



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

---

---



Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocného  
s dg. cholecystitis**  
*Nursing care of the patient with cholecystitis*

**případová studie**

***bakalářská práce***

Praha, květen 2007

Denisa Šmuclerová  
bakalářský studijní program: Ošetřovatelství  
studijní obor: Všeobecná sestra

**Autor práce:** **Denisa Šmuclerová**

**Studijní program:** **Ošetrovatelství**

**Bakalářský studijní obor:** **Všeobecná sestra**

**Vedoucí práce:** **Mgr. Monika Trčková**

**Pracoviště vedoucího práce:** Ústav pro lékařskou etiku a ošetrovatelství  
3. lékařské fakulty UK v Praze

**Odborný konzultant:** **doc. MUDr. Ladislav Mertl, CSc.**

**Pracoviště odborného konzultanta:** 1. interní klinika FNKV

**Datum a rok obhajoby:** **červen 2007**

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Monice Trčkové a odbornému konzultantovi doc. MUDr. Ladislavu Mertlovi, CSc., za ochotu, cenné rady a odborné vedení mé práce.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a všechnu použitou literaturu uvádím v seznamu odborné literatury na konci práce.

Praha, květen 2007

---

## **Obsah:**

1	Úvod.....	4
2	Klinická část.....	6
2.1	Anatomie.....	6
2.2	Fyziologie .....	8
2.3	Charakteristika onemocnění.....	10
2.3.1	Žlučové konkrementy (cholelitiáza) .....	10
2.3.2	Akutní zánět žlučníku .....	14
2.3.3	Chronický zánět žlučníku .....	17
2.4	Základní údaje o nemocném .....	19
2.4.1	Lékařská anamnéza .....	19
2.4.2	Diagnostické metody .....	22
2.4.3	Průběh hospitalizace .....	22
2.4.4	Terapie .....	25
3	Ošetrovatelská část.....	27
3.1	Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	27
3.2	Ošetrovatelská anamnéza .....	31
3.3	Seznam diagnóz ke 3. dni hospitalizace .....	35
3.3.1	Plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče.....	36
3.4	Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, realizace a hodnocení .....	49
3.5	Psychologická část .....	52
4	Edukace pacienta.....	56
5	Závěr .....	59
	Seznam použitých zkratk.....	61
	Seznam použité literatury.....	62
	Seznam příloh.....	63

# 1 Úvod

Cílem mé práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacientku, která byla hospitalizována na interním oddělení fakultní nemocnice s diagnózou akutní zánět žlučníku. V této studii jsem se věnovala 67-leté pacientce, která byla hospitalizována po dobu 6 dnů.

V klinické části se věnuji anatomii a fyziologii žlučníku a žlučových cest. Dále se zmiňuji o charakteristice onemocnění, etiologii, klinickém projevu a komplikacích cholecystitidy a cholelithiázy. Pokračuji diagnostikou a terapií. V další části se zaměřuji na základní údaje o nemocném, údaje z lékařské anamnézy, výsledky provedených vyšetření, terapii. Následuje výpis průběhu hospitalizace.

V ošetrovatelské části popisuji metodiku ošetrovatelského procesu a ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové. K vyhodnocení informací jsem použila model „Funkčního zdraví“ Marjory Gordonové. Informace o nemocném jsem zaznamenala do formuláře zpracovaného pro potřeby výuky v oboru ošetrovatelství 1. a 3. LF UK v Praze. Na základě informací získaných ze zdravotnické dokumentace, od nemocného, od ostatních členů zdravotnického týmu, z vlastního pozorování a měření jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy ke 3. dni hospitalizace. Podrobně jsem rozpracovala krátkodobé cíle ošetrovatelské péče a plány péče, včetně jejich realizací a hodnocení. Následuje dlouhodobý plán péče a jeho realizace, ve kterém se zaměřuji na prevenci dalšího zhoršení

onemocnění. Jsou tady také zhodnocené ostatní diagnózy z dlouhodobého hlediska. V další části se zabývám psychologickou částí a edukací pacienta.

V závěru práce je shrnutí informací obsažených v případové studii. Uvádím zde i přehled literatury a příloh.

## 2 Klinická část

### 2.1 Anatomie

#### Žlučník

Je to vak hruškovitého tvaru, ve kterém se v období mezi přijímáním potravy shromažďuje žluč. Jeho délka je 8 – 12 cm, šířka 3 – 4 cm a jeho obsah je 50 – 80 ml. Leží na spodní ploše jater, v pravé sagitální rýze - fossa vesicae biliaris. Žlučník má několik oddílů:

**Fundus vesicae biliaris** – je to slepý konec žlučníku, který je obrácen dopředu dolů a přesahuje okraj jater o 1 – 1,5 cm. Je pokryt peritoneální serosou. Naléhá na přední stěnu břišní.

**Corpus vesicae biliaris** – je tělo žlučníku, které je připojeno vazivem do fossa vesicae biliaris a povrchové peritoneum jater kryje v tomto místě jen volný povrch žlučníku. Tělo žlučníku se zužuje v krček.

**Collum vesicae biliaris** – je krček žlučníku a je to zúžený oddíl žlučníku, který přechází plynulým obloučkem do žlučnickového vývodu - ductus cysticus. Tento vývod spojuje ductus hepaticus communis a z toho spojení vzniká ductus choledochus.

Přechod těla žlučníku v krček se označuje jako infundibulum žlučníku.

V místě, kde pravá medioklavikulární čára protíná žeberní oblouk, lze dno žlučníku pohmatově vyšetřit.



Sliznice ve žlučníku je krytá epitelem z vysokých, cylindrických buněk s mikrokly na povrchu. Sliznice je složená v řasy, které jsou uspořádány síťovitě.

**Plica spiralis** je spirální řasa, která je vytvořena v krčku žlučníku a na začátku žlučnickového vývodu.

**Tunica muscularis** žlučníku je nesouvislá vrstva hladké svaloviny, složená z podélných a spirálních pruhů, spojených vazivem.

**Tunica serosa** žlučníku je pokračováním serosy jater. Tvoří peritoneální pokryv žlučníku, připojený k povrchu pomocí vaziva. Pokud tento kryt sahá na žlučníku hlouběji, může se vytvořit i krátký závěs, který zvyšuje pohyblivost žlučníku.

### Žlučové cesty

Tvoří soustavu mezibuněčných štěrbin a trubic, kterými je od jaterních buněk odváděna do dvanáctníku žluč. Žlučové cesty rozlišujeme dle jejich lokalizace na *intrahepatické* (uloženy v játrech) a *extrahepatické* (mimojaterní) cesty.

#### **Intrahepatické žlučové cesty**

Začínají štěrbinami mezi trámci jaterních buněk. Pokračují do mezilalůčkových vývodů, které se postupně spojují do stále větších vývodů, které pak vytvářejí pravý a levý jaterní žlučovod.

## **Extrahepatické žlučové cesty**

Začínají pravým a levým jaterním vývodem v porta hepatis. Jaterní vývody jsou obvykle krátké, často v různém rozsahu zanořené do jaterní hmoty. Jejich spojením vzniká společný jaterní vývod - ductus hepaticus communis. S ním se spojuje vývod žlučníku a tvoří hlavní žlučodod. Žlučodod je trubice dlouhá asi 6 – 8 cm a odvádí žluč do sestupné části dvanáctníku, kde ústí společně s hlavním vývodem pankreatu na Vaterské papile.

Sliznice je hladká, bez řas a je krytá vysokým cylindrickým epitelem, jeho buňky mají četné mitochondrie.

Ve sliznici žlučových cest jsou hojně izolované buňky produkující hlen na povrch sliznice.<sup>1</sup>

## **2.2 Fyziologie**

### **Funkce žlučníku**

Žlučník je přirozeným rezervoárem žluči. Ve žlučníku se vstřebává voda a NaCl, žluč se 10 – 15x zahušťuje. Žlučník se vyprazdňuje při příchodu potravy (zvláště bohaté na tuky) do žaludku a dvanáctníku.

---

<sup>1</sup> Čihák, R.: Anatomie 2, Avicenum, Praha 1988

Potrava s tukem v žaludku a v duodenu vyvolá výdej cholecystokininu a jiných GIT hormonů, které krevní cestou vyvolají kontrakci žlučníku. Tím stoupne tlak ve žlučníku a žluč v malých dávkách přetéká cestou ductus cystikus do ductus choledochus a jeho ústím do duodena.

### Žluč

Je to hustá, žlutohnědá tekutina, na vzduchu zelenající. V játrech se tvoří nepřetržitě, její denní množství kolísá mezi 500 -700 ml.

Žluč se shromažďuje ve žlučníku a do dvanáctníku je odváděna jen po příjmu potravy. Při výstupu z jater má asi 17% vody.

pH žluči je 7,1 – 7,3.

Žluč obsahuje žlučové soli, bilirubin, cholesterol, vodu, anorganické soli, mastné kyseliny, lecitin, alkalické fosfatázy, těžké kovy.

**Bilirubin** se tvoří v jaterních buňkách z hemoglobinu, který se uvolňuje ze zanikajících červených krvinek ve slezině. Žlučová barviva jsou odpadové produkty toxické pro organismus. Ve střevě se rozkládají a určují barvu stolice. Část rozpadlých žlučových barviv je vylučována močí.

