

Uloga medicinske sestre kod pojavnosti ospica ili sumnje na ospice

Jurić, Angelina

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:311893>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-15**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije

Preddiplomski studij sestrinstva

Angelina Jurić

**Uloga medicinske sestre kod pojavnosti ospice ili
sumnje na ospice**

Završni rad

Zadar, 2020.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Preddiplomski studij sestrinstva

Uloga medicinske sestre kod pojavnosti ospica ili sumnje na ospice

Završni rad

Student/ica:

Angelina Jurić

Mentor/ica:

Prof.dr.sc. Boris Dželalija, dr.med

Komentor/ica:

Ines Leto, mag.med.techn.

Zadar, 2020.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Angelina Jurić**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Uloga medicinske sestre kod pojavnosti ospice ili sumnje na ospice** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uredenoga rada.

Zadar, 2020.

SADRŽAJ

1.UVOD	7
1.1.Epidemiologija	7
1.2.Klinička slika	7
1.3.Komplikacije	9
1.4. <i>Dijagnostika</i>	10
1.5.Liječenje	12
1.6. Mjere izolacije	12
1.7.Prevenција.....	13
1.8.Ospice u Europi	14
1.9.Ospice u Hrvatskoj	14
1.10. Antivakcinalni pokret u Europi.....	15
1.11. Antivakcinalni pokret u Hrvatskoj.....	15
1.12. Cijepljenj zdravstvenih djelatnika	15
2. CILJ	17
3.RASPRAVA.....	18
4.ZAKLJUČAK.....	22
LITERATURA:	23

SAŽETAK:

Naslov: Uloga medicinske sestre kod pojavnosti ospica ili sumnje na ospice

Uvod: Ospice (lat. Morbilli) jedna su od najzaraznijih infektivnih bolesti koja se najčešće javlja u dječjoj dobi. Prenosi se kapljičnim putem te inkubacija traje najčešće 10 – 12 dana. Uzročnik pripada skupini paramiksovirusa. Klinička slika je specifična te obuhvaća katralni stadij i egzantemski (osipni) stadij. Kliničku sliku karakteriziraju visoka temperatura, makulopapulozni osip i Koplikove pjege u usnoj šupljini. Dijagnoza se postavlja na temelju tipične kliničke slike i tijeka bolesti. Specifičnog lijeka za virus ospica nema, nego se liječe simptomi bolesti. Prevenciju ospica obuhvaća imunizacija. Moguće komplikacije ospica su respiratorne, bakterijske infekcije i neurološke komplikacije.

Cilj rada: Prikazati ulogu medicinske sestre kod pojave ospica i kod sumnje na ospice.

Rasprava: Uloga medicinske sestre je poznavanje simptoma i tijeka bolesti te komplikacija. Svojim znanjem i vještinama treba ukazati na važnost primjene standardnih epidemioloških mjera izolacije. Psihički treba pripremiti pacijenta te njegovu obitelj na izolaciju te ih podučiti o infektivnosti same bolesti. Kako su ospice primarno dječja bolest roditeljima treba ukazati na važnost cijepljenja te mogućih ishoda ne cijepljenja.

Zaključak: Uloga medicinske sestre je poticati populaciju na cijepljenje te ukazati na pozitivne učinke cjepiva. Sestra je zdravstveni djelatnik, edukator te glavni izvor informacija. Svojim komunikacijskim vještinama treba znati koristiti različite modele komunikacije kako bi potaknula procjepljivanje populacije.

Ključne riječi: ospice, klinička slika, prevencija, cijepljenje

SUMMARY

Title: The role of the nurse in the occurrence of measles or suspected measles

Introduction: Measles (lat. Morbilli) is one of the most often occurs in childhood. It is transmitted by droplets and incubation usually last 10 – 12 days. The causative agent belongs to the paramyxovirus group. The clinical picture is specific and includes the catarrhal and the exanthemic (smallpox) stage. The clinical picture is characterized by high fever, maculopulvous rash and Kopliks spots in the oral cavity. There is no specific cure for the rash virus, but the symptoms of the disease are treated. Prevention of measles includes immunization. Possible complications of measles are respiratory, bacterial infections and neurological complications.

Purpose: Show the role of the nurse in the occurrence of measles or suspected measles.

Discussion: The role of the nurse is to know the symptoms, the course of the disease and the complications. Their knowledge and skills should indicate the importance of applying standard epidemiological measures and isolation. The patient and his family should be mentally prepared for isolation and taught about the infectivity of the disease itself. As measles is primarily a childhood disease, parents should be told the importance of vaccination and the possible outcomes of non-vaccination.

Conclusion: The role of the nurse is to encourage the population to be vaccinated and to point out the positive effects of the vaccine. The nurse is a health care provider, educator and main source of information. Their communication skills should know how to use different communication models to encourage population fragmentation.

Key words: measles, clinical picture, prevention, vaccination.

1. UVOD

Ospice (*lat. Morbilli*) jedna su od najzaraznijih infektivnih bolesti koja se najčešće javlja u dječjoj dobi. Klinička slika karakterizirana je vrućicom koja je praćena makulopapuloznim osipom te mogućim respiratornim i neurološkim komplikacijama. Uzročnik ospica pripada skupini paramiksovirusa koji u svojoj jezgri sadržava jednolančanu ribonukleinsku kiselinu (RNK). Prevencija ospica obuhvaća aktivnu i pasivnu imunizaciju (1).

