

Висока школа струковних студија за образовање васпитача

Нови Сад

**Респираторне инфекције код деце предшколског
узраста у вртићу „Златна греда“**

Мастер рад

Ментор

Проф.др Маја Галић

Кандидат

Јелена Дабић 19/21

Нови Сад, октобар 2023.

Овај мастер рад рађен је у Високој школи струковних студија за образовање васпитача у Новом Саду.

Захвалност пре свега желим да упутим својој менторки др Маји Галић на несебичној помоћи и указаној подршци приликом израде овог рада.

Велику захвалност дугујем професорима мастер студија и колегама на великој помоћи око извођења истраживања и писања рада.

Такође, желела бих да се захвалим колегама и подитељима вртића „Златна греда“ који су ми помогли у изради анкете и активно учествовали у попуњавању исте.

Највећу захвалност дугујем својој породици и пријатељима на бескрајној подршци и разумевању коју су ми увек пружали.

Нови Сад, 2023. године

Аутор

Јелена Дабић

Сажетак: У овом раду обрађени су резултати анкете везани за врсту, учесталост, лечење и превенцију респираторних инфекција код деце. Анкета је спроведена у априлу месецу током 2023. године. У анкети је учествовало 50 деце односно родитеља који су дали одговоре на питања која се односе на појаву, учесталост, и врсту респираторне инфекције код деце. Резултати анкете су статистички обрађени применом Ман Витнијевог (енг. Mann-Whitney) теста. Статистички параметри показују да нема значајне разлике између пола као и између две испитиване старосне групе деце (3-4 год. и 6-7 год.). Преко 90% родитеља потврдило је да су њихова деца боловала од респираторних инфекција. Најчешће респираторне инфекције су упала носне слузнице и ждрела. Учесталост оболеле деце је више пута у току једне године и то најчешће зими и током јесени. Лечење блажих респираторних симптома родитељи се подједнако или обраћа лекару или лечење спроводи комбиновано. Највећи број родитеља у лечењу респираторних инфекција користи класичне или природне лекове. Боравком у дечијим колективима деца су у контакту са вршњацима због чега постоји и већа изложеност изворима заразе на које су деца мање отпорна као последица чињенице да је њихов имун систем још увек у развоју. Превентивне мере као што су одржавање личне хигијене, редовно чишћење простора и опреме, дезинфекција коришћених предмета, површина и играчака, здравствени прегледи запослених у вртићу, као и родитеља, вакцинација и др. само су неке од мера које могу допринети мањој епидемији респираторних инфекција. Додатно тимски рад васпитача, родитеља и лекара може значајно допринети успешности и ефикасности лечења деце оболеле од респираторних инфекција.

Кључне речи: респираторне инфекције, деца, вртић, анкета, превенција

Summary: This paper deals with the results of a survey related to the type, frequency, treatment and prevention of respiratory infections in children. The survey was conducted in April during the year 2023. 50 children and their parents participated in the questionnaire, who answered questions related to the occurrence, frequency, and type of respiratory infection in children. The results of the survey were statistically processed using the Mann-Whitney test. The statistical parameters show that there is no significant difference between gender and between the two examined age groups of children (3-4 years and 6-7 years). Over 90% of parents confirmed that their children suffered from respiratory infections. The most common respiratory infections are inflammation of the nasal mucosa and pharynx. The frequency of sick children is several times in one year, most often in winter and during autumn. Treatment of milder respiratory symptoms is equally addressed to the doctor or combined treatment. The largest number of parents in the treatment of respiratory infections uses classic or natural medicines. By staying in children's collectives, children are in contact with their peers, which is why there is greater exposure to sources of infection to which children are less resistant as a result of the fact that their immune system is still developing. Preventive measures such as maintenance of personal hygiene, regular cleaning of premises and equipment, disinfection of used items, surfaces and toys, health examinations of kindergarten employees and parents, vaccinations, etc. are just some of the measures that can contribute to a smaller epidemic of respiratory infections. In addition, the teamwork of educators, parents and doctors can significantly contribute to the success and efficiency of the treatment of children suffering from respiratory infections.

Key words: respiratory infections, children, kindergarten, survey, prevention

Садржај

1. УВОД	1
1.1 АНАТОМИЈА РЕСПИРАТОРНОГ СИСТЕМА	2
1.2 ФИЗИОЛОГИЈА РЕСПИРАТОРНОГ СИСТЕМА	4
1.2.1 Улоге дисајних путева	4
1.2.2 Механизам респираторних покрета	4
1.2.3 Регулација дисања	5
2. НАЈЧЕШЋЕ БОЛЕСТИ ДИСАЈНИХ ПУТЕВА	5
2.1 УПАЛЕ НОСНЕ СЛУЗНИЦЕ (RINITIS)	5
2.2 УПАЛА СИНУСА(SINUSITIS)	6
2.3 УПАЛЕ КРАЈНИКА И ЖДРЕЛА	7
2.3.1 Акутни фарингитис (упала ждрела)	7
Слика 4. (Запаљење ждрела и крајника)	8
2.4 УПАЛА СРЕДЊЕГ УХА (OTITIS MEDIA)	8
2.4.1 Ангина	9
2.4.2 Трећи крајник	9
2.5 ЛАРИНГИТИС	10
2.5.1 Акутни ларингитис	10
2.5.2 Хронични ларингитис	10
2.6 БРОНХИТИС	10
2.7 УПАЛЕ ПЛУЋА(PNEUMONIA)	11
2.7.1 Вирусна пнеумонија	12
2.7.2 Стафилококна пнеумонија	12
2.7.3 Стрептококна пнеумонија	13
2.7.4 Пнеумококна пнеумонија	13
2.7.5 Микоплазма- пнеумонија	13
2.8 АСТМА	14
3. УТИЦАЈ ЖИВОТНОГ СТИЛА НА ИМУНИТЕТ	15
3.1 ПРЕВЕНЦИЈА НАЈЧЕШЋИХ ИНФЕКЦИЈА РЕСПИРАТОРНОГ СИСТЕМА	16
3.2 ПРЕВЕНЦИЈА УПАЛЕ НОСНЕ СЛУЗНИЦЕ	16
3.3 ПРЕВЕНЦИЈА УПАЛЕ СИНУСА	17
3.4 ПРЕВЕНЦИЈА УПАЛЕ КРАЈНИКА И ЖДРЕЛА	19

3.5 УПАЛА ДУШНИЦА И БРОНХИЈА	20
3.6 ПРЕВЕНЦИЈА ОПСТРУКТИВНОГ БРОНХИТИСА	21
3.7 ПРЕВЕНЦИЈА УПАЛЕ ПЛУЋА.....	21
3.8 ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ	22
3.9 УЛОГА ВАСПИТАЧА У ПРЕВЕНЦИЈИ РЕСПИРАТОРНИХ ИНФЕКЦИЈА	25
4. Циљ рада	26
5. Радне хипотезе	27
6. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ	28
6.1 Спровођење анкете	28
6.2 Обрада резултата анкете.....	28
7. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	29
7.1 РЕЗУЛТАТИ АНКЕТЕ У ОДНОСУ НА ПОЛНУ ПРИПАДНОСТ	29
7.2 РЕЗУЛТАТИ АНКЕТЕ У ОДНОСУ НА УЗРАСТ ДЕЦЕ.....	36
8. ДИСКУСИЈА.....	44
8.1 УТИЦАЈ ПОЛНЕ ПРИПАДНОСТИ НА РАЗВОЈ РЕСПИРАТОРНИХ ИНФЕКЦИЈА КОД ДЕЦЕ	44
8.2 УТИЦАЈ УЗРАСНЕ ГРУПЕ ДЕЦЕ НА РАЗВОЈ РЕСПИРАТОРНИХ ИНФЕКЦИЈА	46
9. ЗАКЉУЧАК	47
10. УЛОГА ВАСПИТАЧА	48
11. ЛИТЕРАТУРА.....	50
11. Прилог.....	53

1. УВОД

Акутне респираторне инфекције водећи су проблем у предшколским установама и другим дечјим колективима, како код нас тако и у свету. Стога сматрам да је неопходно посветити им посебну пажњу.

Посао васпитача веома је комплексан и захтеван. Васпитач, осим што треба да заинтересује дете и научи га одређеним садржајима из живота, пре свега мора да уме да „ослушне“ дете и његове потребе. То се не односи само на ментално здравље детета, већ и на физичко здравље. Често је васпитач први у ланцу оних који могу помоћи у ургентним ситуацијама. Као неко ко толику одговорност има на себи, одлучила сам да тема мог мастер рада буду управо најчешће респираторне инфекције код деце као најзаступљеније болести деце која похађају вртић. Раздобље раног детињства најосетљивији је период за свако дете када се јављају најчешће вирусне болести које се епидемијски шире.

Вирусне инфекције код деце предшколског и школског узраста су веома честе, нарочито током хладнијих месеци у години. Иако им нису драге, родитељима су добро познате болести које вирусне инфекције код деце најчешће изазивају : грип, бронхитис, упала грла, инфекција уха...

Деца која иду у вртић, школу или похађају било који други вид колективног смештаја или активности, много су изложенија вирусима, нарочито вирусним респираторним инфекцијама.

У току свог вишегодишњег радног искуства и мноштво генерација са којима сам радила, уочила сам проблем велике присутности респираторних инфекција, а самим тим и смањене присутности деце у колективима, и одлучила сам да урадим нешто како би проблем јављања респираторних инфекција био мањи. Васпитач је после родитеља, за децу најважнија личност у животу, самим тим деца верују да је исправно све што ради њихов васпитач и имају у њега безгранично поверење. Васпитач треба да буде деци узор понашања и зато ми васпитачи кроз здраве животне навике и свакодневни рад треба да учимо децу како да се остану здрава.

Циљ ми је да укажем на постојање проблема учесталих респираторних инфекција, и да кроз рад са васпитачима, родитељима и децом умањим јављање респираторних инфекција код деце предшколског узраста.

1.1 АНАТОМИЈА РЕСПИРАТОРНОГ СИСТЕМА

Дисање је уношење ваздуха дисајним путевима до плућа у којима се врши размена угљен-диоксида из крви са кисеоником из ваздуха. Систем органа за дисање сачињава скуп спроводних дисајних путева и плућа. Дисајни путеви се деле на горње и доње. (Анђелковић, Стајковац, Илић, 1996)

Горњи и доњи дисајни путеви

Горњи дисајни путеви налазе се у пределу главе.

У горње дисајне путеве убрајају се :

1. Носна дупља са придодатим синусима-Носна дупља је почетни проширени део дисајних путева смештен у предњем делу средишњег предела главе, ограничен одређеним костима лобање и неким костима лица. У великим костима, које чине зидове носне дупље, налазе се шупљине, параназални синуси. (Анђелковић и сар., 1996)

2. Ждрело

3. Усна дупља

Доњи дисајни путеви смештени су у врату и грудној дупљи.

У доње дисајне путеве убрајају се:

1. Гркљан-је почетни, проширени део доњих дисајних путева и орган у коме се ствара глас, па је његова грађа посебно прилагодјена овој функцији. Гркљан се налази у средишњем делу предњег дела врата, у нивоу V и VI вратног пршљена. Предња страна гркљана је јасно испупчена нарочито код мушкараца. (Анђелковић и сар., 1996)

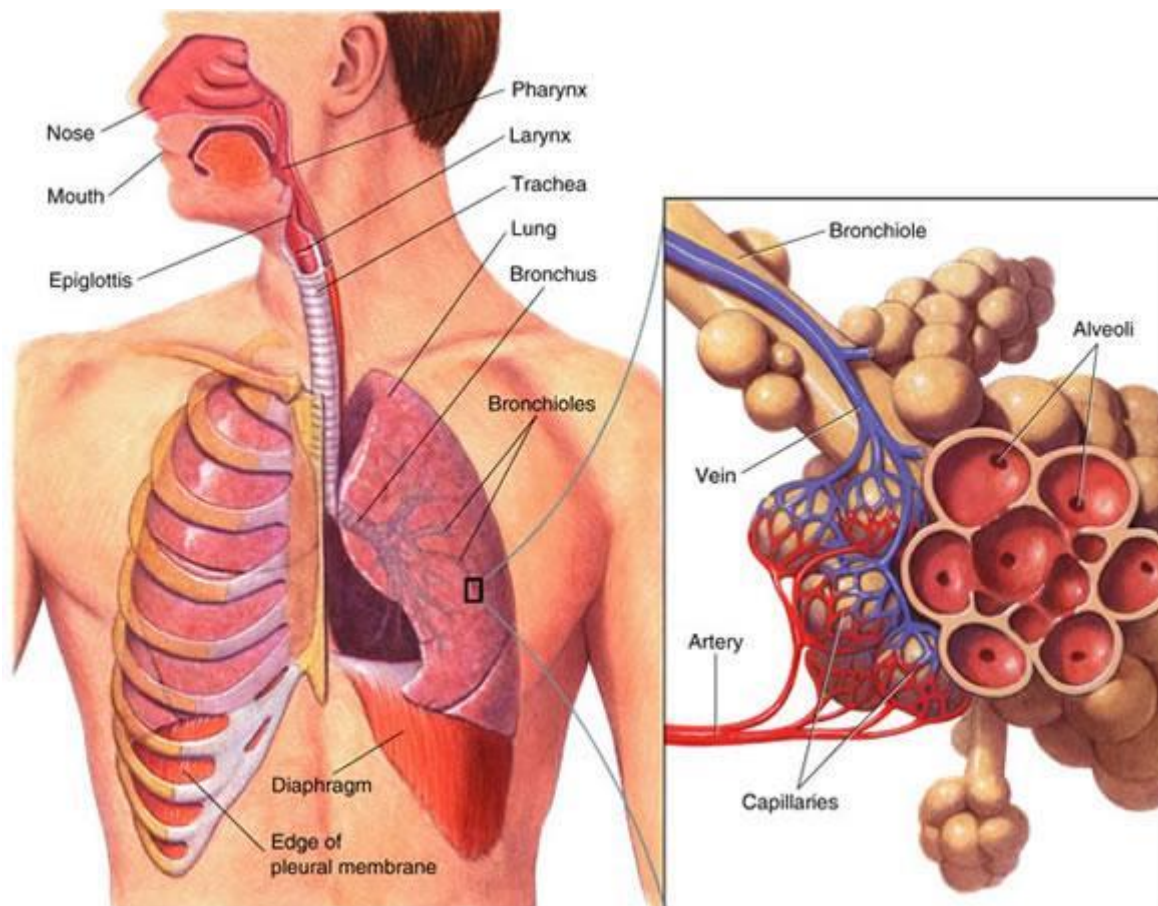
2. Душник-је хрскавичаво-опнасти цевасти орган који почиње од доње ивице прстенасте хрскавице гркљана, а завршава се у висини V грудног пршљена. (Анђелковић и сар., 1996)

3. Главне душнице и њихове гране које се налазе у саставу плућа- Главне душнице настају гранањем душника, одакле се пружају косо и наниже према улазном пољу

плућа, где се деле на режањске душнице плућа.(Анђелковић и сар.,1996)

4. Плућа-су главни део система органа за дисање, јер унутар плућног паренхима долази до размене гасова. Плућа се састоје из два плућна крила, десног и левог.

