2023.]

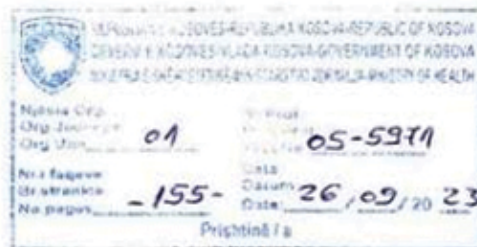
AUTOR: [MZ]

BR. STANDARDNIH PROCEDURA: [37]

BR. KORAKA: [162]

BR. PODKORAKA: [1096]

PRIŠTINA, 2023.



**Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government**

**Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministri of Health
Zyra e Ministrit/Kancelarija Ministra/Office of the Minister**

Br. 141/IX/2023.

Datum: 22/09.2023.

Ministar zdravstva, u prilog člana 145, tačka 2, Ustava Republike Kosovo, u skladu sa članom 10. i 11. Zakona br. 06/L-113 o organizaciji i funkcionisanju državne uprave i nezavisnih agencija (Službeni list br. 7.01 mart 2019.), člana 11., stav 1.5 Zakona br. 08/L-117 o Vladi Republike Kosovo, Uredbe (VRK) br. 14/2023 o oblastima i administrativnim odgovornostima Kancelarije Premijera i ministara, Aneks 1., stav 6., tačka 6.1., donosi:

ODLUKU

- I. Usvaja se Priručnik II za SOP – Sestrinstvo u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti – Sestrinska nega u zajednici.
- II. Prilog ove Odluke je Priručnik II za SOP - Sestrinstvo u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti – Sestrinska nega u zajednici.
- III. Obavezuju se Institucije Primarne zdravstvene zaštite za sprovođenje ovog Priručnika.
- IV. Odluka stupa na snagu na dan potpisivanja.

Dr. Arben Vitia

Ministar zdravstva

Odluka se dostavlja:

- *Zamenicima ministara;*
- *Generalnom sekretaru;*
- *OZU;*
- *NIJZK*
- *Pravnom odeljenju*
- *Arhivi MZ-a*

DRUGI PRIRUČNIK STANDARDNIH OPERATIVNIH PROCEDURA: SESTRINSTVO U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI – SESTRINSKA NEGA U ZAJEDNICI - je isključivo pripremljen i OBAVEZAN ZA SPROVOĐENJE tokom stručnog/praktičnog rada medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – zajednici. Ovaj priručnik je zaštićen od strane Ministarstva zdravstva Republike Kosovo.

© MZ, 2023

<https://msh.rks-gov.net> | msh.info@rks-gov.net

Dizajnirao: N. Bardhi©

Drugi priručnik Standardnih operativnih procedura: Sestrinstvo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – Sestrinska nega u zajednici, sastavili su autori:

Niman Bardhi	Predsedavajući	Odeljenje za strateški razvoj zdravstva – MZ
Elvane Kukalaj	Članica	Odsek za medicinske sestre - MZ
Albana Morina	Članica	Odsek za primarnu zdravstvenu zaštitu – MZ
Ariana Qerimi	Članica	Odsek za mentalno zdravlje- MZ
Pashk Buzhala	Član	Odsek za posebne zdravstvene usluge–MZ
Merita Vuthaj	Članica	Odsek za zdravlje majke i deteta–MZ
Hajrulah Fejza	Član	Odsek za kvalitet i bezbednost zdravstvenih usluga – MZ
Besa Balidemaj	Članica	Odsek za strateško planiranje - MZ
Sanije Xhemajli	Članica	Odsek za praćenje i procenu – MZ
Zana Haraqija	Članica	Odeljenje za evropske integracije i koordinaciju politika – MZ
Shehide Xhemajli	Članica	Glavni centar porodične medicine – Priština
Liridona Veqqishti	Članica	Glavni centar porodične medicine - Prizren
Makfirete Berisha	Članica	Glavni centar porodične medicine - Đakovica
Agron Bytyqi	Član	Udruženje za prava pacijenata na Kosovu (PRAK)
Myrvete Sopi	Članica	Komora medicinskih sestara Kosova (OIK)

Podržava:

Projekat pristupačne i kvalitetne zdravstvene zaštite (AQH) finansira Švajcarska agencija za razvoj i saradnju (SDC), a sprovodi švajcarski TPH.

- - -

2023. Priština, REPUBLIKA KOSOVO

SPISAK SKRAĆENICA

°C	Stepeni Celzijusa
AQH	Accessible Quality Healthcare (Pristupačna i kvalitetna zdravstvena zaštita)
BLS	Basic Life Support / Osnovno održavanje života
FR	French (proračun: 1 Fr = 0,33 mm)
g	Gram
PEG	Perkutana endoskopska gastrostoma
HbA1c	Hemoglobin A1C test
Hz	Herc
ID	Identity Card (Lična karta)
BMI	Indeks telesne mase
Kg	Kilogram
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
MMSE	Mini-Mental State Examination / Mini test za procenu mentalnog statusa
MZ	Ministarstvo zdravstva
Br.	Broj
PEF	Peak Expiratory Flow / Vršni ekspiratorni protok
SOP	Standardne operativne procedure
CSR	Centar za socijalni rad
CMZ	Centar za mentalno zdravlje
KPR	Kardiopulmonalna reanimacija
SpO2	Oksigenacija (saturacija)
IKZ	Integracione kuće u zajednici

TA	Arterijski pritisak
TB	Tuberkuloza
UI	Merna jedinica

SADRŽAJ

UVOD	10
Povezivanje sa aktima.....	11
UPUTSTVA ZA IZRADU STANDARDNIH OPERATIVNIH PROCEDURA	14
Definicija i svrha SOP-a	14
Razlozi za određivanje procedura	14
Kada treba kreirati procedure.....	15
Šta treba uzeti u obzir pri pisanju procedura	15
Komponente SOP-ova	15
1. Poglavlje	15
2. Obavezni elementi sadržaja procedure	16
3. Usvajanje procedure	17
POGLAVLJE I – PROCEDURE KOJE UREĐUJU POSETE ZAJEDNICI.....	19
1. Procedura za uslove ostvarivanja prava građanina na zdravstvenu zaštitu kod kuće.....	21
2. Procedura za poverljivost informacija i zaštitu ličnih podataka pacijenta	23
3. Procedura koja utvrđuje kriterijume angažovanja socijalnog radnika.....	25
4. Procedura postupanja sa pacijentom koji odbija kućnu posetu ili intervenciju.....	29
5. Procedura postupanja medicinske sestre u slučaju nepoštovanja zakazanog vremena kućne posete od strane pacijenta.....	32
6. Procedura postupanja medicinske sestre u slučaju nasilja ili sumnje na nasilje u porodici	34
7. Procedura za pružanje usluga osobi sa mentalnim poremećajem	36
8. Procedura posete pacijentu koji boluje od maligne bolesti	38
9. Procedura posete pacijentu sa tuberkulozom	41
10. Procedura za sprovođenje standardnih mera lične zaštite medicinske sestre od infekcija .	45
POGLAVLJE II – PROCEDURE PROCENE, MERENJA I UZIMANJA UZORAKA	51
11. Procedura pregleda stopala i procena rizika od pojavljivanja dijabetesnog stopala	53
12. Procedura procene opasnosti od pada kod kuće i preventivne mere	59
13. Procedura procene kognitivnog stanja pacijenta.....	65
14. Procedura kategorizacije pacijenata kod kuće.....	70
15. Procedura za merenje pulsa i zasićenosti kiseonikom.....	73
16. Procedura za merenje vršnog ekspiratornog protoka	75
17. Procedura za uzimanje uzorka venske krvi kod kuće i bezbedan prevoz do laboratorije...	81

18. Procedura za uzimanje brisa iz nosa i brisa iz nazofarinksa za mikrobiološko ispitivanje i bezbedan prevoz do mikrobiološke laboratorije	85
19. Procedura za uzimanje brisa grla i krajnika za mikrobiološko ispitivanje i bezbedan prevoz do laboratorije.....	88
20. Procedura za uzimanje uzoraka urina kod kuće za pacijente sa urinarnim kateterom i bezbedan prevoz uzorka do laboratorije.....	90
21. Procedura za uzimanje brisa iz rane za mikrobiološko ispitivanje	94
POGLAVLJE III – PROCEDURE ZDRAVSTVENE NEGE I TERAPIJSKIH POSTUPAKA	97
22. Procedura podizanja i premeštanja pacijenta	99
23. Procedura hranjenja pacijenta putem nazogastrične sonde	103
24. Procedura zdravstvene nege i hranjenja pacijenta s perkutanom endoskopskom gastrostomom	106
25. Procedura primene klizme (klistiranje) u kućnim uslovima	110
26. Procedura čišćenja traheostome	113
27. Procedura tretmana dijabetičkog stopala kod kuće	117
28. Procedura pripreme i primene potkožne infuzije (hipodermoklize) u kućnim uslovima.	120
29. Procedura postupanja sa umrlom osobom u kući	123
POGLAVLJE IV – PROCEDURE HITNIH POSTUPAKA	125
30. Procedura postupanja u slučaju alergijske reakcije na lek koji se primenjuje tokom kućne posete.....	127
31. Procedura pružanja prve pomoći u slučaju epileptičkog napada prilikom kućne posete .	130
32. Procedura pružanja prve pomoći u slučaju sinkope	132
33. Procedura prve pomoći u slučaju kardiopulmonalnog aresta.....	134
POGLAVLJE V – PROCEDURE PROMOTIVNO–PREVENTIVNIH POSTUPAKA	139
34. Procedura procene i edukacije pacijenta/negovatelja o pravilnoj primeni lekova u kući	141
35. Procedura savetovanja pacijenta obolelog od dijabetesa o nezi stopala	145
36. Procedura savetovanja obolelog od maligne bolesti prilikom redovne posete.....	149

PREDGOVOR

Zdravstvena zaštita je kompleksni i dinamični izazov, međutim izrada standardnih operativnih procedura, sažeti u drugom Priručniku, pruža snažno sredstvo za postizanje sigurne i kvalitetne zdravstvene zaštite.

Glavni cilj ovog priručnika je standardiziranje sestrinskih usluga u zajednici pružanih na jedinstven način za poboljšanje sigurnosti, kvaliteta i efikasnosti zaštite na nivou Primarne zdravstvene zaštite u Republici Kosovo.

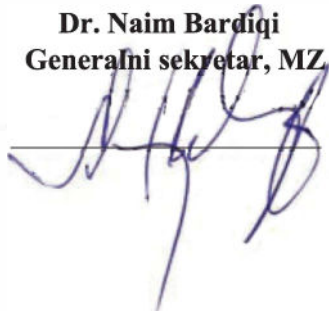
SOP-ovi pomažu na smanjenje rizika pogrešaka i intervencija, garantujući sigurnu i poverljivu uslugu. Koristeći ove procedure, podstiče se dobro organizovana i strukturisana životna sredina. Ministarstvo zdravstva pruža podršku za aktivnost standardizaciji najboljih praksi sestrinstva poboljšanjem kvaliteta i očekivanje rezultata.

Pružanje sestrinske nege u zajednici je socijalno-lekarska aktivnost koja se bavi promovisanjem zdravstva i sprečavanje bolesti. Sastavni je deo zdravstvene usluge čiji delokrug uključuje porodicu uopšte. Sestrinstvo ima važnu ulogu u sistemu zdravstvene zaštite, pružajući zaštitu za novorođenčad, palijativne pacijente, promovisanje zdravstva, sprečavanje zaraznih i nezaraznih bolesti, kao i učešće u kreiranje politika za sestrinstvo. Sarađuje sa komorama zdravstvenih radnika, obrazovnih institucija kao i sa raznim udruženjima od interesa, poštovanjem osnovnih načela etike sestrinstva.

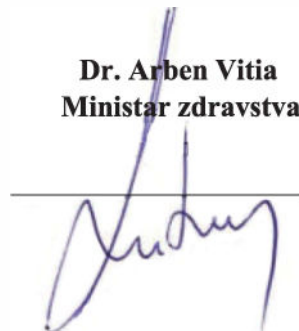
Priručnik je realizovan od strane grupe stručnjaka Ministarstva zdravstva, uključujući terenski rad, analiziranjem literature, diskusija i radionica za aktivno predstavljanje zdravstvenih radnika, udruženja pacijenata i podrškom od Projekta AQH-a.

Zahvalan sam svima onima koji su doprineli u izradi ovog Priručnika, osiguranjem standardiziranje zdravstvenih usluga koji se pružaju od strane sestrinske nege u zajednici.

Dr. Naim Bardiqi
Generalni sekretar, MZ



Dr. Arben Vitia
Ministar zdravstva



UVOD

Drugi priručnik Standardnih operativnih procedura: Sestrinstvo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – Sestrinska nega u zajednici, pokriva zdravstvene usluge koje pružaju medicinske sestre. Zdravstvene usluge u zajednici pokrivaju širok spektar usluga i pružaju brigu o ljudima od rođenja do kraja njihovog života. Zdravstveni timovi u zajednici, a posebno sestrinstvo, igraju vitalnu ulogu u pružanju podrške ljudima sa složenim zdravstvenim i potrebama zdravstvene nege kako bi živeli nezavisno u svojim domovima što je duže moguće. Usluge obuhvataju promociju zdravlja, preventivne usluge, osnovne kurativne usluge, zdravstvenu zaštitu hroničnih bolesti, zdravstvenu zaštitu dece, adolescenata i omladine itd. Mnoge usluge uključuju partnerski rad u timovima zdravstvene i socijalne zaštite, koji se sastoje od širokog spektra profesionalaca, uključujući porodičnog lekara i medicinske sestre, medicinske sestre u zajednici, medicinske sestre mentalnog zdravlja, stručne saradnike i radnike socijalne zaštite.

Ovaj dokument će olakšati složen i zahtevan rad medicinskih sestara. Pružanje usluga nege u zajednici biće jednoobrazno, standardno i visokog kvaliteta za pacijente/klijente. Standardne operativne procedure opisuju tok posla i usmeravaju i podstiču bolju komunikaciju između zdravstvenih radnika. Praćenjem ovih strukturiranih smernica, obezbeđuju se standardizovane akcije za pacijente, kroz koordinisanu negu zasnovanu na najboljim praksama. U ovoj ključnoj ulozi zdravstvene usluge, medicinske sestre se bave promocijom zdravlja i prevencijom bolesti, stavljajući naglasak na zdravstvenu edukaciju i preventivnu negu za pojedince i porodice. Medicinske sestre svakodnevno pružaju zdravstvene usluge, a izrada SOP će pomoći u otklanjanju neizvesnosti i osigurati da pravi ljudi obavljaju prave zadatke u pravo vreme. Dobro definisani SOP pomažu da se razume kako bezbedno obavljati rutinske zadatke, u skladu sa propisima i dosledno, bez obzira na to ko obavlja zadatak. Poseban značaj za medicinske sestre je potreba da usluge koje pružaju svakodnevno dokumentuju u zdravstvenoj dokumentaciji, gde je predstavljen rad, uloga i značaj medicinske sestre.

Na osnovu Zakona o zdravstvu, Zakona o javnom zdravlju, Zakona o otpadu, Zakona o medicinskim proizvodima i opremi, Zakona o sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti i Zakona o sprečavanju i suzbijanju pandemije Covid-19 na teritoriji Republike Kosovo, zdravstvene institucije su posvećene stvaranju, razvoju i održavanju sistema bezbednosti i kvaliteta zdravstvenih usluga, obezbeđujući da svaki pojedinac u našoj zajednici dobije najbolju moguću negu da vodi zdrav i ispunjen život.

Priručnik je zasnovan na Nacionalnoj strategiji razvoja 2030 (II stub, razvojni cilj 6 i strateški ciljevi 6.1 i 6.2) i Strateškom i operativnom planu Vlade 2022 – 2025 (strateški cilj 3 i pod strateški cilj 3.1), koji ima za cilj da poboljša kvalitet i pristup zdravstvenim uslugama, promoviše zdrav život i smanji smrtnost uopšte, ali posebno smrtnost odojčadi i majki. Na osnovu ovoga, generalni sekretar u MZ imenuje radnu grupu za izradu drugog priručnika za SOP: Sestrinstvo u PZZ – Sestrinska nega u zajednici, br. odluke 492/XI/2022 od 23.11.2022. i br. protokola 05-6047 od 23.11.2022. godine.

Drugi priručnik Standardnih operativnih procedura: Sestrinstvo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – Sestrinska nega u zajednici izrađen je na osnovu iskustva ustanova primarne zdravstvene zaštite na međunarodnom i regionalnom nivou. Ovaj priručnik je zasnovan i izrađen od strane „Standardne operativne procedure zdravstvene zaštite u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: (sestrinska/polivalentna aktivnost u zajednici). II deo, Sarajevo, 2019“. Procedure su razvijene korišćenjem različite stručne literature, znanja, iskustva i dobre prakse.

Osnovna svrha ovog priručnika sa standardnim operativnim procedurama koje su izradili stručnjaci Ministarstva zdravstva, podržani od strane AQH projekta, je standardizacija sestrinskih usluga u zajednici koje se pružaju na jedinstven način kako bi se poboljšala sigurnost, kvalitet i efikasnost nege na nivou primarne zdravstvene zaštite u Republici Kosovo.

Priručnik sadrži 37 standardnih procedura podeljenih u 5 poglavlja, uključujući 5 algoritama i 6 priloga.

Ovaj priručnik je **OBAVEZAN ZA SPROVOĐENJE** tokom stručnog/praktičnog rada medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u zajednici.

Priručnik, pored toga što se primenjuje u svakodnevnoj praksi zdravstvenih radnika, treba da bude uključen kao korisna literatura u procesu edukacije i obrazovanja u srednjim medicinskim školama i na univerzitetskim studijama medicinskih nauka u Republici Kosovo.

Treba napomenuti da upotreba izraza 'MEDICINSKA SESTRA' kao jednog gramatičkog roda u ovom priručniku podrazumeva jednaku upotrebu za oba roda.

Povezivanje sa aktima

U ovom priručniku su taksativno zabeleženi važeći podzakonski akti sa kojima se povezuju izrađene standardne procedure. Ovo doprinosi upoznavanju korisnika standardnih procedura sa podzakonskim aktima kao i neophodnim referentnim materijalom u slučaju eventualnih problema tokom praktične implementacije standardnih procedura.

Podzakonski akti predstavljeni u ovom priručniku su:

1. Zakon br. 03/L-137 o Odeljenju sudske medicine. Službeni list Republike Kosovo / Godina IV / Br. 58 / 10.08.2009, Priština.
2. Zakon br. 03/L-182 o zaštiti od nasilja u porodici. Službeni list Republike Kosovo / Priština: Godina V / Br. 76 / 10.08.2010.
3. Zakon br. 04/1-003 o civilnom statusu. Službeni list Republike Kosovo / Br. 6 / 22.07.2011, Priština.
4. Zakon br. 04/L-08 o izmenama i dopunama Zakona br. 02/L-17 o socijalnim i porodičnim uslugama . Službeni list Republike Kosovo / Br. 5 / 05.04.2012, Priština.

5. Zakon br. 04/L-150 o komorama zdravstvenih radnika. Službeni list Republike Kosovo / Br. 23 / 04.07.2013, Priština.
6. Zakon br. 04/L-161 o bezbednosti i zdravlju na radu. Službeni list Republike Kosovo / Br. 22 / 14.06.2013, Priština (usklađen sa Direktivom 89/391/EEC).
7. Zakon br. 05/L-025 o mentalnom zdravlju. Službeni list Republike Kosovo / Br. 33 / 23.11.2015, Priština.
8. Zakon br. 06/L-077 o izmenama i dopunama Zakona br. 32/2004 (01.09.2006) o porodici Kosova. Službeni list Republike Kosovo / Br. 3 / 17.01.2019, Priština.
9. Zakon br. 06/L-082 o zaštiti ličnih podataka - Službeni list Republike Kosovo / br. 6 / 25.02.2019, Priština.
10. Zakon br. 07/L-006 o prevenciji i borbi protiv pandemije Covid-19 na teritoriji Republike Kosovo. Službeni list Republike Kosovo / Br. 3 / 25.08.2020, Priština.
11. Zakon br. 08/L -051 o izmenama i dopunama Zakona br. 2004/38 o pravima i odgovornostima stanovnika Kosova u zdravstvenom sistemu. Službeni list Republike Kosovo / Br. 3 / 19.01. 2022, Priština.
12. Zakon br. 08/L-043 o izmenama i dopunama Zakona br. 04/L-125 o zdravstvu. Službeni list Republike Kosovo / Br. 12 / 11.05.2022, Priština.
13. Zakon br. 08/L-047 o izmenama i dopunama Zakona br. 04/L-190 o medicinskim proizvodima i opremi. Službeni list Republike Kosovo / Br. 12 / 11.05.2022, Priština.
14. Zakon br. 08/L-048 o izmenama i dopunama Zakona br. 02/L-78 o javnom zdravlju. Službeni list Republike Kosovo / Br. 12 / 11.05.2022, Priština.
15. Zakon br. 08/L-071 o izmenama i dopunama Zakona br. 04/L-060 o otpadu. Službeni list Republike Kosovo / Br. 29 / 01.09.2022, Priština.
16. Zakon br. 08/L-200 o izmenama i dopunama Zakona br. 02/L-109 o prevenciji i kontroli zaraznih bolesti. Službeni list Republike Kosovo / Br. 18 / 08.08.2023, Priština.
17. Akcioni plan za zdravstvenu promociju i edukaciju 2021. 2020. Ministarstvo zdravstva. Priština.
18. Strateški i operativni plan 2022 - 2025 / 09.02.2022, Priština.
19. Nacionalna strategija razvoja 2030 / maj 2022, Priština.
20. Administrativno uputstvo (MUP) br. 01/2022 o dokumentima građanskog statusa
21. Administrativno uputstvo (MZ) br. 03/2019 o kliničkim smernicama i protokolima.
22. Administrativno uputstvo (zdravstvo) br. 01/2010 Recepti u zdravstvenom sistemu u Republici Kosovo.
23. Administrativno uputstvo (zdravstvo) br. 02/2010 Zdravstvena dokumenta.

24. Administrativno uputstvo (VRK) br. 04/2023 o medicinskom i psihološkom tretmanu dece žrtava zlostavljanja, za pomoć u njihovoj rehabilitaciji i reintegraciji u društvo
25. Administrativno uputstvo (zdravstvo) br. 04/2013 o zdravstvenim sertifikatima.
26. Administrativno uputstvo (zdravstvo) br. 04/2020 Primarna zdravstvena zaštita.
27. Administrativno uputstvo MŽSPP - br. 10/2015 o tretmanu otpada iz medicinskih proizvoda.
28. Administrativno uputstvo br. 05/2011 o prevenciji i kontroli bolničkih infekcija.
29. Administrativno uputstvo br. 13/2013 o državnom katalogu otpada.
30. Administrativno uputstvo br. 15/2013 Povelja o pravima i odgovornostima pacijenata.
31. Administrativno uputstvo br. 11/2013 – Zdravstveni informacioni sistem i izveštavanje zdravstvenih statističkih podataka.
32. Administrativno uputstvo br. 11/2015 Maloprodajni distributeri medicinskih proizvoda i opreme.
33. Nacionalni vodič. Bezbedno upravljanje bolničkim otpadom. 2010. Ministarstvo zdravlja, Tirana.
34. Vodič za promotivne i preventivne intervencije u oblasti mentalnog zdravlja adolescenata. 2022. Ministarstvo zdravstva. Priština.
35. Direktiva Saveta 2010/32/EU o sprovođenju okvirnog sporazuma za prevenciju oštih povreda u bolničkom i zdravstvenom sektoru koji su zaključili HOSPEEM i EPSU. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/tkt/?uri=celeak:32010l0032>
36. Direktiva Saveta Evropske unije 89/391/EEC (12.06.1989) o uvođenju mera za podsticanje poboljšanja bezbednosti i zdravlja radnika na radu (Direktiva je tri puta menjana pravnim aktima, 2003, 2007. i 2008. godine).
37. Kodeks medicinske etike i deontologije / Odluka br. 14/2019 – OMK, 17. januar 2019. (Tekst očišćen sa dopunama i izmenama odobrenim u skladu sa Odlukom br. 25/2019 Skupštine OMK, od 17.12.2019, br. protokola 32/2019).
38. Etički kodeks medicinskih sestara, babica i drugih zdravstvenih radnika Kosova. Kodeks stupa na snagu nakon usvajanja od strane članova Skupštine OIK-a 12.06.2015.
39. Krivični zakonik br. 06/L-074 Republike Kosovo - Službeni list Republike Kosovo / br. 2 / 14.01.2019, Priština.

UPUTSTVA ZA IZRADU STANDARDNIH OPERATIVNIH PROCEDURA

Izrada Standardnih operativnih procedura (SOP) treba da obuhvati: zaposlene na koje se te procedure odnose, zaposlene u pravnoj službi koji usklađuju procedure sa zakonskim propisima na snazi i osoblje zaduženo za uspostavljanje, održavanje i unapređenje kvaliteta i bezbednosti zdravstvenih usluga u ustanovi (koordinator, služba, sektor, odeljenje).

Definicija i svrha SOP-a

- Procedure označavaju niz aktivnosti, koraka i procesa koji se moraju preduzeti u definisanim sekvencama da bi se postigao određeni cilj;
- Svrha operativnih procedura je da se osigura da svi zaposleni obavljaju iste procedure na isti način;
- Standardne operativne procedure su skup pisanih uputstava koja se moraju poštovati da bi se rad obavljao bezbedno, bez štetnih uticaja na zdravlje pacijenata, zdravlje osoblja ili životnu sredinu;
- Procedure za dobru, bezbednu, kontinuiranu, kvalitetnu i transparentnu zdravstvenu zaštitu su neophodne kako bi se smanjila mogućnost grešaka u procesu rada.

Razlozi za određivanje procedura

- Procedure osiguravaju da pružaoci usluga imaju sve potrebne informacije u vezi sa bezbednošću i zdravljem pacijenata, životnom sredinom i odgovarajućim pripremama neophodnim za adekvatan završetak posla;
- Procedure obezbeđuju da se koraci u pružanju usluga sprovode kontinuirano, kako bi se obezbedila kontrola kvaliteta usluga;
- Procedure osiguravaju da proces teče bez prekida i da je završen u određenom roku;
- Procedure osiguravaju da se greške ne pojave;
- Procedure obezbeđuju sprovođenje propisa i dobre prakse;
- Procedure služe kao dokument za obuku u oblastima za koje su napisane i pomažu u obuci i edukaciji novih radnika;
- Procedure služe kao kontrolne liste za nadzor i kontrolu učinka na radu;
- Procedure služe kao dokaz kako su se odvijali određeni procesi, koja oprema i materijali su korišćeni itd.
- Procedure pojašnjavaju korake u procesu i mogu se uzeti u obzir u slučaju negativnih rezultata kako bi se opravdale mere preduzete od strane zdravstvenih radnika.

Kada treba kreirati procedure

Treba uspostaviti procedure:

- Za svaki postojeći proces;
- Kada se uvede novi proces;
- Kada se postojeći proces promeni;
- Kada se uvede nova oprema – tehnologija;
- Kada postoji indikator da će primena novih znanja doneti korist kroz unapređenje radne prakse;
- Kada se promene pravni standardi i propisi koji kreiraju procedure;
- Testiranje incidenata takođe može ukazati na potrebu za promenom ili pisanjem procedura.

Šta treba uzeti u obzir pri pisanju procedura

Procedura mora biti kratka, jasna i razumljiva i imati najviše 6 koraka. Ako procedura ima više od 6 koraka, treba razmotriti sledeće opcije:

- Razdvojite ga na logične podkorake;
- Napišite skraćenu formu kao dodatak proceduri, koja će sadržati samo korake bez detaljnih objašnjenja (algoritam);
- Ako proces rada zahteva obimniju strukturu, moguće je kreirati dokument u obliku priručnika ili vodiča.

Komponente SOP-ova

1. Poglavlje

Svaka standardna operativna procedura treba da ima poglavlje, obično u obliku tabele, koje sadrži:

1.1 Naziv zdravstvene institucije

Obavezno napišite pun naziv zdravstvene institucije u kojoj se sprovodi procedura.

1.2 Naziv procedure

Naziv procedure mora odgovarati sadržaju. Ne koristite skraćenice u nazivu procedure.

1.3 Vrsta procedure

- Procedura prema standardima akreditacije (navesti standard i kriterijum);
- Procedura prema standardima sertifikacije (navesti standard i kriterijum);

- Procedure procesa rada, operativne procedure ili procedure rada (procedure koje opisuju procese).

1.4 Jedinstveni broj procedure

Broj registrovanih procedura u centralnim institucijama sastoji se od 3 broja:

- 1) prvi broj je broj evidencije;
- 2) drugi broj se odnosi na godinu kada je procedura usvojena ili ukinuta;
- 3) treći broj je broj verzije procedure.

Moguće je dodati i četvrti broj koji se odnosi na organizacionu jedinicu.

1.5 Broj stranica procedure

- Odredite broj stranica.

1.6 Valjanost procedure

- Najviše 3 godine od usvajanja ili revizije.

2. Obavezni elementi sadržaja procedure

2.1 Opšta izjava

Definiše svrhu/cilj i razlog za primenu procedure.

2.2 Oblast sprovođenja

Usvojene procedure su **OBAVEZNE ZA SPROVOĐENJE** tokom stručnog/praktičnog rada medicinskih sestara u PZZ u zajednici.

2.3 Raspodela i nadzor

Uverite se da je svo osoblje upoznato sa procedurom. Proceduru treba raspodeliti svim rukovodiocima najvišeg nivoa, koji će je raspodeliti nižim rukovodiocima. Rukovodioci organizacionih jedinica nižeg nivoa odgovorni su za dostavljanje procedure operativnom osoblju koje primenjuje proceduru. U ovom odeljku važno je naglasiti kome procedura treba da bude dostupna i ko vrši redovan periodični nadzor nad njenim sprovođenjem. Takođe, nadzor se vrši po nivoima odgovornosti.

2.4 Procedura / tok radnji / proces / koraci

Treba da sadrži opis procesa, zasnovan na nizu međusobno povezanih zajedničkih koraka, metode pravilnog i bezbednog sprovođenja, zapise o izvedenim procedurama, ako procedura zahteva itd. Procedura sadrži opis koraka procesa rada koji je predmet postupka (vrsta delatnosti, lica odgovorna za obavljanje delatnosti, vreme i način obavljanja delatnosti).

2.5 Pregled procedure

Redovni pregled procedura vrši se svake tri godine, što se obično evidentira na kraju procedure. Vanredna kontrola se može obaviti i ranije u slučaju izmena zakonskih akata, propisa po kojima je pisana procedura, ako se uvede nova oprema ili metode rada i sl. U slučaju revidirane procedure, navesti mesec i godinu u kojoj je procedura revidirana.

3. Usvajanje procedure

U nastavku su označeni početak i kraj procedure:

- Imena i potpisi lica koja su učestvovala u izradi ili reviziji SOP-a;
- Ime i potpis lica koje odobrava SOP;
- Datum odobrenja;
- Pečat institucije.

Odobrene procedure su **OBAVEZNE ZA SPROVOĐENJE** tokom stručnog/praktičnog rada medicinskih sestara u PZZ u zajednici prema određenim radnjama i nepoštovanje predstavlja povredu profesionalnih dužnosti i odgovornosti na radu.

Tabela br. 1 – Drugi priručnik Standardnih operativnih procedura: Sestrinstvo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – Sestrinska nega u zajednici (podeljeno na poglavlja, SOP, korake i podkorake)

Br. poglavlja	Br. SOP-a	Br. koraka	Br. podkoraka
POGLAVLJE I	1	3	18
	2	3	8
	3	2	17
	4	5	15
	5	2	15
	6	5	25
	7	5	26
	8	5	40
	9	5	20
	10	4	29
Ukupno Poglavlje I	10	39	213
POGLAVLJE II	11	6	65
	12	3	20
	13	6	25
	14	3	12
	15	3	17
	16	5	36
	17	6	53
	18	4	27
	19	4	24
	20	5	42
	21	6	44
Ukupno Poglavlje II	11	51	365
POGLAVLJE III	22	6	30
	23	6	37
	24	6	44
	25	5	47
	26	5	45
	27	5	41
	28	5	35
	29	3	20
Ukupno Poglavlje III	8	41	299
POGLAVLJE IV	30	5	33
	31	4	28
	32	3	16
	33	3	22
Ukupno Poglavlje IV	4	15	99
POGLAVLJE V	34	4	31
	35	3	41
	36	3	20
	37	6	28
Ukupno Poglavlje V	4	16	120
Σ - SOP	37	162	1096

POGLAVLJE I – PROCEDURE KOJE UREĐUJU POSETE ZAJEDNICI

- 1 PROCEDURA ZA USLOVE OSTVARIVANJA PRAVA GRAĐANINA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU KOD KUĆE
- 2 PROCEDURA ZA POVERLJIVOST INFORMACIJA I ZAŠTITU LIČNIH PODATAKA PACIJENTA
- 3 PROCEDURA KOJA UTVRĐUJE KRITERIJUME ANGAŽOVANJA SOCIJALNOG RADNIKA
- 4 PROCEDURA POSTUPANJA SA PACIJENTOM KOJI ODBIJA KUĆNU POSETU ILI INTERVENCIJU
- 5 PROCEDURA POSTUPANJA MEDICINSKE SESTRE U SLUČAJU NEPOŠTOVANJA ZAKAZANOG VREMENA KUĆNE POSETE OD STRANE PACIJENTA
- 6 PROCEDURA POSTUPANJA MEDICINSKE SESTRE U SLUČAJU NASILJA ILI SUMNJE NA NASILJE U PORODICI
- 7 PROCEDURA ZA PRUŽANJE USLUGA OSOBI SA MENTALNIM POREMEĆAJEM
- 8 PROCEDURA POSETE PACIJENTU KOJI BOLUJE OD MALIGNNE BOLESTI
- 9 PROCEDURA POSETE PACIJENTU SA TUBERKULOZOM
- 10 PROCEDURA ZA SPROVOĐENJE STANDARDNIH MERA LIČNE ZAŠTITE MEDICINSKE SESTRE OD INFEKCIJA

1. PROCEDURA ZA USLOVE OSTVARIVANJA PRAVA GRAĐANINA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU KOD KUĆE

Cilj ove procedure je određivanje usluga koje će se pružati u kućnim uslovima radi poboljšanja zdravstvenog stanja i sprečavanja pogoršanja bolesti korisnika.