1.1.Epidemiologija

Ospice se prenose kapljičnim putem odnosno kapljicama sekreta koji potječu iz respiratornog sustava ili kontaminiranim predmetima. Izuzetno je kontagiozna bolest kojoj postotak obolijevanja osjetljivih osoba u bliskom kontaktu iznosi čak 99%. 5 dana prije te 4 dana nakon pojave osipa osoba je zarazna. Jedini izvor zaraze ospica je sam čovjek, drugih izvora nema. Nakon preboljenog virusa ospica osoba postaje imuna što dovodi do otežanog širenja i opstanka samog virusa. Starija populacija imuna je na virus ospica pa su one primarno dječja bolest. U vanjskom okolišu virus je vrlo osjetljiv, te je njegov vijek preživljavanja izvan organizma najviše 2 dana. Inkubacija može varirati između 7-21 dan ali najčešći period od zaraze do pojave prvih simptoma iznosi 10-12 dana. Virus do kraja život mogu izlučivati imunokompromitirane osobe (2). Nakon ulaska virusa u respiratorni sustav, razmnožava se i odlazi u krvotok nakon čega se nastani na kožu, sluznice i druge organe te tako pospješuje nastanak sekundarnih bakterijskih infekcija. Nakon ozdravljenja osoba je doživotno imuna na virus ospica (1).

1.2.Klinička slika

Ospice sadržavaju dva stadija bolesti koji su katralni i egzantemski stadij. U kantralnom stadiju nagla je pojava visoke temperature koja je praćena glavoboljom i bolovima u mišićima. Također se pojavljuju i katralni simptomi gornjeg dišnog sustava kao što su kašalj, promuklost, hunjavica, curenje nosa, konjuktivitis i slično. U usnoj šupljini pojavljuju se Koplikove pjege

koje se manifestiraju kao male, točkaste, bijele naslage koje su karakteristične za ospice jer se nejavljaju u drugim bolestima. Katralni stadij traje od 2 do 5 dana uz jako izražene simptome.



Slika 1, Koplikove pjege

Izvor: <https://www.sciencephoto.com/media/259736/view/koplik-s-spots-in-measles>

Egzantemski (osipni) stadij počinje osipom koji se javlja između 4. i 5. dana. Osip se javlja po licu, na području iza ušiju i zatim zahvaća vrat, trup i udove. U početku pojave osipa, osip je makulozan, a zatim postaje makulopapulozan. „Ovakav redoslijed izbivanja, širenja i izgleda osipa karakterističan je i ustaljen za ospice“. Nakon 3-4 dana osip počinje blijediti istim redoslijedom kao i što se pojavio te je moguće ljuštenje kože na mjestima gdje je osip bio jače izražen (1).



Slika 2. Makulopapulozni osip

<https://m.sibenik.in/hrvatska/dramaticno-upozorenje-epidemiologa-ispisivat-ce-iz-vrtica-djecu-koja-nisu-cijepljena-protiv-ospica/39228.html>

Pristupila 05.10.2020.

„Mitigirane (modificirane) ospice javljaju se kod pacijenata koji su u inkubaciji zaštićeni gama-globulinima te starije dojenčadi s još prisutnim majčnim protutijelima“. Ovaj oblik ospica može zahvatiti i osobe koje su cijepljene ali im se smanjio titar antitijela. Klinička slika je blaža, a tijek bolesti je kraći. Ospice u imunodeficientnih osoba (npr. tijekom primjene imunosupresivne terapije) može se javiti kao težak oblik bolesti, koji se javlja bez osipa ali uz mogući nastanak encefalitisa ili pneumonije.

Atipične ospice javljaju se kod osoba koje su cijepljene inaktiviranim cjepivom te su se zarazile divljim sojem virusa ospica. Teži je oblik bolesti u kojem mogu biti prisutni edemi, hepatitis te intersticijska pneumonija. Mogući je smrtni ishod.

Hemoragične ospice karakterizirane su s teškom kliničkom slikom u kojoj su prisutni visoka tjelesna temperatura, poremećaj svijesti te lividni osip. Pojavljuje se i krvarenje po koži i sluznicama te može imati smrtni ishod (2).

1.3. Komplikacije

Kod virusa ospica komplikacije se javljaju vrlo često, čak u 30% pacijenata. Razvoju komplikacija sklonija su djeca predškolske dobi i odrasli stariji iznad 20 godina. U komplikacije ospica ubrajamo:

1. Sekundarne bakterijske infekcije koje uključuju upalu srednjeg uha, sinusitis i pneumonije i karakteristične za egzantemski (osipni) stadij bolesti.
2. Respiratorne komplikacije koje uključuju laringitis, laringotraheobronhitis i intersticijsku pneumoniju i karakteristične su za katralni stadij bolesti.
3. Neurološke komplikacije koje se očituju u obliku encefalitisa koji može biti akutni i kronični (akutni diseminirani encefalomijelitis, encefalitis inkluzijskih tjelešaca i subakutni sklerozirajući panencefalitis) (4).

Akutni diseminirani encefalomijelitis počinje 5-6 dana nakon pojave osipa naglom visokom temperaturom, poremećajem svijesti, epileptičkim napadajima te drugim neurološkim ispadima, smrtnost je oko 20%.