Плућа су смештена у бочним деловима грудне дупље. Плућна крила су у целини обавијена плућном марамицом. Свако плућно крило је прво подељено на плућне режњеве, у сваки од режњева плућа улази по једна грана главне душнице, поред које се налазе одговарајући крвни судови и живци. Респираторне бронхиоле се деле на алвеоларне каналиће чији су зидови проширени полуопнастим проширењима званим плућни мехурићи-алвеоле. Кроз зид алвеола врши се размена гасова, кисеоник из ваздуха прелази у капиларе одлазећи у крвоток, а угљен-диоксид из крви прелази у алвеоли и даље ваздушним путевима бива издахнут. (Анђелковић и сар.,1996)



(Слика 1. изглед респираторног система)

Извор: Анђелковић,И.,Стајковац,А.,Илић,А.(1996) Анатомија и физиологија.Завод за уџбенике и наставна средства, Београд.

1.2 ФИЗИОЛОГИЈА РЕСПИРАТОРНОГ СИСТЕМА

Органи за дисање снабдевају организам потребном количином кисеоника и елиминишу из организма створени угљен-диоксид. Кисеоник се крвљу допрема до ткива где се троши у процесима метаболизма.(Анђелковић и сар.,1996).

Респирација или дисање може бити спољашње и унутрашње. Спољашње дисање назива се плућно дисање и подразумева размену гасова између организма и спољашње средине и оно се одвија у плућима. Унутрашње дисање подразумева размену гасова између крви и ћелија.(Анђелковић и сар.,1996).

Једна респирација састоји се из:

- инспирације(удаха)
- експирације(издаха)

Одрастао човек при мировању начини у току једног минута 12-16 респираторних покрета. При свакој респирацији у плућа се удахне око 500мл ваздуха. До плућних алвеола ваздух се спроводи преко дисајних путева, у алвеолама се врши размена гасова.(Шићевић,1986).

1.2.1 Улоге дисајних путева

Дисајни путеви имају следеће улоге: спроводе ваздух, пречишћавају ваздух,загревају ваздух,влаже ваздух.

Ваздух се удише на нос и преко ждрела, грклана, душника идушница спроводи до алвеола. Пречишћавање се врши углавном у носу. У томе главну улогу имају длачице у носу и слуз која облаже слузокожу. При пролажењу кроз нос, ваздух се загрева скоро до телесне температуре. Влажење је омогућено захваљујући слузокожи носа. (Шићевић,1986).

1.2.2 Механизам респираторних покрета

Плућа су еластична, јер се састоје од еластичних влакана, и због тога могу да се шире и скупљају. Негативан притисак у интраплеуралном простору омогућава да се

покрети грудног коша преносе на плућа. При дисању плућа пасивно прате покрете грудног коша.

1.2.3 Регулација дисања

Регулација дисања је двојака:

☐ Нервна регулација - остварује се преко респираторног центра, који се налази у формацији продужене мождине.

☐ Регулација крвљу - остварује се путем крви и на њу утичу следећи фактори : промене концентрације угљен-диоксида и јона водоника, као и промене концентрације кисеоника у крви. (Шићевић, 1986).

2. НАЈЧЕШЋЕ БОЛЕСТИ ДИСАЈНИХ ПУТЕВА

2.1 УПАЛЕ НОСНЕ СЛУЗНИЦЕ (RINITIS)

У развоју локалног имунитета слузокожа носа има и имунолошку улогу. Захваљујући носној слузи, која спречава контакт инфективног фактора са слузокожом, или која овај инфективни фактор одстрањује, велики број инфекција се не развије у току епидемија респираторних обољења које захватају по неколико процената укупне популације деце.

Најучесталија обољења код деце су акутна запаљења носа и назофаринкса. Код ових обољења запажа се већа склоност ка катаралним запаљењима него у одраслих. Обољење је комтагиозно, а зими има тенденцију епидемија.

Акутни ринитис и назофарингитис, као и остала обољења респираторних органа, обично су изазвана вирусним проузроковачима. Постоји преко 40 риновируса, од којих су најпознатији: Adenovirus, virus Influenzae A, B, C, Coxsackie, virus prehlade. Проузроковачи запаљења могу бити и бактерије, најчешће грам-позитивне: Streptococcus beta haemoliticus, Staphylococcus aureus, Pneumococcus и др. У пракси се најчешће запажају мешовита вирусно-бактеријска запаљења.

Акутни ринитис и назофарингитис почињу конгестијом и едемом слузокоже са појачаном секрецијом из носа.(Стефановић,1994).



Слика 2. (Један од симптома упале носне слузнице)

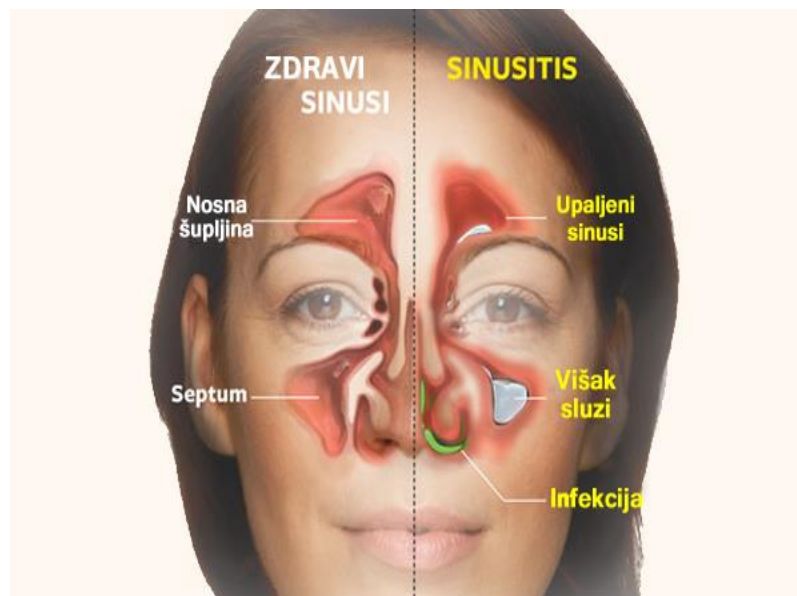
Извор: Стефановић,Р.(1994) Оториноларингологија са максифацијалном патологијом,Медицинска књига ,Београд

2.2 УПАЛА СИНУСА(SINUSITIS)

У предшколском узрасту али и у било ком другом животном добу упале синуса су веома честе.

Акутно запаљење синуса најчешће се јавља у току капљичних инфективних болести: грипа, назеба, шарлаха, али се јавља и као последица запаљења аденоидних вегетација и непчаних крајника.

Запаљење синуса је обично секундарног карактера, јер се најчешће шири из носа, а ређе су зубног или орбиталног порекла. Најчешћи проузроковачи су вируси, којима се често придружују бактерије, од којих најчешће грам-позитивне: Streptokok, stafilokok aureus, pneumokok i dr.(Кораћ,1990).



Слика 3. (Изглед здравих синуса и синуса захваћених упалом).

Извор: Кораћ,Д. (1990) Педијатрија за студенте медицине,Медицинска књига,Београд.

2.3 УПАЛЕ КРАЈНИКА И ЖДРЕЛА

Упале крајника и ждрела честе су у предшколском периоду али и у каснијем дечјем добу.

2.3.1 Акутни фарингитис (упала ждрела)

Ретко се јавља изоловано, самостално. У склопу запаљенских обољења слузнице носа и синуса, усне шупљине и крајника се јавља, најчешће као пропратни симптом код већине инфективних болести.

Узрочници настанка су вируси(adenovirus, rinovirusi) и бактерије (streptokok, pneumokok, hemofilus), може бити условљен и локалном траумом. Чешћи је у периоду хладног, влажног времена и код деце са слабијом отпорношћу организма.



Слика 4. (Запаљење ждрела и крајника)

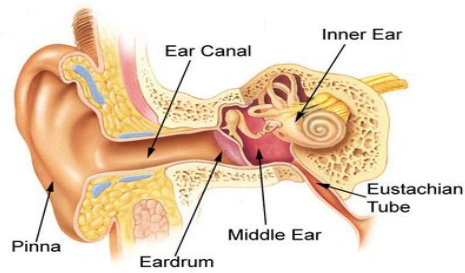
Извор: Диклић,Д.,Вуковић,Каленић,К.(1963)Акутне инфективне болести са епидемиологијом и бактериологијом, Завод за стручно истраживање,Београд

2.4 УПАЛА СРЕДЊЕГ УХА (OTITIS MEDIA)

Упала уха је најчешћа на узрасту до 3 године и сматра се да 70% деце до 3 године барем једном преболи упалу уха. Након седме године упала уха се знатно ређе јавља.(Спок,Паркер,2003).

Орган слуха делимично припада респираторним путевима и састоји се од спољњег уха, које сачињава ушна шкољка и спољни ушни канал, средњег уха које се састоји од бубне дупље, Еустахијеве тубе и заушне кости.

Еустахијева туба је коштано –хрскавичави канал који спаја бубну дупљу са назофаринксом. Тимпанички отвор се налази изнад нивоа дна бубне дупље, што отежава дренажу тубом у случају гнојног или серозног запаљења у бубној дупљи.Туба је прекривена слузокожом са трепљастим епителом, чије трепље крећу ка назофаринксу. Посебно је значајно што је у одојчади и мале деце ова туба кратка, широка и права, што омогућава лакше ширење запаљења из назофаринкса ка уху.(Стефановић,1994).



Слика 5. (Грађа уха)

Извор: Анђелковић,И.,Стајковац,А.,Илић,А.(1996) Анатомија са физиологијом,Завод за уџбенике и наставна средства,Београд.

Најчешћи проузроковачи запаљења уха су *Streptococcus beta haemolyticus*, *Haemophilus influenzae* и *Pneumococcus*.

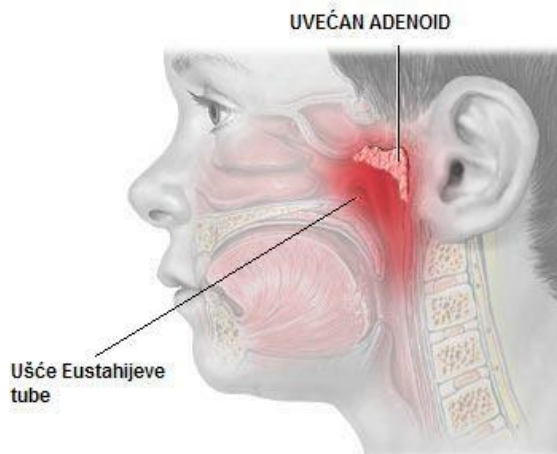
2.4.1 Ангина

Ангина је запаљење крајника, по учесталости једно је од најчешћих обољења дечјег доба.Узрочници могу да буду разни вируси и бактерије од којих најчешће *streptokoki*(*betahemolitikus*), *pneumokoki*, *stafilokoki* или мешана вирусно-бактеријска флора.(Кораћ,1990).

2.4.2 Трећи крајник

Код деце која припадају лимфатичкој конституцији и оне која су претежно храњена угљеним хидратима(брашном, кексом, гризом), као и у деце која су склона честим рецидивишућим запаљењима дисајних органа, запажа се хиперплазија аденоидних вегетација и непчаних тонзила.

Јавља се и поремећај у говору који постаје назални, због отежаног дисања поремети се ритам храњења, што доводи до застоја у развоју, и то како телесног тако и душевног.(Кораћ,1990) .



Слика 6. (Увећан трећи крајник-аденоид)

Извор: Кораћ,Д.(1990) Педијатрија за студенте медицине, Медицинска књига Београд-Загреб.

2.5 ЛАРИНГИТИС

Ларингитиси су запаљења гркљана, обично се јављају у склопу запаљенских процеса дисајних путева, а ређе изоловано.

2.5.1 Акутни ларингитис

Акутни ларингитис може бити део генерализоване инфекције дисајних путева или локализована промена на слузокожи гркљана. Чешћи је зими и у рано пролеће. Поред тога траума, хемијски токсини и иритација доводе до ларингитиса.

Код деце је ово много озбиљнија болест, разлози су већа склоност слузокоже запаљењу због ботагијег лимфотока и мања је способност искашљавања и већа склоност спазмима. Кашаљ, отежано дисање и промуклост су карактеристични симптоми а ређе настају цијаноза и стридор.

2.5.2 Хронични ларингитис

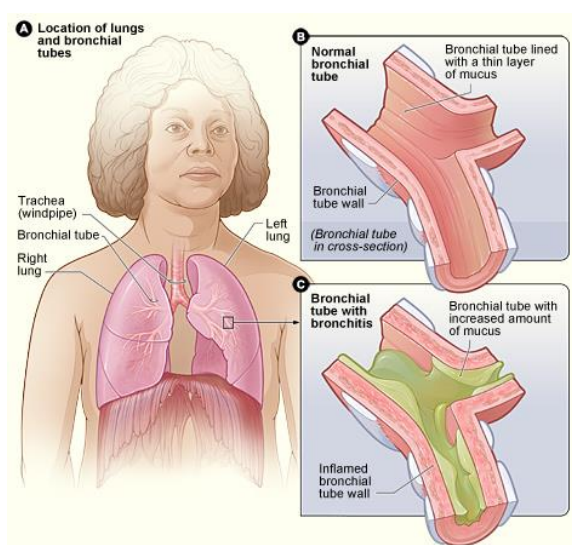
Хронични ларингитис настаје због неправилног коришћења гласа, поремећаја нормалне функције горњих дисајних путева. Инфекција зуба, синуса и крајника, злоупотребе алкохола и дувана, прашине и дима, загађења ваздуха, климатских фактора и реуматизма.

2.6 БРОНХИТИС

Бронхитис представља запаљење бронхија, код акутног у питању је запаљење

трахеје и главних бронхија. Обољења бронха код деце јављају се у акутном облику. Код честог обнављања болести или ако она дуго траје, бронхитис се сматра рецидивним обољењем, али се не сматра хроничним. Катарални бронхитис је чешћи код млађе деце, док је рецидивни чешћи код старије деце.

Бронхитис је вирусне (RS virus, adenovirus, influenza, parainfluenza) изузетно бактеријске (stafilokok, streptokok, pertusis) етиологије. Алергија, хемијски и физички фактори ређе играју примарну улогу у настајању бронхитиса. Обољење се најчешће јавља у зимско- пролетњој сезони и подручјима са већом влажношћу ваздуха, обично се надовезује на вирусне инфекције горњих дисајних путева. (Кораћ, 1990).

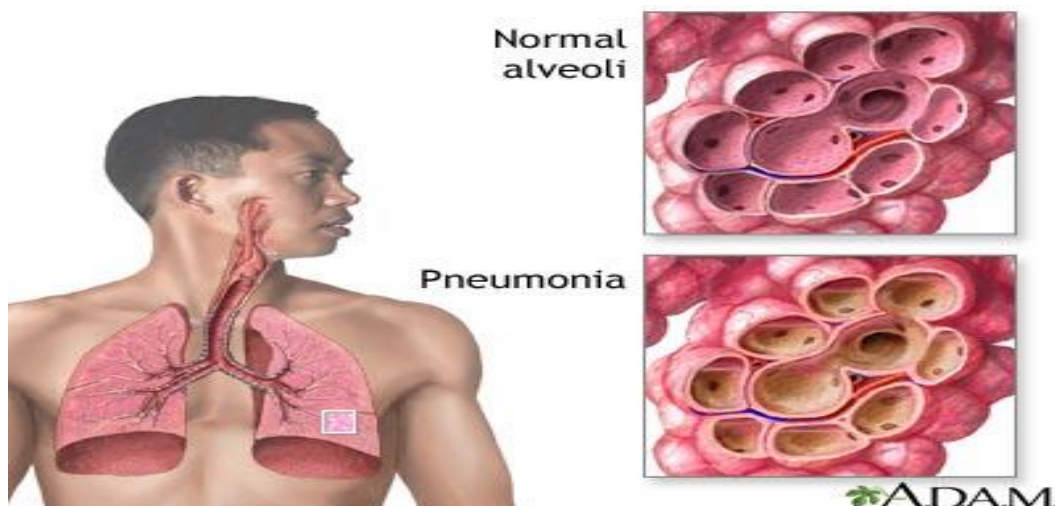


Слика 7. (Изглед бронхија код бронхитиса и нормално)

Извор: Богдановић, Д. (2005) Анатомија грудног коша, Савремена администрација, Београд.

