

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U
PACIENTKY S CHOLECYSTITIDOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANNA KRUPENKO

Praha 2018

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U
PACIENTKY S CHOLECYSTITIDOU**

Bakalářská práce

ANNA KRUPENKO

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Krupenko Anna
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 10. 5. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s cholecystitidou

Nursing Process in the Case of a Patient with Cholecystitis

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, připomínky a pomoc při jejím zpracování.

ABSTRAKT

KRUPENKO, Anna. Ošetrovatelský proces u pacientky s cholecystitidou. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2018. 68 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s cholecystitidou. Cílem bakalářské práce je podrobný popis a vysvětlení ošetrovatelského procesu u 61leté pacientky s diagnózou Kámen žlučníku s jinou cholecystitidou. V bakalářské práci je uveden konkrétní případ pacientky a jsou popsány objektivní problémy pacientky. Zjistili jsme ošetrovatelské problémy, na základě kterých jsme stanovili aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II 2012-2014 a seřadili je podle priorit. U vybraných ošetrovatelských diagnóz (bolest, úzkost, hypertermie, porucha spánku, riziko infekce, riziko nestabilní glykemie) jsou stanoveny cíle, priority, očekávané výsledky, plány ošetrovatelských intervencí obsahující posuzování stavu pacientky a intervence vedoucí ke zdraví, dále realizace intervencí, hodnocení péče a vyhodnocení splnění či nesplnění ošetrovatelských cílů. Výsledkem efektu ošetrovatelské péče poskytované metodou ošetrovatelského procesu bylo zlepšení celkového stavu pacientky, zejména zmírnění až vymizení bolesti, udržení stabilní hladiny glykemie a zabránění vzniku infekce.

Klíčová slova

Cholecystitida. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

KRUPENKO, Anna. Nursing Process in the Case of a Patient with Cholecystitis. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2018. 68 pages.

The theme of the thesis is the nursing process in the case of a patient with cholecystitis. The aim of the thesis is a detailed description of a case of the concrete 61 y.o. patient with cholecystitis. This thesis is based on a concrete case, describing the objective problems of the patient processed (using Nanda taxonomy II 2012-2014) into nursing diagnoses and diagnoses prioritization. The target, priority, expected results and intervention plan are set in selected nursing diagnoses, which contain health interventions, implementation of interventions, assessment of care and evaluation of fulfillment or non-fulfillment of the nursing goal. Nursing care provided by the nursing process improved the patient's overall condition.

Key words

Cholecystitis. Nursing care. Nursing proces.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 14 |
| 1 CHOLECYSTITIDA JAKO TYPICKÝ PŘÍKLAD NEMOCÍ ŽLUČNÍKU | 16 |
| 2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽLUČNÍKU..... | 17 |
| 3 KLINICKÝ OBRAZ CHOLECYSTITIDY..... | 18 |
| 3.1 KLASIFIKACE CHOLECYSTITIDY | 19 |
| 3.2 KOMPLIKACE | 19 |
| 3.3 DIAGNOSTIKA | 21 |
| 4 LÉČBA | 23 |
| 5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTKY S CHOLECYSTITIDOU | 24 |
| 6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES | 27 |
| 6.1 HISTORIE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU | 28 |
| 6.2 FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU | 29 |
| 6.2.1 PRVNÍ FÁZE – POSOUZENÍ | 30 |
| 6.2.2 DRUHÁ FÁZE - DIAGNOSTIKA | 31 |
| 6.2.3 TŘETÍ FÁZE – PLÁNOVANÍ | 33 |
| 6.2.4 ČTVRTÁ FÁZE – REALIZACE | 34 |
| 6.2.5 PÁTÁ FÁZE – VYHODNOCENÍ | 35 |
| 7 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARJORY GORDONOVÉ | 36 |
| 8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CHOLECYSTITIDOU | 39 |

| | |
|---|-----------|
| 8.1 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE NEMOCNÉ | 39 |
| 8.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA | 40 |
| 8.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM PŘI PŘÍJMU | 41 |
| 8.4 MEDICINSKÝ MANAGEMENT | 44 |
| 8.5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘADÁNÍ PODLE PRIORIT | 48 |
| 8.6 PLÁN, REALIZACE A HODNOCENÍ PÉČE | 49 |
| 8.7 CELKOVÉ HODNOCENÍ PÉČE | 61 |
| 8.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXE..... | 61 |
| ZÁVĚR | 63 |
| SEZNAM LITERATURY | 65 |
| PŘÍLOHY..... | 69 |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|-------------------|---|
| ALT | Alaninaminotransferáza |
| AST | Aspartátaminotransferáza |
| ALP | Alkalická Fosfatáza |
| ADL | Activities of daily living |
| ANA | Americká asociace sester |
| APTT | Activated Partial Thromboplastin time |
| CT | Computed Tomography |
| Cl | Chlór |
| CRP | C-reaktivní Protein |
| ERCP | Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie |
| EKG | Elektrokardiogram |
| GGT | Gama-glutamyltransferáza |
| GFR | Glomerular Filtration rate |
| ICN | Council of Nurses |
| INR | International normalized ratio |
| MRI | Magnetic resonance imaging |
| PAD | Perorální AntiDiabetika |
| P | Puls |
| RTG | Rentgenové vyšetření |
| RHB | Rehabilitace |
| s.c. | Subkutánní |
| TK | Krevní Tlak |
| tbl. | Tablet |
| TT | Tělesná teplota |
| US | Ultrasonografie |
| VAS | Vizuální analogová škála |
| WHO | World Health Organization |

(VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absorbovat – vstřebovat

Adheze – v chirurgii se tak označují srůsty

Adventicie – zevní vrstva

Analgetika – léky tlumící bolest

Anamnéza – soubor informací, které souvisejí s vyšetřovaným pacientem

Biliární – týkající se žluči, žlučového systému

Dislokace – posunutí, přemístění

Dyskineze – porušena pohyblivost žlučových cest

Empým – tělesna dutina vyplněna hnisem

Emfyzém - nahromadění vzduchu v tkáních

Endokrinní – týkající se vnitřní sekrece

Enzym – bílkovina, která je v malém množství schopna výrazně urychlit průběh určité biochemické reakce nebo děje

Hematogenní – vznikající z krve, resp. Krevní cestou

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Hypochondrium – podžebří. Oblast břicha pod žeberními oblouky

Ikterus – žloutenka. Žluté zbarvení kůže a sliznic způsobené zvýšeným obsahem

Intrakraniální - nitrolební, nitrolebeční

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Kultivace – pěstování mikroorganismu na umělých půdách k tomu určených

Lymfogenní – vznikající z lymfy, resp. Lymfatickými cestami

Nauzea – nevolnost, pocit na zvracení

Nekróza – intravitální odumření buňky, tkáně či části orgánu

Obrna – paréza. Částečná neschopnost aktivního volného pohybu

Obstrukce – překážka, zamezení či ztížení průchodnosti dutým orgánem

Otylost – obezita. Nadměrné hromadění energetických zásob v podobě tuku, nadměrná tělesná hmotnost

Palpace – vyšetření pohmatem

Perforace – proděravění, protězní. Vznik chorobného otvoru v dutém orgánu

Počítačová tomografie – rentgenologické vyšetření založené na zobrazování příslušné oblasti těla ve vrstvách a na počítačovém vyhodnocení i drobných rozdílů v pohlcování rentgenového záření mezi jednotlivými kousky tkáně a orgánu

Pyelitis – zánět ledvinné pánvičky

Regurgitace – zpětný pohyb tekutého obsahu dutých orgánů

Sedimentace – je proces usazování těžších, nerozpustných součástí v kapalně nebo plynné směsi

Sepse – těžká infekce, která je provázena celkovými projevy

Subfebrilie - zvýšená tělesná teplota mezi 37 až 38 °C

Syntéza – spojování. Tvorba složitějších látek z látek jednodušších

Turgor – napětí kůže dané jejím „naplněním“ tekutinou

Ultrasonografie – vyšetření ultrazvukem

(VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Funkční typy zdraví..... | 37 |
| Tabulka 2 Informace o současnem stavu zdraví pacientky | 41 |
| Tabulka 3 Posouzení fyzického stavu pacientky | 43 |
| Tabulka 4 Výsledky laboratorních vyšetření..... | 45 |
| Tabulka 5 Medikamentózní léčba..... | 46 |

ÚVOD

V dnešní době je diagnóza brána u většiny lidí na lehkou váhu, lidé věnují malou pozornost prvním příznakům zánětu žlučníku, dlouho tolerují bolest a omezují návštěvy lékaře. Je to nebezpečná hra, protože pokud se včas nediagnostikuje a nezahájí léčba cholecystitidy, šance vyhnout se velmi nebezpečným komplikacím jsou poměrně nízké. Preventivní opatření je potřeba provádět s předstihem. Zánět žlučníku je zaznamenán u téměř 10 % světové populace, a rovněž existuje až čtyřikrát vyšší pravděpodobnost, že onemocní cholecystitidou ženy. Většina lidí nemá zájem o sledování svého stravování, navíc vede sedavý způsob života. Důležitou roli ve vzniku cholecystitidy také hraje věk a tělesná hmotnost: čím je starší člověk, tím více váží, a tím pádem existuje i vyšší riziko vzniku a rozvoje cholecystitidy.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s cholecystitidou. V první teoretické části je popsána charakteristika onemocnění, anatomie a fyziologie, klinický obraz, komplikace, diagnostika a léčba. Dále je popsán ošetrovatelský proces a jeho historie, také jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu, ošetrovatelský model Marjory Gordonové a specifika ošetrovatelské péče u pacientky s cholecystitidou. Dále následuje praktická část, která je věnovaná ošetrovatelskému procesu u pacientky s cholecystitidou, který byl realizován s použitím modelu Marjory Gordonové. Také byly stanoveny a rozpracovány ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II 2012-2014 a seřazeny podle priorit ve spolupráci s pacientkou a zdravotnickým týmem. Nakonec jsme popsali celkové hodnocení ošetrovatelské péče poskytnuté metodou ošetrovatelského procesu.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat anatomie a fyziologie žlučníku, klinický obraz, komplikace, diagnostiku a léčbu cholecystitidy. Také popsát ošetrovatelský proces a jeho historie, jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu a ošetrovatelský model Marjory Gordonové na základě rešerše literatury.

Cíl 2: Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacientky s cholecystitidou na základě rešerše literatury.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Podrobně popsát a vysvětlit ošetrovatelský proces u 61leté pacientky s diagnózou Kámen žlučníku s jinou cholecystitidou.

Cíl 2: Vyřešit klíčový ošetrovatelský problém akutní bolest.

Cíl 3: Eliminovat potenciální ošetrovatelská rizika – riziko infekce a nestabilní glykemie.

Vstupní literatura

KLENER, Pavel et al., 2012. Vnitřní lékařství. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-857-5.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2009. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky s cholecystitidou, proběhlo v období únor 2017 až duben 2017.

Rešerše byla zpracovaná v Krajské knihovně Karlovy Vary. Rešerše byla prováděna v informačních zdrojích jako JIB (Jednotná informační brána), ANL (články v českých novinách, časopisech a sbornících), souborný katalog CASLIN, databáze kvalifikačních prací českých škol, elektronický katalog Krajské knihovny Karlovy Vary, databáze MEDVIK, internet. Klíčová slova v českém jazyce byla zvolena: ošetrovatelský proces, cholecystitida, žlučník, pacient, ošetrovatelská péče. Časové vymezení v českém jazyce bylo zvoleno od roku 2000 do roku 2016. V rešerši bylo zachyceno 42 záznamů knih, 28 záznamů článků, 10 záznamů diplomových prací.

Celkem pro tvorbu bakalářské práce bylo použito 47 zdrojů.

1 CHOLECYSTITIDA JAKO TYPICKÝ PŘÍKLAD NEMOCÍ ŽLUČNÍKU

Choroby žlučníku a žlučových cest jako cholelitiáza, akutní a chronická cholecystitidy, cholangitida nebo stav po cholecystektomii patří mezi nejčastější onemocnění zažívacího traktu. V nemocnicích terapeutického profilu gastroenterologické pacienty s onemocněním žlučníku tvoří dle různých statistik 6 až 30 %. U naprosté většiny těchto pacientů je diagnostikována cholecystitida (SEDOV, 2012).

Dle českého odborníka Josefa Vodičky, cholecystitis acuta je velmi častým onemocněním žlučníku, které je dané vysokým výskytem cholelitiázy u populace (VODIČKA, 2016).

Toto onemocnění je důležitým lékařským a sociálněekonomickým problémem moderní společnosti. Dle různých zdrojů, zánětlivé změny žlučníku nebo kameny jsou zjištěny v kterémkoli věku, nejčastěji však postiženy obézní ženy 20–50 let. Význam studia etiopatogenetických a diagnostických aspektů cholecystitidy je důležitý nejen z hlediska rozšířenosti choroby, ale i kvůli klinickému významu, výskytu závažných komplikací či existenci atypických forem onemocnění (ROZSYPAL, 2013), (KUNTZ, 2006).

Historie výzkumu doktríny cholecystitidy je přímo spojena s problémem cholelitiázy, na kterou poprvé upozornil v roce 1760 italský lékař Giovanni Morgagni. Později se tomuto tématu věnoval Meckel v. Hemsbach, který spojil teorii vzniku kamenů se zánětem žlučníku (SEDOV, 2012).

2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽLUČNÍKU

Žlučník je orgán hruškovitého tvaru, který je umístěn na dolní ploše jater. Dělí se na čtyři části dle klasifikace většiny českých odborníků: dno žlučníku, tělo žlučníku, slizniční řasy, ductus cysticus (viz příloha A) (KLENER, 2012).

Stěna žlučníku se skládá z tunica mucosa, tunica muscularis a tunica serosa a uvnitř je vystlán jednovrstevným cylindrickým epitelem. Svalová vrstva je tenká a tvořena hladkými svalovými buňkami. Jediná tepna odstupující z a.hepatica zabezpečuje vaskulární zásobení arteriální a ústí do společného žlučovodu. Ten pak vzniká spojením levého a pravého jaterního žlučovodu s ductus cysticus. Žlučové cesty jsou vystlány jednovrstevným epitelem a tenkou vrstvou hladkou svaloviny. Délka společného žlučovodu činí 5 až 17 cm. Ve své konečné části spojuje s pankreatickým vývodem a ústí na Vaterově papile do duodena a tvoří sphincter ductus choledochi (LUDEK, 2012).

Žlučnicková žluč a žluč jaterní se liší, i když jejich elektrolytové složení je obdobné. Jaterní žluč totiž je tekutina izotonická s plazmou, když ve žlučníku, jehož objem je cca 30-70 ml, dochází k resorpci vody a anorganických iontů (až 90%). Funkcemi žluči jsou emulgovat tukové látky a vstřebávat mastné kyseliny (MERKUNOVÁ, 2008).

„Denně játra tvoří 700–1200 ml žluči a spolu s pankreatickou šťávou přispívá k vyrovnání pH a osmotického tlaku v duodenu. Tvorba žluči probíhá hepatocytech jaterních lalůček, dále žluč přechází do Heringových kanálů a nakonec do žlučových cest“ (KITTNAR, 2011, s. 334).

„Sekrece žluči v játrech probíhá dvěma mechanismy, buď sekrece závislá na žlučových kyselinách, kde k sekreci nedochází v době konzumace potravy, ale až v terminální fázi trávení, a buď sekrece nezávislá na žlučových kyselinách“ (OTOMAR, 2011, s. 334).

Žlučnicková stěna nepropouští lipidy a ke kontrakci žlučníku dochází po jídle (KLENER, 2012).

3 KLINICKÝ OBRAZ CHOLECYSTITIDY

Při akutní cholecystitidě je klinický obraz variabilní. Hlavním symptomem je bolest. Bolest je lokalizována v pravém horním kvadrantu, někdy v epigastriu. Často vystřelující do pravého ramene, klíční kosti, lopatky, poněkud v oblasti srdce. Pacienty s akutní cholecystitidou jsou na lůžku většinou nehybné, opatrně mění svou polohu těla. Bolest vzestupuje s hlubokým nádechem, někdy je doprovázena nevolností nebo zvracením a výrazně pozitivním Murphyho příznakem. Po 3 až 12 hodinách od začátku nemoci se teplota zvyšuje na 38 °C a výše. Prudký nárůst bolesti s hlubokým dechem "břichem" může znamenat začátek peritonitidy. Při povrchové palpaci, a to zejména hluboké palpaci určuje lokální bolest a (nebo) napětí svalů v průmětu žlučníku, tj. v průsečíku vnější hrany pravé rectus abdominis s žeberním obloukem nebo dolním okrajem rozšířených jater (MISHINKIN, 2007).

Chronická cholecystitida – je chronické zánětlivé onemocnění žlučníku v kombinaci s funkčními poruchami. Chronická cholecystitida se projevuje nevolností, tupou bolestí v pravém hypochondriu a dyspeptickými obtížemi. Nicméně, u většiny pacientů s chronickou cholecystitidou, se cholelitiáza následně nevyvíjí. Etiologické faktory, které vedou k chronické cholecystitidě, lze rozdělit na základní a pokročilé. Mezi hlavní faktory rozlišují: infekce (E. coli, koky, někdy i další mikrobiální faktory); pronikání patogenů do žlučníku ze střeva, hematogenní a lymfogenní cestou z jakéhokoli propuknutí chronického zánětu (parodontitidy, chronický zánět mandlí, pyelitis, zánět slepého střeva, adnexitis, atd.); střevní dysbacteriosis atd. (MISHINKIN, 2007).

U více než 90 % pacientů se cholecystitida vyskytuje spolu s cholelitiázou. Cholelitiáza – zánětlivá choroba žlučových cest, doprovázena tvorbou kamenů. Cholelitiáza se vyskytuje poměrně často. Obvykle postihuje lidi dospělé, zejména ženy, které trpí nadváhou. U mužů se onemocnění vyskytuje 3-5krát méně. Cholelitiáza se projevuje biliární kolikou, obstrukčním ikterem (MISHINKIN, 2007), (LUKAŠ, 2007). Většinou jsou kameny tvořeny cholesterolem, ale vyskytuje tzv. pigmentované kameny: černé kameny (obsahují kalciumkarbonát a fosfát), hnědé kameny (obsahují stearát, palmitát a cholesterol). Příčinou tvorby kamenů tvořených cholesterolem je zvýšená sekrece cholesterolu (např. v těhotenství), snížená sekrece žlučí (např. při Crohnově chorobě, po resekci střeva, při hladovění nebo při parenterální výživě) nebo snížená sekrece fosfatidylcholinu (u chilských žen) (SILBERNAGL, 2012).

3.1 KLASIFIKACE CHOLECYSTITIDY

Cholecystitida spolu s cholelitiázou patří k nejrozšířenějším a nejmasovějším onemocněním žlučníku. Podle dostupných statistik těmito chorobami trpí až 800.000 lidí pouze v České republice. Pod cholecystitidou rozumíme vlastně zánět žlučníku, a to je jedna z nejčastějších komplikací po cholelitiáze. Cholecystitida vzniká zánětem ve stěně žlučníku, a to přítomností bakterií (E. coli, streptokoky, enterokoky, stafylokoky), které spadají do žlučníku ze střev žlučovými cestami a také porušováním odtoku žluči, nebo obstrukci ductus cysticus (příčinou je konkrement) (KLENER, 2012).

Průběh cholecystitidy může mít dvě podoby.