„Encefalitis inkluzijskih tjelešaca pojavljuje se u imunokompromitiranih osoba 2-6 mjeseci nakon preboljenih ospica“. Smrtnost je vrlo visoka, čak 76%, a kod preživjelih trajno su prisutni neurološki poremećaji (2).

Subakutni sklerozirajući panencefalitis (u daljnjem tekstu SSPE) virusna je infekcija središnjeg živčanog sustava. Kronična je progresivna bolest. „Poznat je i kao Dawsonov encephalitis, subakutni „inclusion body“ encephalitis, subakutna sklerozirajuća leukoencefalopatija, van Bogaertov encephalitis te van Bogaertov sklerozirajući leukoencefalitis“. Bolešću su najčešće pogođena djeca među kojima češće muški spol. Simptomi bolesti javljaju se godinama nakon preboljenog virusa ospica. Određeno razdoblje djeca su bez simptoma (2-15 godina) nakon infekcije virusom ospica. Tijek SSPE-a može biti akutan tako da nastane naglo te završi smrću unutar nekoliko tjedana. Češće traje više godina s fazama stabilizacije čak i poboljšanja te naposljetku završi smrću. Dijagnoza se može postaviti na temelju 3 od 5 kriterija: kliničke manifestacije, abnormalnosti u nalazu EEG-a, povišene vrijednosti gama-globulina u likvoru, povišen titar antitijela na ospice u likvoru i serumu te histološki i biopsijski nalaz mozga koji upućuje na SSPE.

1.4. Dijagnostika

„Dijagnoza ospica postavlja se na temelju tipične kliničke slike i razvoja bolesti“. Inkubacija 11 dana, katalni stadij s vrlo izraženim simptomima te Koplikove pjege i makulopapulozni osip koji zahvaća određena područja s tipičnim redoslijedom izbijanja karakteristična su klinička slika virusa ospica. Vrlo su važni i epidemiološki podaci kao što su ekspozicija, anamneza o preboljenim ospicama i cijepljenju (1).

Uzorci za laboratorijsku dijagnostiku trebaju se uzeti rano, u početnoj (akutnoj) fazi dok je virus prisutan u visokim koncentracijama. Uzorke treba transportirati u sigurnim uvjetima koji će očuvati infektivnost ovog virusa koji je izvan organizma vrlo labilan. Uzroci koji se koriste za laboratorijsku dijagnostiku su: krv, serum, urin, brisevi konjunktive, grla i nazofarinksa te u

nekim okolnostima i bioplat mozga i kože. Uzorci se transportiraju na temperaturi od 4°C te se trebaju otpremiti u laboratorij u roku 48 sati (2).

Kod sumnje na ospice treba ih laboratorijski utvrditi dokazivanjem specifičnih antitijela, izolacijom virusa ospica, dokazivanjem nukleinske kiseline te virusnih antigena u uzorku. „Za rutinsku dijagnostiku ospica, metoda izbora je određivanje IgM protutijela ELISA testom“ (test kojim se u krvi otkrivaju antitijela na uzročnike bolesti) (6).

PRETRAGA	UZORAK	OPTIMALNI VRIJEME ZA UZIMANJE U DANIMA OD POJAVE OSPICA
Serologija	Serum	Od 4 dana do 28 dana
PCR/genotipizacija	Obrisak ždrijela/nazofarinksa, nazofaringealni aspirat	< 7 dana
PCR/genotipizacija	Urin	< 10 dana
Izolacija virusa	Obrisak ždrijela/nazofarinksa	< 5 dana
Detekcija antigena (izravna imunofluorescencija; DFA)	Obrisak ždrijela/nazofarinksa	< 5 dana

Tablica 1. Vrsta uzoraka za određenu pretragu i vrijeme u kojem ih je najbolje uzeti

„Laboratorijske rezultate treba interpretirati u skladu s cijepljenim statusom osobe te s vjerojatnošću prirodne infekcije ospicama u te osobe“. Genotipizacija se provodi u slučaju sumnje odnosno provodi se za sigurno razlikovanje divljih ospica od ospica nakon cijepljenja. Kad je uzorak za dokazivanje IgM antitijela uzet prerano moguć je lažno negativan nalaz te bi se trebao ponoviti za 7 dana. Epidemiološko praćenje slučajeva te dokazivanje povezanosti slučajeva važni su genotipizacija i izolacija virusa, koji nisu metode izbora. Uzorci brisa ždrijela i nazofarinksa te Koplikovih pjega ili urina pogodni su za molekularnu epidemiološku dijagnostiku koji se u laboratoriji otpreme u Hanksovom transportnom mediju. Sve pretrage koje obuhvaćaju serologiju, izolaciju virusa te molekularna dijagnostika provode se u WHO Nacionalnom laboratoriju za ospice/rubeolu u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (6).

1.5 Liječenje

Specifičnog lijeka za virus ospica nema, pa je primarno liječenje asimptomatsko te obuhvaća njegu pacijenta, mjere snižavanja tjelesne temperature, hidracija, ublažavanje katralnih simptoma itd. Moguće bakterijske komplikacije liječe se primjenom antibiotika. Pacijent treba biti izoliran tijekom katralnih simptoma te 3 dana nakon pojave *makulopapuloznog osipa* (1).