**Soli žlučových kyselin** jsou nejdůležitější součástí žluči. Soli emulgují tuky na drobné kapénky, které teprve může štěpit pankreatická a střevní

lipáza. Bez žluči se tuky neštěpí a opouští trávicí trubici v nezužitkováném stavu.<sup>2</sup>

## **2.3 Charakteristika onemocnění**

### **2.3.1 Žlučové konkrementy (cholelitiáza)**

Cholelitiáza je přítomnost žlučových konkrementů ve žlučníku nebo ve žlučových cestách.

Cholelitiáza patří mezi častá onemocnění postihující 10-20% dospělé populace. U žen se onemocnění vyskytuje 2-3x častěji než u mužů.

#### **Rizikové faktory**

Genetická dispozice, ženské pohlaví, vyšší věk, demografická závislost, obezita, ale i prudké zhubnutí, některé choroby - diabetes mellitus, jaterní cirhóza, hormony – estrogeny

---

<sup>2</sup> Rokyta, R.: Fyziologie, ISV, Praha, 2000

### **Druhy konkrementů dle chemického složení**

**Cholesterolové** – tyto kameny patří mezi nejčastější, tvoří asi 80% všech kamenů. Jsou světle žluté a soliterní. Nejvíce rostou první dva až tři roky. V průměru mají 2 cm. Jsou RTG nekontrastní.

**Smíšené** – tyto kameny obsahují cholesterol, bilirubin a soli v různém poměru. Mají světlehnědou barvu nebo jsou strakaté. Je jich více a mají tzv. fasetované plošky. Jsou RTG kontrastní.

**Pigmentové** – jsou černé nebo hnědé s obsahem bilirubinu. Jsou drobné, mnohočetné, tvrdé. Primárně se tvoří ve žlučníku. Vznikají u hemolytických stavů, biliární obstrukce a infekcí žlučových cest. Často se vyskytují u pacientů s umělou srdeční chlopní, která vyvolává trvale mírnou hemolýzu. Jsou RTG kontrastní.

**Kalcium karbonátové** – jsou velmi vzácné, podobají se bílé pastě.

### **Klinický obraz**

Může probíhat jako:

#### **→ Asymptomatická cholelitiáza**

Je to nejčastější forma cholelitiázy. Konkrementy jsou objeveny náhodně, při ultrasonografii břicha. U 20% lidí je prokázána cholelitiáza při pitvě.

### → Biliární kolika

Je to žlučnicková bolest, která je specifickým příznakem cholelitiázy. Příčinou jsou stahy žlučníku nebo žlučovodu, kterými se snaží uvolnit zaklíněný konkrement v krčku žlučníku nebo žlučovodu. Kámen do něj vycestoval následkem stahů žlučníku. Bývá to nejčastěji po tučném jídle, stresu, fyzické námaze.

Bolest vzniká náhle bez předchozích příznaků. Bolest bývá v pravém podžebří nebo epigastriu, je velmi intenzivní, krutá a mívá vlnovitý průběh. Bolest propaguje pod pravý žeberní oblouk do zad až pod pravou lopatku. Může trvat i několik hodin.

Nemocný často zvrací, ale nepřináší mu to úlevu. Může mít teplotu až třesavku.

### → Biliární dyspesie

Je nesnášenlivost tuků, pocit plnosti v epigastriu a tlaku v pravém podžebří, nauzea, plynatost, říhání.

### Komplikace cholelitiázy

Mezi závažné komplikace patří choledocholitiáza s následným obstrukčním ikterem, kdy hromadění žluči vyvolá cholangitidu. Dále je to akutní pankreatitida, záněty žlučníku, hydrops žlučníku, perforace stěny žlučníku se vznikem píštěle, nebo peritonitidy se sepsí.

## **Diagnostika**

Ultrasonografie, ERCP – výhodou je okamžitý terapeutický zásah,  
biochemické vyšetření krve

## **Terapie**

### **1. Biliární kolika**

Nejíst, klid na lůžku, teplý obklad na podjaterní krajinu (ne ale při zánětu)

*Farmakologická léčba:* spazmolytika, analgetika

### **2. Cholelitiáza**

Jediná trvale účinná léčba je cholecystektomie, provádí se buď klasická nebo laparoskopická. Disoluční léčba se provádí minimálně, její úspěšnost je velmi malá.

*Konzervativní léčba:* dieta, choleretika, cholekinetika

- Litolyza je rozpouštění konkrementů. Tato léčba je vhodná u cholesterolových kamenů do velikosti 1 cm v průměru. Délka léčby je 12 - 18 měsíců.
- Litotrypse rázovou vlnou (ESWL- extrakorpórní litotrypse) je to rozbití konkrementů rázovou vlnou. Tato metoda je vhodná u solitárních kamenů.

### **3. Cholangitida**

Je nezbytné podávat rychle ATB a obnovit drenáž žlučových cest:

- mezi nejrozšířenější techniky patří ERCP - naříznutí Vaterské papily s následnou extrakcí konkrementu speciálním košíčkem
- zevní drenáž žlučových cest pomocí T-drénu

#### **2.3.2 Akutní zánět žlučníku**

##### **Charakteristika onemocnění**

Akutní zánět žlučníku je zánětlivé onemocnění žlučníku, které se vyskytuje v 90% případech u cholecystolitiázy. Jen vzácně vzniká akutní cholecystitida bez cholelitiázy.

##### **Patogeneze**

Onemocnění může vzniknout jako:

Náhlá akutní cholecystitida bez předchozích příznaků

Akutní cholecystitida po biliární kolice

Akutní cholecystitida jako exacerbace chronické cholecystitidy



### **Etiologie**

Příčina akutního zánětu je obstrukce ductus cysticus, kdy příčinou obstrukce je nejčastěji konkrement. Při obstrukci cystiku se zvýší tlak uvnitř žlučníku a žluč nemůže odtékat ze žlučníku. Vzniká hydrops.

Žluč se koncentruje a žlučovými kyselinami nebo lysolecitinem vznikají toxické substance, které způsobí zánět stěny žlučníku.

V prvních 24 hodinách akutního zánětu je žluč sterilní, později dojde ke kontaminaci střevními bakteriemi, které pronikají ascendentně do žlučových cest a žlučníku.

### **Klinický obraz**

Může se jednat o lehký zánět, ale může dojít i k empyému až po gangrénu žlučníku se septickými teplotami.

Akutní cholecystitida začíná většinou jako náhlé břišní onemocnění s bolestí, která se podobá biliární kolice s vystupňovanými příznaky. Dominující je bolest v pravém podžebří šířící se do zad. Bolest je stálá, trvá řadu hodin a dnů a zvětšuje se při hlubokém dýchání. Bolest se zhoršuje i při pohybech, proto nemocný většinou nemění svou polohu a snaží se jakékoliv pohyby omezovat.

Je přítomna horečka, která přesahuje 38 °C a trvá několik dnů. Při jejím vzestupu se může objevit i zimnice s třesavkou. Mezi další příznaky patří nauzea až zvracení.

Břicho je výrazně palpačně bolestivé v pravém podžebří. Mohou se vyskytnout i známky peritoneálního dráždění. Murphyho příznak je výrazně pozitivní. Někdy je možné palpovat tuhý hruškovitě zvětšený, silně bolestivý žlučník (akutní hydroks žlučníku). Častěji je v místě žlučníku hmatná, velice bolestivá, nepřesně ohraničená rezistence, svědčící pro pericholecystitidu.

Pacient je schvácený, může mít i známky dehydratace, má oschlý jazyk a může se vyskytnout i ikterus.

### **Laboratorní nález**

Leukocytóza je vyšší než  $10 \times 10^9/l$ , je vyšší sedimentace, zvýšené CRP, zvýšení sérových aminotransferáz, bilirubinémie, pozitivní bilirubin a urobilinogen v moči.

### **Zobrazovací metody**

Základním vyšetřením je ultrazvuk. Provádí se také hepatobiliární scintigrafie, která posuzuje stav stěny a obsah žlučníku.

### **Léčba**

Nemocný s akutní cholecystitidou musí být hospitalizován a často je konzultován chirurg. Při rozvíjení se peritoneálních příznaků je nutný překlád na chirurgii.

**Konzervativní léčba** v akutní fázi spočívá v klidu na lůžku, parenterální výživě, ledu do podžebrí, podávání spasmolytik a analgetik, širokospektrá antibiotika parenterálně.

U starších osob je nutné sledovat srdeční činnost a oběh. Někdy se přidávají kardiotonika.

Po několika dnech se ukončuje infúzní léčba a pacient dostává čaj se suchary, později nemastné kaše a polévky. Pacient pomalu přechází na chronickou žlučnickovou dietu. Je potřeba, aby se na ní přecházelo pozvolna.

### **Komplikace**

K závažným komplikacím patří především empyém žlučníku a perforace, kdy hlavním dominujícím příznakem je sepsa při akutní peritonitidě vyžadující akutní operaci.

### **2.3.3 Chronický zánět žlučníku**

Je to nejčastější onemocnění žlučníku u nemocných s cholecystolitiázou.

