



Evropský sociální fond

Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti



Základy celostního ošetrovatelství

1. Co je vlastně ošetrovatelství neboli ošetrovatelství obecně

Začněme troškou teorie. Definice, kterou jsem vyčetla z učebnice Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy zní: „*Ošetrovatelství je celková (komplexní) péče o nemocné a udržování hygienicky nezávadného prostředí*“.

Při veškeré zdravotní a ošetrovatelské péči, stejně jako v jiných oblastech života, je třeba **respektovat lidský život**, lidskou **důstojnost** a lidská **práva**. Ovšem právě ve zdravotnickém či ošetrovatelském prostředí, nabývají tato slova zvláštního významu – jako pacienti či klienti se stáváme zranitelnými, závislími, potencionálně ohroženými. Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky vyhlásila dne 25. 2. 1992 Etický kodex práv pacientů. V r. 2001 ČR přistoupila k úmluvě, kterou sestavila a podepsala Rada Evropy v r. 1997 – Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v medicíně. Podle této úmluvy mají nemocní například nárok vědět plnou pravdu o závažnosti své choroby. Myslím si, že je velice užitečné vědět, že takové listiny existují a jaká jsou konkrétní práva pacientů. Správná informace ve vhodný čas může pomoci nejen nám, ale i našim blízkým a třeba i našim klientům, aby se lépe zorientovali v „bílém“ prostředí nemocnic.

Součástí ošetrovatelství je také tzv. ošetrovatelský proces, který v sobě zahrnuje následující:

1. získat o klientovi co nejvíce poznatků,
2. stanovit ošetrovatelskou diagnózu,
3. sestavit ošetrovatelský plán a realizovat ho,
4. vyhodnotit úspěšnost jeho plnění.

Ad 1. pozorováním, rozhovorem s klientem, popř. s příbuznými, rozhovorem se spolupracovníky, (seznámením s diagnózami, popř. lékařskými zprávami).

Ad 2. Ošetrovatelská diagnóza – zhodnocení stavu nemocného z hlediska potřeb oš.péče. Snažíme se zjistit příčinu problému, např. co je příčinou snížené pohyblivosti, chceme poznat současný aktuální problém a při tom zvážíme, jaký potenciální problém by mohl nastat, kdyby nebyl klient řádně ošetřován – dekubity, ochabnutí svalstva, poruchy dýchání, obtížné vyprazdňování...

Ad 3. Plán ošetrovatelské péče - při jeho sestavování je nutné stanovit si cíl, kterého chceme dosáhnout – např. cílem ošetřování nehybného klienta je zlepšit jeho pohyblivost, zabránit případným komplikacím, dosáhnout toho, aby byl klient soběstačný. Ošetrovatelský plán se zaměří (dle příčiny problému klienta a jeho stavu) na hygienickou péči, nácvik dýchání, kondiční cvičení, péči o pravidelné vyprazdňování atd. S cílem OP seznámíme klienta a vyzveme jej k aktivní spolupráci. Nejdůležitější částí je jeho realizace – tj. důsledné a pečlivé provádění těch ošetrovatelských výkonů, které povedou k splnění vytčeného cíle.

Ad 4. Hodnotí se například, zda se zlepšila pohyblivost, stav pokožky na ohrožených místech, zda je větší chuť k jídlu... V případě neúspěšnosti péče je třeba stanovený plán ošetrovatelské péče upravit nebo změnit.

2. Lůžko a jeho úprava

Nevím jak pro vás, ale pro mě je moje lůžko vítaným útočištěm. Přesto, že většinou nemám problémy se spaním, stejně se po nějaké době strávené v jiném než domácím prostředí už na svou postel opravdu těším. O co víc je ale toto místo důležité pro někoho, kdo je na něj více či méně odkázán. A jak by mělo takové lůžko vlastně „správně“ vypadat?

K základnímu vybavení lůžka patří molitanová matrace nejlépe v nepromokavém potahu, přikrývky lehké, teplé a snadno čistitelné, polštáře střední velikosti naplněné nealergizujícím syntetickým materiálem. U ležících, inkontinentních klientů (ti, kteří neudrží moč ani stolici) jsou ideální jednorázové podložky, které mají značnou absorpční (savou) schopnost. Pokud nejsou dostupné, stačí podložka z PVC o rozměrech 150 cm na 100 cm a plátěná podložka o něco větší než podložka z PVC. Prostěradlo musí být napnuté, bez záhybů a drobků!!!