Ovom procedurom uređuju se uslovi za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu kod kuće. Svaki građanin ima pravo na kućnu zdravstvenu uslugu u posebnim slučajevima.

Procenu i indikacije za pružanje zdravstvenih usluga kod kuće za lica utvrđuje porodični lekar na osnovu posete i/ili pregleda ili uvida u medicinsku dokumentaciju (otpusni list, specijalistički izveštaj).

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Procena i indikacije	Zdravstvena nega ili lečenje kod kuće su potrebni u sledećim situacijama: 1. Nepokretljivost ili otežana pokretljivost (osobe kojima je potrebna pomoć drugog lica za kretanje ili korišćenje pomagala za kretanje); 2. Hronična bolest u fazi pogoršanja ili komplikacije bolesti; 3. Prolazna ili trajna zdravstvena stanja u kojima samozbrinjavanje nije moguće; 4. Posle složenih operacija koje zahtevaju previjanje, negu rana, negu stome itd.; 5. Kod pacijenta u terminalnoj fazi bolesti.
[II]	Nalog za kućnu posetu	Na osnovu stanja pacijenta, porodični lekar upućuje medicinsku sestru o potrebnim procedurama, dinamici (učestalosti) i potrebnom periodu za pružanje usluga, evidentirajući: 1. Aktuelni problem, razlog za pružanje usluge kod kuće (dijagnoza ili opis stanja pacijenta); 2. Vrsta usluge koju medicinska sestra mora da obavlja; 3. Broj poseta radi pružanja usluga (npr. dnevno, svaki drugi dan, itd.), maksimalno 5 dana u nedelji i samo u izuzetnim slučajevima (spinalna mišićna atrofija, hemiplegija, paraplegija, tetraplegija, zavisnost od ventilatora) 7 dana u nedelji;

		4. Vremenski interval (period od – za navođenje datuma ili broja dana).
[III]	Usluge posete medicinske sestre	1. Sprečavanje komplikacija tokom dugog boravka u krevetu (dekubitus, pneumonija, tromboza, kontrakture itd.); 2. Aktivno i pasivno istezanje; 3. Priprema i primena enteralne terapije; 4. Dobijanje dijagnostičkog materijala; 5. Čišćenje i previjanje rana (ulcus cruris, dekubitus, gangrena, postoperativne rane, opekotine, tumorski infiltrati); 6. Čišćenje stome (kanila, anus pra eter, uro i čista stoma); 7. Kateterizacija urina; 8. Merenje i snimanje vitalnih funkcija; 9. Edukacija pacijenta i članova njegove porodice u sprovođenju mera zdravstvene zaštite i rehabilitacije.

2. PROCEDURA ZA POVERLJIVOST INFORMACIJA I ZAŠTITU LIČNIH PODATAKA PACIJENTA

Cilj ove procedure je utvrđivanje obaveze čuvanja ličnih podataka i informacija o pacijentu, načina korišćenja informacija u svrhu kvalitetne i kontinuirane zdravstvene zaštite pacijenta i načina pružanja informacija radi zaštite javnog zdravlja i opšteg interesa.

U ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, svaki građanin ima pravo na poverljivost podataka koji se odnose na njegovo zdravlje, kao i na zaštitu podataka o ličnosti. Pod ličnim podacima podrazumeva se svaki podatak na osnovu kojeg je moguće identifikovati lice (ime i prezime, lični broj, adresa, broj telefona i sl.).

Prilikom pružanja usluga, dužnost medicinske sestre je da i nakon smrti pacijenta čuva lične podatke kao i podatke o pacijentu kao službenu i profesionalnu tajnu.

Povreda obaveze čuvanja profesionalne tajne je pravni prekršaj.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Prikupljanje i čuvanje informacija	1. Medicinska sestra je dužna da bezbedno čuva podatke o pacijentu, koristeći medicinsku dokumentaciju propisanu zakonom (zdravstvenu knjižicu, knjižicu protokola, uputstvo za posetu i sl.); 2. Informacije se moraju čuvati u fizičkom i elektronskom obliku; 3. Medicinska dokumentacija koju koristi medicinska sestra mora biti bezbedna, kako bi se sprečio pristup dokumentaciji neovlašćenim licima (zatvorena prostorija nakon radnog vremena); 4. Podaci koji se unose i čuvaju elektronski moraju biti zaštićeni individualnim lozinkama za pristup računaru.
[II]	Korišćenje i pristup ličnim podacima i informacijama	1. Lične podatke pacijenta mogu koristiti: ▪ Pacijent; ▪ Roditelj/staratelj maloletnog deteta ili deteta sa invaliditetom; ▪ Drugo lice koje je pismeno ovlastio pacijent/roditelj/staratelj/zakonski zastupnik u skladu sa važećim propisima Republike Kosovo;

		▪ Zaposleni i drugi zdravstveni saradnici, osim medicinskih sestara, isključivo radi lečenja, pružanja kontinuirane zdravstvene zaštite i zdravstvene i socijalne zaštite. To uključuje i potrebu da se informacije proslede drugoj medicinskoj sestri, porodičnom lekaru i/ili stručnom saradniku (psihologu, socijalnom radniku) koji takođe mora da poštuje princip poverljivosti i zaštite podataka o pacijentu; 2. Informacije o pacijentu mogu se otkriti u skladu sa zakonom i propisima koji su na snazi u Republici Kosovo, za: ▪ Istraživačke projekte u interesu javnog zdravlja (odobreni od Etičke komisije institucije u kojoj se pacijent leči); ▪ Obuku osoblja, pripravnika (bez otkrivanja identiteta pacijenta ili uz saglasnost pacijenta/roditelja/staratelja ili zakonskog zastupnika za prisustvo trećeg lica); ▪ Predavanja ili objave u naučnim časopisima (bez otkrivanja identiteta pacijenta); 3. Prema Zakonu o mentalnom zdravlju na snazi radi zaštite ličnih podataka i podataka o pacijentu medicinska sestra može prenositi bez saglasnosti, ako je to neophodno u opštem interesu ili interesu drugog lica, što je važnije od interesa čuvanja tajne. Opštim interesom ili interesom koji je važniji od interesa čuvanja tajne smatra se: ▪ Otkrivanje saznanja da se pacijent sprema za izvršenje krivičnog dela; ▪ Gonjenje najtežih krivičnih dela bilo bi značajno odloženo ili sprečeno bez obelodanjivanja inače zaštićenih informacija; ▪ Zaštita javnog zdravlja i bezbednosti; ▪ Sprečavanje izlaganja drugog lica neposrednoj i ozbiljnoj opasnosti po njegov život ili zdravlje.
[III]	Mere opreza	1. Svaka uočena nepravilnost u pogledu poverljivosti podataka i informacija mora se odmah prijaviti (izveštaj o incidentu) rukovodstvu relevantne institucije.

3. PROCEDURA KOJA UTVRĐUJE KRITERIJUME ANGAŽOVANJA SOCIJALNOG RADNIKA

Cilj ove procedure je utvrđivanje uslova koje medicinska sestra mora identifikovati kod pacijenta, u porodici, zajednici i šta mogu i treba da budu razlozi ili kriterijumi za angažovanje socijalnog radnika.

U proceni stanja i planiranju funkcionalne zdravstvene zaštite moraju se uzeti u obzir fizička, psihička, ekonomska, socijalna i druga stanja pacijenta, njegove porodice i zajednice u kojoj se nalazi.

Aktivno učešće socijalnog radnika kao člana tima u pružanju zdravstvene zaštite značajno doprinosi poboljšanju socijalne situacije, odnosno stvaranju povoljnijih uslova koji direktno i/ili indirektno utiču na zdravlje pacijenata.

Socijalni radnik Centra za socijalni rad radi sa pojedincima, porodicama, grupama, zajednicama i sarađuje sa institucijama primarne zdravstvene zaštite.

Prilikom posete, medicinska sestra je dužna da uzme socijalnu anamnezu na obrascu „Preporuka za Centar za socijalni rad“ (prilog 1) a na osnovu procene socijalnog statusa preporučuje uključivanje socijalnog radnika.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Kriterijumi za uključivanje socijalnog radnika od strane medicinske sestre	1. Pacijent nema materijalne prihode; 2. Višečlana porodica u lošem materijalnom stanju; 3. Pacijent sa teškom bolešću bez materijalnih prihoda i/ili koji živi sam; 4. Loši higijenski uslovi života; 5. Neregulisano zdravstveno osiguranje, ostvarivanje prava iz socijalne zaštite, penzijsko i invalidsko osiguranje, nasilje u porodici; 6. Osobe sa poteškoćama u mentalnom i fizičkom razvoju, osobe koje boluju od teških psihičkih bolesti; 7. Osobe sa aktivnom zavisnošću od psihoaktivnih supstanci, alkohola i drugih toksičnih zavisnosti; 8. Osobe sa prethodnom i aktivnom zavisnošću od psihoaktivnih supstanci, alkohola i drugih toksičnih zavisnosti; 9. Narušeni društveni odnosi između pacijenta, porodice, staratelja i zajednice;

		10. Vaspitno ili obrazovno zanemarivanje deteta.
[II]	Dokumentovanje	Medicinska sestra, prilikom posete, koristi sledeću dokumentaciju: 1. Nalog za posetu; 2. Zdravstvenu knjižicu; 3. Obrazac za upućivanje u Centar za socijalni rad (popuniti u tri primerka – socijalni radnik, dokumentacija prateće službe i medicinska dokumentacija pacijenta). „Preporuka za Centar za socijalni rad“ (prilog 1). Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 4. Opšte podatke o pacijentu; 5. Datum i vreme posete tima; 6. Sprovedene procedure; 7. Potpis medicinske sestre koja je obavila posetu.

Prilog 1 – Preporuka za Centar za socijalni rad

OPŠTINA _____

GCPM _____

Br. zdravstvene knjižice: _____ Datum otvaranja: _____

PREPORUKA ZA CENTAR ZA SOCIJALNI RAD

Mesto: _____

Upućuje se: _____
Ime (ime oca) i prezime

Identifikacioni broj: _____ Pol: Muškarac ☐ Žena ☐

Adresa prebivališta: _____ Kontakt telefon: _____

Nivo obrazovanja ☐ Nema obrazovanje ☐ Visoko obrazovanje
/školovanja: ☐ Osnovno obrazovanje ☐ Univerzitetsko obrazovanje
☐ Srednje obrazovanje ☐ Ostalo: _____

Profesija: _____ Radni odnos: DA ☐ NE ☐ Ostalo: _____

Bračno stanje: DA ☐ NE ☐ Broj članova porodice sa kojima živi [_____]

Broj dece: [_____] Godina rođenja za decu: 1) _____; 2) _____; 3) _____; 4) _____; 5) _____.

SOCIJALNI STATUS PORODICE

Broj dece koja pohađaju

Vrtić	Osnovnu školu	Srednju školu	Visoku školu	Univerzitet	Nijedno od navedenih

Broj dece		Broj članova porodice	
Zaposlen	Nezaposlen	Zaposlen	Nezaposlen

Opcije smeštaja: Stan/kuća ☐ Zakupac ☐ Boravi u ustanovi ☐ Beskućnik ☐

Razlog upućivanja (kratak opis problema):

Napomena: prilikom upućivanja deteta navesti ime roditelja ili staratelja

Datum posete: ____/____/____.

Ime, prezime i potpis medicinske sestre

vv

KRITERIJUMI ZA ANGAŽOVANJE SOCIJALNOG RADNIKA

Prikupite podatke o fizičkom, psihičkom, zdravstvenom i funkcionalnom stanju, ekonomskim, socijalnim i drugim uslovima života pacijenta, njegove porodice i zajednice – SOCIJALNA ANAMNEZA.



Procenite socijalni status pacijenta.



Identifikujte stanja kod pacijenta, u porodici, u zajednici koja su INDIKACIJE ZA ANGAŽOVANJE SOCIJALNOG RADNIKA - procenite potrebu za angažovanjem socijalnog radnika.



- Pacijent nema materijalne prihode;
- Višečlana porodica u lošem materijalnom stanju;
- Pacijent sa teškom bolešću bez materijalnih prihoda i/ili koji živi sam;
- Loši higijenski uslovi života;
- Neregulisano zdravstveno osiguranje, ostvarivanje prava iz socijalne zaštite, penzijsko i invalidsko osiguranje, nasilje u porodici;
- Osobe sa poteškoćama u mentalnom i fizičkom razvoju, osobe koje boluju od teških psihičkih bolesti,
- Osobe sa aktivnom zavisnošću od psihoaktivnih supstanci, alkohola i drugih toksičnih zavisnosti;
- Osobe sa prethodnom i aktivnom zavisnošću od psihoaktivnih supstanci, alkohola i drugih toksičnih zavisnosti;
- Narušeni društveni odnosi između pacijenta, porodice, staratelja i zajednice;
- Vaspitno ili obrazovno zanemarivanje deteta.



Evidentirajte planirane i sprovedene aktivnosti.

4. PROCEDURA POSTUPANJA SA PACIJENTOM KOJI ODBIJA KUĆNU POSETU ILI INTERVENCIJU

Cilj ove procedure je utvrđivanje postupanja medicinske sestre u situacijama kada pacijent odbije posetu ili naznačenu sestrinsku intervenciju kako bi se garantovala etička i pravna sigurnost medicinske sestre.

Poštujući zakonske norme, svakom pacijentu je zagarantovano pravo da sam odlučuje i da daje informisani pristanak, uključujući i zaštitu prava pacijenata nesposobnih da daju saglasnost.

Najčešći razlozi odbijanja su različiti, počev od pacijentovog straha od neizvesnosti, bola, rezultata intervencije, nepoverenja u negu ili nepoverenja u rezultat intervencije, do „religijskih” uverenja i drugo.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Pravo na odbijanje posete i/ili intervencije	1. Pacijent ima pravo da odbije predloženu posetu i/ili intervenciju, u skladu sa propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata.
[II]	Procedura u slučaju odbijanja posete i/ili intervencije	1. Objasniti pacijentu svrhu i prednosti redovne posete i/ili intervencije, postupak za njeno izvođenje, uključujući moguće negativne posledice ukoliko se predložena intervencija ne izvrši; 2. Nemojte direktno vršiti pritisak na pacijenta niti zloupotrebjavati svoj uticaj za sprovođenje intervencije; 3. Ako pacijent i nakon obavljenih svih navedenih procedura i dalje odbije navedenu posetu i/ili intervenciju, medicinska sestra obaveštava pacijenta da se odbijanje mora izjasniti pismeno (potpisano) -Prilog 2.
[III]	Primena obrasca izjave o odbijanju posete	1. Pacijent/roditelj/zakonski staratelj potpisuje obrazac izjave o odbijanju predložene posete ili intervencije nakon što dobije dovoljno sveobuhvatne, tačne i blagovremene informacije, u skladu sa propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata i o mogućim posledicama ukoliko odbijaju posetu i/ili intervenciju.
[IV]	Postupanje u slučaju odbijanja pacijenta da	1. Ukoliko pacijent/roditelj/zakonski staratelj odbije da potpiše obrazac, medicinska sestra je dužna da popuni obrazac i

	potpiše obrazac izjave o odbijanju	obavesti odgovornog lekara koji je zahtevao predloženu posetu/intervenciju; 2. O lečenju i daljoj nezi pacijenta odlučuje nadležni lekar.
[V]	Dokumentovanje	Medicinska sestra, prilikom posete, koristi sledeću dokumentaciju: 1. Nalog za posetu; 2. Zdravstvenu knjižicu; 3. Potpisan obrazac izjave o odbijanju medicinske sestre nalazi se u medicinskom kartonu pacijenta. (prilog 2). Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 4. Opšte podatke o pacijentu; 5. Datum i vreme posete; 6. Beleži u zdravstvenom kartonu pacijenta odbijanje posete ili intervencije sa navedenim razlogom odbijanja; 7. Prijavljuje moguće neželjene efekte (slučajne situacije); 8. Potpis medicinske sestre koja je obavila posetu.

Prilog 2 – Izjava o odbijanju intervencije medicinske sestre

OPŠTINA _____
GCPM/CPM/APM _____

IZJAVA O ODBIJANJU INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE

(ime, prezime i potpis pacijenta)

Datum rođenja: _____ Mesto rođenja: _____

Prebivalište: _____

1. Izjavljujem da NISAM SAGLASAN da medicinska sestra izvrši zdravstvenu intervenciju koju je porodični lekar uputio pisanim uputstvom i/ili otpusnom listom.

Naručilac radnog naloga: _____

Naložena intervencija: _____

2. Ne želim više da me medicinska sestra posećuje radi obavljanja intervencije definisane u radnom nalogu do sledećeg radnog naloga zdravstvene ustanove.

☐ Potvrđujem da me je medicinska sestra obavestila o naloženoj intervenciji, načinu sprovođenja i šta se očekuje od zdravstvene zaštite.

☐ Razumem da odbijanje propisane intervencije od strane zdravstvene ustanove može imati posledice po moje zdravstveno stanje.

☐ Razumem primljena usmena uputstva.

☐ Razumem važnost i posledice odbijanja.

☐ Odbijam intervenciju slobodnom voljom.

Potpis pacijenta: _____

Potpis drugog lica: _____

(Roditelj/staratelj/zakonski srodnik za osobe koje nisu u stanju da same donose odluke)

Mesto: _____
Datum: ____/____/____.

Ime, prezime i potpis medicinske sestre

vv

5. PROCEDURA POSTUPANJA MEDICINSKE SESTRE U SLUČAJU NEPOŠTOVANJA ZAKAZANOG VREMENA KUĆNE POSETE OD STRANE PACIJENTA

Cilj ove procedure je utvrđivanje postupanja medicinske sestre u situacijama kada se pacijent ne pridržava prethodno dogovorenog termina kućne posete.

Zakonom o pravima i odgovornostima građana u zdravstvenoj zaštiti definisana je odgovornost pacijenata prema zdravstvenim radnicima.

Medicinska sestra određuje vreme kućne posete, telefonom ili ličnim kontaktom sa pacijentom ili članom porodice/zakonskim starateljem, i ukazuje na važnost poštovanja i mogućnost otkazivanja dogovorenog vremena za kućnu posetu.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Postupanje u slučaju nepoštovanja ugovorenog termina	1. Obavestiti nadležnog lekara da se pacijent ne nalazi kod kuće; 2. Evidentirajte nepoštovanje ugovorenog termina na obrascu „Izjava medicinske sestre o nepoštovanju ugovorenog termina za kućnu posetu od strane pacijenta“, u tri primerka (prilog 2); (jedan obrazac za pacijenta, drugi stavite u zdravstveni karton pacijenta a treći vodite u sestrinskoj dokumentaciji); 3. Ukoliko se pacijent ne javi nadležnoj zdravstvenoj ustanovi (24 časa), medicinska sestra poziva pacijenta i obaveštava ga o mestu gde je obrazac ostavljen i daje mu druge podatke; 4. Iz razgovora saznaje razlog nepoštovanja ugovorenog termina; 5. Upozorava na moguće posledice koje mogu nastati usled neblagovremeno pružene usluge; 6. Obaveštava pacijenta da nepoštovanje termina dovodi do prekida u pružanju usluga drugim pacijentima; 7. Dogovara odloženu kućnu posetu; 8. Ukoliko pacijent, iz bilo kog razloga, odbije uslugu medicinske sestre, postupa se po proceduri lečenja pacijenta koji odbija kućnu posetu.
[II]	Dokumentovanje	Medicinska sestra koja obavlja posetu koristi: 1. Nalog za posetu; 2. Zdravstvena knjižica pacijenta;

		3. Obrazac izjave medicinske sestre o nepoštovanju dogovorenog termina za kućnu posetu od strane pacijenta. Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 4. Opšte podatke o pacijentu; 5. Datum i vreme dogovorenog sastanka; 6. U napomeni navesti da usluga nije pružena uz obrazloženje razloga. 7. Potpis medicinske sestre.
--	--	--

6. PROCEDURA POSTUPANJA MEDICINSKE SESTRE U SLUČAJU NASILJA ILI SUMNJE NA NASILJE U PORODICI

Cilj ove procedure je davanje uputstva medicinskoj sestri da prepozna i pravilno postupi u slučaju nasilja u porodici ili sumnje na nasilje u porodici.

Nasilje u porodici postoji ako postoji razlog za sumnju da su preduzete radnje koje uzrokuju fizičko, psihičko ili seksualno nasilje/pretnje članu porodice i/ili ekonomsku štetu.

Oblici nasilja u porodici su fizičko, psihičko, ekonomsko, seksualno nasilje i zanemarivanje dece kao i starih i nemoćnih lica u porodici. Često se istovremeno susreće sa više oblika nasilja u porodici.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Identifikacija nasilja u porodici	Žrtve nasilja u porodici se često kriju, poriču ili ustručavaju se da govore o nasilju iz različitih razloga: 1. Strah od pogrešnog shvatanja, pogoršanje stepena nasilja ukoliko neko se umeša (deca će biti obuhvaćena u krug nasilja, policija ili pravosudni organi će biti umešani u problem); 2. Stid i nespokojnost (bruka); 3. Ne veruje se da se problem može rešiti; 4. Medicinska sestra može posumnjati da je nasilje u porodici moguće na osnovu vidljivih povreda, prijavljenih žalbi od žrtve, ponašanja, radnji i izjava žrtve nasilja i/ili izvršioca nasilja.
[II]	Najčešći znaci, ponašanja i simptomi koji mogu ukazivati na nasilje u porodici	1. Lokalizacija povreda glave, lica, vrata, grudnog koša, trbuha i ano-genitalnog regiona; 2. Modrice, opekotine, rane, kontuzije, pukotine u različitim fazama zarastanja, traumatska alopecija, loša higijena, neuhranjenost i dehidracija (deca i ljudi koji zavise od staranja i pomoći drugih); 3. Žrtva skriva rane; 4. Tokom razgovora, nasilna osoba je dominantna i govori u ime žrtve. Svi drugi pokazatelji koji mogu navesti medicinsku sestru da posumnja na nasilje u porodici.
[III]		1. Kroz razgovor sa članovima porodice ili starateljem dobijate informacije koje mogu potvrditi ili opovrgnuti sumnju o

	Postupci medicinske sestre ako posumnja na moguće nasilje u porodici	postojanje nasilja; 2. Obavestiti žrtvu sa kontaktima za traženje pomoći (policija 192, hitna pomoć 194 i preporučiti da se obrati nadležnom centru za socijalni rad i porodično savetovanje); 3. Sva zapažanja, nalazi i tvrdnje potencijalnih žrtava moraju se propisno dokumentovati i prijaviti odgovornom lekaru; 4. U slučaju utvrđivanja teških telesnih povreda, upotrebe vatrenog oružja i seksualnog nasilja ili prisustva nasilne situacije, medicinska sestra je dužna da obavesti hitnu medicinsku pomoć i policijsku stanicu.
[IV]	Mere opreza	1. Ne sukobljavajte se sa nasilnikom kako ne biste ugrozili svoju i bezbednost žrtve; 2. Nemojte tumačiti niti menjati izjave; 3. Zapamtite da žrtve ponekad imaju tendenciju da promene svoje izjave ili svesno izostave neprijatne detalje incidenta; 4. Pažnja – odgovor „NE“ ne znači uvek „NE“. 5. Dokumentujte sve povrede i izjave doslovno onako kako su izgovorene; 6. Pročitajte šta je napisano žrtvi i zatražite potpis žrtve.
[V]	Dokumentovanje	Medicinska sestra koja obavlja posetu koristi: 1. Nalog za posetu; 2. Zdravstvenu knjižicu pacijenta; Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 3. Opšte podatke o pacijentu; 4. Datum i vreme posete; 5. Stanje pacijenta, izjave pacijenta u vezi sa nasiljem, izvršene radnje i date preporuke; 6. Dostupne podatke o nasilniku; 7. Potpis medicinske sestre.

7. PROCEDURA ZA PRUŽANJE USLUGA OSOBI SA MENTALNIM POREMEĆAJEM

Cilj ove procedure je odgovarajući i bezbedan tretman od strane medicinske sestre u situacijama kada pruža zdravstvene usluge osobi sa psihičkim poremećajima koja istovremeno ima specifičan zdravstveni problem koji je doveo i do posete.

Prilikom pružanja usluga osobama sa psihičkim poremećajima, medicinska sestra mora postupati kao pri pružanju zdravstvenih usluga licima koja nemaju psihička poremećaje. Nije dozvoljena diskriminacija po bilo kom osnovu, posebno na osnovu bolesti.

Medicinska sestra obavlja posetu po uputu porodičnog lekara, a ako medicinska sestra nije u stanju da vrši intervenciju, mora obavestiti porodičnog lekara, koji odlučuje o daljoj proceduri.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema za posetu	1. Medicinska sestra obavlja posetu prema uputu porodičnog lekara; 2. Pribaviti podatke o vrsti psihičkog poremećaja iz medicinske dokumentacije nadležnog CMZ/IKZ prema potrebi kao i faktore rizika za bezbednost medicinske sestre (samac, psihotičan, pogoršanje psihičkog stanja, zavisnost, više članova porodice su psihički bolesni, ranije registrovano nasilja, agresije i sl.).
[II]	Kućne posete medicinske sestre	1. Predstavite se i govorite o svrhi posete; 2. Zamoli pacijenta za saradnju u sprovođenju planiranih intervencija; 3. Stvorite odnos poverenja i poštovanja, poštujući ličnost pacijenta, uključujući poštovanje njegove privatnosti, pogleda na svet kao i moralnih i verskih uverenja; 4. Prilagodite vaše komuniciranje sa trenutnim psihičkim stanjem pacijenta (sumnjivo, uplašeno, agresivno, itd.), 5. Pažljivo slušajte pacijenta i uređujte tok razgovora; 6. Kroz razgovor sa pacijentom proceniti pacijentovo poznavanje bolesti, primanja terapije, preporučeni način života u vezi sa njegovom hroničnom bolešću; 7. Vršite planiranu intervenciju.

[III]	Probleme koje medicinska sestra može imati tokom posete ili intervencije	1. Odbijanje saradnje; 2. Uplašeni pacijent (strah od intervencije ili strah kao sastavni deo mentalne bolesti); 3. Loše komuniciranje; 4. Visok rizik od nasilja prema sebi i drugim ljudima; 5. Socijalna izolacija pacijenta; 6. Narušeni porodični odnosi koji onemogućavaju intervenciju.
[IV]	Mere opreza	1. Kada postoji neposredna opasnost da će osoba sa mentalnim poremećajem ugroziti svoje ili tuđe zdravlje ili život, oštetiti svoju imovinu ili druge, potrebno je kontaktirati policiju i hitnu medicinsku pomoć; 2. Nemojte zanemariti ličnu bezbednost; 3. Poštujte osećaj stvarne opasnosti; 4. Ako pacijent pokazuje agresiju, ne približavati se previše, izbegavati produženi direktan kontakt očima i ukloniti potencijalno opasne predmete iz neposrednog okruženja; 5. Ne dirajte pacijenta bez njegove dozvole; 6. Prilikom pružanja usluga zahtevajte prisustvo člana porodice ili druge osobe sa pacijentom kad god je to moguće i ako pacijent pristaje (kako se ne bi ugrozila njihova privatnost).
[V]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 1. Opšte podatke o pacijentu; 2. Datum i vreme posete tima; 3. Sprovedene aktivnosti; 4. Lična zapažanja u vezi sa promenama zdravstvenog stanja; 5. Potpis medicinske sestre koja je obavila posetu.

8. PROCEDURA POSETE PACIJENTU KOJI BOLUJE OD MALIGNNE BOLESTI

Cilj ove procedure je utvrđivanje postupanja medicinske sestre prilikom prve i ostalih poseta pacijentu sa malignim oboljenjem.

Medicinska sestra daje pomoć pacijentu obolelom od maligne bolesti u ispunjavanju osnovnih ljudskih i vitalnih potreba za održavanje i poboljšanje postojećeg zdravlja, za sprečavanje daljeg gubitka, ali i za poboljšanje zdravlja.

Prisustvo maligne bolesti kod pacijenata izaziva šok, nevericu, strah (od bola, patnje, moguće smrti).

U nezi pacijenata, medicinska sestra mora da stvori poseban odnos koji će joj omogućiti da otkrije stvarne probleme i brige pacijenta, daje potrebne informacije i sprovede intervencije u cilju rešavanja ili ublažavanja problema.

Od velikog značaja je podrška pacijentu, ali i porodici, jer je porodica važan faktor i karika u njegovoj adaptaciji na malignu bolest.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema medicinske sestre za prvu posetu	1. Pre obavljanja kućne posete pribaviti informacije o pacijentu uvidom u medicinsku dokumentaciju; 2. Podatke iz medicinske dokumentacije upisati u zdravstveni karton obolelog od maligne bolesti; 3. Ukoliko je moguće, kroz razgovor sa nadležnim lekarom i/ili porodicom pacijenta, saznati detalje o stanju pacijenta i podizanje svesti o njegovoj bolesti; 4. Planirajte i odvojite dovoljno vremena za kućnu posetu (odredite vreme posete/ vreme dolaska za kućnu posetu).
[II]	Radnje pri prvoj poseti	1. Predstavite se po dolasku i objasnite razlog posete; 2. Započnite razgovor laganom temom koja nije povezana sa bolešću pacijenta; 3. Pokažite dovoljno empatije tako da pacijent oseti da razumemo probleme izazvane njegovom bolešću; 4. Komunicirati tako da pacijent aktivno učestvuje u razgovoru o svojoj bolesti, poštujući pacijentovu ličnost, privatnost, poglede na svet kao i moralna i verska uverenja; 5. Proverite ukoliko pacijent razume pitanja, savete ili informacije koje iznosimo;

		Ukoliko stanje pacijenta to dozvoljava, u zdravstveni karton obolelog od maligne bolesti, prilikom prve posete, upisuje se: 6. Datum i vreme prve posete; 7. Indeks telesne mase (BMI); 8. Vrednosti arterijskog krvnog pritiska, šećera u krvi i oksigenacije (SpO2); 9. Podaci anamneze o prisustvu bola, njegovoj lokalizaciji i određivanju stepena bola; 10. Eventualno prisustvo stome; 11. Eventualno prisustvo inkontinencije; 12. Prisustvo dekubitusa i lokalizacija; 13. Procena pokretljivosti; 14. Procena potrebe za pomoći druge osobe i preciziranje za šta (odlazak u toalet, kupanje, oblačenje); 15. Ostala zapažanja o uslovima života, pratećim bolestima itd.; 16. Savetovanje pacijenta/porodice za stalnu negu i prestanak pušenja, nekorišćenje alkohola, psihoaktivnih supstanci; 17. Vrsta intervencije medicinske sestre tokom prve posete; 18. Vrsta terapije ukoliko je propisana (navesti naziv i dozu leka) i ime odgovornog porodičnog lekara.
[III]	Radnje prilikom ponovne posete	1. Unesite datum svake sledeće posete; 2. Proceniti situaciju i identifikovati nove poteškoće/probleme; 3. Sprovesti planirane aktivnosti za otklanjanje/smanjenje poteškoća; 4. Zabeležite u zdravstvenom kartonu stanje pacijenta nakon posete (poboljšanje, pogoršanje) i obavljene aktivnosti; 5. Evidentirajte ukoliko pacijent ima redovne lekarske preglede; 6. Zabeležite u zdravstvenom kartonu ukoliko je pacijent smešten u bilo koju ustanovu koja leči slične pacijente (naziv ustanove i datum smeštaja); 7. Pribaviti informacije od pacijenta ukoliko je član udruženja pacijenata, a ako nije, dajte informacije o postojećim udruženjima.

[IV]	Mere opreza	1. Nikada ne recite "Znam kako se osećaš"; 2. Daje informacije na razumljiv način bez upuštanja u procenu, tok i prognozu bolesti; 3. Nemojte koristiti medicinsku terminologiju koju pacijent ne razume; 4. Obratite pažnju na promene i probleme izazvane malignom bolešću, kao i na neželjene efekte terapije; 5. Za sve uočene promene koje mogu ugroziti život pacijenta, odmah obavestiti nadležnog lekara; 6. U slučaju agresije od strane pacijenta ili člana porodice, ostanite mirni i profesionalni.
[V]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira : 6. Opšte podatke o pacijentu; 7. Datum i vreme posete; 8. Sprovedene aktivnosti; 9. Lična zapažanja u vezi sa promenama zdravstvenog stanja; 10. Potpis medicinske sestre koja obavlja posetu.

9. PROCEDURA POSETE PACIJENTU SA TUBERKULOZOM

Cilj ove procedure je davanje uputstava medicinskoj sestri za postupanje i savetovanje bolesnika sa tuberkulozom tokom kućnih poseta.

Tuberkuloza (TB) je specifično zapaljenje, najčešće lokalizovano u plućima gde može izazvati oboljenje bilo kog drugog organa organizma (ekstra plućna TB).

Tuberkuloza se prenosi sa osobe na osobu, kašljanjem, ispljuvkom, glasnim govorom, pevanjem itd.

