

## 1. Naštej in razloži vzroke povišane TT in naštej spremljajoče znake

### a) Poimenuj povišano TT glede na vzroke:

- Bakterialna temperatura nastane zaradi vpliva bakterij in njihovih toksinov (strupov)
- Aseptična temperatura (resorpcijska temp.) nastane zaradi resorpcije (lat. resorptio -vpoj, vsrkanje tekočine npr. telesnih sokov) sekretov iz ran ali podplutb (po operaciji ali poškodbi)
- Centralna temperatura ki je zelo visoka vročina in nastane zaradi poškodbe CŽS npr: poškodba možganov
- Temperatura zaradi žeje pri motnjah oddajanja temperature zaradi pomanjkanja tekočine
- temperatura zaradi tuje beljakovine, ki je organizem ne sprejme, zato nastanejo reakcije, ki jih spremlja tudi zvišana TT (pri cepljenjih)

### b) Razloži vzroke:

Vročina vedno kaže na povišano presnovo in nam pove, da gre za fiziološko obrambno reakcijo. Vročina ni bolezen, ampak je znak bolezenskega procesa. Temperatura je tipična pri infekcijah, pri uničenju krvnih telesc (npr: razpadli produkti pri večjih hematomi), ob vstopanju tujih beljakovin v telo (serumi). Tudi psihična stanja (nevroza) lahko izzovejo dvig TT.

Na kratko vzroki: bakterije, virusi (infekcije), operativne rane, poškodbe CŽS, pomanjkanje tekočine, imunske reakcije (cepljenja)

### c) naštej spremljajoče znake:

Utrujenost, zelo pogosto občutek prizadetosti (bolnik se počuti zelo bolan), pomanjkanje apetita bolečine v sklepih, glavobol, tahikardija, tahipneja.

Glede na vzrok vročine lahko nastopijo izpuščaji (pri infekcijah), bruhanje (cerebralno)... Pri zelo visoki vročini lahko nastopi vročinski delirij. Pri tem je bolnikova zavest zamegljena, je vznurjen, prestrašen in opazimo motoričen nemir. Pride do halucinacij. Pri vročini lahko objektivno vidimo rdečo, toplo kožo in svetleče oči. Visoko vročino spremlja potenje.

## 2. Razloži pojma hipotermije in hipertermije in določi stopnje hipertermije.

### a) Kaj je hipotermija in pri katerih skupinah ljudi se pogosteje pojavlja?

Hipotermija je znižana TT, stalno po 36°C. Do takšne TT prihaja: v dobi rekonvalescence (okrevanja), pri bolnikih, ki izgubijo kri (kar pomeni tudi izgubo TT), pri kolapsu (nenadna slabost) ter pri zmanjšanih funkcijah organov npr. ščitnice. Pri nedonošenčku toplotni center ni dovolj razvejan in še ni sposoben popolnega uravnavanja TT, zaradi tega mora biti TT v inkubatorju med 32°C in 34°C. Terapevtsko znižano TT dosežemo umetno. Uporabimo jo pri velikih kirurških posegih ali pri zelo visoki cerebralni vročini, da se zniža presnova.

### b) kaj je hipertermija?

Hipertermija je zvišana TT.

### c) Določi stopnje hipertermije:

- subfebrilna temperatura (37,1°C - 37,8°C)
- zmerna vročina (37,9°C - 38,4°C)
- visoka vročina (38,5°C - 40°C)

### 3. Razlikuj stadije poteka vročine in oceni vpliv padca povišane temperature na bolnikovo stanje.

#### a) Naštej in opiši stadije poteka vročine

1. stadij: naraščanje temperature spremlja mrzlica (stadij incrementi)

2. stadij: bolnik ima vročino

3. stadij: temperatura pada (stadij decrementi)

#### b) Na kakšen način lahko pade vročina?

Temperatura lahko pada:

- počasi ali litično
- hitro ali kritično

#### c) opiši vpliv posameznega padca vročine na organizem:

Litični padec: lahko traja nekaj dni. Za organizem je manj obremenjujoč.

Kritični padec: je hiter. Vročina pade v nekaj urah. Pri tem je organizem telo obremenjen. Obstaja nevarnost kolapsa (lat. collapsus - nenadna srčna slabost, zlom telesnih sil z izgubo zavesti, slab utrip).

### 4. Izdelaj načrt nege bolnika z vročino

#### a) Naštej in opredeli cilje pri negi bolnika z vročino

Cilji so: normalna TT, zagotovitev psihofizičnega ugodja, pravilno ukrepanje poučenega bolnika in svojcev ob povišani TT

#### b) Vročina poteka v različnih fazah. Razvrsti te faze po vrstnem redu

1. temp. narašča
2. stadij visoke vročine
3. padec temp.
  - litičen
  - kritičen
4. okrepljujoč spanec

#### c) Opiši bolnikovo stanje v posameznih fazah in razloži kako bi bolnika negovali v posameznih fazah

1. faza: temp. narašča z drgetanjem, mišičnim tresenjem, šklepetanjem zob in tresenjem celotnega telesa.

Bolnika ogrevamo: pokrijemo ga, mu damo termofor, vroč čaj, obvestimo zdravnika. Ko se neha tresti zmerimo TT (zelo visoka) po naročilu zdravnika vzamemo kri za hemokulturo.

2. faza: visoka vročina - bolnik je nemiren, strah ga je, občuti močno neugodje.

Dajemo mu veliko hladne pijače, negujemo ustno votlino in ga po naročilu zdravnika hladimo z obkladki ali ovitki.

3. faza: pri vsakem padcu TT smo pozorni kako TT pada.

če počasi (litično), se bolnik močno poti, vendar ni nevarnosti kolapsa (znoj je topel, v večjih kapljah), dajemo mu le veliko hladne tekočine. Pri hitrem (kritičnem) padcu TT z nevarnostjo kolapsa (znoj je hladen, lepljiv, v drobnih kapljicah), ga brišemo, preoblečemo in skrbno opazujemo. Bolnik z visoko TT nima apetita, zato naj dobi lahko prebavljivo hrano več manjših obrokih

4. faza: spanec bolnika.

Bolnika na hitro prebrišemo z vodo, osušimo, preoblečemo mokro perilo in posteljnino, skrbimo za mir v sobi. Mrzlico označimo na temp. in/ali negovalni listi.