Nejpraktičtější variantou je froté napínací prostěradlo. Pokud klient preferuje bavlněné prádlo musí být prostěradlo tak velké, aby se dalo úpravně a účelně upevnit ze všech stran.

Úprava lůžka

Lůžko steleme tak často, jak si to přeje klient! Ideální je úprava lůžka po ranním umytí, před spaním a je-li to třeba i během dne (např. pokud paraplegik opustí lůžko např. na vykoupání či do vozíku). Při převlékání si předem připravíme dostatek čistého ložního prádla, podložky apod. Dovoluje-li to stav klienta či počasí venku, vyvětráme, alespoň dveřmi do chodby. Pokud je třeba vyvětrat průvanem, dobře klienta přikryjeme a chráníme i hlavu a ramena rouškou nebo suchým ručníkem. Polštáře a přikrývku odložíme na židli umístěnou u dolního čela lůžka. Prádlem netřepeme, abychom nevířili prach. Prádlo znečištěné výkaly ukládáme zvlášť do PVC pytlů – ovšem dle přání a možností domácnosti klientů. Při úpravě lůžka postupujeme od hlavy nemocného k nohám. Základ usteleme co nejpečlivěji a nejpevněji, aby byl upravený celý den.

Nejlépe se ustele a vyvětrá prázdné lůžko, pokud to jen trochu dovoluje stav klienta, požádáme ho a pomůžeme mu na chvíli si usadit do křesla či na židli. Pokud je to možné čas od času obrátíme matraci. Lůžko je nutno ustlat i tehdy, nemůže-li je klient opustit. *V nemocničních zařízeních se na tom ovšem podílejí dvě sestry.* Z lůžka odstraníme pomůcky, přikrývku a dovoluje-li to stav klienta i polštáře. Šetrně klienta otočíme na bok. Na volné straně lůžka uvolníme prádlo a postupně vypneme a zasteleme prostěradlo a obě podložky, vymeteme z lůžka drobky, otočíme klienta na ustlanou polovinu lůžka a volnou polovinu upravíme. Přetočíme klienta na záda, vložíme mu pod hlavu načechráný polštář a upravíme přikrývku. Při výměně prostěradla použité prádlo stočíme až k tělu klienta, na prázdnou matraci položíme čisté a úpravně zasteleme. Přetočíme klienta na ustlanou polovinu, špinavé prádlo sbalíme a odložíme, rozložíme, vypneme a zasteleme prostěradlo a podložky a otočíme klienta na záda. Pokud se nemůže klient otočit na bok, vyměňuje se prádlo po šířce lůžka – špinavé prádlo postupně shrnujeme od hlavy k nohám. Na horní část uvolněné matrace položíme prostěradlo stočené po šířce a zasteleme. Postupně stáčíme pod klienta špinavé prádlo a rozvinujeme čisté prostěradlo a pomáháme mu nadzvednout tu část těla, pod níž s prostěradly pracujeme.

3. Hygienická péče o klienty

Na úvod této kapitoly bych ráda zmínila individuálnost v přístupu k hygieně obecně. Každý z nás má své vlastní návyky. Stejně tak na ně mají právo naši klienti. Proto nikoho nenutíme, pouze můžeme některé věci doporučit, nabízíme aktivně pomoc. Chodící člověk pečuje většinou o svou hygienu sám, ležící a zejména nehybný klient je odkázán na pomoc druhých – tedy rodiny a nás. Podívejme se tedy společně na některé obecné zásady dopomoci u hůře pohyblivých či ležících osob.

