

Univerzita Karlova v Praze
3. lékařská fakulta
Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

Bakalářská práce

Ošetřování nemocné s perforací tlustého střeva

Případová studie

Červen 2006

Kateřina Prečová
Studijní program: Ošetřovatelství

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně za odborného vedení předem určených konzultantů a všechny použité teoretické prameny, kterém jsem použila, uvádím v seznamu literatury.

V Praze, 5. 6. 2006

.....

Kateřina Prečová

Poděkování

Tato práce vznikla za pomoci mnoha lidí. Děkuji za odborné vedení práce panu MUDr. René Vobořilovi, PhD. v oblasti chirurgie, paní Mgr. Janě Holubové v oblasti ošetrovatelské péče a panu doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. v oblasti psychologie.

Poděkování také náleží paní L. K., která mi svou spoluúčastí vytvoření této práce umožnila.

V Praze, 5. 6. 2006

Kateřina Prečová

Obsah

1. Úvod	05
2. Klinická část	06
2.1. Anatomie tlustého střeva	06
2.2. Fyziologie tlustého střeva	07
2.3. Divertikulární choroba	08
2.3.1. Vyšetření	09
2.3.2. Diferenciální diagnostika	10
2.3.3. Léčba	11
2.3.4. Prognóza	12
2.4. Základní údaje o nemocné	13
2.4.1. Lékařská anamnéza	13
2.4.2. Farmakoterapie	14
3. Ošetrovatelská část	16
3.1. Charakteristika ošetrovatelského procesu	16
3.2. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení dle Gordonové	18
3.3. Stanovení ošetrovatelských diagnóz pro 4. pooperační den	22
3.3.1. Ošetrovatelský plán pro 4. pooperační den	23
3.3.2. Dlouhodobý plán a hodnocení od 5. dne	31
3.3.3. Průběh hospitalizace	32
4. Psychologická část	33
5. Edukace	37
6. Závěr	38
7. Seznam použité literatury	39
8. Seznam zkratk	40
9. Příloha	

1. ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou J.K. s diagnózou perforace střeva a se založenou terminální kolostomií, která byla hospitalizována na chirurgickém oddělení pražské kliniky. Pacientku s touto diagnózou jsem si vybrala proto, že mě zajímá problematika kolostomií a především pacientčino zvládnání situace s tímto handicapem.

V klinické části se zabývám patofyziologií a klinickým obrazem divertikulitidy. Dále popisuji vyšetřovací metody používané v diagnostice, terapii a prognózu. V ošetrovatelské části používám při hodnocení informací a sestavení ošetrovatelské anamnézy u nemocné model Funkčního zdraví Majory Gordonové, při realizaci ošetrovatelské péče používám metodu ošetrovatelského procesu. Analýzou informací ze zdravotnické dokumentace, od pacientky, informací od ostatních členů zdravotnického týmu a vlastního pozorování jsem stanovila aktuální ošetrovatelské diagnózy ke 4. dni hospitalizace. K vyřešení jednotlivých problémů jsem sestavila krátkodobý a dlouhodobý plán ošetrovatelské péče. V dalším textu popisuji realizaci a hodnocení účinnosti ošetrovatelských intervencí. Součástí této práce je i kapitola věnovaná problematice edukace a psychologie nemocné.

V závěru své práce se věnuji prognóze onemocnění popisované pacientky. Práci uzavírám přehledem literatury, zkratk a příloh.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA

Tlusté střevo je úsek gastrointestinálního traktu dlouhý 1,2 – 1,5 m, široký od 7,5 do cca 4 cm, ve kterém za sebou následují:

1. caecum – nejširší část uložená v pravé jámě kyčelní, s ileocaekálním vyústěním na levém boku slepého střeva, (appendix vermiformis – je připojen na slepě zakončený dolní konec caeka)
2. tračník (kolon) – hlavní část tlustého střeva, která obsahuje : tračník vzestupný – od slepého střeva po pravé straně vzhůru pod játra, tračník příčný – pod játry a žaludkem ke slezině, tračník sestupný – od sleziny dolů do levé jámy kyčelní, esovitá klička – do středu malé pánve
3. konečník – poslední úsek střeva v malé pánvi, který vyústí uje navenek otvorem zvaným anus (1)

Mezi úseky tračníku jsou typická ohbí :

pravé ohbí, označované jako flexura hepatica

levé ohbí, označované jako flexura lienalis

Stěna tlustého střeva má čtyři vrstvy : sliznici, submukózu, svalovou vrstvu a serózu.

Sliznice je bledá, žlutavá, nenese klky, má četné žlázy. Slizniční vazivo obsahuje lymfatické uzlíky, nejvíce jich je ve slepém střevu.

Submukóza obsahuje cévní a nervovou pletěň, zasahují do ní shluky lymfocytů ze sliznice.

Svalovina má dvě vrstvy vnitřní cirkulární a zevní longitudinální. Longitudinální svalovina pokrývá kompletně celý tračník ve velmi slabé vrstvě, ale ve třech místech cirkumference je soustředěna do silných provazců zvaných ténie. Kontrakcí cirkulární svaloviny a ténii vzniká haustrace.

2.2 FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání iontů a vody, skladování zbytků chymu a tvorba stolice.

V tračníku (kolon) se produkuje množství vazkého hlenu, který ochraňuje stěnu tlustého střeva před poškozením a pomáhá tvořit formovanou stolicí. Stejně jako v celém trávicím systému je motilita tlustého střeva tvořena dvěma typy pohybů: mísící, způsobené distenzí střeva tráveniny, která způsobí kontrakci hladké svaloviny a pohyby propulzivní (peristaltické), řízené reflexně vegetativním nervovým systémem – sympatikem (snižuje motilitu) a parasympatikem (zvyšuje motilitu).

Trávenina se postupně zahušťuje resorpcí vody a iontů, formuje se ve stolici a prochází do rekta. Zvýšení tlaku vyvolá pocit nucení na stolicí a po překročení tlaku 5,5-6,5kPa vzniká defekační reflex. Samovolnému odchodu stolice brání dva svěrače – vnitřní a zevní. Při defekačním reflexu svěrače ochabují a zapojují se břišní svaly a bránice.

Denně se vyloučí 100 – 300g stolice v závislosti na charakteru přijímané potravy.