## 5. Opredeli dihanje

### a) Definiraj normalno dihanje in ga strokovno poimenuj.

Dihanje je izmenjava plinov med zunanjim zrakom in krvjo. Dogaja se v pljučnih mešičkih. Dihalni center je v možganih, v podaljšanem hrbtnem mozgu. Ta pošilja dražljaj dihalnim mišicam, ki omogočajo gibanje prsnega koša, ta pa ventilacijo (predihanje), prezračevanje pljuč. Normalno dihanje strokovno poimenujemo evpneja.

Poznamo:

- zunanje dihanje - je sprejemanje kisika v pljučne alveole, kjer se ta veže na hemoglobin (sestavni del eritrocitov), ter oddajanje CO<sub>2</sub>. To omogočata vdih (inspirij), kjer se pljuča razširijo, ter izdih (ekspirij), kjer se pljuča stisnejo.
- notranje dihanje - celično dihanje, kjer poteka izmenjava plinov med krvjo, ki je pritekla iz pljuč v tkiva ter med celicami.

Dihanje je odvisno do primarnih in sekundarnih vplivov, najprej pa je odvisno od normalnega delovanja srca, pljuč, krvi in žilnega sistema.

Vrednosti dihanja:

novorojenčki: 40 - 44 vdihov in izdihov / min

otroci: 25 - 30 vdihov in izdihov / min

odrasli: 16 - 18 vdihov in izdihov / min

### b) Razloži, naštej in opiši patološka odstopanja od normalnega dihanja

bradipneja: počasnejše dihanje (pod 16 vdihov in izdihov / min). Pojavi se pri obolenju možganov, pri zastrupitvah, komi, prevelikem odmerku uspaval.

tahipneja: pospešeno dihanje (nad 18 vdihov in izdihov / min). Pojavi se pri obolenju pljuč, anemijah, povečani potrebi po kisiku npr: hipertermiji.

dispneja: otežkočeno dihanje (dihalna stiska). Bolnik lovi sapo, diha hitro, kratko, površno

inspiratorna dispneja: otežkočen vdih (tujek v dihalih)

ekspiratorna dispneja: otežkočen izdih (astma)

apneja: prenehanje dihanja zaradi ohromitve centra za dihanje (poškodba možganskega debla).

## 6. Razloži kvalitativne oblike dihanja

### a) Naštej kvalitativne oblike dihanja

- zdravo dihanje
- globoko ali Kussmaulovo dihanje
- hiperventilacija
- hipoventilacija
- piskajoče dihanje

### b) razloži posamezne oblike

- zdravo dihanje - je neopazno prsni koš se le malenkostno dviguje in pada
- globoko ali Kussmaulovo dihanje - je globoko, močno in enakomerno. Pojavlja se pri nezavestnih, sladkornih bolnikih.
- hiperventilacija - je prekomerno stopnjevano dihanje.
- hipoventilacija - je površinsko dihanje. Je varovalno dihanje. Bolnik zaradi bolečin v prsnem košu diha previdno in površno npr: pri poškodbi reber ali po operaciji v abdomnu.
- piskajoče dihanje (stridor) - nastane zaradi zožitve (stenoze) dihalnih poti. Je tipično pri psevdokrupu (davici podobno obolenje), tumor...

## 7. Kaj je pulz in kje ga najpogosteje merimo?

### a) Kaj je pulz? Opredeli normalno vrednost za odraslega človeka.

Pulz je utripanje perifernih arterij in je kazalo delovanja srca in žilne stene. Utripanje arterije otipamo z blazinicami prstov. Pulz lahko tipamo povsod, kjer poteka arterija na površini in ima spodaj trdno podlago (kost ali mišico) na katero jo lahko pritisnemo.

Normalne vrednosti so odvisne od starosti.

- novorojenčki: ok. 140 /min
- otroci: do 2. leta - 120 /min,  
v 4. letu - 100/min  
v 10. letu - 90 /min  
v 14. letu - 85/min
- odrasli: moški - od 60 - 70 /min  
ženske 70 - 75 /min

### b) Kje ga merimo?

Takšna mesta so:

- vratna arterija (a. carotis)
- koželjnična arterija (zapestje; a. radialis)
- arterija na notranji strani nadlahti (a. brachialis)
- senčnična arterija (a. temporalis)
- stegenska arterija (a. femoralis)
- podkolenska arterija (a. poplitea)
- arterija na hrbtnišču stopala (a. dorsalis pedis)

Najpogosteje merimo pulz na radialni arteriji.

## 8. Kako vpliva TT na pulz in odstopanja od normalne vrednosti?

### a) Kako vpliva TT na pulz?

Z povišano TT se povišuje tudi frekvenca pulza in sicer za vsako stopinjo povišane TT se pulz dvigne za 8 - 12 utripov / min. Če v času, ko TT pada pulz narašča, pomeni nevarnost kolapsa.

### b) naštej in opiši odstopanja od normalne vrednosti

- tahikardija - pospešen utrip srca 80 - 100 /min. Pojavi se pri strahu, izražanju čustev, šoku, povišanem intrakranialnem (lobanjskem) pritisku
- bradikardija - počasnejši utrip srca pod 60 /min. Pojavi se pri spanju, mrazu, različnih srčnih obolenjih, pri treniranem športniku.

## 9. Definiraj normalne vrednosti RR in odstopanja od normalne vrednosti

### a) Definiraj normalne vrednosti RR

Arterijski krvi pritisk je pritisk krvi na stene arterij v času sistole (srčni stisljaj) in diastola (srčni raztezljaj). Z merjenjem ugotovimo stanje srčno-žilnega sistema. Srce črpa kri po telesu z namenom zadostne oskrbe tkiv s krvjo (hrano in kisikom). Delovanje srca je osnovni pogoj za vzdrževanja pritiska.

Normalne vrednosti RR so odvisne od starosti, spola in konstitucije. Na tlak vplivajo še mirovanje, spanje, aktivnost, lega telesa, psihično stanje... RR je pri ženskah nekoliko nižji kot pri moških. Srednje vrednosti:

- dojenčki: 75/50 mmHg
- šolski otroci: 95/60 mmHg

- odrasli: od 110 - 140/60 -90 mmHg

## b) opiši odstopanja od normalne vrednosti

Na višino RR vplivajo naslednji dejavniki:

- potisna sila srca
- hitrost utripanja srca
- širina krvnih žil
- količina in viskoznost krvi

hipertenzija (hipertonija) - povišan RR in se pojavi pri arteriosklerozi, debelosti, pri ledvičnih obolenjih. Ločimo *primarno* ali esencialno hipertonijo - brez znanega vzroka in *sekundarno* hipertonijo zaradi znanega vzroka (endokrine motnje).

hipotenzija (hipotonija) - znižan RR in se pojavi pri motnjah delovanja srca, šoku ter pri izgubi krvi.