Žlučník je svrásťelý, se zánětlivě ztluštělou stěnou, která může být kalcifikována. Je přítomna solitérní nebo mnohočetná cholecystolitiáza.

### **Klinický obraz**

Nemocní mohou být zcela obtíží, nebo se objevují biliární koliky a příznaky biliární dyspepsie.

Objevuje se citlivost v pravém podžebří, může být i pozitivní Murphyho příznak.

### **Diagnostika**

Ultrasonografie, CT

### **Terapie**

***Konzervativní léčba:*** dieta, choleretika, spasmolytika

U cholecystitidy, která není asymptomatologická je definitivní léčbou klasická nebo laparoskopická cholecystektomie. Úspěšnost disoluční léčby je velmi malá.

## **2.4 Základní údaje o nemocném**

### **Identifikační údaje**

Jméno: Paní X

Věk : 67 let

Pohlaví: žena

Povolání: důchodce, dříve administrativní pracovnice

Stav: vdaná

Hospitalizace: opakovaná

Důvod přijetí: kámen žlučníku s akutním zánětem žlučníku

Ostatní diagnózy: hypertenze, hypercholesterolemie, APPE- 1955

### **2.4.1 Lékařská anamnéza**

#### **Rodinná anamnéza:**

Matka zemřela v 73 letech na ca tlustého střeva, otec zemřel v 83 letech, léčil se s cirhózou jater, 2 sourozenci - sestra zdravá, bratr se léčí s hypertenzí, 2 dcery – obě jsou zdravý

***sledované choroby:*** hypertenze, ICHS, hypercholesterolemie, ca prsu

**Osobní anamnéza:**

V dětství měla spálu, angínu; 2005 byla poprvé hospitalizována pro akutní zánět žlučníku; úrazy – před pěti lety si zlomila ruku; operace – APPE (1955); abusus: kouření – nejuje, alkohol – pivo 3x týdně, tvrdý alkohol příležitostně, jiné návykové látky – nejuje

**Nynější onemocnění:**

Pacientka se dostavila k praktickému lékaři pro bolest v pravém podžebří, nauzeu, zvracení a teplotu. Naposledy jedla makový koláč včera večer. Lékař jí odeslal na interní kliniku. Zde jí vyšetřily a přijali k hospitalizaci na standardní oddělení s diagnózou akutní zánět žlučníku.

**Gynekologická anamnéza:**

Menstruace od 14 let, dva porody bez komplikací, potrat neudává, menopauza v 51 letech.

**Sociální anamnéza:**

Žije s manželem v panelovém domě. Sociální podmínky dobré.

**Pracovní anamnéza:**

Nyní je v důchodu, dříve pracovala jako administrativní pracovnice.

### **Objektivní vyšetření při přijetí**

Váha: 80kg

Výška: 162cm

BMI: 30,5

TK 135/80 torrů

TT: 38,9°C

P:110/min

D: 14/min

**Celkový stav:** nemocná je orientována, spolupracuje, febrilní, kůže normálního koloritu, bez cyanózy a ikteru, hydratace přiměřená, svalový tonus přiměřený

**Hlava:** mezocefalická, na poklep nebolestivá

**Oči:** zornice isokorické, skléry anikterické, pohyblivost normální

**Nos:** bez patologické sekrece

**Uši:** bez patologické sekrece

**Dutina ústní:** jazyk bez povlaku, hrdlo klidné, tonzily nezvětšené

**Krk:** štítná žláza nezvětšená

**Hrudník:** symetrický

**Plíce:** dýchání čisté, sklípkové

**Srdce:** akce srdeční pravidelná, tachykardie

**Břicho:** v niveau, měkké, volně prohmatné bez rezistencí, poklepová a palpační bolestivost v pravém podžebří, játra v oblouku, slezina nehmatná

**Končetiny:** bez otoků a deformit

## 2.4.1 Diagnostické metody

### Laboratorní vyšetřovací metody:

hematologické vyšetření krve (patologické hodnoty):

leukocyty  $18,7 \times 10^9$

biochemické vyšetření krve (patologické hodnoty):

urea 9,05mmol/l, kreatinin 146,9mmol/l, bilirubin 30umol/l,

ALP 2,40 ukat/l, ALT 0,79ukat/l, AST 0,89ukat/l, GMT 0,75ukat/l,

CRP 143,45

### Zobrazovací metody:

Ultrasonografie břicha – je vidět ztluštělá stěna žlučníku a nálezem solitárního kamene

## 2.4.1 Průběh hospitalizace

### 1.den hospitalizace

Paní X byla přijata na interní oddělení s diagnózou - akutní zánět žlučníku. Pacientku jsem seznámila s provozem oddělení, vyplnila jsem s ní ošetřovatelskou anamnézu a umístila jsem ji na třílůžkový pokoj. Paní X jsem zavedla permanentí žilní katetr (dále PŽK) a podala medikaci podle ordinace lékaře:

1. Ringerův roztok 500ml
2. Glukosa 10% 500 ml + 8 j. actrapidu + 20 ml KCl 7,45%
3. Fyziologický roztok 500ml



ATB: Unasyn 1,5 g po 8 hodinách, Avrazor 500 mg po 12 hodinách

Novalgín 2 ml i.v. , Tramal 2 ml i.m. při bolestech

Torecan Supp. rektálně

Dieta: nic per os, led do podžebří

Paní X měla bolest v pravém podžebří, kterou před podáním analgetik hodnotila stupněm 8 z 10-ti stupňové analogové škály bolesti. Zvracela 5x denně, teplotu měla 38,9 °C, tlak 135/85 torrů, puls 102/min. Byla jí odebrána krev na hematologické vyšetření, kde měla zvýšené množství leukocytů, na sedimentaci, která byla také zvýšená a na biochemické vyšetření krve, kde bylo zvýšeno CRP, ALP, ALT, AST, GMT, urea, kreatinin a bilirubin. Bylo provedeno i hemokoagulační vyšetření – bez patologického nálezu. Pacientka absolvovala ultrasonografické vyšetření břicha.

## **2.den hospitalizace**

U paní X se pokračovalo v medikacích z předchozího dne, lékař jí naordinoval navíc Fraxiparine 0,3 ml s.c. po 24 hodinách. Dietu měla nadále nic per os. Do podžebří dostávala led. Začala se u ní sledovat bilance příjmu a výdeje tekutin (dále P+V).

Dnes pacientka hodnotila bolest stupněm 7 z 10-ti stupňové analogové škály bolesti. Zvracela 3x denně, teplotu měla 38.7 °C, puls 100/min, tlak krve 138/70 torrů.

### **3.den hospitalizace**

Dnes měla paní X naordinované opět infuze, ale pouze 500ml Ringerova roztoku a 500 ml glukosy. Torecan Supp., Novalgin (i.v.), Tramal (i.m.) a ATB zůstaly stejně jako předchozí den. Dietu měla čaj a suchary. Byl u ní sledován P+V. Dnes jí byli udělány kontrolní odběry krve, kde byly zvýšeny leukocyty, sedimentace a CRP. Bolest dnes hodnotila stupněm 7 na 10-stupňové analogové škále bolesti. Zvracela 3x denně, teplotu měla 38,4 °C, TK 130/75 torrů, P 98/min.

### **4.den hospitalizace**

V medikaci se pokračovalo jako předchozí den. Dietu měla čaj a suchary. Paní se dnes cítila mnohem lépe než předchozí dny. Bolest hodnotila stupněm 4 na 10-stupňové analogové škále bolesti. Zvracela jen jednou, teplotu měla 37,8 °C, tlak krve 130/85 torrů, puls 90/min.

### **5.den hospitalizace**

Dnes paní X lékař zrušil infuzní roztoky. Dnešní medikace byla Unasyn 1,5 g po 8 hodinách, Tramal i.m. při bolesti, Fraxiparine 0,3 ml.s.c.. Paní měla na dnešní den naordinovanou dietu bujón.

Bolest dnes označila jako mírnou. Teplotu měla 37,4°C. Dnes již nezvracela, ale pocit na zvracení se občas během dne objevil.

## **6.den. hospitalizace**

Pacientka dostala ranní medikace – Fraxiparine 0,3 ml s.c., Unasyn 1,5 g i.v., poté byl PŽK zrušen. Pacientka byla po dohodě s lékařem odpoledne propuštěná domů. Byly jí podány informace o další léčbě a to chirurgické.

## **2.4.2 Terapie**

### **Souhrn terapeutických opatření**

U pacientky byly prováděným tyto terapeutické výkony:

- Podávání léků do žíly, do svalu, pod kůži, do konečníku, ústy
- Zavedení periferního žilního katetru
- Rehabilitace v lůžku

### **Souhrn medikace a infuzní terapie:**

#### **Analgetika:**

Novalgin 1 g/2 ml, i.v., při bolesti

max. 5x denně, po 4 hodinách

Nežádoucí účinek: Anafylaktický šok, alergická reakce

Aplikace: pomalu

Tramal 100 mg /2 ml, i.m., při bolesti

max. 4x denně, po 6 hodinách

Nežádoucí účinek: nevolnost, závratě

#### **Antibiotika:**

Unasyn 1,5 g, i.v., po 8 hodinách

Avrazor 500 mg, i.v., po 12 hodinách

Sledovat: průjmy, nevolnost, zvracení, sucho v ústech, bolesti hlavy

**Antiemetika:**

Torecan Supp. – rektální čípek

**Antikoagulancia:**

Fraxiparine 0,3 ml, s.c., 1x denně

Sledovat: krvácení, modřiny

**Antihypertenziva:**

Lokren tbl. 1-0-1, p.o.