V tlustém střevě se dále tvoří činností bakterií střevní plyny složené z oxidu uhličitého, vodíku, sirovodíku, dusíku a metanu.

2.3 DIVERTIKULÁRNÍ CHOROBA TLUSTÉHO STŘEVA

Divertikulární chorobou označujeme více diagnóz, jejichž společným znakem je přítomnost divertiklů na střevě. Častěji se setkáváme s divertikly nepravými (získanými), jejichž stěnu tvoří pouze sliznice, roztlačující střevní svalovinu a vyklenující serózu. Pravé divertikly mají stěnu tvořenou ze všech střevních vrstev a jsou pro kolon vzácností. Divertikly mohou postihnout celé střevo, typickou lokalizací je však esovitá klička a sestupný tračník.

Divertikulární choroba je častější v západních civilizacích. Kulturní faktory a zvláště dieta hrají v etiologii důležitou roli. Hlavní ovlivňující složkou diety je vláknina v potravě. Příčinou vzniku divertikulární choroby je zřejmě dlouhodobě zvýšený intraluminární tlak, způsobený hypertonií svaloviny střevní. Konzumací stravy s malým obsahem vlákniny je ve střevě nedostatečně objemná náplň, vzniká tzv. „kontrakce naprázdno“, zvýšení tlaku a následně k prolapsu sliznice skrze střevní stěnu a tím dojde ke vzniku divertiklu.

Postižení střeva divertikly bez projevů zánětu se označuje jako divertikulóza.

Příznaky divertikulózy :

Divertikulóza má buď asymptomatický průběh, nevyskytuje se ani teplota ani leukocytóza a bývá náhodně nalezena např. při endoskopii, nebo má symptomatický průběh, kde příznaky jsou projevem vzniku komplikací.

Mezi komplikace patří zánět (kdy se může vytvořit absces), krvácení a obstrukce způsobená fibrotizací postiženého úseku.

Postižení střeva divertikly se zánětem se označuje jako divertikulitida

Divertikulitida je vlastně už komplikací. Vzniká retencí stolice, dekubitálními změnami s poruchou cirkulace s následnou bakteriální invazí. Projevuje se nejčastěji trvalou bolestí v levém dolním kvadrantu břicha v místě divertiklu, poruchami pasáže, nauzeou, zvracením a teplotou. Infekce postihující malý

divertikl nemusí způsobit žádnou symptomatologii, ale jestliže zánět prostupuje do okolí, vzniká peridivertikulitida až absces. Je možná i perforace do sousedních orgánů, vznikají píštěle (kolovaginální, kolovezikální). Zánět divertiklu může způsobit peritonitidu - rozlišujeme podle místa působení na ohraničenou a difuzní . Dále můžeme peritonitidu rozlišit na purulentní, vyznačující se hnisavým zánětem, a sterkorální peritonitidu, vyznačující se vylitím střevního obsahu do dutiny břišní.

Příznaky divertikulitidy

Akutní ataka vyvolá lokalizovanou břišní bolest, která je trvalá nebo křečovitá a připomíná akutní apendicitidu kromě toho, že je nejčastěji lokalizovaná do levého dolního kvadrantu. Někdy postihuje celý podbříšek. Zácpa nebo zvýšená frekvence defekace jsou časté, odchod plynů může od bolesti ulevit. Nauzea a zvracení závisí na lokalizaci a tíži zánětu. Okultní nebo větší krvácení je možné prokázat ve stolici, není však podmínkou. Popsaný klinický obraz je typický, ale akutní divertikulitida se může projevovat i jinými příznaky.

Akutní ataka divertikulitidy může probíhat nepozorovaně až do doby rozvinutí komplikace, což je obvykle důvod, proč pacient vyhledá pomoc. V některých případech bolest ani zánětlivé známky nejsou dostatečně vyjádřeny a převládne příznak hmatné rezistence se střevní obstrukcí, takže se nabízí daleko více diagnóza karcinomu levého tračníku.

2.3.1. VYŠETŘENÍ

Rentgenologická vyšetření nemá význam v případě prosté divertikulární choroby, ale pro komplikovanou ano. Prostý snímek břicha může v případě lokalizovaného zánětu ukázat ileus.

CT může se provádět již v počátcích onemocnění a obvykle je podpořeno intravenózním a perorálním podáním kontrastní látky. Vhodné pro akutní vyšetření břicha ve fázi akutního zánětu – absces, ztlustění střeva chorobou.

Irigografie je kontraindikována během akutní ataky divertikulitidy

Koloskopie může rozpoznat zánětlivé změny kolem ústí divertiklů a může rozlišit zánětlivou stenózu po proběhlé divertikulitidě od stenózy nádorové.

2.3.2. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA:

Mezi hlavní rozlišující znaky divertikulózy a divertikulitidy patří absence či přítomnost zánětlivých příznaků a pečlivé odebrání anamnézy.

Dalším rozlišujícím znakem je krvácení, v tomto případě je třeba rozlišit divertikulózu od karcinomu tlustého střeva.

Akutní divertikulitida s lokalizovanou perforací může simulovat apendicitidu, perforovaný karcinom tlustého střeva, strangulaci, Crohnovu chorobu apod. Určitou pomoc v diferenciaci těchto onemocnění poskytuje anamnestický údaj střevní symptomatologie v minulosti, hmatná infiltrace a pomocná vyšetření. Ačkoliv irigografie a koloskopie mohou v těchto případech udělat jasno, mnohdy lze stanovit diagnózu až po chirurgickém získání preparátu, který vyšetří patolog. Přetrvávající krvácení nemá být přičítáno divertikulární chorobě, dokud nebyl zcela vyloučen karcinom.

2.3.3.LÉČBA

Konzervativní

Nemocní s akutní divertikulitidou obvykle vyžadují hospitalizaci. Léčba závisí na závažnosti ataky a obecně platí : nic per os, podávání infuzí a širokospektrých antibiotik. Po odeznění akutního stavu se postupně obnovuje perorální příjem a doporučí se vysokožbytková strava, např. otruby. Irigografie je obvykle indikována asi po třech týdnech od začátku akutní ataky. Kolonoskopie je doporučena v případě krvácení, kdy je podezření na výskyt nádoru. Kolonoskopii není vhodné provádět v akutní fázi.