## 10. Razvrsti stopnje zavesti in jih opiši

### a) kaj so kvalitativne in kvantitativne motnje zavesti? Opiši jih.

Kvantitativne spremembe zavesti - med katere spadajo različne globine nezavesti oz. intenzivnosti motnje zavesti:

- *somnolenca (zaspanost, dremavica)* - bolnik je zaspan, pretežno spi, na bolečinske dražljaje takoj reagira in lahko z njim vzpostavimo stik
- *sopor* - bolnik je v plitvi nezavesti, stik z njim ni mogoč, na vprašanja ne odgovarja, ampak samo na bolečinski dražljaj
- *koma*, globoka nezavest - bolnik v globoki nezavesti, stik z njim ni mogoč, na bolečinske dražljaje ne reagira, ugaski so tudi obrambni refleksi
- *omedlevica (synkopa)* - je najpogostejša in najmilejša oblika motnje zavesti. Je kratkotrajna nezavest zaradi hipoksije živčevja (premalo kisika v tkivih), ki nastane zaradi nenedanega slabšega pretoka krvi skozi možgane.

Kvalitativne spremembe zavesti:

- *zožena zavest* - povzročijo jo razna čustvena stanja, afekt
- *zmedenost* - bolnik govori neurejeno, je časovno in krajevno neorientiran, pojavi se občasna zbistritev
- *delirij* - pri bolniku se pojavi motoričen nemir, zmedenost, sprememba razpoloženja

## 11. Razloži pravila za tople in hladne ovitke in kako jih nadziramo.

### a) Katera so skupna pravila za vse vrste ovitkov in obkladkov?

- začetek in konec postopka zabeležimo v negovalno dokumentacijo še posebej morebitna opažanja o učinkih delovanja ali stranskih učinkih
- rizični bolniki, ki imajo motnje zavesti, gibanja, motnje v občutenju zahtevajo intenzivno opazovanje in individualno prilagoditev postopka
- ničesar ne delamo po shemi, saj različni bolniki različno reagirajo na mraz in toploto, vedno pa upoštevamo njihove občutke ali jim je ugodno ali ne

### b) kaj nadziramo pri ovitkih in obkladkih?

Opazujemo reakcijo na ovitek oz. obkladek in jo zabeležimo. Pri ovitku prsi ali celotnega telesa kontroliramo vitalne funkcije. Natančno upoštevamo čas delovanja. Kontroliramo barvo kože.

## 12. Na kakšne načine najpogosteje ogrevamo bolnika?

### a) Naštej in opiši načine ogrevanja bolnika

Bolnika oblečemo v toplejše oblačilo ali dodatno pokrijemo, dodatno ogrejemo zrak v prostoru, ogrejemo posteljo (grelna blazina, termoforji), topla kopel, ki jo naroči zdravnik.

## 13. Pojasni pomen prehrane za človeka.

### a) Naštej in opiši dejavnike, ki vplivajo na prehranjevanje

#### Fiziološki faktorji

- sestava hrane (beljakovine, maščobe, OH, ki so nosilci kalorij, ter vitamini, minerali, balastne snovi in voda)

Psihični faktorji, kjer so pomembne čutne zaznave, uživanje hrane, možnost blokade (odvisnost od hrane - debelost, neješčnost ter motnje v želodčno črevesnem sistemu)

Socialno-kulturni faktorji, kjer način življenja in izbira prehrabnih izdelkov vplivata na prehrano ljudi.

#### Faktorji okolja

- človeka lahko ogroža ekološko okolje
- problemi v zvezi z naravo in okoljem
- onesnaženost okolja

## 14. Razlikuj in pojasni pojme o prehranjenosti

### a) razloži pojme lakota, apetit, žeja

LAKOTA je fiziološka potreba po hrani.

APETIT je čustvena nagnjenost k nečemu - hrani. Bolnik s povišano TT odklanja hrano, želi tekočino.

ŽEJA uravnava potrebo po tekočini. Odvisna je od temperature, vlage, dela, hrane. Večja je pri povišani TT (diareja, bruhanje).

### b) imenuj posledico žeje in naštej znake

Posledica žeje je dehidracija. Znaki izsušitve se pokažejo zaradi zmanjšanega dovajanja tekočine ali njene prevelike izgube. Znaki so: slab turgor (napetost kože), suha spokana sluznica, sprememba glasu, zamegljena zavest, apatija, oseba je nemirna, trpi, ima odprta usta, suhe ustnice in jezik, velike oči ter moten lesk oči.

### c) Kako opazujemo in beležimo telesno težo?

Kontrola telesne teže pri bolnikih je rutinski postopek v naslednjih primerih: ob sprejemu v bolnišnico, pred operativnim posegom, pri motnjah prehrane, na sistematskih pregledih. Kontrola telesne teže je smiselna kadar bolnike tehtamo vedno ob istem času na isti tehtnici pod standardnimi pogoji.

## 15. Razlikuj posamezne načine dostave hrane na oddelek

### a) Naštej načine dostave hrane na oddelek ter prednosti in slabosti posameznega načina

#### 1. klasični način

- v termos posodah: hrana je pripravljena za vsakega bolnika posebej; vsak bolnik dobi pravo dieto, vendar posodo težko segrejemo; hrana se ohlaja in potrebujemo veliko posode
- v ogrevanih grelnih vozičkih: z njimi preprečujemo ohlajanje hrane med transportom, vendar je potrebno hrano razdeljevati na oddelku

2. tablet sistem razdeljevanja hrane: uporablja KC; vsak bolnik ima kartico na kateri je označena vrsta diete. Ta se s celotnim obrokom za vsakega bolnika pripravi v centralni kuhinji. Tase s hrano se pripeljejo v ogrevanih transportnih vozičkih na posamezne oddelke. Z istim vozičkom se odpelje tudi umazana posoda.

## 16. Razlikuj posamezne načine hranjenja

### a) Katere načine hranjenja poznaš?

- hranjenje bolnika per os
- enteralno črevesno hranjenje (nazogastrična sonda, gastrostoma, jejunostoma)
- parenteralno hranjenje (infuzija)

#### **b) Kdaj pride v poštev hranjenje po nazogastrični sondi?**

Hranjenje po NGS pride v poštev vedno takrat kadar bolnik noče jesti sam, ne more ali ne sme jesti: moteno požiranje in žvečenje zaradi bolezni, motnje zavesti, duševne motnje, pri operacijah v ustih, grlu, požiralniku, želodcu in črevesju. Pri motnjah kot so anoreksija. Indikacijo za hranjenje po sondi določi zdravnik.