Nega o pacijentu koja se sprovodi u kući pacijenta obuhvata nadzor za redovno primanje terapije, pomoć u održavanju samopouzdanja i dostojanstva, kontrolu sprovođenja odgovarajućih zaštitnih mera.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema medicinske sestre za prvu posetu	Pre obavljanja kućne posete, pribavite informacije o pacijentu: 5. Pregledavanjem medicinske dokumentacije; 6. Razgovorom sa nadležnim lekarom i porodicom pacijenta; 7. Iz medicinske dokumentacije zabeležite podatke u zdravstveni karton obolelog od tuberkuloze; 8. Planirajte i izdvojite dovoljno vremena za kućne posete pacijenta; 9. Sa sobom ponesite ličnu zaštitnu opremu protiv infekcije (masku, rukavice, odeću za jednokratnu upotrebu, omote za cipele/kaljače).
[II]	Radnje pri prvoj poseti	1. Izvršiti početnu procenu pacijenta i podatke iz medicinske dokumentacije; 2. Nakon procene sačiniti plan za sestrinsku negu, uključujući opšte ciljeve koji se postižu intervencijom i savetovanjem medicinske sestre (savet o redovnom uzimanja terapije, ishrani, rizičnom ponašanju pacijenta, savetovanjem pacijenta i članova porodice o merama za sprečavanje širenje infekcije).
[III]	Radnje prilikom ponovne posete	1. Vršite ponovnu posetu na osnovu procene potreba pacijenta i identifikacije mogućeg problema nakon prve posete i/ili u dogovoru sa lekarom i porodicom; 2. Nadgledajte uzimanje terapije;

		3. Kroz razgovor procenite stečeno znanje i ponašanje pacijenta i po potrebi ponoviti konsultaciju; 4. Zabeležite obavljene aktivnosti (intervencije, konsultacije).
[IV]	Mere opreza	1. Poštujte mere zaštite na radu, koristeći ličnu zaštitnu opremu; 2. Upotrebljenu ličnu zaštitnu opremu odložiti kao infektivni otpad; 3. Medicinske sestre tokom trudnoće ne bi trebalo da budu u kontaktu sa pacijentom; 4. Posetite pacijenta sa tuberkulozom na kraju radnog dana.
[V]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira : 1. Opšte podatke o pacijentu; 2. Datum i vreme posete; 3. Sprovedene aktivnosti; 4. Lična zapažanja u vezi sa promenama zdravstvenog stanja; 5. Potpis medicinske sestre koja obavlja posetu.

Tabela 1 – Plan sestrinske nege

Plan sestrinske nege	Saveti za:
Terapija	▪ Značaj uzimanja redovne terapije i terapijskog režima.
Ishrana	▪ Uzimanje hrane i tečnosti bogate: ○ vitaminima i mineralima - sveže ili umereno termički obrađeno voće i povrće; ○ proteinima - meso, riba, jaja, mleko i mlečni proizvodi; ○ mastima - biljnim i životinjskim, uzimajući češće visoko-kalorične obroke tokom dana (5-6 obroka), uz smanjenje soli i ugljenih hidrata; ▪ Važnost kontrole telesne težine.
Izolacija pacijenata kod kuće i načini sprečavanja širenja infekcije	▪ Značaj izolacije pacijenta prema preporuci lekara; ▪ Smanjenje poseta; ▪ Upotreba zaštitne maske; ▪ Dezinfekcija prostorija; ▪ Redovno pranje ruku; ▪ Često provetravanje prostora; ▪ Radnje u vezi sa pljuvačkom (upotreba posude i papirnih maramica pri kašljanju i kihanju); ▪ Čišćenje i dezinfekcija predmeta koji dolaze u dodir sa pljuvačkom, posteljine, prekrivača i ličnih kreveta, pribora i pljuvačke (tabela 2).
Faktori rizika	▪ Prestanak pušenja (poboljšanje lokalnog imuniteta u respiratornom sistemu); ▪ Prestanak konzumiranja alkohola (pritisak imunološkog sistema, sklonost infekcijama); ▪ Izbegavanje fizičke aktivnosti; ▪ Izbegavanje kontakta sa osobama koje pate od zaraznih bolesti; ▪ Izbegavanje stresa.
Socijalni status	▪ Ispunjavanje uslova za lečenje kod kuće; ▪ Mogućnosti pomoći članovima porodice kao i bavljenja drugim aktivnostima u cilju ispunjavanja kriterijuma za lečenje kod kuće.

Tabela 2 – Preporuke za sprečavanje širenja infekcije

ŠTA?	KADA?	KAKO?	ČIME?
Posteljina kreveta	Promena jastučnice jednom dnevno, ostalih čaršava jednom nedeljno.	Isprana; Osušena (poželjno na suncu); Ispeglana.	Običan deterdžent za pranje veša.
Dušek, čaršav, jastuk	Jednom mesečno.	Kupanje i izlaganje suncu 6 sati (ako je moguće).	Običan deterdžent za pranje veša.
Posuda za pljuvačku.	Svaki dan.	Ocedite, operite i potopite 4 sata u dezinfekciono sredstvo.	Deterdžent i dezinfekciono sredstvo na bazi hlora.
Posuđe za hranu	Posle svakog obroka.	Mehaničko odvojeno pranje/ potapanje / ispranje.	Deterdžent + topla voda + dezinfekciono sredstvo na bazi hlora.
Telefon	Nakon upotrebe.	Izbrisati.	Dezinfekciono sredstvo na bazi hlora.
Sanitarni čvorovi	Svaki dan.	Mehaničko pranje.	Dezinfekciono sredstvo na bazi hlora.

10. PROCEDURA ZA SPROVOĐENJE STANDARDNIH MERA LIČNE ZAŠTITE MEDICINSKE SESTRE OD INFEKCIJA

Cilj ove procedure je primena standardnih mera za ličnu zaštitu medicinske sestre od infekcija.

Tokom pružanja zdravstvenih usluga, medicinska sestra se može suočiti sa različitim rizicima po svoje zdravlje i bezbednost. Profesionalni rizici tokom redovne posete, pored bioloških, obuhvataju i fizičke, mehaničke (ergonomske) i psihološke faktore.

Bezbednost i zaštita zdravlja medicinske sestre regulisana je aktima koji se odnose na bezbednost na radnom mestu.

Dužnost medicinske sestre je da se brine o sopstvenoj bezbednosti na radu, uključujući poštovanje zaštitnih mera pre i posle izlaganja.

Mere pre izlaganja se sprovode pre izlaganja infektivnom materijalu. One obuhvataju specifične zaštitne mere (vakcinaciju) i opšte ili standardne zaštitne mere.

Standardne mere imaju za cilj smanjenje rizika od prenošenja krvlju prenosivih patogena i drugih patogena iz poznatih i nepoznatih izvora.

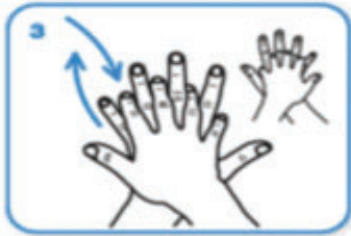
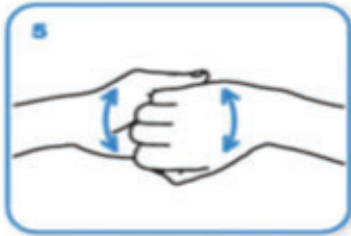
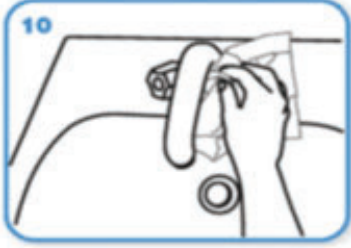
PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Standardne mere	1. Pranje i dezinfekcija ruku; 2. Pravilna upotreba zaštitne odeće i obuće; 3. Pravilna upotreba lične zaštitne opreme; 4. Pravilno rukovanje biološkim materijalima; 5. Pravilno odlaganje infektivnog otpada.
	Pranje i dezinfekcija ruku	1. Pranje ruku je najvažniji i najefikasniji metod za sprečavanje prenošenja mikroorganizama. 2. U zavisnosti od potreba, medicinska sestra pere ruke na dva načina: ○ Redovno (higijensko) pranje ruku, ○ Higijenska ili antiseptička dezinfekcija ruku. Postupite prema postupku pranja i dezinfekcije ruku (prilozi 3 i 4).
[II]	Upotreba lične zaštitne opreme	1. Zaštitna maska: ○ Koristi se jednom;

		○ Sprečava prenošenje mikroorganizama izdisanjem vazduha i kapljicama pljuvačke; ○ Pokriva usta i nos; ○ Menja se u slučaju kihanja, kašljanja ili ako je mokra; ○ Nakon upotrebe stavlja se u posudu za infektivni otpad. 2. Koristite zaštitne naočare sa zaštitnom maskom kada postoji opasnost od prskanja krvi, telesnih tečnosti ili sekrecija; 3. Zaštitne rukavice su obavezne prilikom svih intervencija u redovnim posetama; 4. Navlaka za cipele (kaljače) za upotrebu prilikom ulaska u kuću pacijenta; 5. Radno odelo - matična zdravstvena ustanova utvrđuje propis za nošenje i upotrebu radnog odela prema Kodeksu ponašanja i Kodeksu oblačenja.
[III]	Pravilno odlaganje oštrog i infektivnog otpada	Infektivni otpad uključuje: 1. Uzorke za mikrobiološku analizu; 2. Delove opreme; 3. Materijale i opremu koji su došli u kontakt sa krvlju/sekrecijama pacijenta ili koji su korišćeni tokom previjanja rana; 4. Sistem infuzije; 5. Rukavice; 6. Kese koje su sadržavale biološki materijal; 7. Kateter; 8. Sonde, kanile i drugi raspoloživi pribor; 9. Oštre predmeti: igle, lancete, špriceve, skalpele i druge predmete koji mogu ubosti ili poseći. Infektivni ne-oštri otpad (rukavice, maska, zavoji, kateter, sonda itd.) baca se u kese za infektivni otpad, koji se potom obrađuje u skladu sa važećim propisima za upravljanje otpadom u ustanovi. Igle, skalpele i druge oštre predmete, staklene epruvete itd. odložite u plastične posude propisane za otpad oštrog predmeta (Prvi priručnik Standardnih sestrinskih procedura u PZZ, strana 41).
[IV]	Mere opreza	1. Oštećenje kože ruku medicinske sestre može biti mesto ulaza za infekciju;

		2. U slučaju incidenta sa oštrim predmetima, pravilno lečite povredu i prijavite incident; 3. Incidenti uboda se češće javljaju kada se poklopac vrati na korišćenu iglu i kada se rukuje oštrim instrumentima; 4. Nikada nemojte davati otvorenu iglu na špric drugoj osobi ili je uzimati od druge osobe; 5. Kada su igle odložene, ne treba ih vaditi iz kutije za oštre predmete; 6. Kutija za oštre predmete ne treba da se kontroliše ni da bude prepuna; 7. Dugotrajna upotreba i upotreba bez kriterijuma rukavica može izazvati neželjene reakcije i osetljivost kože; 8. Nehigijenski, neuredni stambeni prostori mogu biti izvor parazita (glodara, vaši itd.).
--	--	--

Prilog 3 – Higijensko pranje ruku

		
Operite ruke koristeći tekuću vodu	Nanesite dovoljno tečnog sapuna da pokrijete celu površinu ruku	Trljajte ruke dlan o dlan.
		
Desni dlan na levoj strani sa isprepletanim prstima i obrnuto	Dlan o dlan sa isprepletanim prstima	Zadnji deo prstiju na suprotnom dlanu, sa spojenim prstima
		
Rotaciono trljanje palca stegnuto desnim dlanom i obrnuto	Rotaciono trljanje napred-nazad sa prstima desne ruke spojenim u dlan leve i obrnuto	Temeljno isperite ruke tekućom vodom.
		
Dobro osušite ruke papirom za jednokratnu upotrebu	Koristite papir da zatvorite slavinu	...sada su vam ruke sigurne

Trajanje čitavog postupka higijenskog pranja ruku traje 40-60 sekundi.

Prilog 4 – Dezinfekcija ruku

		
Higijensko trljanje ruku dezinfekcionim sredstvom		Trljajte ruke dlan o dlan
		
Desni dlan po levoj strani sa prepletanjem prstiju i obrnuto	Dlan sa dlanom sa prepletanjem prstiju.	Zadnji deo prstiju na suprotnom dlanu sa prepletanjem prstiju.
		
Rotaciono trljanje palca leve ruke sklopljene desne ruke levom šakom i obrnuto.	Rotaciono trljanje napred-nazad prstima desne ruke spojenim u dlan leve ruke i obrnuto.	Kada se osuše, vaše ruke su bezbedne.

Trajanje celog postupka dezinfekcije ruku traje 20-30 sekundi.

POGLAVLJE II – PROCEDURE PROCENE, MERENJA I UZIMANJA UZORAKA

11	PROCEDURA PREGLEDA STOPALA I PROCENA RIZIKA OD POJAVLJIVANJA DIJABETESNOG STOPALA
12	PROCEDURA PROCENE OPASNOSTI OD PADA KOD KUĆE I PREVENTIVNE MERE
13	PROCEDURA PROCENE KOGNITIVNOG STANJA PACIJENATA
14	PROCEDURA KATEGORIZACIJE PACIJENATA KOD KUĆE
15	PROCEDURA ZA MERENJE PULSA I ZASIĆENOSTI KISEONIKOM
16	PROCEDURA ZA MERENJE VRŠNOG EKSPIRATORNOG PROTOKA
17	PROCEDURA ZA UZIMANJE UZORKA VENSKE KRV I KOD KUĆE I BEZBEDAN PREVOZ DO LABORATORIJE
18	PROCEDURA ZA UZIMANJE BRISA IZ NOSA I BRISA IZ NAZOFARINKSA ZA MIKROBIOLOŠKO ISPITIVANJE I BEZBEDAN PREVOZ DO MIKROBIOLOŠKE LABORATORIJE
19	PROCEDURA ZA UZIMANJE BRISA IZ FARINKSA I KRAJNIKA ZA MIKROBIOLOŠKO ISPITIVANJE I BEZBEDAN PREVOZ DO LABORATORIJE
20	PROCEDURA ZA UZIMANJE UZORAKA URINA KOD KUĆE ZA PACIJENTE SA URINARNIM KATETEROM I BEZBEDAN PREVOZ UZORKA DO LABORATORIJE
21	PROCEDURA ZA UZIMANJE BRISA IZ RANE ZA MIKROBIOLOŠKO ISPITIVANJE

11. PROCEDURA PREGLEDA STOPALA I PROCENA RIZIKA OD POJAVLJIVANJA DIJABETESNOG STOPALA

Cilj ove procedure je jedinstven i bezbedan pristup medicinskih sestara pacijentu sa dijabetesom, prilikom pregleda stopala i procene rizika od pojave dijabetesnog stopala u zdravstvenoj ustanovi ili kod kuće.

Prema definiciji SZO-a, dijabetesno stopalo je stopalo dijabetičara čiji je funkcionalni integritet narušen usled infekcije, oštećenja tkiva, nerva i krvnih sudova.

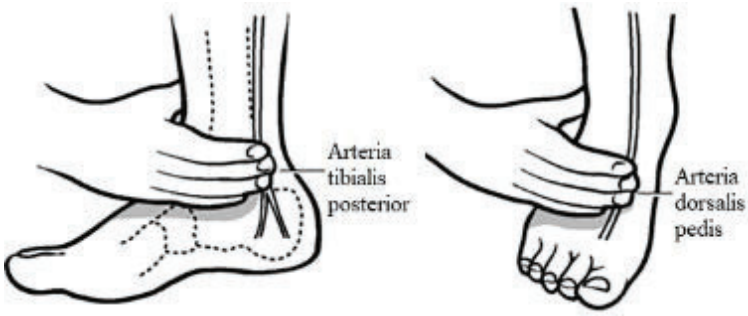
Pregled stopala, identifikacija i procena rizika je osnova efikasnog upravljanja prevencijom dijabetesnog stopala.

Procenu rizika od pojave dijabetesnog stopala u zdravstvenoj ustanovi vrši medicinska sestra/tim porodične medicine, a kod kuće medicinska sestra. Procena se zasniva na anamnezi bolesti i pregledu oba stopala.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Anamneza bolesti – faktori rizika	1. Trajanje dijabetesa (od trenutka kada pacijent ima bolest); 2. Tromesečna vrednost šećera u krvi (HbA1C); 3. Kardiovaskularne, bubrežne i očne komplikacije; 4. Druge prateće bolesti; 5. Način života (pušenje, alkohol, gojaznost); 6. Lekovi koje pacijent koristi (vrsta, način primene); 7. Alergije, iritacija kože itd.; 8. Prethodna iskustva sa čirevima na nogama; 9. Znanje, veštine i spremnost za brigu o sebi.
[II]	Priprema za pregled stopala	Priprema prostora: 1. Prostorija mora biti osvetljena, provetrena i sa optimalnom temperaturom; Priprema torbe: 2. Rukavice; 3. Kompres ili mušema; 4. Monofilament;

		5. Akustična viljuška 128 Hz; Priprema pacijenta: 6. Prilikom pregleda stopala pacijenta, poželjno je da prisustvuje član porodice ili staratelj, kako bi mogli da prate demonstraciju procedure u edukativne svrhe; 7. Objasniti pacijentu/porodici/staratelju svrhu, proceduru i saradnju koja se očekuje tokom pregleda, poštujući pacijentovu ličnost, uključujući poštovanje privatnosti, pogleda na svet kao i njegovih moralnih i verskih uverenja; 8. Postavite pacijenta u sedeći ili ležeći položaj u zavisnosti od stanja pacijenta; 9. Oslobodite noge od obuće i odeće.
[III]	Pregled stopala	Pregled obuhvata oba stopala (vizuelni pregled; opipavanje; procenu osećajnosti i procenu protoka). Vizuelni pregled: 1. Pregledajte stopalo počevši od prstiju prema peti, uključujući područje između prstiju; 2. Pregledajte kožu za prisustvu povreda, žuljeva, pukotina, rana, čireva i drugih neobičnih pojava; 3. Potražite tanku, meku, sjajnu kožu (rizična područja za stvaranje čireva); 4. Pregledajte nokte (debljinu noktiju, urasle nokte, dužinu noktiju i prisustvo gljivičnih infekcija); 5. Pregledajte čarape; 6. Pregledajte cipele (materijal, prisustvo stranih predmeta, kalupa i neodgovarajuću veličinu); Palpacija (slika 1) 7. Palpacija pulsa u arterijama dorsalis pedis i tibialis posterior; 8. Dodir/osećaj stopala (topla/hladna i/ili suva/mokra stopala) – obično suva i topla; 9. Punjenje kapilara nožnog prsta (nakon pritiska na nokat, punjenje je normalno za manje od 2 sekunde);

		10. Ako se tokom procene ne oseti puls, obavestite lekara radi dalje procene.  Slika 1. Palpacija pulsa Test površinske osetljivosti sa silikonskom monofilamentnom iglom: 11. Ovo ispitivanje procenjuje reakciju kože stopala, nakon dodira sa iglom od 10 G silikonskog monofilamenta; 12. Objasnite pacijentu da monofilament ne povređuje; 13. Zamolite pacijenta da podigne glavu sa zatvorenim očima; 14. Recite pacijenta da kaže „da“ na dodir monofilamenta na nozi (nikada ne pitajte pacijenta „Da li osećate ovo?“); 15. Ispitajte tačke prema metodi Semmens – Weinstein (slika 2); 16. Držite monofilament vertikalno na koži (ugao od 90°); 17. Pokušajte da radnju uradite za 3 sekunde: stavite kraj monofilamenta na tačku, gurnite ga do početka blagog savijanja silikonske igle i uklonite monofilament sa kože; 18. Ponovite isto na drugom mestu ispitivanja; 19. Ako monofilament slučajno sklizne sa kože, ponovo ispitajte područje; 20. Koristite monofilament u nasumičnom nizu, a ne u logičkom toku; 21. Ako pacijent ne kaže „da“ kada se dodirne mesto ispitivanja, nastavite ispitivanje na sledećem mestu; 22. Kada se ispitivanje završi, vratite se na mesto gde pacijent nije osetio monofilament; 23. Nemojte koristiti monofilament na ranama, nekrotiziranim područjima ili žuljevima;
--	--	--

24. Procenite svako stopalo posebno [zabeležite broj negativnih odgovora po stopi (0–10)];

25. Negativni odgovori > 5 = periferna neuropatija.



Slika 2. Semmens – Weinstein mesta ispitivanja

Akustična viljuška

26. Ispitivanje dubinske osetljivosti vrši se akustičnom viljuškom (osetljivost na vibracije);

27. Za ispitivanje dubinske osetljivosti, akustična viljuška (isključivo od 128 Hz) se koristi na 5 mesta koristeći tehniku +/- (slike 3. i 4.);

28. Negativni odgovori > 5 = periferna neuropatija;

29. Negativni odgovori < 2 = nema periferne neuropatije;

30. Komentar osetljivosti na vibracije:

- "0" – nema;
- +/- oslabljen;
- 1 – isparavan.



Slika 3. Akustična viljuška



Slika 4. Ispitne tačke

(palac; glava prve i pete metatarzalne kosti, medijalni i lateralni malleolus)

		Ispravno izvođenje ispitivanja 31. Pokažite pacijentu akustičnu viljušku. Postavite usko dno viljuške na pacijentovu ruku ili krilo i pokažite kako viljuška vibrira; 32. Zamolite pacijenta da podigne glavu sa zatvorenim očima; 33. Recite pacijentu da kaže "da" kada oseti vibraciju u stopalu; 34. Uzmite akustičnu viljušku iz uskog donjeg dela sa dva prsta (palcem i kažiprstom) dominantne ruke, tako da ostali prsti ne dodiruju krakove viljuške tokom čitave radnje (pri dodiru krakova vibracija prestaje); 35. Sa dva prsta druge ruke počnite da tresete krakove viljuške brzim pokretom; 36. Postavite uski donji deo viljuške na tačku koju treba ispitivati (slika 4); 37. Držite viljušku u svakoj tački 1-3 sekunde; 38. Za svaku tačku ponovo počnite sa vibracijom.																																																
[IV]	Procena rizika od čireva kod pacijenata sa dijabetesom	Tabela 3. Procena rizika od čireva kod pacijenata sa dijabetesom <table><tr><th colspan="3">Desna noga</th><th colspan="3">Leva noga</th></tr><tr><th>Procena rizika</th><th>DA</th><th>NE</th><th>Procena rizika</th><th>DA</th><th>NE</th></tr><tr><td>Zadebljanje kože</td><td></td><td></td><td>Zadebljanje kože</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Zabrinuta osetljivost</td><td></td><td></td><td>Zabrinuta osetljivost</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Odsustvo pulsiranja</td><td></td><td></td><td>Odsustvo pulsiranja</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Deformitet stopala</td><td></td><td></td><td>Deformitet stopala</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Istorija čira na nogama</td><td></td><td></td><td>Istorija čira na nogama</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Prethodna amputacija</td><td></td><td></td><td>Prethodna amputacija</td><td></td><td></td></tr></table> Referenca: ▪ Svi odgovori NE = nizak rizik, ▪ 1 odgovor DA = prosečan rizik, ▪ > 1 DA odgovor = visok rizik Nakon procene, savetovati pacijenta o nezi stopala i ako postoji visok rizik, obavestiti lekara odgovornog za pacijenta.	Desna noga			Leva noga			Procena rizika	DA	NE	Procena rizika	DA	NE	Zadebljanje kože			Zadebljanje kože			Zabrinuta osetljivost			Zabrinuta osetljivost			Odsustvo pulsiranja			Odsustvo pulsiranja			Deformitet stopala			Deformitet stopala			Istorija čira na nogama			Istorija čira na nogama			Prethodna amputacija			Prethodna amputacija		
Desna noga			Leva noga																																															
Procena rizika	DA	NE	Procena rizika	DA	NE																																													
Zadebljanje kože			Zadebljanje kože																																															
Zabrinuta osetljivost			Zabrinuta osetljivost																																															
Odsustvo pulsiranja			Odsustvo pulsiranja																																															
Deformitet stopala			Deformitet stopala																																															
Istorija čira na nogama			Istorija čira na nogama																																															
Prethodna amputacija			Prethodna amputacija																																															
[V]	Učestalost kontrole/ ispitivanja stopala	1. Tokom prve posete pacijentu sa dijabetesom; 2. Tokom godišnje posete pacijenta sa dijabetesom; 3. Visok procenjen rizik– kontrolisati pri svakoj poseti pacijentu;																																																

		4. Srednji procenjen rizik– kontrolisati najmanje 2 puta godišnje. 5. Nizak procenjen rizik– kontrolisati najmanje jednom godišnje.
[VI]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 6. Opšte podatke o pacijentu; 7. Datum i vreme posete; 8. Sprovedene aktivnosti; 9. Potpis medicinske sestre koja je obavila posetu.

12. PROCEDURA PROCENE OPASNOSTI OD PADA KOD KUĆE I PREVENTIVNE MERE

Cilj ove procedure je definisati sestrinske postupke u proceni rizika kod kuće i uputstva za preventivne mere.

Pad je iznenadni gubitak ravnoteže koji ishodi iznenadnom i nenamernom promenom položaja tela koja uzrokuje pad osobe.

Sistematska procena rizika od pada i intervencije su važne u sprečavanju i smanjenju stope padova npr. povreda, dugotrajne zdravstvene zaštite i visoki troškovi lečenja.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Kriterijumi za procenu rizika	1. Starost (stari ljudi); 2. Sa etiologijom poremećaja ravnoteže; 3. Sa lošim vidom i orijentacijom u prostoru; 4. Sa kognitivnim oštećenjem; 5. Sa mentalnim poremećajima; 6. Sa istorijom prethodnih padova; 7. Svi ostali uslovi prema proceni medicinske sestre.
[II]	Procedura procene i preventivne mere	1. Prikupiti podatke o pacijentu pregledom zdravstvene dokumentacije, intervjuisanjem pacijenta i porodice, posmatranjem pacijenta (kontrola) i merenjem vitalnih znakova; 2. Odrediti unutrašnje faktore rizika za padove; 3. Prikupiti podatke o kretanju i uslovima života pacijenta; 4. Utvrditi bezbednost i identifikovati eksterne faktore rizika – opasnosti za kretanje kod kuće; 5. Napravite procenu rizika od pada koristeći Morzeovu skalu (tabele 6. i 6a); 6. Na osnovu identifikovanih rizika za padove odrediti aktivnosti/intervencije kod pacijenta i/ili članova porodice, npr. savete i preporuke za prevenciju padova (tabele 4. i 5), uvažavanje ličnosti pacijenta, uključujući poštovanje njegove privatnosti, pogleda na svet kao i njegovih moralnih i verskih uverenja.

[III]	Dokumentovanje	Medicinska sestra koristi sledeću dokumentaciju: 1. Uput za posetu; 2. Zdravstvenu knjižicu pacijenta; 3. Formu Morzeove skale za procenu rizika od pada; Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji ustanove evidentira: 4. Opšte podatke o pacijentu; 5. Datum i vreme posete; 6. Procenu rizika od pada i sprovedene postupke; 7. Potpis medicinske sestre koja je obavila posetu.
-------	----------------	--

Tabela 4 – Interni faktori rizika – aktivnosti/ intervencije za prevenciju pada.

Interni faktori rizika	Intervencije za prevenciju pada
- Problemi sa kretanjem - ustajanje sa stolice ili kreveta, - Odsustvo ili nepravilna upotreba ortopedskih pomagala, - Nedovoljna fizička aktivnost.	- Dajte savete za polako kretanje, manjim koracima - da se kreće i diže sa stolice ili kreveta koristeći odgovarajuće rukohvate ili ortopedska pomagala, - Baviti se odgovarajućim fizičkim aktivnostima.
- Poremećaji ravnoteže, vrtoglavica, poremećaji koordinacije, smanjena sposobnost orijentacije u prostoru, usporeni refleksi - nestabilnost na nogama.	- Podsticati aktivnosti, vežbe i treninge pacijenata što je više moguće za održavanje ravnoteže i koordinacije, snage mišića, fleksibilnosti zglobova.
- Posturalna hipotenzija. - Gubitak svesti. - Sinkopa. - Epilepsija.	Savetujte pacijenta i članove porodice o: - regulaciji i redovnoj kontroli krvnog pritiska, - potrebi da se polako diže iz kreveta u sedeći položaj, a zatim u stajanje, držeći se za rukohvat ili koristeći ortopedska pomagala, - postupcima u slučaju simptoma gubitka svesti.
- Neurološke promene - smanjenje ili gubitak osećaja dodira i bola, motorički poremećaji, polineuropatija.	- Upozorite pacijenta na potencijalne opasnosti u okolini (predmeti koji mogu izazvati povrede pacijenta i izvore toplote). - Savetujte da se konsultujete sa nadležnim lekarom.
- Mentalni poremećaji: smanjene kognitivne funkcije - konfuzija, rasejanost, dezorijentacija, nemir, poremećaji rasuđivanja, mišljenja i pamćenja - demencija.	- Na osnovu uočenih funkcionalnih i psihičkih poremećaja treba odrediti mere pomoći iz okruženja (porodica, staratelji, porodični lekar, CSR, lokalna zajednica, udruženja, volonteri...).
- Poremećaji i promene vida u vezi sa starenjem.	- Savetujte o redovnoj kontroli vida, pravilnoj upotrebi i održavanju naočara.
- Oštećenja i promene sluha u vezi sa starenjem.	- Savetujte o redovnim kontrolama sluha, pravilnom održavanju slušnih aparata.
- Poremećaj sna.	- Savetujte o uravnoteženom snu, odmoru i aktivnostima. Konsultujte se sa nadležnim lekarom.
- Izenadni i česti nagoni za eliminisanje (mokrenje, dijareja).	- Konsultujte odgovornog lekara. - Mere za regulisanje iznenadnih i čestih eliminacionih stimulusa, kao i mere bezbednosti tokom kretanja (zbog gubitka tečnosti i elektrolita).
- Nepristupačnost i otežana mogućnost korišćenja telefona, zvona, (hitne pomoći, policije, vatrogasaca, porodice...).	- Savetujte pacijenta i članove porodice da stave telefon na pristupačno mesto, - Držite brojeve za hitnu intervenciju blizu telefona, - Obezbeđenje alarmnog uređaja i sistema za pozivanje pomoći u slučaju nezgode.
- Narušena nezavisnost i briga o sebi.	- Sa pacijentom i članovima porodice odrediti samostalne aktivnosti pacijenta i pomoć okoline.
- Nekritičnost, nepoznavanje i zaborav na sopstvena ograničenja kao i ograničenja i opasnosti okoline.	- Pokažite i osvežite znanje o opasnostima i preprekama za funkcionisanje pacijenata kao i o prilagođavanju aktivnosti, prostora i ponašanja pacijenata.
- Lekovi za hronične bolesti - sedativi, antidepresivi, antipsihotici, antikonvulzivi, antihistaminici, antihipertenzivi, diuretici, antidijabetici.	- Pregledajte sve lekove i upozorite na neželjene efekte, posebno na pospanost, vrtoglavicu.
- Neuhranjenost, gojaznost.	- Savetujte i edukujte o ispravnoj ishrani.
- Konzumacija duvana, alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci.	- Savetovati o štetnosti, važnosti prestanka pušenja, alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci.
- Neprikladna obuća i odeća.	- Savetovati pacijenta da nosi odgovarajuću obuću i odeću, - Savetovati pacijenta da održava higijenu stopala, da nosi odeću i obuću na sedećem položaju.
- Dva ili više spoticanja/pada u proteklom mesecu.	- Identifikovati uzroke spoticaja/ pada u prethodnom periodu i sprovesti preventivne mere.

Tabela 5 - Eksterni faktori rizika, rizici životne sredine; saveti i preporuke za prevenciju pada (obezbeđivanjem bezbedne životne sredine).

Eksterni faktori rizika, rizici životne sredine	Saveti i preporuke za prevenciju pada (obezbeđivanje bezbedne životne sredine)
Osvetljenje: - nedovoljno (ili prejako), - nedostupno.	- Odgovarajuća rasveta u svim delovima kuće.
Podovi: - oštećeni, mokri, klizavi. - visoki pragovi.	- Popravka neravnih ili oštećenih podova, - Održavanje podova suvim, - Izbegavanje preteranog poliranja podova, - Podešavanje, ublažavanje, uklanjanje pragova.
Tepih za pod: - oštećen, - nepričvršćen.	- Postavljanje neklizajućeg tepiha, - Pričvršćivanje tepiha o podu ili potpuno uklanjanje istih.
Nameštaj: - predstavlja prepreku, ometa kretanje, je oštećen i ometa, - je bez naslona, sa niskim naslonima, opruženim sedištim, - fioke ili elementi nameštaja su previsoki, - neodgovarajući krevet.	- Podešavanje nameštaja tako da ne ometa kretanje, - Uklanjanje nepotrebnih stvari/predmeta i nameštaja, - Pomeranje telefonskih i električnih kablova u zidu, - Izbegavanje nameštaja sa točkovima, - Postavljanje predmeta, fioke, elemenata nameštaja na odgovarajuću i lako pristupačnu visinu, - Prilagođavanje kreveta stanju pacijenta (visina, zaustavljanje, položaj).
Stepenice: - oštećene, bez rukohvata i gilindera. - objekte na stepenicama.	- Popravka oštećenih stepenica, - Postavljanje gilindera ili rukohvata, - Uklanjanje svih predmeta sa stepenica.
Kupatilo: - loše osvetljenje, - klizajući podovi, pločice, kada, - mokri peškiri, prljava odeća i slične stvari na podu, - korišćenje držače za peškire kao rukohvat, - preniska šolja, - zatvaranje vrata.	- Pravilno osvetljenje i raspored opreme, - Neklizajuće, čiste i suve pločice, - Neklizajući tepih, pločice, kade, - Koristite dobro pričvršćene gilindere, nemojte instalirati one sa vakumom i ne koristiti držače za peškire kao rukohvate, - Koristite sedište u kadi ili tuš kabini, - Izbegavajte zaključavanje vrata kako bi pristup bio lak u slučaju nesreće.

