

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**PROBLEMATIKA POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
U NEMOCNÝCH PO OPERACI ŠTÍTNÉ ŽLÁZY**

Bakalářská práce

Pavla Maršálková

17. 8. 2009

Mgr. Věra Stasková

ABSTRAKT

Ve vyspělých zemích, včetně naší republiky, se vyskytují nemoci štítné žlázy poměrně často (5 – 30 % obyvatel). Ženy onemocní pětkrát častěji než muži a největší počet je středního a vyššího věku. Onemocnění štítné žlázy jsou léčitelná, ale vyžadují správnou diagnostiku a léčbu ze strany odborného týmu, i zodpovědný přístup ze strany nemocného.

Předpokladem práce sestry na chirurgickém oddělení je stálá pohotovost ke zvládnutí aktuálních potřeb nemocných s nutností operačního výkonu, vznikem možných komplikací, pooperační péčí a rekonvalescencí.

Na základě teoretických znalostí a praktických zkušeností všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení byly stanoveny dva výzkumné cíle v kvalitativní části výzkumu a jeden výzkumný cíl v části kvantitativní.

Cílem č. 1 v kvalitativní části výzkumu bylo zmapovat, jaké intervence sestry provádějí při poskytování ošetrovatelské péče o nemocné po operaci štítné žlázy. Cílem č. 2 bylo zjistit, zda sestry vědomě používají intervence v rámci prevence vzniku možných komplikací u nemocných po operaci štítné žlázy. Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

Cílem č. 1 v kvantitativní části výzkumu bylo zjistit spokojenost nemocných po operaci štítné žlázy s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Byla stanovena jedna hypotéza.

Výsledky analýz dat kvalitativního i kvantitativního výzkumu jsou uvedeny v praktické části bakalářské práce. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou anketního lístku a rozhovoru u sester pracujících na chirurgickém oddělení a u nemocných po operaci štítné žlázy byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Výsledky byly zpracovány do grafů nebo tabulek.

Sestry pracující na chirurgickém oddělení vědomě provádějí ošetrovatelské intervence v rámci ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy, v rámci prevence vzniku možných komplikací a jsou připravené poskytovat intervence při

vzniklých komplikacích specifických pro onemocnění štítné žlázy. Výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Nemocní po operaci štítné žlázy hospitalizovaní na chirurgickém oddělení jsou spokojeni s celkovým přístupem ošetřujícího personálu i s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v bezprostředním pooperačním období. Hypotéza č. 1: „Nemocní po operaci štítné žlázy hospitalizovaní na chirurgickém oddělení jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí“, byla potvrzena.

Bakalářská práce se zabývá celkovou problematikou onemocnění štítné žlázy, jednotlivými postupy při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy. Podle analýz výsledků by samy sestry přivítaly, kdyby byl vytvořen manuál nebo ošetrovatelský standard týkající se problematiky poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy, včetně specifických komplikací a jejich následné řešení.

ABSTRACT

The issue of nursing care of patients after thyroid gland Operation

The developed countries, our Republic not excluded, have a relatively high incidence of thyroid diseases (5 % to 30 % of population). Females develop the diseases five times oftener than males, mostly in their middle or higher age. The thyroid diseases are curable, but they require that proper diagnostics is applied, effective treatment administered by a professional team, and the patients behave responsibly.

A nurse at a Surgery Department has to stand ready to cater instantaneously to the needs of patients awaiting the surgery; to properly handle any possible complications; to provide the after-surgery care; and to take care of what is required for the recovery.

Based on theoretical knowledge and practical experience of a general nurse at an Intensive-Care Unit of a Surgery Department, the research was assigned two Objectives in the qualitative section and one Objective in the quantitative section.

Objective 1, included in the qualitative section of the research, was to map how the nurses had to act in providing the nursing care to patients having undergone thyroid surgery. Objective 2 was to find out whether the nurses endeavored purposefully to prevent any complications in patients after thyroid surgery. Four research questions have been formulated.

Objective 1, included in the quantitative section of the research, was to ascertain to what extent the patients having undergone the thyroid surgery found the nursing care satisfactory. One hypothesis was formulated.

Results of data analyses yielded by both sections of the research, the qualitative and the quantitative, are presented in the practical part of the Bachelor Paper. The data were gathered through questioning: nurses working at the Surgery Department were interviewed and given a survey sheet to fill, while the patients after thyroid surgery were administered a questionnaire. The results were processed to obtain diagrams and tables.

In providing the nursing aftercare to the thyroid surgery patients, the nurses serving at the Surgical Department were found to act purposefully and prevent possible complications; they were ready to respond to the already developed complications as may accompany the thyroid diseases. The research questions have been answered.

Patients having undergone the thyroid surgery and hospitalized at the Surgery Department were found satisfied with both the overall approach of the nursing staff and the nursing care provided immediately after the surgery. Hypothesis 1: "Patients having undergone thyroid surgery and hospitalized at the Surgery Department are satisfied with the nursing care" have been confirmed.

The Bachelor Paper addresses all issues related to the thyroid diseases and the different procedures followed to deliver nursing care to patients after thyroid surgery. The analytical results indicate that the nurses themselves would be happy to see a nursing manual or standard compiled to cover the subject of providing nursing care to patients having undergone thyroid surgery, including the specific complications and their subsequent treatment.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Problematika poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2009

podpis studenta

Poděkování

Děkuji Mgr. Věře Staskové za metodické vedení a cenné připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Dále mé poděkování patří i mojí rodině, především manželovi za trpělivost a morální podporu, a také mému zaměstnavateli za jeho vstřícnost a toleranci při psaní této bakalářské práce.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2009

OBSAH

Úvod

1. Současný stav	13
1.1 Obor chirurgie štítné žlázy.....	13
1.2 Obor endokrinologie.....	13
1.3 Historie onemocnění štítné žlázy.....	14
1.4 Anatomie a fyziologie štítné žlázy a jejího okolí	15
1.4.1 Anatomie štítné žlázy a jejího okolí.....	15
1.4.2 Fyziologie štítné žlázy a jejího okolí.....	17
1.4.3 Jód a jeho význam pro štítnou žlázu.....	18
1.5 Příčiny nemocí štítné žlázy	19
1.6 Jednotlivá onemocnění štítné žlázy.....	20
1.6.1 Zvětšení štítné žlázy – prostá struma.....	21
1.6.2 Poruchy funkce štítné žlázy.....	22
1.6.2.1 Zvýšená funkce štítné žlázy.....	22
1.6.2.2 Tyreoidální (endokrinní) orbitopatie.....	24
1.6.2.3 Snížená funkce štítné žlázy.....	24
1.6.3 Záněty štítné žlázy – tyreoditidy.....	25
1.6.4 Nádory štítné žlázy.....	26
1.6.4.1 Benigní nádory štítné žlázy.....	27
1.6.4.2 Maligní nádory štítné žlázy.....	27
1.7 Diagnostika onemocnění štítné žlázy a úloha sestry.....	28
1.7.1 Anamnéza (předchorobí).....	29
1.7.2 Objektivní nález.....	29
1.7.3 Somatické vyšetření.....	29
1.7.4 Laboratorní vyšetření	30
1.7.5 Zobrazovací metody	30
1.7.6 Punkce štítné žlázy.....	30

1.7.7	Vyšetření otorinolaryngologické.....	31
1.8	Léčba nemocí štítné žlázy.....	31
1.8.1	Obecné zásady léčby štítné žlázy.....	31
1.8.2	Konzervativní léčba štítné žlázy.....	32
1.8.3	Operační léčba štítné žlázy.....	32
1.8.3.1	Typy operací štítné žlázy.....	32
1.8.4	Pooperační komplikace a sledování sestrou.....	34
1.9	Ošetrovatelská péče a ošetrovatelský proces u operací štítné žlázy a role sestry.....	35
1.9.1	Základní lidské potřeby v ošetrovatelské péči a role sestry.....	36
1.9.2	Dlouhodobá předoperační příprava a role sestry.....	38
1.9.3	Krátkodobá předoperační příprava a role sestry.....	38
1.9.4	Bezprostřední předoperační příprava a role sestry.....	39
1.9.5	Bezprostřední pooperační péče a role sestry.....	39
1.9.6	Dlouhodobá pooperační péče a role sestry.....	40
1.9.7	Domácí péče a její zajištění po propuštění pacienta z nemocnice...41	
1.9.8	Vybrané ošetrovatelské diagnózy u nemocných po operaci štítné žlázy.....	42
2.	Cíl práce a hypotézy.....	44
2.1	Cíle práce kvalitativní části.....	44
2.2	Výzkumné otázky kvalitativní části.....	44
2.3	Cíl práce kvantitativní části.....	44
2.4	Hypotéza.....	45
3.	Metodika.....	46
3.1	Metodika práce	46
3.2	Charakteristika souboru.....	46
4.	Výsledky.....	48
4.1	Výsledky kvalitativní části výzkumu.....	48
4.1.1	Analýza dat z anketního lístku.....	48
4.1.2	Analýza dat z rozhovorů.....	55

4.2	Výsledky kvantitativní části výzkumu.....	74
5.	Diskuze.....	109
6.	Závěr.....	123
7.	Seznam použitých zdrojů.....	126
8.	Klíčová slova.....	130
9.	Přílohy.....	131

ÚVOD

Základem fungující lidské populace je bezesporu zdraví. Chápání pojmu zdraví závisí na společnosti, stupni jejího rozvoje, její kultuře, vzdělání lidí, hodnotovém systému člověka. Již Hippokrates, antický lékař, se díval na zdraví jako na rovnováhu všech sil, které v člověku působí. Zdraví dle Světové zdravotnické organizace lze definovat jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, který je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu a prostředí. Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby, vést sociálně a ekonomicky produktivní život a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se s vlastním prostředím. Opakem zdraví, které lidstvo od nepaměti provází, jsou problémy s ním související pod souhrnným názvem nemoc, která je obecně definována jako souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím. Nemoc tedy není vzácností, ale nepříjemnou skutečností. Ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Charakteristickými rysy ošetřovatelství je individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklých nebo pozměněných onemocněním.