1) Akutní cholecystitida

Tento typ se charakterizuje přítomností kamene ve žlučníku a uzavření ductus cysticus žlučovým kamenem anebo zánětem stěny žlučníku, způsobený vznikem toxických látek. Základním diagnostickým kritériem je nenaplnění žlučníku do 60–90 min. Pacienti mají intenzivní bolest v pravém nadbřišku nebo v epigastriu; horečku, stoupající s progresí zánětu; nauzeu; zvracení; tachykardii; ikterus při obstrukci žlučových cest (KLENER, 2012).

Tento druh cholecystitidy vyžaduje hospitalizaci a konzultaci s chirurgem. Antibiotická léčba je možná u lehkých případů, zásadní však je chirurgická intervence (KLENER, 2012).

2) Chronická cholecystitida

Tento typ choroby je symbiózou chronického zánětu stěny žlučníku a cholecystolitiázy. Rodinný výskyt cholelitiázy, předcházející záchvaty žloutenky, mnohočetné porody a otylost vytvářejí příznivé podmínky pro její vývoj (KLENER, 2012).

Pacienti mají stálou tupou bolest pravého hypochondria a epigastriu projevující se po jídle, teplotu, pokud jsou přítomny kameny ve společném žlučovodu, je častá nevolnost, ale zvracení je vzácné. Jediným účinným postupem je, dle mínění českých odborníků, cholecystektomie (KLENER, 2012).

3.2 KOMPLIKACE CHOLECYSTITIDY

Akutní zánět žlučníku je nepříjemná nemoc, která se může rozvíjet na pozadí plného zdraví. Pozdní diagnóza onemocnění a nedostatek vhodné léčby může zvýšit

pravděpodobnost, že se začnou vyvíjet komplikace cholecystitidy (ILCHENKO, 2011).

Komplikacemi cholecystitidy mohou být následující:

- gangréna, empyéme

Existence ve žlučníku hnisavého zánětlivého procesu, při němž dochází ke shromáždění v dutině velkého množství hnisu. Hlavními příznaky této komplikace jsou horečnatý stav pacienta, přítomnost svalové tkáně přední stěny břišní v konstantním napětí, a také silná bolest (ILCHENKO, 2011).

- perforace žlučníku

Tato komplikace může vzniknout při akutní kalkulózní cholecystitidě, jejíž vývoj vyvolává nekrózu stěny žlučníku a její perforaci. V závažných případech obsah žlučníku proniká do peritoneální dutiny výsledkem perforace stěny slinivky a ve většině případů probíhá tvorba adhezí s okolními orgány a abscesy. Symptomy této komplikace je nevolnost, zvracení a silná bolest v pravém horním kvadrantu břicha. Tato komplikace může pak způsobit i zánět pobřišnice (KLENER, 2012).

- vznik žlučových píštělů

Žlučové píštěle jsou dlouho stávající kanály, kterými je způsoben odtok žluči ze žlučových cest do přilehlých orgánů a dutin. V této situaci u pacienta dochází ke snížení chuti k jídlu a tělesné hmotnosti, nevolnosti a zvracení, zvýšenému krvácení a trofickým kožním poruchám (KLENER, 2012).

- vznik abscesů

Komplikace je doprovázena hnisáním žlučníku a tkání, které jej obklopují. Pacient je ve vážném stavu, projevuje se zimnice, těžká slabost celého těla a silné pocení. Kromě toho, pacient má silnou bolest v pravém podžebří, a při palpaci je zvětšení žlučníku (ILCHENKO, 2011).

- žloutenka

Tato komplikace se vyvíjí při zablokování žlučovodu – obstrukční ikterus. U pacienta je pozorován vysoký bilirubin v krvi, což způsobuje ikterické zbarvení kůže a sliznice. Kromě toho, pacient si stěžuje na silné svědění kůže (VODÍČKA, 2014).

- pankreatitida

Krevní oběh způsobuje přechod zánětlivého procesu ze žlučníku na slinivku břišní. Klinický obraz je charakterizován prudkou bolestí břicha v oblasti nadbřišku šířící se v pásu do boku, ložisko se nachází převážně v levém horním kvadrantu. Navíc pacient trpí

poruchou střevní pasáže, zvracením a změnami parametrů krevních testů (ZADÁK, 2008).

- cholangitida

Cholangitidou je vývoj zánětlivého procesu v intrakraniálních a extrahepatálních vývodech, vznikající při stagnaci žluči ve žlučových cestách. Vývoj této komplikace akutní cholecystitidy je doprovázen horečnatým stavem, žloutenkou, biliární bolestí (Charcotova trias) (NAVRÁTIL, 2008).

3.3 DIAGNOSTIKA CHOLECYSTITIDY

Cholecystitida patří do náhlých příhod břišních. Dle českého odborníka Vodičky, „náhlá příhoda břišní je onemocněním, které přichází zpravidla z plného zdraví, nastupuje rychle a může pro nemocného končit při pozdním rozpoznání i život ohrožující komplikaci“ (VODIČKA, 2016).

Jako každou jinou diagnózu, cholecystitidu diagnostikují nejen souborem příznaků, které charakterizují onemocnění, jelikož pro zpřesnění výsledků je nutné provést komplexní vyšetření. Při diferenciální diagnostice je velmi důležité odlišit ostatní náhlé příhody břišní jako perforace peptického vředu gastroduodena, akutní pankreatitida, akutní apendicitida, akutní cholangoitida, dále karcinom žlučníku a jater zánětlivá onemocnění jater, infarkt myokardu, pravostrannou bazální pleuropneumonii (VODIČKA, 2016).

Při fyzikálním vyšetření pohmatem zjišťujeme bolest v místě žlučníku – dlaň pravé ruky přiložíme do středního epigastria pod míčkem a palcem pravé ruky vyvineme tlak na předpokládané místo žlučníku, při tom požadujeme vyšetřovaného pacienta zhluboka nadechnout. Vznik bolesti nám hovoří o pozitivním Murphyho symptomu. Zvětšený žlučník svědčí o zánětlivém procesu, hydropsu či nádoru. Dalšími příznaky při fyzikálním vyšetření jsou horečka nebo mírný ikterus (ŠPINAR, 2008).

Instrumentálními metodami v diagnostice cholecystitidy jsou:

Ultrasonografie (US) detekuje deformaci žlučníku, zvětšení jeho stěn, v pokročilých případech kalcifikaci. Typickým příznakem je přítomnost kamenů, často mnohočetných a zabírajících téměř celý objem měchýře. Pravděpodobnost ultrazvuku při cholecystitidě je 95-97 % (KLENER, 2012).

Počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI) mají také vysoký obsah informace (až 97 %). Tyto technologie jsou velmi užitečné pro vyhodnocení změn

v tkáních žlučníku a orgánů: zánět paravesikulárních tkání, srůsty, zánětlivé změny v játrech a slinivce břišní (ROJTBERG, 2006).

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP) umožní se podívat na proces zevnitř. Tato metoda umožňuje aplikovat do žlučových cest kontrastní látku pro další rentgenové záření, měření tlaku ve vývodech. Pokud je to nutné, diagnostický postup je přeměněn na léčení: řez v místě zúžení, odstranění kamene (ROJTBERG, 2006).

Při kontrastní cholecystographii rentgenoktrastní látky během eliminace z těla přes žlučovody dělají kameny jasně viditelné na rentgenových snímcích. Tato kdysi revoluční diagnostická metoda nyní ztrácí svůj někdejší význam, protože efekt je výrazně nižší než u US (méně než 50 %). Kromě toho, používání kontrastních látek není vždy bezpečné pro pacienta (ARCISHEVSKÝ, 2012).

Laboratorní vyšetření krve, jiných tělesných tekutin a tkání jsou důležitou součástí moderní medicíny, protože u téměř všech lékařských oborů je stanovení diagnózy nebo léčba bez laboratorních nálezů již nemyslitelná. Biochemické parametry signalizují zánět. Nacházíme zvýšení sedimentace, leukocytózu, eventuálně zvýšení C-reaktivního proteinu (LATA, 2010).

4 LÉČBA CHOLECYSTITIDY

U pacienta s cholecystitidou jsou důležité včasná hospitalizace, konzultace s chirurgem, zahájení konzervativní léčby podáním antibiotik, klid na lůžku, úlevová poloha, ledování pravého podžebří, intravenózní podání tekutin, žlučnicková dieta, úleva bolesti léky dle ordinace lékaře (KLENER, 2012).

Antibiotika se indikují u lehkých případů bez chirurgického zákroku, u těžkých forem se septickými komplikacemi a jako příprava před operačním zákrokem (LUKÁŠ, 2007).

„Dalším příkladem konzervativní léčby je extrakorporální litotripsie rázovou vlnou s eventuální extrakcí vycestovalých fragmentů konkrementu do hepatocholedochu cestou ERCP“ (ZELENÍKOVÁ, 2013, s. 186).

Při neúspěchu konzervativní léčby se provádí cholecystektomie, dočasná cholecystotomie a drenáže obsahu žlučníku (MAREK, 2010).

Při nekomplikované akutní cholecystitidě se cholecystektomie provádí většinou až s odstupem 6-12 týdnů na tzv. „vychladlém žlučníku“. Pokud to anatomické poměry dovolují, v současnosti je metodou volby laparoskopická cholecystektomie. Pokud nelze provést laparoskopický výkon, je na místě „klasická“ cholecystektomie spojená s laparotomií (HUSA, 2007). Cholecystektomie je, dle mínění českých odborníků, běžným výkonem, který se provádí laparoskopicky nebo laparotomickou cestou. Laparoskopická cholecystektomie je víc akceptovatelná vzhledem k její miniinvazivosti, minimálním traumatem tkání, rychlým zotavením pacienta a nižším výskytem komplikací (ZELENÍKOVÁ, 2013).

„Chirurgická léčba je provedena asi u 50 % pacientů, ale cca 20 % pacientů musí být později přijato do nemocnice k urgentní operaci. Perkutánní cholecystotomie lze provést u těžce nemocných, jelikož je bezpečnou a účinnou metodou. Tato metoda se dá provést pod ultrazvukovou nebo skiaskopickou kontrolou po předcházejícím vstříknutí kontrastní látky tenkou jehlou. Obvykle dochází k rychlému upravení klinických příznaků, pacient může být léčen konzervativně, často bez opětovného zánětu žlučníku“ (SCHERLOCK, 2004, s. 611-612).

Při výběru vhodného chirurgického výkonu je důležité zvážit nejvhodnější termín s ohledem na komplikace (ZELENÍKOVÁ, 2013).

5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTKY S CHOLECYSTITIDOU

Cholecystitida je zánětlivé onemocnění žlučníku, které postihuje nejčastěji obézní ženy ve věku 20-50 let. Dle českého lékaře Klenera, cholecystitida je jedním z nejčastějších akutních příhod břišních s letalitou kolem 2,2 % (KLENER, 2012).

Práce všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení je ovlivněna řadou faktorů, ale především zdravotním stavem nemocných. Pro efektivní a účinnou práci všeobecná sestra by měla mít následující schopnosti:

- profesionalitu;
- odpovědnost;
- schopnost samostatně stanovit potřebnou ošetrovatelskou péči;
- organizovat a poskytovat ošetrovatelskou péči;
- spolupracovat s dalšími osobami ve zdravotnictví;
- motivovat jednotlivce, rodiny a skupiny ke přijetí zdravého životního stylu;
- schopnost analyzovat;
- kriticky myslet, předvídatost a přesnost (BEZDIČKOVÁ, 2010).

Povinnostmi všeobecné sestry na chirurgickém oddělení jsou: předoperační příprava – sběr anamnestických údajů, provádění fyzikálních i dalších pomocných vyšetření, laboratorních vyšetření, přístrojová vyšetření, kontrola podepsaných souhlasů, pooperační péče – převazování ran, péče o drény, sledování fyziologických funkcí a stavu hydratace, tišení bolesti dle ordinace lékaře, prevence nozokomiálních nákaz, vykonávání ordinace lékaře (ZELENÍKOVÁ, 2013).

Kompetence všeobecné sestry na chirurgickém oddělení:

- mít anatomické i fyziologické znalosti nutné k výkonu práce u pacienta s cholecystitidou na chirurgickém oddělení;
- umět sbírat anamnestické údaje;
- umět pracovat s ošetrovatelskou dokumentací;
- znát metody laboratorní a přístrojové diagnostiky pro edukace a poučení pacientů před chirurgickým výkonem;
- umět odebírat biologický materiál;
- znát pravidla i techniku převazu;

- znát techniku péče o drény;
- znát techniku dezinfekce rukou;
- znát dietní opatření spojená s onemocněním cholecystitidou pro edukaci pacientů;
- znát druhy úlevových poloh pro zmírnění bolesti;
- umět pracovat se sterilizátorem;
- umět pracovat s dezinfekčními prostředky.

Zásady práce všeobecné sestry s pacienty s cholecystitidou na chirurgickém oddělení:

- Používání ochranných pomůcek, péče o hygienu rukou – prevence nozokomiálních nákaz.
- Přípravování pacientů před chirurgickým výkonem (dle rozhodnutí lékaře) – odborné přístrojové vyšetření (ERCP, USG, RTG), u vyšetření krve sledujeme hladinu leukocytů (leukocytóza), hladiny CRP (zvýšení).
- Monitorování vitálních funkcí (TK, TT, P, D) a stavu vědomí (v prvních hodinách po chirurgickém výkonu s intervalem 15-30-60 min, při stabilitě pacienta se interval prodlužuje na 2-4 hodiny).
- Sledování příznaků krvácení operační rány a šoku.
- Odebírání krve na vyšetření krevního obrazu a biochemického vyšetření (AST, ALT, bilirubin).
- Tlumení bolesti dle ordinace lékaře.
- Sledování operační rány – kontrola krytí, známek komplikace (zarudnutí okolí rány, krvácení, sekrece z operační rány, přítomnost otoků). Krytí zůstává na ráně 24-48 hodin.
- Poučení pacientů, aby při činnostech, kde dochází ke zvýšení nitrobršního tlaku, fixovali ránu přiložením ruky na jizvu lehkým tlakem nebo polštářkem.
- Kontrolování funkčnosti drénu (pokud je zaveden), charakteru drénovaného obsahu, jeho množství, barvu a vzhled, sledování okolí drénu. Vše musí být zaznamenáno v pacientově dokumentaci.
- Sledování stavu hydratace, diurézy, celkové bilance tekutin. Dle ordinace lékaře 2-4 hodiny po operaci pacient může začít přijímat tekutiny p.o.

– Prevence komplikací jako třeba krvácení (sledování vitálních funkcí, chirurgická incize a drén), poranění žlučových cest, pankreatitida, plicní komplikace (provádíme dechovou rehabilitaci), tromboembolie (imobilizace, dostatečná hydratace) (ČOUPKOVÁ, 2010).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Všeobecná sestra je jeden z nejdůležitějších existujících oborů, nejen ve zdravotnictví. Sestra by měla být odborníkem ve svém oboru, ale také dobrým psychologem, citlivou, pozornou a milou osobností. Lékařští psychologové tvrdí, že všeobecná sestra nesmí působit špatně (OSTROVSKAYA, 2008).

Znalost jednotlivých psychologických rysů konkrétního pacienta způsobuje efektivnější komunikaci a pomáhá překonat nemoc. Nejen vážná somatická onemocnění a nemoci s dlouhodobou chronickou formou, ale také všechny ostatní akutní onemocnění, dokonce i s horečkou a mírnými příznaky nachlazení horních cest dýchacích, způsobují značnou škodu fyzickému a psychologickému stavu člověka. Ke změnám toho, jak se člověk cítí, dochází jen na konci onemocnění, po zániku klinických příznaků. Ve fázi zotavení často vzniká špatná nálada, deprese a jiné neurotické reakce, způsobující změnu osobnosti pacienta (OSTROVSKAYA, 2008).

Autorka Marečková definuje ošetřovatelský proces následovně: *„Ošetřovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetřovatelské profesionálky používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetřovatelské péče.“* (MAREČKOVÁ, 2005).

Takže, kromě komplexního a individuálního přístupu ke každému pacientovi zvláště a odborných medicínských znalostí, sestra by měla mít důkladné poznatky o psychologii, a to jak osobnostní, tak i komunikační. Ošetřovatelský proces je série činností, které sestra provádí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce. Proces se skládá z pěti vzájemně propojených a cyklicky se opakujících kroků:

1. Posouzení
2. Stanovení diagnózy
3. Plánování
4. Realizace
5. Hodnocení

Ošetrovatelský proces je základní metodou pro poskytování individualizované a vstřícné ošetrovatelské péče. Mezi její výhody řadíme především to, že sestra zná lépe pacienta, což jí pomáhá snáze pochopit příčiny jeho chování. Zajišťuje kontinuitu péče a vyžaduje konkrétní odpovědnost od každého člena ošetrovatelského týmu. Metoda má také pozitivní význam pro pacienta, neboť se aktivně zapojuje do péče nejen pacienta samotného, ale i jeho blízké. V kapitole 6.2 podrobně popíšeme jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu (KUDLOVÁ, 2016).

Ošetrovatelský proces a různé způsoby řízení práce sester:

Funkční systém – ošetrovatelská péče založena na rutinní práci z pacientova zdravotního stavu a lékařské diagnózy a z ní vyplývající výkon. Individualizovaná péče není založena na hodnocení potřeb pacienta a jeho aktivní účasti na péči. Poskytování ošetrovatelské péče je řízeno a kontrolováno staniční sestrou.

Týmový způsob organizace ošetrovatelské péče – za ošetrovatelskou péči odpovídá primární sestra. Individualizovaná péče založená na hodnocení potřeb pacienta a jeho aktivní účasti na péči.

Skupinová ošetrovatelská péče – v době služby je každé sestře přidělena skupina pacientů. Skupina pacientů může se měnit.

Primární ošetrovatelství – pacient je přidělen určité kvalifikované sestře. Tato sestra odpovídá za poskytování péče po celou dobu hospitalizace (KUDLOVÁ, 2016).

Také předpokladem pro poskytování individuální péče metodou ošetrovatelského procesu v praxi jsou legislativní zakotvení (věstník MZ ČR, částka 9, 2004 a vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů), vzdělávání všeobecných sester (získání znalostí, dovedností a způsobilostí) (KUDLOVÁ, 2016).

6.1 HISTORIE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Ošetrovatelský proces jako vědecká metoda v podstatě neexistoval do poloviny 20. století. Historie vývoje ošetrovatelského procesu je sledována od roku 1955, kdy tento termín poprvé použila Američanka Lydia Eloise Hallová. V dalších letech tuto metodu popsaly i jiné autorky (1959 – Johansová, 1963 – Wiedenbachová, 1967- Knowlesová). V roce 1967 Západní mezinárodní komise o vyšším vzdělání (WICHE) popsala průběh ošetrovatelského procesu v pěti fázích – percepce, komunikace, interakce, intervence,

vyhodnocení a označila ošetrovatelský proces jako vzájemný vztah mezi sestrou a nemocným. V roce 1973 Americká asociace sester zveřejnila Standardy ošetrovatelské praxe, v nichž vymezila pět součástí ošetrovatelského procesu: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení (TÓTHOVÁ, 2009), (KUDLOVÁ, 2016).

Začátky ošetrovatelského procesu v České republice tkvějí od konce 80. let 20. století. Díky realizaci několika mezinárodních projektů jako HOPE, PHARE, AIHA, USAID byla tato metoda postupně zavedená do praxe. Nejvýznamnější osobností českého ošetrovatelského procesu byla Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., jejíž překlady odborných publikací pomohly rozšířit používání metody ošetrovatelského procesu v českých zdravotnických zařízeních (KUDLOVÁ, 2016).