2.7 УПАЛЕ ПЛУЋА (PNEUMONIA)

Упалу плућа карактерише патолошки процес у алвеолама где долази до нагомилавања запаљенске течности, при чему не може да се одвија нормална размена гасова на нивоу алвеола.



Слика 8. (Изглед здраве алвеоле и алвеоле код пнеумоније)

Извор: Богдановић,Д.,(2005) Анатомија грудног коша, Савремена администрација ,Београд.

Обољења плућа настају преношењем процеса запаљења са горњих дисајних органа и бронха. Учесталост пнеумонија зависи од узраста детета и утолико је већа уколико је узраст детета млађи. Такође је клиничка слика тежа код млађе деце, а најтежа код одојчета.(Шићевић,1986).

Интерстицијалне пнеумоније се јављају у току епидемија акутних респираторних обољења које изазивају респираторни вируси и које се током године непрестано смањују.(Шићевић,1986).

2.7.1 Вирусна пнеумонија

Ове пнеумоније такође интерстицијалног типа, чине посебну клиничку слику, а јављају се само током епидемија грипа. Вирус грипа у стању је да изазове дубока оштећења слузокоже бронха и подслузокожног ткива, док ова својства други респираторни вируси немају.

Често је захваћено више сегмената плућа, понекад цео плућни режањ. Карактеристична је висока температура са диспнејом и кашљем. Брзо се развија малаксалост, са токсичким и нервним знацима и то код одраслије деце.

Траје две до три недеље, а опоравак је знатно спорији него код других интерстицијалних вирусних пнеумонија.(Шићевић,1986).

2.7.2 Стафилококна пнеумонија

Обољење је бактеријске природе, са брзим развојем и драстичним клиничким знацима. Јавља се углавном код одојчади током првих седмица живота, сасвим је ретка код нешто старије деце. Клиничка слика је тешка од самог почетка са брзим и

прогресивним појачањем симптома. Лечење је антибиотичко.

2.7.3 Стрептококна пнеумонија

Овај облик пнеумоније обично компликује једно већи зражено респираторно обољење као што су морбили, грип, или тежи облици пертусиса, док се ретко јавља у примарном облику. Клиничка слика подразумева инфективни синдром праћен респираторним знацима и тешким општим стањем. Развој симптома је брз, са високом температуром, кашљем, диспнејом. Учесталост плућних инфекција стрептококом тешко је да се одреди, те етиолошка дијагноза није довољно сигурна.

2.7.4 Пнеумококна пнеумонија

Ова врста пнеумоније, некада узимана као типична за бактеријске плућне инфилтрате, данас се веома ретко виђа. Јавља се код деце старије од три године.

Сматра се да је веома учестала употреба антибиотика у лечењу акутног ринофарингитиса, који је и најчешће обољење, онемогућила развој тежих пнеумококних обољења, као што је плућни инфилтрат јер је пнеумокок веома осетљива бактерија на све антибиотике.

Развој болести је брз, са наглим повећањем температуре до 39-40°C, са диспнејом и кашљем, понекад праћен дрхтавицом и пробацима у грудном кошу, инфилтрат обично захвата цео плућни режањ. Лечи се антибиотикима (Шићевић, 1986).

2.7.5 Микоплазма- пнеумонија

Ово обољење изазива *Mycoplasma pneumoniae*, која није ни вирус ни бактерија, веома је мала, нема ћелијски зид, размножава се на вештачким подлогама као бактерије.

Микоплазма се као изазивач респираторних обољења јавља често на простору ринофаринкса, било са знацима манифестне болести или као инапаратна инфекција, без клиничких симптома.

Инкубација је дуга и износи 2-3 недеље, учесталост обољења горњих дисајних путева изазваних микоплазмом мења се од једне до друге године, али није мала, и може достићи близу једне трећине свих случајева.

Развитак болести је праћен повећаном температуром која није увек висока и релативно тешким општим стањем. Редован симптом је сув кашаљ. Лечење се спроводи антибиотикима. (Шићевић, 1986).

2.8 АСТМА

Бронхијална астма је хронична опструктивна запаљенска болест дисајних путева која узрукује проблеме при дисању.

Карактеришу је јак имунолошки одговор и хронична упала трахеобронхијалног стабла. Болест се код осетљивих особа манифестује отежаним дисањем, звиждањем у грудима и кашљем, удруженим с опструкциом у дисајним путевима, често реверзибилном, спонтано или услед терапије.

Болест се карактерише појачаном реактивношћу бронхија на различите надражаје. Јавља се у епизодима, тј. акутна погоршања болести измеђују се периодима у којима нема симптома астме. До напада долази при погоршању упале, обично јер је у непосредној околини присутан неки провокативни фактор астме.

Наслеђе може играти одређену улогу у настанку астме, али наслеђује се склоност према болести, а не сама болест. Астма се често први пут јавља у детињству, чешће код дечака него девојчица. Атопија и алергије у породици највећи су фактори ризика за развој те болести код деце. Атопија је генетска склоност имуног система да производи антитела на уобичајене алергене што доводи до симптома алергије. Атопијски дерматитис (екцем) и алергијски ринитис могу служити као кључни показатељи ризика развоја астме код одојчади и мале деце.

Нису сви облици астме алергијски нити све алергије доводе до астме. Алергијски узрочници најчешће припадају групи инхалационих алергена (кућна прашина, гриње, перје, животињске длаке, буђ, различити полени). При доласку у додир с претходно сензибилисаним организмом изазивају симптоме астме.

3. УТИЦАЈ ЖИВОТНОГ СТИЛА НА ИМУНИТЕТ

Животни стил веома утиче на имунитет. Већ код деце у предшколском периоду важно је створити здраве навике како би имунитет остао очуван. Деца првобитни имунитет наслеђују од мајке, а касније је важно наставити са дојењем јер је познато да деца која су дојена имају јачи имунитет. Временом треба уводити здраве намирнице богате витаминима и минералима, највише воће, поврће, житарице, здрава уља(маслиново, ланено...), а избегавати слаткише и грицкалице.(Народна књига,1965).

Правилна и здрава исхрана је кључна у побољшању дечијег имунитета. Дете треба да избегава пржену и поховану храну, као и уношење велике количине слаткиша и газираних пића.Препоручује се да дете уноси више мањих и редовних оброка у току дана који се састоје од воћа,поврћа и интегралних житарица.

Здрав организам без болести и инфекција је првенствено условљен добрим функционисањем имуног система.Иако наш генетски састав у једном делу утиче на наш имуни систем, начин исхране и стил живота у великој мери утиче на опште стање нашег тела и рад имуног система. Намирнице које су пуне минералима, витаминима и другим корисним састојцима представљају стимулаторе за одбрамбену функцију организма и повећање отпорности према разним вирусима и бактеријама.

На стварање имунитета не утиче само правилна исхрана, већ и квалитетан начин живота, који подразумева редовну хигијену руку, усне дупље, довољно сна, физичку активност, игру и боравак у природи на свежем ваздуху. На формирање ових навика могу да утичу родитељи, а касније и васпитачи у вртићима.

Деца су свакодневно изложена разним вирусима и бактеријама које изазивају болести. Баш због тога потребно је да воде здрав начин живота како би ојачали имунитет и тако бранили свој организам од разних болести. Деца се најчешће заразе у вртићима, школама, игралиштима јер су у контакту са великим бројем друге деце која су потенцијални преносиоци вируса и бактерија.

Организам развија отпорност на изазиваче болести, тако што долази у контакт са њима и ствара антитела. Јачањем имунитета детета смањује се појава обољења грла и дисајних путева. Ако до обољења ипак дође, јак имунитет може да смањи јачину и интензитет болести.

Родитељи и васпитачи су они који треба да науче децу и укажу им на здрав начин живота. Здрав животни стил деце им може помоћи да избегну разне болести. Врло је важно да деца воде рачуна о својој хигијени, здравој исхрани и да су физички активна.

3.1 ПРЕВЕНЦИЈА НАЈЧЕШЋИХ ИНФЕКЦИЈА РЕСПИРАТОРНОГ СИСТЕМА

Најзначајније превентивне мере у циљу спречавања обољевања од акутних респираторних болести јесу у домену одржавања мера личне хигијене. Наиме, узрочници акутних респираторних болести преносе се било директним контактом (кашљање, кијање, руковање са оболелом особом, пољубац, и слично), било индиректним контактом (преко предмета заједничке употребе који су претходно контаминирани од стране оболеле особе).

Превенција акутних респираторних инфекција подразумева у првом реду редовно прање руку, покривање уста марамicom при кијању и кашљању, хигијенски начин одлагања излучевина из носа, и слично. Треба избегавати одласке у посете код лица оболелих од акутних респираторних инфекција, а такође је битно да се оболела лица што мање крећу међу здравим особама односно саветује се да остану у кући до оздрављења.

3.2 ПРЕВЕНЦИЈА УПАЛЕ НОСНЕ СЛУЗНИЦЕ

Најважнија и најзначајнија превенција јесте сачувати јак имунитет, јер када је имунитет јак, тешко може доћи до разних инфекција или упала. Имуитет ћемо стимулирати на више начина: уношењем витамина С, конзумирањем свежег воћа и поврћа, намирница биљног порекла, избегавањем слаткиша, такође потребно је користити и природне имуностимулаторе од којих су најзначајнији: Ехинацеа(било у облику сирупа за децу, капи , капсула или чаја), чај од зове, шипурка, бели лук...и др.

Веома је важно код деце која имају појачану осетљивост и склоност ка обољевању од упала носне слузнице редовно чишћење носних ходника специјалним штапићима за нос које је потребно натопити физиолошким раствором или употребити неке од капи или раствора за испирање носа. Ово у великој мери може да помогне у превенцији развоја инфекције носне слузнице али исто тако и да спречи продирање вируса у организам.

Такође је важно да деца не долазе у контакт са оболелим особама, или уколико је оболела особа мајка, онда би она требало да носи заштитну маску, нарочито уколико је дете мало. Важно је да дете борави у хигијенској и умерено топлој просторији, без изложености дуванском диму.

Препоручује се примена витамина А (конзумирањем намирница које га садрже – шаргарепа, наранџа, мандарине, рибље уље) који омогућава бољу епителизацију и јачање отпорности слузокоже респираторног тракта.



Слика 9. (Извор витамина А)

Извор: Народна књига (1965) Народни лекар, Београд.

3.3 ПРЕВЕНЦИЈА УПАЛЕ СИНУСА

Иако није увек могуће спречити настанак акутног синуситиса, јер је просто немогуће избећи сваку прехладу или бактеријску инфекцију, могуће је одређеним поступцима смањити тежину и понављање упала, па на тај начин спречити настанак хроничног синуситиса.

Од велике је користи применити све мере које користимо у превенцији упале носне слузнице, јер су после упале слузнице синуси следећи на удару инфекције. Веома је важно да ваздух у просторији у којој боравимо буде чист и довољно влажан, треба избегавати задимљене просторије.

Избегавати све ствари које могу да иритирају и изазивају цурење носа, пецкање очију или надражујући кашаљ. Деца треба да су топло обучена, у складу са временским приликама, користити шалеве и капе како би се глава заштитила од хладноће и како деца неби удисала хладан ваздух. У исхрани користити што више витамина и минерала.

ПРЕВЕНЦИЈА УПАЛЕ СРЕДЊЕГ УХА

Упала средњег уха није ни мало безазлена и за децу уме бити врло болна и

непријатна, стога је сваки облик њеног спречавања добродошао. Најважније од свега јесте имунитет, користити природне имуностимулаторе које сам већ поменула, како бисмо ојачали имунитет и на тај начин дете заштитили од потенцијалних вирусних инфекција.

Важна је и превенција упале носне слузнице и грла, такође је важно очувати проходност Еустахијеве тубе употребом капи за нос, инхалацијом ментолом...и др. Такође треба водити рачуна о трећем крајнику, потребно га је правилно третирати. Уколико постоје индикације за операцију трећег крајника треба је спровести, јер потенцијално може бити узрок упала средњег уха.

Не може се у потпуности заштитити дете од упала уха, али се може знатно смањити дететов ризик ако предузму следећи кораци:

Избор вртића мањег капацитета уколико постоји могућност. Деца која иду у вртић имају већи ризик од упале уха него деца која су код куће. Што је више деце у вртићу, већа је вероватноћа да ће се дете прехладити, што може довести до упале.

Заштитити дете од дуванског дима (пасивно пушење). Код деце која удишу дувански дим вероватније је да ће се развити упале уха. Ако се разболе, такође ће им требати дуже времена да оздраве. Најбољи је начин заштите детета да се у дому не пуши. . Такође, у дејим вртићима у Србији се не пуши.

Дете треба што дуже дојити, минимум 6 месеци уколико постоје услови. Код дојенчади храњене на бочицу два до три пута је већа вероватност да ће добити упалу уха него код деце која су дојена барем 4 месеца.(Спок и Паркер,2003).

Свеж сок од чуваркуће: Користи се као лек против упале уха и наглувости, нарочито ако су они последица накупљања церумена – жутог и чврстог секрета. Сок од чуваркуће га раствара, што аутоматски доводи до попуштања притиска у ушима. За лечење бола у уху , узмите га али врло кратко, то ће бити довољно да болови попусте, а затим и потпуно исчезну. Неколико листова чуваркуће, преполовити и исцедити у уху ,али само пар капи сока.Течност у усној шупљини треба да стоји веома мало,али то ће бити довољно да бол попусти, а временом ће упала средњег уха потпуно да се залечи..

Чај од камилице:

Ова биљка је проверено благотворна код поменутих тегоба али и код свих других упала коже,слузокоже па тако и уха и ока.Уши се сапирају са благим чајем а користе се и облози.

Бели лук и маслиново уље:

Пар капи сока из белог лука накапати на мало млаког маслиновог уља ,па добро промешати .Пажљиво накапати коју кап у уши – немојте претерати .Можете узети и

парче газе,накапати у мешавину па га ставити у уши..Поред ових природних лекова као веома делотворан се показао и чај од хајдучке траве,топли облози од листа купуса и келја као и многи други приправци на бази лековитог биља.

3.4 ПРЕВЕНЦИЈА УПАЛЕ КРАЈНИКА И ЖДРЕЛА

Иако је реч о веома честој инфекцији од које може да оболи свако, упала крајника најчешће се сусреће код деце узраста од три до шест година, чији имунолошки систем још није развијен. Ризик је већи уколико дете иде у вртић, али иако је изложено дуванском диму.(Спок и Паркер, 2003).

Правилна хигијена, што се пре свега односи на темељно и редовно прање руку, један је од најважнијих облика превенције и од нарочитог је значаја за децу у колективима. Осим тога, јак имунитет најбоља је основа за одбрану од инфекције, а то укључује јеловник богат воћем и поврћем, конзумирање веће количине течности, цеђених сокова, намирница богатих витаминима А, Б, Ц, Д и Е, као и цинком, флавоноидима, гвожђем и фолном киселином. Препоручљиво је смањити унос шећера који, иначе, слаби имунитет, али и газираних сокова, белог брашна и масне хране. Пожељно је да се сваког дана поједе барем један режањ белог лука и пије што више лимунаде и чаја од ђумбира. Требало би изегавати боравак у загађеним просторијама и утопљивати се када је хладно време.(Спок и Паркер,2003).