Onemocnění štítné žlázy nejsou vzácná. Ve vyspělých zemích, včetně naší republiky, se vyskytují u 5 – 30 % obyvatel. Ženy onemocní 5krát častěji než muži a největší počet nemocných je středního a vyššího věku. A bohužel, všechny nemoci štítné žlázy, i ty nejzávažnější, se mohou vyskytnout také v dětském věku. Poruchy činnosti štítné žlázy způsobují poškození zdárného vývoje celého organismu. Podle údajů Světové zdravotnické organizace trpí nedostatkem jódu jedna čtvrtina lidstva, v naší republice je to téměř 30 % obyvatel. Nedostatek jódu tak vede k závažným zdravotním důsledkům u jednotlivců a má celospolečenský dopad.

Onemocnění štítné žlázy jsou léčitelná, ale vyžadují správnou diagnostiku a léčbu ze strany odborného týmu a zodpovědný přístup ze strany nemocného. Předpokladem práce sestry na chirurgickém oddělení je stálá pohotovost při zvládání

aktuálních potřeb nemocných v souvislosti s nutností operačního výkonu, vznikem možných komplikací, pooperační péčí a rekonvalescencí.

Od roku 1994 pracuji jako všeobecná sestra na chirurgickém oddělení. S lidmi, u kterých bylo diagnostikováno onemocnění štítné žlázy jakéhokoliv typu, jsem se setkala již mnohokrát a právě zvládání jejich potřeb v souvislosti s nutností operačního výkonu, vznikem možných komplikací a pooperační péče mě velmi zaujalo. Proto jsem si vybrala toto téma pro svou bakalářskou práci, abych pronikla hlouběji do této problematiky především z hlediska ošetrovatelského. Daná problematika je zaměřená na zlepšení a zkvalitnění ošetrovatelské péče v předoperačním a pooperačním období, neboť spolu s rozvojem chirurgie a nástupem nových metod diagnostiky, chirurgické léčby a ošetrovatelské péče vzniká potřeba neustálého vzdělávání, specializaci sester v chirurgickém ošetrovatelství a tím i kvalitní péče o nemocné a vyvarování se vzniku možných komplikací.

1. SOUČASNÝ STAV

Dnešní moderní chirurgie se stala složitou týmovou prací, nejen ve vztahu k vlastnímu pracovišti, ale i ve vztahu k ostatním lékařským oborům i chirurgickému ošetrovatelství. Pokud chceme léčit i ošetřovat pacienty s onemocněním štítné žlázy, je nutné spolupracovat nejen s obory chirurgickými, ale také především s obory endokrinologickými (14).

1.1 Obor chirurgie štítné žlázy

Chirurgie patří mezi nejstarší lékařské obory. Její název pochází z řeckých slov chejr, což znamená ruka a ergein znamená pracovat. Tím se označuje lékařská činnost, která se vykonává manuálně. Jako vědní disciplína se chirurgie dělí na chirurgii obecnou a speciální (13).

Jen málokterý orgán v lidském těle je obklopen takovým množstvím kontroverzních názorů na své léčení jako štítná žláza. Příčinou jsou vlastní změny ve žláze a jejím okolí, ve funkci orgánu a jeho vlivu na organizmus (15).

Chirurgická intervence je indikována u nemocných se zvýšenou funkcí štítné žlázy, která je konzervativní terapií neovlivnitelná, u nemocných s uzlovou nebo cystickou strumou, která působí tlakové potíže (polykací, dýchací), u nemocných s chronickým zánětem štítné žlázy (endokrinní orbitopatie), u nemocných s karcinomem štítné žlázy nebo při důvodném podezření na maligní proces (25).

1.2 Obor endokrinologie

Endokrinologie je odvětví medicíny, působící jako samostatný lékařský obor, který se zabývá studiem, diagnózou a léčbou nemocí žláz s vnitřní sekrecí. Žlázy s vnitřní sekrecí jsou žlázy, které produkují hormony. Jde o systém žláz, které mají složitou soustavu navzájem funkčně propojených orgánů, což výraznou měrou ovlivňuje většinu dějů v lidském organizmu. Endokrinní žláza je žláza s vnitřní sekrecí, která nemá vývod a své výměšky (hormony) vylučuje přímo do krve. Nejdůležitějšími

žlázami jsou podvěsek mozkový, štítná žláza, příštítná tělíska, nadledviny, pohlavní žlázy, Langerhansonovy ostrůvky slinivky břišní a v současné době se do endokrinního systému zahrnují i další orgány, jako je mozek. Ukazuje se, že je výrazně svázán i s dalšími systémy, především s nervovým a imunitním. Tyto žlázy tvoří hormony, které se v důsledku poruchy mohou tvořit buď málo, nebo naopak nadbytečně. Podle toho pak vznikají příznaky ze zvýšené či snížené funkce štítné žlázy (32).

Specialistou v tomto oboru je tzv. endokrinolog, který stanoví diagnózu onemocnění a navrhne způsob léčby pomocí léků, operace, záření nebo jejich kombinaci. Léčení nemocí štítné žlázy je převážně konzervativní, a proto je velmi důležitá úzká spolupráce mezi všemi obory (31).

1.3 Historie onemocnění štítné žlázy

Historie onemocnění štítné žlázy je velmi rozmanitá. Již několik tisíciletí před Kristem se čínští, indičtí a staroegyptští lékaři zmiňují o chorobných nálezech na krku v místě štítné žlázy. Vždy nešlo o onemocnění štítné žlázy, ale mohlo jít také o domněnky, které se přikládaly významu této žlázy pro lidské tělo a byly dlouho mylně chápány (29).

Ve starověkém Římě znamenal narůstající objem krku v místě štítné žlázy u mladých dívek počátek puberty, což ve vztahu k pohlavním žlázám vedlo k jejímu označování jako třetí vaječník. Název struma pochází od bulharské řeky Struma, kde se již ve starověku zvětšená štítná žláza často vyskytovala (5).

První, kdo se zmínil o používání houby s vysokým obsahem jódu (tzv. spongia usta) k léčbě zvětšené štítné žlázy, byl v roce 1170 Roger z Palerma. Štítná žláza byla nazývána od antických lékařů jako žláza hrtanu až do roku 1646, kdy ji anglický anatom Wharton nově pojmenoval jako glandula tyreoidea (název tyreoidea pro štítnou žlázu se užívá dodnes). Tato žláza dle jeho názoru hrtan drénovala, zvlhčovala a ohřívala (10).

V roce 1786 C. H. Parry připisoval štítné žláze funkci cévního rezervoáru, který bránil překrvení mozku a později v roce 1825 sám popsal příznaky hypertyreózy

(zvýšené funkce štítné žlázy). V jeho díle pokračoval pan Graves a Basedow, kteří popsali i projevy zvýšené činnosti štítné žlázy (5).

V roce 1836 popsal T. W. King základní mikroskopickou strukturu štítné žlázy, tzv. folikl (kruhový nebo oválný útvar z jedné vrstvy buněk žlázy), obsahující uvnitř koloid (tekutina podobná roztoku klišu ve vodě) s hormony a v roce 1912 byla popsána Hashimotem lymfomatózní struma (10).

Jód jako prvek byl objeven až v roce 1812 Gay-Lussacem a v následujících letech se stal standardním lékem v léčbě řady onemocnění štítné žlázy. Hormony štítné žlázy byly objeveny v roce 1914 (tyroxin) a v roce 1952 (trijodtyronin). Důležitým poznatkem od roku 1923 v rámci předoperační přípravy hyperfunkční strumy bylo podávání tzv. Plummerova roztoku obsahující káliumjodid (19).

V rámci historie chirurgie štítné žlázy se do podvědomí zapsal především chirurg Theodor Kocher nazývaný jako otec chirurgie štítné žlázy, který v roce 1878 uskutečnil první strumektomii (chirurgické odstranění zvětšené štítné žlázy) a poté vypracoval její techniky do nejmenších detailů. Jako první chirurg v historii byl vyznamenán v roce 1909 Nobelovou cenou (9).

Zakladatelem české endokrinologie byl Josef Charvát, tyreoidologii se věnoval v Čechách Karel Šilink a na Slovensku Július Poboda. Společně prosadili jodaci jedlé soli, která je nezbytná pro správný vývoj jedince a používá se dodnes (16).

1.4 Anatomie a fyziologie štítné žlázy a jejího okolí

V souvislosti s možnými komplikacemi po operačním zákroku je nutné znát anatomické a fyziologické poměry štítné žlázy a jejího okolí. Činnost správně fungující štítné žlázy závisí i na optimální dodávce jódu a při jeho nedostatku (deficitu) je potřeba orientovat se i možným vznikem souvisejících chorob (18).

1.4.1 Anatomie štítné žlázy a jejího okolí

Štítná žláza (glandula thyroidea, thyroidea) je endokrinní orgán podkovovitého tvaru. Jedná se o žlázu s vnitřní sekrecí, kdy spolu s nadledvinkou představují dva

orgány v lidském těle, které jsou na poměrnou jednotku tkáně nejhojněji zásobeny krví. Zajímavostí je, že za hodinu proteče touto malou žlázou veškerá krev v těle. Štítná žláza je uložena na krku v oblasti hrtanu a horní části průdušnice. Během vývoje se začíná vytvářet u embrya starého 3 týdnů na spodině hltanu v místě budoucího kořene jazyka. Dále sestupuje dolů do oblasti průdušnice a hrtanu, kde se ve své definitivní poloze nachází v sedmém týdnu vývoje embrya. Během tohoto sestupu se kdekoli mohou oddělit části tkáně štítné žlázy a stát se v budoucnu místem chorobných změn, např. na kořenu jazyka, v oblasti kosti zvané jazylka a před hrtanem (10).