Čištění zubů a péče o dutinu ústní - u ležících s dobrou pohyblivostí horních končetin podáme kartáček s pastou, kalíšek s vodou, emitní misku (nebo jakoukoli misku na výplach úst) a ručník. Hůře pohyblivým klientům můžeme pomoci vypláchnout ústa trubičkou, chrup čistíme sami, popřípadě doporučíme pomůcky – navlečené držátko kartáčku na pohyblivější končetinu. Čistíme dle zásad ústní hygieny od dásní ke konci zubu a od stoliček k řezákům. Skusné plochy ošetříme krouživými pohyby a vnitřní opět od dásní. Nakonec můžeme vykloukat ústní vodou. V případě umělého chrupu – opatrně vyjmeme čtverci mulu a vložíme do odkladné misky. Důkladně omyjeme kartáčkem a pastou pod tekoucí vodou. Ústa pomůžeme vypláchnout. Na noc čistý umělý chrup vkládáme do sklenice s vodou v které je 1 lžice bělicího prášku či šumivá tableta na čištění umělého chrupu. Ráno dostatečně opláchneme a vložíme zpět do úst. Zvláštní péči o dutinu ústní vyžadují nemocní s horečnatým onemocněním, ochrnutím lícního nervu, po mozkové mrtvici, po úrazech, po operaci, v bezvědomí a umírající. Hromadí se jim v ústech hleny a na sliznici se tvoří povlaky. Nahromaděné hleny může klient vdechnout, a to ztíží jeho dýchání. Povlaky se rozkládají a vyvolávají zápach a rozpraskaný jazyk ztěžuje sání a příjem potravy. Je nutné vyčistit ústa několikrát za den. Za pomoci dřevěných ústních lopatek a kapesní svítilny zkontrolujeme stav dutiny ústní, do nádobky s vlažným odvarem heřmánku (řapíku, či s roztokem 3% peroxidu vodíku) namočíme několik tampónů a jimi čistíme jazyk od kořene ke špičce, vytíráme patro a předsň dutiny ústní od zadních stoliček vpřed. Malými tamponky nebo smočenými štětičkami čistíme postupně všechny plochy zubů (dásně) tak dlouho, dokud

je nezbavíme povlaků. Drsný jazyk potřebe štětičkou s boraxglycerinem. Na rozpraskané rty použijeme jelení lůj.

Denní péče o pokožku (ranní mytí, česání a stříhání nehtů). Není-li klient zcela soběstačný doprovodíme ho k umyvadlu či do koupelny, posadíme na židli a na dosah ruky připravíme žínku, mýdlo, ručníky. Dle potřeby mu pomůžeme umýt záda, učesat se, ošetřit nehty. Ležícím, kteří nemohou opustit lůžko, ale jsou schopni se umýt sami připravíme vše potřebné na dosah ruky. Pomáháme. Dovolí-li to stav klienta umyjeme ho alespoň jednou týdně v koupelně. Postupujeme podle vybavení domácnosti klienta. V současné době je dostupné značné množství účelných pomůcek – např. speciální pojízdná omyvatelná křesla s otvorem v sedací části, na kterých zavezeme klienta až pod sprchu (je-li dostatečně prostorná). Osprchujeme, postupně umyjeme od hlavy k nohám žínkou a mýdlem a opět osprchujeme. Do sucha utřeme a popř. namasírujeme záda. Můžeme také pomoci klientovi vstoupit do čisté vany, na jejímž dně je protiskluzová podložka a na stěně ideálně madlo. Vstup do vany může usnadnit pevná stolička či schůdky přisunuté k vaně. Přes vanu můžeme také položit např. plastovou sedačku s prohloubením pro hýždě. Sedačka má nastavitelné nohy, jejichž dolní část je opatřena protismykovými nastavci. Ovšem sedaček také existuje mnoho různých typů. Důležité je vyvarovat se příliš horké vody ve vaně či sprše, zvláště u starších klientů (dojde k rozšíření a následnému zrychlení průtoku krve v cévách, čímž může nastat kolaps)!!!

Mytí nemocného na lůžku. Pod hlavu položíme ručník, prádlo chráníme nepromokavou plenou či ručníkem. Lehce vyždímanou žínkou bez mýdla myjeme obličej, oči rohy žínky od vnitřních koutků k vnějším. Do sucha obličej utřeme, namydlenou žínkou pak postupně umyjeme uši, krk, hrudník, břicho a obě paže. Každou část po opláchnutí důkladně utřeme. Může-li se klient otočit na bok, umyjeme a dobře usušíme záda. Suchá záda namasírujeme dlaněmi a prsty od páteře směrem od křížové kosti nahoru a do stran. Silným ženám zasypeme místa pod prsy zásypem, popřípadě ochrannými krémy. Potom umyjeme nohy, ztvrdlou kůži na patách a chodidlech odstraníme skelnou houbou. Je nutné umýt i genitálie, vyměníme umyvadlo za jiné, určené k mytí dolní poloviny těla. Oblékáme si ochranné rukavice, klienta posadíme na podložní mísu. U žen namydlenou žínkou myjeme zevní rodidla od stydké spony ke konečníku. Dle potřeby genitálie opláchneme od shora dolů teplou vodou z nádoby s hubičkou a pečlivě otřeme. Intimní místa myjeme šetrně, ale důkladně. Nakonec učešeme, ručník s vyčesanými vlasy vytřepeme do koše na odpadky. Ostříháme nehty – na rukou do obloučku a na nohou rovně. Nakonec upravíme pilníčkem. Podkládáme