Превентивно можете испирати грло раствором воде и соде бикарбоне бар једном дневно, уколико дете борави у колективу.

Упала крајника и грла лечи се и природним путем:

Мед и каранфилић

Прокувати децилитар воде са пет каранфилића. Када се течност охлади, додати кашичицу меда и сок од лимуна. Пити три пута током дана и упала крајника ће брзо проћи.

Мелем за грло

Помешати три кашичице сока од лимуна, петину кашичице борне киселине у праху и две кашичице глицерина. Мазати врат више пута дневно.

Топле облоге око врата

Меку тканину натопити раствором сирћета и воде, ставити око врата и преко тога обмотати дебљу мараму или шал. Облогу држати најмање два сата.

Цвекла и бели лук

У чашу свеже исјеђене цвекле ставити кашичицу здробљеног белог лука, па прелити чашом прокуване и охлађене воде. Оставити да одстоји пет-шест сати (промешати сваких пола сата), а затим процедити и испирати грло неколико пута на дан.

Мед и ђумбир: можемо користити чај од ђумбира, грицкати ђумбир или га помешати са медом и јести неколико пута на дан по једну малу кашичицу.



Слика 10.(Лековити чај од ђумбира)

Извор: Народна књига,(1965) Народни лекар, Београд.

3.5 УПАЛА ДУШНИЦА И БРОНХИЈА

Основне мере превенције односе се на то да је децу потребно заштитити од вирусних обољења и штетних фактора из околине(дувански дим,прашина, смог).

Само јак имуни систем, учиниће да деца остану здрава и стога треба форсирати децу да узимају што више витамина и минерала кроз исхрану, умањити слаткише и грицкалице, ужину заменити свежим воћем.

Потребно је превенирати и санирати постојање било какве инфекције горњих дисајних путева,(на већ објашњене начине) како се инфекција неби спустила на доње дисајне путеве.(Шићевић, 1986).

Превентивно је добро свакодневно чистити нос физиолошким раствором, подсећати децу да празне нос чешће уколико је до инфекције већ дошло, инхалирати

децу ментолом и етарским уљима како бисмо сачували проходност дисајних путева.(Шићевић, 1986).

3.6 ПРЕВЕНЦИЈА ОПСТРУКТИВНОГ БРОНХИТИСА

Појава опструктивног бронхитиса је следећа карика која нас очекује уколико се упала душница и бронхија задржи дуже, зато је неопходно на време реаговати и покушати спречити појаву опструктивног бронхитиса.(Шићевић, 1986).

Јачање имунитета је прва и основна ствар коју морамо предузети, затим је потребно у исхрану увести намирнице богате омега -3 масним киселинама,намирнице богате витамином А, остале витамине и минерале.

Важно је да деца живе у одговарајућим стамбеним условима(довољна осунчаност,проветреност,искљученост алергена), заштитити дете од дуванског дима. Приликом изласка на хладноћу дете треба утоплити, користити заштиту за главу уста и нос, препоручује се конзумирање топлх напитака(чај од нане, зове, шипурка). Уколико ипак дође до појаве опструктивног бронхитиса од велике помоћи за искашљавање може бити следећа чајна мешавина:мајчина душица, јагорчевина, слатки корен, нана.(Шићевић,1986).

3.7 ПРЕВЕНЦИЈА УПАЛЕ ПЛУЋА

Иако су неки узрочници пнеумоније заразнији од других, болест се обично не „покупи“од неког другог. Упала плућа је обично последица ослабљеног властитог имуног система.

Мере превенције које можемо предузети су:

- ☐ Јачање имунолошких одбрамбених моћи,
- ☐ Превенција вирусних обољења,
- ☐ Адекватно облачење и обување,
- ☐ Адекватан третман обољења које претходе упали плућа(одмарање за време болести)
- ☐ Правилна и адекватна исхрана,
- ☐ Довољно одмора,

- ☐ Боравак на чистом и свежем ваздуху,
- ☐ Редовно прање руку.(Спок и Паркер, 2003).

3.8 ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ

Физичка активност обезбеђује бољу кондицију и координацију, побољшање памћења и правилно развијање дечијег мозга. Тело је изузетно интелигентан систем и истраживања доказују да се мозак деце интензивније развија уколико су они физички активни.(Шаин и Чарапић,2013). Нека истраживања су доказала да деца чак и боље уче када то раде уз неку физичку активност. Бављење спортом даје организму више кисеоника, а самим тим мозак боље функционише.(Шаин и Чарапић,2013).

Физичка активност је веома важна у развоју моторике детета. Физичка активност је најбољи стимуланс за имунолошки систем. Физичким активностима се развијају и карактерне особине код деце као што су: воља, дисциплина, истрајност, одважност и тако даље. Због тога се ова активност сматра једним од најуспешнијих начина унапређења здравља и јачања имунитета деце.

Постоје многобројни позитивни ефекти физичке активности деце, а то су:

- ☐ прочишћава крв,
- ☐ јача одбрамбени систем организма,
- ☐ регулише телесну тежину,
- ☐ јача кости,
- ☐ подстиче побољшање расположења,
- ☐ побољшава дисање и циркулацију,
- ☐ подстиче стварање црвених крвних зрнаца,
- ☐ изазива знојење при чему долази до избацивања штетних материја и токсина,
- ☐ повећава снагу и еластичност,
- ☐ подстиче стварање доброг и снижава лош холестерол и
- ☐ опушта и омогућава добар и миран сан.(Народна књига,1965).

Међутим уколико се деца не баве физичким активностима долази до последица као што су:

- ☐ спуштање крви у доње делове тела (ноге и стомак, због чега трпе горњи делови тела, пре свега мозак.),
- ☐ успоравање циркулације због чега је срце принуђено да напорније ради како би снабдело ткива и ћелије кисеоником и хранљивим материјама. Срце постаје слабије уколико се то дешава у дужем временском периоду.
- ☐ смањење отпорности мишића, костију и организма у целини,
- ☐ губљење калцијума, који је од великог значаја јер регулише ритам срца и окоштавање.(Анђелковић, Стајковац и Илић, 1996).

Иако је физичка активност генерално добра за здравље и имунитет, треба пазити да се не претера са физичким активностима јер то може да исцрпи организам и ослаби имунитет. Због тога физичку активност треба прилагодити годинама и способностима особе које је упражњава како не би дошло до негативних ефеката и како би физичка активност изазвала корисне ефекте.

Постоје разни облици физичких активности као што су:

- ☐ шетња
- ☐ ходање и трчање
- ☐ пливање
- ☐ истезање мишића.

Шетња представља физичку активност која је веома значајна како за одрасле, тако и за развој деце. Шетња нас ослобађа тешког дисања и укрућености зглобова. Ова физичка активност нам помаже да повећамо снагу својих мишића, еластичности и покретљивости зглобова. Током шетње дете удише свеж ваздух који утиче на очвршћавање слузокоженога грла, душника и повећава отпорност према продирању заразних клиста у тело.

Деца која се често изводе на чист ваздух и шетњу, имају свежију боју и здравији изглед, отпорнији су на болести.

Трчање детету пружа задовољство, активира мишиће, крвоток, пулс и кардиоваскуларни систем у целини. Особама у познијим годинама и гојазнима се више

препоручује ходање а мање трчање, док су деца пуна елана и углавном воле да трче. Особе које су младе и здраве могу комбиновати трчање са ходањем, међутим уколико пулс пређе 180 откуцаја у минути требало би прекинути физичку активност. Трчање је једна од најкоплетнијих вежби за тело.

Пливање је врло здрава физичка активност, па се због тога родитељима препоручује да што пре науче своју децу да пливају. Током пливања покрети који се праве у води уз мало напора веома интензивно утичу да разгбывавање целокупног скелетног и мишићног система. Током пливања не постоји ни једна тачка на телу која остаје неангажована.

Пливање подстиче равнотежу и укупан баланс духа и тела, има позитиван утицај на ум и исто тако ослобађа од стреса, напетости и депресије. Пливање растеређује кичмени стуб, што је посебно од великог значаја код деце млађег узраста, јер су у том узрасту деформитети чести због наглог раста и развоја.



Слика 11.(Пливање)

Извор: Дете (1980) ,Београдско издавачки завод , Београд.

Истезање мишића је корисно јер се помоћу ове физичке активности могу спречити грчеви, повреде и мишићни замор. Због тога би пре било које друге физичке активности требале да се спроведу гимнастичке вежбе истезања. Оне се могу радити како у гимнастичким дворанама, тако и код куће. Мишић се истезе у трајању од 20-30 секунди. При извођењу ових вежби важно је правилно држање тела, пре свега исправан положај кичме.

Физичке активности су веома важне за здрав развој детета и због тога је битно да родитељи уче своју децу разним физичким активностима.

3.9 УЛОГА ВАСПИТАЧА У ПРЕВЕНЦИЈИ РЕСПИРАТОРНИХ ИНФЕКЦИЈА

Васпитач је особа која са децом проводи највише времена и која највише утиче на формирање свих навика и ставова код деце. Васпитач треба да се труди да сопственим примером и понашањем даје деци добар пример како треба да се понашају. Кроз свакодневни рад васпитач треба да утиче на формирање здравих животних навика код деце. Васпитач свакодневно кроз разне активности увек може да спомене и да подсети децу на оно што је здраво и исправно да раде. Постоје многе активности које васпитач може осмислити за рад са децом како би им указао колико је здравље битно, шта је то здравље, зашто је важно да га сачувамо и како га можемо сачувати. (Шаин и Чарапић, 2013).

Осим што децу учи одређеним садржајима из живота, пре свега његова одговорност и обавеза су да води рачуна и о њиховом здрављу. Стога је веома важно да васпитачи раде на свом усавршавању из области здравственог васпитања. Када васпитач добије информацију да дете болује од неке болести, мора поседовати одређена предзнања о тој болести како би могао да адекватно води бригу о његовом здрављу.

Васпитач треба да зна да препозна симптоме болести, да зна њене узрочнике као и индукторе напада код појединих болести и оно што је најважније јесте да има свест о томе како и на који начин треба да одреагује у специфичним ситуацијама.

Васпитач може имати важну улогу у јачању имуног система детета уколико је и сам упознат са тим који су имуностимулатори битни за превенцију настанка вирусних инфекција респираторног система. Веома је важна и исхрана деце, те васпитач може приликом израде јеловника дати сугестије које би намирнице било пожељно користити у исхрани.

У превенцији и терапији вирусних инфекција могу нам помоћи одређени витамини, минерали, намирнице и лековито биље. Неки од најзначајнијих природних стимулатора имунолошког система су: лековито биље, намирнице биљног порекла, витамини, минерали, N-3 масне киселине, фито-препарати, физичка активност, спавање и одмор.

Васпитачи, имају велики утицај на развој деце и због тога у вртићима треба путем игре, физичких активности, едукативних радионица и коришћењем здравих намирница да укажу на здрав и исправан начин живота.

4. Циљ рада

1. Утврђивање учесталости јављања респираторних инфекција код деце предшколског узраста.
2. Евалуација утицаја периода године на оболевање од респираторних инфекција код деце предшколског узраста.
3. Утврђивање заступљености различитих типова болести код деце предшколског узраста.
4. Утврђивање утицаја полне припадности деце предшколског узраста на појаву, учесталост и врсту респираторних инфекција.
5. Утврђивање утицаја узрасне структуре предшколске деце на појаву, учесталост и врсту респираторних инфекција.

5. Радне хипотезе

1. Више од половине деце прележи најмање једном неку од респираторних инфекција годишње.
2. Респираторне инфекције се чешће јављају у току јесени и зиме.
3. Деца предшколског узраста најчешће оболевају од упале носа и ждрела.
4. Не постоји статистички значајан утицај полне припадности деце предшколског узраста на појаву, учесталост и врсту респираторних инфекција.
5. Не постоји статистички значајан утицај узрадне структуре предшкласке деце на појаву, учесталост и врсту респираторне инфекције.

6.МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

6.1 Спровођење анкете

У циљу добијања неопходних информација о респираторним инфекцијама код деце узраста 3-7 год. спроведена је анкета коју су попуњавали родитељи деце предшколске установе “Радосно детињство”, вртић “Златна греда”. У анкети је учествовало 50 родитеља који су одговарали на питања везана за респираторне инфекције које се појављују код њихове деце. Наведена анкета је спроведена у месецу априлу, 2023. Резултати анкете су статистички обрађени и дискутовани даље у тексту.

Анкета је статистички обрађена у односу на пол и узраст деце. Поред тога, добијени су значајни подаци који указују када се најчешће појављују респираторне инфекције, како се лече и како се родитељи информишу о респираторним инфекцијама. Пример анкете дат је у прилогу. Додатно, добијени подаци ће указати на који начин је могуће унапредити сарадњу између родитеља с једне стране и васпитача с друге стране када је у питању здравље деце предшколског узраста.

6.2 Обрада резултата анкете

Након завршене анкете, добијени одговори су статистички обрађени. Како би се испитало да ли постоји значајна разлика када су у питању пол и узраст деце у односу на појаву, учесталост и врсту респираторних болести код деце коришћен је Ман Витнијев (eng. Mann-Whitney) тест. Овај тест се најчешће користи за тестирање да ли два независна узорка потичу из исте популације (LaMorte, 2017, 4-5).

Поред статистичке обраде, представљен је укупан број као и проценат позитивних и негативних одговора, а који су подељени у односу на полну припадност и узраст испитиване деце..

7.РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Као што је већ напред напоменуто статистичка обрада података подразумевала је испитивање да ли постоји значајна разлика у оболевању од респираторних инфекција у односу на полну припадност (мушки и женски пол) и узраст (3-4.год и 6-7.год.)испитиване деце.Даље у тексту биће представљени резултати који су подељени у односу на полну припадност и узраст испитиване деце,а који су добијени применом датих анкета.

7.1 РЕЗУЛТАТИ АНКЕТЕ У ОДНОСУ НА ПОЛНУ ПРИПАДНОСТ

Резултати анкете који се односе на учесталост оболевања од респираторних инфекција код деце у односу на полну припадност представљени су у табели 1 и графику 1.У табели 1 дати су добијени резултати применом Ман Витнијевог теста који се односе на разлике у односу на полону припадност. Поред тога, у табели је дат и проценат деце који оболева 0-2, 3-5 и 6 и више пута у току једне године.

Табела 1.Учесталост оболевања од репираторних инфекција током једне године

Колико пута годишње дете оболи од инфекције дисајних путева	Дечаци	Девојчице	Проценат за дечаке	Проценат за девојчице
0 - 2	4	7	15,38	29,17
3 - 5	15	14	57,69	58,33
6 и више пута	7	3	26,92	12,50

Добијени резултати показују да највише деце (> 50 %) оболи три до пет пута годишње од респираторних инфекција. Овај проценат оболевања карактеристичан је за оба пола. Такође, на основу статистичких параметара између испитиваних група нема значајне разлике односно истом динамиком оболевају како девојчице тако и дечаци.