Štítná žláza se skládá z pravého a levého laloku, které jsou spojeny vlastní tkání uprostřed různě širokým můstkem (istmem), nejčastěji 0,5-2 cm. Laloky žlázy jsou umístěny po stranách hrtanu a průdušnice, jsou hruškovitého tvaru, jejich průměrná velikost je 5x3x1,5 cm a spojovací můstek mezi nimi přebíhá napříč před průdušnicí. Fyziologická žláza není při pohledu na krk viditelná. Váha štítné žlázy u dospělého člověka je 15-20 gramů. Podle Světové zdravotnické organizace je objem fyziologické štítné žlázy u ženy 18 ml a u mužů 22 ml. Štítná žláza nemá tvar štítu, jak by napovídal její název, ale tento tvar má spíše hrtanová štítná chrupavka. Samotná žláza se nejčastěji přibližuje k tvaru motýla s roztaženými křídly. Žláza je bohatě cévně zásobena a proto se musí cévy při operacích šetrně přerušit bez poškození okolí (30).

Základní vylučovací jednotkou štítné žlázy jsou tzv. folikuly (kulovité váčky) o velikosti 50-200 μm , obsahující uvnitř homogenní sekreční koloid, který vytváří buňky štítné žlázy. Dochází zde k vychytávání jódu, k tvorbě, uskladňování i uvolňování dvou hormonů žlázy – tyroxinu a trijodtyroninu. Třetí hormon štítné žlázy je kalcitonin, který vytváří zvláštní buňky, zvané parafolikulární, které se nacházejí mezi jednotlivými folikuly (22).

Velmi důležité jsou i některé nervy (tzv. vratný nerv neboli dolní hrtanový nerv a horní hrtanový nerv) v okolí štítné žlázy, které nabývají na významu při operačním léčení chorob žlázy. Jejich poškození může mít řadu závažných důsledků, např. poruchy hlasu i dýchání (42).

V blízkosti štítné žlázy se nachází čtyři malé žlásky, zvané příštítná tělíska (glandula parathyreoidea), které jsou anatomicky významnými orgány. Jedná se o žlázu

s vnitřní sekrecí důležitou pro řízení krevní hladiny vápníku a fosforu. Vytvářejí hormon parathormon, který zvyšuje hladinu vápníku v krvi (35).

Každý člověk má čtyři příštítná tělíska. Horní a dolní tělíska jsou umístěna na každé straně štítné žlázy, mají velikost a tvar podobný čočce. Jsou to velmi malé orgány, které většinou sousedí se štítnou žlázou, ale mohou být uloženy kdekoli v krku nebo za hrudní kostí v mezihrudí. Jejich velikost je v průměru 5x4x2 mm, ale pro jejich variabilní tvar a polohu se v praxi posuzuje pouze jejich hmotnost, která za normálních okolností je 30-40 mg na jedno příštítné tělísko. Barva příštítných tělísek je žlutohnědá a při patologickém nálezu se mění (5).

1.4.2 Fyziologie štítné žlázy a jejího okolí

Štítná žláza patří mezi žlázy s vnitřní sekrecí, tzv. endokrinní žlázy, produkující chemické sloučeniny zvané hormony, které se sekrecí dostávají do tkání lidského těla. Ovlivňují především přeměnu látkovou, tzv. metabolismus (souhrn fyzikálních a chemických dějů v organismu, slouží k získávání energie a tvorbě látek potřebných pro jeho vývoj, růst a správné fungování). Produkuje tři hormony. Tyroxin (T4) a trijodtyronin (T3), které ovlivňují látkovou přeměnu a vývoj celého organismu počínaje nitroděložním obdobím. Kalcitonin je zapojen do regulace látkové výměny vápníku a fosforu. Hormony štítné žlázy plní řadu funkcí, ale nejdůležitější funkcí je ovlivnění vývoje a látkové výměny organismu (Příloha 9.4) (10).

Příštítná tělíska vytvářejí hormon zvaný parathormon, který zvyšuje hladinu vápníku v krvi uvolňováním z kostí. Při snížené hladině parathormonu (hypoparatyreóze) dochází ke snížení hladiny vápníku v krvi (hypokalcémii), což se projevuje následným brněním, mravenčením až křečemi v kosterních svalech. Naopak zvýšená hladina parathormonu (hyperparatyreóza) způsobuje zvýšení hladiny vápníku v krvi (hyperkalcémii), která je nebezpečná a jejím důsledkem jsou vážné poruchy organismu (např. poruchy kostí, poškození ledvin, močové kameny, nervové a psychické poruchy, žaludeční vředy, zánět slinivky břišní, arytmie) (23).

Součástí fyziologie je i tzv. regulace. Jde o činnost štítné žlázy (množství produkovaných a uvolňovaných hormonů), která je řízená několika způsoby. Především

správná činnost štítné žlázy závisí na dostatečném příjmu jódu (150 - 200 µg/den). V pubertě a těhotenství se doporučuje příjem dvojnásobný. Činnost štítné žlázy reguluje hormon z podvěsku mozkového (žlázy na spodině mozku), který nazýváme tyreostimulační hormon (TSH). TSH hormon je přímo odpovědný za růst štítné žlázy a vydávání většího množství hormonů do krve. Na tvorbě hormonů se účastní především enzym zvaný tyreoidální peroxidáza (TPO) a glykoprotein tyreoglobulin (Tgl). Tyto enzymy jsou uvedeny z důvodu sledování jejich hladin v krvi. Především se sleduje hladina tyreoglobulinu v krvi v pooperačním období při stanovené diagnóze karcinomu štítné žlázy. Pro cílové využití hormonů v buňkách je potřebný stopový prvek selen. Je součástí bílkovin s enzymatickými funkcemi (ochrana organismu proti škodlivým radikálům a následné využití hormonů štítné žlázy). Je obsažen např. v mléce, čaji, mořských rybách a ořechách. V řízení činnosti štítné žlázy se uplatňuje i vliv imunitního systému, který může vydávat protilátky, jež podporují nebo tlumí činnost štítné žlázy (10).

1.4.3 Jód a jeho význam pro štítnou žlázu

Jód (též jod), latinsky iodum, je nekovový prvek ze skupiny halogenů, tvořící tmavě fialové destičkovité krystalky. Byl objeven v roce 1811 francouzským chemikem Barnardem Courtoisem. Jde o důležitý biogenní prvek, jehož přítomnost v potravě je nezbytná pro správný vývoj organismu a pro tvorbu hormonů štítné žlázy. V organismu je 20 - 50 mg jódu, z toho 20 – 25 % je v samotné štítné žláze. Dnem jódu je v kalendáři stanoven 6. březen (38).

Jód přijímáme potravou a vodou. Dobře se vstřebává ze zažívacího systému a krevním oběhem se ve formě jodidu dostává do štítné žlázy, kde probíhají složité děje. Jejich výsledkem je tvorba hormonů štítné žlázy a jejich uvolnění do oběhu. Bez přítomnosti jódu není štítná žláza schopna tyto hormony vytvořit. Nevyužitý jód je vylučován z organismu převážně močí (9).

Průměrná denní potřeba jódu je 150 – 200 µg. U lidí s poruchou štítné žlázy, v pubertě, u těhotných a kojících žen se doporučuje příjem dvojnásobný. Přidáváním jódu do potravin a nápojů, jódováním soli v průmyslovém potravinářství, jódovou

prevencí a obohacením kojenecké výživy, je tato potřeba u většiny dětí i dospělých zajištěna s přijímáním potravy (25).

Snížený přívod jódu ve stravě způsobuje zvětšení štítné žlázy a v těžších případech snížení funkce štítné žlázy. Důsledkem toho jsou poruchy jak vývoje organismu, tak i jeho fungování po celý život. Naopak nadměrný přívod jódu může mít nepříznivé důsledky ve smyslu zvýšené funkce štítné žlázy (10).

Termín choroby z nedostatku jódu se užívá k označení důsledků pro vývoj a růst celého organismu, zvláště mozku. S jeho vlivem se musí počítat ve všech stádiích života (v době nitroděložního vývoje, u novorozenců, dětí, dospívajících i dospělých). Nedostatek jódu je celosvětovým zdravotním i společenským problémem. Podle údajů Světové zdravotnické organizace trpí nedostatkem jódu jedna čtvrtina lidstva a v naší republice je to 20 – 30 % obyvatel (u nás se již nejtěžší formy jódového deficitu, jako je kretenismus, nevyskytují). Problematika jódového deficitu v horských oblastech a rozvojových zemí ale není stále vyřešena (41).

Nedostatek jódu vede k závažným zdravotním důsledkům jednotlivců a má celospolečenský dopad na možné snížení psychických i fyzických kvalit celých populací. Jódový deficit s následnou poruchou štítné žlázy se významně podílí na poruše většiny životních funkcí organismu, na vývoji jedince a jeho reprodukční aktivitě, ale i na určování duševních vlastností včetně IQ (intelligenčního kvocientu). Podílí se tedy na celkové úrovni vyspělosti populace. Pro udržení psychických i tělesných kvalit naší populace i pro ochranu organismu před možnými následky bychom měli všichni přijmout opatření k prevenci jódového deficitu (10).

1.5 Příčiny nemocí štítné žlázy

Příčin nemocí štítné žlázy je velké množství, jde o nesourodé a nevyjasněné vlivy, které se mohou vzájemně kombinovat. Jedná se o vlivy ze zevního prostředí, autoimunitní onemocnění a dědičné vlivy (23).