ručníkem a ten po té vytřepeme do odpadků. Vhodnou pomůckou k celkovému umytí na lůžku je nafukovací vana, kterou prázdnou podsuneme pod klienta, napustíme okraje vany vzduchem a otvor v dolní části spojíme s hadicí, která odvede vodu do kbelíku.

Vlasy můžeme mýt jednou za týden až 10 dnů. Pozor na záklon hlavy u starších klientů s možnými degenerativními změnami na krční páteři! Při mytí na lůžku můžeme použít nafukovací vaničku a nádrž z plastu. Pokud ji nemáme, pod ramena a lopatky ležící osoby vložíme polštář (nejlépe ve tvaru klínu), a pod hlavu umístíme umyvadlo nebo kadeřnickou mísu s výřezem.

Do hygienické péče spadá také péče o čisté osobní a ložní prádlo. V této souvislosti zmíním pouze jednu důležitou zásadu. Při oblékání klienta vždy nejprve oblékáme hůře pohyblivou končetinu, jinými slovy má-li někdo postiženou některou končetinu, oblékneme ji jako první.

4. Jednotlivé ošetřovatelské problematiky

Pojďme se nyní blíže podívat na ošetřovatelskou péči při vybraných konkrétních každodenních činnostech:

a) vylučování moči

Dospělý člověk denně (tedy za 24 hodin) vyloučí zhruba 1 až 2 litru moči, a to ve 4 až 6 dávkách. Zvýšení denního objemu moči na 3 litry a více se nazývá polyurie. Může se vyskytovat např. u diabetu (cukrovka). Snížení množství vyloučené moči se nazývá oligurie a označujeme tak stav, kdy objem moči je menší než 0,5 l/den. Objevuje se při průjmeh, nadměrném pocení, popáleninách, chorobách ledvin... Stav, kdy se objeví méně než 0,1 l/den nazýváme anurie a setkat se s ní můžeme např. při ledvinném selhání. Obtížné močení doprovázené pálením se nazývá dysurie. Objevuje se při zánět močového měchýře. Při zúžení močové trubice se objeví retence neboli zadržování moči. Pokud se trubice zúží výrazně může dojít ke stavu, který se nazývá paradoxní ischurie. Projevuje se tím, že z přeplněného měchýře moč pouze odkapává.

b) vyprazdňování stolice

Obvyklé množství stolice je zhruba 60 – 250 g v jednom vyprázdnění. Zácpa, latinsky obstipatio, je stav, kdy jsou přítomny méně než 3 stolice týdně. Toto je uvedeno v odborné literatuře, ovšem také záleží na individuálních dispozicích jedince. Naopak průjmem (diarrhoe) obecně označujeme přítomnost minimálně 3 řídkých stolic za den. Světlá bělavá stolice se objevuje u osob, které mají ucpané žlučové cesty. Černá stolice (meléna) může znamenat krvácení ze žaludku či jícnu, příměs čerstvé krve ve výkalech poukazuje na krvácení z dolních segmentů střev či konečníku.

Zácpa zase vede k zmnožení plynatosti, vyvolání nadýmání, které může zhoršit dýchání i činnost srdce a tlačí na břišní orgány. Zahuštěná tuhá stolice také stlačuje žíly v okolí svěračů konečníku a brání odtoku krve z nich. Tím vznikají velice nepříjemné hemoroidy. K zácpě může vést mj. omezení pohybu, změna medikace (léků), nedostatek tekutin. Ale také potlačování nutkání na stolic. Proto je důležité vždy včas podat mísu či pomoci při vysazení!!! Časté jsou též psychické zábrany – klient se stydí vyprázdnit před asistenty.