Po roce 1989 začíná nové období rozvoje českého ošetrovatelství se zachováním kvalitních tradic z minulosti, a na českých vysokých školách se otevírají bakalářské a magisterské studijní programy ve zdravotnických oborech (PLEVOVÁ, 2008).

Koncepce ošetrovatelství z roku 1998, v níž byl ošetrovatelský proces jako metoda ošetrovatelské praxe formulován, se stala prvním oficiálním schváleným dokumentem v České republice (KUDLOVÁ, 2016).

6.2 FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Z hlediska české legislativy (vyhláška č. 55/2011 Sb. – Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků) pod ošetrovatelským procesem se rozumí „zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta nebo skupiny osob a stanovení ošetrovatelských problémů, plánování a realizace ošetrovatelské péče, vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče a zaznamenávání do zdravotnické dokumentace“.

Stejně jako i jakýkoliv jiný proces, má ošetrovatelský proces svoje fáze, které jsou bezprostředně vázané mezi sebou. Hlavním cílem slouží pomoci pacientovi v překonání nemoci, kterou může profesionálně ovlivnit všeobecná sestra. Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu propojují se a tvoří jeden celek, každý krok je závislý na ostatních. Ošetrovatelský proces probíhá v pěti krocích:

1. Posouzení – zjišťování informace;
2. Diagnostika – stanovení ošetrovatelských diagnóz;

3. Plánování – plán ošetrovatelské péče;
4. Realizace – provedení navržených opatření;
5. Zhodnocení – hodnocení efektu poskytnuté ošetrovatelské péče.

Pomocí těchto kroků všeobecná sestra důkladně poznává svého pacienta, zjišťuje, co ho trápí, tvoří individuální plán sesterských intervencí ve spolupráci s pacientem či jeho rodinou a následně hodnotí účinnost poskytnuté ošetrovatelské péče. Dobře zplánovaný ošetrovatelský proces, profesionalita všeobecné sestry a aktivní spolupráce mezi sestrou a pacientem je klíčem ke zlepšení zdravotního stavu pacienta a překonání nemoci (STAŇKOVÁ, 2009).

6.2.1 PRVNÍ FÁZE – POSOUZENÍ

Posouzení informace o pacientovi v první fázi ošetrovatelského procesu má obrovský vliv na kvalitu následné individualizované ošetrovatelské péče. Získaná informace musí být úplná a přesná, aby správně určit pacientův problém. Účelem shromažďování informace je vytvoření jasného obrazu zdravotního stavu pacienta a následné sestavení adekvátního plánu péče na základě získané informace. Je velice důležité, aby během shromažďování informace sestra navázala s pacientem dobrý osobní kontakt (TÓTHOVÁ, 2009).

Nejužívanější technikou při získání informace je pozorování a rozhovor. Hlavním zdrojem informací o pacientovi je sám pacient, jeho příbuzní a přátelé, zdravotnický personál, lékařské záznamy, výsledky laboratorních vyšetření a testů, odborná lékařská literatura apod. (STAŇKOVÁ, 2009).

Získávání informace o stavu pacienta v první fázi ošetrovatelského procesu je možné na základě vhodně zvoleného ošetrovatelského modelu. Autorkou této diplomové práce při zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s cholecystitidou je zvolen model Marjory Gordonové „Funkčního typu zdraví“. Dle některých odborníků, tento model je nejvíc systematický a představuje z holistického hlediska nejkomplexnější pojetí jedince v ošetrovatelství. Model Marjory Gordonové je standardně využíván v ošetrovatelské praxi i ve vzdělávání sester a uvádí 11 oblastí: vnímání zdraví a aktivity k udržení zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání a poznávání, sebepojetí a sebeúcta, plnění rolí a mezilidské vztahy,

sexualita a reprodukční schopnosti, stres a zátěžové situace, víra a životní hodnoty (TÓTHOVÁ, 2009).

Existují dva typy informací o pacientech: subjektivní a objektivní. Sbírání subjektivních informací probíhá prostřednictvím průzkumu: jsou to údaje, které pocítuje pacient. Na začátku jsou vždy zaznamenány osobní údaje s odkazem na zdroj informace. Subjektivní informace zahrnuje základní stížnosti, anamnézu, osobní stav, sebevědomí pacienta v době kontroly, rodinnou a psychologickou situaci. Objektivní informace zahrnuje údaje, které zjevně vnímá sestra či ošetřující personál. Takové informace můžeme získat pomocí fyzikálních vyšetření: měří se výška pacienta a jeho tělesná hmotnost, teplota, hodnotí se stav zraku, sluchu, kůže, viditelných sliznicí, pohybového ústrojí, dýchacích cest, kardiovaskulárního, močového, reprodukčního, endokrinního, nervového systému, zažívacího traktu a celkový stav pacienta (TÓTHOVÁ, 2009).

Také v ošetrovatelském procesu jsou k objektivnímu posouzení stavu pacienta používané různé hodnoticí škály, testy a stupnice. Nejvyužívanějšími jsou: stupnice Nortonové (viz příloha B) – pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů, Glasgowská stupnice kómatu (viz příloha C) – pro vyhodnocení míry vědomí pacienta, Barthelové test základních denních činností (viz příloha D) – pro zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech, vizuální analogová škála a škála dle Melzacka (viz příloha E) - škála pro hodnocení bolesti. Všeobecná sestra musí zjištěné anamnestické údaje zaznamenat do ošetrovatelského záznamu ve zdravotnické dokumentaci nemocného (MASTILIAKOVÁ, 2014).

Také součástí první fáze posouzení jsou medicínský management a situační analýza, které jsou souhrnem ošetrovatelských problémů. „Jde o analyticko-syntetické shrnutí informací o aktuálním zdravotním stavu pacienta s cílem zformulovat konkrétní problém a naplánovat intervence“ (SLEZÁKOVÁ, 2014, s. 180).

6.2.2 DRUHÁ FÁZE - DIAGNOSTIKA

Druhou fází ošetrovatelského procesu je diagnostika. Diagnostika začíná analýzou informací, získaných v průběhu první fáze posouzení a odhalení problémů pacienta, bránících k dosažení optimálního zdravotního stavu v jakékoliv situaci včetně nemoci a umírání. Tyto problémy se týkají především uspokojení základních životních potřeb pacienta (STAŇKOVÁ, 2009).

Aby analýza měla důkladný, konstruktivní a účelní charakter, je potřeba se řídit určitými principy a pravidly:

- identifikovat základní životní potřeby, jejichž uspokojování v konkrétním případě je porušeno;
- identifikovat faktory, které způsobují nebo komplikují onemocnění (životní prostředí, okolí, osobní situace, rodinná situace apod.);
- zjistit silné a slabé stránky pacienta (pomáhá s prevencí před chorobou či jejím rozvojem);
- jasně identifikovat, zda-li by se mohly schopnosti pacienta s časem postupně rozšířit anebo se víc omezit (STAŇKOVÁ, 2009).

Problémy pacienta mohou být spojené nejen s onemocněním, ale také s léčebným procesem, nedůvěrou ke zdravotnickému personálu, rodinnými nebo profesionálními vztahy. Je důležité zapojit nemocného do ošetrovatelského procesu, nalezené ošetrovatelské problémy s ním konzultovat a společně najít ideální postup k jejich uspokojení. Ošetrovatelská diagnóza se může měnit buď denně anebo i v průběhu jednoho dne. Je nutné podotknout, že ošetrovatelská diagnóza se liší od diagnózy lékaře. Lékař definuje příčiny, nastiňuje plán a předepisuje léčbu, když ošetrující personál pomáhá pacientovi přizpůsobit se a žít s onemocněním (STAŇKOVÁ, 2009).

Existují ošetrovatelské diagnózy aktuální, potenciální a wellness (edukační). Aktuální se vztahují na současné problémy pacienta. Vznik potenciálních problémů je potřeba předvídat, a tak tomu vzniku zabránit úsilím ošetrovatelské péče. Diagnóza „wellness“ je využívána v tom případě, kdy sestra chce u pacienta zlepšit úroveň určité oblasti jeho života. Tyto diagnózy se také nazývají edukačními diagnózami (TÓTHOVÁ, 2009).

Dle správného stanovení ošetrovatelské diagnózy sestra potřebuje kritické myšlení. Kritické myšlení předpokládá, že sestra má určité vlastnosti: důvěru, flexibilitu, intuici, objektivitu, intelekt, úvahu. Její myšlení musí být rozmanité, pružné a propracované (TÓTHOVÁ, 2009).

Při stanovení aktuální diagnózy sestra používá strukturu PES, která tvořena třemi složkami. Jednotlivým písmenům této zkratky odpovídá přesný název: P – ošetrovatelský problém, E – etiologie, S – symptomy. Při stanovení potenciální

diagnózyse používá struktura PRF, kde P je potenciální problém a RF – rizikové faktory (PLEVOVÁ, 2011).

Kromě toho, na pozadí jednoho onemocnění u pacienta může dojít k několika problémům. Nezbytným krokem v tomto případě je formulování několika ošetrovatelských diagnóz. Není třeba zapomínat i na situaci, když u pacienta neexistují fyzická porušení, ale ohrožení zdraví a života je způsobeno porušením uspokojení svých psychologických, sociálních a duchovních potřeb. Při formulování ošetrovatelské diagnózy je nutné identifikovat příčiny, které způsobily vzniklý problém. Zásahy ošetrovatelského personálu by měly být zaměřené především na řešení těchto příčin (TÓTHOVÁ, 2009).

Dle produktivity práce sester severoamerickou asociací pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku byl vyvinut systém diagnostické terminologie NANDA Taxonomie I, který obsahoval devět vzorců lidských reakcí. Následně NANDA uvedla v roce 2000 taxonomie II, obsahující třináct diagnostických domén, které vychází ze Vzorců zdraví Marjory Gordonové. Tento systém pomáhá sestřám při zpracování a formulování ošetrovatelských diagnóz (MIKŠOVÁ, 2010).

6.2.3 TŘETÍ FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Třetí fáze ošetrovatelského procesu zahrnuje formulování cílů/očekávaných výsledků a plánování péče, které jsou zaměřeny na nemocného. Cílem ošetrovatelské péče je očekávaný pozitivní výsledek ošetrovatelských intervencí k řešení specifických problémů pacienta stanovených v diagnostické fázi. Jakýkoliv zásah je zaměřen na výsledek, proto je formulování cíle nezbytné jak pro samotnou péči v každém konkrétním případě, tak i pro hodnocení účinnosti ošetrovatelské péče. Základním pilířem filozofie ošetrovatelství je holistický přístup k pacientovi: je potřeba léčit pacienta, nikoliv nemoc. Právě, proto jsou cíle (stejně jako i problémy pacienta) v každém případě unikátní. Každý člověk reaguje jinak na různé životní situace. Cílem formulování očekávaných výsledků je změna pacientova stavu. Cíl může být krátkodobý, plánuje se v rámci hodin až dnů, či dlouhodobý, při delší době hospitalizace, a musí zahrnovat zásah, realizační kritéria, podmínky a časový termín. Také cíl musí být realistický, časově vymezený, jednotlivý, pozorovatelný, měřitelný a spadat do kompetence všeobecných sester (TÓTHOVÁ, 2009).

Ve fázi plánování jsou důležité jak schopnosti všeobecné sestry, které vedou k řešení problémů, tak i spolupráce s pacientem, jeho rodinou či multidisciplinárním týmem během celého procesu plánování. Seřazení problémů podle priorit je důležitou částí v prvním kroku plánování. Problémy ohrožující život mají nejvyšší prioritu, poté jsou problémy ohrožující zdraví, které mají střední prioritu. Následně se sestra zabývá problémy, které souvisí s riziky pro zdraví a kvalitu života. V různých zdravotnických zařízeních mají plány rozdílná znění, nicméně jsou jednotné ve své podstatě a zaměřují se na dosažení stanovených cílů v kompetenci ošetřujícího personálu jako plnoprávného účastníka procesu léčby, rehabilitace a monitorování pacienta (TÓTHOVÁ, 2009).

Plánem péče je individuální, písemný návod k péči o konkrétního pacienta, zahrnující stanovení priorit problémů, stanovení cílů, které chce sestra ve spolupráci s pacientem dosáhnout, dále sestra plánuje očekávané výsledky a navrhne zásahové intervence. Ošetřovatelské zásahy zpracované individuálně pod konkrétního pacienta směřují k dosažení stanovených cílů a k řešení pacientových problémů. Také sesterské intervence mohou být nezávislé, součinné a závislé. Nezávislé činnosti jsou realizovány všeobecnou sestrou na základě svých vědomostí a dovedností, a je za ně zodpovědná. Součinné intervence jsou plánované či prováděné ve spolupráci s jinými členy zdravotnického personálu. Závislé intervence jsou prováděny na základě příkazu lékaře. Intervence se modifikují podle aktuálního stavu pacienta během hospitalizace. Cílem ošetřovatelských intervencí je zajistit pacientovi komplexní ošetřovatelskou péči (TÓTHOVA, 2009).

6.2.4 ČTVRTÁ FÁZE – REALIZACE

Čtvrtou fází ošetřovatelského procesu je realizace plánu ošetřovatelských intervencí. Realizace ošetřovatelských intervencí je aktivní spolupráce sestry s pacientem, jeho rodinou a s ostatními členy ošetřovatelského týmu. Všeobecná sestra musí neustále provádět opětovné posouzení stavu pacienta dle případné aktualizace plánu péče. Sestra také vykonává roli učitelky, komunikátora, ošetřovatelky, manažerky při realizaci ošetřovatelských intervencí u konkrétního pacienta. Výsledkem této fáze by mělo být dosažení očekávaného výsledku ošetřovatelské péče. Fáze Realizace zahrnuje:

- fyzickou a psychologickou pomoc;
- kontrola sebek péče u pacienta;

- odborné konzultace pro pacienta nebo jeho rodinu;
- hodnocení práce celého týmu;
- výměnu důležitých informací pro léčbu s jinými členy týmu (TÓTHOVÁ, 2009).

Ošetrovatelská intervence je jakákoliv činnost všeobecné sestry, která je součástí plánu. Zahrnuje třeba psychologickou podporu, ošetrovatelskou péči, edukaci pacienta, přípravu materiálů a prostředí. Také v této fázi je důležitá spolupráce a zapojení pacienta a jeho rodiny do péče. Základem realizace ošetrovatelské praxe pro sestru jsou kognitivní, interpersonální a technické dovednosti. Tyto dovednosti spočívají v tom, že sestra musí kriticky myslet, umět zacházet s technickými přístroji, komunikovat s pacientem či zdravotnickým personálem (TÓTHOVÁ, 2009), (BOROŇOVÁ, 2010).

6.2.5 PÁTÁ FÁZE – VYHODNOCENÍ

Pátou a poslední fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení ošetrovatelské péče. Tato fáze zahrnuje následující kroky:

- vyhodnotit reakci pacienta na ošetrovatelskou péči;
- vyhodnotit výsledky ošetrovatelské péče;
- udělat celkovou analýzu poskytnuté pomoci (STAŇKOVÁ, 2009).

Během této fáze dochází k hodnocení sestrou, zda a do jaké míry byly stanovené cíle splněny. Zlepšení stavu pacienta ukazuje na vhodně naplánovanou ošetrovatelskou péči. Vyhodnocení ošetrovatelské péče se provádí neustále. Pacientův stav se mění každý den, a to i několikrát denně, což není vždy způsobené charakterem a průběhem choroby či léčby. Může to být následkem vztahů se sousedy na oddělení nebo zdravotnickým personálem, situace v rodině či v blízkém okolí. V případě, že při hodnocení ošetrovatelské péče očekávané výsledky nebyly dosaženy a nebyl vyřešen pacientův problém, je nutné změnit ošetrovatelský plán, a sestavit nový s ohledem na současný zdravotní stav pacienta. Pozorování pacienta je také jeden z úkolů ošetrovatelského personálu. Je třeba si všimnout i nejmenších změn stavu či chování pacientů, s ohledem na to, že chování je jedním z hlavních hodnotících kritérií (TÓTHOVÁ, 2009).

Dle Tóthové se hodnocení dělí na tři typy: terminované – provádí se v ošetrovatelském procesu, kdy se stanovují krátkodobé cíle a předpokládaný termín jejich dosažení, průběžné – provádí se neustále, sestra hodnotí poskytnutou ošetrovatelskou péči až do propuštění pacienta, a závěrečné – provádí se před ukončením hospitalizace, zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče (TÓTHOVÁ, 2009).

7 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARJORY GORDONOVÉ

Ošetřovatelství je vědou, která stejně jako i jakákoliv jiná věda by měla mít především svou teorii. Tato teorie by měla zahrnovat všechny možné varianty interakce a spolupráce pacienta se všeobecnou sestrou. Nicméně, pokud je tento jev až příliš obsáhlý a abstraktní, teorie je nahrazená modelem, usnadňující bádání a analýzu. Model by měl být přizpůsoben potřebám pacientů, jejich rodinám a okolí a zároveň poskytovat sestře široký výběr rolí a funkcí pro práci nejen s nemocnými, ale také se zdravým kontingentem obyvatelstva (MASTILIAKOVÁ, 2014).

V současné době existuje více než 30 koncepčních modelů ošetřovatelské péče. Obsahují klíčové body jako například:

- vyšetření pacienta;
- identifikace jeho problémů;
- uskutečnění ošetřovatelství;
- plánování ošetřovatelské péče;
- plnění ošetřovatelských intervencí;
- vyhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče atd.

Zkusíme se podívat na vybraný model, který dále popíšeme v teoretické části této bakalářské práce.

Model Marjory Gordonové. Tento model se také jmenuje modelem funkčních typů zdraví. Jádrem tohoto modelu je podle pojetí autorky toho, že všichni mají společné určité typy chování, přímo související se zdravím, kvalitou života, schopnostmi či potenciálem. Popisem a hodnocením typů zdraví může sestra identifikovat funkční a dysfunkční chování a v některých případech i stanovit ošetřovatelskou diagnózu. Dysfunkční typ vede k porušení bio-psycho-sociální rovnováhy člověka, což vyvolává onemocnění (MASTILIAKOVÁ, 2014), (BOROŇOVÁ, 2010).

Základem modelu je rozdělení typů zdraví na 11 oblastí. Díky takovému strukturovanému rozdělení mají všeobecné sestry možnost komplexního, systematického a bezproblémového vyznačení aspektů zdraví a funkcí organismu pacienta. V následující tabulce je přehled 11 oblastí a jejich jednotlivý popis.