### **17. Analiziraj možne zaplete med hranjenjem in predvidi njihovo preprečevanje**

#### **a) naštej znake, ki nas opozarjajo na motnje požiranja**

Močno slinjenje, hrana, ki zastaja v ustih ali izteka iz njih, posebni zvoki pri požiranju, naporno boleče požiranje, kašelj, dušenje.

#### **b) Opiši nevarnosti pri motnjah požiranja in opiši preprečevanje.**

Največja nevarnost, ki ogroža bolnika je aspiracija. Pri tem hrana zaide v sapnik namesto v požiralnik..Hrana ali pijača, ki se nam zaleti povzroči kašljanje in davljenje, bolnik lovi sapo. Če zaide hrana ali pijača v pljuča, nastane aspiracijska pljučnica. Potrebna je velika pazljivost pri hranjenju, v primeru aspiracije pa si pomagamo z udarcem po hrbtu med lopaticama. Nezavestnim bolnikom ničesar ne dajemo per os.

#### **c) naštej možne zaplete pri hranjenju po NGS**

- Problem s prebavo (diareja, izpahovanje, krči, slabost, bruhanje).
- Zamašitev sonde
- izsušitev sluznice nosu in žrela
- nastanek preležanine na nosni sluznici (s pravilno pritrditvijo sonde ga lahko preprečimo)
- infekcija bolnika s hrano (pri pravilnem rokovanju s hrano do tega ne more priti)
- aspiracija hrane oz. želodčne vsebine, ki izteka ob sondi nazaj (če bolnik leži )

### **18. Primerjaj razlike med posameznimi načini prehranjevanja bolnika**

#### **a) opiši hranjenje per os in naštej pripomočke**

Bolnik naj čim več naredi sam. Priprava hrane in hranjenje je individualna. Namestimo ga v udoben sedeč položaj in ga spodbudimo, da je sam ali pa se ponovno navaja na samostojnost.

#### **b) naštej in opiši načine umetnega prehranjevanja**

- enteralno črevesno hranjenje (nazogastrična sonda, gastrostoma, jejunostoma)
- parenteralno hranjenje (infuzija)

### **19. Analiziraj uravnavanje tekočine v telesu**

#### **a) S pomočjo česa telo uravnava tekočino in izmeno vode**

## b) kaj je bilanca tekočin?

Bilanca tekočin je količina sprejete in izločene tekočine. Poznamo negativno in pozitivno bilanco.

## 20. Opazuj in opiši seč pri zdravem človeku

### a) opazuj zunanji videz seča (barva, vonj)

Normalen seč je blede rumen in bister, medtem ko je bolezensko oranžo rumen in moten. Spremeni se, če urin stoji - postane moten. Po uživanju rdeče pese rdeče rožnat, pri zlatenici temno obarvan, insuficienca ledvic - voden, brezbarven, prisotnost eritrocitov - hematurija.

Vonj svežega seča je neznaten in odvisen od primesi. Zaudarja kadar dalj časa stoji. Diagnostično pomembne spremembe vonja so: vonj po svežem sadju ali acetonu - pri ketonuriji; vonj po alkoholu je prisoten če ta preseže 2 promila v krvi ali seču; vonj po amoniakua ali žveplu je prisoten pri infekciji sečnih poti.

### b) količina in specifična teža

Količina je odvisna od sprejete tekočine, oddane tekočine skozi ledvice, kožo, črevesje, krvnega tlaka, delovanja ledvic in drugih organov. Normalna dnevna tekočina pri odraslem je: moški - 1500 - 2000 ml, ženske 1200 - 1300 ml. Opazujemo jo z merjenjem dnevne količine urina. Diureza je količina urina izločena v določeni časovni enoti.

Specifična teža ali gostota seča ima razpon od 1001 do 1030 (povprečno 1018).

## 21. Analiziraj motnje mikcije

### a) Katere motnje mikcije poznaš? Opiši jih.

- disurija - oteženo boleče uriniranje z zmanjšanim pritiskom. Uriniranje le po kapljicah. Pri obolenjih mehurja ali po operacijah zaradi krča sfingtra uretre.
- polaksiurija - pogosto boleče uriniranje v majhnih količinah. 24 urna količina je normalna. Pri vnetjih mahurja, obolenju prostate, tudi v prvih mesecih nosečnosti, kadar nas zebe.
- nikturija - izločanje večjih količin seča ponoči, zaradi povečane sekrecije. Vnetje ledvic, sladkorne bolezni, popuščanje srca.
- enuresis nocturna - nočno močenje postelje. Vzrok: psihičen.
- oligurija - zmanjšanje dnevne količine seča na 100 do 400 ml. Pri zmanjšanem dovajanju količine, pri dehidraciji zaradi bruhanja, driske, močno potenje, izguba krvi, šok, pri slabšem delovanju srca ali ledvic.
- anurija - zaradi motnje v delovanju ledvic ni produkcije seča. Vodi v: - uremija - zastropitev s produkti presnove
- poliurija - patološko povečanje 24 urnega seča; tudi 10 do 20 l na dan. Pri sladkorni bolezni in nekaterih obolenjih ledvic.
- retenca urina - zastoj seča v mehurju, tudi še po mikciji. Motnja v odtoku urina zaradi kamna ali tumorja prostate, trajna napetost mišic mehurja in kronično vnetje mehurja.
- residualni seč (ostanek urina) - ostane po spontani mikciji v mehurju in ga lahko odvezamo s katetrom
- inkontinenca urina - nehotno puščanje urina

## 22. Naštej in razloži vrste inkontinence

uretralna inkontinenca - uhajanje seča skozi sečnico

extrauretralna inkontinenca - seč uhaja mimo sečnice zaradi fistule ali ekstrofije mehurja



Ločimo:

stresno inkontinenco - seč uhaja sekundarno po nenadnem porastu pritiska v trebušni votlini npr. kašelj, hoja po stopnicah, kihanje, smejanje, fizični napori. Vzrok: slabost vezi mišice zapiralke in mišice medeničnega dna.