A jak můžeme klientům pomoci? Například tak, že s nimi zkusíme nacvičit tzv. defekační reflex pravidelným opakováním úkonů, které jdou za sebou ve stejném sledu, například:

1. vypít před snídaní sklenku studené vody (někomu pomůže sníst bílý jogurt),
2. nasnídat se,
3. po snídani se pokusit vyprázdnit. Zpočátku je možné použít glycerinový čípek.

Podmíněný reflex se vytvořil, když klient pocítí potřebu vyprázdnit se hned poté, co se nasnídal.

Při vylévání obsahu podložní mísy či „bažanta“ do záchodu je dobré všimnout si případných změn moči či stolice. Aby se nám nemnožily nežádoucí bakterie, nezapomeneme na dezinfekci. K ní používáme koupené dezinfekční saponáty či námi připravené roztoky. Příprava dezinfekčního roztoku: 5l vody a 250ml dezinfekčního prostředku je 5% roztok, 1l vody a 100ml je 10% roztok. Jednotlivé dezinfekční prostředky se nesmějí míchat a po určité

době se mají vystřídat, protože při dlouhodobém užívání jednoho prostředku se stanou mikroorganismy proti jeho působení odolné.

c) péče o stomii

Co je vlastně stomie? Jde o vyústění, vývod něčeho někam. V našem případě jde o vyústění střeva přes břišní stěnu. Název se používá podle místa, kde je vývod proveden – např. ileostomie (vyústění tenkého střeva na stěně břišní), kolostomie (vyústění tlustého střeva stěnou břišní). Provádí se nejčastěji při nádorových onemocnění střev, vrozených vadách apod. Zpravidla je provedena na levé straně břicha. Samovolně ní odchází stolice a plyny. Může být dočasná nebo trvalá.

Jak si jistě umíte představit, život se stomií je pro klienta velmi nepříjemný, a to jak po stránce tělesné, tak i psychické. Narušuje jeho denní režim a omezuje kontakt se společností. Existuje však řada nových pomůcek, které mu mohou umožnit návrat do běžného života. Na řadě specializovaných pracovišť pracuje vyškolená tzv. stoma-sestra, která je ošetřuje, pomáhá při nácviku péče o stomii a doporučuje jim vhodné pomůcky. Nejvhodnějšími jsou dvoudílné soupravy, skládající se z želatinové podložky, na níž je plastová objímka a sada sběrných sáčků opatřených rovněž objímkou. Dobře přiložená podložka může zůstat na kůži 5 až 7 dní.

d) péče o opruzeniny a dekubity

Opruzenina (intertrigo) je poškození povrchní vrstvy kůže způsobené třením dvou vlhkých ploch kůže o sebe. Vlhkost je vyvolána močí, potem, sekretem vytékajícím z nosu, zvracením i stolicí. Nejčastěji vznikají v podpaží, u silných žen pod prsy, v záhybech kůže na břicho, na vnitřní straně stehů, v rýze mezi hýžděmi a v okolí konečníku. Mohou být i v podkolení, pod krkem... Projevují se zčervenáním a zduřením pokožky až puchýřky na postižených plochách.

Proleženina (dekubitus) je místní odúmrť tkáně. Postihuje kůži, podkožní tkáně, někdy i kost. Nejčastějšími místy vzniku jsou ta místa, kde je blízko pod povrchem kůže hmatatelný kostní výčnělek a na nichž spočívá delší dobu hmotnost těla. Příčinami vzniku je dlouhodobý pobyt na lůžku bez pohybu, který stlačí tkáně na ohrožených místech. Tkáň je nedostatečně prokrvena – vyživena a vážne i přísun kyslíku. To má za následek postupnou odúmrť tkáně. Mezi nejčastější místní příčiny patří tlak. Kůže a podkoží jsou z vnitřní strany stlačeny kostními výčnělky a z vnější strany základem lůžka, shrnutým prádlem, nevhodně přiloženou dlahou, špatně zhotoveným sádrovým obvazem nebo vadně připravenou protézou. Vznik dekubitu může podpořit dále nečistota prádla a vlhkost kůže způsobené inkontinencí.