**Infuzní roztoky:**

**1. *Glukosa 10 % 500 ml + 8 j. actrapidu + 20 ml KCl 7,45%***

Glukosa – zdroj sacharidů, hypertonický a krystaloidní roztok

Actrapid – antidiabetikum, insulin biosyntetický humánní

KCl – kaliový přípravek

**2. *Ringerův roztok*** 500ml směs minerálů a izotonický roztok<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup>Pharmindex Breviř, Medimedia informatorium, říjen 2003

### 3 Ošetrovatelská část

Ošetrovatelskou část práce jsem zpracovala metodikou ošetrovatelského procesu. Při hodnocení pacienta vycházím z modelu M. Gordonové.

#### 3.1 *Charakteristika ošetrovatelského procesu*

Ošetrovatelský proces je charakterizován jako systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces probíhá v několika vzájemně propojených a ovlivňujících se fázích.

Jedná se o profesionální přístup k ošetrovatelské péči, která je uskutečňována v logickém sledu a skládá se z pěti fází, které na sebe navazují a vzájemně se prolínají.<sup>4</sup>

##### 3.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu

**Posouzení nemocného** – zhodnocení nemocného pomocí rozhovorů, pozorování, testování, měření, zjišťování potřeb nemocného

---

<sup>4</sup> Jarošová, D.: Teorie moderního ošetrovatelství, ISV, Praha, 2002, str. 62

**Stanovení ošetrovatelské diagnózy** – slovní formulace pacientových problémů s udáním příčiny

**Plánování ošetrovatelské péče** – stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů a prostředků k jejich dosažení

**Realizace** – uskutečňování plánovaných ošetrovatelských výkonů

**Hodnocení poskytnuté péče** – objektivní měření účinku poskytnuté péče, zhodnocení naplnění cílů, definice problémů a překážek

### **3.1.2 Charakteristika „Modelu fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové**

Tento model je podle mnoha odborníků to nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství.

Zdravotní stav pacienta může být funkční nebo dysfunkční. Sestra při použití tohoto modelu získává kompletní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy a následně stanovení aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz podle nichž může efektivně naplánovat i realizovat svoji péči.

Model je odvozený z interakcí osoby a prostředí. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio-psycho-sociální integrace. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory. Pro dysfunkční typ zdraví je

charakteristické stanovení ošetřovatelských diagnóz a vytvoření plánu ošetřovatelské péče u chorobných stavů, ale i relativně zdravých jednotlivců.

Gordonová se zaměřuje na dvanáct oblastí, kdy každá oblast představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

### **Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby jakými se stará o své zdraví.

### **Výživa a metabolismus**

Zahrnuje způsoby přijímání potravy a tekutin, individualitu ve stravování. Patří sem také posouzení stavu kůže, hojení ran, stav vlasů, nehtů.

### **Vylučování**

Patří sem informace o vyprazdňování močového měchýře a střev. Pravidelnost ve vyprazdňování, použití farmak k ovlivnění vyprazdňování.

### **Aktivita, cvičení**

Obsahuje způsob, jak si jednatlivec udržuje svou tělesnou kondici, zahrnuje základní aktivity denního života, trávení volného času. Překážky bránící vykonávání aktivit.

### **Spánek, odpočinek**

Popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace.

### **Vnímání, poznávání**

Obsahuje schopnost smyslového vnímání a schopnost poznávání.

Uvádíme zda jedinec trpí nějakou bolestí.

### **Sebekoncepce, sebeúcta**

Vyjadřuje jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu.

### **Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Obsahuje plnění životních rolí, úroveň mezilidských vztahů.

### **Sexualita, reprodukční schopnost**

Zahrnuje reprodukční období a sexualitu jedince - uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě.

### **Stres, zátěžové změny**

Obsahuje způsob zvládání stresových a zátěžových situací, toleranci, změny v posledních letech.

### **Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů, přesvědčení, náboženskou víru.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Trachtová, E.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, NCONZO Brno, 2003



## **3.2 Ošetřovatelská anamnéza**

Při hodnocení pacientky jsem použila dotazník (příloha č.1), který byl zpracován Ústavem teorie a praxe ošetřovatelství na 1. a 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Hodnocení proběhlo při přijetí pacientky na oddělení. Informace jsem doplnila 3.den hospitalizace pacientky na interním oddělení.

### **3.2.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Nynější hospitalizace je již třetí. Poprvé byla hospitalizována v roce 1955, kdy jí odstraňovali apendix. Druhá byla před dvěma lety (2005), také při akutním zánětu žlučníku. Jinak se cítí zdráva, pravidelně se sprchuje studenou vodou. Jednou za tři roky mívá chřipku nebo katar dýchacích cest.

Má nařízenou žlučnickovou dietu, ale nedodrží jí, protože je podle ní suchá, nemastná a vůbec jí nechutná. Nedovede si představit, že by už nejedla uzeniny, vepřové maso a pod. Před čtyřmi dny se jí udělalo špatně – začala zvracet, cítila tlakovou bolest v podžebří, měla teplotu.

Pacientka si uvědomuje, že si onemocnění způsobila sama, porušením dietního režimu, který měla nařízený (žlučnicková dieta). Má strach, jaká léčba bude následovat.

### **3.2.2 Výživa a metabolismus**

Nemocná se stravuje doma se svým manželem. Velmi ráda vaří a peče. Mezi její oblíbená jídla patří maso, zejména vepřové, bíle jí přijde

příliš suché, uzeniny a knedlíky nebo omaštěné brambory. I přesto, že má nařízenou žlučnickovou dietu, tak ji nedodrží. Říká, že je nemastná a suchá. Jí 5-6x denně střední porce. Její denní příjem tekutin je 1 – 1,5 l. Nemívá pocit žízně. Její kůže je spíš suchá, rány se jí hojí dobře. Nyní má zvýšenou teplotu a potí se. Vlasy i nehty má upraveny. Její chrup je umělý, kousání potravy ji nečiní problém. V nemocnici měla zpočátku nařízenou dietu OS. Teď již jí suchary. Zpočátku neměla na jídlo chuť, měla nauzeu a zvracela, nyní se cítí mnohem lépe a dala by si něco pořádného k jídlu. Její hmotnost při výšce 163 cm je 80 kg.

### **3.2.3 Vylučování**

S vylučováním nemá paní X doma žádné problémy. Vyprazdňuje se pravidelně jedenkrát za dva dny. Mívá občas zácpu, když málo pije anebo po některých jídlech. Projímadla ale nepoužívá. V nemocnici byla na stolici jednou, protože zatím nic pořádného nejedla. S močením problémy nemá. Nyní se při teplotách nadměrně potí.

### **3.2.4 Aktivita, cvičení**

Pacientka udává, že nikdy aktivně necvičila, není prý sportovně založená. Ráda čte chodí do divadla, hraje si s vnoučaty nebo plete. Někdy si s manželem vyjde na procházku, navštěvují spolu kavárnu či cukrárnu. Jelikož má artrózu II. stupně, bolí ji kolena a daleko nedojde. Dělá jí problém chůze do kopce, při které se zadýchává.

V nemocnici měla první den paní X problém se soběstačností při hygieně. Potřebovala, aby jí sestra připravila hygienické pomůcky k lůžku. Dopomoc sestry paní X potrebovala pouze první den hospitalizace. Ostatní dny byla zcela soběstačná. Umýt se zvládala sama.

### **3.2.5 Spánek, odpočinek**

Paní X nemá v domácím prostředí problémy se spánkem. Průměrně spí 6 až 8 hodin denně. Chodí spát dle toho, jak je unavená a vstává většinou kolem sedmé hodiny, ale ráda si přispí. Usíná při knížce nebo se dívá na televizi. Prášky na spaní neužívá.

V nemocnici má problém s usínáním kvůli velkému počtu pacientek na pokoji a rušivým zvukům. V noci se často probouzí pro bolest.

### **3.2.6 Vnímání, poznávání**

Paní X má problémy se zrakem. Nosí brýle na dálku i na blízko. Má dvoje brýle a často se jí stává, že je dlouho hledá. Je pak nervózní, protože bez brýlí si nic nepřečte. Se sluchem problémy nemá. Pacientka si občas stěžuje na krátkodobou paměť, odpovídá přiměřeně.

Má bolesti v pravém podžebří, bolest ji zatěžuje, že občas nemůže myslet na nic jiného. Pomáhá jí ledovat podžebří a užívat analgetika. K objektivizaci bolesti jsem použila 10-ti stupňovou analogovou škálu bolesti.

### **3.2.7 Sebekoncepce, sebeúcta**

Nemocná se cítí již lépe. Je velice ráda, že při začátku bolestí se o ni manžel postaral a dovezl ji do nemocnice. Zpočátku to sama nechtěla, myslela si, že to samo přejde. Teď si dělá starosti, jak to manžel sám bez ní zvládne. Manžel ji při každé návštěvě vždy uklidní, že je doma vše v pořádku a zvládá to bez ní, ale už se těší až budou zase spolu.