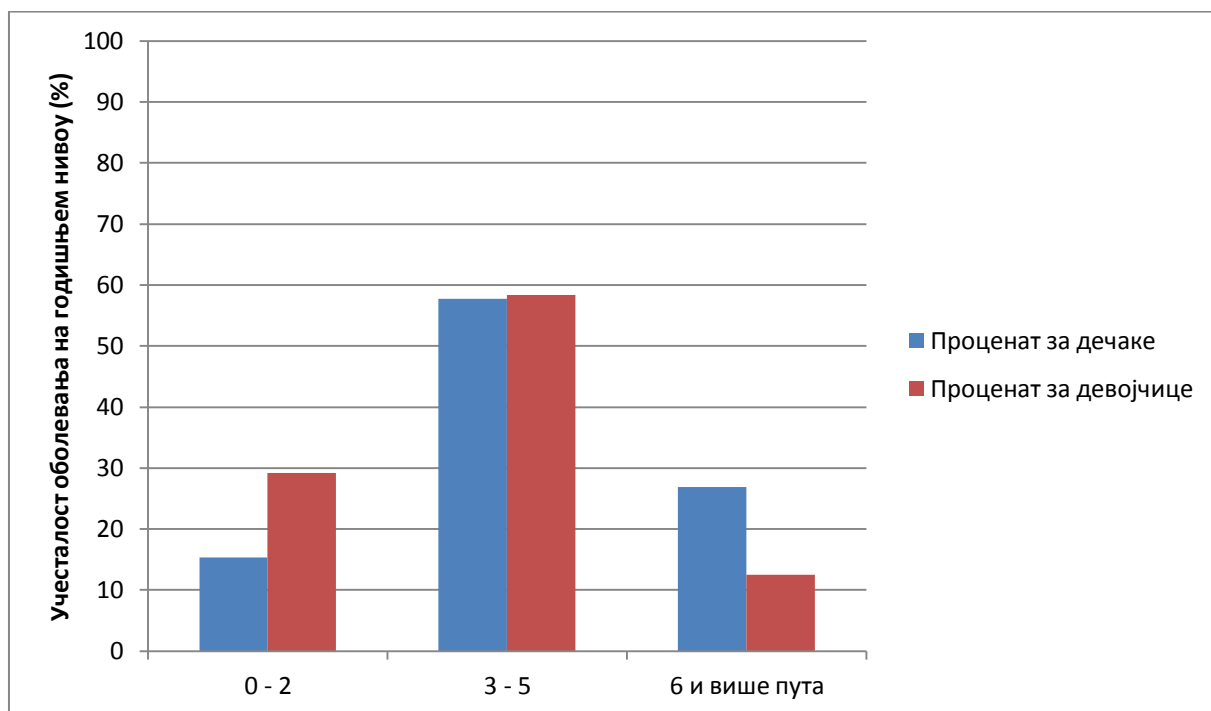


График 1. Учесталост оболевања деце од респираторних инфекција на годишњем нивоу изражен у процентима

Резултати анкете о учесталост оболевања деце током једне године у односу на полну припадност, показују да се прва хипотеза потврђује.

X1 Више од половине деце прележи најмање једном годишње неку од респираторних инфекција.

Добијени подаци који показују број оболеле деце током различитих годишњих доба у току једне године представљени су у табели 2 и графику 2. У табели 2 дати су статистички параметри који се као и у предходном случају односе на разлике у односу на полну припадност. У табели је представљен укупан број деце у односу на полну припадност, а који оболи током пролећа, лета, јесени и зиме.

Табела 2. Број оболеле деце током различитих годишњих доба

Годишње доба у које Ваше дете најчешће оболи од респираторних инфекција	3-4 године	6-7 година	Дечаци	Девојчице
Лето	4	6	6	4
Јесен	11	10	12	8
Зима	17	9	13	13
Пролеће	6	0	3	3

Као и што је очекивано, највећи проценат деце (38-47%) оболи у току зиме. Међутим, овде је потребно напоменути да је број оболелих током зиме значајно мањи код мушког пола односно деца женског пола више оболевају од респираторних инфекција током зимског периода. Нешто нижи проценат оболеле деце за обе полне структуре уочен је током пролећа и лета. Ипак, уколико се добијене групе података статистички обраде може се уочити да је динамика оболевања током различитих годишњих доба иста и у случају дечака и у случају девојчица односно између посматраних група нема значајне разлике.

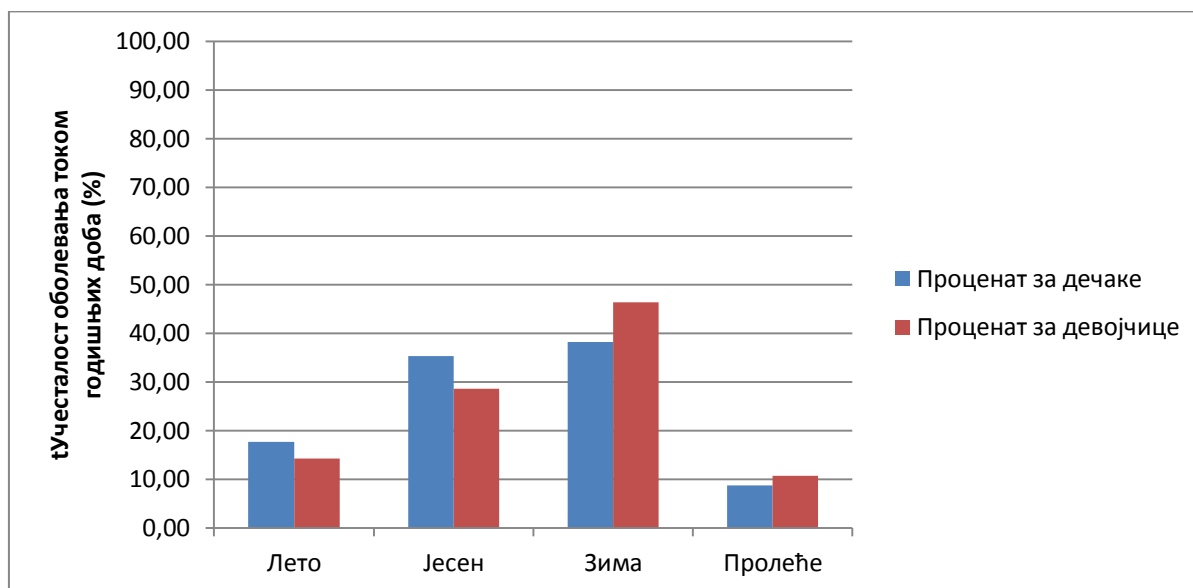


График 2. Учесталост оболевања у односу на полну припадност деце и различита годишња доба изражен у процентима (%)

На основу добијених резултата о учесталости јављања респираторних инфекција у односу на годишња доба, показују да се друга хипотеза потврђује.

X2 Респираторне инфекције се чешће јављају у току јесени и зиме.

У табели 3 и графику 3 дати су подаци који се односе на врсту респираторне

инфекције од које најчешће оболевају деца. У табели је дат укупан број оболеле деце у односу на полну припадност као и у односу на врсту респираторне инфекције као што су упала носне слузнице и ждрела, упала синуса, бронхитис, упала средњег уха и упала плућа.

Табела 3. Добијени подаци о најчешћем типу респираторне инфекције

Најчешће респираторне инфекције од којих ваше дете болује или је боловало	Дечаки	Девојчице	Проценат за дечаке	Проценат за девојчице
Упала носне слузнице	11	13	34,38	48,15
Упала крајника и/или ждрела	10	8	31,25	29,63
Бронхитис	7	1	21,88	3,70
Упала синуса	0	1	0,00	3,70
Упала средњег уха	4	4	12,50	14,81
Упала плућа	0	0	0,00	0,00

Генерално, резултати из табеле 3 показују да засупљеност врста респираторних инфекција код дечака опада следећим низом: упала носне слузнице > упала крајника > бронхитис > упала средњег уха, док код девојчица опада у следећем низу: упала носне слузнице > упала крајника > упала средњег уха > бронхитис > упала синуса. Код оба пола, највећи проценат оболеле деце је од упале носне слузнице и ждрела. Међутим, код дечака нису уочена оболења упале синуса, док код девојчица јесу у малом проценту. Код оба пола уочено је да нема оболелих од упале плућа.

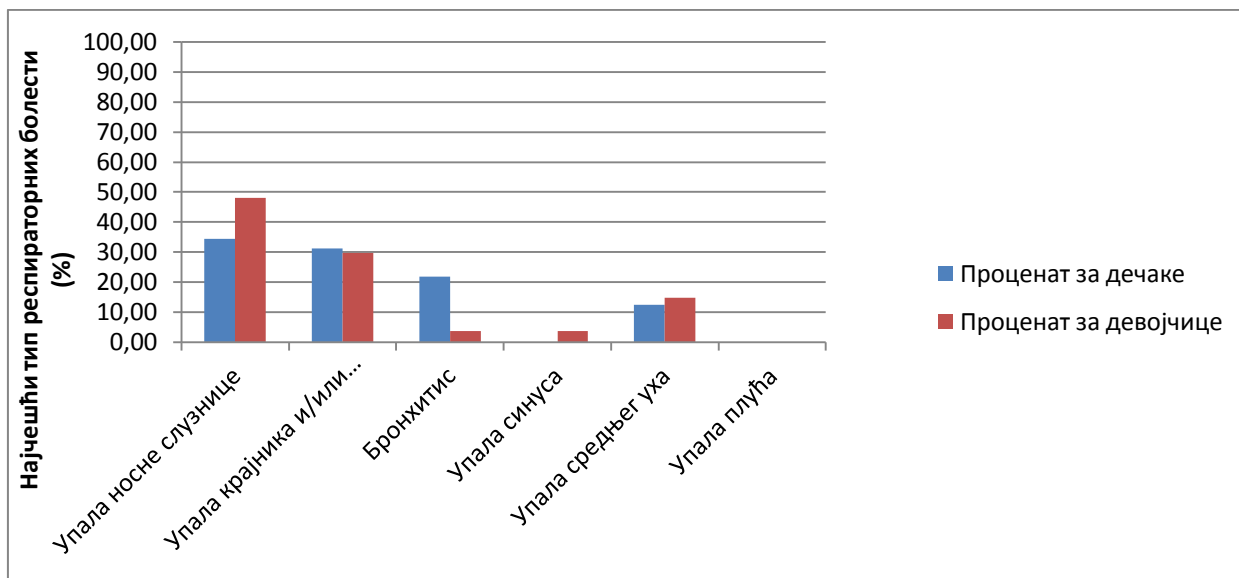


График 3. Најчешћи тип респираторних болести код деце у односу на полну припадност изражен у процентима (%)

На основу резултата анкете о врсти респираторних инфекција од којих најчешће оболевају деца, трећа хипотеза се такође потврђује.

ХЗ Деца предшколског узраста најчешће оболевају од упала носне слузнице и ждрела.

У табели 4 и графику 4 представљени су добијени подаци који се односе на лечење блажих респираторних инфекција. Добијени одговори су статистички обрађени и добијени су одговарајући параметри.

Табела 4. Добијени подаци за лечење блажих респираторних инфекција

Акутне респираторне инфекције лечите	Дечаци	Девојнице	Проценат за дечаке	Проценат за девојнице
Обратим се лекару	10	14	38,5	58,3
Комбиновано	16	8	61,5	33,3
Сам/а	0	2	0,0	8,3

На основу добијених одговора на постављено питање може се закључити да анкета у случају оба пола показује да родитељи у највећем проценту комбиновано лече блаже симптоме респираторне инфекције. Око (39-58%) родитеља се обрати лекару када су у питању блажи симптоми, а веома мали проценат родитеља сам лечи блаже симптоме респираторних инфекција.

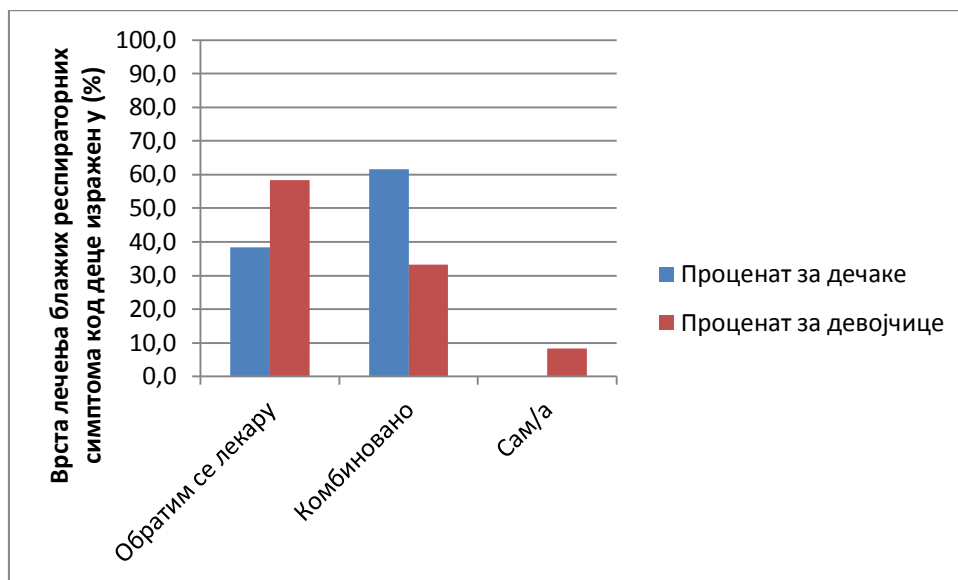


График 4. Врста лечења блажих симптома респираторних инфекција код деце изражен у процентима(%)

У табели 5 и графику 5 представљени су одговори које су родитељи дали на питање да ли користе неке од суплемената у спречавању респираторних инфекција код своје деце. Такође, родитељи су наводили и које суплементе користе у превенцији код своје деце.

Табела 5. Број и проценат родитеља који деци даје неки од суплемената

Користите ли у току године неке од суплемената за децу	Дечаци	Девојчице	Проценат за дечаке	Проценат за девојчице
Да	12	15	46,2	62,5
Не	14	9	53,8	37,5

На основу добијених података може се закључити да више од 50% родитеља у превенцији код своје деце користи неке од суплемената. Највећи број родитеља користи

витамине Ц и Д, цинк, као и комплексе витамина. Чак 60% родитеља као суплемент користе имунобету, имунотрофину, имуноглюкан, централ као и, природне суплементе као што су природни чајеви, прополис, назофлекс капи, бели слез, мед и алојине производе. Поред тога, између испитиване групе података нема значајне разлике на основу добијених података.

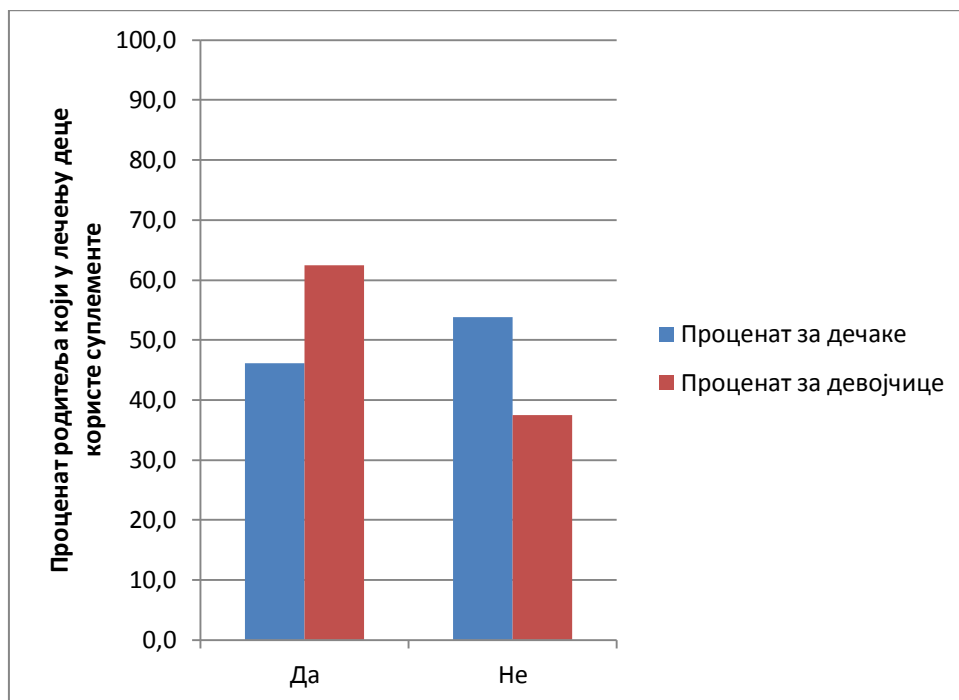


График 6. Проценат родитеља који деци у току године даје неке од суплемената

Како би добили податке о мерама превенције, родитељи су дали одговоре на који начин се информису о могућим мерама превенције. Добијени резултати представљени су у табели 7 и графику 7.

Табела 7. Начини информисања о мерама превенције и лечења респираторних инфекција

На који начин се најчешће информисете о мерама превенције и лечења респираторних инфекција	Дечаци	Девојчице	Проценат за дечаке	Проценат за девојчице
Путем ТВ емисија	0	1	0,0	4,2
Путем интернета	2	5	7,7	20,8
Путем књига	0	1	0,0	4,2

Преко доктора	23	16	88,5	66,7
Друго	1	1	3,8	4,2

Највећи проценат родитеља више од 60% саветује се са доктором о мерама превенције код респираторних инфекција (график 7). Други значајан начин добијања информација о мерама превенције је путем интернета (> 20%). Такође, између испитиваних група нема значајне разлике. Осим тога, родитељи су навели да најчешће као мера превенције воде рачуна о исхрани, хигијени, јачању имунитета, боравку на свежем ваздуху и физичкој активности.

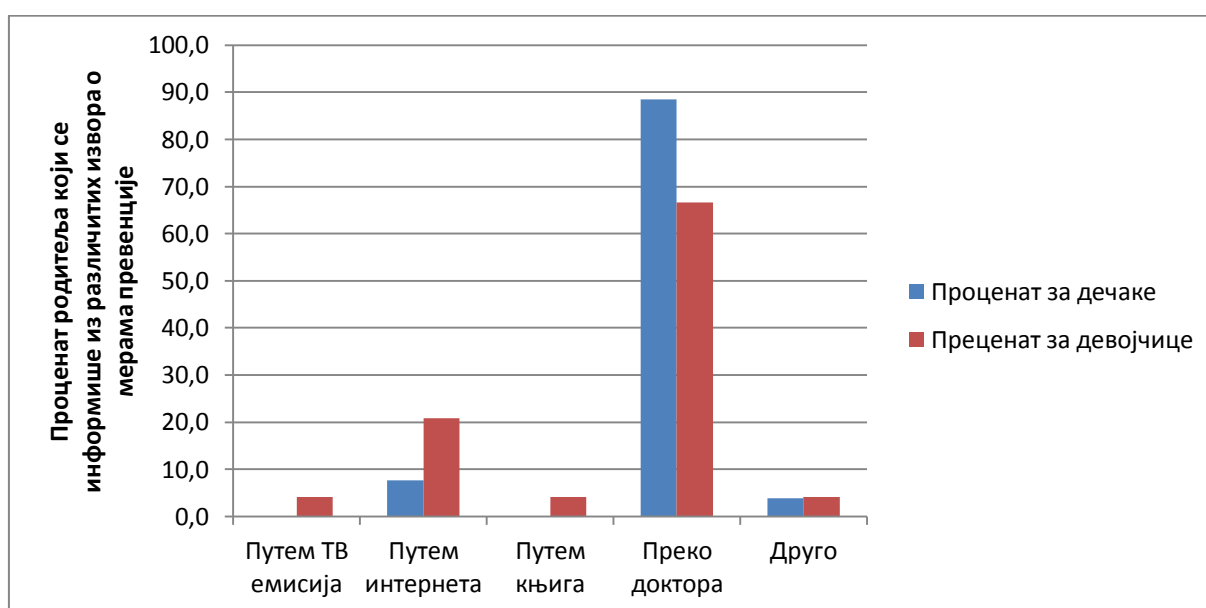


График 7. Проценат родитеља који се информише из различитих извора о мерама превенције

На основу добијених статистичких параметара о утицају полне припадности деце предшколског узраста на појаву, учесталост и врсту респираторних инфекција показују да се четврта хипотеза потврђује.

X4 Не постоји статистички значајан утицај полне припадности деце предшколског узраста на појаву, учесталост и врсту респираторних инфекција.

7.2 РЕЗУЛТАТИ АНКЕТЕ У ОДНОСУ НА УЗРАСТ ДЕЦЕ

У овом делу рада одговори анкете су обрађени у односу на узраст деце. Као

што је већ напред напоменуто, у анкети су учествовала деца две узрасне групе, једна група су била деца од три до четири године, док су другу групу чинила деца узраста од шест до седам година старости. Исти одговори су обрађени, али у овом случају одговори су груписани у односу на узраст испитиване деце.

У табели 8 и графику 8 представљени су резултати одговора на питање колико често је дете боловало од респираторне инфекције у току једне године. Учесталост оболевања деце од респираторних болести приказан је у табели 8 и графику 8.

Табела 8. Учесталост оболевања од респираторних инфекција током једне године у зависности од узраста деце

Колико пута годишње дете оболи од инфекције дисајних путева	3-4 године	6-7 година	Проценат за децу 3-4 године	Проценат за децу 6-7 година
0 - 2	4	7	14,29	31,82
3 - 5	18	11	64,29	50,00
6 и више пута	6	4	21,43	18,18

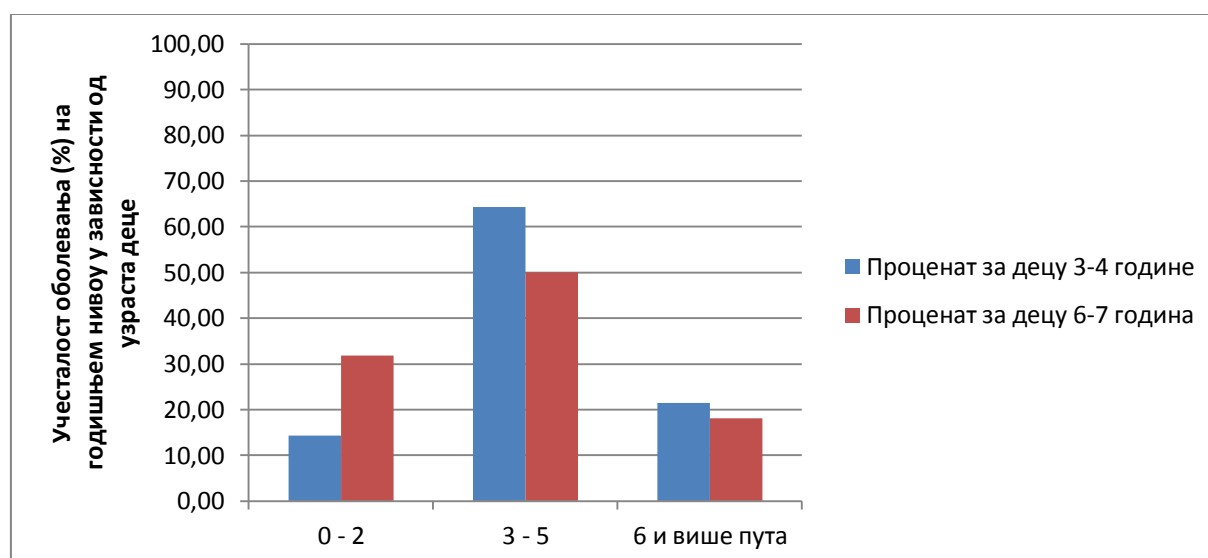


График 8. Учесталост оболевања деце изражена у процентима током једне године у

зависности од узраста деце

На основу добијених одговора може се уочити да је највећи број деце оболео три до пет пута (>50%) у току једне године.

Резултати анкете о учесталости оболевања деце током једне године у односу на полну припадност, показују да се прва хипотеза потврђује.

Даље анкетање, подразумевало је испитивање током којег годишњег доба деца најчешће оболевају од респираторних инфекција (табела 9 и график 9).

Табела 9. Број оболеле деце током различитих годишњих доба у зависности од узраста

Годишње доба у које Ваше дете најчешће оболи од респираторних инфекција	3-4 године	6-7 година	Проценат за децу 3-4 године	Проценат за децу 6-7 година
Лето	4	6	10,53	24,00
Јесен	11	10	28,95	40,00
Зима	17	9	44,74	36,00
Пролеће	6	0	15,79	0,00

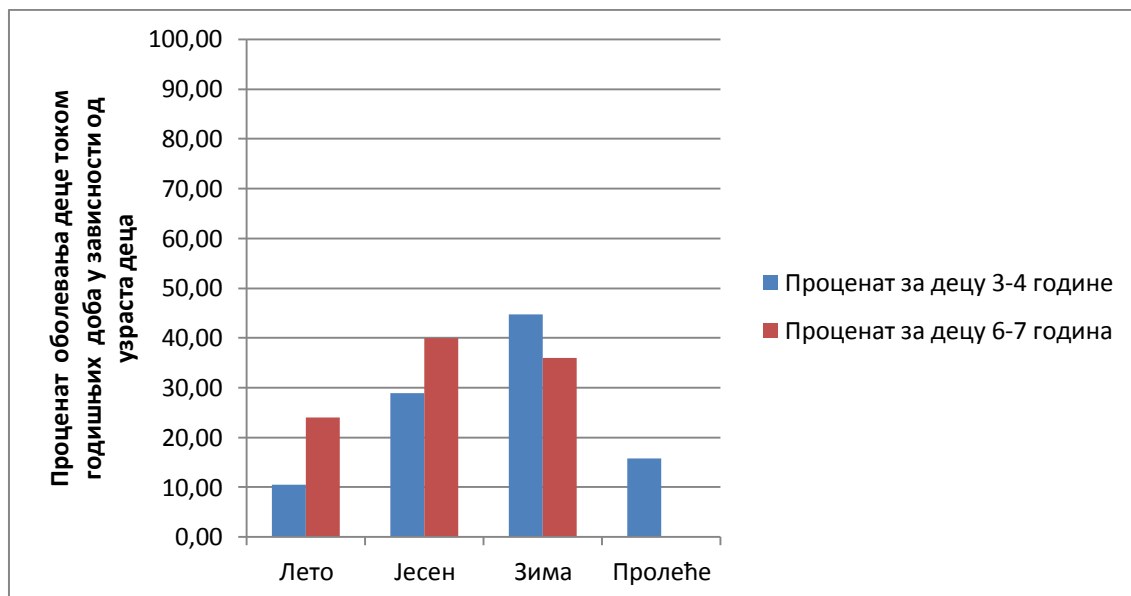


График 9. Проценат оболевања деце током различитих годишњих доба у зависности од

Као што је и очекивано, а у складу са предходним одговорима у којима се резултати груписани на основу полоне припадности, највећи број оболевања се испољава током јесени и зиме. Међутим, овде је значајно уочити да деца узраста од шест до седам година не оболевају од респираторних инфекција током пролећа. Ипак, уколико се пореди дистрибуција свих одговора може се уочити да се она не разликују значајније између испитиваних група.

На основу добијених резултата о учесталости јављања респираторних инфекција у односу на годишња доба и узраст деце, показују да се друга хипотеза потврђује.

Подаци о најчешћем типу респираторних инфекција у зависности од узраста деце представљени су у табели 10 и графику 10.

Табела 10. Подаци о најчешћем типу респираторне инфекције у зависности од узраста деце

Најчешће респираторне инфекције од којих ваше дете болује и/или је боловало	3-4 године	6-7 година	Проценат за децу 3-4 године	Проценат за децу 6-7 година
Упала носне слузнице	8	16	25,00	59,26

Упала крајника и/или ждрела	12	6	37,50	22,22
Бронхитис	4	4	12,50	14,81
Упала синуса	1	0	3,13	0,00
Упала средњег уха	7	1	21,88	3,70
Упала плућа	0	0	0,00	0,00

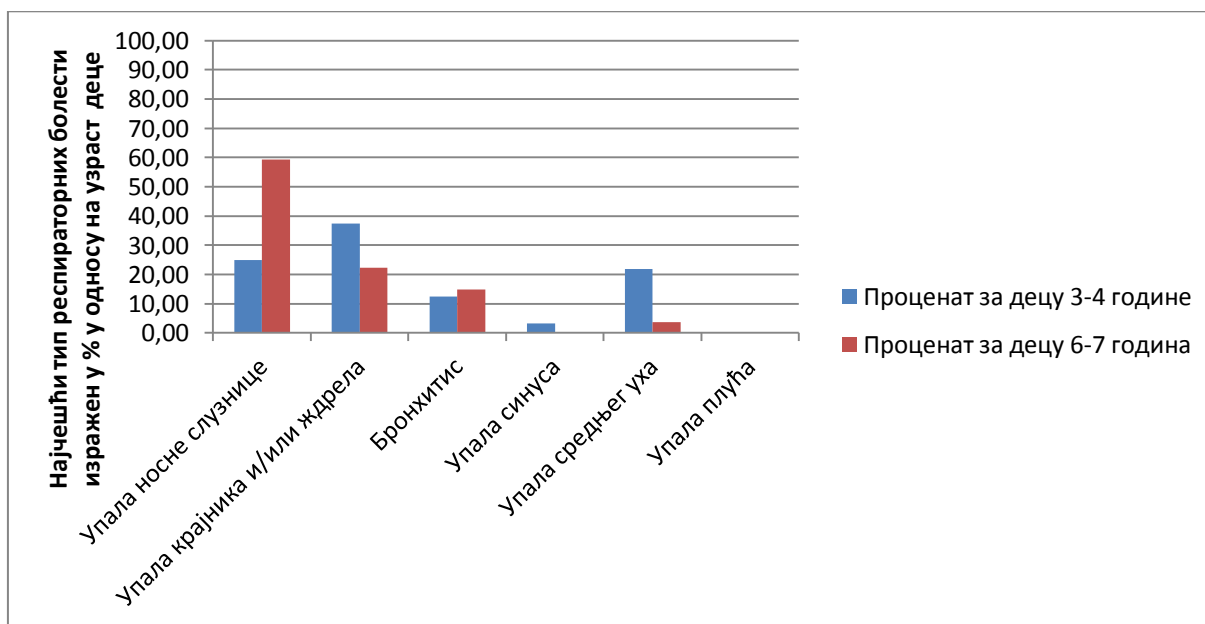


График 10. Најчешћи тип респираторних инфекција изражен у процентима у односу на узраст деце

Обрађени одговори на питање од којих респираторних инфекција најчешће оболевају деца различитих узрасних група показују да су то најчешће упала носне слузнице и ждрела, бронхитис и упала средњег уха. Код деце од шест до седам година старости највећи проценат оболевања је од упале носне слузнице (>50%), док код деце узраста од три до четири године старости тај проценат је највећи за упалу крајника или ждрела (око 38%).

На основу резултата анкете о врсти респираторних инфекција од којих најчешће оболевају деца без обзира на узрасну припадност, трећа хипотеза се такође потврђује.