Prevence vzniku dekubitů – pravidelná denní kontrola ohrožených míst, dobře ustlané lůžko, udržování klienta v suchu a čistotě, masáž ohrožených míst, střídání poloh, zapojení klienta do aktivních pohybů (rozevírání prstů na ruku a nohu do vějířů a zavírání do pěstí – na nohu „opičí nožka“, střídavé napínání a uvolňování svalů končetin, zad, hýždí, využití hrazdičky, uzdičky či žebříčku), použití pomůcek, které snižují působení tlaku (podložka tkaná z dutých vláken, která se pokládá pod prostěradlo, speciální matrace z polyuretanové pěny s antidekubitní strukturou, antidekubitní vzduchová matrace je účinná tehdy, když se podkládá pod nehybnou osobu ještě dříve, než se objeví náznak dekubitů. Pomůcky jako jsou

podložní kola, věnečky pod paty, částečná matrace, válce většinou vyrobené z molitanu se používají příležitostně).

Při projevech začínajících dekubitů se kůže lehce omyje a dobře osuší a promastí olejem. Nemasíruje se. Udržuje se v suchu. Vniknou-li i přes veškerou péči dekubity III. stupně, je nutné je denně převazovat. Dekubity IV. stupně vyžadují chirurgický zákrok.

e) ošetřování ran

Několik obecných zásad při ošetření drobných ran.

Zranění vždy překryjeme sterilní vrstvou - čtvercem mulu, polštářkovou náplastí. Pokud je krvácení masivnější, přidáme druhou tzv. kompresní nebo savou vrstvu a po té obinadlo. Vata se nikdy nepřikládá přímo na ránu! Na místa, kde se těsně dotýkají dvě zdravé plochy kůže (mezi prsty, v podpaží, pod prsy, v třísele) vložíme kousek vaty lehce zasypaný zásypem. Přiměřeně utáhneme – obvaz by neměl být příliš volný, aby se neuvolňoval, ale ani nesmí bránit krevnímu oběhu. Obvazování dolních končetin elastickým obinadlem provádíme v jejich zvýšené poloze, aby se zabránilo městnání krve v žilách. Více o obvazech a konkrétním ošetření se dočtete v první pomoci.

Postup při ošetřování septické (infekční) rány. Ošetření těchto ran většího rozsahu patří do péče zdravotnického personálu. V menším rozsahu se s tím však můžeme setkat i u našich klientů. Popišme si tedy správný postup. Vrchní vrstvu obvazu je nutné sejmout v rukavicích, prádlo klienta a lůžko chránit dle potřeby podložkou PVC a buničitou vatou či podložkou na jedno použití. Výplach rány různými roztoky většinou provádí lékař – stříkačkou s kanylou, vytékající roztok z rány je zachycen do sterilních čtverců nebo buničité vaty, ránu je třeba vysušit tamponem. Pokud je v ráně drén, po očištění okolí rány a její dezinfekci se pod drén podkládá nastřížený čtverec. Zásyp se sype do rány pomocí štětičky, dřevěné lopatky nebo přímo ze sypátka. Masti či balzámy jsou nanášeny na sterilní čtverec přímo z tuby nebo z kelímku dřevěnou lopatkou a po běžném ošetření je čtverec přiložen na ránu. Okolí ran, které produkují mnoho sekretu, je dobré chránit pastou proti mokrání (macerací), např. zinkovou pastou. Pasta se natírá přímo na kůži do okolí rány dřevěnou lopatkou. Po ošetření se rána kryje sterilním obvazovým materiálem a přilepí se náplastí. Pokud z rány hojně vytéká sekret, přikládá se ještě sací vrstva ze sterilní buničité vaty nebo speciální polštářky.

5. Sledování fyziologických funkcí

Fyziologické funkce = normální životní (vitální) funkce, tedy stav organismu, který funguje tak, jak má. Jejich poruchy signalizují, že „něco“ není v pořádku. My se nyní zaměříme na ty, které je užitečné sledovat.