### **3.2.8 Plnění rolí , mezilidské vztahy**

Pacientka bydlí se svým manželem v panelovém bytě 2+1. Má dvě dcery, které bydlí o pár bloků dál. Když je doma, tak se navštěvuje se sousedy, s kterými vychází velice dobře. V létě jezdí s manželem ke známým na chalupu, kde spolu tráví volný čas. V létě grilují, chodí na houby a borůvky. V nemocnici se skamarádila s ženskými na pokoji. Pravidelně ji navštěvují dcery a manžel.

### **3.2.9 Sexualita, reprodukční schopnost**

Paní X má s manželem velmi harmonický vztah. Téma sexuality jsme neprobírali podrobněji. Pacienta neprojevila zájem mluvit na toto téma.

### **3.2.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

Paní X dělalo před dvěma lety největší starost, když si manžel zlomil nohu v kotníku. Nemohl dva měsíce na ni došlápnout a manželka musela zajistit veškerý chod domácnosti sama. Říká, že to pro ni bylo dost hektické

období, ale jinak sama o sobě říká, že je klidná a zbytečně se nestresuje. Zvládání stresových situací jí pomáhá kamarádka a manžel. Paní X užívá léky na hypertenzi a cholesterol. Tvrdý alkohol si dá příležitostně, když se něco slaví, pivo si dává 3-4x týdně.

### **3.2.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Paní X je pokřtěna, není věřící, ale občas zajde do kostela. Nejvíce si v životě váží času s tráveného s rodinou a přáteli a v posledních letech taky s vnoučaty.

### **3.3 Seznam diagnóz ke 3. dni hospitalizace**

Ošetrovatelský plán jsem zpracovala pro 3. den hospitalizace na standardním interním oddělení. Tento den jsem si vybrala, protože Paní X potřebovala zvýšenou ošetrovatelskou péči - měla už 3. den teploty, bolesti a zvracela.

Pořadí ošetrovatelských diagnóz jsem určila ve spolupráci s pacientem, podle vlastní zkušenosti a pozorování momentálního zdravotního stavu. Uvádím zde ošetrovatelské problémy aktuální, potencionální a nakonec dlouhodobý plán péče. V rámci dlouhodobého plánu jsem si stanovila diagnózu porucha výživy. U každého ošetrovatelského problému uvádím cíl, plán péče, realizaci a hodnocení. Krátkodobé cíle jsou stanoveny na jeden den – 24hodin.

### **Aktuální**

1. Akutní bolest z důvodu zánětu žlučníku
2. Zvýšená tělesná teplota z důvodu akutního zánětu
3. Nevolnost, zvracení z důvodu onemocnění GIT
4. Úzkost z důvodu nedostatku informací o nemoci
5. Porucha spánku z důvodu změny prostředí a bolesti

### **Potencionální**

1. Riziko vzniku TEN z důvodu upoutání nemocného na lůžko
2. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK
3. Riziko dehydratace z důvodu zvracení

## **3.3.1 Plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče**

### **1 Akutní bolest z důvodu zánětu žlučníku**

#### **Cíl:**

- Pacientka udává zmírnění bolesti, po aplikaci analgetik hodnotí bolest maximálně stupněm 3 na 10-stupňové analogové škále bolesti

#### **Plán péče:**

- Zjistit, zda pacient umí objektivizovat bolest na analogové škále
- Poučit o nutnosti včasné signalizace bolesti
- Při bolesti podávat analgetika Novalgin 2 ml (1amp) i.v., po 4 hodinách, Tramal 2ml (1amp) i.m., po 6 hodinách

- Ledování podžebří
- Sledovat účinek analgetik na 10-stupňové analogové škále bolesti a zdokumentovat čas a efekt podaného analgetika
- Sledovat vedlejší účinky analgetik
- Naučit nemocného užívat úlevovou polohu

**Realizace:**

Zjistila jsem, že pacientka umí již z předchozích dnů hodnotit bolest na analogové škále bolesti. Paní X jsem poučila o nutnosti včas signalizovat bolest.

Ráno v 8 hodin udávala pacientka bolest, hodnotila ji stupněm 7 na 10-stupňové analogové škále bolesti. Paní X jsem podala 1 ampuli Novalginu i. v., dle ordinace lékaře, a aplikovala jsem jí led do podžebří. Dobu podání jsem zaznamenala do dokumentace a za hodinu jsem opět změřila intenzitu bolesti pomocí analogové škále bolesti. Po podání Novalginu paní X bolest označila stupněm 4 na 10-stupňové analogové škále bolesti. Pacientce jsem vysvětlila, jak má zaujímat úlevovou polohu.

Paní X před 13 hodinou opět začala cítit silnější bolest, kterou označila stupněm 6 na 10-stupňové analogové škále bolesti. Ve 13 hod jsem paní X aplikovala Tramal 1amp i.m. a po hodině jsem opět zhodnotila bolest a zaznamenala do dokumentace. Paní udala 3. stupeň intenzity bolesti na analogové škále bolesti.

V 16 hodin paní měla opět bolest a požádala mně o analgetika. Bolest udávala stupněm 5 na analogové škále bolesti. Paní jsem aplikovala 1 ampuli Novalginu i.v. Po hodině jsem opět změřila bolest, která dosahovala stupně 3.

Ve 21.30 si pacientka řekla o další analgetika, protože se bála, aby jí bolest nerušila v noci. Byl jí aplikován Tramal 1amp. i.m.

Pacientce jsem podle potřeby vyměňovala led do podžebří, protože jí výrazně pomáhal při zvládnání bolestí.

### **Hodnocení:**

Cíl se podařilo splnit částečně, v odpoledních hodinách pacientka neměla bolesti větší než stupeň 3 na analogové škále bolesti. Ve večerních hodinách se bolest zhoršila, protože si včas neřekla o analgetika. Paní X pomáhalo ledování podžebří, které jí přinášelo výraznou úlevu od bolesti.

## **2 Zvýšená TT z důvodu akutního zánětu**

### **Cíl:**

→ Pacientce se sníží teplota o jeden stupeň tj. na 37,4 °C, podáváním antipyretik, a přikládáním studených obkladů

### **Plán péče:**

→ Měření teploty 3x denně 6 -12 -18

→ Podle potřeby podávat studené obklady na čelo, ruce



- V případě potřeby pečovat o zpocenou pokožku – pravidelná výměna pyžama a ložního prádla
- Podávání tekutin 2,5litru za den
- Podávání antipyretik - Novalgin a
- Podávání ATB léčby dle ordinace lékaře – Avrazor, Unasyn

### **Realizace:**

Pacientce jsem měřila teplotu 3x denně a zaznamenávala do teplotní tabulky.

Ráno v 6 hodin jsem naměřila teplotu 38,4 °C. Pacientka měla lesklé oči a v obličejí byla červená, udávala pocit horka. Přiložila jsem jí chladivý obklad na čelo a ruce.

Paní X se hodně potila, vyměnila jsem jí pyžamo, převlékla celé lůžko a vysušila jsem jí pokožku do sucha, abych předešla vzniku opruzenin.

Při měření teploty ve 12 hodin jsem naměřila 37,4 °C. Paní X se cítila mnohem lépe než ráno

V 18 hod paní X teplota stoupla na 37,8 °C. Podala jsem antibiotika (Avrazor) a přiložila studené obklady na čelo a ruce.

Pacientce jsem po celý den podávala tekutiny – čaj, minerální vodu neperlivou, aby byla dostatečně hydratována. Mohla pít tekutiny jen po malých doušcích, protože při vypití většího množství začala zvracet. Podávala jsem antipyretika – Novalgin v 8 a 16 hodin, antibiotika – Avrazor po 12 hod 6-18 a Unasyn po 8 hodinách 8-16-24 dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:**

Cíl se podařilo splnit jen částečně. V poledne teplota paní X klesla na 37,4 °C, ale ve večerních hodinách teplota opět stoupla na 37,8 °C.

**3 Nevolnost, zvracení z důvodu onemocnění GIT****Cíl:**

- Pacientce se po podání antiemetik sníží pocit na zvracení.

**Plán péče:**

- Zabezpečit potřebné pomůcky (emitní miska, buničina)
- Sledovat a zaznamenat do dokumentace - frekvenci zvracení, množství a obsah zvratků
- Sledovat, zda jsou nějaké vyvolávající faktory, které zvyšují frekvenci zvracení
- Medikace dle ordinace lékaře – Torecan Supp. rektálně při zvracení
- Sledovat účinek antiemetik a zaznamenat jejich účinek
- Zajistit přísun čerstvého vzduchu pravidelným větráním
- Zajistit péči o dutinu ústní vyplachováním úst

**Realizace:**

Paní X zvracela během rána 3x, pocit na zvracení měla stále. Pacientce jsem vyměňovala emitní misku a dala jsem jí buničinu k otření

úst. Při vylévání zvratku jsem zhodnotila jejich obsah. Zvratky obsahovaly pouze žaludeční šťávy žlutozelené barvy v množství 80 ml. Vše jsem zaznamenala do dokumentace. Lékař paní X naordinoval Torecan čípky. Po podání čípku paní přestala zvracet, ale pocit na zvracení přetrvával.