Добијени подаци о начину лечења блажих респираторних инфекција у односу на узраст деце дати су у табели 11 и графику 11.

Табела 11. Лечење блажих респираторних инфекција у односу на узраст деце

Акутне респираторне инфекције лечите	3-4 године	6-7 година	Проценат за децу 3-4 године	Проценат за децу 6-7 година
Обратим се лекару	12	12	44,44	52,17
Комбиновано	14	10	51,85	43,48
Сам/а	1	1	3,70	4,35

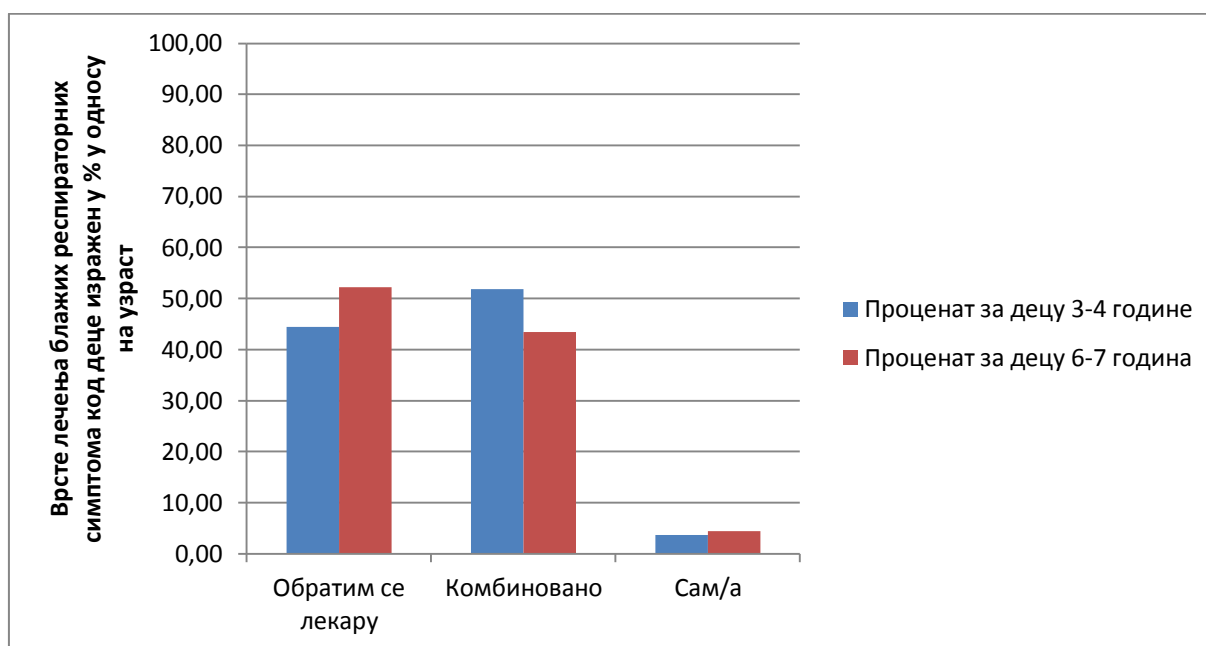


График 11. Лечење блажих респираторних симптома код деце различитог узраста

На основу обрађених резултата може се уочити да се за децу од шест до седам година старости родитељи обраћају лекару (>50%) а нешто мање то раде комбиновано. Док родитељи деце старости три до четири године у мањем проценту се обраћају лекару а нешто већи проценат родитеља то ради комбиновано. Подједнак проценат родитеља оде старосне групе блаже респираторне инфекције код своје деце лечи самостално.

Последично, број и проценат родитеља који користе неки од суплемената у превенцији респираторних инфекција дат је у табели 12 и графику 12.

Табела 12. Број и проценат родитеља који у лечењу респираторних инфекција користе суплементе у зависности од узраста деце

Користите ли у току године неке од суплемената за децу	3-4 године	6-7 година	Проценат за децу 3-4 године	Проценат за децу 6-7 година
Да	16	11	59,26	47,83
Не	11	12	40,74	52,17

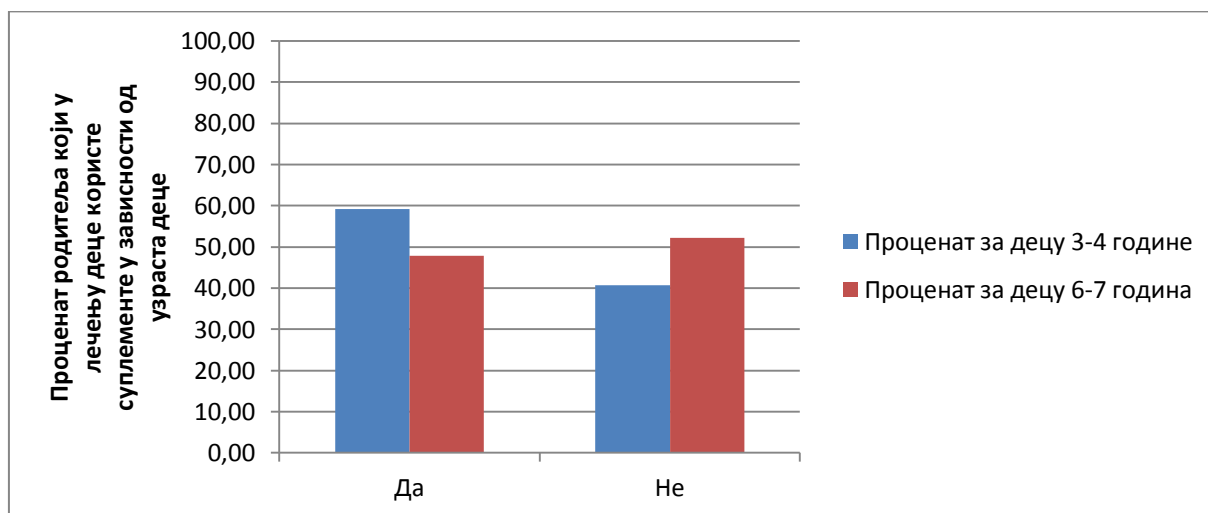


График 12. Проценат родитеља који у лечењу користе суплементе у зависности од узраста деце

Као што је и очекивано и у складу са резултатима који су груписани у односу на полну припадност, највећи број родитеља у оба испитивана случаја у превенцији респираторних инфекција користи неке од суплемената (око 60%). Како је наведено напред, родитељи најчешће користе природне суплементе и витамине.

Начини информисања родитеља о мерама превенције и лечењу респираторних инфекција дати су у табели 13 и графику 13.

Табела 13. Начини информисања о мерама превенције и лечења респираторних инфекција у зависности од узраста деце

На који начин се најчешће информисете о мерама превенције и лечења респираторних инфекција	3-4 године	6-7 година	Проценат за децу 3-4 године	Проценат за децу 6-7 године

Путем ТВ емисија	0	1	0,00	4,35
Путем интернета	4	3	7,41	21,74
Путем књига	0	1	0,00	4,35
Преко доктора	22	17	85,19	69,57
Друго	1	1	3,70	4,35

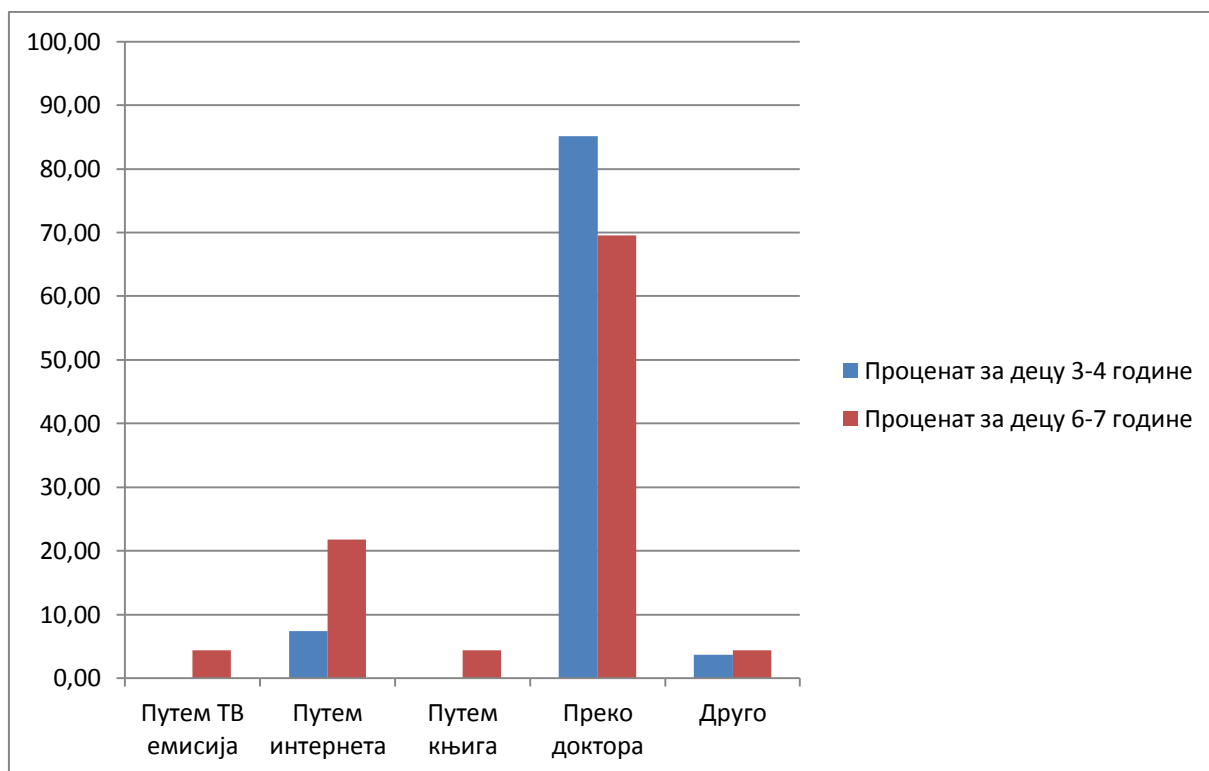


График 13. Проценат родитеља који се информише о мерама превенције из различитих извора у зависности од узраста деце

Највећи проценат родитеља (око 80%) без обзира на узраст деце се информише о мерама превенције путем савета са доктором, док знатно мањи проценат родитеља о мерама превенције се информише путем интернета.

На основу добијених статистичких параметара из резултата анкете и утицају старосне структуре предшколске деце на појаву, учесталост и врсту респираторних инфекција, пета хипотеза се прихвата.

X5 Не постоји статистички значајан утицај узрадне структуре предшколске деце на појаву, учесталост и врсту респираторних инфекција.

8. ДИСКУСИЈА

У циљу даље интерпретације добијених резултата, дискутован је утицај полне припадности као и утицај различитог узраста на оболевање од респираторних инфекција.

8.1 УТИЦАЈ ПОЛНЕ ПРИПАДНОСТИ НА РАЗВОЈ РЕСПИРАТОРНИХ ИНФЕКЦИЈА КОД ДЕЦЕ

Сви добијени одговори на постављена питања дата у анкети у Прилогу нису

показала статистички значајну разлику према полу испитиване деце. Ово је у складу са ауторима Пријић и сар. (2019) који су испитивали оболевање деце од респираторних инфекција код деце чколског и предшколског узраста и закључили да не постоје значајне разлике у односу на пол. Више од 90% родитеља је одговорило да је дете боловало од респираторних инфекција без обзира на полну припадност при чему је највећи проценат деце боловао од упале носне слузнице и ждрела. Велики број студија је показало да је ризик за појаву респираторних инфекција три пута већи у колективу деце, а разлог оваквим чињеницама јесте да деца предшколског узраста имају смањену способност стварања појединих антитела (IgG тип 2 и IgG тип 3) (Бајећ-Опачина и сар., 2017; Пријић и сар., 2019). Овакав резултат је очекиван с обзиром да су у истраживању учествовала деца која иду у колектив, стога треба узети у обзир и колектив као фактор ризика где су деца у контакту са вршњацима истог доба, па је и већа изложеност потенцијалним изворима заразе на која су деца, генерално, мање отпорна (Вековић и сар., 2015).

Додатно, највећи број оболеле деце код оба пола је значајно већи у току јесени и зиме, у поређењу са пролећем и летом. Поред тога, најчешћа учесталост оболевања код оба пола је три до пет пута годишње. Ово је у складу са чињеницом да у првих пет година дете преболи шест до девет инфекција годишње, а чак један предшколац од десет болује једном месечно (Johnston и сар., 1995). Чешће болују деца која иду у јаслице или обданиште и деца којој из школе вирусе доносе старија браћа и сестре. Овде је потребно истаћи да су мала деца осетљивија на вирусне узрочнике упала дисајних путева услед мање вероватноће сусрета са овим вирусима и последичне неразвијености специфичног имунитета на ове микороорганлизме. Упркос општеприсутном веровању, излагање хладноћи и ветру (прехлада) нема битног утицаја на разболевање (Jain и сар., 2005). Ова предрасуда ћесто скреће пажњу са правих узрочника – вируса, који се преносе са болесне деце на здраву кијањем, кашљањем или додиром.

Преко 60% родитеља лечење блажих респираторних симптома код оба пола деце спроводи комбиновано. Међутим, за превенцију респираторних инфекција више од 50% родитеља користи неке од суплемената. Међутим, студија о учесталости примене суплемената за респираторне инфекције која је спроведена у Сједињеним Америчким Државама, у периоду од 1999-2006. Године, а којом је обухваћено 4267 деце предшколског узраста је показала да је 10,1% деце користило суплементе против респираторних инфекција, односно да само 1 од 10 деце користи лек за смиривање кашља и /или симптома прехладе (Vernacchio и сар., 2008). Многи суплементи за смиривање кашља су на биљној бази и у томе је предност примене овакве терапије, пошто је штетност минимална, као и нежељени ефекти. С друге стране, непотребна примена антибиотика је посебно честа у терапији респираторних инфекција које су вирусног порекла у 80% случајева. Осим погрешног очекивања родитеља да ће примена антибиотика брзо и лако решити проблем кашља код детета, некритична

употреба антибиотика представља главни разлог за појаву бактеријске резистенције (Мазур,2010).

Поред тога, родитељи су информисани о мерама превенције код респираторних инфекција у случају оба пола. Најчешћи извори информисања о мерама превенције је свакако савет лекара и путем интернета. Ово је у складу са другим истраживањима у којима се наводи да за вирусне инфекције дисајних путева нема специфичног лека. Пре свега битне су одговарајуће мере превенције као што су здрава исхрана, квалитетан сан и уопште здрав начин живота. Међутим, потребно је напоменути, да уз мировање, чај и сируп за снижавање температуре, родитељима се саветује и много стрпљења док се имунитет малог болесника не избори са инфекцијом (Пријић и сар.,2019).

8.2 УТИЦАЈ УЗРАСНЕ ГРУПЕ ДЕЦЕ НА РАЗВОЈ РЕСПИРАТОРНИХ ИНФЕКЦИЈА

Резултатима груписани у односу на узрасну групу (три до четири године и шест до седам година старости) показују да нема статистички значајне разлике у оболевању између ове две групе. Највећи број деце, без обзира на испитивани узраст боловало је од вреспираторних инфекција. Ово је у складу са студијом у којој је показано да је ризик за појаву инфекције доњих дисајних путева три пута већи у колективу деце од 2. До 5. Године живота што се преписује недовољно развијеном имуном систему код деце овог узраста (Eccles и сар., 2005).