Overflow inkontinenca - značilno je puščanje seča po kapljicah. Vzrok: pasivno raztezanje stene mehurja zaradi motenega odtoka urina v predelu sečnice npr pri povečani prostati, kamnih, zožitvi sečnice.

### 23. Opiši feces pri zdravem človeku

#### a) Kaj je defekacija in pogostost izločanja?

Defekacija je izločanje blata. Normalno izločanje je enkrat dnevno.

#### b) Opiši količino, barvo, konsistenco in vonj blata

Dnevna količina blata je odvisna od količine in kakovosti hrane, ter pri odraslem znaša približno 250 g. Blato je obarvano temno rjavo. Blato novorojenčka (mekonij) je zelenkasto črno. Rumenkasto bele barve - mlečna dieta. Vsebuje primesi krvi - karcinom, hemeroidi.

Blato je mehko, vendar toliko čvrsto, da na prostem obdrži cilindrično obliko.

Bolezensko (grudasto, tekoče, v obliki bobkov). Melena ali črno blato pomeni krvavitev iz zgornjega dela prebavnega trakta.

Vonj: normalno blato ima značilni (fekulentni) vonj. Bolezensko: izredno smrdeč.

### 24. Razloži kaj je zaprtje in kako vpliva hrana na defekacijo

#### a) Razloži kdaj govorimo o zaprtju in kdaj o normalni defekaciji

Zaprtje oz. obstipacija se kaže v nerednem in pomanjkljivem izločanju trdega blata. Spremljajo ga glavobol, slabo počutje in bolečine pri odvajanju.

#### b) Naštej in opiši pogoste vzroke obstipacije.

Vzroki obstipacije so lahko:

- motnje v presnovi, nepravilna prehrana
- mehanična zapora (obstrukcija) v črevesju, hemeroidi
- nevrološke motnje (paraplegija, MS)
- premalo gibanja in ohlapnost mišic
- psihični vzroki (depresija, psihoza, anoreksija)
- psihološki problemi npr. neprimerno stranišče v bolnici, posteljna posoda

#### c) Pri hospitalizaciji so pri bolniki možni še dodatni vzroki za obstipacijo. Naštej jih.

Sobno stranišča v bolnici ali nujnost uporabe posteljne posode, sprememba hrane, manj gibanja, RTG črevesja s kontrastnimi sredstvi, jemanje zdravil posebno analgetikov.

#### d) Razloži kako prehrana in gibanje vplivata na odvajanje blata

Prehrana mora imeti zadosti balastnih snovi (polnovredne žitarice, sadje, zelenjava, jogurt in kislo mleko), za obrok si vzamemo čas, jed dobro prežvečimo, redni obroki. Ob vsakem obroku in pred zajtrkom tekočina. Telesna aktivnost, ki spodbuja črevesno peristaltiko. Navajanje črevesa na dnevno izpraznjenje ob istem času.

### 25. Kaj je namen čistilne klizme

#### a) V katerih primerih se odločimo za čistilno klizmo?

Namen je izpraznitev črevesne vsebine. Pri obstipaciji, priprava na preiskave, RTG (endoskopija,

operacija), odstranitev kontrastov, izpiranje črevesja pred operacijo na črevesju, stimulacija k delovanju črevesja pri pooperativni atoniji črevesja.

## 26. Na kakšne načine deluje klizma na črevo in katera so sredstva za čistilno klizmo?

### a) naštej in opiši načine delovanja čistilne klizme

mehanično delovanje: uvedena črevesna cevka že sama izzove draženje. Količina in pritisk uvedene količine dražita črevo na peristaltiko.

kemično (osmotsko delovanje): draženje črevesa nastopi zaradi osmotskega delovanja; osmotski tlak vleče vodo in tako draži črevesno sluznico, kar privede do hitrega izpraznjenja črevesja

toplotno delovanje: toplota in tekočina povzročita večjo moč draženja. Priporoča se temperatura tekočine od 37°C - 40°C.

### b) Opiši sredstva za čistilno klizmo

Navadna prekuhana voda, kamilični čaj, 2% glicerol, izotoničen NaCl, hipertoničen NaCl, oljni ekstrakti, ricinus olivno olje. Mešanice lahko pripravimo sami ali so že lekarniško pripravljene v vrečkah za klistir.

## 27. Kaj opazujemo pri bruhanju in kako nudimo pomoč pri bruhanju?

### a) Naštej in opiši vse kar opazujemo pri bruhanju

- čas (na tešče, po določeni jedi, med nosečnostjo, migreni, stresu, pogostnost - enkrat ali se ponavlja)
- količina (zabeležimo)
- vonj (kiselkast, pri nižje ležečih zaporah črevesja lahko vonj po blatu)
- vsebina - prebavni sokovi, neprebavljena hrana, kri (**hematemesis** - kavna usedlina; želodec, **hemoptoe** - krvavitev požiralnika; penasto, svetlo rdeče barve)
- miserere - bruhanje blata pri zapori črevesa
- gliste

Sumljivo vsebino pokamo zdravniku.

### b) Razloži kako bi pomagal bolniku pri bruhanju

Pravilen položaj (aspiracija), zaščita, ledvička, ga pomirimo, odstranimo - ustna nega, poizvemo o zaužiti hrani oz. tekočini. Dokumentiramo. Obvestimo zdravnika.

## 28. Uravnavanje tekočine v telesu

### a) Kateri mehanizem uravnava količino vode v telesu?

Količino vodo v celicah, medceličnih prostorih in krvi uravnava osmotski tlak, ki je eden od pogojev za življenje.

### b) kdaj govorimo o dehidraciji?

Kadar ima organizem premalo vode.

### c) Na kakšne načine nadomeščamo izgubljeno tekočino?

S pitjem in hrano ali z infuzijami.

### d) Določi cilje infuzijske terapije?

- Uravnavanje homeostatskega ravnovesja. To lahko dosežemo z izbranim infundiranjem (vlivanjem) tekočine v telo. Z infuzijo dosežemo nadomeščanje tekočine, izotonična fiziološka raztopina 0,9% NaCl; nadomeščanje tekočine in elektrolitov (Ringer); pokrivanje kaloričnih potreb

(5% glukoza); transport zdravilnih substanc (fiziološka, 5% glukoza); zdravilni učinek.

Uporabljamo sterilne in apirogene infuzijske raztopine.

### 29. Razloži umiranje in vrste smrti

a) V procesu umiranja ločimo več vrst smrti. Naštej in opiši jih.