Pacientce jsem několikrát za den větrala, aby měla přísun čerstvého vzduchu. Na stoleček jsem jí umístila skleničku s vodou, aby si mohla vyplachovat ústa. Během dne již nezvracela, pocity na zvracení nebyly tak časté. Paní X se cítila odpoledne mnohem lépe než ráno.

#### **Hodnocení:**

Cíl se podařilo splnit pouze částečně. Po aplikaci medikace (antiemetik) paní X přestala zvracet. Pocity na zvracení udávala paní ještě v odpoledních hodinách.

#### **4 Úzkost z důvodu nedostatku informací o nemoci**

##### **Cíl:**

- Pacientka bude informována o své chorobě a pochopí svůj zdravotní stav a léčbu

##### **Plán péče:**

- Zjistit jaké má pacientka informace o svém zdravotním stavu a prognóze

- Zajistit aby lékař paní X podal dostatečné informace a její nemoci a prognóze
- Poskytnout aktivitu odpoutávající pozornost od strachu – sledování televize, podat informační letáčky o jejím onemocnění

### **Realizace:**

Při rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že má nedostatečné informace o svém onemocnění. Pacientka se obávala, co bude následovat po akutní fázi onemocnění. Požádala jsem lékaře, aby s paní X promluvil o jejím onemocnění a další léčbě. Lékař navštívil pacientku v dopoledních hodinách a informoval jí.

Pacientka byla ráda, že si s ní lékař promluvil a vysvětlil jí další postup léčby. Lékař paní X sdělil nutnost dodržovat žlučnickovou dietu, aby se předešlo dalšímu zhoršování stavu a podrobit se chirurgickému řešení – odstranění žlučníku, jako definitivní léčbu. Po rozhovoru byla paní X klidnější a uvažovala o tom, co jí lékař řekl.

V odpoledních hodinách paní X bylo mnohem lépe než ráno. Paní X jsem podala informace jaká dietní omezení by měla dodržovat po propuštění a nabídla jsem jí informační brožury a letáky, z kterých může získat užitečné informace a také si četbou vyplnit volný čas.

Mezi další obavy pacientky patřily starost o manžela, jak doma vše zvládne. Promluvila jsem si s ní o jejích obavách. Pacientku manžel

navštívil a uklidnil jí, že doma vše zvládá. Paní X byla po jeho návštěvě mnohem klidnější.

**Hodnocení:**

Cíl byl splněn, pacientka po rozhovoru s lékařem pochopila svůj zdravotní stav a byla seznámena i s další možnou léčbou. Volný čas během dne strávila studováním materiálů, četbou časopisů. Nejvíce jí ale pomohla návštěva rodiny.

**5 Porucha spánku z důvodu změny prostředí**

**Cíl:**

- Pacientka bude lépe usínat a nebude se budít často během noci
- Pacientka bude spát 7 hodin bez přerušení (kontrola ráno).

**Plán péče:**

- Vyvětrání na pokoji a úprava lůžka před spaním
- Sundání elastických bandáží a namazání dolních končetin
- Přizpůsobit režim individuálním zvyklostem – četba, sledování televize
- Na noc aplikovat analgetika dle ordinace lékaře – Tramal 1amp i.m.
- Zajistit klidné prostředí na chodbách a pokoji

### **Realizace:**

Mezitím co paní prováděla večerní hygienu, upravila jsem jí lůžko a vyvětrala na pokoji. Potom jsem jí na lůžku sundala elastické bandáže z dolních končetin a namazala jsem jí končetiny krémem.

Pacientce jsem umožnila před spaním činnosti podle jejich zvyklostí. Paní X byla na pokoji s televizí, a po domluvě s ostatními pacientkami večer sledovaly televizní seriál. Po skončení seriálu si paní vyžádala analgetika na noc, protože se obávala, že jí bolest bude rušit spánek. Ve 21.30 hodin dostala Tramal 1amp., i.m.

Kromě sledování televize je paní X zvyklá si před spaním číst knížku. Rozsvítila si lampičku u lůžka a četla si svou oblíbenou knížku.

Jelikož si pacientka stěžovala na narušené usínání kvůli nemocničnímu ruchu, zajistila jsem aby sestra na oddělení omezila světlo na noční režim, zavřela dveře u pokoje, zatáhla žaluzie v oknech a omezila ošetrovatelské výkony na minimum.

Paní X měla ve 24 hodin naordinována ATB (Unasyn). Vysvětlila jsem jí, že se nebude muset kvůli tomu budít, protože jí je sestra aplikuje do PŽK.

### **Hodnocení:**

Cíl byl splněn částečně. Pacientka se v noci nebudila, spala 7hodin. Stále jí ale dělá problém usínání.

## **1 Riziko vzniku TEN z důvodu upoutání nemocné na lůžko**

### **Cíl:**

- Sledovat příznaky tromboembolické nemoci (dále TEN) a v případě výskytu příznaků TEN bude včasné zahájena intervence

### **Plán péče:**

- Poučít pacientku o rizicích TEN spojených s upoutáním na lůžko
- Podání informací o prevenci vzniku TEN – bandáže dolních končetin, podávání antikoagulancií
- Sledovat příznaky TEN – teplota, změna barvy kůže, otoky, bolestivost
- Provedení bandáží každé ráno po ranní hygieně, pravidelná kontrola jejich funkčnosti
- Antikoagulancia dle ordinace lékaře – Fraxiparin 0.3 s.c. v 8 hod
- Rehabilitace na lůžku s fyzioterapeutem 1 x denně

### **Realizace:**

Pacientku jsem poučila o možném riziku vzniku TEN při stavu vyžadujícím klid na lůžku. Paní X jsem podala informace týkající se prevence vzniku TEN – bandáže dolních končetin, podávání Fraxiparinu.

Při ranní hygieně jsem sledovala, zda na dolních končetinách nejsou známky TEN a pacientce jsem zabandážovala dolní končetiny až do třísel. Po celý den jsem kontrolovala jejich funkčnost. V 8 hodin jsem jí aplikovala

Fraxiparine do podkoží břicha jako prevenci vzniku TEN. V dopoledních hodinách navštívila pacientku rehabilitační pracovnice, která s ní prováděla cviky na lůžku a nacvičila s ní cviky k prevenci TEN, které může dělat sama kdykoli během dne.

### **Hodnocení:**

Cíl byl splněn. U pacientky se neprojevují žádné příznaky TEN. Sama aktivně cvičí na lůžku plantární flexi a extenzi.

## **2 Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK**

### **Cíl:**

→ Sledovat příznaky infekce v místě PŽK a v případě výskytu komplikací včas zajistit správnou intervenci

### **Plán péče:**

- Převazovat PŽK za aseptických podmínek – jednou za 24 hod, nebo kdykoliv během dne po znečištění krycí folie na PŽK
- Sledovat stav a průchodnost PŽK, po dokapání infuze či ATB propláchnout PŽK 5 ml fyziologického roztoku a uzavřít pomocí mandrénu
- Sledovat místní příznaky zánětu – všimnout si začervenání a teploty v místě vpichu
- Aplikovat ATB dle ordinace lékaře



### **Realizace:**

Paní X jsem po ranní hygieně převázala PŽK za dodržení aseptických podmínek. Při sundání náplasti jsem místo zavedení PŽK řádně odezinfikovala a na místo jsem nalepila nové sterilní krytí.

Při každém podání infuze nebo léku do žíly jsem sledovala stav a průchodnost PŽK. Po dokapání infuze jsem PŽK propláchla fyziologickým roztokem a uzavřela mandrénem. V průběhu dne – při podávání léků a infuzí do žíly jsem sledovala místní projevy zánětu – otok, zarudnutí, teplotu, bolestivost v okolí místa zavedení PŽK.

Paní X má naordinované ATB pro základní onemocnění, působí ale i jako prevence vzniku infekce.

### **Hodnocení:**

Cíl byl splněn. Pacientka je bez místních příznaků zánětu, celkové příznaky zánětu jsou pravděpodobně z důvodu zánětu žlučníku.

### **3 Riziko dehydratace z důvodu zvracení**

#### **Cíl:**

- Pacientka bude dostatečně hydratována, během dne přijme alespoň 2,5 litrů tekutin

### **Plán péče:**

- Vysvětlit nutnost pití dostatečného množství tekutin a podávání infuzí dle ordinace lékaře (Glukosa 10% 500 ml, Ringerův roztok 500 ml)
- Zajistit dostatečný přísun tekutin (1,5 litru) – čaj a neperlivá minerální voda u lůžka
- Pít po malých doušcích abychom nevyvolali zvracení
- Sledovat P+V (příjem - počet vypitých hrnečků čaje nebo minerální vody, infuze; výdej – moč, zvracení, pocení)
- Sledovat příznaky dehydratace 3x za den – kožní turgor, stav sliznic

### **Realizace:**

Pacientku jsem poučila o nutnosti dostatečného příjmu tekutin (1,5 litru za den). Pacientce jsem umístila čaj a minerální vodu k lůžku. Podávala jsem infuze – Glukosa 10% 500 ml a Ringerův roztok 500 ml, podle ordinace lékaře, a zaznamenávala je do listu P+V.