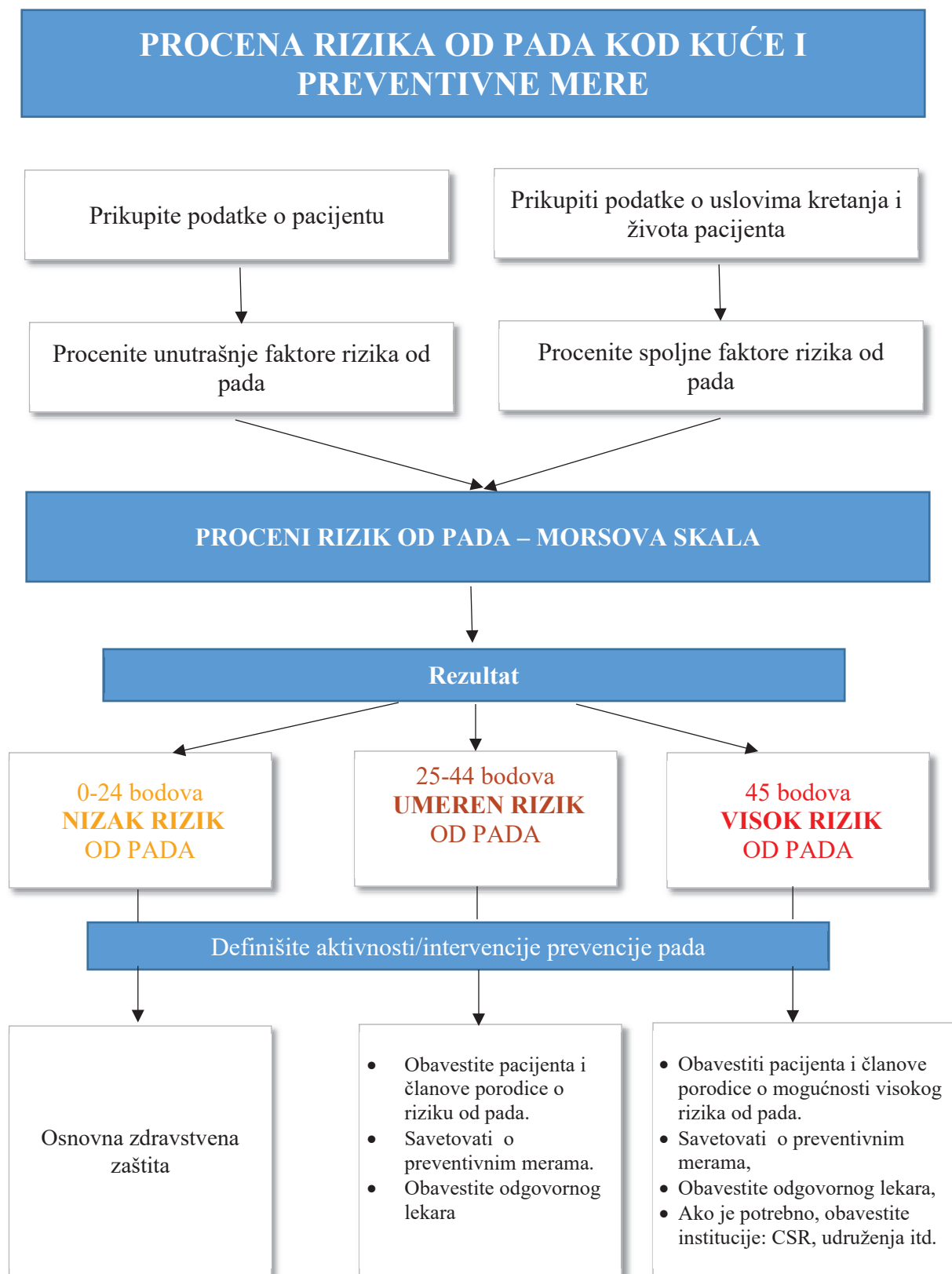
Tabela 6. „Morsova“ skala za procenu rizika od pada

FAKTORI RIZIKA	OPIS	BODOVI
Prethodni padovi	Da	25
	Ne	0
Druge medicinske dijagnoze	Da	15
	Ne	0
Pomoć prilikom kretanja	Mobilna	30
	Štaka, štap, hodalica	15
	Ne koristi pomagala	0
	Odmor na krevetu	
	Kretanje uz pomoć druge osobe, invalidska kolica	
Infuzija, kateter	Da	20
	Ne	0
Stajanje / pomeranje	Nestabilno (teško stajati)	20
	Slabo	10
	Normalno, odmor na krevetu, nepomično	0
Mentalno stanje	Zaboravlja na ograničenja	15
	Orijentisan u odnosu na sopstveno kretanje	0

Tabela 6a – Bodovanje prema „Morsovoj“ skali za procenu rizika od pada

Bodovi (0 – 125)	Rezultat	Sestrinske procedure
0 – 24 poena	Nizak rizik od pada	Osnovna zdravstvena zaštita.
25 – 44 poena	Umereni rizik od pada	- Standardne mere prevencije pada, - Identifikujte faktore rizika za padove, - Osmišljavanje i sprovođenje preventivnih mera – ublažavanje, otklanjanje i/ili prevencija faktora rizika od pada. - Obavestite pacijenta o riziku od pada, - Savetovati i edukovati o preventivnim merama, - Obavestite porodičnog lekara.
45 ili više bodova	Visok rizik od pada	- Preventivne mere o visokom riziku od pada, - Identifikujte faktore rizika od pada, - Osmišljavanje i sprovođenje preventivnih mera – ublažavanje, otklanjanje i/ili prevencija faktora rizika od pada, - Obavestiti pacijenta o mogućnosti visokog rizika od pada, - Savetovati i edukovati o preventivnim merama, - Obavestiti porodičnog lekara, CMZ, CSR, lokalnu zajednicu, udruženja, volontere itd.

Algoritam 2 – Procena rizika od pada kod kuće i preventivne mere



13. PROCEDURA PROCENE KOGNITIVNOG STANJA PACIJENTA

Cilj ove procedure je definisanje standardnih sestrinskih postupaka kako bi se procenio kognitivni status pacijenta.

Saznanje obuhvata različite procese: učenje, pažnju, pamćenje, jezik, rasuđivanje, donošenje odluka itd., koji su deo intelektualnog razvoja i iskustva.

Tokom posete, medicinska sestra dobija informacije o prisustvu nekih od simptoma koji ukazuju na mogući kognitivni poremećaj posmatranjem, anamnezom ili heteroanamnezom (tabela 7) i pristupa proceni opšteg kognitivnog stanja uz pomoć mini ispitivanja za procenu mentalnog statusa- MMSE (Mini-Mental State Examination).

MMSE se sastoji od 12 pitanja kojima se ispituju sledeće kognitivne funkcije: pamćenje, pažnja, proračun, prostorna i vremenska orijentacija, pamćenje, imenovanje objekata i izvođenje složenih radnji. Test se koristi pojedinačno i traje do 15 minuta.

Tabela 7 – Simptomi i znaci kognitivnog oštećenja

Anamnestički podaci	Heteroanamnestički podaci	Objektivna zapažanja
- Zaborav, - Gubitak toka misli tokom razgovora, - Promene u raspoloženju, - Poremećaji spavanja.	- Poteškoće u svakodnevnim aktivnostima, - Promene u raspoloženju, - Dezorijentacija u vremenu i prostoru, - Poremećaji spavanja, - Problemi sa ličnim navikama, - Poremećaj ličnosti (povećan egocentrizam, nedostatak samokontrole, poremećaj motivacije, socijalno povlačenje, anksioznost, agresivnost, depresija i promene u ciklusu spavanja, apatija, gubitak osetljivosti, društveno neprihvatljivo ponašanje).	- Konfuzija, - Pozitivna porodična istorija, - Zaboravljanje nedavnih događaja uz relativno očuvanje dugotrajnog pamćenja.

PROCEDURA

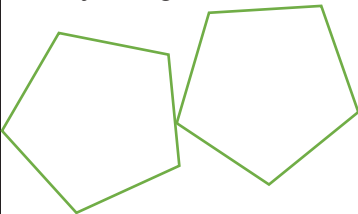
Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema prostora	1. Prostorija u kojoj se vrši procena mora biti dobro osvetljena, provetrena, bez buke i zvukova koji bi remetili pažnju i koncentraciju pacijenta i medicinske sestre; 2. Poželjno je prisustvo člana porodice.
[II]	Priprema pacijenta	1. Objasniti pacijentu i porodici razloge/svrhu procene, metodologiju i trajanje testa; 2. Zatražite usmeni pristanak pacijenta; 3. Zamolite pacijenta da zauzme određeni položaj ili mu pomozite u tome.

[III]	Procedura ispitivanja	1. Zabeležite vreme početka ispitivanja; 2. U obrascu napišite datum, vreme ispitivanja i opšte podatke o pacijentu (ime, prezime, godine i pol); 3. Izgovorite pitanja ispitivanja jasno, razumljivo i nepromenljivim tonom glasa; 4. Na osnovu dobijenih odgovora za svako pitanje označiti bodove u zadatim poljima obrasca; 5. Završite ispitivanje u roku od 15 minuta.															
[IV]	Procena/ ocenjivanje	1. Medicinska sestra mora izvršiti procenu na osnovu dobijenog broja bodova prema donjoj tabeli. Tabela 8 – Bodovanje o nivou oštećenja <table> <tr> <th>Broj bodova (najviše 30)</th><th>Rezultat</th><th>Sestrinska procedura</th></tr> <tr> <td>24-30</td><td>Normalno znanje</td><td>- Dajte preventivne savete, - Nije potrebna dalja procena.</td></tr> <tr> <td>18-23</td><td>Blago kognitivno oštećenje</td><td>- Savet, - Obavestite nadležnog lekara.</td></tr> <tr> <td>10-17</td><td>Umereno kognitivno oštećenje</td><td>- Obavestite nadležnog lekara.</td></tr> <tr> <td>< 9</td><td>Teško kognitivno oštećenje</td><td>- Obavestite nadležnog lekara i, ako je potrebno, CMZ i CSR.</td></tr> </table>	Broj bodova (najviše 30)	Rezultat	Sestrinska procedura	24-30	Normalno znanje	- Dajte preventivne savete, - Nije potrebna dalja procena.	18-23	Blago kognitivno oštećenje	- Savet, - Obavestite nadležnog lekara.	10-17	Umereno kognitivno oštećenje	- Obavestite nadležnog lekara.	< 9	Teško kognitivno oštećenje	- Obavestite nadležnog lekara i, ako je potrebno, CMZ i CSR.
Broj bodova (najviše 30)	Rezultat	Sestrinska procedura															
24-30	Normalno znanje	- Dajte preventivne savete, - Nije potrebna dalja procena.															
18-23	Blago kognitivno oštećenje	- Savet, - Obavestite nadležnog lekara.															
10-17	Umereno kognitivno oštećenje	- Obavestite nadležnog lekara.															
< 9	Teško kognitivno oštećenje	- Obavestite nadležnog lekara i, ako je potrebno, CMZ i CSR.															
[V]	Mere opreza	1. Ispitivanje nije primenljivo na osobe mlađe od 18 godina; 2. MMSE se koristi kao kratki skrining test za demenciju i ne zamenjuje potpunu kliničku procenu u određivanju konačne dijagnoze; 3. Ne postoji procena izvršnih funkcija; 4. Ne pravi razliku između različitih tipova demencije; 5. Ispitivanje nije osetljivo na ranu Alchajmerovu bolest niti je koristan za naprednu fazu bolesti; 6. Ispitivanje je nemoguće izvesti kod osoba sa afazijom, kod pacijenata sa motoričkim deficitom ili oštećenjem sluha, jer je uglavnom verbalne prirode; 7. Faktore koji utiču na rezultate treba uzeti u obzir prilikom tumačenja rezultata ispitivanja, uključujući nivo obrazovanja, sposobnosti, jezik i oštećenja, čula, psihijatrijsku bolest ili fizičke/ neurološke probleme.															
[VI]	Dokumentovanje	Iz dokumentacije, medicinska sestra koristi: 1. Uput za posetu;															

		2. Zdravstvenu knjižicu; 3. Obrazac MMSE ispitivanja; Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji evidentira: 4. Opšte podatke o pacijentu; 5. Datum i vreme posete; 6. Izvršene aktivnosti i rezultate ispitivanja; 7. Potpis medicinske sestre koja je obavila posetu.
--	--	--

Tabela 9 – Mini test za procenu mentalnog statusa

Ime i prezime _____ Godina rođenja _____ Datum: _____

MINI TEST ZA PROCENU MENTALNOG STATUSA			
Br.	Pitanja	Maksimalni rezultat	Dobijeni rezultat
1	Koja godina, mesec, godišnje doba (sezona je?) Koji je danas datum? Koji je dan danas?	3 1 1	
2	U kom mestu, gradu se nalazimo? Kako se zove ova bolnica/zgrada? Na kom smo spratu?	3 1 1	
3	Pomenuću tri stvari. Nakon što im kažem, želim da ih ponovite. Zapamtite šta su, jer ću vas za nekoliko minuta zamoliti da ih ponovo imenujete. Lopta; Vozilo; Čovek. Molim vas da mi ponovite ove tri stvari.	3	
4	Izgovorite reč "SVET" slovo po slovo. Onda reci to nazad.	5	
5	Koje su tri stvari koje treba da zapamtite? Lopta, vozilo, čovek	3	
6	Pokažite ručni sat. Pitajte: Kako se ovo zove?	1	
7	Pokaži olovku. Pitajte: Kako se ovo zove?	1	
8	Želim da za mnom ponovite frazu: "NE AKO, I ILI ALI"	1	
9	Pročitajte reči na ovom listu i uradite ono što se od vas traži. "ZATVORITE OČI"	1	
10	Uzmite papir u desnu/levu ruku, preklopite ga jednom na pola sa obe ruke i stavite na pod.	3	
11	Napišite rečenicu na tom papiru	1	
12	Nacrtaj ove figure: 	1	
Ukupno		30	

Rezultat procene:

- 24 - 30 normalno poznavanje;
- 18 - 23 blago kognitivno oštećenje;
- 10 - 17 umereno oštećenje;
- 0 - 9 teško kognitivno oštećenje;

Napomene o proceni:

- Pitanje 3 – ponavljajte imena sve dok ih osoba ne ponovi tačno, radi kasnije provere pamćenja. Ocenjuje se samo prvi pokušaj;
- Pitanje 5 – po jedan bod za svaki tačan odgovor;
- Pitanje 10 – ako su sva tri nivoa izvedena tačno prema uputstvu, navedite 3 boda;
- Pitanje 11 – ocenjuje se sa 1 bodom ako rečenica ima značenje, subjekat, predikat, glagol.

Algoritam 3 – Procena kognitivnog stanja pacijenta

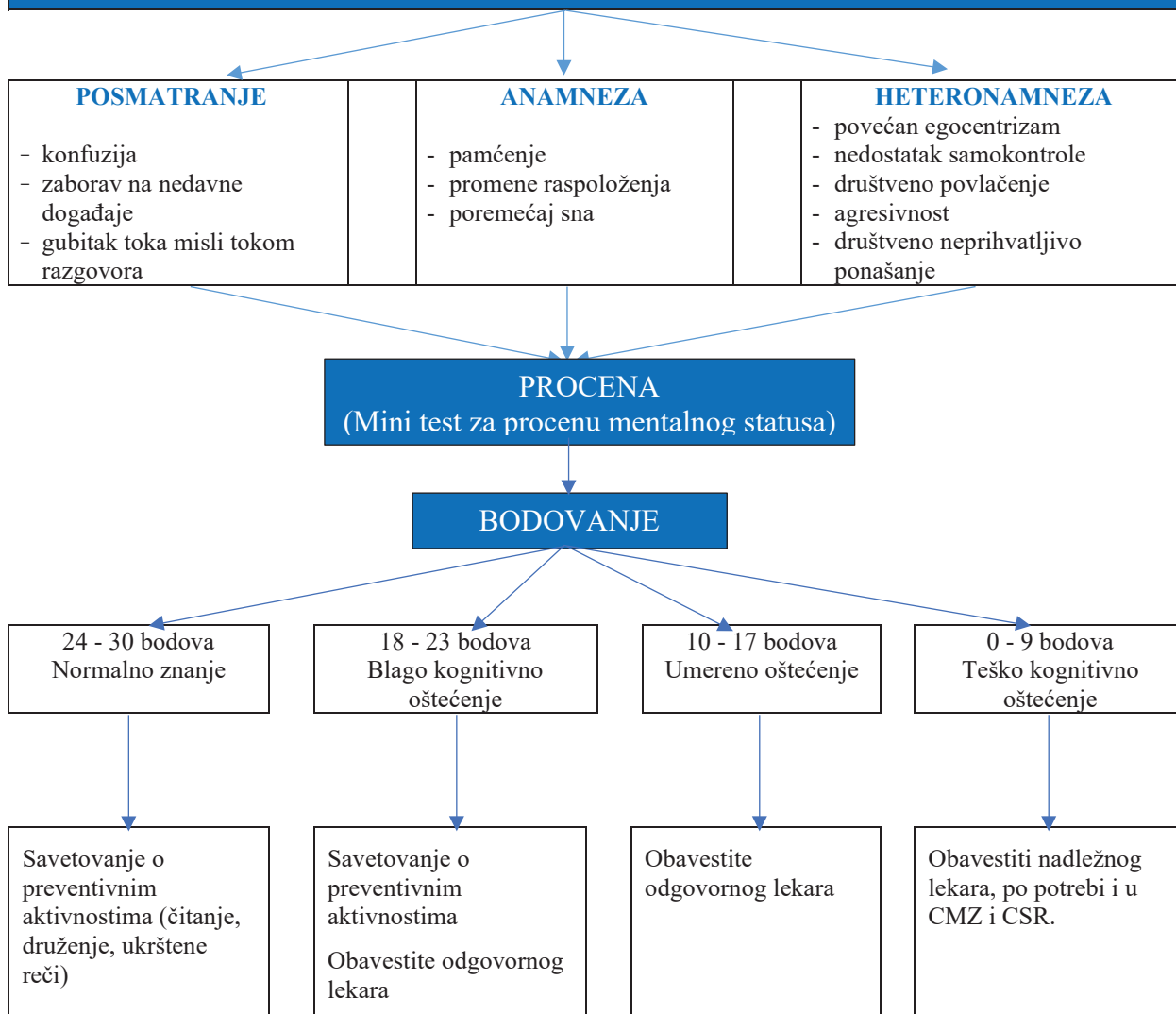
PROCENA KOGNITIVNOG STANJA PACIJENTA

Kognitivne funkcije:

- Memorija (kratkoročna i dugoročna);
- Pažnja;
- Rasuđivanje i logički zaključak;
- Brzina obrade informacija;
- Obrada vizuelnih i zvučnih informacija;
- Jezik i govor.



METODOLOGIJA SESTRINSKOG RADA



14. PROCEDURA KATEGORIZACIJE PACIJENATA KOD KUĆE

Cilj ove procedure je procena za kategorizaciju pacijenata.

Kategorizacija omogućava brz pregled ozbiljnog zdravstvenog stanja pacijenata, čime se cilja efikasno i blagovremeno planiranje zdravstvene zaštite, kao i planiranje pravog broja medicinskih sestara potrebnih za pružanje usluga iz zdravstvene ustanove.

Prilikom prve posete, medicinska sestra procenjuje stanje pacijenta za kategorizaciju.

Ponovna procena se vrši u zavisnosti od stanja pacijenta (poboljšanje ili pogoršanje).

Kroz kategorizaciju, pacijenti su klasifikovani u 4 kategorije, na osnovu njihovog stanja, kao i broja i složenosti propisanih intervencija koje treba uraditi.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI																																																																																																						
[I]	Faktori za kategorizaciju	1. Izvršite procenu prema faktorima navedenim u tabeli 10, za svaki faktor posebno.																																																																																																						
		Tabela 10 – Obrazac za kategorizaciju																																																																																																						
		<table><tr><th>Br.</th><th>Faktori kategorizacije</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th></tr><tr><td>1</td><td>Higijena</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>Odeća</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Hrana</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>Eliminacija</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Hodanje</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>Sedenje</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7</td><td>Pokretljivost</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>Rizik od pada</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>Rizik od dekubitusa</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td>Komunikacija</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td>Procedure zdravstvene zaštite</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12</td><td>Dijagnostičke procedure</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>13</td><td>Terapeutske procedure</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>14</td><td>Edukacija</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">Bodovi prema kategoriji:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">Ukupno bodova:</td><td colspan="4"></td></tr></table>	Br.	Faktori kategorizacije	1	2	3	4	1	Higijena					2	Odeća					3	Hrana					4	Eliminacija					5	Hodanje					6	Sedenje					7	Pokretljivost					8	Rizik od pada					9	Rizik od dekubitusa					10	Komunikacija					11	Procedure zdravstvene zaštite					12	Dijagnostičke procedure					13	Terapeutske procedure					14	Edukacija					Bodovi prema kategoriji:						Ukupno bodova:					
		Br.	Faktori kategorizacije	1	2	3	4																																																																																																	
		1	Higijena																																																																																																					
		2	Odeća																																																																																																					
		3	Hrana																																																																																																					
		4	Eliminacija																																																																																																					
		5	Hodanje																																																																																																					
		6	Sedenje																																																																																																					
		7	Pokretljivost																																																																																																					
		8	Rizik od pada																																																																																																					
		9	Rizik od dekubitusa																																																																																																					
		10	Komunikacija																																																																																																					
		11	Procedure zdravstvene zaštite																																																																																																					
		12	Dijagnostičke procedure																																																																																																					
		13	Terapeutske procedure																																																																																																					
		14	Edukacija																																																																																																					
		Bodovi prema kategoriji:																																																																																																						
		Ukupno bodova:																																																																																																						
Referenca: ocenjuje se od 1 do 4, u zavisnosti od stanja i potreba (samostalni pacijent pripada stepenu 1, dok je pacijent sa ocenom 4 potpuno zavisn od druge osobe).																																																																																																								
- Faktori od 1 do 7 – higijena, odeća, hranjenje, eliminacija, hodanje, sedenje, pokretljivost; - Faktor 8 – rizik od pada. Ocenite koristeći Morzeovu skalu za procenu rizika od pada. U zavisnosti od broja bodova, klasifikujte pacijenta u kategorije:																																																																																																								

		nizak rizik 2 boda (0-24 bodova), srednji rizik 3 boda (25-44 bodova), visok rizik 4 boda (45 i više bodova); - Faktor 9 – rizik za nastanak dekubitusa. Ocenite rizik od dekubitusa koristeći Bradenovu skalu: nema rizika 1 bod (19-23 bodova), prisutan rizik 2 boda (15-18 bodova), umeren rizik 3 boda (13-14 bodova), visok rizik 4 boda (10). -12 bodova) i veoma visok rizik 4 boda (9 ili manje bodova); - Faktor 10 – komunikacija. Kategorizirajte pacijenta u zavisnosti od njihove sposobnosti da prime i razumeju usmena i pismena uputstva. Pacijenta sa afazijom (nemogućnost govora) oceniti sa 4 boda, bolesnika sa dislalijom (nerazumljiv govor) oceniti sa 1 do 3 boda, u zavisnosti od intenziteta i poteškoća u komunikaciji; - Faktor 11 – specifične procedure u zdravstvenoj zaštiti. Ova kategorija se odnosi na specifične procedure u zdravstvu, negu rana, specifičnosti u eliminaciji (stoma, kateter). Ukoliko je pacijent samostalan tokom ovih procedura ili ako ti procedure nisu neophodni, on se ocenjuje sa 1 bodom i klasifikuje u više kategorija u zavisnosti od vrste sestrinske pomoći; - Faktor 12 – dijagnostičke procedure. Kategorizirati pacijenta u zavisnosti od dijagnostičkih procedura, vrste potrebne pripreme (fizičke/psihološke), neophodne pomoći medicinske sestre, pomoći tokom postupka i intenziteta nadzora koji je potreban nakon pregleda; - Faktor 13 – terapijske procedure. Pacijenti se kategorišu u zavisnosti od vrste i učestalosti terapije koja im se primenjuje; - Faktor 14 – Edukacija. Kategorija pacijenata zavisi od intenziteta edukacije koja se sprovodi, od vrste znanja i veština koje se stiču, kao i od uključenosti članova porodice u edukaciju.										
[II]	Konačan rezultat kategorizacije	1. Svaka kategorija se ocenjuje posebno, broj bodova za svaki faktor je jednak kategoriji u koju je pacijent klasifikovan; 2. U zavisnosti od ukupnog broja bodova određuje se kategorija u koju će pacijent biti svrstan (tabela 11); 3. Minimalni broj je 14, a maksimalan 56. Tabela 11. Kategorija teškog stanja <table><tr><td>Kategorija ozbiljnog stanja</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>Broj bodova</td><td>14 - 24</td><td>25 - 36</td><td>37-47</td><td>48 - 56</td></tr></table> Dužnost je uprave zdravstvene ustanove da plan pružanja usluga napravi na osnovu kategorizacije pacijenata i raspoloživih resursa, uzimajući u obzir obim posla svake medicinske sestre.	Kategorija ozbiljnog stanja	1	2	3	4	Broj bodova	14 - 24	25 - 36	37-47	48 - 56
Kategorija ozbiljnog stanja	1	2	3	4								
Broj bodova	14 - 24	25 - 36	37-47	48 - 56								
[III]	Dokumentovanje	Medicinska sestra koristi sledeću dokumentaciju:										

		1. Nalog za posetu; 2. Zdravstvena knjižica pacijenta; 3. Obrazac za kategorizaciju; 4. Pomoćna sredstva: Bradenova skala za procenu rizika od dekubitusa i Morzeova skala za procenu rizika od pada; Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 5. Opšte podatke o pacijentu; 6. Datum i vreme posete; 7. Izvedene procedure i otežana kategorija stanja pacijenta; 8. Potpis medicinske sestre koja je obavila posetu.
--	--	---

15. PROCEDURA ZA MERENJE PULSA I ZASIĆENOSTI KISEONIKOM

Cilj ove procedure je da uputi medicinsku sestru da odredi pulsne vrednosti i zasićenost krvi kiseonikom (SpO₂), koristeći pulsni oksimetar.

Hipoksija je kada je nivo SpO₂ u krvi manji od 90%.

Pulsnu oksimetriju vrši medicinska sestra na osnovu svoje procene na osnovu prisutnih znakova i simptoma (umor, hladnoća, nesvestica, vrtoglavica, itd.). To je brza, neinvazivna metoda.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Sprovođenje procedure	1. Objasniti pacijentu proceduru pulsne oksimetrije; 2. Upozorite pacijenta da ne pomera prst tokom merenja; 3. Pre postavljanja uređaja, mesto na kome se vrši merenje (najčešće kažiprst ili ušna resica) mora biti suvo; 4. Stavite prst pacijenta između dve stezaljke pulsog oksimetra tako da bude okrenut nagore. 5. Proverite da li gornja stezaljka leži na noktu, a donja je paralelna sa noktom; 6. Uključite uređaj, sačekajte da uređaj izvrši merenje i pročitajte izmerenu vrednost na ekranu uređaja; 7. Skinite pulsni oksimetar sa prsta pacijenta i zapišite vrednosti dobijene merenjem; 8. Nakon merenja, dezinfikujte senzore uređaja blagim dezinfekcionim sredstvom; 9. Ako je zasićenje < 90%, obavestite nadležnog lekara.  Slika 5 – Pulsni oksimetar  Slika 6 – Procedura za merenje pulsa SpO₂

[II]	Mere opreza	1. Pulsni oksimetar može pokazati lažne vrednosti ako pacijent prima infuziju u ruci u kojoj se vrši merenje ili ako na noktima ima boje/lak; 2. Prenosni pulsni oksimetar nije namenjen za kontinuirano praćenje SpO₂, pa se ne preporučuje da ga dugo držite na prstu; 3. Ako se uređaj ne uključi ili se isključi nakon 8-10 sekundi, zamenite baterije.
[III]	Dokumentovanje	Iz dokumentacije medicinska sestra koristi: 1. Izveštaj o poseti; 2. Zdravstvenu knjižica pacijenta. Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji ustanove evidentira: 3. Opšte informacije o pacijentu; 4. Datum i vreme merenja pulsa i SpO₂; 5. Vrednosti dobijene merenjem.

16. PROCEDURA ZA MERENJE VRŠNOG EKSPIRATORNOG PROTOKA

Cilj ove procedure je da uputi medicinsku sestru da pravilno i bezbedno izmeri vršni ekspiratorni protok pomoću merača vršnog ekspiratornog protoka u kući pacijenta.

Merenje vršnog ekspiratornog protoka (PEF) kod kuće je najbolji dostupni test za funkciju pluća kod pacijenata koji pate od astme.

Merenje vršnog ekspiratornog protoka pomaže u određivanju efikasnosti terapije, otkrivanju faktora koji izazivaju ili pogoršavaju napade astme, prepoznavanju ranih znakova pogoršanja pre pojave simptoma bolesti, što omogućava pravovremenu primenu adekvatne terapije i izbegavanje pogoršanja astme. Smanjenje izmerenih vrednosti protoka vazduha u disajnim putevima tokom prinudnog izdisaja poklapa se sa stepenom pogoršanja astme.

Merenje vršnog ekspiratornog protoka vrši medicinska sestra na osnovu pismenog uputstva odgovornog lekara.