- navidezna smrt - pacient je videti mrtev, vendar mu še tli življenje; pulz in dihanje sta še minimalna, vendar tega s svojimi čutili ne zaznamo; to lahko traja različno dolgo, največkrat pri zastrupitvah in podhladitvah. Pojavijo se bledica, ohlapni udi, hladna koža, globoka nezavest, refleksi niso zaznavni, zenica sta široki in otrpli.
- klinična smrt - dihanja in utrip srca prenehata, vendar še funkcija živčevja ni nepopravljivo okvarjena
- biološka smrt - dihanja in utrip srca prenehata, možgani so nepopravljivo okvarjeni ter tudi na drugih organih so že nastopili nepopravljive spremembe. Začnejo se pojavljati zanesljivi znaki smrti (mrliške pege - na okončinah, 30 min do 1 ure; mrliška okorelost - obraz, 2 - 4 ure; gnitje - 24 - 48 ur po smrti).

### 30. Razlikuj faze umiranja.

a) Naštej posamezne faze in jih razloži

- zanikanje
- jeza
- pogajanje
- depresija
- negotovost
- nevednost
- sprejetje

### 31. Pojasni pripravo bolnika na operacijo.

a) Katere vrste priprave bolnika na operacijo poznaš?

- splošna priprava (način, vrsta operativnega posega)-PSIHIČNA IN FIZIČNA
- specialna priprava (zahteva daljšo pripravo, preiskave vitalnih organov)
- nujna priprava (osnovne preiskave v kratkem času)

b) Razloži, od česa so odvisne posamezne priprave.

PSIHIČNA PRIPRAVA: upoštevamo starost in izobrazbo bolnika, strah, ki je prisoten in prisotnost bolečine. Z bolnikom se pogovarjamo.

FIZIČNA PRIPRAVA:

- Priprava organov in organskih sistemov
  - prebavni trakt
  - respiratorni trakt
  - kardiovaskularni trakt
  - uropoetski trakt
- Higijenska priprava
- Premedikacija
- Transport v operacijski blok

### 32. Razloži pripravo operativnega polja.

a) Kaj obsega čiščenje in dezinfekcija kože na dan pred operacijo?

Osnovno načelo: operativno polje mora biti popolnoma čisto in neporaščeno

Največkrat zadostuje običajna osebna higiena ( prhanje ), pazimo na npr. popek (z vatirano palčko) in predoperativno britje (idealno 2 uri pred operacijo), 15-20 cm okoli reza.

### **b) Pojasni kdaj in na kakšne načine lahko poteka predoperativno britje.**

Idealen čas je 2 uri pred operacijo. Prezgodnje britje (prejšnji večer) poveča riziko infekcije, prepozno britje (tik pred operacijo) pa poveča stresno situacijo ali obremenjuje delo v operacijski sobi. Nujno je britje z aparati za enkratno uporabo in tekočim milom ali drugimi primernimi dezinfekcijskimi sredstvi. Izogibamo se suhemu britju, ki vedno pušča dlake, ki jih niti z umivanjem ne spravimo v stran. Velikost obritega polja je odvisna od operativnega reza, kot splošno pravilo pa velja da obrijemo 15-20 cm okoli reza. Izjema je obraz. Obrvi nikoli ne brijemo brez dovoljenja.

## **33. Pojasni pooperativni nadzor v prebujevalnici.**

### **a) Kako poskrbimo za prevoz operiranca iz operacijske sobe v prebujevalnico?**

Anesteziolog in MS spremljata bolnika iz op. sobe v recovery in poročata o nadaljnjih postopkih, ki so potrebni. Ustno in pisno predata poročilo o:

- infuzijski tekočini (katero, koliko, kako hitro)
- analgetiki (katere je in katere naj dobi)
- o zadnji kontroli hemoglobina in kdaj naj se ponovi
- o vloženi drenažni sondah (določi moč vleka) in vstavljenih sukcijah
- položaj v postelji, prelaganje ali premikanje bolnika

### **b) Razloži pomen kontrole dihanja neposredno po operaciji.**

Kontrola je nujna zaradi globokega spanja, v katerega bolnik zapade po operaciji, dihanje pa je lahko insuficientno (nezadostno). Čeljust je delno omrtvičena, zato lahko pade jezik nazaj v grlo, kar preprečimo z vstavitvijo tubusa in nadzorom bolnika. Bolnika s slabim spontanim dihanjem pustimo intubiranega, dokler se dihanje ne stabilizira.

Na dihanje vpliva bolečin, še posebej pri posegih na prsnem košu in trebušni votlini. Slabše dihanje lahko povzročijo tudi analgetiki, zato je pomembna izbira in doza analgetika

V prvi pooperativni fazi je včasih potrebno dovajati kisik. Dovajamo ga po navodilih zdravnika preko maske ali nosne sonde (4 l/min). Vlaženje zraka v sobi služi podpori dihanja.

### **c) Pojasni možne zaplete dihanja.**

- Insuficienca dihanja zaradi učinka narkoze (mišice so sproščene)
- Zastoj dihanja- pri roki moramo imeti komplet tubusov, respirator Ambu in ostale pripomočke za intubacijo.

## **34. Kako izvede TZN neposredno pripravo bolnika na operacijo in kaj priprava obsega?**

Bolniku omogočimo občutek miru in varnosti. Naglica bolnika vznemirja. Damo mu **napotke**:  
-ostati tešč, opustiti kajenje, mirno in temeljito opraviti jutranjo toaleta, odstraniti vsa ličila in nakit in proteze (zobno, kont. leče, očala, umetne ude), sveža srajčka ali pižama, shrani vredne predmete in denar, izprazni mehur in črevo.

Tudi **navodila zdr. osebju**:

-naj bolnika vzpodbujajo, stisk roke, pogled, kontrola vitalnih funkcij, priprava celotna dokumentacije, aplikacija premedikacije, transport v op. sobo, predaja anestezijski sestri, priprava postelje za operiranca, priprava pripomočkov za prevzem bolnika po operaciji( stojala...).

## **35. Razloži kaj obsega opazovanje bolnika neposredno po operaciji.**

### **a) Kaj obsega nadzor bolnika v prebujevalnici?**

V recoveryju nadziramo vitalne funkcije:  
krvni tlak, pulz, dihanje in zavest, dokler se ne stabilizirajo.