Vlivy ze zevního prostředí v sobě zahrnují jódový deficit, který se podílí na vzniku většiny nemocí štítné žlázy. Vznikají infekce, které způsobují záněty, dále to

může být zevní ozáření (ozáření krku nebo hrudníku při jiných nemocech), strumigeny, což jsou látky blokující syntézu hormonů štítné žlázy, např. brukvovitá zelenina, luštěniny nebo sója. Nadbytek fluóru, olova, lithia a jejich dlouhodobý příjem ve velkém množství může poškodit štítnou žlázu. Kouření cigaret (látka v cigaretovém kouři blokuje vstup jódu do buněk, brání tvorbě a uplatňování hormonů, zhoršuje i průběh a léčbu nemocí štítné žlázy), podávání některých léků (Amiodaron, lithium, sulfonamidy, antidiabetika), nedostatek selenu a pobyt osob v prostředí se zvýšenou radiací v ovzduší nebo v půdě může také poškodit štítnou žlázu (5).

Autoimunitní onemocnění představují poruchy obranyschopnosti, při kterých dochází k poruše rozpoznávání vlastních tkání a jejich poškozování. Porucha imunity je v současnosti nejčastější příčinou nemocí štítné žlázy. Genetická predispozice patří mezi vlivy dědičné (23).

1.6 Jednotlivá onemocnění štítné žlázy

Význam štítné žlázy spočívá v tom, že ovlivňuje většinu životních funkcí organismu včetně jeho vývoje. Je nezbytná pro správný vývoj jedince a fyziologický průběh životních pochodů. Choroby štítné žlázy vedou ve svých důsledcích k poruchám duševního i tělesného vývoje, plodnosti a celkové fyzické i psychické kvality populace. I když onemocnění štítné žlázy tvoří hlavní náplň specializovaných endokrinologických ambulantních i nemocničních pracovišť (tvoří až 90 % náplně činností endokrinologů), jsou úspěchy v diagnostice a léčbě těchto chorob, získané v posledních desetiletích, nemyslitelné bez úzké spolupráce řady ostatních lékařských oborů a odborníků, jako je praktický i dětský lékař, odborník nukleární medicíny, chirurg, biochemik, patolog, rentgenolog, oční lékař a otorinolaryngolog. Správné rozpoznání nemoci a stanovení diagnózy je základem pro účinnou léčbu chorob štítné žlázy (10).

Nemoci štítné žlázy mohou vzniknout kdykoliv během života, narušují její strukturu nebo funkci. Nemoci jsou různorodé, jsou podmíněné mnoha vlivy a většina z nich má dlouhodobý průběh. Převážná většina nemocí štítné žlázy je v současnosti

dobře léčitelná a nemusí zanechat závažné trvalé následky, ale skutečnost, že jejich výskyt v populaci narůstá, je varující (3).

Operační řešení jsou indikována u nemocných se zvýšenou funkcí štítné žlázy, u kterých je konzervativní terapie nedostačující, dále je to u nemocných s uzlovou nebo cystickou strumou, která působí tlakové potíže (polykací, dýchací), u nemocných s chronickým zánětem štítné žlázy (endokrinní orbitopatie) a u nemocných s karcinomem štítné žlázy nebo při důvodném podezření na maligní proces (8).

1.6.1 Zvětšení štítné žlázy – prostá struma

Obecným pojmenováním jakéhokoliv zvětšení štítné žlázy je struma, lidově řečeno vole. Pod pojmem prostá struma je označováno zvětšení štítné žlázy, které je hmatné a viditelné. V některých případech (obézní lidé, anatomické poměry) nemusí být struma vzhledem ke svému hlubokému uložení na krku patrná ani při pohledu, ani při vyšetření pohmatem, proto se její velikost a struktura vyšetřuje sonografií. Zvětšení štítné žlázy dělíme podle struktury na difúzní (rovnoměrné zvětšení obou laloků) a uzlovou neboli nodózní (může být jednouzlová nebo mnohouzlová). Dále je to dělení podle funkce na eufunkční strumu (normální funkce), hypofunkční (snížená funkce) a hyperfunkční (zvýšená funkce) a může se rozdělovat také podle výskytu na endemickou (je-li v oblasti postiženo více jak 10 % obyvatel) a sporadickou (23).

Mezi příčiny vzniku strumy patří záněty, cysty, nádory, nedostatek jódu v potravě nebo přítomnost strumigenů, které snižují činnost štítné žlázy, dále jsou to poruchy tvorby hormonů a nadměrná stimulace štítné žlázy. Přechodně se může zvětšená štítná žláza vyskytovat v pubertě, při menstruaci a v těhotenství jako reakce na zvýšené nároky organismu na množství hormonů (23).

Mezi projevy zvětšené štítné žlázy patří pocit nepříjemného tlaku na krku, později pocit nedostatku vzduchu při tlaku na průdušnici, objevuje se zhoršené polykání, poruchy hlasivek a chrapot (25).

Léčba strumy závisí na vyvolávající příčině. Nejdříve se upravuje funkce štítné žlázy pomocí léků. Pokud je struma příliš velká nebo je podezření na nádorové bujení, doporučuje se operační řešení s ozářením radioaktivním jódem (10).

Vzácně se může zvětšená štítná žláza zanořovat za hrudní kost do oblasti mezihrudí (mediastina) a potom mluvíme o tzv. retrosternální strumě. Vyskytuje se spíše u starších nemocných, převážně u žen. Velké procento (20 – 50 %) nemocných se strumou zasahující do dutiny hrudní nemá žádné potíže. U ostatních nemocných se objevují dechové potíže s dušností, polykací potíže, chrapot, otok obličeje, překrvení očních spojivek a vyskytují se výrazné kožní žilky na horní části hrudníku a krku. Léčba retrosternální strumy je problematická a není jednoznačně dáno, zda operovat či nikoliv. Vždy záleží na celkovém stavu nemocného, klinických příznacích, potížích i na domluvě mezi endokrinologem, chirurgem a nemocným (25).

Včas zjištěné a léčené onemocnění, spolu s pravidelným sledováním endokrinologa vede k úspěšné léčbě, není důvodem ke změně pracovní schopnosti a neomezuje životní aktivity pacientů. Naopak neléčená nebo nedostatečně léčená onemocnění spolu s důsledky jejich dlouhodobého působení na jiné orgány (např. dýchací, oběhový a nervový systém) i možná přeměna ve zhoubný nádor, mohou pacienta v různé míře invalidizovat (39).

1.6.2 Poruchy funkce štítné žlázy

Pro správný vývoj jedince a pro normální průběh většiny životních pochodů v těle musí fyziologicky fungovat i štítná žláza. Při nadbytku hormonů se látková výměna urychluje, naopak při jejich nedostatku se metabolické děje zpomalují. Zvýšení nebo snížení štítné žlázy různého stupně může vést k životu ohrožujícím stavům (1).

1.6.2.1 Zvýšená funkce štítné žlázy (hyperfunkce, hypertyreóza, tyreotoxikóza)

Jde o zvýšenou funkci tvorby hormonů štítné žlázy, která může vyvolat celou řadu změn v organismu a souhrnně je nazývána jako tyreotoxikóza. Vysoká hladina hormonů štítné žlázy v krvi způsobuje zvýšení látkové výměny, což vede ke změnám ve všech systémech organismu. Vyskytuje se přibližně u 0,2 - 0,5 % populace (14).

Tyreotoxikóza má několik forem. Mezi nejčastější formu patří Gravesova – Basedowova choroba, která vzniká na podkladě poruchy imunitního systému, kdy se v těle vytvářejí protilátky proti vlastní tkáni štítné žlázy. Vzplanutí nemoci často

předchází psychický nebo fyzický stres, infekce, úraz, těžší choroba nebo změna v příjmu jódu. Dále je to mnohouzlová struma nebo nezhoubný nádor štítné žlázy, tzv. toxický adenom, anebo další formy zvýšené funkce štítné žlázy, které jsou vzácné a objevují se zřídka (8).

Mezi projevy tyreotoxikózy patří nervozita, nespavost, třes rukou, horkokrevnost, pocení, vlhká kůže, vypadávání vlasů, vyšší hlas, nesnášenlivost tepla, palpitate, tachykardie, poruchy srdečního rytmu, hlad, hubnutí, únava, svalová slabost, někdy i průjem, úzkostné stavy, štítná žláza se zvětšuje a objevují se oční příznaky (exoftalmus – vystouplé oči). Nejtěžší formy se mohou vyhrotit v tyreotoxickou krizi, která se projevuje vysokými teplotami, poruchami srdeční činnosti, zmateností, křečemi, bezvědomím s následnou smrtí, průjmy, zvracením se ztrátou tekutin, třesem a svalovou slabostí (14).

Léčbu tyreotoxikózy lze ovlivnit pomocí léků (tzv. tyreostatika, která tlumí činnost štítné žlázy a zabraňují zvýšené tvorbě jejích hormonů, např. Carbimazol, Propycil), dále je to pomocí podání radioaktivního jódu, který zničí část štítné žlázy či pomocí operace (chirurgické odnětí části nebo celé štítné žlázy). Nezbytnou součástí léčby je pracovní neschopnost v trvání nejméně osmi týdnů, kdy se léčí jednotlivé příznaky a potíže. Po léčbě tyreotoxikózy je nutné dlouhodobé sledování nemocných v endokrinologických ambulancích. Nové vzplanutí onemocnění se může objevit záhy po ukončení terapie nebo i po letech od ukončení léčby. Léčba tyreotoxické krize je vždy intenzivní a zahrnuje hospitalizaci, podávání tyreostatik, jódových preparátů, kardiotonik, betablokátorů, dostatek tekutin, kortikoidů, antipyretik, kyslíku, antibiotik a léčení jednotlivých potíží (13).