Chirurgická léčba

Urgentní operace pro divertikulitidu sigmoidea je indikována v případě náhlé příhody břišní a při známkách peritoneálního dráždění.

V případě lokalizovaného abscesu může být provedena perkutánní drenáž. Tato technika je velmi užitečná, neboť dovoluje vyvarovat se urgentní operace a pacienta operovat za lepších podmínek. U většiny těchto pacientů bude konečným výkonem střevní resekce.

Typ operace závisí na rozsahu střevního zánětu, typu peritonitidy a celkovém stavu nemocného.

1. Resekce s anastomózou

Resekce nemocného střeva a provedení anastomózy mají velkou výhodu ve vyřešení celého problému jednou operací. Není možné bezpečně anastomozovat střevo tehdy, je-li tlusté střevo edematózní, nebo je-li přítomna závažná infekce v chirurgickém poli, neboť zde existuje vysoké riziko dehiscence anastomózy.

2. Resekce bez anastomózy (dvoudobá operace)

Nemocné střevo se odstraní, proximální část tlustého střeva se vyvede jako terminální kolostomie a distální část se slepě uzavře (Hartmanova operace). Střevní komunita se obnoví v druhé operační době, po ústupu známek zánětu. Zvyšující se obliba perkutánních drenáží abscesů snižuje nutnost provádění vícedobých operací.

3. Třídobá operace

Třídobá operace znamená v první operační době provést transverzostomii a drenáž parakolického abscesu, v druhé době resekovat tračník, ve třetí době se provede anastomóza. Dnes se tento způsob užívá jen zřídka.

2.3.4. PROGNÓZA

Asi 25 % nemocných hospitalizovaných s akutní divertikulitidou vyžaduje chirurgickou léčbu. Z posledních zpráv vyplývá, že operační letalita je asi 5 % v porovnání s 25 % ještě před několika lety. Částečně má na toto zlepšení vliv rozšířeného používání primární resekce po předchozí perkutánní drenáží abscesu. Divertikulitida recidivuje asi u třetiny konzervativně léčených nemocných. Většina těchto relapsů se vyvine v prvních pěti letech. Není jisté, zda recidivám divertikulitidy lze zabránit zvýšeným příjmem vláknité stravy, přestože tento postup se všeobecně doporučuje. Indikacemi pro elektivní střevní resekci jsou opakující se divertikulitidy, perzistující divertikulitida (bolest, hmatná plnost, infiltrát, dysurie), věk pod padesát let a nemožnost vyloučit karcinom. Letalita elektivní levostranné kolektomie je 2 – 4 %. Recidiva divertikulitidy po resekci je velmi neobvyklá.

2.4. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ

2.4.1. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA :

OSOBNÍ DATA :

Jméno a příjmení : J.K.

Oslovení : Paní...

Věk : 75 let

Stav : rozvedená

Národnost : Česká

Vzdělání : střední

Povolání : učitelka ČJ, ZSV, nyní důchodkyně

Vyznání : ateistka

Bydliště : Praha

Osoba, kterou lze kontaktovat : syn

1. OSOBNÍ ANAMNÉZA :

Pacientka neprodělala žádné vážné onemocnění

úrazy žádné

Nekuřačka, abstinent

Alergie : 0

Nynější onemocnění

Pacientka vyšetřována na interním oddělení pro váhový úbytek 4 kg. Při koloskopickém vyšetření způsobena perforace v 18 cm od anu (v divertiklu), přeložena na chirurgické oddělení. Subj. celková slabost, únava, bolest neudává.

Jsou podávány infúze (G 10% +8inz +20ml NaCl +20ml KCl, H 1/1 +20ml NaCl, R 1/1)

Provedená vyšetření : KO, biochem., koloskopie – při koloskopii způsobena perforace střeva v 18 cm od anu (v divertiklu).

Na základě koloskopického vyšetření byla stanovena Dg. Perforatio coli sigmoidei per coloscopiam, peritonitis seropurulenta circumscripta.

28.12. v 11.40 hod - operace pro perforaci sigmatu. Byla provedena resekce postiženého úseku a distální část byla vyvedena jako terminální kolostomie (postup dle Hartmana).

2. RODINNÁ ANAMNÉZA :

Oba rodiče zemřeli stářím (otec +80let, matka +84let), starší bratr nemocné uhořel v 25 letech.

3. SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacientka žije sama v bytě 1 + kk v Praze, má sousedku, na kterou se může kdykoli obrátit, syn ji často navštěvuje, mají spolu hezký vztah.

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE :

TK = 135/80 v normě (NH 100-140/60-90)

TT = 36,2 C v normě (NH 36-37 C)

P = 90 mírně zvýšen (NH 60-80/min)

LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY :

- Divertikulitis sigmoidei perforata
- Peritonitis seropurulenta

2.4.2. FARMAKOTERAPIE

Fraxiparin 0,3 ml s.c. a 24h

indikační skupina: antitrombotikum, antikoagulans

nežádoucí účinky: hematologická a krvácivá onemocnění – krvácivé projevy v různých místech, trombocytopenie, kožní a podkožní reakce – malé krevní výrony v místě vpichu, v některých případech je možné pozorovat náhlé objevení pevných uzlíků, které vymizí, kožní nekrózy, onemocnění jater a žlučového systému – zvýšení transamináz, poruchy metabolismu – reverzibilní hypokalémie.

LINCO 600 mg a 8h

indikační skupina: linkosamidové antibiotikum

nežádoucí účinky: příležitostně se může objevit průjem, pocení a iritace anu nebo vulvy, které během prvních dnů odezní. Ve vzácných případech se může vyskytnout zarudnutí kůže a podrážděné chování.

Abactal 400 mg a 12h

indikační skupina: širokospektré chinolonové chemoterapeutikum

nežádoucí účinky: mírné zažívací obtíže, ztráta chuti k jídlu, změny chuti, nauzea, zvracení, kožní reakce (zarudnutí, otok), závratě, insomnie, zmatenost, zvýšení hladin jaterních enzymů a bilirubinu, krystalurie, hematurie, intersticiální nefritida, tendinitida.