### **b) Pojasni v katerih primerih obvestimo zdravnika o stanju operiranca?**

Zdravnika nemudoma obvestimo pri:

- nenadni spremembi vrednosti npr. pulza, RR, TT
- insuficienci dihanja
- nemiru, potenju
- zamagljeni zavesti
- močnih bolečinah
- krvavitvah iz rane ali drenaže
- zmanjšanjem izločanju urina

## **36. Pojasni, kako je TZN vključen v preprečevanje zapletov pri bolniku po operaciji.**

### **a) Kako bi preprečeval motnje v delovanju pljuč?**

Preprečevanje pljučnice (hipostatske-dolgo ležanje):

-z dihalnimi vajami, ciljanim izkašljevanjem, inhalacijami, toaleta troheje, lajšanje bolečin, obračanje bolnika.

Pri drugih zapletih (depresija, prenehanje dihanja, pljučni edem zaradi odpovedi levega srca, pomanjkanje kisika) pa namestimo bolnika v intenzivno terapijo.

### **b) Kako preprečujemo zaplet s prebavili in sečili?**

Pred operacijo čim bolj sčičeno črevo, zgodnje vstajanje, telovadba za črevesje (obračanje na levi in desni bok), vzpodbuda odvajanja (klizma, svečke, črevesna sonda-zdravnik), karenca  
Pri psihični zavori odvajanja seča poskusimo najprej izzvati refleks praznjenja mehurja (topla voda, vodovodna pipa...). V skrajnem primeru zdravnik naroči kateterizacijo.

## **37. Razloži, kako TZN pomaga bolniku pri posameznih aktivnostih po operaciji.**

### **a) Kako zagotavljamo spanje, počitek, gibanje in osebno higieno bolniku po operaciji?**

Spanje je v prvi pooperativni fazi skoraj vedno moteno. K temu pripomorejo neobičajen položaj, omejenost gibanja, bolečine, moteče drenaže, infuzija.

Za boljše spanje damo bolniku pomirjevala, sredstvo proti bolečinam, omogočimo mu mir, da si psihofizično opomore. V večposteljni sobi delamo tiho, ne prižigamo luči po nepotrebem.

Položaj v postelji redno spreminjamo, razen pri operacijah toraksa, glave in hrbtenice, ki zahtevajo vodoraven položaj.

Prvo vsajanje sledi hitro, takoj ko je mogoče, ponavadi že popoldne na dan operacije. Bolnik se usede na rob postelje s povitimi nogami, vstane z našo pomočjo, malo postoji in nato hodi. Pred vstajanjem ga obujemo in oblečemo.

Osebna higiena omogoča dobro počutje in je podpora zdravljenju. Bolniku pomagamo toliko kot je potrebno in z največjo ljubeznivostjo. Stopnja samooskrbe je odvisna od stanja bolnika in drugih pogojev (dreni, sonde, kateter). Pomagamo si z pravilnim načrtovanjem zdr. nege.

### **b) Kaj mora vedeti TZN o opazovanju izločkov po operaciji?**

Količino izločenih sekretov in izločkov iz drenaž in sond prištejemo k izločenim tekočinam (vsakih 24 ur seštejemo izločen urin ter sekret iz sonde in drenov). Hkrati kontroliramo področje rane.

### **c) Kako poskrbimo za pravilno prehrano po operaciji?**

Po operaciji (razen po operaciji abdomna) lahko bolnik pije, kolikor želi, če je buden in ga ne draži na bruhanje. To je običajno 4 ure po posegu. Začnemo z majhnimi količinami čaja, količino nato stopnjujemo, preidemo na juhe, kreme in lahko prebavljivo hrano, če je funkcija črevesa normalna.

Po operaciji želodca in črevesa je potrebna daljša karenca - dokler ne začne delovati peristaltika, to pa določi zdravnik.

Nadomeščanje tekočine v obliki infuzije pri manjših posegih običajno ustavimo o dveh urah, pri večjih posegih pa je potrebno nadomeščati volumen, elektrolite, krvne derivate in vitamine glede na potrebo (naročilo zdravnika).

### **38. Opiši sprejem bolnika**

#### **a) Katere dokumente potrebuje bolnik ob načrtovanem sprejemu v bolnišnico?**

Bolnik potrebuje napotnico osebnega zdravnika in zdravstveno kartico z veljavnim zdr. zavarovanjem.

#### **b) Naštej, kaj spada v sprejemno dokumentacijo in jo opiši.**

Ob sprejemu se bolniku izstavijo popis bolezni, temperaturni list in negovalna dokumentacija.

### **39. Opiši naloge TZN ob odpustu iz bolnišnice ali premestitvi bolnika na drug oddelek.**

#### **a) Opiši odpust bolnika.**

- njen namen je zagotoviti kontinuiteto nege in zdravljenja. Pri večini bolnikov ne dosežemo popolne ozdravitve v času hospitalizacije.
- EDUKACJA bolnika v okviru kompetenc o telesnih aktivnostih, uživanju zdravil, os. higieni, o med.-teh. posegih
- obvestilo socialni službi
- obvestilo patronažni službi
- bolnik naj dobi pisna navodila

Neposredna priprava bolnika na odpust:

- bolniku vrnemo obleko in dragocenosti
- dobi ustrezne dokumente (obvestilo dr., odpustnica)
- navodila za kontrolne preglede
- izpis iz raportne knjige, obračun bolnika
- organiziramo prevoz
- obvestimo svojce, če je potrebno spremstvo

#### **b) Opiši premestitev bolnika na drug oddelek.**

Odredi jo zdravnik in razloži bolniku.

- zagotoviti prazno posteljo na drugem oddelku
- zaključiti dokumentacijo, obračun bolnika
- pripraviti obleko in osebne stvari
- poskrbeti za osebno spremstvo
- obvestiti svojce, zdravnika
- dokumentacija - popis bolnika, negovalni list
- v glavni kuhinji odpovemo hrano zanj

### **40. Pojasni, kaj mora TZN vedeti pri razdeljevanju zdravil.**

#### **a) Razloži načine dajanja zdravil.**

- SKOZI USTA - per os ali oralno
- POD JEZIK - sublingvalno

- NA DOSTOPNE SLUZNICE
- NA KOŽO
- V DANKO - per rektum ali rektalno
- Z VDIHAVANJEM - per inhalationem
- Z VBRIZGAVANJEM - per injectionem
- na druge načine

#### **b) Kaj vse mora TZN upoštevati pri dajanju zdravil?**

Upoštevati mora PRAVILO 5 P !!!