Tabulka 1 Funkční typy zdraví

| Název oblastí | Pojem |
|--|--|
| Vnímání zdraví a aktivity k udržení zdraví | Individuální zdravotní stav Vztah k současným zdravotním aktivitám Jak zvládá rizika spojené se zdravotním stavem, stylem |
| Výživa a metabolismus | Individuální způsob stravování Náhradní výživné látky, vitamíny U malých dětí, kojení a způsob krmení Hodnocení stavu kůže, defektů, hojení ran, stav vlasů, nehtů, váha, výška |
| Vylučování | Charakter vylučování (střev, močového měchýře, a kůže) Problémy s vylučováním |
| Aktivita a cvičení | Denní životní aktivity Udržování tělesné formy Faktory překážející tělesné aktivitě |
| Spánek a odpočinek | Způsob spánku, odpočinku Poruchy spánku Kvalita spánku a odpočinku |
| Vnímání a poznávání | Způsob smyslového vnímání (vědomí, zrak, sluch) Funkcí nervového systému Poruchy smyslového vnímání bolesti |
| Sebepojetí a sebeúcta | Sebepojetí, sebeúcta, obraz těla Individuální názor na sebe |
| Plnění rolí a mezilidské vztahy | Vnímání osobní role ve vlastním životě Úroveň mezilidských vztahů |
| Sexualita a reprodukční schopností | Spokojenost či nespokojenost s vlastní sexualitou Pohlavní choroby Reprodukční období u žen |

| | Problémy s prostatou u mužů |
|--------------------------|---|
| Stres a zátěžové situace | Vnímání stresu a jeho zvládnání Schopnost ovládat a zvládat běžné situace Podpůrné sociální systémy a osoby |
| Víra a životní hodnoty | Životní hodnoty Přesvědčení pacienta, cíle Religiozita Čím se řídí při výběru svých rozhodnutí |

Zdroj: Mastiliaková, 2014, s. 63

Model Gordonové je široký a velice přínosný, a to zejména z následujících hledisek:

- je zaměřen na zdraví a jeho podporu, co umožňuje komplexní použití buď v primární ošetrovatelské péči, či v nemocniční péči, když anamnézu v závislosti na oddělení nebo onemocnění lze rozpracovat podrobněji a zaměřit se na dysfunkční typ zdraví;
- podpora holistického přístupu ke zdraví;
- využití v taxonomii ošetrovatelských diagnóz (seskupování příbuzných ošetrovatelských diagnóz);
- kompetence a pole působnosti sestry jsou jasně vymezené (MASTILIAKOVÁ, 2014), (BOROŇOVÁ, 2010).

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CHOLECYSTITIDOU

Při tvorbě této bakalářské práce na téma „Ošetrovatelský proces u pacientky s cholecystitidou“ z důvodu vhodné diagnózy a rady všeobecné sestry byla zvolena a popsána níže uvedena pacientka. Ošetrovatelskou péčí, kterou jsme popisujeme proběhla za sledované období 7. 11.-9. 11. 2016 od začátku hospitalizace na chirurgickém oddělení. Při zpracování této bakalářské práce z důvodu ochrany osobních údajů a souhlasu pacientky jsou v práci uvedeny pouze iniciály pacientky (zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů).

Cílem praktické části bakalářské práce bylo podrobně popsat a vysvětlit ošetrovatelský proces u 61leté pacientky s diagnózou Kámen žlučníku s jinou cholecystitidou. Dále jsme stanovili dílčí cíle: vyřešit klíčový ošetrovatelský problém akutní bolest, eliminovat potenciální ošetrovatelská rizika – riziko infekce a riziko nestabilní glykemie. Ošetrovatelská péče byla realizována metodou ošetrovatelského procesu s použitím diagnostické domény Marjory Gordonové – 11 domén koncepčního modelu k posouzení zdravotního stavu pacientky. Údaje jsme získali kombinací několika metod (klinická vyšetření, rozhovory, pozorování, měřící ošetrovatelské techniky). Dále bylo zjištěno a řešeno šest ošetrovatelských problémů pacientky: akutní bolest, úzkost, hypertermie, porucha spánku, riziko infekce a riziko nestabilní glykemie. Ošetrovatelské diagnózy jsme stanovili dle NANDA I Taxonomie II 2012–2014 a seřadili je podle priorit. U vybraných ošetrovatelských diagnóz jsme stanovili cíle, priority, očekávané výsledky, plány ošetrovatelských intervencí, dále jejich realizace a hodnocení ošetrovatelské péče.

8.1 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE NEMOCNÉ

Jméno a příjmení: D.R.

Pohlaví: žena

Věk: 61 let

Bydliště: Praha

Národnost: česká

Stav: vdaná

Kontakt: manžel

Oslovení: paní

Datum přijetí: 7.11.2016

Důvod přijetí: léčebný

Typ přijetí: neodkladná

Oddělení: Chirurgické oddělení Nemocnice na Bulovce

Diagnóza při přijetí: K801 – Kámen žlučníku s jinou cholecystitidou
E10.8 – Diabetes mellitus na PAD.

8.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Ošetřovatelskou anamnézu jsme zpracovali dne 7. 11. 2016. Informace o nemocné byly získané prostřednictvím rozhovorů, pozorování, ze zdravotnické dokumentace a od ošetřovatelského personálu.

RODINNÁ ANAMNÉZA:

Nelze zjistit (adoptovaná).

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Paní D.R. žije s manželem v rodinném domě.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Rivocor 5 1-0-1, Gordius 1000 1-0-1, Glucophage 1-0-1, Glimepirid mylan 2mg 1-0-1, Euthyrox 50 1-0-0, Dithiaden 0-0-1. Indikované před přechodem na oddělení.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA:

Dříve prodavačka, nyní v důchodu.

ALERGICKÁ ANAMNÉZA:

Pacientka uvádí, že má alergii na antibiotika, přesněji neví.

ABUSUS:

Pacientka nekouří, alkohol pije příležitostně.

OSOBNÍ ANAMNÉZA:

Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, Diabetes mellitus 2. na PAD, Hyperlipidemie, Hypothyreosa.

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ: vyšetřena zde před 2 dny, stav po biliární kolice, doporučena kontrola, na kterou se nedostavila, nyní od rána postupné progrese bolestí, stolice v normě, nezvracela, dysurii nemá, odpoledne měla TT 37,7 °C, progrese zánětlivých parametrů. Přijata k observaci a další terapii, pracovní diagnóza cholecystitis acuta.

PŘI PŘÍJMU:**Hmotnost:** 65 kg**Výška:** 155 cm**Pulz:** 100/min**TK:** 165/80 mmHg sloupce**BMI:** 27,06

CELKOVÝ STAV: pacientka orientovaná, spolupracuje, kůže bez ikteru, bez cyanózy. Břicho nad niveau, měkké, striae, dýchá volně v celém rozsahu, palpačně citlivost v nadbřišku a v pravém podžebří, bez známek peritoneálního dráždění. Poklep bubínkový, peristaltika živá, nepřekážková, tapottement bilaterálně negativní, dýchání čisté.

8.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM PŘI PŘÍJMU**DNE 7. 11. 2016**

Fyzikální vyšetření současného zdravotního stavu pacientky ze dne 7. 11. 2016 bylo provedeno lékařem. Fyzikální vyšetření prokázalo palpačně citlivost v nadbřišku a pravém podžebří, hypertenze 165/80 mmHg sloupce, tachykardie 100/min. a hypertermie 37,7⁰C. Informace o stavu pacientky jsme ukázali ve formátu následující tabulky:

Tabulka 2 Informace o současném stavu zdraví pacientky

| | |
|------------------------------|---|
| Hlava | Normocefalická, pokleповě nebolestivá |
| Oči | Bez výtoků, bulvy ve středním postavení, zornice izokorické. |
| Uši, nos | Bez výtoků, bez patologického nálezu |
| Rty | Červené, bez patologického nálezu |
| Dásně, sliznice dutiny ústní | Dásně b.p.n., sliznice růžové barvy |
| Jazyk | Plazí ve střední čáře, bez povlaku |
| Tonzily | Klidné |
| Chrup | Dolní protéza |
| Krk | Hybnost volná, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, náplň krčních žil přiměřená, štítná žláza nezvětšená |

| | |
|-------------------|---|
| Hrudník | Symetrický, bez deformit |
| Plíce | Dýchání bilaterálně čisté, sklípkové |
| Srdce | Srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničeny, TK 165/80 mmHg, puls 100/min., dobře hmatatelný |
| Břicho | V niveau, striae, dýchá volně v celém rozsahu, měkké, palpačně citlivost v nadbříšku a v pravém podžebří, peristaltika živá, poklep bubínkový |
| Játra | Játra k oblouku |
| Slezina | Nehmatná |
| Genitál | Ženský, přiměřený věku |
| Uzliny | Nehmatné |
| Páteř | Bez výrazné deformace |
| Klouby | Bez otoků, bez omezení hybnosti |
| Reflexy | Reflexy jsou zachovány |
| Periferní pulzace | Hmatná |
| Varixy | Bez varix |
| Kůže | Bez významných eflorescencí, tělesná teplota 37,7 ⁰ C |
| Otoky | Bez otoků |

Zdroj: vlastní zpracování, 2016

V další tabulce uvádíme informace o posouzení fyzického stavu pacientky při přijetí dle modelu Marjory Gordonové, které jsme realizovali dne 7.11.2016. Výsledkem posouzení bylo stanovení ošetřovatelských diagnóz aktuálních – akutní bolest, porucha spánku, úzkost, hypertermie a potenciálních – riziko infekce a riziko nestabilní hladiny glykemie v krvi.

Tabulka 3 Posouzení fyzického stavu pacientky

| | |
|---------------------------------|--|
| <p>1. Vnímání zdraví</p> | <p>Pacientka se necítí celkově dobře kvůli bolesti (Dle Melzacka stupeň 2) a zvýšené tělesné teplotě (37,7⁰C). Nekouří, alkohol pije příležitostně, drogy neužívá. Na preventivní prohlídky chodí cca jednou za rok. Pacientka trpí DM II typu, uvádí že dodržuje diabetickou dietu a pravidelně užívá všechny předepsané léky. Pacientka má zavedeny PŽK (hřbet pravé horní končetiny).</p> <p>Ošetřovatelský problém: Akutní bolest, hypertermie, riziko nestabilní hladiny glykemie v krvi, riziko infekce</p> |
| <p>2. Výživa a metabolismus</p> | <p>Pacientka dodržuje diabetickou dietu. Změny v hmotnosti během poslední doby nepozorovala. Problémy s polykáním nemá. Váha 65 kg, Výška 155 cm. BMI 27,06. Denně vypije asi 1,5 – 2 l tekutin. Nechutenstvím netrpí.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Nenalezen</p> |
| <p>3. Vylučování</p> | <p>Pacientka nemá problémy s vylučováním moči ani stolice. Projímadla nikdy v životě nepoužívala. Nejsou žádné příměsi ve stolici a moči.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Nenalezen</p> |
| <p>4. Aktivita a cvičení</p> | <p>Pacientka uvádí, že nikdy aktivně necvičila. Ráda čte, chodí na procházky s manželem. Běžné denně činnosti zvládá sama bez potíží. Odpočívá dle potřeby.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Nenalezen</p> |
| <p>5. Spánek a odpočinek</p> | <p>Pacientka uvádí, že v domácím prostředí usíná obvykle při četbě knihy nebo při sledování televize. Prášky na spaní neužívá.</p> <p>V nemocnici má problém kvůli rušivým zvukům. Po probuzení se cítí unavená.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Porucha spánku</p> |

| | |
|-----------------------------|--|
| 6. Vnímání a poznávání | Pacientka je plně při vědomí, orientovaná všemi kvalitami. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Řeč je plynulá, srozumitelná. Paměť je neporušená, pozornost úmyslná. Odpovídá adekvátně. Ošetrovatelský problém: Nenalezen |
| 7. Sebepojetí a sebeúcta | Považuje se za optimistku. Se svým životem je spokojená. Ošetrovatelský problém: Nenalezen |
| 8. Role a mezilidské vztahy | Pacientka je vdaná, žije s manželem v rodinném domě. Děti nemá. Rodinné problémy neudává. Manžel má zájem o její zdraví a pravidelně ji navštěvuje. K lidem se chová přátelsky. Ošetrovatelský problém: Nenalezen |
| 9. Sexualita | Menarche byly kolem 13 let. Menstruace byla pravidelná, bez potíží. Menopauza nastala v 45 let. U gynekologa byla před několika lety. Ošetrovatelský problém: Nenalezen |
| 10. Stres | Pacientka uvádí, že v posledních letech neprožila žádně významné změny. Po dobu hospitalizace pacientka udává, že má obavy z nemoci a předpokládané operace. Ošetrovatelský problém: Úzkost |
| 11. Víra | Pacientka udává, že není věřící. Ošetrovatelský problém: Nenalezen |

Zdroj: Rozhovor s pacientkou, vlastní zpracování, 2016

8.4 MEDICINSKÝ MANAGEMENT

Dále pacientce byla naordinována doplňující vyšetření laboratorní a diagnostická k upřesnění lékařské diagnózy a nastavení další terapie. Odběry krve na krevní obraz a biochemii byly provedeny v den příjmu 7. 11. 2016. V tabulce 4 uvádíme přehled laboratorních výsledků:

- Laboratorní vyšetření

Tabulka 4 Výsledky laboratorních vyšetření

| Parametr | Jednotka | U pacienta | V normě |
|----------------------|----------------------|------------|------------|
| Bilirubin | μmol/l | 53,3 l | 2,0-17,0 |
| Bilirubin přímý | μmol/l | 43,3 l | 0,0-5,1 |
| ALT | μkat/l | 4,36 l | <0,67 |
| AST | μkat/l | 5,62 l | <0,67 |
| ALP | μkat/l | 5,92 l | <2,3 |
| GGT | μkat/l | 7,55 l | 0,14-0,68 |
| Alfa-amyláza | μkat/l | 0,73 l | 0,47-1,67 |
| Lipáza | μkat/l | 0,54 l | 0,0-1,0 |
| CRP | mg/l | 281,6 l | <6 |
| Kreatinin | μmol/l | 129 l | 40-115 |
| Urea | mmol/l | 6,8 l | 2,9-8,2 |
| Na | mmol/l | 136,0 l | 132-145 |
| K | mmol/l | 5,16 l | 3,8-5,2 |
| CL | mmol/l | 92 l | 97-108 |
| Glykemie | mmol/l | 14,8 l | 3,5-5,5 |
| Leukocyty | 10 ^{*9} /l | 21,9 l | 4,0-10,0 |
| Erytrocyty | 10 ^{*12} /l | 4,55 l | 3,8-4,8 |
| Hemoglobin | g/l | 137 l | 120-160 |
| Hematokrit | „l“ | 0,403 l | 39 ± 4 (%) |
| Střední objem ERY | fl | 88,6 l | 85±10 |
| MCH | Pg | 30,1 l | 28,1-35,6 |
| MCHC | g/l | 339 l | 330-363 |
| Trombocyty | 10 ^{*9} /l | 426 l | 150-350 |
| APTT | s | 24,7 l | 29-42 |
| APTT-poměr | „l“ | 0,81 l | 0,8-1,2 |
| INR | | 1,02 | 0,8-1,2 |
| Protrombinový test-p | | 1,03 l | 0,8-1,25 |
| Protrombinový test-s | s | 12,0 l | 14-18 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2016

Laboratorní vyšetření prokázalo leukocytózu, elevace CRP, zvýšený bilirubin, jaterní enzymy a gama-glutamyltransferáza, což svědčí o onemocnění žlučových cest.

Dále je zvýšená hladina glykemie v krvi. Ostatní kritéria jsou v normě.

Následujícího dne (8. 11. 2016) byla provedena diagnostická vyšetření ultrasonografie, CT vyšetření, RTG srdce a plic a EKG. Lékařská diagnóza nebyla revidovaná. Lékařem bylo rozhodnuto o postupu konzervativní léčby.

– Přístrojová vyšetření

1. Ultrasonografie prokázala ztlustění stěny žlučníku nad 3 mm, tekutinový lem kolem žlučníku, přítomnost konkrementů do 4 mm, pozitivní sonografický Murphyho příznak, echogenní žluč. Žlučovody nejsou dilatovány. Obě ledviny jsou přiměřené velikosti a polohy, bez dilatace dutého systému. Slezina je nezvětšená, homogenní. Závěrem byla diagnostikována akutní kalkulózní cholecystitida.
2. CT vyšetřením byl zjištěn edém stěny žlučníku, zánět pericholecystického tuku.
3. RTG srdce a plic prokázalo normální nález.
4. EKG vyšetření ukázalo normální EKG křivku (viz příloha E).

Konzervativní léčba: Dieta: č. 9 (viz příloha F)

Pohybový režim: klid na lůžku, led na pravé podžebrí

Výživa: ne

RHB: ne

Medikamentózní léčba:

Lékař vedle chronické léčby dne 7. 11. 2016 indikoval ještě další léky, jak ukazuje následující tabulka 5. Dále jsme zpracovali podrobný popis léčivých přípravků (viz příloha G).

Tabulka 5 Medikamentózní léčba

| Název léků | Forma | Síla | Dávkování | Skupina |
|-------------------|---------------------------|---------|---------------------------------------|-------------|
| Hartmannův roztok | Infuzní roztok | 1000 ml | 40 ml/kg/24 h. | Elektrolyty |
| Acefa | Prášek pro infuzní roztok | 2 g | 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku | Antibiotika |

| | | | | |
|------------------|-----------------|--------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Analgin | Injekční roztok | 5 ml | ½ amp + 100 ml fyziologického roztok | Analgetikum |
| Clexane | Injekční roztok | 0,4 ml | 1x denně | Antikoagulancia |
| Rivocor | Tablety | 5 mg | 1-0-1 | Beta-blokátory |
| Gordius | Tablety | 100 mg | 1-0-1 | Antiepileptica Anticonvulsiva |
| Glucophage | Tablety | | 1-0-1 | Antidiabetica |
| Glimepirid mylan | Tablety | 2mg | 1-0-1 | Antidiabetica |
| Euthyrox | Tablety | 50 mg | 1-0-0 | Léčivá s hormonální aktivitou |
| Dithiaden | Tablety | 2 mg | 0-0-1 | Antihistaminika |

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2016

Situační analýzu jsme provedli prvního dne hospitalizace 7. 11. 2016. Na základě získaných údajů od pacientky, ošetrovatelské dokumentace a ošetrovatelského týmu byly zjištěny ošetrovatelské problémy, které jsme stanovili podle priorit ve spolupráci s pacientkou, s ohledem na zkušenosti ošetrovatelského personálu a pozorováním aktuálního zdravotního stavu – bolest v pravém podžebří, úzkost, riziko infekce z důvodu zavedení PŽK, riziko nestabilní glykemie, porucha spánku, zvýšená teplota, hypertenze, tachykardie.

Situační analýza: pacientka, 61 let, byla přijata 7. 11. 2016 na chirurgické oddělení Nemocnice na Bulovce s bolestmi v pravém podžebří. Pacientka přijata k observaci a další terapii. Pacientka je orientovaná, spolupracuje, kůže bez ikteru, stolice v normě, nezvracela. Bolest v pravém podžebří dle škály Melzacka hodnota 2. Pacientka udává, že má alergie na ATB přesněji neví. Pacientka je diabetička na PAD – kontrola glykemie 3x denně dle ordinace lékaře a konzultace s lékařem, o dietě již byla poučena před hospitalizací. Pacientka si stěžovala na potíže s usínáním z důvodu změny prostředí. Dále byla odebrána krev na laboratorní vyšetření. Zaveden periferní žilní katetr (pravá horní končetina), kontrola rizika vzniku infekce. Podaná analgetika dle ordinace lékaře: analgin ½ ampuly do 100 ml fyziologického roztoku i.v 15 minut. Naordinovaná dieta č. 9, klid na lůžku, chladivý obklad na pravé podžebří 15 min. TK 165/80 mmHg sloupce, TT 37,7 °C, P 100/min., glykemie 14,8 mmol/l.

8.5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT DNE 7. 11. 2016

Na základě posouzení aktuálního zdravotního stavu pacientky dle NANDA taxonomie II 2012-2014 (Herdman, 2013), fyzikálního vyšetření, indikované medikace, indikovaného vyšetření lékařem a realizovaných ošetrovatelských výkonů v první den hospitalizace, byly zjištěny ošetrovatelské problémy, které jsme popsali v situační analýze a na jejichž základě stanovili ošetrovatelské diagnózy, které jsme uvedly v přehledu. Jsou rozdělené na aktuální – akutní bolest, úzkost, hypertermie, porucha spánku, a rizikové – riziko nestabilní glykemie, riziko infekce. Považujeme tyto problémy za zásadní a nezbytné k jejich odstranění pro zlepšení celkového zdravotního stavu pacientky.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

00132 Akutní bolest – střední priorita

Určující znaky: sdělení bolesti, úzkost, bolestivý obraz obličeje.

Související faktory: symptom související s nemocí.

00146 Úzkost – střední priorita

Určující znaky: zvýšení krevního tlaku, zvýšení pulzu, porucha spánku.

Související faktory: nedostatečná informovanost, symptom související s nemocí.

00007 Hypertermie – střední priorita

Určující znaky: zvýšení tělesné teploty nad normální rozmezí, tachykardie.

Související faktory: nemoc žlučníku.

00095 Porucha spánku – nízká priorita

Určující znaky: pacientka uvádí potíže s usínáním, nespokojenost se spánkem, nedostatek energie.

Související faktory: symptomy související s onemocněním, tělesný diskomfort.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

00004 Riziko infekce – střední priorita

Rizikové faktory: porušena integrita kůže (zavedena i.v katetrizace), Diabetes Mellitus 2.

Související faktory: zavedení PŽK, diabetes mellitus.

00179 Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi – střední priorita

Rizikové faktory: medikamentózní léčba, nedostatečné monitorování glykemie, Diabetes Mellitus.

Související faktory: Diabetes Mellitus

8.6 PLÁN, REALIZACE A HODNOCENÍ PÉČE

1. Akutní bolest 00132

Doména: 12 komfort

Třída: 1 tělesný komfort

Definice: nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany v terminologii pro takové poškození (Herdman, 2013, s. 498).

Určující znaky: sdělení bolesti, úzkost, úlevové polohy, bolestivý obraz obličeje.

Související faktory: onemocnění akutní cholecystitida.

Cíl (krátkodobý):

Pacientka uvádí, že bolest zmírněna do 2 hodin z hodnoty 2 do hodnoty 1 dle škály Melzacka.

Cíl (dlouhodobý)

- Pacientka neuvádí bolest po ukončení hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky do 2 hodin od začátku hospitalizace:

- Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti.
- Je schopná sledovat bolest.
- Pacientka je poučená metodám zmiřujícím bolest.
- Dodržuje farmakologický režim.
- Klidně spí.
- Pacientka udává, že bolest je zmírněna.
- Dosahuje co nejlepší kvality života.

Plán ošetřovatelských intervencí dne 7. 11. 2016:

1. Lokalizuj bolest, posuď její trvání a intenzitu (škála Melzacka), v průběhu dne. Všeobecná sestra.
2. Posuď ovlivnitelnost bolesti (neverbální projevy, chování pacienta), v průběhu dne. Všeobecná sestra.
3. Kontroluj fyziologické funkce, které bolest mění, 3krát denně. Všeobecná sestra.
4. Zajisti klidné prostředí, denně. Všeobecná sestra.
5. Pečuj o pohodlí pacientky, denně. Všeobecná sestra.
6. Nauč pacientku metodám zmiřujícím bolest, do 2 hodin. Všeobecná sestra.
7. Nauč pacientku metodám úlevové polohy, do 2 hodin. Všeobecná sestra.

8. Podávej chladivý obklad dle potřeby, kontrola obkladu za 15-20 min. Všeobecná sestra.

9. Podávej analgetika při potřebě dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra.

10. Kontroluj aktuální stav a vedlejší účinky léku vždy po podání léku. Všeobecná sestra.

11. Hodnot' tlak, tělesnou teplotu, bolest dle Melzacka, 3krát denně. Všeobecná sestra.

Realizace od 7. 11. 2016, 1. den hospitalizace:

10:00 – Pacientka je přijata na chirurgické oddělení Nemocnice na Bulovce a je umístěna na pokoji. Všeobecná sestra.

10:20 – Lokalizovali jsme bolest v pravém podžebří a zhodnotili jsme intenzitu bolesti dle Melzacka - 2. Všeobecná sestra.

10:25 – Posoudili jsme ovlivnitelnost bolesti, pacientka vyjadřovala bolest slovně a bolestivým obrazem obličeje, intenzita bolesti. 2. Všeobecná sestra.

10:30 – Edukovali jsme pacientku o úlevové poloze, že může sama zaujímat úlevovou polohu, která jí nejlépe vyhovuje ke zmírnění bolesti. Všeobecná sestra

10:45 – Kontrola TK 165/80 mmHg sloupce, TT 37,7 °C, P 100/min. Informovali jsme lékaře o nalezených výsledcích. Všeobecná sestra.

11:00 – Pacientce podán chladivý obklad na pravé podžebří na 15 minut. Všeobecná sestra.

11:30 – Zajistili jsme pohodlí pacientky a klidné prostředí, pacientka udává intenzitu bolesti. 2. Všeobecná sestra.

12:10 – Dle ordinace lékaře pacientce podán Analgin ½ ampule do 100 ml fyziologického roztoku i. v. Všeobecná sestra.

12:30 – Kontrolovali jsme aktuální stav a vedlejší účinky léku, pacientka hovořila o zmírnění bolesti, dle Melzacka na hodnotu 1. Všeobecná sestra.

14:00 – Kontrola FF: TK 140/60 mmHg sloupce, TT 37,1 °C, P 79/min. Všeobecná sestra.

18:00 – Kontrola FF: TK 135/65 mmHg sloupce, TT 36,8 °C, P 72/min. Všeobecná sestra.

Hodnocení péče ke konci 1. dne hospitalizace:

- Cíl je splněn.
- Bolest je zmírněná dle Melzackové škály z hodnoty 2 na hodnotu 1.

2. Úzkost 00146

Doména: 9 zvládnutí/tolerance zátěže

Třída: 2 reakce na zvládnutí zátěže

Definice: nepříjemný prožitek a duševní emoční stav z důvodu základního onemocnění.

Určující znaky: zvýšení krevního tlaku, zvýšení pulzu, porucha spánku, slovní vyjádření.

Související faktory: nedostatečná informovanost, symptom související s nemocí

Rizikové faktory: základní onemocnění.

Cíl (krátkodobý do 2 hodin od začátku hospitalizace):

- Eliminovat pocit úzkosti.
- Pacientka je dostatečně informovaná o svém zdravotním stavu.

Cíl (dlouhodobý):

- Pacientka neuvádí známky úzkosti po ukončení hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky do 2 hodin od začátku hospitalizace:

- Pacientka je plně informovaná o svém zdravotním stavu.
- Pacientka nevyjadřuje známky úzkosti.

Plán ošetřovatelských intervencí dne 7. 11. 2016:

1. Zjistí příčiny úzkosti, do 2 hodin. Všeobecná sestra.
2. Sleduj projevy úzkosti, dnes. Všeobecná sestra.
3. Mluv s pacientkou klidně, denně, při každém kontaktu. Všeobecná sestra.
4. Informuj pacientku podle svých kompetencí o léčebném postupu. Denně, při každém kontaktu. Všeobecná sestra.
5. Umožni pacientce popsat své pocity, denně, při každém kontaktu. Všeobecná sestra.
6. Podporuj návštěvy rodiny, denně. Všeobecná sestra.
7. Zajisti, aby lékař pacientce podal dostatečné informace o její nemoci a prognóze, do 2 hodin. Všeobecná sestra.

Realizace dne 7. 11. 2016:

12:00 – Při rozhovoru s pacientkou jsme zjistili, že příčinou úzkosti je nedostatečná informovanost o svém zdravotním stavu a dalším postupu léčby. Pacientka udávala, že má obavy o svůj zdravotní stav. Všeobecná sestra.

12:20 – Pacientka byla informovaná lékařem o její zdravotním stavu a o postupu

léčby a o nenutnosti operačního zákroku. Lékař.

13:00 – Po rozhovoru s lékařem byla pacientka klidnější a dostala prostor na cokoli se zeptat. Všeobecná sestra.

15:00 – Pacientka udává, že návštěva manžela ji velice potěšila. Všeobecná sestra.

Hodnocení péče ke konci 1. dne hospitalizace:

- Cíl je splněn.
- Pacientka uvádí, že pocit úzkosti je eliminován.
- Pacientka uvádí, že dostatečně informovaná o svém zdravotním stavu a dalším postupu léčby.

3. Hypertermie 00007

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 6 Termoregulace

Definice: Stav, kdy je tělesná teplota jedince zvýšena nad horní hranici normy.

Určující znaky: zvýšení tělesné teploty nad normální rozmezí, tachykardie.

Související faktory: nemoc žlučníku.

Cíl (Krátkodobý do 24 hodin od začátku hospitalizace):

- U pacientky je stanovena příčina hypertermií.
- Pacientce se sníží teplota o jeden stupeň na 36,7 °C.

Cíl (Dlouhodobý):

- Tělesná teplota pacientky je v normálním rozmezí po ukončení hospitalizace.

Očekávané výsledky do 24 hodin od začátku hospitalizace:

- U pacientky bude snižena tělesná teplota do 36,7 °C.

Plán ošetřovatelských intervencí:

1. Zjistí příčinu zvýšené tělesné teploty, do 1 hodiny. Všeobecná sestra.
2. Monitoruj tělesnou teplotu, tlak a puls 3x denně. Všeobecná sestra.
3. Podávej ATB dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra.
4. Prováděj náhradu tekutin a elektrolytu dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra.
5. Dbej na zachování klidu na lůžku, denně. Všeobecná sestra.
6. Podávej studené obklady dle potřeby. Všeobecná sestra.
7. Pouč nemocného o nutnosti adekvátního příjmu tekutin, dnes. Všeobecná sestra.

Realizace dne 7.11 – 8. 11. 2016:

Realizace 1. den hospitalizace:

10:20 – Stanovili jsme příčinu hypertermií – základní onemocnění cholecystitis acuta. Všeobecná sestra, lékař.

10:45 – Kontrola TT 37,7 °C, TK 165/80 mmHg sloupce, P 100/min. Informovali jsme lékaře o výsledcích. Všeobecná sestra.

11:00 – Podali jsme ATB ACEFA 2 g 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra.

11:30 – Pro náhradu tekutin a elektrolytu jsme podali Hartmannův roztok 1000 ml 40 ml/kg/24 h. dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra.

10:45 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 165/80 mmHg sloupce, TT 37,7 °C, P 100/min. Informovali jsme lékaře o nalézáných výsledcích. Všeobecná sestra.

11:30 – Mezi tím, co paní D.R. obědvala, upravili jsme lůžko a vyvětrali na pokoji. Všeobecná sestra.

13:45 – Pacientka je poučena o nutnosti adekvátního pitného režimu. Všeobecná sestra.

14:00 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 140/60 mmHg sloupce, TT 37,1 °C, P 79/min. TK a P jsou v normě. O hypertermii informovali jsme lékaře. Všeobecná sestra.

18:00 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 135/65 mmHg sloupce, TT 36,8 °C, P 72/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

18:30 – Dle ordinace lékaře podali jsme ATB ACEFA 2 g 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku i.v. Všeobecná sestra.

Realizace 2. den hospitalizace:

6:00 – Pacientce byl podán ATB ACEFA 2 g 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra.

9:00 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 145/80 mmHg sloupce, TT 36,7 °C, P 78/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

13:40 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 140/60 mmHg sloupce, TT 36,7 °C, P 75/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

17:30 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 130/60 mmHg sloupce, TT 36,6 °C, P 80/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

18:15 – Dle ordinace lékaře podali jsme ATB ACEFA 2 g 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku i.v. Všeobecná sestra.

Hodnocení ke 2. dni hospitalizace:

- Cíl je splněn.
- Tělesná teplota kleslá o jeden stupeň z 37,7 °C do 36,6 °C.

4. Porucha spánku 00095

Doména: 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 1 Spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování organismu.

Určující znaky: pacientka uvádí potíže s usínáním, nespokojenost se spánkem, nedostatek energie.

Související faktory: symptomy související s onemocněním, tělesný diskomfort.

Cíl (krátkodobý do 72 hodin od začátku hospitalizace):

- Pacientka bude lépe usínat a nebude se budit během noci.
- Pacientka bude spát 7-8 hodin. Kontrola ráno.
- Pacientka neuvádí potíže se spánkem ke 3. dni hospitalizace.

Cíl (dlouhodobý):

- Pacientka neuvádí potíže se spánkem k ukončení hospitalizace.

Očekávané výsledky do 72 hodin od začátku hospitalizace:

- Pacientka slovně vyjadřuje pochopení poruchy spánku.
- Pacientka spí 7-8 hodin bez přerušování.
- U pacientky došlo ke zlepšení spánku.
- U pacientky došlo ke zlepšení pocitu celkové pohody.

Plán ošetrovatelských intervencí:

1. Posud' příčiny a související faktory poruchy spánku, dnes. Všeobecná sestra.
2. Posud' konzumaci pacientkou preferovaných nápojů (káva, alkohol), dnes. Všeobecná sestra.
3. Přizpůsob režim individuálním zvyklostem, denně. Všeobecná sestra.
4. Pátřej po nedostatku informací, které pacientka potřebuje, denně, při každém kontaktu. Všeobecná sestra.
5. Pozoruj pacientku při spánku, zaznamenávej okolnosti spánku (chrápání, zvuky), 2. – 3. den hospitalizace. Dokumentuj délku spánku. Všeobecná sestra.
6. Sleduj důsledky poruchy spánku (tres, neklid), 2. den hospitalizace. Všeobecná sestra.
7. Pomoz pacientce dosáhnout optimálního spánku zohledněním režimu dne, 2. den hospitalizace. Všeobecná sestra.
8. Starej se o přípravu prostředí ke spánku, denně. Všeobecná sestra.

Realizace 8. 11 – 9. 11. 2016:

Realizace 2. den hospitalizace:

14:00 – Při rozhovoru s paní D.R. jsme zjistili, že problém s usínáním je spojen se změnou prostředí. Paní D.R. řekla, že v domácím prostředí usíná obvykle při četbě knihy nebo sledování televize. Také pacientka uvedla, že její vyrušuje nemocniční ruch. Všeobecná sestra.

19:00 – Pacientka byla informovaná o omezení konzumace povzbuzujících nápojů (káva, slazené nápoje) těsně před usínáním. Všeobecná sestra.

21:15 – Dále jsme pacientce umožnili před usínáním činnosti podle jejích zvyklostí (četba oblíbené knihy). Všeobecná sestra.

21:30 – Kvůli stížnosti na nemocniční ruch jsme zajistili, aby světlo na oddělení bylo omezené, zavřeli jsme dveře u pokoje, omezili jsme ošetrovatelské výkony na minimum. Všeobecná sestra.

21:45 – Mezitím co paní prováděla večerní hygienu, upravili jsme lůžko a vyvětrali na pokoji. Všeobecná sestra.

Realizace 3. den hospitalizace:

5:45 – Pacientce byl podán ATB ACEFA 2 g 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku dle ordinace lékaře. Aplikovali jsme ji do PŽK, pacientka se při tom neprobudila. Všeobecná sestra.

7:30 – Pacientka se probudila, udává, že cítí se odpočata, v noci se neprobudila. Všeobecná sestra.

Hodnocení ke 3. dni hospitalizace:

- Cíl je splněn.
- Pacientka uvádí, že spala celou noc bez probuzení, cítí se mnohem lépe.

5. Riziko infekce 00004

Doména: 11 bezpečnost/ochrana Třída: 1 infekce

Definice: Náhylnost k napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory: porušená kůže (zavedena i.v katetrizace), Diabetes Mellitus 2, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů.

Cíl (krátkodobý do 72 hodiny od začátku hospitalizace):

- Předcházet vzniku infekce v místě PŽK.

Cíl (dlouhodobý):

- Pacientka nemá riziko infekce z důvodu zavedení PŽK po ukončení hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky do doby ukončení hospitalizace:

- Ošetřující personál budou se chovat asepticky při práci z PŽK.
- U pacientky se neprojevují známky infekce.

Plán intervencí:

1. Kontroluj místo invazivního vstupu, denně, při každém kontaktu. Všeobecná sestra.
2. Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, TT, glykemie) při změně fyziologických funkcí informuj lékaře, 3krát denně. Všeobecná sestra.
3. Zajisti průchodnost invazivního periferního katetru, denně, při každém podání léků i.v. Všeobecná sestra.
4. Dodržuj aseptický režim při i.v. podání infuzi, léku, denně, při každém kontaktu. Všeobecná sestra.
5. Sleduj dobu zavedení periferního katetru, denně. Všeobecná sestra.
6. Podávej léčiva dle ordinace lékaře a kontroluj jejich účinek, denně. Všeobecná sestra.
7. Chraň pacientku před nozokomiálními nákazy, denně, při každém kontaktu. Všeobecná sestra a ostatní zdravotnický personál.

Realizace 7. 11 – 9. 11. 2016:

Realizace 1. den hospitalizace:

10:00 – Při příjmu pacientce byl zaveden PŽK 20 G do hřbetu pravé horní končetiny za dodržení aseptických podmínek. Všeobecná sestra.

10:40 – Po dokapání infuze jsme propláchli PŽK fyziologickým roztokem 5 ml a uzavřeli mandrémem. PŽK bez známek zánětu dle škály Madonna stupeň 0. Všeobecná sestra.

10:45 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 165/80 mmHg sloupce, TT 37,7 °C, P 100/min. Informovali jsme lékaře o nalezených výsledcích. Všeobecná sestra.

11:00 – Dle ordinace lékaře pacientce byl podán ACEFA 2 g 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku i.v. Průchodná PŽK, místo zavedení bez známek zánětu dle škály Madonna stupeň 0. Všeobecná sestra.

12:10 – Dle ordinace lékaře byl pacientce podán Analgin ½ ampule do 100 ml fyziologického roztoku i. v. Propláchli jsme fyziologickým roztokem 5 ml a uzavřeli mandrémem. Kontrola místa zavedení PŽK – bez známek zánětu dle škály Madonna stupeň 0. Všeobecná sestra.

14:00 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 140/60 mmHg sloupce, TT 37,1 °C, P 79/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

18:00 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 135/65 mmHg sloupce, TT 36,8 °C, P 72/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

18:30 – Dle ordinace lékaře jsme podali ATB ACEFA 2 g 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku i.v. Průchodná PŽK, místo zavedení bez známek zánětu dle škály Madonna stupeň 0. Všeobecná sestra.

Realizace 2. den hospitalizace:

6:00 – Pacientce byl podán ATB ACEFA 2 g 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku dle ordinace lékaře. PŽK průchodná, bez známek zánětu dle škály Madonna stupeň 0. Všeobecná sestra.

6:30 – Po dokapání infuze jsme propláchli PŽK fyziologickým roztokem 5 ml a uzavřeli mandrémem. PŽK bez známek zánětu dle škály Madonna stupeň 0. Všeobecná sestra.

9:00 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 145/80 mmHg sloupce, TT 36,7 °C, P 78/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

10:10 – Dle ordinace lékaře byl pacientce podán Analgin ½ ampule do 100 ml fyziologického roztoku i. v. Propláchli jsme fyziologickým roztokem 5 ml a uzavřeli mandrémem. Průchodná PŽK – bez známek zánětu dle škály Madonna stupeň 0. Všeobecná sestra.

13:40 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 140/60 mmHg sloupce, TT 36,7 °C, P 75/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

17:30 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 130/60 mmHg sloupce, TT 36,6 °C, P 80/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

18:15 – Dle ordinace lékaře podali jsme ATB ACEFA 2 g 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku i.v. Propláchli jsme fyziologickým roztokem 5 ml a uzavřeli mandrémem. Všeobecná sestra.

18:45 – Kontrola místa zavedení PŽK: průchodná PŽK, místo zavedení bez známek zánětu dle škály Madonna stupeň 0. Všeobecná sestra.

Realizace 3. den hospitalizace:

5:45 – Dle ordinace lékaře byl pacientce podán ATB ACEFA 2 g 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku. PŽK propláchnuta fyziologickým roztokem, průchodná, bez známek zánětu dle škály Madonna stupeň 0. Všeobecná sestra.

9:15 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 135/70 mmHg sloupce, TT 36,6 °C, P 82/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

13:40 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 138/75 mmHg sloupce, TT 36,6 °C,

P 77/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

17:30 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 130/65 mmHg sloupce, TT 36,6 °C, P 80/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

18:15 – Dle ordinace lékaře jsme podali ATB ACEFA 2 g 1 amp + 100 ml fyziologického roztoku i.v. Propláchli jsme fyziologickým roztokem 5 ml a uzavřeli mandrénem. Všeobecná sestra.

18:00 – Vyměnili jsme katetr za dodržení aseptických podmínek a místa jeho lokalizace – hřbet levé horní končetiny. PŽK 20 G. Všeobecná sestra.

Hodnocení péče 9. 11. 2016:

- Cíl je splněn.
- Bez známek infekce dle škály Madonna stupeň 0.
- Funkční periferní žilní katetr.
- Pokračujeme dále v intervencích 1, 3, 4, 5, 7.

6. Riziko nestabilní hladiny glykemie v krvi 00179

Doména: 2 výživa

Třída: 4 metabolizmus

Definice: riziko vzniku nestabilní hladiny glykemie v krvi v důsledku onemocnění Diabetes Mellitus 2.

Rizikové faktory: medikamentózní léčba, nedostatečné monitorování glykemie.

Cíl (krátkodobý)

- Pacientka má stabilní hladinu glykemie během 72 hodin od začátku hospitalizace.

Cíl (dlouhodobý):

- Předcházet riziku vzniku nestabilní glykemie během hospitalizace.
- Edukovat pacientku o pozdních komplikacích diabetu.
- Pacientka nemá riziko vzniku nestabilní glykemie po ukončení hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky po celou dobu hospitalizace:

- Hladina glykemie v krvi je v normálním rozmezí při Diabetes Mellitus 2 (při diabetu 7,0 mmol/l na lačno, 11,1 mmol/l po jídle) (ŠPINAR, 2013, s. 310).
- Pacientka dodržuje dietní zásady.
- Pacientka pravidelně užívá léky.
- Pacientka si pravidelně sama měří glykemie.

Plán intervencí:

1. Monitoruj glykemii 3x denně dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra.
2. Kontroluj fyzikální funkce, krevní tlak, teplotu, puls 3x denně. Všeobecná sestra.
3. Podávej antidiabetika dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra.
4. Kontroluj příjem chronické medikace, denně. Všeobecná sestra.
5. Kontroluj vedlejší účinky léků, denně. Všeobecná sestra.
6. Chraň pacientku před nozokomiálními nákazami po celou dobu hospitalizace. Všeobecná sestra a ostatní zdravotnický personál.
7. Kontroluj dodržení diety č.9 po celou dobu hospitalizace. Všeobecná sestra.

Realizace 7. 11 – 9. 11. 2016:

Při příjmu jsme zjistili, že pacientka v domácím prostředí používá vlastní glukometr a pravidelně bere léky dle předpisu lékaře. Dle ordinace lékaře jsme monitorovali glykemii u pacientky 3x denně a informovali jsme ošetřujícího lékaře při vyšších hodnotách glykemie a fyziologických funkcích. Kontrolovali jsme vedlejší účinky podávaných léků. Dále byla pacientka lékařem poučená o nutnosti dodržení dietního režimu. V nemocnici byla pacientce lékařem přidělena dieta č.9.

1. den hospitalizace:

10:40 – Glykemie při příjmu 14,8 mmol/l. Všeobecná sestra.

10:45 – Kontrola FF: TK 165/80 mmHg sloupce, TT 37,7 °C, P 100/min. Informovali jsme lékaře o výsledcích FF. Podaná chronická medikace dle ordinace lékaře Rivocor 5 tbl 1-0-1 per os, Gordius 1000 tbl 1-0-1 per os, Glucophage tbl 1-0-1 per os, Glimepirid mylan 2mg tbl 1-0-1 per os, Euthyrox 50 tbl 1-0-0 per os. Všeobecná sestra.

13:50 – Glykemie 11,1 mmol/l. Všeobecná sestra.

14:00 – Kontrola FF: TK 140/60 mmHg sloupce, TT 37,1 °C, P 79/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

17:40 – Kontrola glykemie 9,7 mmol/l a fyziologických funkcí: TK 135/65, TT 36,8 °C, P 72/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

18:00 – Pacientce podána chronická medikace dle ordinace lékaře: Rivocor 5 tbl 1-0-1 per os, Gordius 1000 tbl 1-0-1 per os, Glucophage tbl 1-0-1 per os, Glimepirid mylan 2mg tbl 1-0-1 per os, Dithiaden tbl 0-0-1 per os. Všeobecná sestra.

2. den hospitalizace:

7:10 – Kontrola glykemie 9,8 mmol/l. Všeobecná sestra.

9:00 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 145/80 mmHg sloupce, TT 36,7 °C, P 78/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

9:15 – Pacientce podaná chronická medikace dle ordinace lékaře: Rivocor 5 tbl 1-0-1 per os, Gordius 1000 tbl 1-0-1 per os, Glucophage tbl 1-0-1 per os, Glimepirid mylan 2mg tbl 1-0-1 per os, Euthyrox 50 tbl 1-0-0 per os. Všeobecná sestra.

13:30 – Kontrola glykemie 10,2 mmol/l. Všeobecná sestra.

13:40 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 140/60 mmHg sloupce, TT 36,7 °C, P 75/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

15:10 – Kontrola glykemie 9,4 mmol/l. Všeobecná sestra.

17:30 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 130/60 mmHg sloupce, TT 36,6 °C, P 80/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

17:45 – Pacientce podaná chronická medikace dle ordinace lékaře: Rivocor 5 tbl 1-0-1 per os, Gordius 1000 tbl 1-0-1 per os, Glucophage tbl 1-0-1 per os, Glimepirid mylan 2mg tbl 1-0-1 per os, Dithiaden tbl 0-0-1 per os. Všeobecná sestra.

3. den hospitalizace:

7:00 – Kontrola glykemie v krvi 9,6 mmol/l. Všeobecná sestra.

8:00 – Pacientce podaná chronická medikace dle ordinace lékaře: Rivocor 5 tbl 1-0-1 per os, Gordius 1000 tbl 1-0-1 per os, Glucophage tbl 1-0-1 per os, Glimepirid mylan 2mg tbl 1-0-1 per os, Euthyrox 50 tbl 1-0-0 per os. Všeobecná sestra.

9:15 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 135/70 mmHg sloupce, TT 36,6 °C, P 82/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

13:40 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 138/75 mmHg sloupce, TT 36,6 °C, P 77/min. FF jsou v normě. Všeobecná sestra.

15:00 – Kontrola glykemie 8,9 mmol/l. Všeobecná sestra.

17:30 – Kontrola fyziologických funkcí: TK 130/65 mmHg sloupce, TT 36,6 °C, P 80/min. FF jsou v normě, kontrola glykemie v krvi 8,8. Všeobecná sestra.

18:00 – Pacientce podána chronická medikace dle ordinace lékaře: Rivocor 5 tbl 1-0-1 per os, Gordius 1000 tbl 1-0-1 per os, Glucophage tbl 1-0-1 per os, Glimepirid mylan 2mg tbl 1-0-1 per os, Dithiaden tbl 0-0-1 per os. Všeobecná sestra.

Hodnocení péče:

- Cíl je splněn.
- Hladina glykemie je v normálním rozmezí.
- Pacientka dodržuje dietní omezení.
- Pacientka dodržuje farmakologický režim.
- Pokračujeme dále v intervencích 1, 4, 5, 6, 7.

8.7 CELKOVÉ HODNOCENÍ PÉČE

Pacientka D. R. byla přijatá na chirurgické oddělení Nemocnice na Bulovce dne 7. 11. 2016 s křečovitými bolestmi břicha k observaci a další terapii.

Během hospitalizace byla provedena diagnostické a laboratorní vyšetření za účelem potvrzení diagnózy a pokračování další terapie. U pacientky ve sledovaném období byly určeny 4 aktuální a 2 potenciální ošetrovatelské diagnózy. Dále byly detailně zpracovány a stanoveny ošetrovatelské diagnózy, u kterých jsme určili cíle, očekávané výsledky, plán ošetrovatelských intervencí, podle nichž jsme spolu s ošetrovatelským týmem realizovali individuální ošetrovatelskou péči.

Výsledkem ošetrovatelské péče bylo dosažení cílů a očekávaných výsledků u určených ošetrovatelských diagnóz ve spolupráci s pacientkou a ošetrovatelským týmem. Celkový zdravotní stav pacientky je zlepšen, bolest je zmírněna, byl vyřešen problém nespavosti, nedošlo ke vzniku infekce a zvýšení hladiny glykemie v krvi, dále s pokračováním ATB léčby ustoupily známky zánětu (leukocytóza, elevace jaterních enzymů a CRP, hypertermie), pacientka byla informovaná lékařem o postupu léčby, a o tom, že operační zákrok není nutný, proto známky úzkosti odstoupily.

Po ukončení hospitalizace doporučujeme pacientce dodržovat léčebnou dietu č.9, kontrolovat úroveň glykemie v krvi, dodržovat farmakologický režim při používání chronické medikace, předcházet vzniku pozdních komplikací spojených s onemocněním diabetes mellitus 2.

8.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě získaných zkušeností během působení v Nemocnici na Bulovce a čerpáním poznatků z odborné literatury při zpracování bakalářské práce na téma „Ošetrovatelský proces u pacientky s cholecystitidou“, uvádíme některá doporučení vhodná pro pacienty a nelékařský zdravotnický personál.

Doporučení pro pacienty:

- Aktivně se zapojovat do léčebného režimu.
- Dodržovat doporučení lékařů.
- Pravidelně navštěvovat praktického lékaře.
- Dodržovat farmakologický režim dle ordinace lékaře.
- Dodržovat dietní doporučení.

- Jíst pravidelně 4–5krát denně, malými porcemi.
- Konzumovat jídla pouze z čerstvých a přírodních potravin ve vařené či pečené podobě.
- Nekonzumovat příliš studenou stravu a nápoje. Teplota studených jídel by neměla být nižší než 15 °C.
- Dodržovat režim aktivity a odpočinku, snažit se vyhnout negativním emocím.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- Mít znalosti o rizikových faktorech, etiologii, klinických příznacích a metodách prevence cholecystitid.
- Edukovat pacienta a jeho rodinu o metodách prevence.
- Edukovat pacienta o nutnosti dodržení lékařských předpisů, farmakologického a dietního režimu.
- Uplatňovat empatický přístup při práci s pacientem.
- Neustále prohlubovat své znalosti v oblasti poskytování ošetrovatelské péče a prevence.

ZÁVĚR

Cholecystitida patří k závažným onemocněním, a to jak z hlediska lékařského, ale i ošetrovatelského. Nejdůležitější podmínkou při léčbě cholecystitidy (stejně jako v případě jakéhokoliv jiného onemocnění) - je především touha pacienta zotavit se stejně jako i motivace neonemocnět. Proto je potřeba dbát na vlastní zdraví, pravidelně absolvovat lékařské prohlídky a nutná vyšetření a při všech projevech onemocnění se obrátit na lékaře.

Podporovat zdraví by měl zdravotnický personál po celou dobu léčby a klinického ošetření pacienta. S výchovou zdraví by se mělo začít již preventivně, aby onemocnění nepropuklo a pokračovat v období zhoršení onemocnění nebo pokud existují závažné příznaky onemocnění. Během tohoto období, jsou pacienti vnímavější k poradám s lékařem, čtou s větším zájmem doporučenou vědeckou a populární literaturu o prevenci potíže onemocnění. Neměli bychom zapomenout ani na podporu zdraví mezi příbuznými pacienta, která někdy přímo souvisí s výživou a organizací stylu života pacienta, rovněž odstraněním určitých nepříznivých faktorů podporujících nemoc.

Důležitým úkolem ošetrovatelského procesu cholecystitidy je včasné řešení problémů pacienta, skutečných nebo potenciálních. Jedním z klíčových faktorů je bolest. Hlavním cílem je zvládnutí bolesti, vysvětlení pacientovi, jak překonat bolest a seznámit jej se způsoby, kterými toho lze dosáhnout. Hodně důležitou věcí je správná spolupráce všeobecné sestry a lékaře, která umožňuje neprodleně předložit analgetické léky předepsané lékařem a sledovat celkový stav pacienta.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo podrobně popsat a vysvětlit ošetrovatelský proces u 61leté pacientky s diagnózou Kámen žlučníku s jinou cholecystitidou. Dále jsme se zaměřili na dva dílčí cíle: vyřešit klíčový ošetrovatelský problém akutní bolest a eliminovat potenciální rizika – riziko infekce a nestabilní glykemie. Ošetrovatelská péče byla realizovaná metodou ošetrovatelského procesu s použitím diagnostických domén Marjory Gordonové - 11 domén koncepčního modelu. Na základě získaných údajů o pacientce jsme stanovili aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II 2012–2014 a naplánovali ošetrovatelskou péči, která byla realizovaná během třídního pobytu pacientky v nemocnici a celou dobu kontrolovali její efekt. Popsali jsme anatomii a fyziologii žlučníku, klinický obraz, klasifikace, komplikací,

diagnostiku a léčbu cholecystitidy na základě rešerše literatury. Dále jsme popsali specifika ošetrovatelské péče u pacientky s cholecystitidou na základě rešerše literatury. Také jsme popsali ošetrovatelský proces: historie ošetrovatelského procesu, jeho fáze a model, který jsme použili při zpracování ošetrovatelského procesu.

Při hospitalizaci na chirurgickém oddělení Nemocnice na Bulovce se pacientka obávala chirurgického výkonu, ale odborná vyšetření lékaře stanovila, že není nutné provést operaci. Také jsme zajistili, aby lékař pacientce podal dostatečné informace o její nemoci a prognóze. Dále jsme řešili stanovené ošetrovatelské problémy u pacientky jako akutní bolest, úzkost, porucha spánku, zvýšená teplota a potenciální problémy – riziko infekce a riziko nestabilní glykemie. Stanovené cíle bakalářské práce můžeme pokládat za splněné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEZDIČKOVÁ, Marcela et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgie II*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3130-8.
- BOROŇOVÁ, Jana, 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Přeložila Jitka Němcová. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-4-8.
- ČOUPKOVÁ, Hana et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.
- DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4.
- FARKAŠOVÁ, Dana a kol., 2006. *Ošetrovatelství teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.
- ILCHENKO, A. A., 2011. *Bolezni shelchnoho puzyrja a shelchnych putej*. Ruská Federace: MIA. ISBN 978-5-9986-0050-0.
- KLENER, Pavel et al., 2012. *Vnitřní lékařství*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-857-5.
- KUNTZ, Erwin, 2006. *Hepatology, Principles and Practice*. Germany: Springer. ISBN 978-3-540-28977-7.
- LATA, Jan et al., 2012. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807262-692-2.
- LUDEK, Vajner a kol., 2014. *Lékařská histologie II. Mikroskopická anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2165-4.
- MAREČKOVÁ, Jana a Jarošová Darja, 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-058-0.
- MAREK, Josef a kol., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2639-7.

- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MERKUNOVÁ, Alena, 2008. *Anatomie i fyziologie člověka. Pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1521-6.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2010. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1443-1.
- MISHINKIN, P. N., 2007. *Kamni v pečeni i v počkách*. Sankt-Peterburg: Vektor. ISBN 978-5-9684-0696-5.
- NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
- NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
- KITTNAR, Otomar a kol., 2011. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3068-4.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. české vyd. Přeložila Veronika DiCara a Helena Vidovičová. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2240-5.
- KUDLOVÁ, Pavla, 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. 1. vydání. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-600-6.
- PEJZNOCHOVÁ, Irena, 2010. *Lokální ošetrování ran a dekubitů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2682-3.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2008. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravska univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-506-5.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3
- ROJTBERG, A. V., a A. V. Strutynsky, 2006. *Vnutrennie bolezni. Laboratornaya i instrumentalnaya diagnostika*. MEDpress-inform. ISBN: 978-5-00030-421-1.
- ROZSYPAL, Hanuš a kol., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. 1.