1.6. Mjere izolacije

Izolacija odnosno odvajanje inficiranih ljudi javlja se već u Bibliji u Starom zavjetu, dok se riječ karantena prvi put spominje u Venezueli 1403. kad je Venecija pogođena bubonskom kugom. Kod svih bolesnika kod kojih je potvrđena neka zarazna bolest ili kod kojih postoji sumnja na istu trebali bi se izolirati te primjenjivati standardne mjere izolacije i standardne epidemiološke mjere. Razlozi primjene kod sumnje na neku zaraznu bolest, u ovom slučaju ospica, su:

1. Bolesnik ne mora pokazivati znakove i simptome ali može se već nalaziti u fazi inkubacije,
2. Bolesnik ne mora pokazivati znakove i simptome a može biti kontaminiran multirezistentnim mikroorganizmima ili asimptomatski prijenosnik te,
3. Zarazne bolesti dokazuju se laboratorijskim testovima koji zbog nedostataka laboratorija mogu kasniti i ne doći na vrijeme.

Uz primjenu svih standardnih epidemioloških mjera kao što su pranje ruku, nošenje rukavica i maske, nošenje ogrtača i zaštite za oči lice te dekontaminacija pribora i predmeta u neposrednoj okolini zdravstvene djelatnici trebali bi se imunizirati odnosno cijepiti protiv ospica ili drugih zaraznih bolesti za koje postoji cjepivo. Bolesnici s ospicama trebali bi biti u izolaciji u katralnom stadiju te 3 dana nakon pojave ospica u jednokrevetnoj sobi s vlastitim sanitarnim čvorom. Posjetiteljima treba ukazati na važnost nošenja zaštitnih sredstava te pridržavanja epidemioloških mjera radi moguće infekcije. Broj osoblja koji skrbi o pacijentu trebao bi se svesti na minimum ili po mogućnosti osigurati osoblje koje je cijepljeno ili koje je preboljelo infekciju virusom ospica. Pacijente se također može i kohortirati. To se provodi u slučaju nemogućnosti primjene jednokrevetnih soba. Pacijente u aktivnoj infekciji ili one koji su zaraženi istim mikroorganizmom (ospicama) mogu se kohortirati na za to određene odjele. Na vratima sobe treba biti adekvatan natpis izolacije kako za posjetitelje tako i za osoblje, koji mora sadržavati određene informacije ali da se nenaruši povjerljivost podataka. U slučaju da nije moguća izolacija u jednokrevetnoj sobi ili kohortiranje, treba se držati distanca između kreveta i drugih pacijenata ili posjetitelja najmanje 1 metar (1).

1.7. Prevencija

„Prevencija ospica se provodi obveznim cijepljenjem djece primjenom živog atenuiranog cjepiva“. Cjepivo koje se primjenjuje je kombinirano (trovalentno) koje štiti organizam od ospica, zaušnjaka i rubeole. Sastoji se od dvije doze, 1. doza primjenjuje se kod djece s navršениh 12 mjeseci života te 2. doza u 7. godini života. Kako neka djeca, njih 15%, ne steknu imunost samo s prvom dozom, preporučene su dvije zbog sprječavanja nastanka epidemije. Živa atenuirana cjepiva dostupna su i učinkovita te pružaju dugotrajnu imunost. WHO preporučuje praćenje pojave ospica radi brze detekcije virusa, prevencije i liječenja, kako bi se spriječila moguća epidemija. Cjepivo se može primijeniti i u postvakcinacijskoj profilaksi. Ako se atenuirano cjepivo primjeni unutar 72 sata nakon bliskog kontakta sa zaraženom osobom može spriječiti nastanak i pojavu simptoma u neimunih osoba. Davanje imunoglobulina unutar 6 dana nakon bliskog kontakta primjenjuje se kod djece mlađe od godine dana, trudnica te imunokompromitiranih osoba (4).

1.8. Ospice u Europi

Cjepivo koje se primjenjuje protiv virusa ospica uvelo se prije 50-tak godina. Slučajevi ospica u Europi javljaju se kod necijepljene populacije koja obuhvaća i odrasle i djecu. Imunizacija je jedina učinkovita preventivna mjera za sprječavanje pojave ospica. Sve zemlje Europe imaju uvedeno obavezno cijepljenje s dvije doze trovalentnog cjepiva (7).

Prije uvođenja obaveznog cijepljenja protiv virusa ospica više od 90% djece mlađe od 15 godina obolijevalo je godišnje, što je rezultiralo s više od 2 milijuna smrtnih slučajeva godišnje. Nakon uvođenja cjepiva broj oboljelih znatno se smanjio (čak 65%). Ospice su bile jako dobro kontrolirane sve dok se nije pojavila epidemija u Bugarskoj 2010.godine, nakon čega broj kontinuirano raste (4). Kao odgovor na epidemije nekoliko zemalja je poduzelo iznimne mjere za cijepljenje protiv ospica, kao npr. Grčka koja je smanjila dob djece u primjeni 2.doze sa 7 godina na 2 godine te Danska koja je od 01.travnja 2018.ponudila besplatno cijepljenje odraslim osobama koje nisu imune (7). Incidencija ospica znatno se smanjila, ali i unatoč tome zabilježeno je nekoliko tisuća slučajeva godišnje i to najviše u Bugarskoj, Velikoj Britaniji, Poljskoj, Italiji, Njemačkoj i Irskoj. Kao najveći problem pojave i izbijanja epidemija ospica navodi nedostatak educiranosti populacije, povezivanje raznih bolesti s cjepivom te nepovjerenje u zdravstveni sustav i učinkovitost cijepljenja (2).