Helicid 20 mg a 12h

indikační skupina: antiulcerózum

nežádoucí účinky: zřídka. Mohou se objevit bolesti hlavy, závratě, pocit únavy, rozostřené vidění, deprese, agresivita, sucho v ústech, nevolnost. Velmi vzácně se může vyskytnout porucha krvetvorby.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1. CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Samotný pojem „proces“ představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. (9)

Pojem „ošetřovatelský proces“ je poměrně nový a souvisí s akceptováním vědeckého, systémového přístupu a východisek v ošetřovatelství, kterým se řídí lidské poznání. (9)

Z praktického hlediska je ošetřovatelský proces systémová, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Člověka chápe holisticky, klade důraz na aktivitu jedince, na podporu a udržení zdraví, nabízí aktivní ošetřovatelskou péči. Jejím cílem je (pokud možno poznávací a zdraví prospěšná) změna zdravotního stavu pacienta. Proto je dnes ošetřovatelský proces mezinárodním standardem ošetřovatelské praxe. (4,9)

Co to je ošetřovatelský proces?

Ošetřovatelský proces se soustředí na problematiku potřeb nemocného. Je výchozím momentem ošetřovatelské péče. Potřeby jsou zpracovány z pohledu ošetřovatelského procesu a jeho fází(10)

Jednotlivé fáze jsou:

- 1. Ošetřovatelská anamnéza** – sběr informací o konkrétním nemocném
- 2. Ošetřovatelská diagnóza** – stanovení potřeby nemocného
- 3. Ošetřovatelský cíl** – stanovujeme očekávané výsledky

4. **Ošetrovatelský plán** – zda plánujeme ošetrovatelské intervence k dosažení výsledků
5. **Realizace** – zaznamenáváme způsob provedení ošetrovatelských intervencí
6. **Hodnocení** – hodnotíme, zda došlo u stanovené potřeby ke zlepšení, či zhoršení

Ošetrovatelskou část této práce jsem si vybrala metodikou ošetrovatelského procesu. Při hodnocení nemocného vycházím z modelu Marjorie Gordonové.

3.2. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ DLE GORDONOVÉ

Nemocná byla přijata na chirurgické JIP oddělení. Pečovala jsem o nemocnou od 4. dne její hospitalizace až do doby, kdy byla převezena na standardní chirurgické oddělení.

1.) Vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví

J.K. až nikdy předtím vážněji nestonala, k lékaři chodila pouze občas v rámci preventivních prohlídek a někdy při nachlazení. Doma byla zvyklá na procházky.

Nyní pacientka sice nevyjadřuje obavy z budoucnosti, ale uvědomuje si zhoršení mobility v průběhu hospitalizace a závislosti na okolí. Snaží se cvičit na lůžku a aktivně spolupracuje s rehabilitační sestrou. Motivací je pro ni návrat domů a ke svým blízkým. Subjektivně se cítí dobře.

2.) Výživa a metabolismus

Před hospitalizací byla zvyklá denně vařit. Pacientka se stravovala zdravě. Má ráda lehká jídla v malých porcích. Pít byla zvyklá 1,5 - 2 l tekutin denně, především minerálky, čaje a ovocné šťávy.

Vzhledem ke zdravotnímu stavu při příjmu nebylo možné změřit váhu pacientky. Podle odhadu lékaře nemocná měří 160 cm a váží 60 kg. Problémy s váhou nikdy neměla. Subjektivně se domnívá, že v nemocnici zhubla asi 2 kg vzhledem ke kašovitě dietě, kterou dodržuje po operaci. Strava jí chutná, nyní jí přibližně stejné množství jako před hospitalizací. Stravuje se vsedě na lůžku. Při jídle a pití vyžaduje pomoc (krájení jídla, nalévání pití) vzhledem

k oslabení organismu po operaci. Pije 500 ml tekutin denně a 2 800ml i.v. v infuzních roztocích. Minerálky a ovocné šťávy jí nosí syn dle potřeby.

Kůže je elastická, pružná.

3.) Vylučování

Doma pacientka používala samostatně toaletu. Stolicí měla nepravidelnou, ale bez subjektivních obtíží. Občas trpěla zácpou, na kterou používala lázeňskou vodu Šaratici.

Nyní močí bez obtíží 800 ml denně do podložní mísy vleže na lůžku vzhledem ke slabosti, kterou má po operaci. Stolicí vyprazdňuje do kolostomickým vývodem do sáčku, který 1x denně vyměňuje stomická sestra.

4.) Aktivita, cvičení

Pacientka bydlí sama v jednopokojovém bytě, kde ji pravidelně navštěvuje syn. Denně se navštěvuje se svou sousedkou. Byt je ve druhém patře s výtahem. Pacientka je zvyklá se o domácnost postarat sama.

Nyní na chirurgickém oddělení došlo ke zhoršení mobility v důsledku operačního zákroku. Pacientka si je toho vědoma, od dalšího pobytu v nemocnici očekává především rehabilitační péči. Občas se snaží cvičit sama na lůžku. Denně za ní dochází rehabilitační sestra. Pohyblivost se den ode dne zlepšuje.

Osobní hygienická péče je prováděna pravidelně 1x denně za asistence sestry (příprava pomůcek, asistence při mytí určitých částí těla – záda, nohy). Důvodem je malátnost pacientky, způsobená dlouhodobým pobytem na lůžku a dále nutnost poskytnout nemocné psychickou podporu v první fázi adaptace na nově vzniklé onemocnění. Osobní hygienická péče je prováděna

na lůžku, v důsledku nestability ve stoje. Kolostomický vývod je zajištěn přiloženým kolostomickým sáčkem (byl zvolen dvoudílný systém).

5.) Spánek, odpočinek

Doma nemocná chodila spát kolem 21 hodiny a probouzela se kolem 5 hodiny, v průběhu odpoledne si ještě zdřímala na 20 minut.

V nemocnici nemocná spí dobře. Nikdy problémy se spaním neměla, ani v době hospitalizace. Usíná a probouzí se jako doma, akorát přes den více podřimuje.

6.) Vnímání, poznávání

Potíže se sluchem nemá. Brýle nenosí ani na čtení. Nemocná se orientuje i odpovídá přiměřeně. Vzhledem k únavě vyžaduje v rozhovoru delší pauzy, jinak na dotaz reaguje bez váhání.