Mezi komplikace tyreotoxikózy patří poruchy srdečního rytmu (tachykardie, fibrilace) a srdeční selhání především u starších osob. Tyreotoxikóza může přejít až v tyreotoxickou krizi, kdy se jedná o závažný stav s nadměrně vystupňovanou činností štítné žlázy, který může až v 50 % případů ohrozit život nemocného. V současné době je však velmi vzácná. Vyskytuje se u nemocných se špatně léčenou nebo neléčenou tyreotoxikózou na podkladě tzv. spouštěcích mechanismů: stres, úraz, infekce, operace, narkóza, komplikace po operaci, srdeční selhání nebo léčba radiojódem (25).

1.6.2.2 Tyreoidální (endokrinní) orbitopatie

Jde o onemocnění očnice na podkladě poruchy obranyschopnosti, kdy vznikají ve štítné žláze protilátky proti tkáním očnice a podkožního vaziva na bázi. Dochází ke zmnožení vaziva a ztlustění okohybných svalů v očnici (10).

Mezi projevy tyreoidální orbitopatie patří pálení a tlak očí, třes a slzení očí, pocit písku v očích (tyto potíže mohou být zaměněny za chronický zánět spojivek), dále je to exoftalmus (vysunutí očí) a retrakce očních víček (zkrácení očních víček), dvojité vidění, poruchy vidění, šilhání, slepota, někdy se objevuje prosáklé podkoží na bérkách (tzv. pretibiální myxedém) připomínající tvar vosku stékajícího ze svíčky (25).

Na diagnostice a léčbě této dlouhodobé chronické choroby se podílí oční lékař ve spolupráci s endokrinologem. Léčba je shodná s terapií tyreotoxikózy, především je indikováno operační řešení v odstranění štítné žlázy, dále zákaz kouření, podávání léků (kortikosteroidy, oční kapky a masti) a někdy léčba radioaktivním jódem. Léčba je dlouhodobá a potíže se mohou opakovat i zhoršovat (23).

1.6.2.3 Snížená funkce štítné žlázy (hypofunkce, hypotyreóza)

Jde o sníženou funkci štítné žlázy s nedostatečným zásobením tkání a orgánů tyreoidálními hormony. Hypotyreóza se vyskytuje v každém věku, častěji u žen a starších osob, přibližně u 0,5 % populace. Vzniká na podkladě poruchy činnosti štítné žlázy (tzv. periferní hypotyreóza) a na podkladě poškození podvěsku mozkového (tzv. centrální hypotyreóza). Pokročilou formu hypotyreózy, tj. úplného selhání funkce štítné žlázy, nazýváme myxedém (22).

Při stanovení diagnózy hypotyreózy je nutné určit její typ podle laboratorního vyšetření. Existují i tzv. preklinické nebo subklinické poruchy funkce štítné žlázy. Jedná se o skryté poruchy, při kterých nemocný nemá žádné potíže ani příznaky, ale dle laboratorního vyšetření je krevní hladina TSH hormonu snižena nebo zvýšená a hladiny tyreoidálních hormonů jsou fyziologické (25).

Příčiny jsou různé, např. vrozené vady, záněty štítné žlázy, nádory, stavy po operaci štítné žlázy nebo po léčbě radioaktivním jódem, zevním ozáření krku, při těžkém nedostatku jódu a při podávání tyreostatik, antidiabetik či psychofarmak (10).

Projevy hypotyreózy jsou malátnost, únava, spavost, pocit zpomaleného myšlení, apatie, zimomřivost, suchost kůže, otoky kolem víček, suché vlasy nebo vypadávání vlasů, hrubý chraptivý hlas, někdy přírůstek hmotnosti, zácpa, nadýmání, u žen silné menstruační krvácení, neplodnost, bradykardie a bolesti v kloubech. Vzácně může klinický obraz vyústit do myxedémového komatu při neléčené nebo špatně léčené hypotyreóze ve spojitosti s psychickou nebo fyzickou zátěží nemocného (např. operace, úraz, infekce, chlad, drogy, alkohol). Jedná se o těžký, ale vzácný stav, vyžadující intenzivní léčbu a intenzivní ošetrovatelskou péči (13).

Léčba hypotyreózy je celoživotní ve formě medikamentózní (podávání hormonů štítné žlázy, nejčastěji tyroxinu - Euthyrox, Letrox, Eltroxin, L-tyroxin). Dávky léků se musí pomalu zvyšovat do optimálních dávek. Nedílnou součástí léčby je i pracovní neschopnost nemocného (záleží na stupni hypotyreózy, věku a druhu zaměstnání). Velmi důležité je sledování žen, které otěhotněly v době léčení hypotyreózy. Neléčená nebo nedostatečně léčená hypotyreóza v době těhotenství má za následek řadu rizik, kdy dochází k potratům, předčasnému odlučování plodového lůžka a krvácení. U novorozenců bývá častější výskyt vrozených vývojových vad a poruch tělesného nebo duševního vývoje (16).

1.6.3 Záněty štítné žlázy – tyreoiditidy

Záněty mají různou patogenezi (souhrn procesů, které jsou odpovědí organismu na poškození a vedou ke vzniku nemoci a jejích projevů) s různým klinickým obrazem. Jedná se o skupinu nemocí různého původu, obrazu a průběhu. Odlišují se příčinou vzniku, prudkostí začátku onemocnění, jeho průběhem, délkou trvání a ovlivňováním funkce štítné žlázy (14).

Mezi příčiny tyreoiditidy patří infekce bakteriemi nebo viry, mechanické vlivy (dráždění opakovaným vyšetřováním pohmatem, úrazy), poruchy imunitního systému s tvorbou protilátek proti tkáním štítné žlázy, ozáření krku. V některých případech se příčina zánětu nezjistí vůbec (25).

Podle průběhu se záněty štítné žlázy dělí na *akutní tyreoiditidy*, což jsou náhle vzniklé bakteriální záněty štítné žlázy, které vznikají přestupem infekce do žlázy

z jejího okolí nebo jiného vzdáleného místa v těle, nebo po úraze. Projevují se bolestivostí či zduřením štítné žlázy, kůže nad ní je červená a teplá, bolestivý je záklon krku a polykání, je zvýšená teplota nebo horečka, někdy se objevuje zimnice s třesavkou. Diagnóza je stanovena podle klinického obrazu, laboratorních známek zánětu (vysoká sedimentace, leukocytóza) a ultrazvukového vyšetření. Léčba se aplikuje antibiotická, někdy i chirurgická při vytvoření hnisavého ložiska, které se punktuje a drenáží (1).

Subakutní tyreoiditidy se projevují pozvolnějším zánětem štítné žlázy, kdy těmto zánětům předcházejí virové infekce horních cest dýchacích, někdy to mohou být spalničky, černý kašel, příušnice, infekční mononukleóza. Příčinou je pravděpodobně porušená imunita, kdy se objevuje náhlé, tužší i bolestivé zduření v oblasti štítné žlázy nebo její části, bolest se zhoršuje při polykání, může vystřelovat do čelisti nebo za ucho, mohou být subfebrilie nebo febrilie a objevuje se vysoká sedimentace. Při léčbě se podávají nesteroidní protizánětlivé léky, u těžších průběhů antibiotika nebo glukokortikoidy a po odeznění zánětu se podávají tyreoidální hormony jako supresní (tlumící) léčba po dobu několika měsíců (16).

Chronické tyreoiditidy jsou nejčastějším zánětlivým onemocněním štítné žlázy na podkladě autoimunitního onemocnění a genetických vlivů, kdy jsou postiženy zejména ženy středního a vyššího věku. Vlekklý, trvalý zánět štítné žlázy má několik typů, z nichž nejvýznamnější je tzv. Hashimotova struma a němý (poporodní) zánět štítné žlázy na podkladě poruchy imunity, kdy dochází k postupnému ničení tkáně žlázy se snižováním tvorby hormonů s následným vznikem hypotyreózy. Léčba spočívá v podávání hormonů štítné žlázy, nejčastěji tyroxinem a při výrazném zvětšení nebo tvorbě uzlové strumy či při podezření na nádor, se doporučuje operační řešení (15).

1.6.4 Nádory štítné žlázy

Nádorových onemocnění přibývá, přestože se zkvalitňuje zevní prostředí člověka. To svědčí o tom, že zde působí i další nepříznivé faktory. Nádory podle biologického chování dělíme na nezhoubné (benigní) a zhoubné (maligní). Benigní tumor ohraničeně roste, nevytváří dceřiná ložiska, ale může utlačovat a poškozovat své

okolí. Časem se může změnit (zvrhnout) ve zhoubný nádor. Maligní tumor je zhoubný nádor zákeřně ničící tkáň, ve které roste, dále prorůstá a destruuje sousední útvary a vytváří dceřiná ložiska, tzv. metastázy postihující nejčastěji mízní uzliny, plíce, kosti, játra a mozek (17).

1.6.4.1 Benigní nádory štítné žlázy

Typickým benigním nádorem štítné žlázy je folikulární adenom, který vychází z epitelálních buněk, je solitární (samostatně stojící, osamocený), dobře opouzdřený. Vyskytuje se v každém věku, častěji bývá u žen a mladších nemocných. Z hlediska funkčního má mezi adenomy významné místo tzv. toxický adenom, který vyvolává příznaky tyreotoxikózy (18).

Nezhoubné nádory tvoří většinu tzv. uzlů ve štítné žláze (termín uzel ve žláze má širší význam), proto je velmi důležitý správný diagnostický postup. Dle typu a velikosti nezhoubného nádoru se určuje léčba, která spočívá v podání hormonů štítné žlázy, v operačním řešení, podáváním radioaktivního jódu nebo injekcí alkoholu do nádoru k jeho zničení (8).