- PRAVO ZDRAVILO - 3x preverimo (pri jemanju iz omare, pri pripravi, pred aplikacijo)
- PRAVEMU BOLNIKU
- OB PRAVEM ČASU
- NA PRAVI NAČIN
- PRAVILNO DOZO

#### **41. Razloži pravila, ki veljajo pri rokovanju z zdravili.**

##### **a) Opiši pravila, ki veljajo pri shranjevanju zdravil.**

Zdravila shranjujemo v oddelčni lekarni ali depoju. Urejena so po abecedi ali po delovanju. Shranjujemo jih na različnih mestih kjer je stalna temperatura in direktne svetlobe, v zaklenjenih omarah, nekatera v hladilniku.

##### **b) Opiši pravila, ki veljajo pri rokovanju z narkotiki.**

Narkotiki so v zaklenjenih predalih ali v sefu. Ključ ima oddelčna sestra ali vodja negovalnega tima.

#### **42. Razloži aplikacijo zdravil z vbrizgavanjem.**

##### **a) Opiši načine parenteralne aplikacije zdravila.**

- v organe in sklepe - zdravnik
- intravenozno (v žilo) - dr, vms,
- intramuskularno (v mišico) - vms,tzn
- subkutano (podkožno) - vms,tzn
- intrakutano (v kožo) - vms, tzn
- z infuzijo - nastavi in odstrani vms, tzn samo menjuje inf. steklenice, opazuje bolnika, kontrolira vbodno mesto in odstrani inf. sistem.

##### **b) Kateri zapleti lahko nastanejo pri parenteralni aplikaciji zdravil?**

- zlom igle - igle nikoli ne vbodemo do nastavka
- nabodena žila - hematoma
- nabod živca - takojšnja bolečina, ohromitev
- tvorba abscesa - primarna ali sekundarna infekcija vbodnega mesta-manjša odpornost
- aseptična nekroza - tkivo ne prenese zdravila (alergični odziv), ali se ne resorbira dovolj, zastaja v tkivih (aseptični absces)
- alergična reakcija - od blažje reakcije do anafilaktičnega šoka

##### **c) Opiši posebnosti pri aplikaciji insulina.**

Insulin se daje subkutano **brez aspiracije**.

Uporaba posebnih brizgalk, ki imajo označene enote ali jih je možno izračunati.

Preverjamo rok trajanja, pred uporabo 10 x premešamo (ne tresemo), vbodno mesto sistematsko menjujemo (trebuh, stegno, zunanja stran nadlakti), preverimo vbodno mesto (kožne spremembe), dokumentiramo

### 43. Razloži aplikacijo intramuskularnih injekcij.

#### a) Naštej vbodna mesta za aplikacijo intramuskularnih injekcij.

- zgornja zunanja četrtina zadnjične mišice
- sredina stegenske mišice
- sredina nadlaktne mišice

#### b) Opiši izbiro igel za aplikacijo intramus. terapije.

Izbiramo igle premera 0,8 - 0,9 mm in dolžine 50 - 60 mm. Pri debelejših uporabimo 70 - 80 mm dolgo iglo, da sigurno zadenemo v mišico.

#### c) Opiši izvedbo intramuskularne injekcije.

- umijemo si roke
- vbodno mesto enkrat razkužimo s sterilnim tamponom
- z igle odstranimo zaščitni pokrov
- vbodemo, dvakrat aspiriramo
- počasi vbrizgamo zdravilo
- iglo z brizgalko hitro izvlečemo, na vbodno mesto položimo suho sterilno gobico
- vbodno mesto krožno masiramo
- brizgalko z iglo varno odložimo
- dokumentiramo
- opazujemo bolnika

### 45. Opredeli kvalitativne lastnosti pulza

#### a) Opredeli ritem pulza kot kvalitativno lastnost pulza

Pri zdravem človeku si slede udarci in s tem tudi pulz v enakomernih presledkih. Pulz je mehak in dobro tipljiv.

- aritmija - neenakomerni presledki
- sinusna aritmija - pojavlja se pri otrocih in mladostnikih ter ni nevarna. Pri vdihu je bitje srca hitreje, pri izdihu pa počasnejše.
- ekstra sistole - pri enakomernem utripu se pojavijo še predčasni udarci, ki jim sledi daljši odmor. Posledica je aritmija.

#### b) opredeli polnjenja pulza kot kvalitativno lastnost pulza

Polnjenost je količina krvi v žilah ter je odvisna od udarnega volumna, količine cirkulirajoče krvi ter od elastičnosti arterij.

- dobro polnjen pulz - žila se tipa polno
- slabo polnjen pulz - žila se tipa slabo
- nitkast pulz - pospešen, enakomeren, slabo polnjen; pojavi se pri šoku ter odpovedi krvnega obtoka

### 46. Analiziraj zdravstveno nego bolnika s trajnim urinskim katetrom

#### a) naštej vrste urinskih katetrov in poimenuj velikost za ženske in moške

Vrste katetrov:

- nelatonov - raven z zaokroženo konico
- tiemanov - rahlo upognjen s šilasto konico
- pezzerjev - trajni kateter z raztegljivo glavico, ki jo ob uvajanju sploščimo
- folejev - trajni kateter sestavljen iz dveh cevk



Ženske: 16 - 18 Ch

Moški: 12 - 14 Ch (Charrier - skala: 1 Ch = 1/3 mm)

#### **b) opiši lastnosti urinske vrečke**

- so sterilno zaprte, na koncu imajo zaščitno kapo
- drenažna cev dolga do 1 m in fleksibilna
- odvzemno mesto urina naj bo čim bližje katetru
- velik volumen (2000 ml)
- na dnu vrečke odtočna cev
- prosojna (videz urina)
- tesnjenje (vonj)
- možnost obešanja na posteljo
- zanesljiva povezava med katetrom in urinskim drenažnim sistemom

#### **c) Opiši zdravstveno nego bolnika s trajnim urinskim katetrom**

- izvedba intimne nege
- dvakrat dnevno očistimo izvodilo uretre in neposredno okolico katetra (voda, milo)
- kateter ob genitalijah ovijemo s sterilnim zložencem (vpija sekret, preprečimo infekcijo, menjava zloženca)
- urinske vrečke ne dvigujemo nad nivo mehurja
- kateter lahko pritrdimo na kolk, stegno, trebuh

Pri moških:

- najmanj dvakrat dnevno očistimo ustje uretre in površino katetra, ob vhodu uporabimo razkužilo
- kontroliramo tudi penis, zaradi možnosti nastanka parafimoze, popravimo kožico, če smo jo pri intimni negi potisnili navzdol.