Највећи број оболеле деце је три до пет пута током године боловало од респираторне инфекције без обзира на старост испитиване деце. Деца највише оболевају током јесени и зиме у случају обе испитиване групе. Аутори Verznacchio и сар.(2008) наводе да исти вирус може код деце различитог узраста да изазове различите болести од најблаже кијавице до бронхитиса или упале плућа и обрнуто, запаљење ждрела може бити изазвано различитим вирусима или бактеријом из групе стрептокока. Изолација узрочника је најчешће недоступна у свакодневном раду. И интересантно је напоменути да је проценат позитивних случајева када је у питању вирус грипа у узрасној групи деце старије од 5. година, био значајно виши у односу на проценат позитивних у узрасним групама 0-4 година (Радованов, 2016). Подаци показују да сезонске епидемије инфлуенце, грипа, којима буде захваћено 5-10% одраслих и 20-30 % деце широм света (Радованов, 2016).

Деца обе узрасне групе најчешће болују од упале носне слузнице и ждрела, бронхитиса и упале средњег уха. Ово је у складу са чињеницом да вирусне инфекције код деце која иду у колектив најчешће изазивају грип, прехладу, бронхитис, упалу грла и ждрела (Chang и сар.,2008). На основу обрађених резултата може се уочити да се за

обе старосне групе у већем проценту родитељи обраћају лекару.

Родитељи блаже симптоме респираторних инфекција код деце оба узраста углавном лече комбиновано вероватно као последица већег искуства родитеља када су у питању респираторне инфекције. Највећи број родитеља у оба испитивана случаја у лечењу респираторних инфекција без обзира на старосну групу користе суплементе (хомеопатске и природне). Многа истраживања су показала да фитотерапија заузима значајно место у превенцији и лечењу болести са високом стопом учесталости. Различити лекови на биљној бази представљају ефикасан и безбедан метод лечења за примену у свим животним добним групама, и значајно поправљају квалитет живота како детета, тако и родитеља (Yukse и сар.,2016).

Родитељи су као и код полне припадности упознати са мерама превенције и то највише путем савета са лекаром или преко интернета.Превенција се практично састоји од одговарајућег начина понашања- добре личне хигијене, адекватног облачења у односу на спољну температуру, правилне исхране богате витаминима и минералима, боравка на свежем ваздуху, редовним проветравањем просторија, редовним и довољним одмором и спавањем што је у складу са одговорима који су навели родитељи у анкети. Фактори ризика за развој респираторних инфекција су лоша исхрана, пренасељеност, загађеност ваздуха, изложеност дуванском диму, грејање на дрва, слабо проветравање просторија у којима се борави, хронична и имунолошка обољења. Када се болест јави потребно је придржавати се свих савета лекара, хигијенско-дијететског режима и мировања (Mateescu и сар.,2014). Резултати анкете су показали да су родитељи упознати са начином лечења као и свим мерама превенције које се примењују код респираторних инфекција.

9. ЗАКЉУЧАК

У овом раду приказани су резултати анкете спроведене током априла 2023.год. У анкети је учествовало 50 испитаника односно родитеља. Резултати анкете су статистички обрађени у односу на полну припадност и узрастну групу. Резултати анкете су показали следеће закључке:

1. У оба испитивана случаја, преко 90% родитеља нагласило је да су деца боловала од респираторних инфекција.
2. Учесталост оболеле деце у оба случаја је више пута у току једне године што је у складу са чињеницом да су вирусне инфекције учесталије код деце која иду у колектив.
3. Период у коме се најчешће јављају инфекције су јесен и зима у току једне године.
4. Најчешће респираторне инфекције су упала носне слузнице и ждрела, као и бронхитис.
5. На основу добијених статистичких параметара утврђено је да нема значајне разлике између пола као и између две испитиване старосне групе (3 до 4 год. и 6 до 7 год. старости).
6. За лечење блажих респираторних симптома родитељи се подједнако или обраћају лекару или лечење спроводе комбиновано.
7. Највећи број родитеља у оба испитивана случаја у спречавања респираторних инфекција користи суплементе и то најчешће хомеопатске и природне.
8. Родитељи су упознати са мерама превенције и то највише путем савета лекара или преко интернета. Поред тога, резултати анкете су показали да су родитељи упознати са начином лечења као и свим мерама превенције које се примењују код респираторних инфекција.

Сва ова обољења би требало да препознају родитељи а у великој мери, учитељи и васпитачи у школским и предшколским установама. При појави ових болести потребно је децу на време одвести код лекара, при чему је битно да што боље исходе лечења постоји тимски рад између родитеља, учитеља, васпитача, лекара и свих оних који раде у одговарајућим предшколским и школским установама.

10. УЛОГА ВАСПИТАЧА

Васпитач је особа која са децом проводи највише времена и која највише утиче на формирање свих навика и ставова код деце. Сопственим примером и понашањем

даје деци добар пример како треба да се понашају. Кроз свакодневни рад васпитач треба да утиче на формирање здравих животних навика код деце. Васпитач свакодневно кроз разне активности увек може да спомене и да подсети децу на оно што је здраво и исправно да раде. Постоје многе активности које васпитач може осмислити за рад са децом како би им указао колико је здравље битно, шта је то здравље, зашто је важно да га сачувамо и како га можемо сачувати.

Важан предуслов оптималног развоја и васпитања детета јесте сарадња породице и вртића. Полсаком детета у вртић васпитачи и родитељи постају сарадници на заједничком задатку неге васпитања и образовања детета.

Важно је да родитељи и васпитачи у међусобну сарадњу улажу много поверења, отворености, толеранције, објективности и спремности за уважавање личних информација о детету, усклађивање васпитних утицаја и заједничко решавање проблема у развоју детета.

Информације које васпитач добија од родитеља увелико му олакшавају разумевање детета и сам рад са њим а напредак детета и здовољство родитеља потврђују његов рад. Васпитач може са родитељима деце на суптилан и ненаметљив начин да скрене пажњу и упозна их са благодетима природних лекова, да им усмери пажњу на то колико је битно да се здраво хране и да уносе довољну количину витамина и минерала. Ако је васпитач сигуран у своје знање, смоуверен и ако родитељи имају поверења у њега, савети које даје у превенцији респираторних обољења биће лепо прихваћена од стране родитеља.

Васпитач је свакако упознат и са здравственим стањем деце. Зна која деца су слабијег имунитета, која деца чешће изостају из вртића услед болести. Васпитач је тај који је задужен за стварање и подешавање околности повољних за дечији развој и учење (простора, времена и материјала потребних за активности), односно, пружање деци прилике да се васпитају и образују прилагођено својим потребама и могућностима, пријатном и безбедном окружењу, као и да се остварују као личности.

Деца најбоље усвајају знања кроз практичну примену. Оно што сваки васпитач може јесте да организује активности у којој ће деца бити равноправни учесници и чиме ће их подстаћи да негују своје тело, личну хигијену, хигијену средине у којој бораве, као и да јачају имунитет и здравље.

Активности које васпитач може да организује у раду са децом су најпре свкодневна јутарња гимнастика, собзиром да физичка активност утиче на очување имунитета, овај вид активности допринеће развоју здравља и очувању. Такође и физичка активност у дужем трајању, како у фискултурној сали, тако и на отвореном. Заједно са децом водити рачуна о хигијени вртића, о просторији у којој бораве, редовно их проветравати како би деца могла да удишу свеж ваздух. Организовати активности о хигијени личној, прању руку, јер се многе болести преносе путем прљавих руку. Важно

је омогућити деци одмор у вртићу, такође због јачања имунитета.

У сарадњи са родитељима, васпитач може у једном кутку вртића формирати „биљни центар“. На тај начин може деци пренети знање о лековитим биљкама и њиховој употреби, што би био и циљ таквих активности. Деца би стицала знања о лековитим биљкама, упознала се са изгледом тих биљака, стаништем и растом, као и применом лековитих биљака, да знају да боквица делује тако што смирује кашаљ, камилицу треба пити кад нам је и болно и упаљено грло.

Од активности такође је добро организовати шетњу како би деца упознала одређено лековито биље у непосредној околини свог вртића: липу, шипак, камилицу, жалфију, нану, боквицу, коприву...

Биљке треба да знају по имену, да запамте њен изглед, боју, величину, мирис и употребу (нпр. шипак расте као грм, плод му је црвен, јајастог је облика, са много семенки и длачица; употребљава се као сок, мермелада, сируп и чај).

Искористи прилику кад је ужина воће да се са децом разговара о здравој исхрани и витаминима. Могу да донесу омиљену воћку и разговарамо шта је здраво, а шта није и због чега.

Постоји још много активности које васпитач може организовати и тиме мотивисати децу и подстаћи их да чувају и унапређују своје здравље. Познато је да деца најбоље усвајају знање ако имају могућност да практично учествују у томе. Васпитач може учити децу и практиковати одређене мере превенције у спречавању респираторних инфекција, и то одређенима активностима као што су: редовна физичка активност, боравак на ваздуху и сунцу због витамина Д, омогућавањем деци дневног одмора, због лучења мелатонина који има улогу у очувању имунитета, упознавањем са лековитим биљем значајног за очување и јачање здравља.

Као васпитач, у циљу ми је да остварим квалитетну и отворену сарадњу са родитељима, организујем родитељске састанке у периоду када владају респираторне инфекције, као и по потреби, на којима ћу едуковати родитеље на који начин могу спречити настанак респираторних инфекција, и уколико до њих дође на који начин могу реаговати.

11. ЛИТЕРАТУРА

1. Анђелковић,И., Стајковац,А., Илић,А. (1996) Анатомија и физиологија.Завод за

- учбенике и наставна средства, Београд.
2. Богдановић,Д. (2005) Анатомија грудног коша. Савремена администрација,Београд.
 3. Вековић В, Корчок Д, Стојановић Ј., Остојић О., Митровић,С., Вељковић, П., Живковић, З.(2015)Искуства са биљним препаратима у терапији кашља код деце. Тимочки гласник, 40, 248-258.
 4. Голијан, Р.,Голијан М. (2016) Најчешће болести код дјече предшколског и школског узраста. Сварог 12,277-288.
 5. Гргурић, Ј., Јованчевић, М. (2018). Превентивна и социјална педијатрија. Медицинска наклада.Загреб.
 6. Дете (1980), Београдско издавачко графички завод , Београд.
 7. Диклић,Д., Вуковић, Каленић,К. (1963) Акутне инфективне болести са епидемиологијом и бактериологијом.Завод за стручно усавршавање радника СРС, Београд.
 8. Ихан,А. (2009) Имунолошки систем и отпорност. Младинска књига,Београд.
 9. Иванов,Д. (2013) Грип и друге вирусне инфекције дисајних путева.Скрипта за студенте.
 10. Кораћ, Д.(1990) Педијатрија за студенте медицине, Медицинска књига Београд – Загреб.
 11. Косановић-Ћетковић,Д. (1983) Акутне инфективне болести. ИШРО Привредно финансијски водич, Београд.
 12. Костић,М.С.,Пујић,Љ. (1983) Нега детета. Завод за учбенике и наставна средства, Београд.
 13. Народна књига (1965). Народни лекар, Београд.
 14. Омић,Н. И сар. (1991) Нега здравог и болесног детета. Дечије новине,Београд.
 15. Пријић, А.,Остојић,О.,Јоцић-Стојановић,Ј., Живковић, З., Вековић, В., Корчок, В., Агић,А.(2018) Лечење симптома и превенције респираторних инфекција код деце са дијететским суплементом- ефикасност и квалитет живота. *Превентивна педијатрија* 4,61-66.
 16. Пријић,А., Остојић,О., Јоцић-Стојановић,Ј., Живковић,З., Вековић,В., Корчок,Д., Агић,А.(2019) Лечење симптома и превенција респираторних инфекција код деце дијететским суплементом – ефикасност и квалитет живота.*Превентивна педијатрија* 6,25-33.
 17. Пунтарић,Д., Гвоздић,В., Видосављевић,Д.(2016) Онечишћење зрака и здравље.У књизи: *Хигијена и епидемиологија* (уред. Анђа Раич).Медицинска наклада, Загреб,Р Хрватска.
 18. Радованов, Ј.(2016) Заступљеност и карактеризација инфлуенца а вируса изолованих из респираторних узорака пацијената са територије јужнобачког округа. *Докторска дисертација*,Универзитет у Новом Саду, Природно – математички факултет, Департман за биологију и екологију.
 19. Smith,K.R.,Samet,J.M., Romieu,I., N. Bruce (2000) Indor air pollution in developing

- countries and acute lower respiratory infections in children. *Thorax* 55,518-532.
20. Спок,Б., Паркер,С.(2003) Нега деце по доктору Споку, Моно&Мана, Рад,Београд.
21. Стефановић, Р. (1994) Оториноларингологија са максифацијалном патологијом, Медицинска књига, Београд.
22. Стојановић-Шпехар,С., Блажековић Милаковић,С., Бергман Марковић,Б., Врца Ботица,М., Матијашевић,И. (2008) Prescribing antibiotics to preschool children in primary health care in Croatia. *Cool.Antropol.*32, 30-125.
23. Шићевић,С. (1986) Плућне болести у деце.Савремена администрација – издавачко штампарско књижевско радна организација,Београд.
24. [https:// sh.wikipedia.org](https://sh.wikipedia.org)
25. WHO, 2018. (2018) Recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health,World Health Organization 2018. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274277/9789241550352-eng.pdf>), pristupljeno: 09.09.2023.

11. Прилог

Упитник за родитеље

Поштовано родитељи, молим Вас да пажљиво прочитате и одговорите на питања која се налазе пред вама. Питања се односе на респираторне инфекције (време и учесталост јављања, мере и могућности превенције). Упитник је анониман, а добијени подаци користиће се у циљу побољшавања здравља ваше деце.

Хвала на издвојеном времену.

1. Пол детета

- М
- Ж

2. Узраст детета

3. Колико пута годишње дете болује од инфекција дисајних путева?

- 0-2
- 3-5
- 6 и више пута

4. Годишње доба у које Ваше дете најчешће оболи од респираторних инфекција је(бројем 1 означите најчешће па све до броја 4 за најређе годишње доба када се јављају респираторне инфекције).

- Пролеће
- Лето
- Јесен
- Зима

5. Најчешће респираторне инфекције од којих ваше дете болује или је боловало су:

- Упала носне слузнице (кијавица)
- Упала синуса
- Упала средњег уха
- Упала крајника и/или ждрела
- Бронхитис
- Упала плућа

6. Да ли је Ваше дете имало стрптококну упалу грла?

7. Колико дуго је трајало лечење?

8. Уколико је одговор на предходно питање ДА, наведите на који начин је дијагностикована инфекција?

9. Да ли Ваше дете болује од неке хроничне респираторне болести? Уколико је одговор да, наведите од које.

10. Акутне респираторне инфекције лечите:

- Сам-а
- Обратим се лекару
- Комбиновано

11. Шта најчешће користите у лечењу свог детета?

12. Колико дана инфекција најчешће траје?

- 1-3 дана
- 4-7 дана
- Преко 7 дана

13. Користите ли у току године неке од суплемената за децу?

14. Уколико је одговор на предходно питање ДА, наведите које суплементе користите и кад:

15. Колико често Ваше дете пије антибиотик на годишњем нивоу?

- Скоро свски месец
- 3 до 5 пута
- 0 до 2 пута

16. На који начин се најчешће информишете о мерама превенције и лечења респираторних инфекција?

- Путем ТВ емисија

- Путем интернета
- Путем књига
- Преко доктора
- Остало

17. Које мере и могућности превенције користите да бисте спречили респираторне инфекције?