Medicinska sestra demonstrira postupak pacijentu i/ili staratelju radi nezavisnog merenja.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema za kućnu posetu	1. Informisati se o pacijentu uvidom u medicinsku dokumentaciju; 2. Planirati i organizovati redovnu posetu; Priprema materijala: 3. Rukavice za jednokratnu upotrebu; 4. Metar za merenje visine pacijenta; 5. Dezinfekciono sredstvo; 6. Merač maksimalnog protoka vazduha;  Slika 7 – Merač vršnog ekspiratornog protoka

		Priprema pacijenta 7. Obavestite pacijenta o važnosti i demonstrirajte način izvođenja procedure; 8. Izmeriti visinu pacijenta (za poređenje su potrebni podaci o starosti, polu i visini); 9. Merenje PEF-a vršiti sa pacijentom u stojećem položaju (ako mu zdravstveno stanje dozvoljava), ili u sedećem položaju sa ispravljenim leđima.
[II]	Procedura za merenje maksimalnog protoka izduvnog vazduha (expirium)	1. Operite i/ili dezinfikujte ruke, stavite rukavice; 2. Okrenite pokazivač merača na nulu; 3. Objasnite pacijentu da: ▪ Merač treba držati u rukama horizontalno, vodeći računa da se ne blokira izlaz vazduha iz merača i da se ne dodirne skala i pokazatelj; ▪ Mora snažno i duboko udisati vazduh kroz otvorena usta, u pluća, do tačke nelagodnosti; ▪ Mora brzo skupiti usne oko grla i ne uvlači jezik u otvor grla; ▪ Mora duvati 1 (jedan) put što je brže i jače moguće na otvoru produžetka grla, gde će se pokazatelj pomeriti nagore i zaustaviti na jednom mestu; 4. Očitajte vrednost na skali merača; 5. Izvršite merenje 3 puta i zabeležite najbolju vrednost merenja u „Papiru za merenje vršnog protoka vazduha“ (prilog 5); 6. Uporedite izmerenu vrednost sa očekivanim (predviđenim, referentnim) vrednostima koje su određene za pojedince po polu, starosti i visini i nalaze se u standardizovanoj tabeli (prilog 6); 7. Nakon upotrebe ukloniti dodatni deo uređaja (merač) koji je za jednokratnu upotrebu i baciti ga u infektivni otpad; 8. Skinite rukavice, operite i/ili dezinfikujte ruke; 9. Obrazovati pacijenta i/ili staratelja o pravilnom merenju demonstriranjem procedure; 10. Savetovati pacijentu da ima lični merač; 11. Po dolasku u ustanovu, merač potopite u blagi dezinfekcioni

		rastvor bez hlora (ostavite merač uronjen u rastvor najmanje 20 minuta, zatim isperite mlakom vodom, obrišite toalet papirom i ostavite u uspravnom položaju da se isprazni i osuši unutrašnjost merača. Pre sledeće upotrebe merač mora biti potpuno suv).
[III]	Saveti za pacijenta	Za praćenje toka astme važno je kontinuirano merenje, a ne samo trenutno merenje maksimalnog protoka vazduha. U konsultaciji sa odgovornim lekarom, preporučite pacijentu: 1. Redovno merenje PEF: ujutru (pre uzimanja lekova za astmu) i kasno uveče (pre odlaska u krevet), minimalno 2-3 nedelje, u periodu kada je pacijent dobro, bez znakova i simptoma bolesti; 2. Izmerene vrednosti zabeležiti u obrazac za praćenje merenja vršnog protoka vazduha (prilog 5); 3. Predstavite snimljene rezultate merenja odgovornom lekaru da odredi lični najbolji PEF rezultat. Kada se odredi lična najbolja vrednost, treba nastojati da ona bude iznad 80% te vrednosti; 4. Pacijent upoređuje rezultate merenja u narednim periodima, čiju učestalost određuje nadležni lekar, sa najboljim ličnim rezultatom i očekivanim (predviđenim, referentnim) vrednostima. U slučaju izraženih razlika, pacijent se konsultuje sa nadležnim lekarom i prilikom kontrolnih pregleda podaci merenja se stavljaju na raspolaganje lekaru nadležnom za praćenje toka astme.
[IV]	Mera opreza	1. PEF je samo pomoćno sredstvo u proceni statusa astme, ali nije jedini parametar na osnovu kojeg se astma dijagnostikuje, prati i leči; 2. U slučaju teškog pogoršanja astme, nemojte ni slučajno forsirati merenje PEF, jer prisilno disanje može pogoršati astmu; 3. Pojedinačno poboljšanje PEF-a nije dovoljan pokazatelj da je astma pod kontrolom.
[V]	Dokumentovanje	Medicinska sestra za dokumentaciju koristi: 1. Nalog za posetu; 2. Zdravstvenu knjižicu pacijenta; 3. Obrazac „Registracioni list merenja vršnog protoka vazduha“;

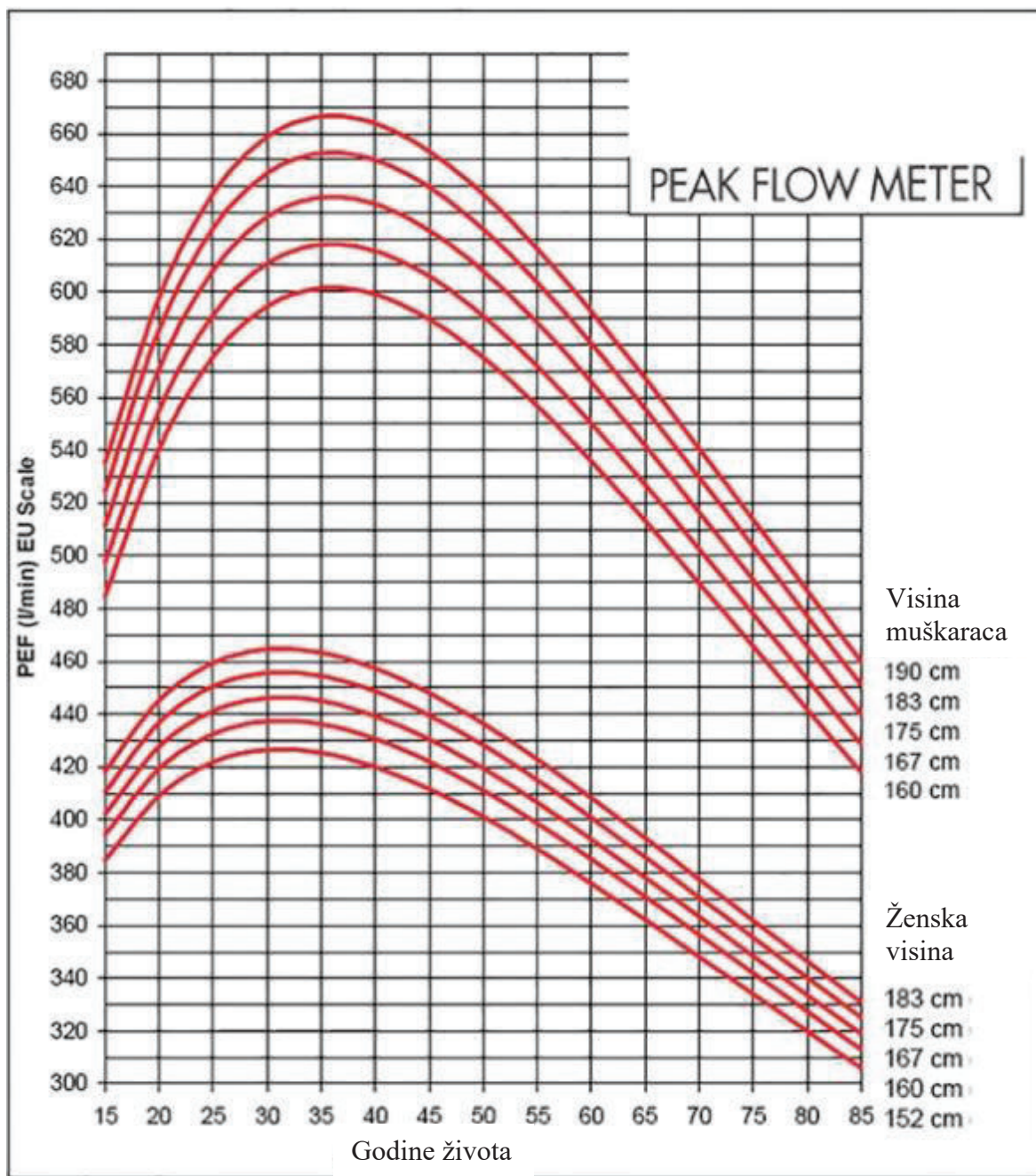
		4. Obrazac „Očekivane vrednosti PEF-a prema starosti, polu i visini“. Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 5. Opšte podatke o pacijentu; 6. Datum i vreme merenja; 7. Vrednosti dobijene merenjem; 8. Edukacija pacijenta i/ili člana porodice i demonstracija procedure; 9. Potpis medicinske sestre koja je obavila posetu.
--	--	--

Prilog 5. List za evidentiranje merenja vršnog ekspiratornog protoka (PEF)

Ime i prezime pacijenta _____ . Broj kartice _____ .

PEF vrednos t	Datum merenja																							
	Jutro	Veče	Jutro	Veče	Jutro	Veče	Jutro	Veče	Jutro	Veče	Jutro	Veče	Jutro	Veče	Jutro	Veče	Jutro	Veče	Jutro	Veče	Jutro	Veče	Jutro	Veče
800																								
750																								
700																								
650																								
600																								
550																								
500																								
450																								
400																								
350																								
300																								
250																								
200																								
150																								
100																								
50																								

Prilog 6 – Tabela očekivanih vrednosti PEF prema starosti, polu i visini



Adapted by Clement Clarke for use with EN13826 / EU scale peak flow meters
from Nunn AJ Gregg I, Br Med J 1989;298;1068-70

17. PROCEDURA ZA UZIMANJE UZORKA VENSKE KRVI KOD KUĆE I BEZBEDAN PREVOZ DO LABORATORIJE

Cilj ove procedure je uzimanje uzoraka krvi i garancija ispravnog i bezbednog transporta do laboratorije.

Da bi dostavila odgovarajući materijal u laboratoriju, medicinska sestra mora identifikovati i pripremiti pacijenta, prikupiti i pravilno transportovati uzorak krvi.

Uzimanje krvi kod pacijenata koji ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu vrši se u kućnim uslovima, na osnovu uputa lekara.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema prostora	1. Prostorija u kojoj se uzima uzorak krvi mora biti osvetljena, provetrena i na optimalnoj temperaturi.
[II]	Priprema materijala	1. Standardizovane vakumske cevi za uzimanje uzorka venske krvi; 2. Držači za epruvete; 3. Pogodne sterilne igle; 4. Esmarch stezaljku; 5. Dezinfekciono sredstvo; 6. Pamučni tupfer; 7. Flaster; 8. Rukavice za jednokratnu upotrebu; 9. Kutija za oštre predmete; 10. Higijenski papir; 11. Hladnjak za transport uzoraka (ručni hladnjak).
[III]	Priprema pacijenta	1. Proverite da li je pacijent poštovao uputstva koja su data u vezi posta. Ako pacijent nije poštovao uputstva, obavestite lekara i pratite njegova uputstva; 2. Objasnite pacijentu proceduru, dozvolite pitanja, poštujući ličnost pacijenta; 3. Stavite ga u pravi položaj da napravite injekciju iglom; 4. Skinite odeću sa mesta gde se uzimaju uzorci krvi.

[IV]	Obavljanje procedure	1. Proverite da li se nalaz krvi u uputu poklapa sa podacima u epruveti; 2. Polako stavite epruvetu u držač; 3. Na za to predviđeno mesto na epruveti upisati ime i prezime pacijenta, datum i godinu rođenja i vreme uzimanja krvi ili zalepite barkod; 4. Stavite rukavice; 5. Stavite stezaljku (po mogućnosti ne direktno na kožu); 6. Zamolite pacijenta da stisne pesnicu; 7. Palpirajte da biste odredili mesto uboda; 8. Dezinfikujte mesto ubrizgavanja; 9. Nanesite iglu na venu pod pravim uglom; 10. Povežite epruvetu sa iglom; 11. Kada krv počne da teče u epruvetu, pustite stezaljku i zamolite pacijenta da stisne pesnicu; 12. Izvucite potrebnu količinu krvi (krv prestaje da teče sama kada se uzme potrebna količina); 13. Zamenite epruvetu bez skidanja igle (ako se za krvne testove koriste različite epruvete); 14. Kada se završi procedura vađenja krvi i odvajanja poslednje epruvete, stavite pamučni tupfer na mesto ubrizgavanja; 15. Brzim pokretom izvucite iglu iz vene i drugom rukom pritisnite pamučnim štapićem mesto uboda i fiksirajte ga zavojem; 16. Zamolite pacijenta da pritisne pamučni štapić bez savijanja ruke u narednih nekoliko minuta; 17. Stavite iglu u kutiju za oštre predmete; 18. Lagano preokrenite epruvete koje sadrže antikoagulans 4-10 puta pre nego što ih stavite u držač; 19. Stavite držač epruvete u hladnjak (ručni hladnjak) za transport uzoraka i dostavite u odgovarajuću laboratoriju najkasnije 2 sata nakon prijema materijala.
[V]	Mera opreza	1. Ne držite zavoj na ruci pacijenta duže od 1 minuta; 2. Ako uzimamo uzorke krvi na lipide, čuvajte tupfer manje od 1 minuta i ne koristite tupfer za određivanje kalcijuma, magnezijuma i gvožđa;

		3. Redosled uzimanja krvnih testova određuje se bojom poklopca na epruveti; 4. Redosled uzimanja krvnih testova bez obzira na boju poklopca na epruveti (plazma za koagulaciju, za sedimentaciju, serum za biohemijsku analizu, za hematologiju i na kraju za glukozu); 5. Uputstvo ne treba transportovati zajedno sa izvađenom krvlju; 6. Nežno okrenite epruvetu nakon uzimanja krvi, nikada je ne tresite; 7. Ako uzimanje krvi ne uspe, ponovite postupak prikupljanja krvi na drugoj strani; 8. Ne uzimajte krv iz ruke na kojoj se uzima infuzija, mesta koja imaju rane, hematome i slične promene; 9. Uvek uklonite krajnju cev pre nego što izvadite iglu iz vene; 10. Nemojte uvertati ili tresti epruvete bez antikoagulansa. Nakon što ih uklonite, postavite ih uspravno na držač; 11. Uzorci krvi se prenose u uspravnom položaju u zatvorenim sistemima; 12. Uzorke prenosi medicinska sestra (nikada treća osoba). 13. Izbegavajte mehaničke uticaje tokom transporta.
[VI]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 9. Opšte podatke o pacijentu; 10. Analize krvi za koje je uzeta krv; 11. Datum i vreme uzimanja uzorka krvi; 12. Datum i vreme kada je krv predata u laboratoriju.

Slika 8 – Uzimanje venske krvi u kući pacijenta i bezbedan transport



Proverite potrebne testove prema uputstvu, stavite podatke o pacijentu u epruveti.



Stavite rukavice



Stavite stezaljku



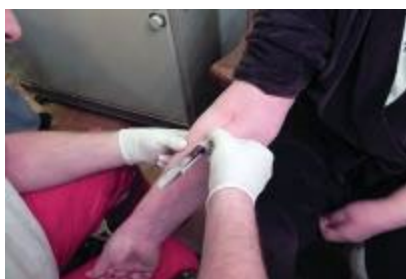
Dezinfikujte mesto



Ubacite iglu u venu



Stavite epruvetu na iglu i uklonite stezaljku.



Uklonite epruvetu, stavite pamučni tupfer na mesto ubrizganja i izvucite iglu.



Stavite epruvetu u držač.



Stavite držač u hladnjak i transportujte u laboratoriju

18. PROCEDURA ZA UZIMANJE BRISA IZ NOSA I BRISA IZ NAZOFARINKSA ZA MIKROBIOLOŠKO ISPITIVANJE I BEZBEDAN PREVOZ DO MIKROBIOLOŠKE LABORATORIJE

Cilj ove procedure je standardizacija uzimanja brisa iz nosa i nazofarinksa, kao i bezbedan prevoz uzoraka od medicinske sestre do mikrobiološke laboratorije.

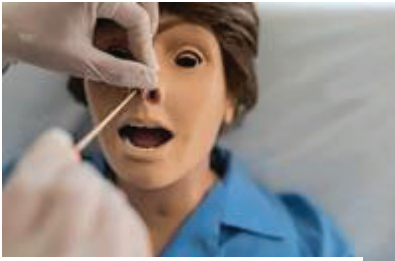
Uzimanje brisa iz nosa i nazofarinksa u kućnim uslovima obavlja se za pacijente koji ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu kod kuće, po uputstvu lekara.

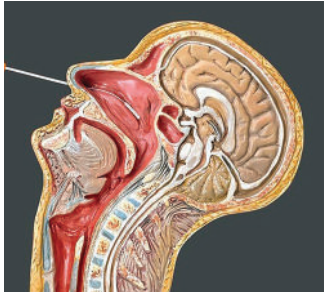
Brisevi nosa i nazofarinksa su pouzdane mikrobiološke metode za dokazivanje uzročnika bolesti.

Za pouzdane rezultate, pravilno sakupljanje, transport i/ili privremeno skladištenje brisa je od najveće važnosti.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala	1. Rukavice za jednokratnu upotrebu; 2. Maska; 3. Sterilni brisevi (nazalni tampon) i/ili elastični sterilni brisevi (tampon nazofarinksa); 4. Fiziološki rastvor NaCl 0,9%; 5. Stuartov transportni medij.
[II]	Priprema pacijenta	12. Objasniti pacijentu/staratelju svrhu, proceduru i saradnju koja se očekuje prilikom uzimanja brisa nosa ili nazofarinksa; 13. Upozorite pacijenta na nelagodnost prilikom uzimanja brisa nosa ili nazofarinksa (iritacija, kašljanje i kihanje); 14. Postavite pacijenta u odgovarajući položaj, najbolje sedeći, sa ispravljenom glavom i okrenutom prema izvoru svetlosti, poštujući ličnost pacijenta;  Slika 9 – Potreban materijal

		 Slika 10 – Procedura uzimanja brisa  Slika 11 – Ubacivanje štapića u epruvetu i zatvorite je
[III]	Postupak za uzimanje brisa iz nosa i nazofarinksa	Bris nosa: 1. Operite i osušite ruke, stavite rukavice i masku; 2. Otvorite epruvetu, izvadite sterilni štapić i pažljivo ga potopite u sterilni fiziološki rastvor; 3. Palcem nedominantne ruke nežno podignite vrh nosa, proverite prolaz nozdrva i postavite glavu pravo za pristup nosnom prolazu; 4. Koristite štapić da uđe u nozdrvu (bez dodirivanja kože) na dubini od oko 1-2 cm, prvo u jednu nozdrvu, zatim u drugu, i lagano je rotirajte 10-15 sekundi kako biste upili nazalni sekret; 5. Pažljivo ubacite štapić u epruvetu, a zatim je zatvorite; 6. Na epruveti napišite: ime i prezime pacijenta, vrstu uzorka, datum i vreme uzimanja i uklonite barkod iz epruvete i priložite ga uputstvu; 7. Uzorak sa uputstvom dostaviti u mikrobiološku laboratoriju u roku od 1-2 sata; 8. Ako prevoz traje više od 2 sata nakon prijema, materijal treba da se skladišti u Stuartov transportni medij na sobnoj temperaturi (20–25 °C) u roku od 24 sata. Bris nazofarinksa: 9. Operite i osušite ruke, stavite rukavice i masku; 10. Otvorite epruvetu, izvadite sterilni bris i pažljivo ga uronite u sterilni fiziološki rastvor; 11. Palcem nedominantne ruke nežno podignite vrh nosa, proverite prolaz nozdrva i postavite glavu pravo za pristup nosnom prolazu;

		12. Koristite štapić da uđe u nozdrvu (bez dodirivanja kože), lagano gurnite do kraja srednjeg nosnog prolaza, prateći zamišljenu liniju prema vrhu uva na istoj strani i rotirati da apsorbuje tajnu;  Slika 12 – Bris iz nazofarinksa 13. Pažljivo ubacite štapić u epruvetu, a zatim je zatvorite; 14. Na epruveti napišite: ime i prezime pacijenta, vrstu uzorka, datum i vreme uzimanja brisa i skinite barkod iz epruvete i priložite ga na uputstvo; 15. Uzorak sa uputstvom dostaviti u mikrobiološku laboratoriju u roku od 1-2 časa; 16. Ako transport traje više od 2 sata od prijema, materijal treba uskladištiti u transportnom vozilu na sobnoj temperaturi (20-25 °C) u roku od 24 časova.
[IV]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 13. Opšte podatke o pacijentu; 14. Datum i vreme uzimanja brisa nosa i/ili nazofarinksa; 15. Potpis medicinske sestre koja je obavila proceduru.

19. PROCEDURA ZA UZIMANJE BRISA GRILA I KRAJNIKA ZA MIKROBIOLOŠKO ISPITIVANJE I BEZBEDAN PREVOZ DO LABORATORIJE

Cilj ove procedure je uzimanje brisa grla i krajnika i bezbedan prevoz uzoraka od medicinske sestre do mikrobiološke laboratorije.

Bris (štap) grla i krajnika je jedan od najčešćih mikrobioloških testova koji se obavljaju za potvrđivanje uzroka bolesti. Izvodi ga medicinska sestra po uputstvu lekara. Za pouzdane rezultate, pravilno sakupljanje, prevoz i/ili privremeno skladištenje brisa je od najveće važnosti.

Kod pacijenata koji ostvaruju pravo na kućnu zdravstvenu zaštitu obavlja se kućni bris grla i krajnika, na osnovu uputa/pismenog uputstva lekara, u kome je naznačen test za koji se uzima uzorak. Bris grla i krajnika uzimaju se ujutru pre jela, pića i oralne higijene. Ako je pacijent jeo ili pio, trebalo bi da prođe najmanje 30 minuta (optimalno 2 sata) pre nego što uzme bris.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala	1. Rukavice za jednokratnu upotrebu; 2. Maska; 3. Lopatica; 4. Bubrežnjak; 5. Tampon (sterilni pamučni štapić savijen na jednom kraju); 6. Stuartov transportni medij.
[II]	Priprema pacijenta	1. Objasniti pacijentu/staratelju svrhu procedure i saradnju koja se očekuje tokom brisa grla i krajnika; 2. Upozoriti pacijenta na nelagodnost prilikom uzimanja brisa grla i krajnika (iritacija do povraćanja); 3. Postavite pacijenta u udoban položaj (po mogućnosti u sedećem položaju) sa glavom blago nagnutom nazad i usmerenom ka izvoru svetlosti.
[III]	Procedura za uzimanje brisa grla i krajnika	1. Operite i osušite ruke, stavite rukavice i masku na lice; 2. Postavite bubrežnjak ispod brade na strani ruke (ako pacijent treba da povraća dok uzima bris); 3. Otvorite epruvetu i pažljivo uklonite sterilni tampon; 4. Savetovati pacijenta da proguta pljuvačku i otvori usta;

		5. Pritisnuti lopaticom dno jezika, dok pacijent izgovara: „aaaaa“, uz blago okretanje štapića, pritiskom obrišite krajnike, podnožje krajnika i grlo, vodeći računa da ne dodirnete jezik ili sluzokožu usne duplje, zuba i uvule (musculus uvulae); 6. Pažljivo ubacite štapić u epruvetu i zatvorite je, vodeći računa da ne kontaminirate uzorak; 7. Na epruveti napišite: ime i prezime pacijenta, vrstu uzorka, datum i vreme uzimanja, i uklonite barkod iz epruvete i priložite ga uputstvu lekara; 8. Preporučeni uzorak dostaviti u mikrobiološku laboratoriju u roku od 1-2 sata; 9. Ako prevoz traje više od 2 sata nakon prijema, materijal treba da se skladišti u Stuartov transportni medij na sobnoj temperaturi (20–25 °C) u roku od 24 sata.
[IV]	Dokumentovanje	Iz dokumentacije medicinska sestra koristi: 1. Nalog za posetu; 2. Upućivanje u mikrobiološku laboratoriju; 3. Zdravstvenu knjižicu pacijenta; Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 4. Opšte podatke o pacijentu; 5. Datum i vreme uzimanja brisa grla i krajnika; 6. Potpis medicinske sestre koja je obavila posetu.

20. PROCEDURA ZA UZIMANJE UZORAKA URINA KOD KUĆE ZA PACIJENTE SA URINARNIM KATETEROM I BEZBEDAN PREVOZ UZORKA DO LABORATORIJE

Cilj ove procedure je jedinstveno bezbedno uzimanje uzoraka urina iz urinarnog katetera i bezbedan transport do laboratorije.

Medicinska sestra u kućnim uslovima uzima uzorke urina pacijenata sa kateterima za mikrobiološku i biohemijsku analizu.

Urin je svetlo žuta tečnost kroz koju se većina štetnih materija izlučuje iz organizma, oslobađajući se istovremeno od viška tečnosti. Test urina je važan za praćenje funkcije bubrega i urinarnog trakta, kao i za otkrivanje metaboličkih i sistemskih bolesti.

Uzimanje urina kod kuće vrši se za pacijente koji ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu kod kuće, na osnovu naloga lekara, koji ukazuje na test za koji se uzima materijal.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala	1. Sterilne čaše/bočice/epruvete sa poklopcima ili epruvete za urin; 2. Etiketa čaše/boce/epruvete; 3. Rukavice za jednokratnu upotrebu; 4. Sterilni špric i igla; 5. Pean za zatezanje; 6. Dezinfekciono sredstvo; 7. Pamučni tupfer; 8. Bubrežnjak; 9. Držać za transport urina; 10. Kese za infektivni otpad; 11. Kutija za oštre predmete.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikovati pacijenta; 2. Osigurati privatnost pacijenta; 3. Objasnite pacijentu proceduru, dozvolite pitanja, poštujući ličnost pacijenta.
[III]	Postupak uzimanja urina iz katetera	1. Urin iz katetera za laboratorijske analize uzima se nakon promene urinarnog katetera i vrećice;

		2. Savijte cev bešike u obliku slova "U" i zategnite; 3. Ostavite stezaljku 10-15 minuta; 4. Skinite rukavice koje se koriste za promenu katetera i stavite nove; 5. Dezinfikujte mesto sa kojeg uzimamo urin u kateter; 6. Uzmite sterilni špric i ubacite iglu; 7. Ubacite iglu pod uglom od 45 °; 8. Uvucite 10 ml urina u špric; 9. Otvorite bočicu za urin i okrenite poklopac naopako, a da ne dodirujete unutrašnjost poklopca prstima; 10. Ubrizgajte urin u sterilnu čašu/bocu/epruvetu; 11. Stavite špric i igle u kutiju za oštre predmete; 12. Zatvorite čašu/bocu/epruvetu sa urinom; 13. Uklonite pean iz cevi za vreću za urin; 14. Upisati podatke o pacijentu na etiketi (ime i prezime, dan, mesec i godina rođenja, vreme uzimanja urina i napisati da je urin uzet iz katetera); 15. Pričvrstite nalepnicu sa podacima o pacijentu na čašicu/bocu/epruvetu; 16. Stavite čašicu/bocu/epruvetu sa uzorkom urina u vertikalni položaj u transportni držač; 17. Skinite rukavice i bacite ih u komunalni otpad; 18. Medicinska sestra dostavlja materijal urina u laboratoriju u roku od 2 do 3 sata (uzorak urina za laboratorijsku analizu može se čuvati 24 sata na temperaturi od 4 °C).
[IV]	Mere opreza	1. Nemojte uzimati urin iz vrećice za urin; 2. Izvršite proceduru poštujući principe asepsa i antiseptice; 3. Laboratorijska uputstva i materijal za urin ne bi trebalo da se transportuju u istom držaču/kontejneru.
[V]	Dokumentovanje	Medicinska sestra uzima: 1. Nalog za posetu; 2. Zdravstvenu knjižicu pacijenta;

		Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 3. Opšte podatke o pacijentu; 4. Vrstu pretrage; 5. Datum i vreme prikupljanja urina; 6. Datum i vreme kada je urin dostavljen; 7. Potpis medicinske sestre koja je obavila proceduru.
--	--	--

Slika 13 – Prikupljanje uzoraka urina iz stalnog katetera

PRIKUPLJANJE UZORAKA URINA IZ STALNOG KATETERA



Stavite kateter



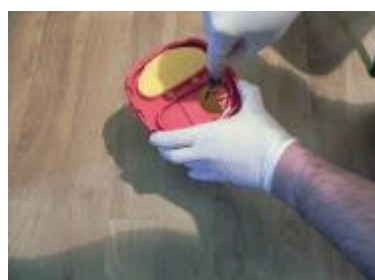
Promenite vreću za urin



Stegnite kateter



Dezinfikujte mesto ubrizgavanja



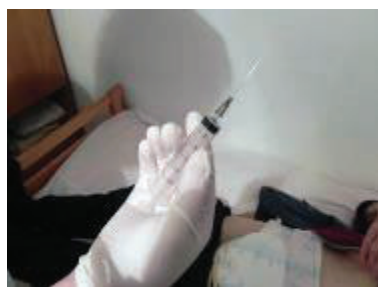
Uzmite špric i iglu



Uzmite dovoljnu količinu urina



Sipajte urin u predviđenu



Stavite iglu u kutiju za oštre predmete



Stavite posudu u torbu za transport

21.PROCEDURA ZA UZIMANJE BRISA IZ RANE ZA MIKROBIOLOŠKO ISPITIVANJE

Cilj ove procedure je uputstvo za uzimanje brisa rane u kućnim uslovima i bezbedan transport materijala.

Rana je prekid anatomske i funkcionalne kontinuiteta tkiva. Rane mogu biti akutne ili hronične. Rana koja ne zarasta u očekivanom periodu od ± 6 nedelja postaje hronična rana.

Za pouzdane mikrobiološke rezultate veoma je važno da se bris rane dobije pravilno (u pravo vreme, sa odgovarajućeg mesta) i da se materijal bezbedno transportuje ili skladišti.

Bris rane može da uzme medicinska sestra kod kuće (u situacijama kada je pacijent nepokretan i nema mogućnosti transporta do zdravstvene ustanove) samo po uputstvu lekara.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala	1. Rukavice; 2. Igle; 3. Špric (od 20 - 50 ml); 4. Materijal za aseptičnu obradu rane (odeća, prekrivač i sterilni instrumenti); 5. Fiziološki rastvor - NaCl 0,9%; 6. Kompresa; 7. Bubrežnjak; 8. Oštre kutije i kese za infektivni otpad; 9. Sterilni pamučni štapići savijeni na jednom kraju; 10. Stuartov transportni medij; 11. Hemijska olovka.
[II]	Priprema prostora	1. Prostorija u kojoj se uzima bris treba da bude osvetljena, provetrena i na optimalnoj temperaturi.
[III]	Priprema pacijenta	1. Objasniti pacijentu/članu porodice/staratelju svrhu procedure i saradnju koja se očekuje prilikom uzimanja brisa rane; 2. Upozorite pacijenta da ništa ne dodiruje rukama i ne razgovara sa prisutnima prilikom uzimanja brisa; 3. Oslobodite područje rane;

		4. Postavite pacijenta u udoban položaj sa glavom okrenutom na suprotnu stranu.
[IV]	Vizuelni pregled rane	1. Lokalizacija; 2. Veličina; 3. Širina; 4. Izgled dna rane (dubina); 5. Oblik; 6. Ivice; 7. Znaci infekcije (sekret, gnoj).
[V]	Procedura za uzimanje brisa rane	1. Operite i osušite ruke, stavite rukavice i masku; 2. Uklonite zavoj i prekrivač sa rane (ako je rana već tretirana) i stavite u kontejner/kesu za infektivni otpad; 3. Stavite kompresu i bubrežnjak ispod rane; 4. Za dekontaminaciju rane napunite sterilni špric fiziološkim rastvorom (NaCl 0,9%) i isperite ranu sa udaljenosti od 2-5 cm, vodeći računa da ne pritiskate previše, kako ne biste oštetili tkivo u rani; 5. Sterilnim instrumentom uzeti sterilni bris, natopiti ga fiziološkim rastvorom (pazeći da vrh flaše ne dodiruje bris), i kružnim pokretima očistiti ranu od centra ka ivicama; 6. Očistite kožu oko rane sa NaCl 0,9%, a zatim osušite suvom sterilnom gazom; 7. Otvorite epruvetu i pažljivo uklonite sterilni tampon; 8. Za uzimanje uzoraka iz suve rane sterilni bris treba poprskati NaCl 0,9%, dok se vlažni uzorak uzima suvim sterilnim brisom; 9. Sterilni bris treba da pređe celu površinu rane cik-cak ili kružnim pokretima, uz lagani pritisak na tkivo. 10. Držite bris oko 30 sekundi da upije sadržaj rane; 11. Ako postoji "džep" u području rane, uzmite poseban zavoj sa tog mesta; 12. Pažljivo ubacite štapić u epruvetu i zatvorite je;

		13. Napišite na epruveti: ime i prezime pacijenta, vrstu uzorka, datum i vreme uzimanja i lokaciju rane. 14. Referentni uzorak dostavite u mikrobiološku laboratoriju u roku od 1-2 sata. 15. Ako transport traje više od 2 sata nakon prijema, materijal treba čuvati u Stuartov transportni medij na sobnoj temperaturi (20–25 °C); 16. Bris za ranu ne treba uzimati dok je krvarenje u toku ili u roku od 12 časova od nanošenja antiseptika.
[VI]	Dokumentovanje	Iz dokumentacije medicinska sestra koristi: 7. Nalog za posetu; 8. Upućivanje u mikrobiološku laboratoriju; 9. Zdravstvenu knjižica pacijenta; Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 10. Opšte podatke o pacijentu; 11. Datum i vreme uzimanja brisa rane; 12. Potpis medicinske sestre koja je obavila posetu.

POGLAVLJE III – PROCEDURE ZDRAVSTVENE NEGE I TERAPIJSKIH POSTUPAKA

22	PROCEDURA PODIZANJA I PREMEŠTANJA PACIJENTA
23	PROCEDURA HRANJENJA PACIJENTA PUTEM NAZOGASTRIČNE SONDJE
24	PROCEDURA ZDRAVSTVENE NEGE I HRANJENJA PACIJENTA S PERKUTANOM ENDOSKOPSKOM GASTROSTOMOM
25	PROCEDURA PRIMENE KLIZME (KLISTIRANJE) U KUĆNIM USLOVIMA
26	PROCEDURA ČIŠĆENJA TRAHEOSTOME
27	PROCEDURA TRETMANA DIJABETIČKOG STOPALA KOD KUĆE
28	PROCEDURA PRIPREME I PRIMENE POTKOŽNE INFUZIJE (HIPODERMOKLIZE) U KUĆNIM USLOVIMA
29	PROCEDURA POSTUPANJA SA UMRLOM OSOBOM U KUĆI

22. PROCEDURA PODIZANJA I PREMEŠTANJA PACIJENTA

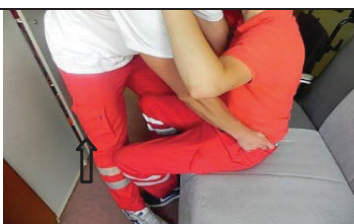
Cilj ove procedure je premeštanje i podizanje nepokretnog pacijenta od strane medicinske sestre u toku pružanja zdravstvene usluge.

Korišćenjem ove procedure, podizanje i premeštanje pacijenta se obavlja bezbedno za pacijenta i medicinsku sestru i istovremeno predstavlja edukativnu demonstracionu proceduru za članove porodice ili staratelje.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI			
[I]	Procena stanja pacijenta	Pre sprovođenja procedure podizanja i premeštanja pacijenta, potrebno je izvršiti brzu procenu: 1. Psihofizičko stanje pacijenta (stepen pokretljivosti, mišićna snaga, izdržljivost, mogućnosti komunikacije i saradnje...); 2. Prisustvo povreda, oštećenja i definisanih ograničenja pacijenta; 3. Prisustvo i vrsta bola; 4. Sredina. Tabela 13 – Metode hvatanja pri podizanju i premeštanju pacijenta			
		<table><tr><td>1. Hvatanje šakom (<i>rukama</i>)</td><td></td><td> - prilikom promene položaja iz ležećeg u sedeći; - iz sedećeg u stojeći; - pomoć pri ulasku u ambulantu i sl. </td></tr></table>	1. Hvatanje šakom (<i>rukama</i>)		- prilikom promene položaja iz ležećeg u sedeći; - iz sedećeg u stojeći; - pomoć pri ulasku u ambulantu i sl.
		1. Hvatanje šakom (<i>rukama</i>)		- prilikom promene položaja iz ležećeg u sedeći; - iz sedećeg u stojeći; - pomoć pri ulasku u ambulantu i sl.	
<table><tr><td>2. Hvatanje ispod pazuha (<i>premeštanje iz stojećeg u sedeći položaj</i>)</td><td></td><td> - stanite iza pacijenta, stavite ruke ispod pazuha pacijenta i čvrsto uhvatite pacijentove podlaktice. - držati leđa ravno, lagano savijte kolena i nežno spustite pacijenta u sedeći položaj. </td></tr></table>	2. Hvatanje ispod pazuha (<i>premeštanje iz stojećeg u sedeći položaj</i>)		- stanite iza pacijenta, stavite ruke ispod pazuha pacijenta i čvrsto uhvatite pacijentove podlaktice. - držati leđa ravno, lagano savijte kolena i nežno spustite pacijenta u sedeći položaj.		
2. Hvatanje ispod pazuha (<i>premeštanje iz stojećeg u sedeći položaj</i>)		- stanite iza pacijenta, stavite ruke ispod pazuha pacijenta i čvrsto uhvatite pacijentove podlaktice. - držati leđa ravno, lagano savijte kolena i nežno spustite pacijenta u sedeći položaj.			