7.) Sebepojetí, sebeúcta

Na první pohled působí pacientka klidně. Přesto mi svěřila, že už se těší na návrat do domácího prostředí, kde se cítí užitečná a spokojená. Oporou je jí syn. Protože je pacientka rozvedená a je zvyklá, že už dlouho žije sama, ví, že za věci týkající se nemoci a nově vzniklého stavu zodpovídá jen ona sama.

8.) Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka je pečlivá matka. Ráda vypráví o svém synovi, který ji často navštěvuje v nemocnici. S nejbližšími sousedy udržuje dobré vztahy, vycházejí si vstříc. Má velmi dobrou přítelkyni, na kterou se může spolehnout (je to sousedka, která zavolala záchranku, když se paní J.K. udělalo nevolno).

9.) Sexualita, reprodukční schopnost

Paní J.K. porodila jednoho syna. Potrat ani interupci neprodělala žádnou. Vzhledem ke skutečnosti, že rozhovor probíhal za přítomnosti jednoho pacienta, na sexuální život jsem se nevyptávala.

10.) Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacientka nekouří ani nepije alkohol. Ve volném čase pečuje o domácnost.

Má zájem mluvit o svém onemocnění se zdravotnickým personálem. Po sdělení jejího stavu (konkrétně, že má vývod) lékařem byla pacientka rozrušena, ale informaci nakonec přijala dobře. Uvědomila si nezbytnost stomie při její diagnóze. Přesto ji její nově vzniklý stav traumatizuje.

11.) Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka se nehlásí k žádné víře. Nejdůležitější věci jsou pro ni zdraví a rodina.

3.3. STANOVENÍ OŠETŘOVATESKÝCH DIAGNÓZ PRO 4. POOPERAČNÍ DEN

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila dle důležitosti tak, jak jejich aktuálnost pocítuje nemocný a s přihlédnutím k medicínským prioritám.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- 1. Porucha soběstačnosti v oblasti hygienické péče z důvodu pooperačního stavu**
- 2. Strach z důvodu nemoci**
- 3. Pocit bezmocnosti z důvodu nutného operačního výkonu a zavedení kolostomie**
- 4. Zácpa z důvodu snížené aktivity a změny režimu**
- 5. Nedostatek informací o kolostomii v důsledku nově vzniklého stavu po akutním neplánovaném operačním zákroku**

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

- 6. Riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu snížené aktivity**
- 7. Riziko infekce spojené se zavedením periferního žilního katetru**

3.3.1. OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN PRO 4. POOPERAČNÍ DEN

- **Porucha soběstačnosti v oblasti hygienické péče z důvodu pooperačního stavu**

CÍL : Pacientka bude ranní hygienickou péči provádět sama bez asistence sestry

PLÁN :

- Zajistit a poskytnout pomůcky v dosahu pacientky
- Vysvětlit postup mytí při ranní hygieně
- Umožnit dostatek času ke zvládnutí hygieny
- Povzbudit paní J.K. při hygienických činnostech
- Nabídnout pomoc

REALIZACE : Připravily jsme si pomůcky (mýdlo, ručník, žínka) v dosahu pacientky na stolek po pravé ruce, kde pacientka nemá zavedenou periferní kanylu. Kolem lůžka jsme rozestavěly dvě zástěny. Hygienu jsme prováděly na lůžku ve spolupráci pacientky, která byla v polosedě. Nejdříve si pacientka sama umyla horní část těla, a pak jsme ji pomohly umýt dolní část. Obzvláště jsme věnovaly pozornost okolí rány a kolostomického vývodu. Po umytí mýdlem se pacientka osušila. Pacientce jsem pomáhala pouze umýt záda a nohy. O stomii se postarala stoma sestra. Rána po resekci byla zahojena, nebylo třeba ji věnovat zvláštní pozornost.

Pacientka měla dostatek času k nácviku sebeobsluhy. Sestra nabídla pomoc při mytí partií, kam si pacientka nedosáhla, což byly záda a nohy.

HODNOCENÍ : Pacientka zvládala ranní hygienu za asistence sestry. Byla částečně soběstačná. Protože při stožení a chůzi měla pacientka závratě, sestra zajistila hygienickou činnost na lůžku v polosedě, což pacientce vyhovovalo. Paní J.K. psychicky pomáhalo povzbuzování od sestry, necítila se tak nesamostatná a závislá. Cíl dosud zcela nesplněn.

- **Strach z důvodu nemoci**

CÍL : Zmírnění strachu z nemoci

PLÁN :

- Vyslechnout pocity paní J.K.
- Všimnout si průběžně stavu nemocné a její nálady
- Zajistit informace od lékaře o nemoci a léčbě do 3 hodin,
- Snažit se rozptýlit nemocnou (četba, rozhovor)
- Umožnit častý kontakt se synem

REALIZACE : Pacientka byla vyslechnuta, svěřila se, co ji trápí a z čeho má obavy. Sledovala jsem její verbální a neverbální projevy. Zajistily jsme lékaře, který ji informoval o nemoci, chirurgickém zákroku, který podstoupila a o léčbě, která byla zvolena. Pacientka měla k dispozici časopisy. Synovi bylo od

2.dne na JIPovém oddělení umožněno navštívit pacientku kdykoliv během dne.

HODNOCENÍ : Cíl se podařilo splnit. Po rozhovoru s lékařem se obavy nemocné zmírnily.

- **Pocit bezmocnosti z důvodu nutného operačního výkonu a zavedení kolostomie**

CÍL : Do týdne se pacientka se svým stavem smíří a bude schopna otevřeně hovořit o kolostomii

PLÁN :

- Zajistit dostatečnou osobní hygienu a čistotu ložního prádla
- Doporučit vhodný typ oblečení
- Poskytnout psychologickou podporu rozhovory o nově vzniklém onemocnění a zajistit psychologa
- Motivovat pacientku k znovuzískání sebedůvěry edukací a nácvikem sebepéče
- Sledovat a vést záznam o adaptaci pacientky na nově vzniklý stav

REALIZACE : Kladly jsme důraz na dobrou úroveň osobní hygieny a čistotu prádla. Osobní hygiena byla prováděna vždy 1x denně, výměna osobního a ložního prádla dle potřeby.