1.9. Ospice u Hrvatskoj

Od 1949.godine u Hrvatskoj obavezno je prijavljivanje oboljelih od virusa ospica, dok je 1953. uvedeno sustavno epidemiološko praćenje bolesti. „Incidencija u Hrvatskoj značajno je opala sa 350/100000 1968. na manje od 1/100000 u 2000.što je direktna posljedica uvođenja cjepiva protiv ospica“. Bolest je praktično nestala početkom 21. stoljeća u Hrvatskoj te je godišnje bilo oko 10 slučajeva sve do 2007.kad nije bilo nijednog. Dvije manje epidemije javile su se 2003./2004.godine na području Zagreba te 2008.na području Zagreba i Slavenskog Broda. 2014./2015 Godine zabilježena je epidemija s ukupno 220 slučajeva. Većim dijelom, slučajevi su obuhvaćali necijepljenu romsku populaciju koji su sporadično prenosili virus na ostalu populaciju. Tada ih je najviše zabilježeno u Zagrebu, ali su slučajevi zabilježeni i u drugih 11 županija. U razdobljima između epidemija bilježili su se sporadični slučajevi bez daljnjeg širenja. Na području Hrvatske zabilježeno je 5 slučajeva subakutnog sklerozirajućeg

panencefalitisa od kojih su svi bili cijepljeni. I dalje se na našem području cijepljenje provodi u više od 90% populacije od 2001.godine (2).

1.10. Antivakcinalni pokret u Europi

Antivakcinalni pokret postoji već od sredine 18.st. Vakcinacija je već od samog početka bila uspjeh u prevenciji nekih bolesti, ali isto tako imala je svoje protivnike. Antivakcinalisti unatoč svim istraživanjima tvrde kako cijepljenje uzrokuje različite idiopatske i neizlječive bolesti kao što su npr.autizam, sindrom iznenadne smrti kod dojenčeta, upalne bolesti crijeva i sl. Te tvrdnje su rezultati istraživanja potpuno opovrgnule. I dalje antivakcinalni pokreti i njihovi autori proživljavaju procvat te djeluju i dalje i nastavljaju širiti svijetom svoje teorije i stavove o cijepljenju(8).

1.11. Antivakcinalni pokret u Hrvatskoj

Do 2010.godine odbijanje cjepiva sa strane roditelja bilo je potpuno zanemarivo, sve dok od te godine broj odbijanja nije počeo eksponencijalno rasti. U Hrvatskoj je protivljenje cjepivu počelo nakon pojave sumnje, bez istraživačkog temelja, u cjepivo protiv svinjske gripe.2009.godine. Postupak liječničkih novina objavljivanjem članka „Cijepljenje – spas od zaraznih bolesti ili nepotreban rizik“ velikom je brzinom odjeknuo u javnosti te tako dao prednost antivakcinalnim pokretima. U tom članku iznesena su mišljenja i stavovi antivakcinalnih pokreta. Članak se proširio medijima i uzdrmao javnost. Nakon nekog vremena taj članak je izbrisan iz e-arhive dotičnih novina. Broj roditelja koji ne žele cijepiti svoju djecu s godinama znatno raste (8).

1.12. Cijepljenej zdravstvenih djelatnika

Kod svih zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u bolnicama provjerava se cjepni status koji se isporuče npr.timu za kontrolu infekcija. Odgovorne osobe izvještaj moraju podnijeti Povjerenstvu za bolničke infekcije te cijepiti one koji nisu cijepljeni ili one koji su cijepljeni samo jednom dozom cjepiva Mo-Pa-Ru. Svi djelatnici rođeni prije 1960.godine te oni kojima je utvrđeno cijepljenje uvidom u cijepni status smatraju se zaštićeni. One djelatnike koji nisu

cijepljeni niti s jednom dozom cjepiva trebaju se cjepiti cjepivom Mo-Pa-Ru s obje doze u razmaku od 4 tjedna (9).

2. CILJ

Cilja rada je prikazati ulogu medicinske sestre kod pojavnosti ospica ili sumnje na ospice.

3.RASPRAVA

Uloga medicinske sestre kod pojave ospica ili pri sumnji na njih je pravovremeno poduzimanje propisanih protuepidemijskih mjera temeljem prethodnog znanja o samom virusu ospica (način prijenosa, infektivnost, inkubacija). Naime, iznimno je važno da medicinska sestra svojim stručnim znanjem i vještinama educira pacijenta i njegovu obitelj, kao i bliske kontakte o standardnim epidemiološkim mjerama, kao što su pranje i dezinfekcija ruku, nošenje zaštitne maske.

Uloga medicinske sestre u prevenciji širenja infekcije uzrokovane virusom ospica očituje se i u edukaciji, kako pacijenta, tako i njegove obitelji i neposrednih kontakata o samom kliničkom tijeku bolesti, provedbi dijagnostike i liječenja. Pristup medicinske sestre prema pacijentu treba biti holistički, odnosno individualan.