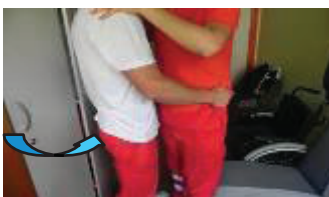
		3. Hvatanje za pojas (podizanje iz sedećeg u stojeći položaj i obrnuto.)		- stanite licem prema pacijentu i stavite jednu nogu ispred pacijentove noge kako biste sprečili „proklizavanje”. - savijte noge u kolenima i rukama uhvatite pojas pacijenta. - leđa držite ispravljena (ispružite) savijene noge, podignite pacijenta u stojeći položaj.
		4. Hvatanje ispod pazuha (podizanje iz sedećeg u stojeći položaj.)		- stanite u stranu i stavite jednu nogu ispred pacijentove noge kako biste sprečili „klizanje”; - savijte nogu u koleno i stavite ruke ispod pazuha pacijenta, - leđa držite ispravljena (ispružite) savijene noge, podignite pacijenta u stojeći položaj.
[II]	Premeštanje pacijenta iz kreveta u kolica	1. Postavite kolica paralelno sa krevetom tako da oslonac kolica bude okrenut ka glavi kreveta; 2. Uklonite stranu kolica koja se nalazi pored kreveta; 3. Zakočite kolica; 4. Podignite držače za noge na kolicima; 5. Pacijent se postavlja u sedeći položaj samostalno, ili uz pomoć (slika 14);  Slika 14 – Pacijent u sedećem položaju samostalno ili uz pomoć 6. Spustite pacijentove noge preko ivice kreveta (slika 15);		



Slika 15 – Stopala pacijenta preko ivice kreveta

7. Stanite licem prema pacijentu sa blago savijenim kolenima i primenite jedan od preporučenih zahvata (2 ili 3) (slika 16);

Slika 16 – Stajanje ispred pacijenta



8. Pacijent se može držati na ramenima ili oko vrata od strane medicinske sestre;
9. Podignite pacijenta na noge i stavite ga na kolica polukružnim pokretima (slika 17);



Slika 17 – Polukružno kretanje

10. Vratite stranicu kolica;
11. Spustite oslonce za noge;
12. Postavite noge na držač;
13. Podržite leđa pacijenta na osloncu i pričvrstite sigurnosni pojas;
14. Stavite ruke pacijenta u njegovo krilo.



Slika 18 – Pomozite pacijentu da hoda

[III]	Pomozite pacijentu koji hoda	1. Stojite blizu pacijenta; 2. Držite pacijenta oko struka rukom koja je najbliža telu; 3. Držite ispruženu ruku pacijenta drugom rukom koristeći šaku;
[IV]	Pomozite pacijentu u slučaju pada	1. Ako pacijent ipak padne, bezbednije je da ga nežno ili polako spustite na pod nego da sprečite pad. 2. Podmetnite svoje telo i pustite da telo klizi, ne pokušavajte da ga držite (kontrolisani pad); 3. Zatim postavite pacijenta u mogući fiziološki položaj i pozovite pomoć.
[V]	Podizanje pacijenta sa poda	1. U situaciji kada je pacijent na podu, pozovite pomoć; 2. Ni u kom slučaju ne pokušavajte sami da podignete pacijenta sa poda; 3. Ako je pacijent u stanju da sarađuje i koristi svoju snagu, onda mu pomozite da ustane.
[VI]	Mere opreza	1. Kad god je to moguće, medicinska sestra treba da vrši podizanje i pomeranje sa drugom osobom (članom porodice ili starateljom), koristeći opisane metode; 2. Kada medicinska sestra nije sigurna u svoju snagu (kod veoma teških pacijenata), treba pozvati pomoć pre pokušaja podizanja, kako bi se izbegla povreda pacijenta ili medicinske sestre; 3. Bez obzira koji hvat ili metod koristite, položaj stopala je od najveće važnosti za vašu bezbednost (stopala treba da budu čvrsto na podu u pravcu kretanja pacijenta, kolena polu savijena i kičma ispravljena).

23. PROCEDURA HRANJENJA PACIJENTA PUTEM NAZOGASTRIČNE SONDE

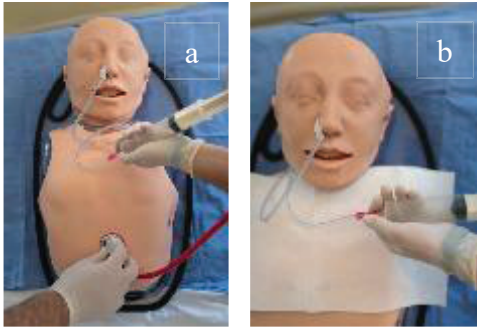
Cilj ove procedure je standardizacija procesa hranjenja pacijenta putem nazogastrične sonde u kućnim uslovima, uz demonstraciju procedure pacijentu i/ili staratelju radi samostalnog hranjenja.

Enteralna ishrana je unošenje hrane, tečnosti ili preparata preko sonde u stomak ili početni deo tankog creva, u nemogućnosti uzimanja hrane kroz usta usled različitih bolesti ili stanja.

Medicinska sestra obilazi pacijenta kod kuće na osnovu uputstava odgovornog lekara.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema medicinske sestre	1. Uzmite opšte podatke o pacijentu, uvidom u medicinsku dokumentaciju; 2. Odredite datum i vreme dolaska u posetu; 3. Isplanirajte dovoljno vremena.
[II]	Priprema materijala	1. Špric 50 ili 100ml (s kljunastim nastavkom ili navojem prilagođenim za sondu); 2. Stetoskop; 3. Dezinfekciono sredstvo; 4. Higijenski papir; 5. Rukavice za jednokratnu upotrebu.  Slika 19 – Materijal za hranjenje
[III]	Priprema pacijenta	1. Postavite pacijenta u Fowlerov položaj (naslon za glavu na 30°-45°), poštujući privatnost; 2. Objasnite pacijentu ili staratelju kako se hraniti i važnost saradnje; 3. Upozorite pacijenta na nelagodnosti koje se mogu pojaviti tokom hranjenja (mučnina, povraćanje).

[IV]	Postupci za hranjenje pacijenta	1. Medicinska sestra tokom posete treba da proveri da li je pacijent ili staratelj dobio upute o zdravstvenoj nezi i ishrani pre otpuštanja iz bolnice; 2. Operite i dezinfektujte ruke; 3. Stavite rukavice; 4. Zaštitite pacijenta higijenskim ubrusom; 5. Proverite temperaturu hrane, najbolje gotova farmaceutska priprema ili mešana hrane (tečni pire), čaj, voda; 6. Otvorite poklopac sonde; 7. Pre uzimanja hrane proveriti ispravnost sonde (špricom ubrizgati 20-30ml vazduha i istovremeno stetoskopom proveriti „zviždanje vazduha“ u predelu stomaka); 8. Uvucite hranu u špric i povežite je sa sondom; 9. Polako, bez primene sile, pritisnite sadržaj u sondu (kada se špric odvoji od sonde, zatvorite sondu stezaljkom ili poklopcem); 10. Ubrizgajte hranu polako (od 10 do 30 minuta, u zavisnosti od količine hrane koju uzima); 11. Pratite reakcije pacijenta; 12. Nakon hranjenja, isperite sondu sa 20-30ml vode; 13. Zatvorite sondu pomoću stezaljke ili poklopca; 14. Savetujte pacijenta da ostane u povišenom položaju najmanje 30 minuta; 15. Raspakujte pribor. 
[V]	Mere opreza	1. Edukujte pacijenta i staratelja, kako bi ih osposobili za samostalno hranjenje;

Slika 20 (a i b) – Procedura hranjenja

		2. Predložite pacijentu i staratelju da vode evidenciju o unosu hrane i tečnosti; 3. Dozvoljava se pacijentu i/ili staratelju da postavlja pitanja i obavlja postupak hranjenja u prisustvu medicinske sestre, da proceni stečena znanja i veštine; 4. Obavestite pacijenta ili staratelja o mogućim komplikacijama, koje se moraju prijaviti odgovornom lekaru; 5. Ne zanemariti preporučenu količinu hrane; 6. Prestanite sa hranjenjem u slučaju bola, mučnine, povraćanja, dijareje; 7. Regulшите uzimanje hrane dinamikom gutanja.
[VI]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji evidentira: 1. Opšte podatke o pacijentu; 2. Datum i vreme hranjenja; 3. Edukaciju i demonstraciju radnji; 4. Potpis medicinske sestre koja je obavila radnje.

24. PROCEDURA ZDRAVSTVENE NEGE I HRANJENJA PACIJENTA S PERKUTANOM ENDOSKOPSKOM GASTROSTOMOM

Cilj ove procedure je standardizacija postupaka zdravstvene nege i hranjenja perkutanom endoskopskom gastrostomom (PEG) u kućnim uslovima, uz demonstraciju postupka pacijentu i staratelju za samostalnu negu i ishranu.

PEG je hirurški otvor u zidu želuca sa transabdominalnom cevčicom kroz koji se hrana može isporučiti direktno u stomak kod pacijenata koji ne mogu da progutaju hranu.

Medicinska sestra obavlja kućnu posetu pacijentu sa PEG-om na osnovu pismenog naloga odgovornog lekara.

Procedure zdravstvene nege uključuju negu gastrostomije, procedure hranjenja i održavanje prohodnosti sonde.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema sredstava i materijala	1. Sredstvo za dezinfekciju ruku; 2. Sterilne rukavice za jednokratnu upotrebu; 3. Maska; 4. Mantil za zaštitu pacijenta; 5. Tupfer/sterilna gaza; 6. Rastvor NaCl 0,9%; 7. Sredstvo za dezinfekciju kože i sluzokože; 8. Kontejneri za korišćeni materijal; 9. Mast/zaštitna krema za sluzokožu; 10. Transparentni flaster; 11. Špric od 20 ml za ispiranje sonde; 12. Špric od 60ml za hranu; 13. Špric od 2ml i 5ml za ispiranje sonde; 14. Obična mlaka pripremljena voda ili gotov preparat za hranjenje gastrostome (37 °C)

		 Slika 21 – Gastrostoma
[II]	Nega gastrostome	1. Pre izvođenja postupka, operite i dezinfikujte ruke; 2. Stavite sterilne rukavice i masku; 3. Očistite kožu oko mesta gde je sonda postavljena sa 0,9% rastvorom NaCl i dobro osušite; 4. Pažljivo odvojite prsten stome od kože tokom ispiranja i sušenja; 5. Područje oko reza premazati specijalnom zaštitnom mašću/kremom i zaštititi providnim flasterom koji se mora menjati svaka 2-3 dana. 6. Okrenite spoljni sigurnosni prsten za 90° (da biste izbegli pritisak na istu tačku na koži) i spustite ga iznad izlazne tačke.
[III]	Postupak hranjenja osoba putem PEG-a	Tokom prve kućne posete, medicinska sestra proverava znanje pacijenta i staratelja o zdravstvenoj zaštiti i hranjenju gastrostomom, a zatim započinje hranjenje i demonstrira proceduru: 1. Postavite pacijenta u sedeći položaj, u stolicu ili podignut u krevetu; 2. Stavite rukavice za jednokratnu upotrebu; 3. Pre nego što unesete hranu, proverite položaj sonde i da li je pravilno pričvršćena (pratite oznake na sondi).  Slika 22 – Nazogastrična sonda (SNG)

		4. Proverite prohodnost sonde – nakon što spojite špric i sondu, lagano povucite klip šprica prema sebi, gde treba da se pojavi žuto-zeleni sadržaj iz želuca, a zatim lagano potisnite hranu iz šprica; 5. Hranite polako, sa špricom od 60 ml tokom najmanje 15 minuta; 6. Pratite akt gutanja; 7. Nakon svakog obroka, ubrizgajte 30 - 50 ml obične ili gazirane vode da biste održali prohodnost sonde.
[IV]	Edukacija i obuka pacijenata i staratelja za samostalno hranjenje	1. Medicinska sestra istovremeno edukuje pacijenta/staratelja i osposobljava ga za samostalno hranjenje, poštujući pacijentovu ličnost, privatnost, pogled na svet i moralna i verska uverenja; 2. Medicinska sestra daje uputstva pacijentu i staratelju o uzimanju dovoljno hranljive hrane i prave količine tečnosti (predlaže im da vode evidenciju o vremenu i količini unesene hrane i tečnosti); 3. Omogućiti pacijentu i/ili staratelju da postavlja pitanja i vrši postupak hranjenja u prisustvu medicinske sestre, da proceni stečena znanja i veštine; 4. Obavestite pacijenta ili člana porodice o mogućim komplikacijama i kada je potrebno obavestiti nadležnog lekara.
[V]	Mere opreza	1. Tokom nege gastrostome, pregledajte kožu oko sonde (mogućnost infekcije i iritacije); 2. Pratite da li ima iritaciju ili bol oko kože; 3. U slučaju promena na koži oko stome, odmah obavestite nadležnog lekara; 4. Ako pacijent ima problema sa disanjem tokom hranjenja, odmah prekinite hranjenje; 5. Nakon završetka obroka, pacijent treba da bude u istom položaju narednih 30 - 60 minuta (ovaj položaj sprečava ulazak hrane u traheju); 6. Ukoliko je sonda začepljena, potrebno je špricom od 2 ili 5 ml ubrizgati oko 50 ml tople obične ili gazirane vode, kako se sonda ne bi oštetila.

[VI]	Dokumentovanje	Medicinska sestra koja obavlja posetu koristi: 1. Nalog za posetu; 2. Zdravstvenu knjižicu pacijenta; Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira: 3. Opšte podatke o pacijentu; 4. Datum i vreme posete; 5. Izvršene radnje i neželjene reakcije; 6. Edukaciju i demonstraciju radnji za samostalno hranjenje; 7. Potpis medicinske sestre.
------	----------------	---

25. PROCEDURA PRIMENE KLIZME (KLISTIRANJE) U KUĆNIM USLOVIMA

Cilj ove procedure je definisanje koraka za izvođenje klistiranja na bezbedan i standardizovan način.

Klistiranje je procedura u kojoj se propisani rastvor primenjuje na debelo crevo pomoću rektalne sonde radi stimulacije peristaltike creva i/ili čišćenja i pražnjenja creva.

Klistiranje kod kuće se radi manje pokretnim i nepokretnim pacijentima na osnovu prepisivanja lekara, kojim se određuje količina rastvora (mala, srednja i velika) i način primene (visoka ili mala). Proceduru obavlja medicinska sestra.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema prostora i materijala	1. Prostorija u kojoj će se postavljati klistir mora biti svetla, provetrena, prijatne temperature i da štiti privatnost pacijenta; 2. Set za klistir za jednokratnu upotrebu ili rektalna sonda 22–28cm za odrasle, irigator sa mlaznicom i klipom; 3. Propisani rastvor (standardna zapremina za klistir za irigaciju je 750–1000 ml za odrasle) na temperaturi od 20–37 °C, osim ako nije drugačije propisano; 4. Sklopivi stalak/držač za infuziju; 5. Mazivo; 6. Nepropusna zaštitna folija/tkanina; 7. Papirna vata; 8. Nesterilne rukavice za jednokratnu upotrebu; 9. Maska; 10. Lopata (noćni kontejner za urin i stolicu sa poklopcem) ako je pacijent nepokretan; 11. Sredstvo za dezinfekciju ruku.
[II]	Priprema pacijenta	1. Pitajte pacijenta da li je ikada imao klistir i da li ima problema sa zadržavanjem tečnosti; 2. Objasnite proceduru i dozvolite postavljanje pitanja; 3. Obezbedite privatnost (zatvorite vrata), poštujući, koliko je to moguće, njegove specifične zahteve u vezi sa pogledom na svet i moralna ubeđenja;

		4. Oslobodite glutealno područje od odeće; 5. Postavite pacijenta na levi bok (Simsov položaj).
[III]	Izvođenje postupka	1. Za primenu visokog klistira, rastvor se podiže na visinu od 45-60 cm iznad rektuma pacijenta, dok se rektalna cev uvodi u debelo crevo 7-10 cm; 2. Za primenu niskog klistira, rastvor se podiže na visinu od 30-45 cm iznad rektuma pacijenta, dok se rektalna cev uvodi u debelo crevo 6-8 cm; 3. Stavite rukavice i masku; 4. Postavite nepropusni zaštitni sloj ispod gluteusa; 5. Postavite propisani rastvor u stalak za infuziju uz krevet na odgovarajućoj visini; 6. Uklonite vazduh iz creva pomoću irigatora; 7. Namazati rektum u dužini od 10 cm; 8. Otvorite gluteus pacijenta nedominantnom rukom; 9. Uzmite sondu dominantnom rukom i vrhom sonde dodirnite anus da biste opustili sfinkter, zatim lagano rotirajte sondu i nežno umetnite rektalni nastavak 7-10 cm u debelo crevo, savetujući pacijenta da duboko diše kroz usta; 10. Stavite posudu sa rastvorom na stalak; 11. Otvorite ventil i pustite da rastvor polako teče/procuri, držeći rektalnu cev; 12. Zamolite pacijenta da duboko diše i stisne sfinkter; 13. Posmatrajte pacijenta tokom radnje; 14. Ako pacijent ima osećaj napetosti i bola, privremeno zaustavite protok tečnosti; 15. Ako pacijent ne može da stegne sfinkter, medicinska sestra će izvršiti pritisak na njegova creva tokom klistiranja; 16. Kada se rastvor potpuno nanese, zatvorite ventil ili zategnite cev; 17. Zamotajte cev blizu rektuma i polako izvucite cev iz debelog creva kroz kabanicu;

		18. Zamolite pacijenta da drži rastvor najmanje 15-20 minuta ili što je duže moguće; 19. Nakon završetka postupka klistiranja, sakupite korišćeni materijal; 20. Skinite rukavice, operite i dezinfikujte ruke.
[IV]	Mere opreza	1. Ne radite klistir u sedećem položaju, jer rastvor neće dovoljno ući u rektum i doći će do distenzije rektuma, što može dovesti do brzog izbacivanja tečnosti ili oštećenja rektuma; 2. Ako pacijent nije u mogućnosti da zauzme Simsov položaj, klistir se može uraditi ležeći na leđima ili okrenut na desnu stranu; 3. Odmah se obratite lekaru ako pacijent nije spontano izbacio rastvor nakon jednog sata; 4. Nemojte uraditi više od 3 klistira zaredom; 5. Ukoliko pacijent oseća bol i ako cev naiđe na trajni otpor, obavestiti lekara (mogući apsces ili tumor); 6. Ako pacijent ima poteškoća da kontroliše sfinkter, koristite plastični štitnik na cevčici ili koristite balon cev (Verdenov kateter). 7. Tokom primene rastvora može se pojaviti vrtoglavica i slabost; 8. Srčana aritmija je moguća usled stimulacije vagovazalnog refleksa nakon uvođenja rektalne cevi.
[V]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji evidentira: 1. Opšte podatke o pacijentu; 2. Datum, vreme i vrsta klistiranja; 3. Potpisuje dokumentaciju.

26. PROCEDURA ČIŠĆENJA TRAHEOSTOME

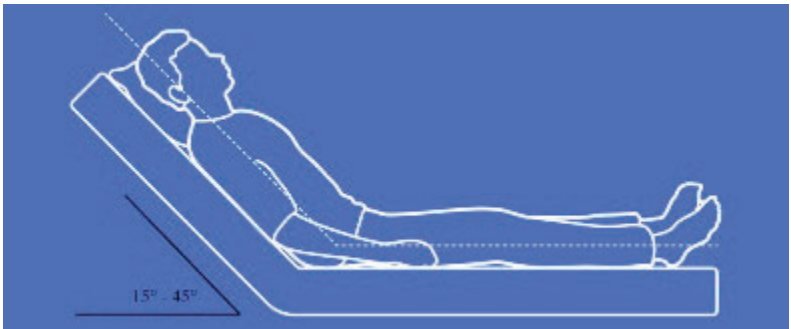
Cilj ove procedure je obavljanje sestrinskih postupaka na traheostomskoj nezi i čišćenju na standardizovan način tokom kućnih poseta.

Traheotomija je hirurška intervencija, gde se interveniše u prednji zid dušnika (traheostomija) i postavlja trahealna kanila (metalna ili plastična cev) kroz koju se omogućava prolaz vazduha u donjim disajnim putevima. Izvodi se u projekciji drugog ili trećeg hrskavičnog prstena traheje i održava se otvorenim umetanjem trahealne kanile.

Čišćenje traheostome vrši medicinska sestra kod pacijenata kod kojih je nastala rupa (stoma), po uputstvu nadležnog lekara.

PPROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala	1. Sterilne i nesterilne rukavice; 2. Četka za jednokratnu upotrebu za pranje kanile; 3. Fiziološki rastvor NaCl 0,9%; 4. Podložak za kanilu; 5. Sterilni zavojni materijal (gaza, zavoji, traka); 6. Kompresija; 7. makaze; 8. Bubrežnjak; 9. Dezinfekciono sredstvo; 10. Vazelin; 11. Mast/zaštitna krema za kožu oko traheostome; 12. Vreća za infektivni otpad. Slika 23 - Podložak za kanilu

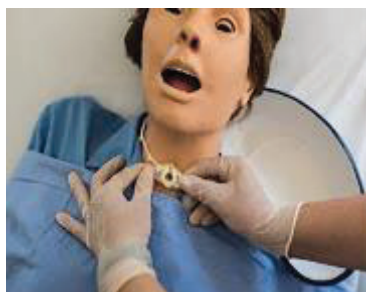
[II]	Priprema prostora	1. Prostorija u kojoj se vrši čišćenje traheostome treba da bude osvetljena, provetrena, vlažna (suv vazduh iritira i izaziva kašalj), ugodne temperature i pogodna za privatnost pacijenata.
[III]	Priprema pacijenta	1. Pitajte pacijenta za saradnju tokom traheostomskog toaleta; 2. Objasniti pacijentu/porodici/staratelju svrhu postupaka; 3. Postavite pacijenta u Fowlerov položaj, i ogledalo ispred pacijenta, poštujući pacijentovu ličnost, privatnost, pogled na svet i moralna i verska uverenja.  Slika 24 – Fowlerov položaj
[IV]	Postupak toalete traheostome	1. Tokom čišćenja traheostome, član porodice/staratelj drži ogledalo ispred pacijenta u svrhu edukacije pacijenta, člana porodice ili staratelja; 2. Operite i osušite ruke, stavite rukavice i masku; 3. Postavite kompresiju oko vrata i bubrežnog suda blizu ruke; 4. Uklonite kordon (materijal za omotavanje) koji drži kanilu sa traheostome i stavite je u kontejner za infektivni otpad; 5. Nežno povucite kanilu prema sebi; 6. Odvojite unutrašnju kanilu od spoljašnje okretanjem sigurnosne “blokada”; 7. Postavite kanilu (spoljnu i unutrašnju) u bubrežni sud; 8. Operite mehanički četkom i isperite toplom vodom; 9. Stavite/potopite u bubrežnu posudu sa dezinfekcionim sredstvom (na nekoliko minuta); 10. Skinite rukavice i dezinfikujte ruke; 11. Stavite sterilne rukavice (pridržavajte se aseptičnih procedura ako je pacijent tek operisan);

		12. Ako su ivice traheostome vlažne, sterilnim tamponom dezinfikovati područje oko reza (dezinfekcija prema preporuci lekara); 13. Ukoliko su ivice oko traheostome suve i „čiste”, očistiti kožu oko traheostome sterilnim brisevima natopljenim NaCl 0,9%, osušiti i naneti zaštitnu mast/kremu oko kože (prema preporuci lekara); 14. Isperite kanilu sterilnim 0,9% rastvorom NaCl; 15. Osušite kanilu sterilnom gazom i ubacite unutrašnju kanilu u spoljašnju; 16. Zatvorite “blokiranje” sigurnosti na kanili; 17. Spoljašnji deo kanile podmazati vazelinom ili navlažiti sterilnim fiziološkim rastvorom; 18. Nežno ubacite kanilu u traheostomiju; 19. Postavite jastuk oko stome; 20. Stanite pored pacijenta, držite gazu direktno ispred usta (OPREZ! pacijent iskašlja sekret) i ohrabrite pacijenta da kašlje, kako biste bili sigurni da je disajni put čist i da je kanila na pravom mestu; 21. Stavite zavoj oko vrata i proverite sigurnost kanile (zavoj i gajtana ne bi trebalo da zatežu vrat pacijenta, niti da budu previše „labavi“ da kanila ispadne); 22. Spakujte sredstva; 23. Operite ruke.
[V]	Dokumentovanje	Medicinska sestra koja obavlja posetu koristi: 1. Nalog za posetu; 2. Zdravstveni karton pacijenta. Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u postojeću dokumentaciju zdravstvene institucije evidentira: 3. Opšte podatke o pacijentu; 4. Datum i vreme čišćenja traheostome; 5. Datum sledeće posete; 6. Potpis medicinske sestre.

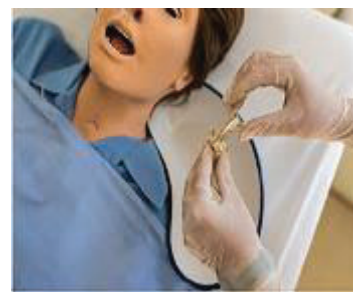
ČIŠĆENJE TRAHEOSTOME



Materijal potreban za čišćenje kanile



Izvucite kanilu okretanjem sigurnosne "brave"



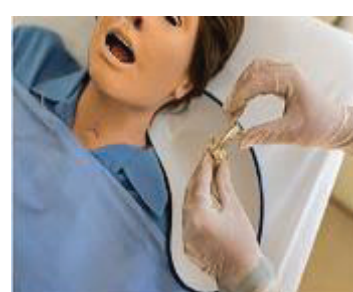
Odvojite unutrašnju kanilu od spoljne kanile



Postavite kanilu u bubrežni sud



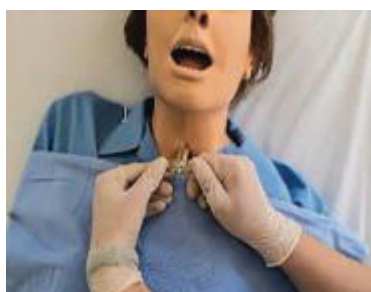
Mehanički očistiti, dezinfikovati, isprati



Umetnite unutrašnju kanilu u spoljašnju kanilu



Zatvorite sigurnosnu "bravu" i nanesite vazelin



Umetnite kanilu



Stavite gazu oko stome



Ohrabrite pacijenta da kašlje



Stavite zavoj ili traku i pričvrstite oko vrata

27. PROCEDURA TRETMANA DIJABETIČKOG STOPALA KOD KUĆE

Cilj ove procedure je lečenje dijabetičkog stopala kod kuće na jedinstven i bezbedan način.

Kao posledica dugotrajno povišenog nivoa glukoze u krvi dolazi do oštećenja krvnih sudova i nerava, što rezultira promenama na koži stopala. Vremenom koža postaje suva, zadebljana, sklona pucanju, što može izazvati hronične otvorene rane (čireve), koje često, usled razvoja infekcije, mogu dovesti do gangrene i amputacije prsta, stopala ili cele noge.

Multidisciplinarni pristup lečenju i rehabilitaciji dijabetičkog stopala kod kuće je dugotrajan proces u kojem medicinska sestra ima dominantnu ulogu.

Indikacije za lečenje dijabetičkog stopala kod kuće određuje lekar, navodeći:

- Stepen lezije [Sistem Vagnerove klasifikacije dijabetičkog stopala – Tabela 14];
- Način rukovanja, obrade i previjanja;
- Učestalost;
- Vrsta antiseptika;
- Vrsta odgovarajuće obloge (antiseptici, hidrokoloidi, alginati, poliuretanska pena, itd.).

Tabela 14 – Stepen lezije

Stepen	Lezija
0	Nema otvorene rane, postoji deformacija stopala i lokalno crvenilo kože.
1	Površinski dijabetički čir (delimična ili puna debljina).
2	Rana se proteže do ligamenta, tetive, zglobne kapsule bez apscesa i osteomijelitisa.
3	Duboki čir sa apscesom, osteomijelitisom ili gnojenja u zglobu.
4	Lokalizovana gangrena u prstima, prednjem delu stopala ili peti.
5	Ekstenzivna gangrena koja pogađa celo stopalo.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala	1. Kecelja za jednokratnu upotrebu; 2. Kompresse za jednu upotrebu; 3. Maska; 4. Rukavice za jednokratnu upotrebu; 5. Sterilni instrumenti (pean, pinceta, makaze); 6. Kontejneri za skladištenje korišćenih instrumenata; 7. Špric velike veličine - sterilan; 8. Sterilna gaza različitih veličina, zavoj, leukoplast;

		9. 0,9% rastvor NaCl na sobnoj temperaturi; 10. Antiseptik koji je propisao lekar; 11. Odgovarajuće obloge koje je propisao lekar (poliuretanske folije i pene, hidrokoloide, hidrogelovi, alginati, nelepljive kontaktne mrežice itd.); 12. Bubrežnjak; 13. Kutija za oštar otpad i vreća za infektivni otpad.
[II]	Priprema prostora i pacijenta	1. Prostorija treba da bude osvetljena, provetrena i na ugodnoj temperaturi; 2. Objasnite pacijentu postupak i saradnju koja se od njega očekuje, poštujući njegovu privatnost.
[III]	Postupak	1. Postavite pacijenta u pravilan položaj; 2. Stavite kecelju; 3. Stavite dve obloge, jednu ispod stopala koje ćete tretirati, a drugu za materijal koji će se koristiti tokom tretmana; 4. Odgovarajuće postavite materijal potreban za tretman; 5. Dezinfikujte ruke, stavite rukavice i masku; 6. Uklonite preliminarni zavoj sa rane (ako je čir već lečen) i bacite ga u vreću za infektivni otpad; 7. Ubacite 0,9% rastvor NaCl u špric; 8. Postavite bubrežni sud tako da se tečnost i eksudat iz rane ulije u njega; 9. Za čišćenje rane u sterilni špric ubaciti 0,9% rastvor NaCl i očistiti čir sa udaljenosti od 2 - 5 cm, pazeći da pritisak ne bude prejak, kako ne bi došlo do oštećenja tkiva u rani; 10. Sterilnim instrumentom uzmite sterilni bris, navlažite ga fiziološkim rastvorom (pazeći da vrh flaše ne dodiruje bris) i očistite ranu kružnim pokretima od centra ka ivicama; 11. Ponovite radnju nekoliko puta, svaki put koristeći sterilni bris; 12. Prema uputstvima lekara, tretirajte ranu antiseptikom koji se mora ostaviti na rani određeno vreme; 13. Nakon toga ranu očistiti NaCl 0,9%, a zatim osušite suvom sterilnom gazom; 14. Postavite hirurški pokrivač na rani, koju treba zaštititi višeslojnom sterilnom gazom.

		  Slika 26 – Pre tretmana Slika 27 – Dva meseca nakon tretmana 15. Fiksirajte gazu i/ili zamotajte je zavojem i flasterom; 16. Tretirajte upotrebljeni materijal nakon radnje; 17. Skinite rukavice i stavite u vreću za infektivni otpad. 18. Nikada ne ostavljajte otpad u kući pacijenta; 19. Planirajte sledeću posetu sa pacijentom.
[IV]	Mere opreza	1. Medicinska sestra mora poznavati patofiziologiju nastanka čira, kako bi informacije koje se prenose lekaru bile tačne; 2. Ako se primeti pojava nekrotičnih tkiva, potrebno je što pre kontaktirati nadležnog lekara; 3. Rana će brže i bolje zarasti ako nije izložena stalnom pritisku i iritaciji.
[V]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji evidentira: 4. Opšte podatke o pacijentu; 5. Datum i vreme usluge; 6. Vrstu usluge (tretman rane, vrstu i način previjanja, konsultacije, demonstracija); 7. Potpiše dokumentaciju.

28. PROCEDURA PRIPREME I PRIMENE POTKOŽNE INFUZIJE (HIPODERMOKLIZE) U KUĆNIM USLOVIMA

Cilj ove procedure je da se medicinska sestra uputi da primeni potkožnu infuziju kod kuće.

Potkožna infuzija (hipodermokliza) se koristi u slučaju dehidracije pacijenta gde je kompenzacija tečnosti otežana/nemoguća oralnim ili intravenskim putem.