V čase věnovaném péči o kolostomii jsme současně prováděly i edukaci nemocné, podávaly jsme informace

ohledně vyprazdňování stolice kolostomickým vývodem. Na přání pacientky společně se synem jsme poskytly další rozhovory týkající se problematiky kolostomie

HODNOCENÍ : Pacientka byla vždy v čistém prádle na čistém a upraveném lůžku. Nemocná neměla zábrany a obavy z kladení otázek. Překonala komunikační bariéry jako by se stud hovořit o kolostomickém vývodu, o omezení v civilním životě a o vyčlenění ze společnosti. Nemocná nebyla ještě zcela adaptována, má problémy se vyrovnat se svým náhle vzniklým stavem. Pacientka bude potřebovat více času, než si zcela zvykne na to, že má trvalý kolostomický vývod.

- **Zácpa z důvodu snížené aktivity a změny režimu**

CÍL : Pacientka se bude pravidelně vyprazdňovat

PLÁN :

- Zajistit dostatečný příjem tekutin
- Sledovat auskultaci střevní peristaltiky
- Dodržovat dietní opatření
- Zajistit přiměřenou pohybovou aktivitu
- Zajistit soukromí při defekaci
- Sledovat konzistenci, barvu a zápach stolice

REALIZACE : Dostatečný příjem tekutin byl zajištěn podáváním infuzních roztoků a per orálně (2 800 ml i.v.+ 500 ml p.o.) Pravidelně 2x denně jsme kontrolovaly stav nemocné se zaměřením na auskultaci střevní peristaltiky a flatulenci. Pacientka dostávala dietu kašovitou, která byla ordinována vzhledem k jejímu pooperačnímu stavu a po 5 dnech přejde na dietu určenou pro stomiky. Než byla propuštěna do domácí péče, byla edukována o dietním režimu určeném pro stomiky. Pohybová aktivita byla omezena vzhledem k zachování klidu na lůžku, ale aktivně se polohovala a od 4. dne hospitalizace chodila v chodítku pod dohledem rehabilitační sestry. Soukromí jsme pacientce zajišťovali pomocí zástěn, které byly dány ze dvou stran pacientčina lůžka.

HODNOCENÍ : Cíl byl splněn. Pacientka se vyprazdňovala 1x denně kolostomickým vývodem do sáčku, o který se starala stoma sestra. Druhý den začaly odcházet plyny stomíí a v kolostomickém sáčku se objevovalo malé množství exkretů. Od 4. dne odchází stolice kolostomíí. Došlo k úplnému vymizení flatulence a zácpy. Potřeba vyprazdňování byla uspokojena

- **Nedostatek informací o kolostomii v důsledku nově vzniklého stavu po akutním neplánovaném operačním zákroku**

CÍL : Pacientka bude mít dostatek informací o zásadách jídelníčku

Pacientka bude mít dostatek znalostí o možnostech aktivního se zapojení do života

PLÁN :

- Seznámit nemocnou se zásadami životosprávy a nutnosti jejich dodržování
- Doporučit jí vhodné potraviny a jejich úpravu
- Seznámit ji s nevhodnými potravinami
- Provéřit, zda pacientka správně pochopila podané informace
- Podat informace o klubu stomiků vč. Kontaktní adresy
- Informovat o možnostech získávání kolostomických pomůcek

REALIZACE : Nemocná získala od dietní sestry dostatečné množství informací o zásadách životosprávy kolostomika. Byly jí doporučeny vhodné potraviny, byla upozorněna na méně vhodné potraviny, které by způsobily potíže s vyprazdňováním. Po rozhovoru se sestrou pacientka pochopila podané informace. Nemocné byla poskytnuta kontaktní adresa na klub stomiků a možnosti získání kolostomických pomůcek.

HODNOCENÍ : Cíl byl splněn. Pacientka byla informována o dietních opatřeních, zásadách životosprávy kolostomiků a kde sehnat kolostomické pomůcky.

- **Riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu snížené aktivity**

CÍL : Pacientka nebude mít příznaky imobilizačního syndromu

PLÁN :

- Poučit rehabilitačním pracovníkem pacientku o rehabilitaci a mobilizaci na lůžku
- rehabilitovat s pacientkou mimo lůžko
- provádět dechová cvičení
- vertikalizovat a provádět pomalé změny polohy

REALIZACE: Pacientka byla poučena rehabilitačním pracovníkem o možnostech mobilizace na lůžku. Dokázala sama si sednout na lůžku a během dne za pomoci sestry došla v chodítku na toaletu. Byla zapojena do činností sebepéče. Byla jí umožněna ranní hygiena, zajištěna strava dle dietních opatření v rámci pacientčiny diagnózy.

HODNOCENÍ : Cíl byl splněn. Pacientka neměla příznaky imobilizačního syndromu

- **Riziko infekce spojené se zavedením periferního žilního katetru**

CÍL : Během zavedení periferního žilního katetru nevzniknou známky infekce

PLÁN :

- Podat dostatečné množství informací o infúzní terapii a dodržování antiseptiky při aplikaci
- Nastavit vhodnou rychlost dávkování infúzního roztoku
- Sledovat místo vpichu u nemocné během infúze
- Pečovat o kanylu mimo dobu i.v.aplikace – proplachy a 6 hodin

REALIZACE : Nemocné byly podány informace o infúzní terapii. Příprava i aplikace byly prováděny za aseptických podmínek. V průběhu aplikace byl sledován stav nemocné a rychlost dávkování. Kanyla byla sterilně kryta, dostatečně fixována a napojena na mandrénovou zátku. Po 6 hodinách byla kanyla proplachována F 1/1 5 ml. Zároveň jsme sledovaly okolí místa venepunkce (barvu kůže, její teplotu a citlivost).

HODNOCENÍ : Cíl byl splněn. V souvislosti se zavedením periferního žilního katetru se neobjevily u nemocné žádné komplikace.