Paní X pila po malých doušcích, protože při vypití většího množství tekutin měla nauzeu.

Pacientku jsem poučila, aby zaznamenávala všechny tekutiny, které vypije (počet vypitých hrnečků) na papír, který měla umístěn na nočním stolku. Na záchod jsem jí umístila džbán se jménem a vysvětlila jí, že má do něj sbírat všechnu moč.

Dnešní den paní X měla příjem 2900 ml a výdej 2700 ml. Hodnocením kožního turgoru a kontrolou vlhkosti sliznic 3x za den jsem

sledovala známky dehydratace. Kožní turgor byl přiměřený a sliznice byly dostatečně vlhké.

**Hodnocení:**

Cíl byl splněn. Paní X za den přijala více než 2,5 litru tekutin (2,9 l).

U pacientky se neprojevují známky dehydratace, je dostatečně hydratována.

### **3.4 *Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, realizace a hodnocení***

V dlouhodobém plánu ošetrovatelské péče (do ukončení hospitalizace) jsem řešila ošetrovatelské diagnózy uvedené pro 3. den hospitalizace dle potřeby a zaměřila jsem se na dostatečnou edukaci pacientky před propuštěním do domácího prostředí.

#### **3.4.1 Porucha výživy – nadměrný příjem potravy, nedodržování diety**

**Cíl:**

- Pacientka zná dietní omezení žlučnickové diety
- Pacientka zná vhodné složení stravy pro redukční dietu

### **Plán péče:**

- Doporučit změny ve stravování – konzultace s nutričním terapeutem
- Motivovat pacientku, aby změnila stravovací návyky
- Doporučit vhodné pohybové aktivity – plavání, procházky, jednoduché cviky
- Zabezpečit dostatek informací (letáky, informační brožury)
- Doporučit sledování hmotnosti každý týden

### **Realizace:**

Pacientka v průběhu hospitalizace absolvovala 2 konzultace s nutričním terapeutem, na kterých se dozvěděla doporučení týkající se změny stravovacích návyků. Byla jí doporučena redukční dieta s omezeními dle žlučnickové diety – viz dietní omezení v edukačním plánu. Společně vytvořili modelový jídelníček na týden tak, aby zodpovídal nejen požadavkům z hlediska diety, ale také požadavkům pacientky. Pacientce jsem vysvětlila potřebu vyrovnaného příjmu a výdeje energie, přinesla jsem jí několik informačních letáků a brožur, které pro nemocnici vypracoval edukační tým pod vedením nutričního terapeuta. V spolupráci s rehabilitačními pracovníky jsme pacientce doporučili vhodné cviky a krátké procházky, pravidelné plavání (aspoň 1 týdně).

Pacientce jsem doporučila, ať se váží každý týden a váhu pravidelně zaznamenává. S dcerami jsem se domluvila, že jí zabezpečí novou váhu jako součást motivace ke změnám.

### **Hodnocení:**

Cíl byl splněn. Pacientka zná dietní omezení a pohybová doporučení zodpovídající jejímu zdravotnímu a tělesnému stavu. Má kontakt nutričního terapeuta pro případ potřeby.

### **3.4.2 Ostatní diagnózy**

Bolest se objevuje už jen zřídka a je mírná. Od 5. dne hospitalizace není potřeba podávat analgetika, stačí polohování, eventuálně aplikace ledu.

Pacientka se už neprobouzí kvůli bolestem, ale stále jí při usínání ruší více lidí na pokoji. Tento problém bude pravděpodobně při návratu domů vyřešen (známé prostředí, klid v pokoji).

Zvýšená teplota postupně klesla (na 36,5°C) odezníváním akutního zánětu, který byl potlačen podávanými antibiotiky a antipyretiky.

Zvracení bylo utlumeno podáváním antiemetik a nauzea také postupně ustoupila.

Pocity úzkosti pacientka už nemá. Pacientce byly podány úplné informace o jejím zdravotním stavu.

Pacientka je bez příznaků TEN a je mobilizována, čímž riziko TEN výrazně klesá.

Pacientce byl 6.den hospitalizace zrušen PŽK a tím i ukončeno riziko vstupu infekce touto cestou.

Pacientka byla propuštěna 6. den hospitalizace domů a byla seznámena s plánovaným chirurgickým řešením.

Pacientka spolupracovala s nutričním terapeutem. Prošla edukací týkající se správného stravování a také edukací ohledně dietních omezení vycházejících z jejího onemocnění (žlučnicková dieta). Pacientka dostala informační brožury a letáky pro lepší orientaci při výběru jídla. Po propuštění má možnost kontaktovat nutričního terapeuta dle potřeby.

### **3.5 Psychologická část**

Onemocnění těla přináší sebou vždy, ať už více nebo méně, i utrpení psychické. Každý člověk prožívá nemoc jiným způsobem. Mnohé závisí na temperamentu, charakteru, výchově i na chorobě samotné (na její povaze, průběhu, léčitelnosti atd.). Nezanedbatelným faktorem ovlivňujícím prožívání nemoci je i sociální zázemí. Nemoc zasáhne nejen pacienta, ale i jeho okolí. Nemoc často poznamená všechny stránky života. Každodenní stereotyp se mění náhle či pozvolna. Nemocný přehodnotí svojí hierarchii hodnot. Domácí prostředí vystřídá ordinace odborného lékaře nebo nemocniční pokoj, přítomnost rodiny nahradí zdravotnický personál.

Schopnost vyrovnat se s nemocí souvisí s celkovým postojem pacienta k léčbě i k sobě samému. Tato schopnost je ovlivněna také vztahy v kruhu nejbližších a důvěrou ve zdravotnický personál. Poskytnutí dostatečných a přiměřených informací o nemoci, průběhu diagnostiky a léčby a o rizicích a

případných komplikacích umožňují pacientovi lépe se vyrovnávat se stresem vyplývajícím z hospitalizace nebo odborných výkonů. Důležitou součástí vyrovnávání s nemocí je i samotná motivace pacienta k tomuto vyrovnání (např. změna životního stylu).

Motivace je proces, který určité chování a jednání člověka vyvolává, udržuje a po uspokojení potřeby (dovršení cíle) ukončuje. Směřuje tedy k určitému cíli – uspokojit potřebu. Motivace vyúsťuje ve výsledný vnitřní stav neboli motiv.

Motivy, které se podílejí na posilování a zaměření našeho chování: pudy a potřeby, zájmy a záliby, postoje, hodnoty, city a citové vztahy, cíle a životní plány, případně sklony a zvyky. Na chování jedince nepůsobí jen motivy, ale i osobnostní a vnější, zejména sociální podmínky, v níž motivy působí.

#### **Dělení motivů:**

uvědomělé x neuvědomělé

impulsy (vnitřní) x incentivy (vnější)

vrozené x získané

#### **Motivace v době nemoci**

Nemoc ohrožuje základní lidské potřeby. Důležitá je dobrá ošetrovatelská péče, podpora ze strany zdravotníků, udržování soběstačnosti nemocného a podpora jeho sebeúcty. Velice významnou roli hraje rodinné zázemí, náklonnost ostatních lidí dodává pacientovi jistotu. Onemocnění znamená zásah do sebepojetí a zvláště sebeúcty pacienta. Na druhé straně-

pokud nemocný příliš netrpí a je v relativně dobré psychické a fyzické pohodě, může přemýšlet nad, tím, jaké hodnoty jsou pro něj v životě důležité.

Faktory, které modifikují uspokojování potřeb člověka

- nemoc
- osobnost člověka
- mezilidské vztahy
- vývojové stadium člověka
- okolnosti, za kterých nemoc vzniká

### **3.5.1 Reakce na nemoc**

#### **Emoční projevy**

Pacientka je klidná a spolupracuje. Někdy mluví o obavách kvůli manželovi. Nejsou na ni ale znát známky neklidu. Po konzultacích s nutričním terapeutem mívá skleslou náladu, kterou odůvodňuje strachem, jestli zvládne změny životosprávy.

#### **Postoj k nemoci, chápání nemoci**

Paní X má předepsanou žlučnickovou dietu, kterou ale nedodržívala, protože jí nechutná. Má obavy z progresu nemoci, bojí se, jestli to nedodržením diety nezkazila úplně, „jestli to ještě půjde spravit“. Byla informována lékařem o nemoci a možnostech léčby. V průběhu hospitalizace měla vypracovaný vlastní edukační program zaměřený na život s nemocí.



Společně jsme hledali vhodnou motivaci, která by ji pomohla přijmout potřebné změny s minimálním stresem.

### **3.5.2 Komunikace**

Komunikace s paní X byla zpočátku ztížená akutním zhoršením stavu. Později, po zmírnění bolesti, byla komunikace s pacientkou dobrá. Pacientka odpovídala na dotazy přiměřeně. Chápala nevyhnutelnost dotazování a spolupracovala. V opakovaných rozhovorech jsem se ujistila, že paní X porozuměla edukaci, chápe podstatu svojí nemoci i důvody dietních omezení nutných pro stabilizaci stavu.<sup>6,7</sup>

---

<sup>6</sup> Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci, Grada publishing, Praha, 2002

<sup>7</sup> Vymětal, J.: Základy lékařské psychologie, psychoanalytické nakladatelství, Praha 1994

## 4 Edukace pacienta

Informování o nemoci a zapojování pacienta do péče o vlastní osobu je základem edukace. Nemocný se učí teoreticky i prakticky řešit problémy a situace vyplývající ze změny zdravotního stavu. Sestra by měla svým přístupem vyjadřovat zájem o nemocného, péči a podporu. Důležitý je i respekt k osobnosti pacienta jako člověka. Dává mu pocit bezpečí, důvěry ve vlastní schopnosti, poskytuje naději a snižuje pocit nejistoty a strachu.

Nejdůležitějším plánem u paní X byla edukace o výživě. Změny ve stravování bude muset dodržovat dlouhodobě po propuštění z nemocnice. Paní bude muset změnit životosprávu, což je pro ni velmi těžký úkol. Paní X měla během pobytu v nemocnici 2 konzultace s nutričním terapeutem, který ji podal veškeré informace o žlučnickové dietě. Nutriční terapeut vytvořil s paní X modelový jídelníček na jeden týden. Informační brožury, které dostal, a byly zpracovány nemocnicí, ve které byla hospitalizována.

### **Edukační plán:**

**Prevence vzniku TEN** – pacientce jsem podala informace ohledně opatření, které je potřeba dodržovat, abychom předešli vzniku TEN. Vysvětlila jsem jí nutnost bandáží dolních končetin až do třísel. Poučila jsem pacientku, že je potřeba dostatečně pít a pravidelně aplikovat antikoagulancia do podkoží.

**Péče o PŽK** – pacientku jsem poučila, že je nutné, aby mě ihned informovala, když bude pociťovat pálení, bolest anebo si všimne začervenání, případně otoku kolem PŽK. Pacientka je poučena, že nesmí s PŽK sama manipulovat, a při výskytu některých z výše uvedených příznaků má okamžitě informovat sestru.

**Poloha úlevová** – pacientku jsem poučila, že může sama zaujímat úlevovou polohu, tj. polohu, která jí nejlépe vyhovuje ke zmírnění bolesti.

**Redukční dieta** – pacientku jsem spolu s nutričním terapeutem edukovala o redukční dietě. Byla poučena, o potřebě snížit energetický příjem a zvýšit energetický výdej. Dozvěděla se, že má dávat přednost rostlinným tukům před živočišnými, bílému masu před červeným. Měla by více konzumovat ovoce a zeleninu pro dostatečný obsah vlákniny.

### **Žlučnicková dieta**

Podává se při chronickém onemocnění žlučníku, po odeznění akutního zánětu žlučníku, při žlučnickových kamencích.

Ideální žlučnicková dieta obsahuje málo tuku a ostrého koření. Jídlo je upravováno vařením nebo dušením. Vyloučena je slanina a tučná jídla. Z uzenin je povolena šunka, maso pouze bílé (krůta, králík, rybí filé apod.) a máslo rostlinné.

**Zakázána jídla:** tučná jídla, ořechy čokoláda, zrnková káva, ostré koření, alkohol, zejména destiláty.

### **Dodržování správné úpravy jídla**

Nejvhodnější úprava potravin je vaření ve vodě nebo v páře. Tato příprava uchovává všechny potřebné látky a je pro organismus lehce stravitelná. K zahuštění polévek i omáček je vhodná rozmixovaná zelenina, jíška je nevhodná. Je potřeba se vyhýbat úpravě stravy smažením a fritováním.

### **Kořenění**

Jídlo by se nemělo nadměrně okořeňovat, protože se tím dráždí žlučník. Ideální je ochucování potravin čerstvými bylinkami ( řeřicha, tymián, libeček), ale ani s nimi by se to nemělo přehánět.

### **Pitný režim**

Je velice důležitý. Je potřeba vypít, 2,5 - 3litry tekutin za den. Nejvhodnější jsou bylinné, zelené čaje a minerální vody se sníženým obsahem sodíku. Nevhodné jsou konzervované ovocné šťávy, které dráždí trávicí trakt, dále alkohol, především destiláty.

### **Příjem tuků**

Při nemoci žlučníku musí být příjem tuků značně omezen. Upřednostňujeme rostlinné tuky, živočišné tuky je zapotřebí výrazně omezit. Vhodné jsou tuky obsahující omega -3 mastné kyseliny v mořských rybách. Bojují při zánětlivých onemocněních. Denní dávka tuků by neměla překročit 60 gramů.

## 5 Závěr

V bakalářské práci jsem zpracovala případovou studii u 67leté pacientky s akutním zánětem žlučníku.

Stanovila jsem si 5 aktuálních diagnóz: dg. č. 1 akutní bolest z důvodu zánětu žlučníku, dg. č. 2. zvýšená TT z důvodu akutního zánětu, dg. č. 3 nevolnost, zvracení z důvodu onemocnění GIT, dg. č. 4. úzkost z důvodu nedostatku informací o nemoci, dg. č. 5 porucha spánku z důvodu změny prostředí a bolesti. Dále jsem si stanovila 3 potencionální diagnózy: dg. č. 1. riziko vzniku TEN z důvodu upoutání nemocného na lůžko, dg. č. 2 riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK a dg. č. 3 riziko dehydratace z důvodu zvracení. Cíl ošetrovatelské péče se mi podařilo splnit u aktuálních diagnóz č. 2, 3, 4 a u všech potencionálních diagnóz . Částečně byl cíl splněn u aktuálních diagnóz č. 1 a 5. U diagnózy č.1 ještě přetrvávají mírné bolesti. Diagnóza č. 5 je vyřešena jen z důvodu bolesti, problémy se spánkem přetrvávají z důvodu nemocničního ruchu.

. Pracovala jsem metodou ošetrovatelského procesu, u kterého jsem vycházela z modelu „Funkčního zdraví Marjory Gordonové“. Podrobně jsem odebrala ošetrovatelskou anamnézu, podle ní jsem určila ošetrovatelské diagnózy. Jednotlivým diagnózám jsem přiřadila cíle ošetrovatelské péče, naplánovala jsem jejich řešení. Podle plánu jsem provedla realizaci a na závěr jsem zhodnotila efekt poskytnuté péče a splnění stanovených cílů.

Paní byla hospitalizována na interním oddělení po dobu šesti dnů. Ošetrovatelský plán jsem zpracovala ke 3. dni hospitalizace. Tento den jsem si vybrala, protože pacientka potřebovala zvýšenou ošetrovatelskou péči.

Paní X byla po 6 dnech propuštěna domů a byla seznámena s dalším postupem léčby, a to chirurgickým řešením – plánovaná cholecystektomie.

Paní X byla edukována nutričním terapeutem o dietních omezeních. Byla seznámena se žlučnickovou dietou a dostala informační materiály. Před propuštěním dostala kontakt na nutričního terapeuta, na kterého se bude moci v případě potřeby obrátit.

### Seznam použitých zkratek

ALT - alaninaminotransferáza

AST - aspartátaminotransferáza

ATB - antibiotika

BMI - body mass index

CRP - c-reaktivní protein

CT – počítačová tomografie

EKG - elektrokardiograf

ERCP - endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

GMT - gamaglutamyltransferáza

i.m. - do svalu (intramuskulárně)

i.v. - do žíly (intravenózně)

ICHS - ischemická choroba srdeční

NaCl - chlorid sodný

P – puls

PŽK – periferní žilní katetr

RTG - rentgen

s.c. – pod kůží (subkutánně)

Supp. - suppositorium

TEN - tromboembolická nemoc

TK - krevní tlak

TT - tělesná teplota

## Seznam použité literatury

1. Čihák, R.: Anatomie 2, Avicenum, Praha 1988
2. Dylevský, I.: Somatologie, Epava, Olomouc, 2000, ISBN 80-86297-05-5
3. Jarošová, D.: Teorie moderního ošetrovatelství, ISV, Praha, 2000, ISBN 80-85866-55-2
4. Klener, P.: Gastroenterologie hepatologie, Karolinum, Praha, 2002, ISBN 80-7262-139-4
5. Kordač, V.: Interna III., Univerzita Karlova v Praze, Praha, 1990, ISBN 80-7066-310-3
6. Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci, Praha, Grada Publishing, 2002, ISBN 80-247-0179-0
7. Lukáš, K.: Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry, Grada Publishing, Praha, 2005, ISBN 80-247-1283-0
8. Nejedlá, M., Svobodová, H.: Interní ošetrovatelství I, Grada Publishing, Praha, 2006, ISBN 80-247-1148-6
9. Pharmindex Breviř, vydalo Medimedia informatorium spol.s r.o., říjen 2003, ISBN 80-86336-05-0
10. Rokyta, R.: Fyziologie, ISV, Praha, 2000, ISBN 80-85866-45-5
11. Trachtová, E.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno, NCO NZO, 2004, ISBN 80-7013-324-4
12. Vymětal, J.: Základy lékařské psychologie, Praha, 1994, ISBN 80-901601-3-1



**Seznam příloh:**

1. Dotazník
2. Ošetrovatelský plán