1.6.4.2 Maligní nádory štítné žlázy

Jsou poměrně vzácné, představují okolo 1 % všech zhoubných nádorů člověka, ale u dětí jsou čtvrtým nejčastějším nádorem. Epitelové nádory rozdělujeme na diferencované a nediferencované, z nichž nejčastějším zhoubným nádorem štítné žlázy je karcinom. Podle klasifikace Světové zdravotnické organizace se rozlišují čtyři typy karcinomů štítné žlázy: papilární, folikulární, anaplastický, medulární. Dále se vyskytují lymfomy (nádory v buňkách mízního systému), sarkomy (nádory z pojivové tkáně), i metastázy nádorů z jiných orgánů a některé vzácnější nádory (35).

Zhoubný nádor zpočátku nemusí být ve štítné žláze ani viditelný a ani hmatný. Později se objevuje oblé, tuhé vyklenutí. Tento uzel bývá nebolestivý nebo jen lehce citlivý, který je nejprve volně pohyblivý, později s ním nádor pevně sroste a stane se nepohyblivým. Mohou být i zvětšené lymfatické uzliny na krku, objevují se poruchy polykání, dýchání, chrapot a bolesti krku. Vznik maligních nádorů se dává do

souvislosti s ozařováním oblasti krku, radioaktivním spadem (atomové pokusy nebo nehody jaderných reaktorů) a dlouhodobě neléčenou strumou. Jejich výskyt je vyšší v oblastech s nedostatkem jódu a u pokrevních příbuzných pacientů s rakovinou štítné žlázy (37).

Diagnóza se stanoví na podkladě ultrazvukového vyšetření s pomocí cytologického vyšetření aspirační biopsie. Definitivním vyšetřením je histologické vyšetření odebraného vzorku, nebo žlázy či její části po jejím odstranění (10).

Mezi základní způsoby léčby zhoubných nádorů štítné žlázy patří léčba chirurgická (odstranění celé štítné žlázy), léčba zářením radiojódem nebo zevním ozářením krku. Dále se aplikuje léčba hormonální, která vede k utlumení vylučování hormonů z podvěsku mozkového, kdy následkem je zpomalení nebo zastavení růstu některých nádorů štítné žlázy. Dalším způsobem léčby je chemoterapie. Jde o léčbu chemickými látkami, které zastavují růst nádorových buněk nebo je přímo ničí. Posouzení pracovní schopnosti, změny zaměstnání či odchod do invalidního důchodu závisí u zhoubných onemocnění především na jejich charakteru a pokročilosti. Při otěhotnění u žen se zvažuje prognóza onemocnění u matky, kdy hrozí nebezpečí vzniku vrozených vývojových vad plodu a dědičného vzniku rakoviny štítné žlázy (37).

Největší komplikací po operaci štítné žlázy je nový růst nádoru, recidiva v místě, kde se původně štítná žláza na krku nacházela a vznik metastáz v mízních uzlinách na krku nebo v jiných vzdálených orgánech. Proto jsou nezbytné pravidelné a prakticky celoživotní kontroly endokrinologem spolu s kontrolními vyšetřeními. Do štítné žlázy vzácně metastazují karcinomy prsu, plic a Grawitzův tumor ledvin. Léčba závisí na základním onemocnění nemocného (17).

1.7 Diagnostika nemocí štítné žlázy a úloha sestry

Při onemocněních štítné žlázy se provádějí všeobecná a speciální endokrinologická vyšetření, která určují funkci štítné žlázy, příčinu a povahu nemoci, stupeň poruchy, případné projevy nesnášenlivosti nebo vedlejší účinky léčby. Správné rozpoznání nemoci je základem pro účinnou léčbu nemocí štítné žlázy (22).

1.7.1 Anamnéza (předchorobí)

Stále platí, že pohovor s lékařem a sestrou je nenahraditelný. Kromě současných potíží jsou důležité údaje o nemocech štítné žlázy v rodině. Rodinná zátěž se vyskytuje až ve 40 % případů. Informace o místech, kde se pacient narodil a žije, kde je možný nedostatečný příjem jódu a jaké užívá léky (některými léky lze navodit poruchy činnosti štítné žlázy). Dále je nutné mít informace o prodělaných chorobách (při poruchách obranyschopnosti se mohou vyskytnout i poruchy štítné žlázy), o úrazech a operacích, o gynekologických potížích u žen (potraty, sterilita, poruchy menstruačního cyklu, užívání hormonální antikoncepce, hormonální terapie v klimakteriu), o výskytu alergie a krvácivých stavů, o kouření a užívání návykových látek (20).

Úkolem sestry při příjmu pacienta na oddělení před operačním zákrokem je zkontrolování informovaného souhlasu s hospitalizací, sběr ošetrovatelské anamnézy, ve které zjišťuje identifikační údaje, kontakt na nejbližší osobu, vnímání současného zdravotního stavu, používání kompenzačních pomůcek, způsob vyprazdňování, výživy, hydratace a další životosprávy, spánkové návyky, alergickou anamnézu, schopnost sebezpečí apod. U starších nemocných sestra vyplní tzv. Barthelův test základních všedních činností. Základní informační okruhy pro sesterské zhodnocení nemocného se týkají fyzikálního, sociálního a psychologického hodnocení (40).

1.7.2 Objektivní nález

Jedná se o vyšetření krku pohledem, pohmatem, poslechem. Pacient může mít závažnou poruchu štítné žlázy i přes negativní nález na krku (15).

Úkolem sestry je objektivní pozorování nemocného v orientaci, chápání otázek a myšlenek, řeči, způsobu vyjadřování, rozsahu pozornosti, dále provádí základní screeningové fyzikální vyšetření (19).

1.7.3 Somatické vyšetření

Pomocí tělesného vyšetření se hodnotí celkové a místní příznaky. Mezi celkové změny zahrnujeme tělesnou hmotnost a teplotu, tepovou frekvenci, krevní tlak, stav kůže a svalů, chování pacienta, změny rychlosti stahu svalů (RAŠ vyšetření - reflex

Achillovy šlachy). Mezi místní změny řadíme zvětšení štítné žlázy (struma), útlakové mechanické příznaky (pocit tlaku v krku, dechové a polykací obtíže, chrapot), exoftalmus (vystouplé oči) a otoky víček. Úkolem sestry je pravidelné měření fyziologických funkcí, zhodnocení stavu kůže, sliznic a celkového stavu pacienta (5).

1.7.4 Laboratorní vyšetření

Zahrnují krevní odběry a vyšetření vzorku moči. Provádí se základní laboratorní vyšetření a speciální testy na zjištění funkce štítné žlázy, kdy se stanovují krevní hladiny hormonů štítné žlázy a podvěsku mozkového. U novorozenců se provádí screening neonatální hypotyreózy. V případě chronických zánětů štítné žlázy se vyšetřují i protilátky proti strukturám štítné žlázy. Úkolem sestry je správné odebrání biologického materiálu na biochemická, hematologická a hemokoagulační vyšetření. Důležitá je vždy psychická podpora nemocného (10).

1.7.5 Zobrazovací metody

Poskytují informace o tvaru, velikosti, umístění žlázy na krku a jejím vztahu k okolí, biologickou aktivitu a funkci nemocné žlázy. Mezi jednotlivá zobrazovací vyšetření patří klasický rentgenový snímek plic a horní části hrudníku, sonografie (vyšetření ultrazvukem), scintigrafie (radioizotopové vyšetření na oddělení nukleární medicíny), angiografie, tomografické vyšetření a nukleární magnetická rezonance. Úkolem sestry je asistence při některých zobrazovacích metodách, správná příprava nemocného na vyšetření a jeho psychická podpora (23).

1.7.6 Punkce štítné žlázy (aspirační biopsie tenkou jehlou = FNAB)

Jde o odběr tkáně štítné žlázy tenkou jehlou s následným mikroskopickým vyšetřením jejích buněk. Vyšetření provádí ambulantně endokrinolog a výsledek vyhodnocuje cytopatolog (specialista na mikroskopické hodnocení struktury buněk). S přesností okolo 80 % se zjistí povaha onemocnění štítné žlázy (nádor, zánět, cysta). Po vyšetření je vhodné zachovat jeden až dva dny fyzický klid. Úkolem sestry je

příprava nemocného na vyšetření, asistence lékaři při vyšetření, ošetření nemocného po výkonu a především psychická podpora pacienta (25).

1.7.7 Vyšetření otorinolaryngologické (krční vyšetření)

Má význam pro určení pokročilosti choroby. Porucha pohyblivosti hlasivek a změna hlasu (chraptivý, zastřený) může svědčit pro porušenou funkci vratného nervu, který je uložen v bezprostřední blízkosti štítné žlázy a je důležitý pro normální funkci hlasivek. Porušení funkce nervu před operací může způsobit jeho stlačení zvětšenou štítnou žlázou, prorůstajícím nádorem štítné žlázy do jeho okolí či útlakem zvětšených mízních uzlin. Vyšetření k ověření funkce hlasivek se provádí i po každé operaci štítné žlázy. Úkolem sestry je příprava pacienta na vyšetření, asistence lékaři při vyšetření a především psychická podpora nemocného (22).

1.8 Léčba nemocí štítné žlázy

Celkové léčení se odvíjí od zjištění příčin a prokázaných chorobných nálezů. Lékař vždy navrhuje nejvhodnější léčbu individuálně každému nemocnému. Odborně vedená léčba nemocí štítné žlázy je zpravidla úspěšná, ale je potřeba vědět, že jde o onemocnění dlouhodobá vyžadující systematické a doživotní sledování a terapii (9).