3.3.2. DLOUHODOBÝ PLÁN A HODNOCENÍ

OD 5. DNE HOSPITALIZACE

Prostředí jednotky intenzivní péče, kde pacientka nemá soukromí, určení diagnózy, absolvování operace, irreverzibilní zavedení kolostomie, to vše je příčinou vzniku pocitu pacientčiny bezmocnosti. Tyto podmínky pacientku omezují v komunikaci se zdravotnickým personálem i rodinou. Pacientka dodržuje klidový režim. Potřeba spánku byla uspokojena díky ohleduplnému přístupu ošetřovatelského týmu. V ošetřovatelské péči nutno dále plnit intervence, které by vedly k odstranění obav a zlepšení psychiky. Důležitou součástí v podpoře psychiky je pomoci pacientce přijmout změny, které nastaly v důsledku operačního zákroku. Opětovně podávat informace, odpovídat na dotazy, pomoci zhodnotit situaci. Nezastupitelnou podporou je rodina – syn. Chodí na návštěvu každý den. Nedošlo k poruše integrity kůže, nemocná je bez macerace v oblasti rány. Neobjevily se žádné komplikace z důvodu zavedení periferní kanyly, okolí místa vpichu je nebolestivé a bez známek zánětu. Pacientka je dobře hydratovaná, netrpí pocitem žízně. Po stabilizaci akutní fáze nemoci pacientka začala rehabilitovat za odborného vedení fyzioterapeuta. Postupně byla vertikalizována a od 4.dne pobytu na JIP sama chodila v chodítku. 6.den pobytu na JIP byla pacientka přeložena na standardní oddělení, neboť její stav se natolik zlepšil, že nepotřebovala intenzivní sledování.

3.3.3. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pacientka byla přijata 28.12. 2006 pro bolesti břicha a nevolnost na interní oddělení, kde ji byla odebrána krev na vyšetření krevního obrazu a biochemické vyšetření. Obě krevní vyšetření byla v normě. Poté byla provedena urgentní kolostomie, kde došlo k perforaci divertiklu tlustého střeva a pacientce byla ihned provedena operace, při níž byla provedena resekce tlustého střeva a terminální kolostomie. Poté byla pacientka převezena na chirurgické JIP. Pooperačně pacientka bez větších komplikací, stomie funkční, rána se hojí dobře, afebrilní. Pacientka po zvýšení pohybové aktivity byla 6.den přeložena na standardní oddělení. Jelikož byl průběh bez komplikací, byla po třech dnech propuštěna domů. Nemocná byla poučena o dietě a péči o stomii. Paní J. K. obdržela od stoma sestry kontakt na stoma centrum a na ambulanci, kam bude v případě komplikací po propuštění domu docházet k lékaři na kontrolní vyšetření.

4. PSYCHOLOGICKÁ ČÁST

„Být zdravým“ představuje významnou životní hodnotu. Jsme-li zdraví, sneseme většinou snadno i větší fyzickou zátěž a nepohodu. Nemoc, která svým průběhem nebo ve svých důsledcích významněji snižuje kvalitu našeho života, je bezpochyby náročnou, nebo jinak řečeno, svízelnou životní situací. Takovouto situací může být např. chronické onemocnění, chirurgické výkony, které představují zásadní zásah do organismu (amputace končetiny, hysterektomie, stomie), ztráty některého smyslu (slepota). U nemocného nejde jen o to smířit se s faktem svého onemocnění a přijmout pasivně vše, co sebou choroba přináší, ale nemocný je postaven před úkol překonávat problémy s nemocí spojené, vyrovnat se změněným zdravotním stavem, akceptovat ho a přijímat fakt další nutné nepříjemné i bolestivé diagnostické a terapeutické postupy. Choroba je tedy pro nemocného těžkým břemenem, zátěží a jeho reakce na tuto zátěž nemusí být vždy v souladu s očekáváním zdravotníků stejně jako členů rodiny, přátel a spolupracovníků. Duševní stránka nemocného, jeho způsob prožívání vlastní choroby a psychické reakce na nemoc, jsou důležitým článkem při léčbě a ošetřování nemocných, protože zpětně ovlivňuje průběh onemocnění. (6)

Paní J.K. nikdy vážněji nestonala, k lékaři chodila pouze občas v rámci preventivních prohlídek a někdy při nachlazení. V současnosti se jedná o její první hospitalizaci.

Na první pohled paní J.K. působí klidně a vyrovnaně, během rozhovoru byla akorát unavená a působila nejistě, možná právě proto, že je poprvé hospitalizována v nemocnici. Jinak na mě paní J.K. působila pozitivně a realisticky. Mluví pomalu, rozvážně, snaží se spolupracovat. Schopnost soustředění je snížena v důsledku pooperační únavy a vyčerpání, jak sama pacientka přiznala.

Paní J.K. nekouří ani nepije alkohol. Se stresovými situacemi se vyrovnává odpočinkem a prací v domácnosti. Subjektivně se již cítí dobře, necítí bolest. Pacientka se svým onemocněním vyrovnává dobře. Vyjádřila předsevzetí v budoucnosti změnit stravovací návyky, přizpůsobit se svému stavu, který je již irreverzibilní.

Starost jí dělá její závislost na okolní pomoci, je si vědoma zhoršení mobility v průběhu hospitalizace. Její nepříznivé pocity vyrůstající z choroby se snaží mírnit tím, že se cítí být středem pozornosti personálu. Snaží se cvičit na lůžku, každé ráno se projít v chodítku a aktivně spolupracuje s rehabilitační sestrou. Motivací je pro ni návrat domů, kde je obklopena svými přáteli. Těší se na návrat do prostředí, kde bude moct více komunikovat, než tomu je v nemocnici na lůžku.

Pacientka je pečlivá matka, která má dobrý vztah se synem, s kterým žila ještě nedávno, odstěhoval se kvůli malým prostorům v bytě, který pacientka vlastní. Jsou se synem v každodenním kontaktu, takže paní J.K. je se situací smířená.

Podle mého názoru se pacientka se svým onemocněním vyrovnává dobře. Postupně si zvyká na nový stav, a přestože byl pro ni ze začátku šokem, nebagatelizuje ani nepopírá chorobu, je ochotná spolupracovat se zdravotníky. Roli sehrála i podpora od jejího syna, který projevuje zájem se o maminku starat. Po přeložení na standardní oddělení jsem už neměla možnost sledovat psychický a zdravotní stav pacientky.

SOCIÁLNÍ SITUACE

Pacientka je rozvedená, má 1 syna, který se od ní odstěhoval teprve nedávno kvůli prostorovým podmínkám bytu. Je svobodný, žije se svou přítelkyní v Praze- stejně jako paní L.K.