Puls (tep krve) – náraz krevního proudu na stěnu tepen, který je vyvolán systolou (stažením) levé komory srdce. Měříme pohmatem v tzv. tlakových bodech. To jsou místa, kde je tepna blízko povrchu kůže a pod ní je kost – u dospělých nejčastěji zápěstní tepna, u dětí spánková. Dobře hmatný tep je na krční tepně (zde ovšem velice opatrně a jemně!!!) a na stehenní tepně. Sledujeme rychlost (frekvenci), pravidelnost (rytmičnost), jakost (kvalitu) tepu. Běžná rychlost je u novorozence 120 – 140/min, u kojence kolem 1 roku 100 – 120/min, u desetiletého dítěte 90/min a u dospělého člověka 70 – 80/min. Zrychlení tepu se nazývá tachykardie. Objevuje se například při zvýšené tělesné námaze, rozrušení, pití alkoholu či kávy, srdeční nedostatečnosti, zvýšené funkci štítné žlázy, krvácení, horečce, dušnosti... Naopak zpomalený tep označujeme pojmem bradykardie. Ta se může objevit ve spánku, klidu, vlivem tělesného tréninku (sportovci běžně mívají v klidu tep kolem 60/minutu), po uklidňujících lécích, při podchlazení, bezvědomí, ale může být přítomna i při srdečním infarktu. Rytmický či arytmiický tep (bušení). Kvalita se posuzuje podle toho, jak jej lze nahmatat. Tvrdý tep (pulsus durus) znamená, že tepnu lze těžko stlačit, údery jsou silné (např. u hypertenze), měkký (pulsus mollis) tepnu lze lehce stlačit, puls se měří obtížně (např. u hypotenze). Sotva hmatný puls se nazývá nitkový a objevuje se například při šoku.

Krevní tlak (TK) – tlak krve na stěnu tepny. Výsledná čísla znamenají tlak systolický (ten je vyvolaný stahem srdečních komor) lomeno tlak diastolický (nejnižší tlak krve stále přítomný v cévách. Tepny zůstávají vždy v určitém napětí i při uvolnění levé srdeční komory.). Normální hodnota TK se uvádí u dospělého 120/80. Vyšší než 140/90 se nazývá hypertenze. Naopak hypotenze je nižší hodnota systolického tlaku než 100. Výšku TK ovlivňuje věk,

tělesná námaha, emoce, používání léků, káva, nemoci srdce apod. Hodnotu TK měříme tonometrem.

6. Léky a jejich podávání

Každý člověk se s léky setkává poměrně často. Ti šťastnější z nás pouze nárazově a výjimečně. Klienti, o které se staráte, většinou k těm „šťastnějším“ nepatří. Pojďme se tedy na tuto problematiku podívat podrobněji.

Léky mohou mít různou podobu (formu):

Pevné – tablety, šumivé tablety, dražé, zrníčka, kapsle, prášky. Polopevné – čípky, poševní koule, masti, pasty, gelové mazání, krémy, mýdla. Tekuté – roztoky, suspenze, výtažky, směsi, olejnaté přípravky, čaje.

Důležité je, kde a jak jsou léky uloženy.

Chybou je uložení léků v blízkosti topení nebo hned za oknem na přímém slunci. Většina léků má být uchována v tzv. pokojové teplotě, uvádí se mezi 5 až 25 stupni celsia. Ovšem jsou i léky, které je nutné uchovávat v lednici – například naředěná antibiotika, léky obsahující živé bakterie aj. Důležité je léky nevystavovat dennímu světlu – vracet lahvičky či plata ihned po použití zpět do krabiček. K lékům by samozřejmě neměly mít přístup malé děti ani domácí zvířata.

Neméně důležitý je správný způsob podání léků!

Nástup účinku léků:

Při podání ústy do zažívacího ústrojí začíná účinná látka působit za cca 30 minut. Vložíme-li lék pod jazyk nebo aplikujeme-li na sliznici nosní za 1-2 minuty. Při inhalaci do dolních cest dýchacích (plic) za 2-3 minuty. Při „použití“ konečníku, pochvy či injekčně pod kůži za 15 minut, injekčně do svalu za 5-10 minut, do žíly za pouhou 1 minutu, do tepny okamžitě.