Kako bi se izbjegle komplikacije liječenja vezane uz mentalno zdravlje bolesnika zbog provedbe mjere izolacije kod bolesnika, te zabrane prijama posjeta na odjel tijekom hospitalizacije, važno je da medicinska sestra procjeni psihičko stanje pacijenta (strah, anksioznost, depresivno raspoloženje), da o istom upozori liječnika, te da izradi plan zdravstvene njege za bolesnika, individualno prilagođavajući primjenu sestrinskih intervencija za pacijenta.

Kako su ospice pretežno dječja bolest fokus medicinske sestre na svim razinama zdravstvene zaštite je na edukaciju roditelja s ciljem povećanje razine znanja o važnosti redovitog cijepljenja. Čitajući studiju pod nazivom: „Značaj komunikacije zdravstvenih djelatnika u promociji cijepljenja“ nailazimo na niz antivakcionalnih kampanja koji se izrazito zalažu protiv cijepljenja jer smatraju da određeno cjepivo uzrokuje razne bolesti. Antivakcionalni pokreti zasnivaju svoje teorije bez znanstvenog temelja. Fokus medicinske sestre treba biti na roditelje, ukazati im važnost cijepljenja, čemu ono služi, te informirati roditelje o mogućim nuspojavama i komplikacijama.

Uvođenjem edukacijskih intervencija u radu medicinskih sestara u promociji cijepljenja, osnažuje se i sama uloga medicinske sestre u zdravstvenom sustavu. Naime, u praksi puno roditelja ne želi cijepiti svoju djecu ponajviše zbog nedostataka informacija o samom cjepivu

pa tako i o mogućim nuspojavama. Stoga medicinska sestra treba svojim verbalnim i neverbalnim vještinama ukazati na važnost cijepljenja, te pružiti osjećaj povjerenja i sigurnosti roditeljima. Mora biti otvorena za sva pitanja te pružiti primjerene odgovore i što bolje objasniti sam tijek bolesti i pozitivne učinke cjepiva. Medicinska sestra treba promicati preventivne mjere za sprječavanje nastanka bolesti i ukazati roditeljima djece i starijih pacijenata kako od pojave cjepiva prije 50-tak godina do danas je sama pojava ospica izrazito manja, pa tako su i smrtni ishodi rjeđi. Svojim iskustvom u srednjoj školi i na studiju sestrinstva u Zadru smatram kako bi edukacija o zaraznim bolestima, te cijepljenju trebala biti na višoj razini. Kako bi edukacija samih medicinski sestara u bolnici, a koje rade na pedijatrijskim i infektološkim odjelima, trebala biti češća i efikasnija. Za razumjeti je i stav roditelja koji ne žele cijepiti djecu, jer im mediji nameću negativno mišljenje, te promoviraju negativne učinke i komplikacije cjepiva. Međutim, smatram kako majke koje ne rade ili nemaju nikakav kontakt sa zdravstvenim sustavom trebaju dobiti mnogo više informacija od medicinskih sestara pa i drugih zdravstvenih djelatnika, ne samo koje će cijepivo dijete primiti ili da jedina komplikacija cijepljenja je povišena tjelesna temperatura nakon cijepljenja djeteta. Zavodi za javno zdravstvo koji se bave prevencijom bolesti i promocijom zdravlja u svom radu trebaju što više u medijima provoditi edukaciju vezanu uz cijepljenje od zaraznih bolesti, neovisno što u Hrvatskoj postoji zakon koji isto propisuje i obvezuje. Naime, informiranost i povjerenje u zdravstveni sustav znatno utječe na stavove ljudi pa tako i na samo procjepljivanje populacije.

Djelokrug rada medicinskih sestara sastoji se od procjene fizičkog i psihičkog stanja pacijenta, planiranja i provođenja zdravstvene njege te same evaluacije i vođenja sestrinske dokumentacije. Pri prijemu pacijenta s ospicama ili sumnjom na njih, u pedijatrijskom okruženju ili hitnom prijemu, medicinska sestra pravovremeno treba prepoznati moguću infektivnost virusom ospica te izolirati pacijenta u jednokrevetnu sobu s vlastitim sanitarnim čvorom ili u prostoriju koja je predviđena za to gdje će biti pregledan. Medicinska sestra treba se pridržavati svih standardnih epidemioloških mjera te staviti zaštitnu masku sebi i samom pacijentu te koristiti zaštitne rukavice. Sestra treba obavijestiti nadležnog liječnika o mogućoj pojavi ospica, nakon čega on obavještava nadležnog epidemiologa. Pri transportu pacijenta na odjel infektologije ili na dijagnostičke pretrage medicinska sestra treba pravovremeno informirati osoblje s tih odjela kako bi mogli na vrijeme osigurati izolaciju te pribor za skrb o pacijentu. Sestra mora provjeriti cijepni status pacijenta te uzeti odgovarajući uzorak za laboratorijsku dijagnostiku. Pri pozitivnom nalazu dužna je obavijestiti nadležnu epidemiološku službu o pojavi virusa ospica odnosno prijaviti zaraznu bolest. Nakon što

medicinska sestra obradi pacijenta te ga transportira na odjel za infektologiju ili na odjel pedijatrije treba obavijestiti spremačicu da propisno očistiti sve prostorije u kojima je pacijent boravio, uključujući čekaonicu, trijažni prostor te samo bolesničku sobu u koju je smješten pri prijemu. Sestra treba ukazati spremačici na propisno čišćenje tog prostora sa zasebnim priborom te pravilnom otpremom infektivnog otpada te pravilnoj dekontaminaciji pribora kojeg je koristila.

Rad pod nazivom „A World without measles“ koji obuhvaća nekoliko istraživanja o ospicama ukazuje nam kako je, u doba prije pojave i uvođenja cjepiva, u svijetu oko 90% djece do svoje 15.godine bilo zaraženo s virusom ospica. Procjenjuje se kako je bilo 2,6 milijuna smrtnih slučajeva. Razvojni cilj je bio smanjiti ukupni broj smrtnosti djece za dvije trećine do 2015.godine. Od 1990. države članice Svjetske zdravstvene skupštine pridružile su se cilju u smanjenju smrtnosti, pa i same pojave ospica. Globalna smrtnost se od 1990. – 2000. smanjila za 78%, 2000. bilo je 733 000 smrtnih slučajeva, a 2008. 164 000. Sve zemlje s izuzetkom Indije, postigla je globalni cilj 2010. godine koji je rezultirao smanjenjem smrtnosti od ospica za 90%. 2002. godine poduzimaju se koraci ka postizanju cilja i u drugim zemljama (Europa, istočni Mediteran i zapadni Pacifik). 2009. Afrička regija usvojila je cilj uklanjanja ospica do 2020. Jugoistočna Azija također je donijela odluku u kojoj se poziva populacija da mobiliziraju resurse za potporu uklanjanja ospica uz daljnje rasprave o utvrđivanju ciljanog datuma. U svibnju 2008. ohrabreni napretkom koja se postiže u smanjenju smrtnosti od ospica širom svijeta, države članice Svjetske zdravstvene organizacije zatražile su procjenu izvedivosti globalnog iskorjenjivanja ospica. Izveden je sveobuhvatan program rada koji je istraživao biološke, programske, ekonomske, socijalne i političke aspekte izvedivosti iskorjevanja ospica te da se ospice trebaju i moraju iskorijeniti do 2020. 2009.godine započelo je ponovno oživljavanje virusa ospica koje pogađa 28 zemalja podsaharske Afrike što je rezultiralo s 200 000 slučajeva. Zbog nedovoljnog prijavljivanja slučajeva smatralo se da je istiniti ukupni broj veći za 10-20 puta. Osnovni uzrok ovih izbijanja je nedovoljna procijepljenost te niske pokrivenosti prvom dozom. Financijska potpora inicijativi za ospice smanjila se sa 150 milijuna dolara 2007. na 50 milijuna dolara 2009. i na 35 milijuna dolara 2010.godine. Smanjena financijska potpora rezultirala je odgodom zakazanih kampanja cijepljenja i smanjenje broja dobnih skupina ciljanih za cijepljenje. Svjetska zdravstvena organizacija procijenila je da bi smanjena financijska i politička predanost ospicama mogla rezultirati s dodatnih 200 000 smrtnih slučajeva uzrokovano ospicama. 2013. bilo je 500 000 smrtnih slučajeva povezanih s ospicama. Svi pozitivni rezultati u svezi s ospicama tijekom prošlog desetljeća bit će izgubljeni

ako dodatni resursi ne budu odmah dostupni za potpunu provedbu planirane aktivnosti cijepljenja. Dostupnost jeftinog i učinkovitog cjepiva jedna je od najisplativijih intervencija u nizu razvojnih postavki. Sva istraživanja koja su obuhvaćena s ovim radom razmatraju ponovni porast smrtnih slučajeva povezanih s ospicama. Također, studije pokazuju kako je iskorjevanje ospica vrlo povoljno bez obzira na prihode u zemlji (11).

Rad po nazivom „Politike cijepljenja u svijetu“ ukazuje nam kako je cijepljenje jedna od najučinkovitijih preventivnih mjera u suzbijanju zaraznih bolesti. Cijepljenje se provodi prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije. Ovaj rad pokazuje nam kako su politike cijepljenja u zemljama različite pa tako i sam cijepni obuhvat. U 15 zemalja Europske unije obvezno je cijepljenje dok u ostalih 15 se izdaju samo preporuke. U prikazanim zemljama u ovom radu cijepni obuhvati su zadovoljavajući i obuhvaćaju oko 90%, dok u nekim zemljama gdje se provode preporuke cijepni obuhvat iznosi između 70 i 80%. U nekim zemljama postoje novčane kazne i sankcije za odbijanje cijepljenja, dok u nekima cijepljenje predstavlja uvjet za upis u školu. I dalje se naglasak stavlja na prosvjećivanje populacije i promociju cijepljenja. Zemlje koje se ističu su Rumunjska kojoj cijepni obuhvat protiv ospica obuhvaća 80%, te Austrija i Italija u kojima nije obvezno cijepljenje već je preporuka te cijepni obuhvat protiv ospica iznosi 80%. U Sjedinjenom Američkim državama cijepljenje nije obvezno ali se izdaju preporuke radi upisa u privatne i javne ustanove i škole. Zemlje Južne Amerike sadržavaju 16 cjepiva čime se smatra najopsežnijim programom cijepljenjem na kontinentu. Austrija bilježi cijepni obuhvat od 80%, ali je zbog odbijanja cijepljenja djeteta uvela je sankcije za roditelje, kao što su ukidanje dječjeg doplatka i poreznih i drugih olakšica (12).

Uspjeh u iskorjenjivanju ospica i povećanju procijepljenosti populacije ovisi o odgovornosti, komunikaciji, uspješnom prosvjećivanju populacije te mobilizacijom resursa i jakom upravljanju pojedine zemlje. Uz kombinaciju ovih segmenata možemo predvidjeti i uspjeti u ostvarivanju cilja koji podrazumijeva svijet bez ospica.

4. ZAKLJUČAK

Uloga medicinske sestre je promicanje zdravlja te poticanje cijepljenja populacije, kao i ukazivanje na komplikacije bolesti uzrokovane virusom ospica. Medicinska sestra je zdravstveni djelatnik, edukator, promotor pozitivnih učinaka na zdravlje, te treba svojim znanjem i vještinama utjecati na educiranost populacije o ospicama, ali drugim zaraznim bolestima.

Medicinska sestra na svim razinama zdravstvene zaštite treba biti glavni izvor informacija o samoj bolesti i mogućim nuspojavama cijepljenja, kao i mogućim ishodima ne cijepljenja. Važno je da medicinska sestra ima visok stupanj komunikacijskih vještina te da zna primjenjivati različite modele komunikacije kako bi olakšala lakše razumijevanje populacije, prilagodila razinu informiranosti ciljanoj skupini populacije u ovisnosti i o akademskom stupnju obrazovanja, s ciljem povećanja razine znanja populacije o cijepljenju protiv zaraznih bolesti.

LITERATURA:

1. Kuzman I., Schonwald S., Infektologija za medicinske škole, Medicinska naklada – Zagreb, 2000., str.138;92-101
2. Ljubin-Sternak S., Vilibić-Čavlek T., Kosanović-Ličina M.L., Ivančić-Jelečki J., Kaić B., *Ospice – javnozdravstveni izazov*, Medicina Fluminensis Vol.53 No.2, 2017.
Dostupno: <https://hrcak.srce.hr/179754>
Pristupila: 25.09.2020.
3. Povjerenstvo za sprječavanje i suzbijanje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi Opća bolnica Zadar. *Algoritam Postupanja kod ospica u Općoj bolnici Zadar*. Zadar, lipanj 2018.
4. Tešović G., Stemberger Marić L., *Ospice – neopravdan strah ili realna opasnost?*. Paediatr Croat. 2018;62 (Suppl):242-245
Dostupno:<http://www.hpps.com.hr/sites/default/files/Dokumenti/2018/lijecnici/Dok%2046.pdf>
Pristupila: 28.09.2020.
5. Zubčević S., Čatibušić F., Užičanin S., *Subakutni sklerozirajući panencefalitis u djece – različitost kliničke slike*. Paediatr Croat. 2008;52:165-169
Dostupno:<https://www.paedcro.com/opsirnije.php?clanak=432>
Pristupila: .29.09.2020.
6. *Algoritam postupanja kod ospica*
Dostupno:<http://kohom.hr/mm/wp-content/uploads/OBITELJSKA-Algoritam-postupanja-kod-ospica-.pdf>
Pristupila: 01.10.2020.
7. Rapid Risk Assesment, *Risk of measles transmission in the Eu/EEA*. ED Internal Decision, 23. February 2018.

Dostupno: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-measles-eu-eea-2019>

Pristupila: 01.10.2020.

8. Richter D., Čičak B., Gagro A., Ivković-Jureković I., Kelečić J., Radonić M., Voskresensky-Baričić T., *Antivakcinalni pokret*. Paediatr Croat.2014;58 (suppl 2):3-7.

Dostupno:https://www.hpd.com.hr/_dokumenti/2014-073.pdf

Pristupila:04.10.2020.

9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti, Referentni centar za epidemiologiju Ministarstva zdravstva, *provjera cjepnog statusa za ospice i cijepljenje zdravstvenih djelatnika protiv opsica*. Zagreb, 12.lipnja 2018.

10. Šantić M., Čović I., *Značaj komunikacije zdravstvenih djelatnikau promociji cijepljenja*. Zdravstveni glasnik, 2020. Vol.6. No.1.

Dostupno:<https://hrcak.srce.hr/file/347137>

Pristupila:05.10.2020.

11. Strebel P.M., Cochi S.L., Hoekstra E., Rota P.A., Bellini W.J., Katz S.L. *A world without measles*. The Journal of Infectious Diseases, Volume 204, Issue suppl_1, July 2011, pages S1-S3.

Dostupno: https://academic.oup.com/jid/article/204/suppl_1/S1/2194274

Pistupila: 12.10.2020.

12. Majer M., Jureša V., Musil V., *Politike cijepljenja u svijetu*. Knjiga sažetaka: V.Hrvatski kongres školske i sveučilišne medicine s međunarodnim sudjelovanjem, Djeca i mladi - izazov za budućnost, 30.ožujka do 2.travnja 2017., Opatija / Hrvatsko društvo za školsku i sveučilišnu medicinu, Hrvatski liječnički zbor, Zagreb, 2017. Str. 14 – 15 (predavanje domaća recenzija, sažetak, stručni)

Pristupila: 13.10.2020.

Dostupno: <https://www.bib.irb.hr/870103?rad=870103>