Nemocná je nyní v důchodu, dříve pracovala jako učitelka. Byt je umístěn v panelovém domě ve 2. patře s výtahem. Syn se o nemocnou stará, chodí denně ji navštěvovat do nemocnice. Po propuštění z nemocnice by pacientka neměla mít žádné mobilní omezení.

PROGNÓZA

Nemocná zvládne samostatně péči o kolostomický vývod. Stomie odvádí. Byli jí vydány potřebné pomůcky pro péči o kolostomii v domácím prostředí. Nemocná zůstane v kontaktu se svou stoma- sestrou. Jejím úkolem je pomoci pacientce se adaptovat na nově vzniklou situaci v domácím prostředí, zodpovědět případné nejasnosti a sledovat, zda nedochází ke vzniku komplikací. Popř. poskytnout psychickou podporu.

Z operační rány byly odstraněny stehy. Rána je klidná, nesecernuje. V případě, že nastanou nějaké komplikace týkající se hojení rány, nebo bude potřeba ránu převázat, pacientka přijde na chirurgickou ambulanci ke svému ošetřujícímu lékaři.

5. EDUKACE

Jedním z hlavních cílů ošetřovatelství je vytvořit z pacientky aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, který je poučen a ochoten o své zdraví pečovat. Podařilo se navázat vztah, který byl založen na důvěře. Lékař ji vysvětlil příčinu, kvůli které musela být urgentně provedena operace a pohovořil s pacientkou o zvoleném postupu léčby. Sestrou byla podrobně informována o omezeních, která přináší kolostomie.

Nemocná a její nejbližší byli poučeni o dietních opatřeních. Byla přizvána dietní sestra, která sestavila jídelníček spolu s paní L.K., tak aby po propuštění z nemocnice pacientce dietní režim umožnil co nejmenší omezení. A to i ve smyslu správného nacvičení vyprazdňování stomie, které je závislé na přijaté stravě.

Před propuštěním byla pacientka informována o kontrolních návštěvách lékaře. Je v kontaktu se stoma sestrou, na kterou se bude moct v případě potřeby obrátit. Paní J.K. dostala i kontakt na stoma centrum.

Pacientka se po celou dobu hospitalizace řídila radami, které ji byly poskytnuty ošetřujícím personálem.

6. ZÁVĚR

Divertikulitida je komplikací divertikulární choroby, vzniká retencí stolice, dekubitálními změnami s poruchou cirkulace s následnou bakteriální invazí. Projevuje se nejčastěji trvalou bolestí v levém dolním kvadrantu břicha v místě divertiklu, poruchami pasáže, nauzeou, zvracením a teplotou. Infekce postihující malý divertikl nemusí způsobit žádnou symptomatologii, ale jestliže zánět prostupuje do okolí, vzniká peridivertikulitida až absces a je možná i perforace střeva.

Pacientka je starší žena (75 let), která si své nemoci, do doby než byla přijata do nemocnice, nebyla vědoma. Setkala jsem se s ní na chirurgickém JIP, kde byla hospitalizována pro komplikace své choroby, konkrétně pro perforaci tlustého střeva 18 cm od anu. Byla jí zavedena kolostomie. Postupně si zvyká na svůj nově vzniklý stav.

Aktivním vyhledáváním informací z více zdrojů o jejím současném zdravotním stavu, jsem se snažila seznámit s jejími obtížemi a současně i potřebami, které se od nich odvíjí. Z lékařské dokumentace jsem se dozvěděla základní informace o stanovené diagnóze, použitých diagnostických metodách a terapeutických opatřeních.

Věnovala jsem se tvorbě ošetrovatelskému procesu u této pacientky, který vychází z modelu „Funkčního zdraví M. Gordonové“. Podrobně jsem odebrala ošetrovatelskou anamnézu, určila ošetrovatelské diagnózy a cíle ošetrovatelské péče, jejich plánování, realizaci i hodnocení.

Kolostomie je psychicky velmi náročný výkon, s kterým je třeba naučit se žít. V případě paní L.K. se jedná o irreverzibilní stav.

Přesto doufám, že správně naplánovaná a provedená ošetrovatelská péče a snaha o uspokojení veškerých individuálních potřeb nemocné, zmírnily strádání této pacientky v nemocnici na minimum.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

- 1.) Antoš, Fr. : Divertikulární choroba tlustého střeva, Avicenum 1984
- 2.) Čihák, R. : Anatomie 2, Avicenum 1988
- 3.) Hoch, J. : Akutní chirurgie tlustého střeva, Maxdorf 1998
- 4.) Jarošová, D. : Teorie moderního ošetrovateľství ISV, Praha 2000
- 5.) Jirásek, V. : Gastroenterologie, hepatologie, Galén 2002
- 6.) Jobánková, M. a kol. : Kapitoly z psychologie pro zdravotní pracovníky, Brno: IDVPZ 2002
- 7.) Kozierová, B., Erbová, G. : Ošetrovateľstvo 1, Martin, Ozveta 1995
- 8.) Lemon 1 : Učební texty pro sestry a porodní asistentky, Brno:IDVPZ 1999
- 9.) Mastiliaková, D. : Úvod do ošetrovateľství 1, Karolinum Praha 2001
- 10.) Staňková, M. : České ošetrovateľství 1 – Jak provádět ošetrovateľský proces, Brno : IDVPZ 1998
- 11.) Staňková, M.: České ošetrovateľství 3 – Jak zavést ošetrovateľský proces do praxe, Brno : IDVPZ 1999
- 12.) Staňková, M. : České ošetrovateľství 4 – Jak provádět ošetrovateľský proces, Brno : IDVPZ 2001
- 13.) Staňková, M. : Základy teorie ošetrovateľství, Karolinum Praha 1997
- 14.) Trachtová, E. : Potřeby nemocného v ošetrovateľském procese, Brno, Mikoda 2003
- 15.) Vymětal, J. a kol. : Základy lékařské psychologie, Praha 1994

8. Seznam zkratek

Biochem.	Biochemické vyšetření
Dg.	Diagnoza
F	fyziologický roztok
G	glukoza
H	Hartmanův roztok
Inz.	Inzulin
JIP	jednotka intenzivní péče
KO	krvní obraz
NH	normální hodnoty
P	pulz
s.c.	subkutánně
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota