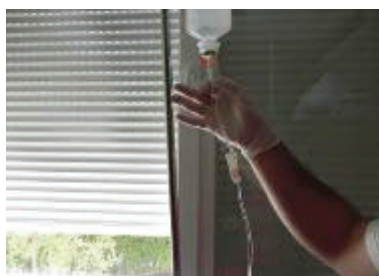
Potkožna infuziju daje medicinska sestra na osnovu pismenog uputa odgovornog lekara.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala	1. Set za infuziju; 2. Babysistem (veličina 23 – 25 Gauge); 3. Pamučni tupfer; 4. Dezinfekciono sredstvo; 5. Flaster; 6. Sterilna gaza (5x5 cm); 7. Rukavice za jednokratnu upotrebu; 8. Stalak/držač za infuziju; 9. Bubrežnjak; 10. Kutija za odlaganje oštih predmeta.
[II]	Priprema pacijenta	1. Obavestite pacijenta/staratelja o postupku, dozvolite pitanja i poštuju privatnost; 2. Odredite mesto za primenu infuzije: unutrašnji deo butina, prednji deo grudnog koša ispod ključne kosti [posebna nega kod kahektičnog (slaba)], bočni zid stomaka, na leđima obično ispod lopatice; 3. Procenite stanje kože na mestu uboda.
[III]	Izvođenje procedure	1. Operite i osušite ruke; 2. Stavite rukavice za jednokratnu upotrebu; 3. Povežite babysistem sa sistemom, stavite ga u sadržaj infuzije, otpustite tečnost i uklonite vazdušne mehuriće; 4. Dezinfikujte ubodno mesto i ostavite da se osuši; 5. Stisnite kožu palcem i kažiprstom;

		6. Uvucite iglu pod uglom od 45°, održavajte tačan ugao tako što ćete staviti gazu ispod ruku; 7. Pokrijte mesto uboda sterilnom gazom i popravite sistem; 8. Pričvrstite iglu na kožu flasterom blizu mesta uboda; 9. Podesite protok rastvora (uobičajena brzina je 1 ml u minuti); 10. Posmatrajte mesto ubrizgavanja i protok rastvora u roku od 1 sata.
[IV]	Mere opreza	Potkožna infuziju ne treba stavljati u: 1. Mesta sa postojećim edemom ili udovi sa limfedemom; 2. Mesta primene radioterapije; 3. Oblast sa oštećenom kožom ili ranom, na mestu mastektomije, blizu stome, na donjim ekstremitetima pokretnih pacijenata. 4. Medicinska sestra ne treba da dodaje nikakav lek u rastvor za potkožnu infuziju, osim ako to nije propisao lekar; 5. Prekinite infuziju u slučaju crvenila, induracije, osetljivosti, krvarenja ili edema; 6. Maksimalna količina je 1,5 litara za 24 sata na jednom mestu ili 3 litra za 24 sata, ako se koriste dva mesta primene; 7. Preporučuje se promena mesta infuzije svakih 48 - 72 sata; 8. Pacijenta ili staratelja treba savetovati o pravilnom čuvanju rastvora kod kuće, prateći uputstva proizvođača.
[V]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji evidentira: 1. Opšte podatke o pacijentu; 2. Datum i vreme posete; 3. Vrstu usluge; 4. Potpis medicinske sestre.

POTKOŽNA INFUZIJA – HIPODERMOKLIZA



Priprema infuzije



Stavite babysistem u infuziju



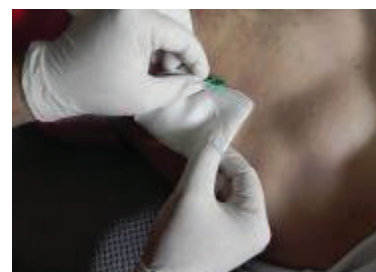
Odredite mesto ubrizgavanja



Dezinfikujte mesto ubrizgavanja



Povucite kožu i stavite iglu



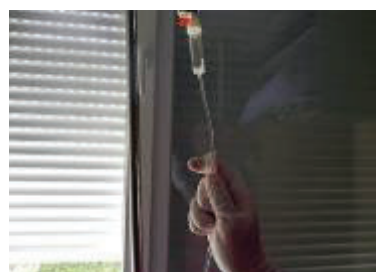
Postavite gazu ispod babysistema



Fiksirajte babysistem



Fiksirajte nastavak babysistema



Popravite opisani tok

29. PROCEDURA POSTUPANJA SA UMRLOM OSOBOM U KUĆI

Cilj ove procedure je upućivanje medicinske sestre u slučaju smrti pacijenta pre ili tokom kućne posete.

Smrt je stanje organizma nakon što vitalni organi, srce i mozak prestanu da funkcionišu. Medicinska sestra može da bude svedok smrti pacijenta tokom posete, ali takođe može da pronađe pacijenta koji je umro pre dolaska u posetu.

U slučaju sumnje da je nastupila smrt, medicinska sestra poziva hitnu pomoć. Ako se sumnja na smrt uzrokovanu nasiljem ili samoubistvom, mora se obezbediti da se ne izgubi trag o mogućem krivičnom delu do dolaska hitne pomoći.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Postupci medicinske sestre nakon utvrđivanja smrti	1. Medicinska sestra mora izraziti saučešće, pružiti psihološku i fizičku podršku članovima porodice preminule osobe; 2. Ako porodica traži, dajte im vremena za oproštajne trenutke sa preminulom osobom; 3. Vredne stvari iz tela umrlog uzima porodica umrlog, ili medicinska sestra u prisustvu svedoka; 4. Vredne stvari se predaju članu porodice; 5. Vredne stvari preuzimaju članovi porodice i sve stvari (preostale i izvađene sa tela) evidentiraju se u dva primerka Zapisnika o pronađenim dragocenostima i drugim stvarima kod umrlog, koji sa jedne strane potpisuje medicinska sestra, a sa druge strane. član uže porodice/staratelj/svedok.
[II]	Zbrinjavanje umrle osobe	1. Stavite rukavice i masku; 2. Zaustavite infuzioni rastvor; 3. Zatvorite kapke pokojnika (ako se kapci ne mogu potpuno zatvoriti, stavite na oči pamučne štapiće natopljene fiziološkim rastvorom na nekoliko minuta); 4. Uklonite drenaže, katetere, nazogastričnu sondu, sistem za infuziju, i.v. kanilu itd. i bacite ih u vreću za infektivni otpad; 5. Sve vrste otvorenih rana (operativna rana, mesto kanile i sl.) prekrijte gazom i fiksirajte flasterom;

		6. Pokojnika položite na leđa, ispruženih nogu i ispruženih ruku preko tela; 7. Stavite umotan peškir ispod potiljka (ako se usta ne zatvore spontano, stavite peškir i ispod brade). 8. Pokrijte telo čaršavom; 9. Skinite rukavice, masku i stavite u vreću za infektivni otpad. 10. Operite ruke.
[III]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji evidentira: 1. Opšte podatke o pokojniku; 2. Datum posete; 3. Izvođenje postupka tokom posete; 4. Popunjava obrazac (pozivajući se na UA 04/2013); 5. Potpis medicinske sestre.

POGLAVLJE IV – PROCEDURE HITNIH POSTUPAKA

30

PROCEDURA POSTUPANJA U SLUČAJU ALERGIJSKE REAKCIJE NA LEK KOJI SE PRIMENJUJE TOKOM KUĆNE POSETE

31

PROCEDURA PRUŽANJA PRVE POMOĆI U SLUČAJU EPILEPTIČKOG NAPADA PRILIKOM KUĆNE POSETE

32

PROCEDURA PRUŽANJA PRVE POMOĆI U SLUČAJU SINKOPE

33

PROCEDURA PRVE POMOĆI U SLUČAJU KARDIOPULMONALNOG ARESTA

30. PROCEDURA POSTUPANJA U SLUČAJU ALERGIJSKE REAKCIJE NA LEK KOJI SE PRIMENJUJE TOKOM KUĆNE POSETE

Cilj ove procedure je utvrđivanje postupanja medicinske sestre u slučaju alergijske reakcije na lek koji se primenjuje tokom kućne posete.

Alergijska reakcija je neobična i neodgovarajuća reakcija imunog sistema organizma na različite antigene sa kojima je telo došlo u kontakt. Alergijske reakcije su moguće na sve vrste lekova.

Sama alergijska reakcija ne ugrožava život pacijenta, ali postoji velika mogućnost da se alergijska reakcija razvije u anafilaktičku reakciju i anafilaktički šok, tako da se alergijska reakcija mora vrlo pažljivo lečiti.

Prilikom primene leka u redovnoj poseti može doći do alergijske reakcije na lek, koja može biti trenutna (u toku primene leka) ili odgođena (od nekoliko minuta do nekoliko sati nakon primene leka). Najčešći simptomi alergijskih reakcija su zujanje u ušima, ubrzan puls, koprivnjača, svrab, suzenje očiju, vrtoglavica.

Anafilaksija je ozbiljna, po život opasna, generalizovana ili sistemska reakcija preosetljivosti (Evropska akademija za alergologiju). Ako se neki od vitalnih znakova promene, može se razviti anafilaktička reakcija ili anafilaktički šok, koji može biti opasan po život pacijenta.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Postupak u slučaju alergijske reakcije	1. Ako se bilo koji od simptoma pojavi tokom primene leka, odmah prestanite da dajete lek; 2. Ostanite mirni i pribrani, pripremite pacijenta za dalji tretman uz poštovanje privatnosti; 3. Postavite pacijenta u Trendelenburgov položaj; 4. Olabavite odeću (odvežite kravatu, otkopčajte gornje dugmadi, olabavite kaiš); 5. Pratiti vitalne znakove [krvni pritisak, disanje (zasićenje), puls]; 6. Posmatrajte i komunicirajte sa pacijentom mirno, bez podizanja tona i pokušajte da saznate kako se pacijent oseća i koje simptome ima; 7. Obavestite lekara o stanju pacijenta i preduzetim radnjama i nastavite da postupate po uputstvima lekara.

[II]	Znakovi koji ukazuju na mogućnost anafilaktičke reakcije	1. A - Respiratorni trakt – oticanje respiratornog trakta (<i>otok ždrela/larinksa, promukao glas, stridor</i>); 2. B - Disanje (<i>dispneja, bronhospazam, konfuzija zbog hipoksije, zastoj disanja</i>); 3. C - Cirkulacija (<i>bleda vlažna koža, tahikardija, hipotenzija, smanjen nivo svesti, bradikardija koja prethodi srčanom zastoju</i>); 4. D – Ograničena sposobnost – poremećaj svesti – neurološka procena (<i>može biti konfuzija, uznemirenost ili gubitak svesti</i>); 5. E – Izloženost – promene na koži (<i>mogu biti samo na koži, samo na sluznici ili na koži i sluznici</i>).
[III]	Postupak na prve znakove	1. Ako se neki od simptoma pojavi tokom primene leka, odmah prestanite da dajete lek; 2. Ostanite mirni i pribrani, pripremite pacijenta za dalje lečenje uz poštovanje privatnosti; 3. Postavite pacijenta u Trendelenburgov položaj; 4. Pozovite hitnu pomoć; 5. Obezbedite venski pristup (kanila većeg prečnika); 6. Pratite vitalne znakove (krvni pritisak, puls i disanje); 7. Oslobodite se odeće (odvežite kravatu, otkopčajte gornja dugmad, oslobodite kaiš); 8. Komunicirajte sa pacijentom ako je moguće, bez podizanja tona; 9. Ukoliko je pacijent u kardiopulmonalnom zastoju, postupiti prema protokolu za kardiopulmonalnu reanimaciju; 10. Ostanite sa pacijentom dok ne stigne hitna pomoć.
[IV]	Mere opreza	1. Pre primene leka, obavezno je proveriti postojanje alergijskih reakcija (lekovi, hrana i sl.); 2. Pojedinačne promene na koži ili sluzokoži nisu znak anafilakse; 3. Postoji povećan rizik od anafilakse kod pacijenata koji pate od astme.
[V]	Dokumentovanje	Po završetku procedure, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji evidentira: 1. Opšte podatke o pacijentu;

		2. Naziv leka koji je izazvao alergijsku ili anafilaktičku reakciju; 3. Vreme početka alergije ili anafilaktičke reakcije; 4. Vitalne znakove tokom alergijske reakcije ili anafilaktičke reakcije; 5. Sprovedene postupke; 6. Vitalne znakove nakon alergijske reakcije ili anafilaktičkog šoka; 7. Rezultat nakon postupka; 8. Vreme dolaska hitne pomoći.
--	--	--

31. PROCEDURA PRUŽANJA PRVE POMOĆI U SLUČAJU EPILEPTIČKOG NAPADA PRILIKOM KUĆNE POSETE

Cilj ove procedure je usmeravanje medicinske sestre za postupanje u slučaju generalizovanog epileptičkog napada (grand mal).

Epilepsija se definiše kao hronični poremećaj mozga različite etiologije, koji se karakteriše ponovljenim napadima uzrokovanim prekomernim pražnjenjem moždanih neurona.

Epileptični napadi nastaju pri različitim stanjima i oboljenjima koja direktno i indirektno utiču na mozak (metabolički poremećaji, infekcije, tumori, traume, hiperpireksija kod male dece itd.). Napadi su očigledan simptom opisanih poremećaja, a njegova manifestacija zavisi od toga gde se poremećaj javlja u mozgu. Epileptični napadi se dele na parcijalne, složene, generalizovane i odsutne. Napad koji traje 5 minuta ili više je epileptični status.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Postupci medicinske sestre	1. Ostanite mirni i pribrani; 2. Pogledajte na sat i odredite tačno vreme početka napada; 3. Ukloniti sve predmete na kojima bi se pacijent mogao povrediti, ili, ako to nije moguće, ukloniti pacijenta što je dalje moguće izvan tih predmeta; 4. Stavite jastuk ili bilo koji meki predmet ispod glave pacijenta, tako da se uverite da nema povreda glave; 5. Ako je moguće, okrenite osobu u bočni položaj sa ustima okrenutim prema podu, a ako stanje pacijenta to ne dozvoljava, okrenite ga odmah po prestanku napada; 6. Ako je potrebno, skinite naočare, otkopčajte gornji deo košulje, oslobodite kaiš itd. 7. Uklonite ljude koji mogu da ometaju rad oko pacijenta i obezbedite dovoljno prostora; 8. Neka napad ide svojim tokom; 9. Nikada ne pokušavajte da sprečite konvulzije tela ili stisnete pacijentove udove; 10. Izmerite trajanje napada; 11. Ostanite uz pacijenta sve vreme i budite mu podrška kada napad prestane, poštujući privatnost;

		12. Kada napad prestane, osoba je obično dezorijentisana i pospana, a potrebno je da komunicirate mirno i tiho.
[II]	Pozovite hitnu pomoć kada:	1. Napad traje 5 minuta ili više; 2. Drugi napad se dešava odmah nakon završetka prvog; 3. Pacijent ima niz napada bez povratka svesti; 4. Postoji sumnja da osoba ne boluje od epilepsije i da mu je ovo prvi napad; 5. Napad se dogodio kod trudnice ili dijabetičara; 6. Medicinska sestra sumnja na ozbiljne povrede izazvane epileptičnim napadom; 7. Pacijent ne dolazi svesti nakon napada; 8. Dezorijentacija nakon napada ne nestaje; 9. Epileptični napad se desio kod malog deteta.
[III]	Mere opreza	1. Nikada ništa ne stavljajte osobi u usta; 2. Nemojte davati nikakve lekove ili piće dok se pacijent potpuno ne probudi; 3. Napad obično prestaje sam od sebe nakon 2-3 minuta; 4. Tokom napada, pacijent povremeno prestaje da diše (ne masirati srce i ne davati veštačko disanje).
[IV]	Dokumentovanje	Po završetku procedure, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji evidentira: 1. Opšte podatke o pacijentu; 2. Trajanje epileptičnog napada; 3. Moguće povrede tokom napada.

32. PROCEDURA PRUŽANJA PRVE POMOĆI U SLUČAJU SINKOPE

Cilj ove procedure je upućivanje medicinske sestre na pravilan i bezbedan tretman u slučaju sinkope.

Sinkopa je kratkotrajan i prolazan prekid kontinuiteta svesti, praćen poremećajem mišićnog tonusa, padovima i raznim motoričkim manifestacijama. Najčešće se javlja dok stojite ili sedite i obično ne traje duže od 20 sekundi.

Presinkopa je stanje koje se može javiti i pre sinkope, uzroci su isti kao i kod sinkope i manifestuje se podrigivanjem, mučninom, znojenjem, osećajem slabosti, bukom (zujanjem) u ušima, slabljenjem vida (tj. trenutnim zamućenjem pred očima, bez gubitka svesti), vrtoglavica, osećaj gubitka svesti, nemogućnost zadržavanja u uspravnom položaju.

Kao iznenadna pojava, sinkopa je mnogo opasnija jer osoba može da zadobije teže povrede u padu. U slučaju sinkope ispoljavaju se sledeći simptomi: iznenadni osećaj slabosti, slabosti i brzog gubitka svesti, nepokretnost, koža je bleđa, oblivena hladnim znojem, zenice se šire i sporo reaguju na svetlosne podražaje, puls je ubrzan i ponekad je teško izmeriti, nagli pad krvnog pritiska (teško je izmeriti - retko može da bude normalan), disanje je plitko i usporeno, udovi se hlade, posle povratka svesti osećaj mučnine i gađenja je moguće.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI																
[I]	Radnje u slučaju sinkope	1. Sprečiti padove pacijenata i moguće povrede (ako je moguće); 2. Postavite pacijenta u ležeći položaj, sa nogama iznad nivoa glave (položaj za autotransfuziju); 3. Proverite disanje i puls pacijenta;																
		Tabela 15 – Respiracija i puls																
		<table><tr><th>Prisutni su disanje i puls</th><th>Disanje i puls nisu prisutni</th></tr><tr><td>-Oslobodite pacijenta odeće koja steže vrat i grudi</td><td>-Pozovite hitnu pomoć (po mogućnosti neko od prisutnih)</td></tr><tr><td>-Operite ili lagano poprskajte lice pacijenta hladnom vodom</td><td>-Izvršite kardiopulmonalnu reanimaciju dok ne stigne hitna medicinska pomoć</td></tr><tr><td>-Obezbedite protok svežeg vazduha</td><td></td></tr><tr><td>-Ostanite sa pacijentom dok se svest ne vrati</td><td></td></tr><tr><td>-Voditi računa o povredama pacijenta tokom pada (ako ih ima)</td><td></td></tr><tr><td>-Započnite razgovor sa pacijentom uzimajući anamnezu da biste utvrdili uzrok</td><td></td></tr><tr><td>-Izmerite i procenite vitalne znake i šećer u krvi.</td><td></td></tr></table>	Prisutni su disanje i puls	Disanje i puls nisu prisutni	-Oslobodite pacijenta odeće koja steže vrat i grudi	-Pozovite hitnu pomoć (po mogućnosti neko od prisutnih)	-Operite ili lagano poprskajte lice pacijenta hladnom vodom	-Izvršite kardiopulmonalnu reanimaciju dok ne stigne hitna medicinska pomoć	-Obezbedite protok svežeg vazduha		-Ostanite sa pacijentom dok se svest ne vrati		-Voditi računa o povredama pacijenta tokom pada (ako ih ima)		-Započnite razgovor sa pacijentom uzimajući anamnezu da biste utvrdili uzrok		-Izmerite i procenite vitalne znake i šećer u krvi.	
		Prisutni su disanje i puls	Disanje i puls nisu prisutni															
		-Oslobodite pacijenta odeće koja steže vrat i grudi	-Pozovite hitnu pomoć (po mogućnosti neko od prisutnih)															
		-Operite ili lagano poprskajte lice pacijenta hladnom vodom	-Izvršite kardiopulmonalnu reanimaciju dok ne stigne hitna medicinska pomoć															
		-Obezbedite protok svežeg vazduha																
		-Ostanite sa pacijentom dok se svest ne vrati																
		-Voditi računa o povredama pacijenta tokom pada (ako ih ima)																
		-Započnite razgovor sa pacijentom uzimajući anamnezu da biste utvrdili uzrok																
-Izmerite i procenite vitalne znake i šećer u krvi.																		

		4. Ako je sinkopa posledica pregrevanja, nakon povratka svesti, bolesnika treba ohladiti, preneti u hladnu prostoriju i dati mu da pije hladnu vodu ili malo posoljenog čaja; 5. Ako je pacijent sa hipoglikemijom svestan, treba mu dati slatko piće ili neki slatkiš (šećer, čokolada); 6. Imajući u vidu da se telo, a posebno udovi, hlade, potrebno je zagrejati pacijenta po povratku svesti; 7. Obavestiti odgovornog lekara o zdravstvenom stanju pacijenta i preduzetim radnjama; 8. Ako je u pitanju član porodice, savetujte ga da se javi nadležnom lekaru; 9. Poštujte privatnost.
[II]	Mere opreza	1. Prerano podizanje pacijenta iz sedećeg položaja može dovesti do ponovne pojave sinkope; 2. Pacijentu nije dozvoljeno ništa davati oralno, osim u slučajevima kada je sinkopa posledica pregrevanja, kada se pacijent mora rashladiti posle povratka svesti i u slučaju hipoglikemije; 3. Nije dozvoljeno davanje lekova bez prisustva lekara, posebno ako je pacijent bez svesti.
[III]	Dokumentacija	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji evidentira: 1. Opšte podatke o pacijentu; 2. Datum i vreme posete; 3. Vrste usluga koje se pružaju pacijentu kod kuće; 4. Potpis medicinske sestre koja je obavila posetu.

33. PROCEDURA PRVE POMOĆI U SLUČAJU KARDIOPULMONALNOG ARESTA

Cilj ove procedure je utvrđivanje postupanja medicinske sestre u slučaju kardiopulmonalnog aresta pacijenta u kućnim uslovima.

Kardiopulmonalna reanimacija (KPR) je postupak koja se izvodi u slučaju kardiopulmonalnog aresta u cilju uspostave funkcije srca i pluća i zaštite mozga od oštećenja izazvanih nedovoljnom ili prekinutom cirkulacijom krvi.

U slučaju kardiopulmonalnog aresta, važno je da medicinska sestra reaguje što je brže moguće kako bi se povećale šanse za reanimaciju i smanjile moguće posledice. Ukoliko pacijent ne reaguje na podražaje i ne diše, što se utvrđuje metodom „gledaj, slušaj, oseti“, neophodno je pristupiti kardiopulmonalnoj reanimaciji prema protokolu za osnovno održavanje života (Basic Life Support - BLS).

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Postupak	1. Pre početka kardiopulmonalne reanimacije pozovite hitnu pomoć, 2. Obezbeđivanje nesmetanog pristupa pacijentu uz poštovanje privatnosti; 3. Postavite pacijenta u ležeći položaj na ravnu i čvrstu površinu (pod); 4. Povucite glavu pacijenta unazad, podignite bradu i otvorite usta; 5. Proverite prohodnost disajnih puteva; 6. Uklonite strano telo iz usta ako je prisutno; 7. Napipati (dodirnuti) vrh grudne kosti; 8. Postavite meki deo dlana nedominantne šake 2 do 3 prsta iznad vrha grudne kosti i stavite dlan dominantne ruke na njega sa isprepletenim prstima koji ne dodiruju kožu; 9. Pritisnite grudni koš, podjednako snažno ritmičkim pritiskom 4 - 6 cm duboko; 10. Ponovite postupak 30 puta (učestalost pritisaka 100 - 120 u minuti); 11. Zatvorite nos pacijenta palcem i kažiprstom ruke postavljenim na čelo, drugom rukom držeći bradu gore;

		12. Udahnite duboko; 13. Čvrsto zatvorite usta pacijentovim ustima (poželjno preko gaze, maske, tkanine, disajnih puteva); 14. Uduvajte vazduh ravnomerno u usta pacijenta u trajanju od oko 1 sekunde, sa dovoljnom zapreminom da bi podizanje grudi bilo vidljivo; 15. Dok su grudi spuštene, ponovo duboko udahnite i ponovite proces izduvavanja vazduha; 16. Naizmenično nastavite sa srčanom stimulacijom i veštačkim disanjem (30:2) dok ne dođe do hitna služba; 17. Ako su se vratile radne funkcije srca i disanja, okrenite pacijenta na stranu.
[II]	Mere opreza	1. Ne izvodite KPR bez unapred određenog zastoja disanja; 2. Nemojte započinjati KPR kada je kardiopulmonalni arrest uzrokovan ozbiljnom povredom koja je nekompatibilna sa životom; 3. Držite glavu dovoljno unazad i bradu podignutu da biste oslobodili disajne puteve; 4. Ako je izbor tačke pritiska na grudima pogrešan, efekat masaže nije dovoljan; 5. Nemojte savijati ruke u laktovima dok radite kompresiju; 6. Ne naslanjajte prste na grudi; 7. Zaustavite KPR kada dođe do spontanog disanja ili hitne pomoći; 8. Zaustavite KPR ako srce nije obnovljeno pola sata nakon početka reanimacije (dugotrajna reanimacija je opravdana samo u slučajevima hipotermije i kod dece); 9. U velikom broju slučajeva može doći do agonalnog disanja (ne mešati sa spontanim), što se može opisati kao zvučno otežan ulazak vazduha sa neujednačenim pauzama; 10. Ne ostavljajte pacijenta dok hitna pomoć ne stigne, bez obzira na rezultat KPR-a.
[III]	Dokumentovanje	Po završetku postupaka, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji evidentira:

		1. Opšte podatke o pacijentu; 2. Vreme početka, završetka i rezultat reanimacije; 3. Vreme početka kardiopulmonalnog aresta ako je poznato; 4. Sprovedene postupke; 5. Vitalne znakove nakon kardiopulmonalnog aresta.
--	--	--

Slika 29 – Prva pomoć u slučaju kardiopulmonalnog aresta

PRVA POMOĆ U SLUČAJU KARDIOPULMONARNOG ARESTA



Protresti pacijenta



Proveriti disanje



Oslobodite disajne puteve



Obezbedite mesto za reanimaciju



Telefonirajte (pozovite) hitnu pomoć



Postavite dlan na grudnu kost



Ispreplesti prste i vršiti kompresiju



Primenite veštačko disanje dok ne stigne hitna



Neizmenično ponavljati postupke

POGLAVLJE V – PROCEDURE PROMOTIVNO – PREVENTIVNIH POSTUPAKA

- | | |
|-----------|---|
| 34 | PROCEDURA PROCENE I EDUKACIJE PACIJENTA ILI NEGOVATELJA O PRAVILNOJ PRIMENI LEKOVA U KUĆI |
| 35 | PROCEDURA SAVETOVANJA PACIJENTA OBOLELOG OD DIJABETESA O NEZI STOPALA |
| 36 | PROCEDURA SAVETOVANJA OBOLELOG OD MALIGNE BOLESTI PRILIKOM REDOVNE POSETE |
| 37 | PROCEDURA PREVENCIJE KOMPLIKACIJA DUGOTRAJNOG LEŽANJA/MIROVANJA |

34. PROCEDURA PROCENE I EDUKACIJE PACIJENTA / NEGOVATELJA O PRAVILNOJ PRIMENI LEKOVA U KUĆI

Cilj ove procedure je usmeravanje medicinske sestre u proceni i edukaciji pacijenta ili negovatelja o pravilnoj primeni propisane terapije.

Ukoliko pacijent uzima više lekova tokom dugog vremenskog perioda (polifarmacija), zadatak medicinske sestre je da proveri stabilnost uzimanja terapije, stečeno znanje o pravilnoj primeni propisane terapije i edukuje pacijenta o pravilnom uzimanju. terapije.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Procena	Tokom redovne posete proverite da li je propisana terapija pravilno primenjena: 1. Proverite medicinsku dokumentaciju; 2. Proverite lekove koje pacijent ima (na recept i bez recepta); 3. Proverite rok trajanja lekova; 4. Pitajte o vrsti, količini, načinu i vremenu uzimanja lekova; Faktori koji utiču na stabilnost lekova i njihovu pravilnu primenu: 5. Socio-ekonomski status (nedostatak sredstava, nedostatak socijalne podrške, skupi lekovi, itd.); 6. Istovremeno lečenje nekoliko hroničnih bolesti; 7. Stanja u vezi sa napredovanjem osnovne bolesti (ozbiljnost simptoma, loša prognoza bolesti itd.); 8. Stanja vezana za lekove (trajanje uzimanja lekova, prethodni terapijski neuspeh, česte promene lekova, brz početak blagotvornog dejstva lekova itd.); 9. Motivacija pacijenta za uzimanje lekova; 10. Nasilje u porodici.
[II]	Planiranje postupaka	Procenite ispravnost uzimanja propisanih lekova i planirati potrebne aktivnosti. U slučaju uočenih nepravilnosti, posavetovati i edukovati pacijenta/negovatelja o: 1. Važnosti nastavka uzimanja i posledice prestanka uzimanja propisanih lekova;

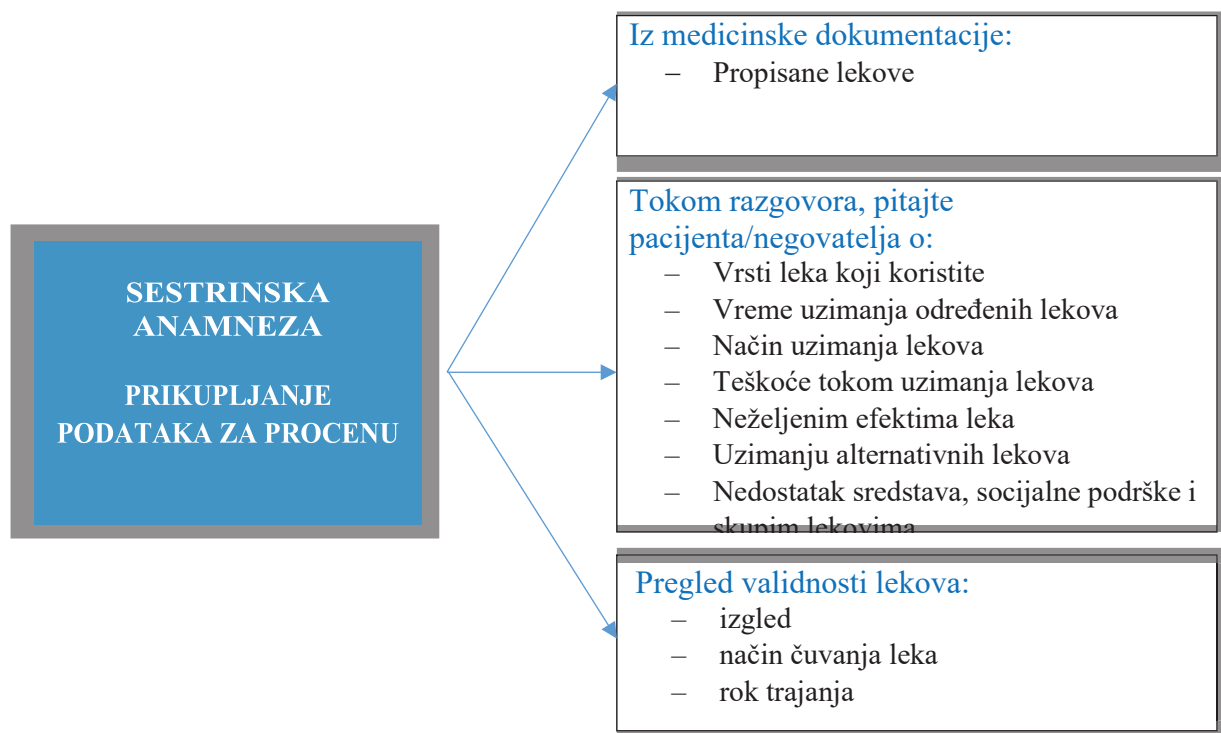
		2. Vreme uzimanja leka (ako se lek uzima ujutru, tokom dana ili uveče); 3. Odgovarajući vremenski intervali između uzimanja dva identična leka; 4. Pravi način uzimanja leka; 5. Prava doza leka; 6. Pravilan unos lekova u odnosu na obroke (koliko vremena pre ili posle obroka); 7. Lekovi koji mogu dovesti do interakcije sa određenom vrstom hrane; 8. Lekovi koji se ne mogu slomiti (kapsule, film tablete, itd.); 9. Mogući neželjeni efekti leka; 10. Mogućnost korišćenja alarma kao podsetnika za uzimanje leka (mobilni telefoni, tajmeri itd.); 11. Korišćenje kutija sa pregradama u koje stavljamo tablete za dnevnu ili nedeljnu terapiju; 12. Obrazovni proces treba prilagoditi kognitivnim sposobnostima osobe koja se obrazuje (treba napomenuti da je edukacija pacijenta ili člana porodice često kontinuiran proces, gde je krajnji cilj sticanje znanja o pravilnoj upotrebi propisane terapije). 13. U slučaju uočenih nepravilnosti ili prekida terapije obavestiti nadležnog lekara.
[III]	Mere opreza	1. Tokom edukacije izbegavajte medicinsku terminologiju koju pacijent/negovatelj ne razume; 2. Imajte na umu da ljudi sa slabijim kognitivnim sposobnostima ređe prihvataju savete i pokazuju odgovarajuće strpljenje; 3. Tokom svake sledeće posete odredite vreme za pregled datih saveta i preporuka; 4. U slučaju da je nasilje u porodici uzrok neadekvatne upotrebe lekova, primenjuje se sestrinski postupak u slučajevima nasilja u porodici.
[IV]	Dokumentovanje	Po povratku u ustanovu, medicinska sestra u zdravstvenoj dokumentaciji evidentira: 1. Opšte podatke o pacijentu;

		2. Datum posete; 3. Akcije realizovane u kući; 4. Potpis medicinske sestre.
--	--	---

ALGORITAM ZA PROCENU ODGOVARAJUĆE PRIMENE LEKOVA U KUĆNOJ POSETI

PACIJENTI U RIZIKU:

- koji uzimaju više od 4 leka
- sa mnogim bolestima
- sa lošim socio-ekonomskim statusom
- sa lošom prognozom
- sa prethodnim terapijskim neuspehom
- sa čestim promenama lekova
- nemotivisani za lečenje



Aktivnosti nakon identifikacije problema

Obavestite lekara o nepravilnoj primeni propisanih lekova

Savetujte pacijenta o pravilnom načinu uzimanja leka

Dokumentujte identifikovani problem i preduzete radnje

Planirajte ponovnu procenu

35. PROCEDURA SAVETOVANJA PACIJENTA OBOLELOG OD DIJABETESA O NEZI STOPALA

Cilj ove procedure je jedinstven i bezbedan pristup za pacijente koji boluju od dijabetesa, sa naglaskom na pravilnu negu stopala.

Mnogi problemi sa stopalima se mogu sprečiti kod pacijenata sa dijabetesom. Dobra nega može sprečiti ozbiljne komplikacije koje se mogu završiti amputacijom.

Individualno savetovanje pacijenata je jedan od najboljih oblika edukacije. Obezbeđuje dobar kontakt, dvosmerno informisanje, razvoj samopouzdanja i brzo sticanje određenih veština, uz poštovanje ličnosti pacijenta.

Kurje oko i žuljevi nastaju usled pritiska/neugodne obuće.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Procena	Savete o nezi stopala daje medicinska sestra nakon obavljenog pregleda i procene stanja stopala: 1. Procenite postojeće znanje pacijenta o nezi stopala, prilagodite savete u skladu sa tim; 2. Procenite znanje pacijenta postavljanjem otvorenih pitanja, na primer: „Kako i kada perete noge?“; Kako sećete nokte? 3. Neophodno je imati edukativni materijal, brošure, fotografije, algoritme koji olakšavaju sticanje znanja; 4. Dinamiku savetovanja treba prilagoditi pacijentu i njegovoj sposobnosti da razume informacije.
[II]	Teme savetovanja	Dnevna nega stopala: 1. Svaki dan proveravajte svoja stopala; 2. Pogledajte i osetite područja između prstiju i oko peta; 3. Ako pacijent ne može da pregleda stopala, može koristiti ogledalo ili zamoliti nekoga da to uradi umesto njega; 4. Svakodnevno perite stopala blagim sapunom i mlakom vodom (proverite vodu laktom da biste bili sigurni da nije pretopla). 5. Namakanje (kremanje/mazanje) stopala se ne preporučuje kao svakodnevna nega stopala. Ako su natopljene, to ne bi trebalo da traje duže od 2 - 3 minuta, jer će koža biti mekša i osetljivija;

		6. Osušite stopala peškirim svetlijih boja, posebno između prstiju. Pogledajte peškir da vidite da li na njemu ima krvi ili gnoja; 7. Nanesite hidratantnu kremu za stopala (ne nanosite između prstiju) kako biste sprečili suvoću i pucanje; 8. Koristite kremu 2 puta dnevno ako je koža izuzetno suva; Kurje oko i žuljevi: 9. Nikada nemojte rezati kurje oko i žuljeve, uvek treba tražiti pomoć zdravstvenih radnika; Nega noktiju: 10. Skatite nokte na nogama na jakom svetlu i nakon pranja, kada su nokti mekani; 11. Koristite papirnu turpiju, makaze ili šiljate makaze; 12. Nikada ne koristite nož ili grubu metalnu turpiju; 13. Nikada ne uklanjajte/ljuštite ili kidajte zanoktice; 14. Nokte na nogama isecite ravno i nikada na uglovima ili na krajevima noktiju; 15. Proverite oštre ivice, izgladite ih papirnom turpijom; Cipele i papuče: 16. Ne hodajte bosi; 17. Nosite odgovarajuće cipele; 18. Nosite duboke i prilično široke cipele sa zaobljenim prstima; 19. Nosite cipele sa vezicama ili samolepljivom trakom (sa ravnom ili niskom petom do 5 cm, a debljina đona - oko 1 cm); 20. Proverite unutrašnjost cipele na šavove, grube tačke, koje mogu izazvati povrede noktiju; 21. Nikada ne nosite nove cipele ceo dan (Nosite nove cipele kod kuće 20-30 minuta, a zatim povećajte vreme dok pacijent ne bude zadovoljan da nema problema. Pregledajte stopala da li ima crvenila ili oštećenja); 22. Preraspodela sile nošenja težine na zahvaćene delove stopala može se postići upotrebom posebnih cipela ili uložaka; 23. Za pravilan oblik stopala često su potrebne posebne cipele i oblikovani ulošci; 24. U slučaju teškog deformiteta, cipele se mogu napraviti pojedinačno za pacijenta;
--	--	---

		Čarape: 25. Uvek nosite pravu veličinu i izbegavajte velike rubove i debele šavove; 26. Uvek nosite čiste čarape; 27. Izaberite čarape od pamuka ili ovčije vune, a ne od sintetičkih vlakana; 28. Nikada ne koristite elastične ili uske čarape. Problemi s cirkulacijom 29. Izbegavajte tople kupke i ne koristite električne jastučiće ili boce sa toplom vodom; 30. Savetovati pacijenta da prestane sa pušenjem (pušenje dovodi do sužavanja krvnih sudova, što rezultira smanjenjem cirkulacije u nogama i stopalima); 31. Nemojte sedeti prekrštenih nogu ili ostati na jednom mestu duže vreme; 32. Da se bavi fizičkim aktivnostima prilagođeno a ne ojačano; 33. Obavestite medicinskog tehničara o svim uočenim promenama (povreda, crvenilo, promena boje, infekcija ili bol).
[III]	Dokumentovanje	U zdravstvenoj dokumentaciji ustanove medicinska sestra evidentira: 1. Opšte podatke o pacijentu; 2. Datum izvršenja usluge; 3. Vrsta usluge (konsultacije, demonstracija); 4. Potpis medicinske sestre.

DIJABETIČKO STOPALO - SAVETI O SAMOPREGLEDU I NEZI STOPALA

Pregledaj:

- Boja i temperatura kože i dna stopala;
- Prisustvo drugih promena na koži;
- Prostor između prstiju;
- Nokti.

AKO PRIMETITE

Prisustvo crvenila, otoka, osećaja toplote ili neobične hladnoće stopala

Prisustvo ranica, zadebljanja kože, plikova, modrica ili drugih neobičnih pojava/pojava

Prisustvo svraba, crvenila, pukotina između prstiju

Neravni, debeli, lomljivi nokti

DA

Ako imate:

- Deformitet stopala;
- povremeno hramlje;
- stopala sa bolom.

DA

**Kontaktirajte
medicinsku sestru**

NEGA STOPALA

- perite noge svaki dan u vodi telesne temperature ne duže od 10 minuta
- osušite kožu mekim peškirom
- koristite blage, neutralne sapune
- ako su vam stopala suva, koristite hidratantnu kremu, ali ne između prstiju
- isecite nokte ravno, makazama sa zaobljenim vrhovima
- i brusilica za papir
- menjajte čarape svaki dan, treba da budu od prirodnih materijala i da ne budu tesne materijala i ne tesne

ŠTA NE TREBA RADITI

- Ne hodajte bosu.
- Ne nosite cipele na bosu nogu.
- Ne nosite papuče
- Ne sedi prekrštenih nogu.
- Ne uklanjajte sami žuljeve, kurje oči i debele nokte.

36. PROCEDURA SAVETOVANJA OBOLELOG OD MALIGNNE BOLESTI PRILIKOM REDOVNE POSETE

Cilj ove procedure je usmeravanje medicinske sestre u savetovanju pacijenata obolelih od maligne bolesti.

Malignu bolest karakteriše abnormalna i nekontrolisana proliferacija ćelija koje se krvotokom i limfnim sistemom šire u druga tkiva, sa različitom kliničkom slikom, napredovanjem i prognozom.

Medicinska sestra je izuzetno važna karika u zbrinjavanju bolesnika sa malignim oboljenjem, tako da mora da razume probleme i potrebe pacijenta, ali i da poznaje specifične simptome koje maligna bolest donosi i da doprinese poboljšanju kvaliteta života pacijenata i porodica pacijenta.

Procena pacijenta – da bi adekvatno odgovorila na potrebe pacijenta, medicinski tehničar mora proceniti njegovo psiho-fizičko stanje.

Kod pacijenata obolelih od malignih bolesti, najčešći problemi su kognitivne poteškoće, povećan rizik od infekcije, oštećenje sluzokože usne duplje i kožne promene, poremećaji hranjenja i stolice, bol.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Procena pacijenata	1. Identifikujte pacijenta i predstavite se; 2. Procena psihofizičkog stanja pacijenta (tabela 16);
[II]	Mere opreza	1. Obavestiti nadležnog lekara o svakoj promeni u stanju pacijenta; 2. Uvek individualno pristupajte pacijentu, njegovoj porodici i okruženju i stvarajte profesionalan i empatičan odnos; 3. Prilikom svake posete obratiti pažnju na pacijenta (holistički pristup); 4. Obratite pažnju na znake moguće depresije; 5. Poštujte "ćutanje" pacijenta, kada ne želi da govori o bolesti; 6. Ne zanemarujte nesanicu kod pacijenta, ali i porodice/negovatelja; 7. Pružiti informacije na razumljiv način, ne ulazeći u procenu, napredak i prognozu bolesti;

		8. U slučaju agresije od strane pacijenta ili nekog od prisutnih, ostanite mirni i profesionalni.
III	Dokumentovanje	U zdravstvenoj dokumentaciji ustanove medicinska sestra evidentira: 5. Opšte podatke o pacijentu; 6. Datum posete; 7. Vrsta usluge koja se obavlja kod kuće; 8. Potpis medicinske sestre.

Tabela 16 – Poteškoće, problemi, znaci, simptomi, saveti i preporuke za pacijenta

Poteškoće i problemi	Znaci i simptomi	Saveti i preporuke
Kognitivne teškoće	1. Poremećaji pamćenja (zaboravnost); 2. Usporene psihomotorne aktivnosti; 3. Poteškoće u izražavanju i komunikaciji.	1. Naglasite da su kognitivni problemi odraz osnovne bolesti, a ne njegove ličnosti; 2. Preporučite ukrštene reči i srodne igre; 3. Predložite šetnje, boravak na otvorenom ili hobije; 4. Ukazati na važnost pozitivnih misli, ne razmišljajući o drugim pratećim bolestima; 5. Uključivanje u pomoćne grupe (udruženja).
Povećan rizik od infekcije (respiratorni sistem, urogenitalni, koža i sluzokože)	1. Nagli porast temperature, mrzlica, dispneja, disurija, slabost, umor i promene na koži.	1. Posebna nega kože i sluzokože kod pacijenata na terapiji kortikosteroidima, jer su uobičajeni znaci infekcije skriveni; 2. Izbegavajte kontakt sa osobama koje imaju akutne respiratorne infekcije.
Oštećenje sluzokože usne duplje i promene na koži	1. Čirevi, crvenilo, pseudo membrane, bol i sluzokože; 2. Osip, eritem kože i alopecija.	1. Za negu kože i sluzokože; 2. Obavestiti pacijenta da izbegava zračenje od sunca, kao i upotrebu proizvoda koji mogu da iritiraju kožu (losioni i parfemi sa alkoholom); 3. Preporučite tuširanje mlakom vodom, izbegavajući kupanje u kadi; 4. Nošenje pamučne i udobne odeće; 5. Upotreba krema, pomada i neutralnih losiona ili sredstava koje je propisao lekar; 6. Informisati pacijenta o mogućnosti gubitka kose tokom lečenja hemoterapijom i radioterapijom i njihovom ponovnom izlasku; 7. Skraćivanje dužine kose.
Problemi i poremećaji u ishrani	1. Gubitak apetita; 2. Neuhranjenost; 3. Promene u ukusu;	1. Uzimate hranu sa dodatnom kaloričnom vrednošću, ako nema kontraindikacija; 2. Uzmite veću količinu negaziranih pića, ako nema kontraindikacija; 3. U slučaju "metalnog" ukusa u ustima i mučnine,

	- Mučnina i povraćanje; - Poteškoće u gutanju.	preporučujemo uzimanje bombona sa ukusom limuna, mente ili ananasa; - Voditi dnevnik o pojavi mučnine i povraćanja (pre, tokom ili posle terapije); - U slučaju povraćanja, uzimati tečnost u malim količinama (5 ml u intervalima od 15 minuta); - Uklonite i očistite naslage sa jezika gazom navlaženom u rastvoru jedne kašičice sode bikarbone u 450 ml tople vode - Uklonite i očistite naslage sa jezika gazom namočenom u rastvor (kašičica sode bikarbone u 450 ml tople vode); - Tokom hemoterapije/radioterapije uzimati hranu koja manje nadražuje sluzokožu organa za varenje (kuvana, iseckana, bez začina, na sobnoj temperaturi).
Poremećaj stolice - dijareja i zatvor	- Dugotrajna dijareja može izazvati gubitak vitamina, minerala i tečnosti, što može dovesti do dehidracije i otkazivanja bubrega; - Zatvor izaziva nelagodnost, nadimanje i distenziju creva.	U konsultaciji sa lekarom savetujte: - Unošenje velikih količina tečnosti i hrane bogate natrijumom (masne supe od mesa i povrća) i kalijumom (banane, kajsije, breskve, kuvani krompir); - Smanjenje unosa vlakana u ishrani kao i namirnica koje izazivaju nadimanje (grašak, mahunarke), kao i masne, pečene i pržene hrane; - Uzdržavanje od mleka i mlečnih proizvoda, davanje prednosti sirovoj, naribanoj jabuci, što smanjuje broj stolice; - U slučaju zatvora savetovati uzimanje tečnosti, konzumiranje kompota sa šljivama, suvim smokvama i malim obrocima; - Nežno masirajte stomak u smeru kazaljke na satu, ne odlažite defekaciju, u zavisnosti od stanja pacijenta, savetujte laganu fizičku aktivnost.
Hronični bol	Znak bola sa verbalizmom i ocenom pacijenta na skali bola.	- Uklonite faktore koji povećavaju bol (neudoban položaj, pritisak i napetost područja bola); - Odvratite bol pozitivnim i veselim mislima, metodama opuštanja.

37. PROCEDURA PREVENCIJE KOMPLIKACIJA DUGOTRAJNOG LEŽANJA/MIROVANJA

Cilj ove procedure je upućivanje medicinske sestre na postupke za sprečavanje komplikacija od dugotrajnog ležanja, kroz edukaciju i demonstraciju potrebnih postupaka.

Usled dugotrajnog ležanja ili smanjene pokretljivosti bolesnika usporava se cirkulacija i ventilacija pluća, što rezultira pojavom:

- Dekubitusa - nastaje kao rezultat izlaganja delova tela dugotrajnom pritisku.
- Duboka venska tromboza - najčešće se javlja u donjim ekstremitetima, zbog usporene cirkulacije, što rezultira stvaranjem ugruška/tromba.
- Respiratorne komplikacije (pneumonija, bronhitis, atelektaza) - česte su kod pacijenata koji duže vreme miruju i posledica su smanjene ventilacije pluća, nakupljanja i stagnacije sekreta i infekcije.
- Kontraktura – je ograničena pokretljivost zgloba u nekim ili svim pravcima, koja može nastati usled dužeg mirovanja.
- Gubitak svesti – nesvestica (sinkopa, kolaps) je iznenadni kratkotrajni gubitak svesti, najčešće usled hipoksije mozga, koji se često javlja kod pacijenata koji duže leže.

Medicinska sestra mora prepoznati faktore rizika koji pogoduju nastanku komplikacija i edukovati pacijenta i negovatelja da spreče nastanak dugotrajnih komplikacija.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Dekubitus – Preventivne mere	Savetujte pacijenta i/ili negovatelja o: 1. Promeni položaja pacijenta svaka 2 sata; 2. Upotreba pomagala protiv dekubitusa (dušek, jastuk); dnevna higijena tela; 3. Redovna promena i nega nabora posteljine kreveta i lične odeće; 4. Pravilna ishrana, uz unos dovoljnih količina proteina, vitamina (naročito vitamina A i C), elemenata koji pomažu u transportu kiseonika (cink, gvožđe, bakar); 5. Izvođenje aktivnih i pasivnih vežbi; 6. Lagana masaža osetljivih područja.

[II]	Duboka venska tromboza - Preventivne mere	Savetujte pacijenta i/ili negovatelja o: 1. Ustajanju iz kreveta i lagano hodanje po sobi, ako stanje pacijenta dozvoljava; 2. Nošenje elastičnih čarapa ili elastičnog zavoja, u skladu sa preporukama lekara; 3. Povišen položaj nogu kada leži na leđima; 4. Ručna masaža donjih ekstremiteta; 5. Česte promene položaja tela u krevetu. 6. Edukovati pacijenta/negovatelja o primeni aktivnih/pasivnih vežbi za donje ekstremitete koje povećavaju tonus mišića i poboljšavaju cirkulaciju: ➤ Vežba 1 – podići stopalo pacijenta nagore dok ne dostigne ugao od 90° i držati stopalo u tom položaju 20 sekundi (ponoviti 2 puta po 10 vežbi); ➤ Vežba 2 - rotirajte svaku nogu polako u smeru kazaljke na satu 10 puta; ➤ Vežba 3 – izvršiti fleksiju i ekstenziju kolena, abdukciju i privođenje noge do granice bola (ponoviti 2 puta od 10 vežbi).
III	Respiratorne komplikacije - Preventivne mere	Savetujte pacijenta i/ili negovatelja o: 1. Značaju obezbeđivanja optimalnih mikroklimatskih uslova u prostoru u kome boravi pacijent (ventilacija, optimalna temperatura); 2. Promena položaja pacijenta u sedećem položaju ili položaju sa podignutom glavom i polusavijenim nogama (Fowlerov položaj); 3. Primena mera za sprečavanje kapljičnih infekcija; 4. Važnost aktivnog iskašljavanja (kašlja). 5. Aktivne ili pasivne vežbe za: ➤ Duboko disanje kroz nos - zadržite, izdahnite kroz usta dok izgovarate zvuk "S" (10 puta). Izdisaj treba da bude 2 puta duži od udisaja. Ponovite vežbe disanja nekoliko puta tokom dana;

		➤ Iskašljavanje (kašljanje): pasivno - tapkanjem (tapkanjem) bočne strane grudnog koša ili ritmičnim tapkanjem po leđima (region pluća).
[IV]	Kontraktura – Preventivne mere	Savetujte pacijenta i/ili negovatelja o: 1. Značaju postavljanja ekstremiteta u fiziološki položaj (po potrebi upotreba pomagala, jastuka, fiksatora); 2. Važnost promene položaja tela ili delova tela na svaka 2 sata. 3. Aktivne i/ili pasivne vežbe: ➤ Istezanje zglobova laganim pokretom (pomeraajte zglobove što je više moguće i držite zglob u tom položaju 20 sekundi – ponovite vežbu najmanje 10 puta).
[V]	Gubitak svesti - Preventivne mere	Savetujte pacijenta i/ili negovatelja da: 1. Potreba za postepenom promenom položaja iz ležećeg u sedeći i iz sedećeg u stojeći, čime se olakšava/ublažava ortostatska hipotenzija; 2. Izvođenje aktivnih i pasivnih vežbi ekstremiteta; 3. Izvođenje vežbi dubokog disanja; 4. Redovna promena položaja u krevetu.
[VI]	Dokumentovanje	U zdravstvenoj dokumentaciji ustanove medicinska sestra evidentira: 9. Opšte podatke o pacijentu; 10. Datum izvršenja usluge; 11. Vrstu usluge (savet, edukacija); 12. Potpis medicinske sestre.

Bibliografija

1. Allendar J., Spradley B., (2001) 'Community Health Nursing: Concepts and Practice' Lippincott. Library number: 610.7343 – A432
2. Bianchi J., Causes and strategies for moisture lesions. Nursing Times, 2012;108(5):20.
3. Brljak J. i sur., Zdravstvena njega u gastroenterologiji s endoskopskim metodama, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
4. Direktiva Saveta 2010/32/EU o primeni okvirnog sporazuma za prevenciju oštih povreda u bolničkom i zdravstvenom sektoru koji su zaključili HOSPEEM i EPSU .<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/tkt/?uri=celeak:3201010032>
5. Direktiva Saveta Evropske unije 89/391/EEC (12.06.1989) o uvođenju mera za podsticanje poboljšanja bezbednosti i zdravlja radnika na radu (Direktiva je tri puta menjana pravnim aktima, 2003, 2007. i 2008. godine).
6. Dougherty L., Lister S., Manual of Clinical Nursing Procedures (Sixth Edition), Royal Marsden Hospital and Oxford, 2016.
7. Jedinstveni oblik Standardnih operativnih procedura. 2018. Ministarstvo zdravlja. Priština
8. Vodič za dijagnozu, klasifikaciju i lečenje dijabetes melitusa. 2019. Tirana
9. Hand hygiene - Standard operating procedure (sop) Nhs Greater Glasgow Infection Prevention and Control Service, January 2021.
10. Huljev D., Gajić A., Triller C., Kecelj Leskovec N., Uloga debridmana u liječenju kroničnih rana. Acta Medica Croatica, 2013;66(1):79-84.
11. Infection prevention and control. 2022. Standard Operating Procedure – Hand Hygiene.
12. Jačanje odgovora zdravstvenog sistema na rodno zasnovano nasilje u Istočnoj Evropi i Centralnoj Aziji - Resursni paket, UNFPA Regionalni ured za Istočnu Evropu i Centralnu Aziju, Istanbul, Turska i WAVE Mreža i Evropski info centar protiv nasilja, Beč, Austrija, (Prevod na BHS), Sarajevo, 2015.
13. Javna ustanova Doma zdravlja kantona Sarajevo, Procedura o postupku sa pacijentom koji odbija određeni termin ili ne poštuje prethodno dogovoreni plan tretmana, Sarajevo, 2016.
14. Juretić M., Rogić M., Belušić-Gobić M., Cerović R., Petrošić N., Petrić D., Mogućnosti enteralne prehrane kod bolesnika s tumorom usne šupljine i orofarinksa. Medica Jadertina. 2013. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/100547>

15. Kadović M. i sur., Sestrinske dijagnoze 2, HKMS, Zagreb, 2013.
16. Kim KY, Kang JH, Na JY, Kang DK, The Effect of Extracorporeal Shock Wave Therapy on Pressure Ulcer. J Korean Acad Rehabil Med, 2010.34(2):227-232. Korean.
17. Kodeks medicinske etike i deontologije / Odluka br. 14/2019 – OLK, 17. januar 2019. (Tekst očišćen sa dopunama i izmenama odobrenim u skladu sa Odlukom br. 25/2019 Skupštine OLK-a, od 17.12.2019, Br.protokola. 32/2019).
18. Etički kodeks medicinskih tehničara/sestara, babica i drugih zdravstvenih radnika Kosova. Kodeks stupa na snagu nakon usvajanja od strane članova Skupštine KMSK-a 12.06.2015.
19. Zakonik br. 06/L-074 Krivični zakonik Republike Kosovo - Službeni list Republike Kosovo / br. 2 / 14.01.2019, Priština.
20. Langen A., Lawton S., Dermatological problems and periwound skin. World Wide Wounds, 2009. Available at: www.worldwidewounds.com/2009/November/LawtonLangoen/vulnerable-skin-3.html. Date of access to information: 22.5.2013.
21. Lawton S., Langøen A., Assessing and managing vulnerable periwound skin. World Wide Wounds, 2009. Available at: www.worldwidewounds.com/2009/October/LawtonLangoen/vulnerable-skin-2.html. Date of access to information: 22.5.2013.
22. Zakon br. 03/L-137 o Odeljenju sudske medicine / Službeni list Republike Kosovo / Godina IV / Br. 58 / 10.08.2009, Priština.
23. Zakon br. 03/L-182 za zaštitu od nasilja u porodici / Službeni list Republike Kosovo / Priština: Godina V / Br. 76 / 10.08.2010
24. Zakon br. 04/I-003 o civilnom statusu / Službeni list Republike Kosovo / br. 6 / 22.07.2011, Priština
25. Zakon br. 04/L-081 o izmenama i dopunama Zakona br. 02/L-17 o socijalnim i porodičnim uslugama. Službeni list Republike Kosovo / Br. 5 / 05.04.2012, Priština
26. Zakon br. 04/L-150 o komorama zdravstvenih profesionalaca / Službeni list Republike Kosovo / br. 23 / 04.07.2013, Priština
27. Zakon br. 04/L-161 o bezbednosti i zdravlju na radu - Službeni list Republike Kosovo / br. 22 / 14.06.2013, Priština. (usklađen sa Direktivom 89/391/EEC).
28. Zakon br. 05/L-025 o mentalnom zdravlju – Službeni list Republike Kosovo / br. 33 / 23.11.2015, Priština.
29. Zakon br. 06/I-077 o izmenama i dopunama Zakona br. 32/2004 (01.09.2006) za porodicu Kosova– Službeni list Republike Kosovo / br. 3 / 17.01.2019, Priština.

30. Zakon br. 06/L-082 za zaštitu ličnih podataka - Službeni list Republike Kosovo / br. 6 / 25.02.2019, Priština.
31. Zakon br. 07/L-006 za prevenciju i borbu protiv pandemije Covid-19 na teritoriji Republike Kosovo. Službeni list Republike Kosovo / Br. 3 / 25.08.2020, Priština.
32. Zakon br. 08/L -051 o izmenama i dopunama Zakona br. 2004/38 o pravima i odgovornostima stanovnika Kosova u zdravstvenom sistemu - Službeni list Republike Kosovo / br. 3 / 19.01. 2022, Priština.
33. Zakon br. 08/L-043 o izmenama i dopunama Zakona br. 04/L-125 za zdravstvo - Službeni list Republike Kosovo / br. 12 / 11.05.2022, Priština.
34. Zakon br. 08/L-047 o izmenama i dopunama Zakona br. 04/L-190 za medicinske proizvode i opremu - Službeni list Republike Kosovo / br. 12 / 11.05.2022, Priština.
35. Zakon br. 08/L-048 o izmenama i dopunama Zakona br. 02/L-78 za javno zdravlje - Službeni list Republike Kosovo / br. 12 / 11.05.2022, Priština.
36. Zakon br. 08/L-071 o izmenama i dopunama Zakona br. 04/L-060 za otpad - Službeni list Republike Kosovo / Br. 29 / 01.09.2022, Priština.
37. Zakon br. 08/L-200 o izmenama i dopunama Zakona br. 02/L-109 za prevenciju i kontrolu zaraznih bolesti - Službeni list Republike Kosovo / br. 18 / 08.08.2023, Priština.
38. Lul Raka, Didier Pittet, Benedeta Alegranzi, Gertie Van Knippenberg-Gordebeke. 2010. Higijena ruku u zdravstvenoj nezi. Priština
39. Prvi priručnik Standardnih sestrinskih procedura u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na Kosovu. 2022. Ministarstvo zdravlja. Priština
40. Marais BJ., Lönnroth K., Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. 2013.
41. Marinović Kulišić S., Lipozenčić J., Uloga neutralnih pripravaka u njezi okolne kože venskog vrijeda. Acta Med Croatica, 2011;65(2):41–45.
42. Ministarstvo zdravlja – Nacionalni institut za javno zdravlje. 2023. Priština
43. Model of Integrated Care for Patients with Type 2 Diabetes. 2018. A Guide for Health Care Professionals (Clinical Management Guidelines).
44. National Nurse Consultant Group, The Royal College of Pathologists Pathology: the science behind the cure, 2014.

45. Ninčević Ž. i sur., Kliničke vještine II - Želučano crijevni i ekskrecijski sustav, Medicinski fakultet, Split, 2011.
46. Pegram A., Bloomfield J., Wound care: principles of aseptic technique. *Mental Health Pract*, 2010;14:14–8.
47. Perković D. i sur., Priručnik za vježbe. Medicinska bakteriologija i virologija, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2013.
48. Akcioni plan za zdravstvenu promociju i edukaciju 2021. 2020. Ministarstvo zdravlja. Priština
49. Strateški i operativni plan 2022 - 2025 / 09.02.2022, Priština.
50. Nacionalni program kontrole tuberkuloze na Kosovu (NPKT-KS). 2023. Ministarstvo zdravlja. Priština
51. Klinički protokol za lečenje akutne astme kod odraslih u PZZ. 2022. Ministarstvo zdravlja. Priština
52. Klinički protokol za upravljanje arterijske hipertenzije. 2022. Ministarstvo zdravlja. Priština
53. Međunarodna reakreditacija Programa specijalističkog obrazovanja porodične medicine za period 2021 – 2024. godine od strane Kraljevskog koledža lekara opšte prakse Velike Britanije (Roial College of General Practitioners-RCGP), programa koji vodi Ministarstvo zdravlja. 2021, Priština.
54. Rowley S., Clare S., Macqueen S., Molyneux R., ANTT v2: An updated practice framework for aseptic technique. *British Journal of Nursing*, 2010: 19(5); S5-S11.
55. Sedmak D., Vrhovec M., Huljev D., Prevencija tlačnog vremena (dekubitusa). *Acta Med Croatica*, 2013, 67 (Supl. 1); 29-34.
56. Šepec S. i sur., Sestrinska dijagnoza, HKMS, Zagreb, 2011.
57. Šepec S., i sur. Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi. Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2010.
58. Standardne operativne procedure: Nursing in Primary Health Care, Part I. 2019. 2019. Sarajevo
59. Nacionalna strategija razvoja 2030 / maj 2022, Priština.
60. Služba za održavanje životne sredine – Praksa čišćenja i dezinfekcije. Uputstvo za korišćenje. Preporučeni citat: Regionalna bolnica Korče kroz projekat „Podrška reformi u zdravstvu“, maj 2013.

61. Tručević M., Primjena perkutane gastrostome u terapijske svrhe i intervencije medicinske sestre, Diplomski rad, Zagreb, 2015. (dostupno na: <http://bip.irb.hr/prikaz-rad?&rad=770671>)
62. Kliničke smernice za dijagnozu i lečenje vanplućne tuberkuloze. 2020. Ministarstvo zdravstva. Priština
63. Kliničke smernice za lečenje astme. 2019. Ministarstvo zdravlja. Priština
64. Kliničke smernice za upravljanje rodno zasnovanim nasiljem. 2022. Ministarstvo zdravstva. Priština
65. Kliničke smernice za lečenje arterijske hipertenzije. 2019. Ministarstvo zdravstva. Priština
66. Kliničke smernice za lečenje latentne tuberkulozne infekcije. 2020. Ministarstvo zdravstva. Priština
67. Kliničke smernice za farmakološko lečenje dijabetesa tipa 2 kod odraslih. 2020. Ministarstvo zdravstva. Priština
68. Kliničke smernice za nefarmakološko lečenje dijabetesa. 2019. Ministarstvo zdravstva. Priština
69. Kliničke smernice za lečenje alkohola i drugih droga. 2022. Ministarstvo zdravstva. Priština
70. Kliničke smernice za lečenje anksioznosti. 2022. Ministarstvo zdravstva. Priština
71. Kliničke smernice za lečenje depresije. 2022. Ministarstvo zdravstva. Priština
72. Administrativno uputstvo (MUP) br. 01/2022 za dokumente o civilnom statusu
73. Administrativno uputstvo (VRK) br. 04/2023 za medicinski i psihološki tretman dece žrtve zlostavljanja, za pomoć u rehabilitaciji i reintegraciju u društvo
74. Administrativno uputstvo (MZ) br. 03/2019 za kliničke smernice i protokole.
75. Administrativno uputstvo (u zdravstvu) br. 01/2010 Recepti u zdravstvenom sistemu u Republici Kosovo.
76. Administrativno uputstvo (u zdravstvu) br. 02/2010 Zdravstvena dokumenta.
77. Administrativno uputstvo (zdravstvo) br. 04/2013 za zdravstvene sertifikate.
78. Administrativno uputstvo (zdravstvo) br. 04/2020 Primarna zdravstvena zaštita.

79. Administrativno uputstvo MŽSPP - Br. 10/2015 za tretman otpada od medicinskih proizvoda.
80. Administrativno uputstvo br. 05/2011 za prevenciju i kontrolu bolničkih infekcija.
81. Administrativno uputstvo br. 13/2013 za državni katalog otpada.
82. Administrativno uputstvo br. 15/2013 Povelja o pravima i odgovornostima pacijenata.
83. Administrativno uputstvo br. 11/2013 – Zdravstveni informacioni sistem i izveštavanje zdravstvenih statističkih podataka.
84. Administrativno uputstvo br. 11/2015 Maloprodajni distributeri medicinskih proizvoda i opreme.
85. Nacionalni vodič. Bezbedno upravljanje bolničkim otpadom iz zdravstvene zaštite. 2010. Ministarstvo zdravlja, Tirana
86. Vodič za promotivne i preventivne intervencije u oblasti mentalnog zdravlja adolescenata. 2022. Ministarstvo zdravlja. Priština
87. <http://vvv.maioclinic.org/diseases-conditions/anaphilakis/diagnosis-treatment/treatment/tkc-20307232>
88. http://vvv.mzss.hr/hr/programi_i_projekti/prevencija/nacionalni_program_zdravstvene_zastite_osoba_sa_secernom_bolescu
89. <http://vvv.pulmologija.hr/StrucniSadrzajLijecnici/Kisik.html>
90. <https://images.app.goo.gl/FCGkhGITIeu9UiNf8>(SNG)
91. <https://nurse.plus/nclek-terminologi/terms-abbreviations/semi-fovlers-position/>(Fovler)
92. <https://vvv.aaaai.org/conditions-treatments/allergies/anaphilakis>
93. <https://vvv.england.nhs.uk/communiti-health-services/vhat-are-communiti-health-services/>
94. <https://vvv.epilepsi.com/learn/seizure-first-aid-and-safeti/adapting-first-aid-plans/seizure-first-aid>
95. <https://vvv.hzjz.hr/sluzba-mikrobiologija/upute-za-uzimania-i-slanje-uzoraka>
96. <https://vvv.kbsd.hr/Klinicka-mikrobiologija-uzorci-urina>
97. <https://vvv.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/pretrage/urinokultura-zasto-i-kako-se-radi-nalaz>

98. <https://vvv.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/simptomi/hipoksijasmanjena-razina-kisika-u-krvi-dijagnoza-uzroci-i-lijecenje>
99. <https://vvv.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/simptomi/sinkopa-uzroci-simptomi-lijecenje>
100. <https://vvv.scribd.com/doc/124935486/Decubitus>.