1.8.1 Obecné zásady léčby štítné žlázy

Neléčené nemoci štítné žlázy mohou poškodit celý organizmus s nepředstavitelnými důsledky. Účelem léčby nemocí štítné žlázy je doplnění nebo náhrada chybějícího jódu, omezení růstu štítné žlázy u strumy a diferencovaného karcinomu, náhrada nedostatečného množství nebo doplnění chybějících hormonů štítné žlázy, tlumení zvýšené funkce štítné žlázy tyreostatiky, léčba zánětu štítné žlázy, terapie endokrinní orbitopatie a léčba komplikací (11).

Mezi pravidla léčby je zahrnuta prevence primární, která spočívá v dodržování správné životosprávy, zdravého způsobu života, dostatečného přívodu jódu ve stravě, vyvarování se duševního i tělesného stresu, nadměrného množství alkoholu, požívání

drog a kouření. Dále je to sekundární prevence jako soubor opatření, která vedou ke znovu nabytí zdraví při již vzniklé nemoci a dodržování správného léčebného režimu, aplikace symptomatické léčby (podpůrná léčba odstraňující a zmírňující obtíže, napomáhající zhojení), kauzální léčby (příčinná terapie mikrobiálního zánětu antibiotiky, podání chybějícího jódu a hormonů štítné žlázy), chirurgické léčby (při selhání konzervativní léčby, u nádorů štítné žlázy), lázeňské léčby (zdravotní pojišťovna hradí komplexní lázeňskou léčbu pouze u nemocných po operaci štítné žlázy pro imunogenní tyreotoxikózu) a psychoterapie (10).

1.8.2 Konzervativní léčba štítné žlázy

Mezi konzervativní léčbu patří medikamentózní léčba, léčba radioaktivním jódem, léčba zevním ozářením a chemoterapií (Příloha 9.5).

1.8.3 Operační léčba štítné žlázy

Operace se provádí při neúspěchu konzervativní léčby, recidivě onemocnění a při nebezpečí vzniku zhoubného nádoru. Konkrétními důvody operačního řešení jsou zvětšená štítná žláza, zvýšená funkce, chronický zánět a nádory štítné žlázy. V zájmu komplexní léčby je nutná spolupráce chirurga a endokrinologa s odborníky nukleární medicíny i dalšími lékaři. Operace se provádějí dle zvyklostí daných nemocnic na chirurgických nebo otorinolaryngologických odděleních, ale vždy ve spolupráci se zkušeným chirurgem (8).

1.8.3.1 Typy operací štítné žlázy

V rámci kvalitní ošetrovatelské péče je nutné znát základní typy operací štítné žlázy a její terminologii. Obecný název tyreoidektomie nebo strumektomie (odstranění štítné žlázy) zahrnuje řadu výkonů na štítné žláze, ale přesné označení jednotlivých výkonů není v dnešní době zcela shodné (9).

Mezi základní výkony na štítné žláze patří totální tyreoidektomie (TTE). Jde o radikální odstranění veškeré tkáně štítné žlázy a obou laloků. Totální lobektomie (LT) je úplné odstranění jednoho laloku štítné žlázy včetně můstku (istmu). Subtotální

tyreoidektomie (STE) znamená odstranění obou laloků štítné žlázy a istmu s ponecháním malé části tkáně obou laloků. Subtotální lobektomie (LS) spočívá v odstranění jednoho laloku a istmu s ponecháním malé části tkáně odstraňovaného laloku. Téměř totální tyreoidektomie (nTTE) je odstranění téměř celé tkáně štítné žlázy s ponecháním tyreoidálního zbytku o průměru 4x5x5 mm a při obavě poškození vratného nervu. Téměř totální lobektomie (nLT) je odstranění téměř jednoho laloku štítné žlázy s ponecháním tyreoidálního zbytku o průměru 4x5x5 mm a z obavy poškození vratného nervu. Dalším výkonem je exstirpace (enukleace) adenomu nebo cysty, která spočívá v odstranění části tkáně štítné žlázy s patologickým ložiskem a v současnosti se provádí zcela ojediněle. Dalšími operačními výkony jsou operace retrosternální strumy a očníce při endokrinní orbitopatii a výkony na lymfatických uzlinách při metastázách rakoviny štítné žlázy (13).

K reoperaci štítné žlázy přistupujeme v rámci perioperačních komplikací (poranění), časných pooperačních komplikací (krvácení, obstrukce dýchacích cest) a pozdních komplikací (poruchy hojení, stenóza průdušnice, recidiva karcinomu, metastázy) (16).

Operace příštítných tělísek je velmi komplikovaná. Příštítná tělíska vzhledem k jejich důležitosti se musí šetřit a zachovat, to je hlavní prioritou každého operátora. Jejich zachování bývá někdy obtížné, protože mívají společné cévy se štítnou žlázou, proto při odstraňování štítné žlázy se musí jednotlivé cévy velice pečlivě přerušovat, aby nedošlo k poškození krevního zásobení příštítných tělísek. Jestliže při operaci štítné žlázy hrozí poranění příštítných tělísek, provádí se v ojedinělých případech jejich autotransplantace (implantace), kdy se tělíska zmenší na asi jednomilimetrové kousky a vnoří se do svalů na krku nebo předloktí. Přibližně za dva měsíce se připojí a plní zpravidla normálně svoji funkci (15).

V současné době se v Evropě na několika specializovaných pracovištích provádí metoda tzv. MIVAT (miniinvazivní videoasistovaná tyreoidektomie), kdy jedním z nich je Oddělení miniinvazivní chirurgie a endoskopie Fakultní nemocnice F. D. Roosevelta v Banské Bystrici (37).

1.8.4 Pooperační komplikace a sledování sestrou

Operace štítné žlázy mohou být provázeny specifickými komplikacemi, které jsou způsobeny jejím umístěním v okolí důležitých krčních struktur nebo ovlivněním tvorby hormonů štítné žlázy a příštítných tělísek. Komplikace pro pacienta jsou nepříjemné, protože mohou prodloužit hojení, pobyt v nemocnici, zhoršit kosmetický výsledek operace, ovlivnit profesní i osobní život, včetně psychických následků. Důležité je správná příprava, péče a komunikace s pacientem. Nikdy by se neměly bagatelizovat pacientovy potřeby, přání a potíže (18).

Mezi nejčastější komplikace patří hypotyreóza po operaci štítné žlázy, poranění vratného nervu inervující hlasivky. Sestra sleduje chrapot, poruchy dýchání a mluvení. Při poranění horního hrtanového nervu, které je závažné u hlasových profesionálů, sestra sleduje chrapot, snížení rozsahu hlasu, neschopnost produkce vysokých tónů, poruchy kašlacího reflexu, kdy snadno vniká polykaná strava do dýchacích cest. Při poškození příštítných tělísek dochází k poruše jejich funkce, hypokalcémii. Sestra sleduje brnění prstů, křeče, mravenčení konečků prstů a kolem úst (22).

Může nastat pooperační krvácení (sestra sleduje dechovou tíseň, hvízdavý zvuk v dýchacích cestách při nádechu, bolest v operační ráně), otok hrtanové sliznice (hrubý a drsný hlas až po několika hodinách po operaci). Dále sestra sleduje otok krku, změnu hlasu, žaludeční nevolnost a zvracení po operaci, bolesti hlavy a krční páteře po operaci následkem špatné polohy na operačním stole (29).

Dalšími komplikacemi jsou tyreotoxická krize, infekce a poruchy hojení operační rány, ponechání zbytku tkáně štítné žlázy při plánované totální tyreoidéktomii. Následně vzniká struma, hyperfunkce, zánět, zhoubný nádor, metastázy (25).

Dle odborné literatury neexistuje pracoviště bez komplikací při operacích štítné žlázy, proto pacient má znát možné komplikace. Operačním řešením léčba nemocí štítné žlázy nekončí, vždy je nutné trvalé sledování pacienta v intervalech, které určuje lékař (6 až 12 měsíců). Celkový léčebný režim doporučuje endokrinolog (10).

1.9 Ošetrovatelská péče a ošetrovatelský proces u operací štítné žlázy a role sestry

Individualizovaná ošetrovatelská péče je založena na komplexním (holistickém) přístupu sestry k nemocnému, kterého chápe jako biopsychosociální jednotku, a na systematickém uspokojování základních životních potřeb. Nemoc je vždy provázena subjektivními pocity a individuálními prožitky. V nemoci existuje pět postojů nemocných k vlastnímu onemocnění: racionalizace, simulace, disimulace, agravace, bagatelizace. Pochopením pacientova přístupu k nemoci napomůže hledání cesty k podstatě pacientových problémů s následným uspokojováním základních životních potřeb (34).

Ošetrovatelské činnosti se týkají především biologických potřeb: příjem potravy, vyprazdňování, osobní hygiena, péče o prostředí. Ale i psychosociálních potřeb: potřeba kontaktu s druhými lidmi, potřeba jistoty a bezpečí (33).

Ošetrovatelská péče vychází z koncepce tzv. ošetrovatelského procesu. Jedná se o cyklický proces, jehož jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují. Smysl stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči, dovolí nemocnému podílet se na péči. Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází: posuzování a sběr informací, ošetrovatelská diagnóza, plánování ošetrovatelské péče, realizace a vyhodnocení (21).

Pro poskytování kvalitní a individualizované ošetrovatelské péče u nemocných je potřeba, aby sestra měla hluboké znalosti v ošetrovatelské, předoperační a pooperační péči, rekonvalescenci, pooperačních komplikacích, včetně jejich zvládnutí. Nesmí zapomínat na dobře vedenou dokumentaci a komunikaci v rámci ošetrovatelského procesu se zaměřením na zjišťování biologických i psychosociálních potřeb (12).