7. Dietoterapie a podávání jídla

Přijímání potravy a tekutin je nezbytnou součástí lidské existence. V potravě mají být zastoupeny všechny složky potřebné pro stavbu tkání, dodávání energie a zvýšení odolnosti organismu. A které to jsou? Jsou to bílkoviny, tuky, sacharidy (cukry), vitamíny a minerály. Bílkoviny jsou stavební látkou, tuky mají kromě energetické funkce i funkci stavební. Tuková tkáň je rezervou pro uvolňování energie. Cukry, neboli sacharidy, jsou základním zdrojem energie. Enzymy urychlují biochemické reakce a spolu s vitamíny plní ochrannou funkci. Minerály jsou látky, které organismus neumí vytvářet a musí je tudíž přijímat v potravě. Jsou důležité pro správné fungování organismu. Mezi ty nejdůležitější patří vápník, selen, zinek, draslík... Zdravý člověk má přijímat potravu, ve které jsou všechny složky rovnoměrně zastoupeny. Strava upravená podle stavu nemocného se nazývá dieta. Jídlo by se optimálně mělo podávat 5x denně, zhruba ve dvou až tří hodinových intervalech. Například: snídaně 7,30 – 8, přesnídávka 10, oběd 12, svačina 15, večeře 18.

A jak můžeme klientům jídlo podávat? Nezapomeňme jídlo vkusně naservírovat, říká se přeci, že člověk jí i očima. Samozřejmostí by měl být náš čistý oděv, o rukou ani nemluvě. Popřejeme dobrou chuť. Přeje-li si klient přídavek, můžeme zvážit nejprve jeho zdravotní stav – vyhublé a rekonvalescenty k jídlu citlivě pobízíme, obézním a diabetikům se můžeme pokusit rozumně požadavek rozmluvit. **Ovšem v konečné fázi je to klientovo právo rozhodnout se, jakým způsobem se chce stravovat.** Chodící klienty nebo ty, kteří mohou chodit s dopomocí, se snažíme posadit k čistému stolku. Ležící na lůžku posadíme, zvedneme hlavový panel a upravíme polštář. Nad lůžko můžeme zasunout jídelní stůl, který by měl být pevný s rovnou plochou. Pod bradu klientovi přiložíme ubrousek (čistou utěrku, ručník...). Umožníme klientovi umýt si ruce nebo alespoň otřít mokrou žínkou. Všimáme si, zda klient může jídlo sám rozkrájet, nečekáme, až požádá o pomoc, ale sami ji nabízíme. Některé klienty musíme sami nakrmit. Nezapomeneme na případný umělý chrup. Pokud si klient neurčuje sám, co chce uvařit, seznámíme ho s tím, co má k jídlu. Vždy podáváme nové

sousto teprve tehdy, když klient předchozí důkladně rozkousal a spolkl. Polévku, kaši podáváme většinou lžící, ostatní dle přání klienta, protože někdo je „příborář“ a někdo ne. Vždy je nejdůležitější osobnost klienta! Dle přání dáváme průběžně napít, např. pomocí trubičky.

Odmítá-li však člověk z vážných důvodů přijímat potravu nebo ji ústy přijímat nemůže, musí mu být výživné látky podány jinou cestou. Nejčastěji se tak děje infuzí do žíly nebo sondou zavedenou do žaludku nebo dvanáctníku. Ovšem péče o takové klienty patří do rukou odborného zdravotního personálu.

Pokud ale skutečně již jde o terminální (konečné) stadium nevléčitelného onemocnění, nemá jídlo příliš velkou fyzickou důležitost. Tělo dlouhodobě nemocného člověka zpravidla neodchází najednou, ale jednotlivé tělesné funkce pomalu končí. V takové situaci pacient potřebuje daleko méně potravy než dřív, protože jeho tělo už nedokáže přisun živin dostatečně zpracovat. Nabízejme tedy vynalézavě pouze to, nač má pacient ještě sílu a chuť. Můžeme podávat pití častěji a po troškách, a pokud už pacient není schopen polykat, alespoň zvlhčujeme rty a ústa.

Použitá literatura:

ROZSYPALOVÁ, Marie. *Ošetřovatelství I a II: pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. a aktualit. vyd. Praha : Informatorium, 1999. 2 svazky.
ISBN 80-86073-39-4 (1.sv. : brož.), ISBN 80-86073-40-8 (2.sv. : brož.).

VOKURKA, Martin; HUGO, Jan, et al. *Praktický slovník medicíny*. 5., rozš. vyd. Praha : Maxdorf, 1998. 490 s. ISBN 80-85800-81-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

www.cestadomu.cz

www.zdn.cz

www.ordinace.cz