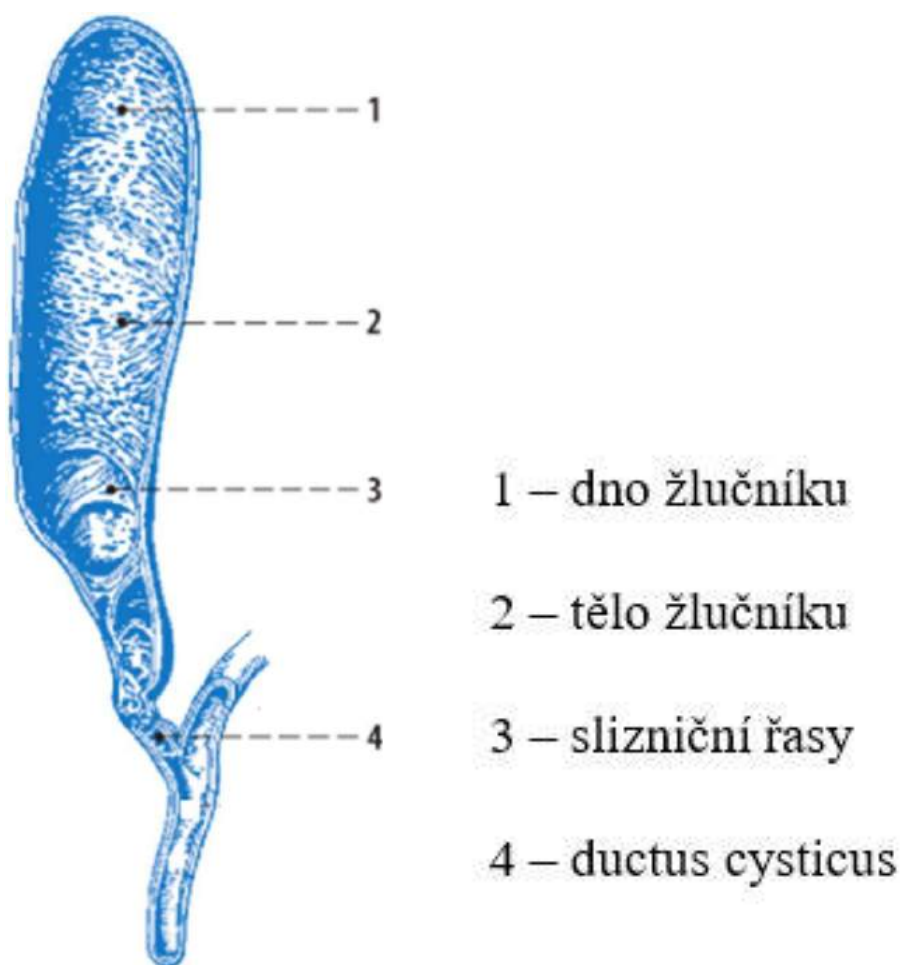
- vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2197-5.
- RYBKA, Jaroslav, 2007. *Diabetes Mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1671-8.
- SHERLOCK, Sheila a James DOOLEY, 2004. *Nemoci jater a žlučových cest. Z anglického originálu Diseases of the Liver and Biliary System (Blackwell Science, 2002) přeložili: doc. MUDr. Radan Brůha, CSc., doc. MUDr. Zuzana Červinková, CSc., MUDr. Pavel Drastich a další. Čermaková: ProgreStisk. ISBN 80-86703-00-2.*
- SEDOV, A. V., 2010. *Zabolevanija želčnogo puzyrja*. Ruská Federace: ACT. ISBN: 978-5-17-048680-9.
- SILBERNAGL, Stefan, 2012. *Atlas patofyziologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3555-9.
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.
- STAŇKOVÁ, Marta, 2009. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-283-3.
- ŠPINAR, Jindřich, 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1749-4.
- ŠPINAR, Jindřich, 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4356-1.
- TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.
- VODIČKA, Josef a kol., 2016. *Speciální chirurgie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-512-6.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 9788073454562.
- ZADÁK, Zdeněk, 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2844-5.
- ZELENÍKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

- ARCHISHEVSKIJ, Aleksandr. *Juxtra.info* [online]. 2012 [cit. 18.03.2017].
Dostupné z: http://juxtra.info/biliary_diseases/cholecystitis/cholecystitis.php
- HUSA, Petr. *Medicabaze* [online]. 2007 [cit. 15. 03. 2017]. Dostupné z:
<http://medicabaze.cz/index.php>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2004. Věstník 9/2004.
[online]. 2009 [cit. 12. 03. 2017]. Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Text pro posluchače zdravotnických oborů* [online]. [cit. 12. 01. 2018]. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. ISBN 978- 80-905728-1-2.
- SEDOV, Valerij. *Ostryj cholecistit. Praktičeskoe posobie dlja studentov IV kursa lečebnogo fakulteta* [online]. Sankt-Peterburg: Universitet imeni I.P. Pavlova Kafedra Fakultetnoj Chirurgii. [cit.15.07.2017]. Dostupné z:
<http://www.studfiles.ru/preview/1149443/>
- OSTROVSKAJA, I. V., 2008. *Sestrinskoe delo* [online]. [cit. 24. 03. 2017].
Dostupné z: <http://sestrinskoe-delo.ru/stati/vs-o-istorii-razvitiya-sestrinskogo-dela>
- Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola: Multimedialní тренаžér plánování ošetrovatelské péče Nursing Care Planning Multimedia Simulator [online]. Hradec Králové, 2010 [cit. 2. 12. 2016]. Dostupné z:
<http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>
- VYHLÁŠKA Č. 55/2011 SB. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011. [cit. 12. 03. 2017]. Dostupné z: http://mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlisce-c-sb- kterou-sestanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku- vezneni-vyhlaskey-c-sb_4763_949_3.html
- ZÁKON Č. 101/2000 SB. O ochraně osobních údajů a o změně některých zákonu. [online]. Ministerstvo vnitra České republiky. 2017. [cit. 12. 03. 2017]. Dostupné z:
http://mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=101/2000&typeLaw=zakon&what=C_islo_zakona_smlouvy

PŘÍLOHY

| | |
|--|-----|
| Příloha A – Obrázek žlučníku | I |
| Příloha B – Test Nortonové | II |
| Příloha C – Glasgowská stupnice kómatu..... | III |
| Příloha D – Barthelové test základních všedních činností..... | IV |
| Příloha E – Analogová škála bolesti a škála bolesti dle Melzacka | V |
| Příloha F – EKG paní D. R ze dne 8. 11. 2016..... | VI |
| Příloha G – Charakteristika Diety č. 9 | VII |
| Příloha H – Podrobný popis léčivých přípravků | IX |
| Příloha I – Rešeršní protokol | XII |
| Příloha J – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů | XIX |

Příloha A – Obrázek žlučníku



Obrázek 1 Anatomie žlučníku (řez)

Zdroj: Dylevský, 2009, s. 335

Příloha B – Test Nortonové

| Rozšířená stupnice Nortonové | | Schopnost spolupráce | Věk | Stav kůže | Zvláštní rizika | Fyzický stav | Stav vědomí | Aktivita | Pohyblivost | Inkontinence |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---|--------------------|-----------------|--------------|-------------|--------------------|-------------|--------------|
| 1 | žádná | částečná | malá | úplná | 4 | žádná | dobrý | chodící samostatně | úplná | kontinentní |
| | 60 let + | do 60 let | do 30 let | do 10 let | | | | | | |
| | alergie porušená | vlhká | suchá, šupinatá | normální | | | | | | |
| | onemocnění cév kachexie karcinom | sklerosis multiplex obezita anémie | snížení imunity horečka diabetes mellitus | žádné | | | | | | |
| | velmi špatný | špatný | zhoršený | dobrý | | | | | | |
| | bezvědomí | zmatený | apatický | bdělý | | | | | | |
| | ležící | sedící na lůžku, v křesle | chodící s doprovodem | chodící samostatně | | | | | | |
| | žádná | velmi omezená | částečně omezená | úplná | | | | | | |
| | inkontinence moči a stolice | inkontinence převážně moči | občasná inkontinence | kontinentní | | | | | | |

Riziko vzniku dekubitu

- nízké (25–24 bodů)
- střední (23–19 bodů)
- vysoké (18–14 bodů)
- velmi vysoké (13–9 bodů)

Zdroj: Pejznochová, 2010, s. 73

Příloha C – Glasgowská stupnice kómatu

| Glasgowská stupnice - dospělí | | |
|-------------------------------|------------------------------------|--|
| Otevření očí | Slovní odpověď | Motorická odpověď |
| 1 - bez reakce | 1 - bez reakce | 1 - bez reakce |
| 2 - na bolestivý podnět | 2 - nesrozumitelné zvuky | 2 - necílená extenze (napřimění) končetiny (decerebrační rigidita) |
| 3 - na slovní podnět | 3 - jednotlivá nesouvisející slova | 3 - necílená flexe (ohnutí) končetiny (dekortikační rigidita) |
| 4 - spontánní | 4 - zmatená | 4 - úniková reakce (pohyb směřuje od podnětu) |
| | 5 - normální | 5 - lokalizace podnětu (pohyb směřuje k podnětu) |
| | | 6 - cílený pohyb podle instrukcí |

Stupeň vědomí se interpretuje jako součet dílčích testů:

- 15 - plné vědomí, bez patologie,
- 14 - 13 bodů - lehká porucha vědomí,
- 12 - 9 bodů - střední porucha vědomí,
- 8 - 3 body - závažná porucha vědomí

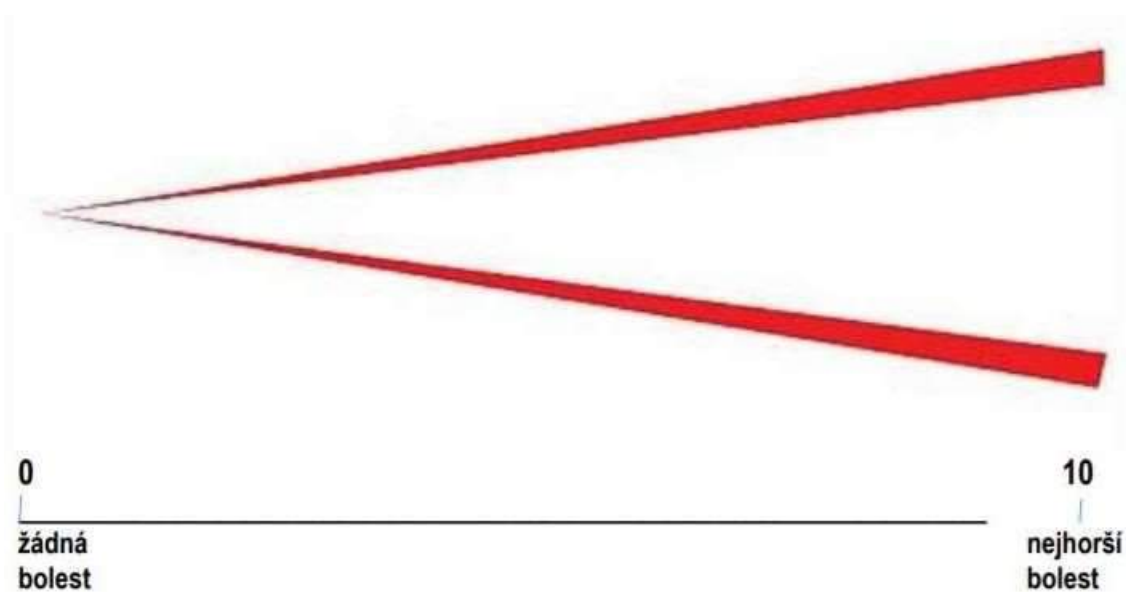
Zdroj: Kudlová, 2016, s. 122

Příloha D – Barthelové test základních všedních činností

| Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre |
|---|--------------------------|--------------|
| 1. najedení, napití | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 2. oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 3. koupání | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 4. osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 5. kontinence stolice | plně kontinentní | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | trvale inkontinentní | 0 |
| 6. kontinence moči | plně kontinentní | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | trvale inkontinentní | 0 |
| 7. použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 8. přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci | 15 |
| | s malou pomocí | 10 |
| | vydrží sedět | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 9. chůze po rovině | samostatně nad 50 m | 15 |
| | s pomocí vozíku 50 m | 10 |
| | na vozíku 50 m | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 10. chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech: | | |
| 0–40 bodů: vysoce závislý | | |
| 45–60 bodů: závislost středního stupně | | |
| 65–95 bodů: lehká závislost | | |

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Příloha E – Vizuální analogová škála bolesti



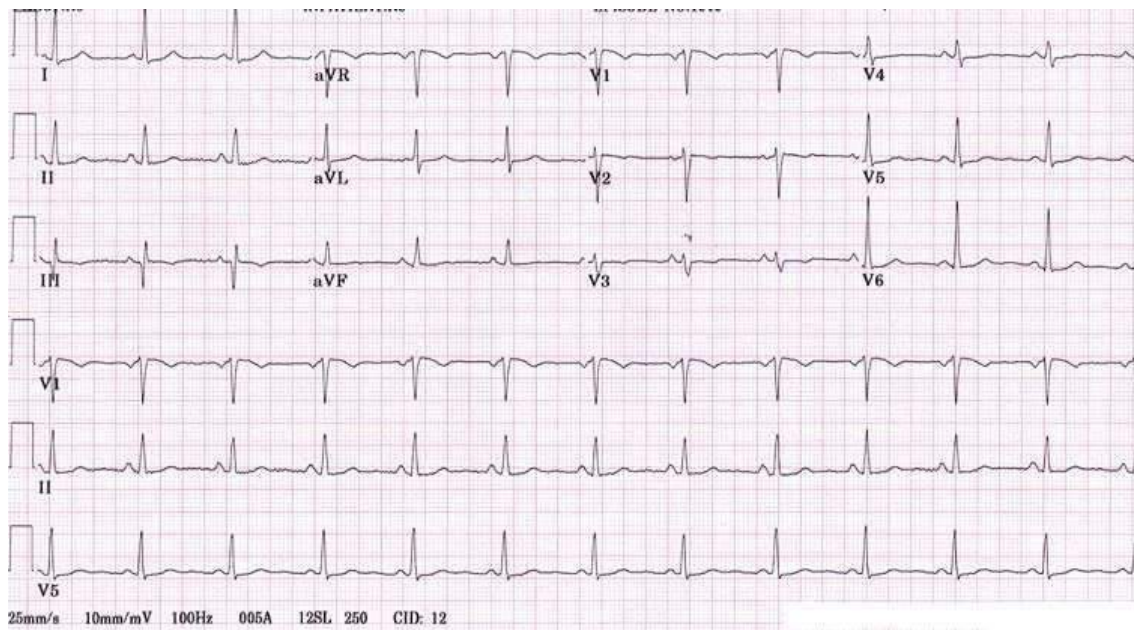
Zdroj: Kudlová, 2016, s. 126

Škála hodnocení bolesti dle Melzacka



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5832.pdf>

Příloha F – EKG paní D. R ze dne 8. 11. 2016



Zdroj: vlastní zpracování, 2016

Příloha G – Charakteristika Diety č. 9

Charakteristika diabetické diety: je energeticky a biologicky plnohodnotná, je důležitou součástí léčby diabetes mellitus. U diabetické diety by mělo být dodrženo správné časové rozložení mezi jednotlivými chody jídel, jíst pravidelně a častěji malé porce vhodného jídla. Omezují se dávky potravin, které obsahují cukry ve formě polysacharidů – škrob, mouka, mlýnské a pekárenské výrobky – pečivo. Dále obiloviny, rýže, těstoviny, knedlíky, brambory, ovesné vločky, kroupy, cukry, které je obsaženy v mléce, mléčných výrobcích a v ovoci.

Výběr potravin: maso libové, ryby, polotučné a nízkotučné mléko, zakysané mléčné výrobky, vejce 1 ks za týden v jakékoliv úpravě (kromě smažení). Doporučujeme omezení živočišných tuků (máslo, sádlo, slanina, tučná masa, tučné mléčné výrobky, zabijačkové produkty). Vhodnější jsou tuky rostlinné např. margariny, jednodruhové rostlinné oleje. U sacharidů vybíráme takové, které mají nízký glykemický index (celozrnné pečivo, celozrnná rýže, luštěniny, celé brambory, zelenina). Příkrmy – brambory, bramborová kaše, těstoviny, rýže. Neomezený výběr ovoce, kromě ovoce, které je příliš sladké a přezrálé (banán, hrušky, hrozny, švestky). Zelenina bez omezení. Doporučujeme zbytečně nekořenit a nepřesolovat.

Rámcový jídelní lístek 175 g sacharidů za den

Energie 6150 kJ, Bílkoviny 75 g, Tuky 50 g, Sacharidy 175 g Snídaně

¼ l bílé kávy nebo mléka nebo čaj s mlékem, 50 g chleba nebo celozrnný rohlík, 50 g bílkovinná potravina (nízkotučný sýr do 30% t. v s., nízkotučný tvaroh, šunka, drůbeží párek, vejce...)

Přesnídávka

100 g ovoce nebo dia kompot nebo 30 g chleba (celozrnné pečivo)

Oběd

15 g rostlinného tuku do pokrmů, 10 g mouky do pokrmů, ¼ vejce (nemusí být však v pokrmu obsaženo), 150 g zeleniny (jako tepelné upravena příloha nebo salát), 90 g libového masa (hovězí, vepřová kýta, kuřecí, králík...), 100 g brambor nebo (80 g vařených těstovin, 70 g dušené rýže, 70 g bramborový knedlík, 60 g houskový knedlík, 100 g vařených luštěnin, 130 g bramborové kaše, 40 g chleba nebo celozrnný rohlík)

Svačina (25 g sacharidů)

2 dl mléka nebo 50 g bílkovinná potravina (sýr, šunka, tvaroh), 30 g chleba nebo celozrnný rohlík

Večeře (40 g sacharidů)

15 g rostlinného tuku do pokrmů, 10 g mouky do pokrmů, 150 g zeleniny, 90 g libového masa, 100 g brambor nebo viz. oběd

2 večeře (20 g sacharidů)

150 g ovoce nebo dia kompot nebo 40 g chleba (RYBKA, 2007).

Příloha H – Podrobný popis léčivých přípravků

- Hartmannův roztok

Farmakologická skupina: roztoky ovlivňující rovnováhu elektrolytů.

Terapeutické indikace: extracelulární dehydrataci, hypovolemie

Nežádoucí účinky: edém, voda/sodíkové přetížení.

- Fyziologický roztok

Farmakologická skupina: elektrolyty

Terapeutické indikace: hyperchlorémie, hypernatrémie, také jako rozpouštění jiných léčiv při podání infuze.

Nežádoucí účinky: horečka, infekce v místě infuze, lokální bolest či reakce, podráždění a zánět žíly, do níž je infuze zavedena, tvorba krevní sraženiny (žilní trombóza) v místě infuze, protékání infuzního roztoku do tkání kolem žíly (extravazace), nadměrné množství tekutiny v cévách (hypervolemie).

- Acefa

Farmakologická skupina: antibiotika

Terapeutické indikace: infekce horních a dolních dýchacích cest, infekce ledvin a močových cest, infekce kůže a měkkých tkání, infekce kostí a kloubů, seps, zánětlivá onemocnění malé pánve.

Nežádoucí účinky: alergická reakce, eozinofilie, hypersenzitivita, zvýšení hladiny jaterních enzymů, bolest v místě aplikace.

- Analgin

Farmakologická skupina: spasmolytikum v kombinaci s analgetikami.

Terapeutické indikace: spastické bolesti hladkého svalstva.

Nežádoucí účinky: alergická reakce, poruchy krvetvorby, zácpa, ospalost, nevolnost, zrychlení srdeční činnosti.

- Clexane

Farmakologická skupina: antikoagulancium

Terapeutická indikace: profylaxe tromboembolické nemoci

Nežádoucí účinky: alergická reakce, krvácení, může být mírná, asymptomatická trombocytopenie, vzestup počtu destiček, může dojít k hematomu a mírnému lokálnímu podráždění v místě aplikace.

- Rivocor

Farmakologická skupina: beta blokátory

Terapeutická indikace: hypertenze, angina pectoris, poruchy srdečního rytmu.

Nežádoucí účinky: únava, závratě, bolesti hlavy, pocit chladu nebo necitlivosti v rukou a chodidlech, nevolnost, zvracení, průjem nebo zácpa.

- Gordius

Farmakologická skupina: antiepileptika, antikonvulsiva.

Terapeutická indikace: epilepsie, periferní neuropatická bolest.

Nežádoucí účinky: alergická reakce, bolesti břicha, nevolnost a zvracení, závažně alergické reakce postihující kůži, játra nebo krevní buňky.

- Glucophage

Farmakologická skupina: biguanidy.

Terapeutická indikace: Diabetes mellitus 2

Nežádoucí účinky: poruchy trávicího ústrojí jako je nauzea, zvracení, průjem, bolesti břicha, ztráta chuti k jídlu.

- Glimepirid mylan

Farmakologická skupina: antidiabetika.

Terapeutická indikace: Diabetes mellitus 2

Nežádoucí účinky: alergická reakce, únava, bledost, krvácení, nevolnost, pocit na zvracení, průjem, průjem.

- Euthyrox

Farmakologická skupina: hormony (léčiva s hormonální aktivitou).

Terapeutická indikace: léčba benigní strumy, prevence recidivy strumy po strumektomii, jako substituční léčba, pro potlačení růstu nádoru.

Nežádoucí účinky: nepravidelný nebo rychlý srdeční tep, bolest na hrudi, bolest hlavy, svalová slabost, návaly horka, horečka, zvracení, poruchy menstruace, pseudotumor cerebri, třes, neklid, poruchy spánku, pocení, úbytek tělesné hmotnosti, průjem.

- Dithiaden

Farmakologická skupina: antihistaminikum.

Terapeutická indikace: při alergických stavech a alergických reakcích.

Nežádoucí účinky: snížená pozornost, ospalost, únava, suché v ústech, žízeň, zácpa.

Rešerše č. 9/2017
14. února 2017

Téma:

**Ošetrovatelský proces
u pacienta s cholecistitidou**

Zpracovala Mgr. Martina Vejvodová
Krajská knihovna Karlovy Vary

KLÍČOVÁ SLOVA:

- ošetrovatelský proces, cholecystitida, žlučník, pacient, ošetrovatelská péče

V rešerši jsou zachyceny záznamy knih (42 záznamů), článků (28 záznamů) a diplomových prací (10 záznamů), od r. 2000 do r. 2016.

Dokumenty uvedené v rešerši jsou v českém jazyce, vydané v České republice.

Záznamy jsou rozděleny do oddílů Knihy, Články a Diplomové práce. Uvnitř oddílů jsou záznamy řazeny abecedně.

Citace v rešerši jsou zpracovány dle normy ČNS ISO 690 a ČSN ISO 690-2. Pro lepší přehlednost jsou názvy zvýrazněny tučně.

Rešerše byla prováděna v těchto informačních zdrojích:

- JIB – Jednotná informační brána
- ANL – Články v českých novinách, časopisech a sbornících
- souborný katalog CASLIN
- databáze kvalifikačních prací českých vysokých škol
- elektronický katalog Krajské knihovny Karlovy Vary
- internet
- databáze MEDVIK

KNIHY:

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Metodologie ošetrovatelské praxe s využitím ošetrovatelských teorií a modelů*. 1. vyd. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. 64, [9] s. ISBN 978-80-87023-28-0.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/67880/pdf>
2. BEZDIČKOVÁ, Marcela et al. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 300 s., [3] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3130-8.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/37118/pdf> a https://books.google.com/books?id=F6D3L9DGN_IC&printsec=frontcover&hl=cs&source=qbs_ViewAPI
3. BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010. 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/27521/pdf>
4. BRABCOVÁ, Iva a kol. *Management v ošetrovatelské praxi*. Vydání první. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2015. 287 stran. ISBN 978-80-7422-402-7.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/172954/pdf>
5. BUŽGOVÁ, Radka et al. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 285 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3557-3.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/58831/pdf> a https://books.google.com/books?id=hmG82RJoFiUC&printsec=frontcover&hl=cs&source=qbs_ViewAPI
6. ČOUPKOVÁ, Hana et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 264 s. Sestra. ISBN 978-80-247-

3129-2.

Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/37004/pdf> a
https://books.google.com/books?id=fDj2tozpROC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI

7. EHRMANN, Jiří a kol. **Hepatologie**. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 590 s. ISBN 978-80-247-3118-6.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/26968/pdf>
8. FILIPOVÁ, Taťána. **Ošetrovatelství - interna: pracovní sešit. 2. díl, Onemocnění trávicího ústrojí - endokrinní-metabolické - vylučovacího ústrojí**. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 102 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3212-1.
Obsah dostupný z:
https://books.google.com/books?id=Q82bZTJ6DMC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
9. HALMO, Renata. **Sebepéče v ošetrovatelské praxi**. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. 229 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4811-5.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/122271/pdf> a
https://books.google.com/books?id=1W0nBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
10. HEJNAROVÁ, Eva et al. **Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. I, Interna**.
2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 211 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3601-3.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/64663/pdf> a
https://books.google.com/books?id=xeT1HnPW6Ac&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
11. HEŘMANOVÁ, Jana et al. **Etika v ošetrovatelské praxi**. 1. vyd. Praha: Grada, 2012.
200 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3469-9.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/65556/pdf> a
https://books.google.com/books?id=T6pHU02s_J3C&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
12. JAROŠOVÁ, Darja et al. **Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství**. 1. vydání.
Praha: Grada Publishing, 2015. 144 stran. Sestra. ISBN 978-80-247-5426-0.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/174136/pdf> a
https://books.google.com/books?id=cF9yCwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
13. JIRKOVSKÝ, Daniel a kol. **Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium**. Vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/70506/pdf>
14. KAPOUNOVÁ, Gabriela. **Ošetrovatelství v intenzivní péči**. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 350 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/95357/pdf> a https://books.google.com/books?id=EaW1suY4-E0C&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
15. KILÍKOVÁ, Mária. **Teorie moderního ošetrovatelství I**. Vydání první. Bratislava: VŠZ a SP sv. Alžbety, 2013. 196 stran. ISBN 978-80-260-3755-2.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/158562/pdf>
16. KILÍKOVÁ, Mária. **Teorie moderního ošetrovatelství II**. Vydání první. Bratislava: VŠZ a SP sv. Alžbety, 2013. 252 stran. ISBN 978-80-260-3756-9.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/158561/pdf>
17. KLENER, Pavel et al. **Vnitřní lékařství**. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, ©2011.
1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/59073/pdf>
18. KOPÁČIKOVÁ, Mária, CETLOVÁ, Lada a STANČIAK, Jaroslav. **Ošetrovatelský proces a potřeby pacientů/klientů**. Vyd. 1. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012. 264 s. ISBN 978-80-87035-51-1.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/125452/pdf>
19. LATA, Jan et al. **Gastroenterologie**. 1. vyd. Praha: Galén, ©2010. 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/39836/pdf>
20. MAREČEK, Zdeněk a MAREČKOVÁ, Olga. **Žlučník**. České vyd. 1. Praha: Jan Vašut, 2001.
32 s. Radí vám lékař. ISBN 80-7236-182-1.

21. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. **Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi**. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 192 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5376-8.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/113362/pdf> a
https://books.google.com/books?id=Mb6TBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
22. MIKŠOVÁ, Zdeňka, ed. **Profesionalita v ošetrovatelství II** [CD-ROM]. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. Sborník. ISBN 978-80-244-4862-6. Dostupné také z: http://www.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/dokumenty-normy/2015/Profesionalita-v-osetrovatelstvi-II.pdf.
23. MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie a ZAJÍČKOVÁ, Marie. **Kapitoly zošetrovatelské péče**. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, [2010]. 171 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1443-1.
Obsah dostupný z: https://books.google.com/books?id=RckWR1MeVO4C&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
24. PLEVOVÁ, Ilona a kol. **Ošetrovatelství II**. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3558-0.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/59721/pdf> a
https://books.google.com/books?id=luu5SEhmfl8C&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
25. POKORNÁ, Andrea a KOMÍNKOVÁ, Alena. **Ošetrovatelské postupy založené na důkazech**. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 124 s. ISBN 978-80-210-6331-0.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/73749/pdf>
26. POKORNÁ, Andrea, KOMÍNKOVÁ, Alena a SIKOROVÁ, Nikola. **Ošetrovatelské postupy založené na důkazech. 2. díl**. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. 171 s. ISBN 978-80-210-7415-6.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/124356/pdf>
27. POKORNÁ, Andrea. **Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství**. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/28490/pdf>
28. SHERLOCK, Sheila a DOOLEY, James. **Nemoci jater a žlučových cest**. Hradec Králové: Olga Čermáková, 2004. 703 s. ISBN 80-86703-00-2.
29. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. **Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty. I, Interna**. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 188 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/1737/pdf> a
https://books.google.com/books?id=gImOZaIw70IC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
30. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. **Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II. Pediatrie, chirurgie**. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 199 s. ISBN 978-80-247-2040-1.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/2951/pdf> a
https://books.google.com/books?id=tIFptxTF3UkC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
31. SYSEL, Dušan a BELEJOVÁ, Hana. **Compendium ošetrovatelského procesu**. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2010. 245 s. Librix.eu. ISBN 978-80-7399-948-3.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/42112/pdf>
32. SYSEL, Dušan et al. **Teorie a praxe ošetrovatelského procesu**. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2011. 280 s. Librix.eu. ISBN 978-80-263-0001-4.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/42449/pdf>
33. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. **Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu**. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/31751/pdf> a
https://books.google.com/books?id=0DXq3qx3y78C&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI
34. ŠVÁB, Jan. **Operace žlučníku a žlučových cest**. Vyd. 1. Praha: Triton, 2000. 38 s. Vím víc; sv. 8. ISBN 80-7254-124-2.
35. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. **Ošetrovatelský proces a jeho realizace**. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

01881-0.

9. LIŠKA, Václav, PÁLEK, Richard a TŘEŠKA, Vladislav, et al. **Analýza komplikací a klinicko-patologických faktorů ve vztahu k laparoskopické cholecystektomii.** *Rozhledy v chirurgii.* 2014, roč. 93, č. 3, s. 123-131. ISSN 0035-9351.
10. LUKŠOVÁ, Ludmila. **Onemocnění žlučníku a žlučových cest.** *Sestra.* 2001, roč. 11, č. 7-8, s. 32-33. ISSN 1210-0404.
11. MAREČEK, Zdeněk. **Nemoci žlučníku a žlučových cest.** *Trendy v medicíně.* 2002, roč. 4, č. 3, s. 72-86. ISSN 1212-9046.
12. MÁTLOVÁ, Monika a ŠPŮROVÁ, Milena. **Péče o nemocného s komplikovanou cholecystektomií.** *Sestra.* 2006, roč. 16, č. 1, s. 30. ISSN 1210-0404.
13. OTTEOVÁ, Ivana a PLEVOVÁ, Ilona. **Rozdíly v pooperačním průběhu u seniorů po laparoskopické a laparotomické cholecystektomii.** *Ošetrovatelství a porodní asistence.* 2011, roč. 2, č. 2, s. 219-228. ISSN 1804-2740. Dostupné také z:
http://periodika.osu.cz/osetrovatelstvlaporodniasistence/dok/2011-02/6_otteova_plevova.pdf
14. PAPÍK, Zdeněk. **Cholelitáza.** In: *Seminář z vnitřního lékařství kurs.* Hradec Králové : HK CREDIT, [199-]. 2005, XXV, XXVI - 49. kurs, 50. kurs, s. 26-30.
15. PROCHÁZKA, V., ŠVÁB, J. a KOLÁŘ, Milan. **Léčba infekcí žlučových cest cefoperazonem.** *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie.* 2003, roč. 57, č. 6, s. 213-221. ISSN 1213-323X.
16. PROCHÁZKA, Vlastimil. **Choroby žlučových cest.** *Postgraduální medicína.* 2005, roč. 7, Příloha 5, s. 57-66. ISSN 1212-4184.
17. RUTAR, Pavel. **Úskalí diagnostiky akutní akalkulózní cholecystitidy.** *Interní medicína pro praxi.* 2015, roč. 17, č. 1, s. 39-41. ISSN 1212-7299.
18. RYGL, Michal a ŠNAJDAUF, Jirí. **Chirurgie žlučových cest u dětí.** *Sanquis.* 2003, č. 27, s. 40-42. ISSN 1212-6535.
19. SATINSKÝ, Igor, MITTÁK, Marcel, FOLTYS, Aleš a DOSTALÍK, Jan. **Subhepatální drenáž při laparoskopické cholecystektomii - nutnost nebo překonaná tradice?** *Rozhledy v chirurgii.* 2003, roč. 82, č. 8, s. 427-431. ISSN 0035-9351.
20. STIBŮREK, Oldřich, TRNA, Jan a ŠENKÝŘÍK, Michal, et al. **Časování chirurgické a endoskopické terapie akutní biliární pankreatitidy v podmínkách terciární nemocnice v České republice.** *Vnitřní lékařství.* 2014, roč. 60, č. 5-6, s. 417-422. ISSN 0042-773X.
21. ŠATNÍK, J. **Akutní akalkulózní cholecystitida u dvouletého dítěte - laparoskopický management: 4. mezinárodní konference CMCIE - Miniinvazivní technika. Brno, 15.-16.6.2000. Abstrakta. Miniinvazivní terapie.** 2000, roč. 5, č. 1, s. 54. ISSN 1211-5177.
22. ŠILLER, Jiří, TURNOVSKÝ, P. a ŠÁCHA, Martin, et al. **Hemobilie, vzácná příčina krvácení do GIT.** *Rozhledy v chirurgii.* 2008, roč. 87, č. 2, s. 89-91. ISSN 0035-9351.
23. TŘASÁKOVÁ, Lenka a MACHOVÁ, Petra. **Ošetrovatelský proces u pacienta s pooperační ránou hojící se per secundam.** *Sestra.* 2007, roč. 17, Mimořádná příloha 11, s. 11-12. ISSN 1210-0404.
24. VAŇÁSEK, Tomáš a LATA, Jan. **Farmakoterapie onemocnění jater a biliárních cest.**
In: *Farmakoterapie v gastroenterologii.* 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 2011, s. 127-154.
ISBN 978-80-7262-704-2.
25. VEJVODOVÁ, Anna. **Poškodí se snadno, léčí se těžko.** *Regena.* 2011-2012, 21/22(12/1), s. 8-9. ISSN 1212-2289.
26. WEBER, Pavel, KUBEŠOVÁ, Hana a PROCHÁZKA, Ladislav, et al. **Akutní stavy u chorob jater, žlučníku a žlučových cest ve stáří.** *Česká geriatrická revue.* 2008, roč. 6, č. 3, s. 156-160. ISSN 1214-0732. Dostupné také z:
http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_08_03_07.pdf



36. TOZZI DI ANGELO, Igor a kol. *Význam radiální endosonografie v diferenciální diagnostice obstrukce žlučových cest*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 77 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2379-1.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/26186/pdf>
37. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/74796/pdf>
38. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 228 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.
Obsah dostupný z: https://books.google.com/books?id=kDhN0LJ_UiIC&printsec=frontcover&hl=cs&source=qbs_ViewAPI
39. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 272 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3420-0.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/67483/pdf> a https://books.google.com/books?id=C2_KF7cYXTEC&printsec=frontcover&hl=cs&source=qbs_ViewAPI
40. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 303 stran. Sestra. ISBN 978-80-247-3421-7.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/140280/pdf> a https://books.google.com/books?id=ha1oCAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs&source=qbs_ViewAPI
41. WICHISOVÁ, Jana et al. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 192 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3754-6.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/70246/pdf> a https://books.google.com/books?id=RqLu7povbskC&printsec=frontcover&hl=cs&source=qbs_ViewAPI
42. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 121 stran. Sestra. ISBN 978-80-271-0156-6.
Obsah dostupný z: <http://obalkyknih.cz/file/toc/203963/pdf> a https://books.google.com/books?id=mV1TDAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs&source=qbs_ViewAPI

ČLÁNKY:

1. ČEJKA, Pavel a PELIKÁN, Martin. **Řešení cholecystoenterické píštěle laparoskopicky: 4. mezinárodní konference CMCIE - Miniinvasivní technika. Brno, 15.-16.6.2000. Abstrakta. Miniinvasivní terapie**. 2000, roč. 5, č. 1, s. 50. ISSN 1211-5177.
2. EHRENBERGER, D. **Využití akutní laparoskopie u náhlých příhod břichních: NPB, GIT, jaterní poruchy**. In: *Ročenka intenzivní medicíny*. Praha: Galén, 2003-. 2004, s. 113.
3. FRIED, M. **Akutní cholecystitida z pohledu chirurga: 7. vzdělávací a diskusní gastroenterologické dny, Karlovy Vary, 9.-11. listopad 2000. Česká a slovenská gastroenterologie**. 2000, roč. 54, Suppl. 1, s. 32-34. ISSN 1210-7824.
4. FRÜHAUF, Pavel. **Ultrasonografie v diagnostice cholecystopatie v dětském věku**. *Pediatric pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 1, s. 18-20. ISSN 1213-0494.
5. GRYGAROVÁ, Irena a KUBIŠTOVÁ, Lenka. **Péče o nemocného s ischemií střeva při malrotaci**. *Florence*. 2005, roč. 1, č. 1, s. 18-20. ISSN 1801-464X.
6. KASALICKÝ, Mojmír. **Timing laparoskopické cholecystektomie: Loket 2004. Úskalí v diagnostice a léčbě onemocnění HPB oblasti. Texty vybraných přednášek. Bulletin HPB**. 2004, roč. 12, č. 1-2, s. 32-35. ISSN 1210-6755.
7. KRÍKAVA, Karel, jr., KALLA, Karel, YAMAMOTOVÁ, Anna a ROKYTA, Richard. **Bolest jako příčina biochemických změn u onemocnění žlučníku**. *Bolest*. 2004, roč. 7, č. 1, s. 27-30. ISSN 1212-0634.
8. LÁTKA, Jozef a KALUŽOVÁ, Eva. **Problematika ošetrovatelské péče o pacienty po laparoskopické cholecystektomii**. In: *Konference pro sestry: rovné příležitosti pro všechny v ošetrovatelské praxi a jiná aktuální témata: sborník: 26.-27. ledna 2007, Ostrava*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2007. 2007, s. 52-57. ISBN 978-80-02-



27. Zánět žlučníku nepodceňujte. *Sondy*. 2005, roč. 15, č. 7, s. 12. ISSN 1213-5038.

28. ZAVORAL, Miroslav. **Pankreatobiliární endoskopie - komplikace.** *Endoskopie*. 2005, roč. 14, č. 2-3, s. 37-39. ISSN 1211-1074.

DIPLOMOVÉ PRÁCE:

1. BARVA, Ladislav. **Játra, žlučník, slinivka břišní** [online]. Brno, 2009 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/200433/fsp_b/bakalarska_pace- Ladislav Barva.pdf Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. Vedoucí práce Jitka Hanzlová.
2. BAŽELOVÁ, Martina. **Játra, žlučník, slinivka** [online]. Brno, 2006 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/102691/fsp_b/bakalarska_pace- mar.pdf Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. Vedoucí práce Jitka Hanzlová.
3. HOBELANTOVÁ, Anna. **Ošetrovatelská péče o nemocného s dg. cholecystolithiasis** [online]. Praha, 2007 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zcp/download/130006195> Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce Milena Vaňková.
4. JANUŠEKOVÁ, Ingrid. **Laparoskopie versus laparotomie vybraných operací** [online]. Brno, 2015 [cit. 2017-02-09]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/411223/lf_b/Inka Bakalarka 2 II.pdf Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Miroslava Kyasová.
5. KUBÁČOVÁ, Lucie. **Diagnostika vybraných onemocnění jater, žlučníku, žlučových cest a slinivky břišní** [online]. Olomouc, 2016 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/46fhy9/BAKALARKA.pdf> Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Jan Hrbek.
6. LYSÁKOVÁ, Simona. **Diagnostika onemocnění žlučníku, žlučových cest a slinivky břišní** [online]. Olomouc, 2010 [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.theses.cz/id/7ww3w6/111508-356212620.pdf> Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Lada Skácelová.
7. MALOTOVÁ, Lucie. **Edukace pacienta po odstranění žlučníku** [online]. Brno, 2009 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/176627/lf_b_a2/Malotova.pdf Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Renata Živorová.
8. NOVÝ, Michal. **Kvalita života jedinců po cholecystektomii** [online]. Brno, 2015 [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/411151/lf_b/Kvallita_zivota_jedince_po_CHCE - Michal Novy.pdf Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Michaela Schneiderová.
9. ŠINDÝLKOVÁ, Klára. **Ošetrovatelská péče o nemocnou po cholecystektomii** [online]. Praha, 2006 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zcp/download/130006156> Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce Radomila Drozdo.
10. ZEMAN, Tomáš. **Dynamická cholecintigrafie** [online]. Brno, 2016 [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/423817/lf_b/posudek_oponenta_Mrhac.pdf Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Igor Černý.

Příloha J – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacientky s cholecystitidou“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne..... Jméno a příjmení studenta