Pacient k operaci štítné žlázy je přijímán na standardní jednotku chirurgického nebo otorinolaryngologického oddělení spádové nemocnice a většinou se jedná o krátkodobou hospitalizaci. Přesto je nutné, aby sestra podporovala pacienta a dodávala mu odvalu k operaci. Nejméně 14 dnů před operací nesmí pacient prodělat akutní infekční onemocnění (chřipka, rýma, opar rtu). Před operací musí mít fyziologickou funkci štítné žlázy, která se upravuje léky (u hypofunkce se podávají hormony štítné

žlázy v tabletové formě, při hyperfunkci tyreostatika). V rámci předoperační přípravy je vhodné, aby sestra nemocného předem upozornila na dietní opatření. Je nutné vyřadit z jídelníčku mořské ryby, filé, potraviny z plodů moře, zařadit dostatek potravin bohatých na vápník a mléčné výrobky (18).

Při příjmu sestra seznámí nemocného s domácím řádem, předoperační přípravou, pooperační péčí a právy pacienta (Příloha 9.6). Sestra se ptá na alergie pacienta, pokud je pacient alergický, připevní mu červenou identifikační pásku a vyznačí alergie do dokumentace. Pokud není pacient alergický, připevní mu sestra identifikační pásku bílou. Do domácího ošetřování je pacient propuštěn nejdéle do sedmi dnů při nekomplikovaném průběhu (22).

1.9.1 Základní lidské potřeby v ošetrovatelské péči a role sestry

Charakteristikou moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka (Příloha 9.7). Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu (6).

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho v oblasti biologické, psychologické, sociální a duchovní, jehož odstranění je žádoucí. Prožívání nedostatku potřeb ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka (pozornost, emoce, myšlení). Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se, kultivují a v průběhu života se mění z hlediska kvantity a kvality. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby žádoucím nebo nežádoucím způsobem. Množství a intenzita potřeb závisí na pohlaví a věku jedince, jeho kulturní a společenské úrovni, prostředí, ve kterém vyrůstal, inteligenci, zdravotním stavu a životních zkušenostech (28).

Potřeby nás provázejí od narození do konce života. Základní rozdělení potřeb sestavil americký psycholog Abraham W. Maslow ve 40. letech 20. století. Zabýval se problematikou lidských potřeb a motivacemi, které vedou člověka k jejich naplnění. Vypracoval hierarchický systém lidských potřeb, tzv. Maslowova hierarchie potřeb (Příloha 9.8). Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle naléhavosti, nejdříve jsou uspokojovány nižší potřeby (potřeby fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí) a teprve později vyšší potřeby (potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby

uznání a sebeúcty, potřeby seberealizace). Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější, než lidé s neuspokojenými potřebami. Později byla pyramida potřeb dle Maslowa rozšířena o potřeby kognitivní a potřeby estetické (34).

Základní ošetrovatelská péče zahrnuje všechny činnosti sestry zaměřené na vyhledávání a uspokojování biopsychosociálních potřeb nemocného, které jsou nemocí pozměněny, nebo jeho onemocnění mu zabraňuje v jejich naplnění. Činnost sestry zaměřená na uspokojování potřeb tvoří více než polovinu veškeré ošetrovatelské péče. Kvalitní uspokojení základních potřeb ovlivňuje subjektivní prožívání pocitu pohody nebo nepohody, podílí se na úspěchu léčby, zkracuje dobu hospitalizace, zvyšuje soběstačnost a nezávislost na péči jiných. Proto je důležité, aby sestry a lékaři základní ošetrovatelskou péči nepodceňovali a nepokládali ji za neodbornou a podřadnou práci. Nedílnou součástí uspokojování a naplňování potřeb nemocných je vhodné jejich pojmenování, správná informovanost nemocných, pravidelná komunikace s nimi a především zpětná vazba (26).

Tématem ošetrovatelského procesu, ošetrovatelské péče a uspokojováním základních životních potřeb se zabývalo a zabývá mnoho sester ve formě koncepčních modelů ošetrovatelství. Jedná se o ošetrovatelský model podle V. A. Hendersonové (Teorie základní ošetrovatelské péče), ošetrovatelský model podle D. E. Oremové (Teorie deficitu sebepéče), ošetrovatelský model podle N. Roperové, W. Loganové a A. Tierneyové (Model životních aktivit), ošetrovatelský model podle M. Gordonové (Model funkčních vzorců zdraví), ošetrovatelský model podle C. Royové (Adaptační model) a ošetrovatelský model podle F. G. Abdellahové (Typologie 21 ošetrovatelských problémů) (27).

Každý pacient má plné právo očekávat, že lékař a sestra spojí své síly, aby komplexní péče byla co nejkvalitnější, se zohledněním všech složek jeho osobnosti a základních životních potřeb. Role sestry i celého ošetrovatelského týmu je neopomenutelná (4).

1.9.2 Dlouhodobá předoperační příprava a role sestry

Dlouhodobá předoperační příprava zahrnuje chirurgické vyšetření a diagnostiku onemocnění na základě endokrinologického doporučení, komplexní endokrinologické vyšetření, odběry biologického materiálu (výsledky nesmí být starší než 7 dní, ve výjimečných případech 14 dní), biochemické vyšetření (krevní hladiny hormonů TSH, T₄, T₃, fT₄, fT₃ a protilátek, chemicky moč a sediment, mineralogram, urea, kreatinin, osmolalita, glykémie, jaterní testy, cholesterol, C-reaktivní protein), hematologické vyšetření (sedimentace, krevní obraz), hemokoagulační vyšetření (Quick, aptt, INR) a krevní skupinu s Rh faktorem. Úkolem sestry je především zajištění všech výsledků z předoperačních vyšetření a komunikace s pacientem (16).

Zahrnuje také popis elektrokardiogramu, interní klinické vyšetření, otorinolaryngologické vyšetření s popisem funkce hlasivek, plicní vyšetření, spirometrii u nemocných s postižením dolních dýchacích cest, rentgenologické a ultrazvukové vyšetření štítné žlázy a tomografické vyšetření dle zvyklosti oddělení a dle typu onemocnění štítné žlázy, výsledek aspirační punkce štítné žlázy a scintigrafii (10).

1.9.3 Krátkodobá předoperační příprava a role sestry

Jde o období 24 hodin pře plánovanou operací. Jedná se o administrativní přípravu, tj. poučení nemocného před operací štítné žlázy, operační revers, souhlas s podáváním informací nejbližší osobě a souhlas s podáním anestezie. Vše nemocný stvrzuje svým podpisem (36).

Za obecnou přípravu sestrou se považuje oholení operačního pole u mužů, koupel, vyprázdnění zažívacího traktu čípky, odstranění nečistot v oblasti krku, odmaštění kožního povrchu dle zvyklosti oddělení, odstranění šperků, piercingu, zubní protézy. Od půlnoci nesmí pacient nic per os a kouřit. Ráno sestra provádí bandáž DK jako prevenci tromboembolických komplikací, dále odlakuje nehty, odličuje, aplikuje fraxiparine dle zvyklosti oddělení (18).

Následuje anesteziologická příprava sestrou, splnění ordinací dle anesteziologa, podání premedikace (podání hypnotik nebo sedativ na dostatečný a kvalitní spánek

večer před operací) a psychická příprava, kdy účelem je minimalizovat strach a stres z operačního zákroku. Důležité je nepodceňovat psychickou podporu pro pacienta (22).

1.9.4 Bezprostřední předoperační příprava a role sestry

Jde o období přibližně 2 hodiny před operací, kdy sestra kontroluje obecnou přípravu, upozorňuje nemocného na vyprázdnění močového měchýře, obléká nemocnému čistou košili (anděla), podává mu premedikaci dle ordinace anesteziologa na výzvu a zajišťuje žilní přístup s podáním infuzního roztoku dle ordinace lékaře (u pacientů s diabetem mellitem). Velmi důležité je, aby sestra nepoužívala dezinfekční prostředky k dezinfekci kůže, které obsahují jód z důvodu alergie. Sestra zkontroluje dokumentaci a zapíše pořadí operačních dnů (13).

1.9.5 Bezprostřední pooperační péče a role sestry

Pacient je po operačním výkonu předán na jednotku intenzivní péče chirurgického nebo otorinolaryngologického oddělení k trvalé monitoraci základních životních funkcí a ke sledování celkového zdravotního stavu (4).

Sestra provádí monitoraci fyziologických funkcí (měření krevního tlaku, akce srdeční, saturace krve kyslíkem 1x za ½ hodiny po dobu 2 hodin, dále pak po hodině), kontroluje správnou polohu pacienta (poloha na zádech se zvýšenou horní polovinou těla a podložením šíje nemocného), dýchání a odkašlávání, hlavně u starších pacientů, kontroluje fonaci (tvorbu zvuku hlasivkami), kontroluje močení, operační ránu, kdy sleduje obvazy a při hojném prosakování ihned informuje lékaře, kontroluje otok krku a odpady z rány (Redonův drén). Nutné je také kontrolovat bolesti pacienta, kdy aplikuje analgetika nebo opiáty dle ordinace lékaře. Při nevolnosti nemocného sestra ihned informuje lékaře a podává dle jeho ordinace antiemetika (22).

Dále sestra kontroluje žilní přístupy (kontrola vpichu a okolí u periferní kanyly), aplikuje infúze a léky parenterální cestou dle ordinace lékaře, sleduje parestézii, kterou může nemocný pociťovat jako brnění prstů a drobné obrny kolem úst, odebírá biologický materiál na biochemické vyšetření dle ordinace lékaře, kontroluje a předkládá lékaři výsledky vyšetření (18).

1.9.6 Dlouhodobá pooperační péče a role sestry

Převoz pacienta z jednotky intenzivní péče zpět na standardní oddělení se provádí až po stabilizaci stavu (první operační den), po propuštění a zápisu v dokumentaci od ošetřujícího lékaře, kdy tato péče zahrnuje uspokojování jednotlivých potřeb pacienta (16).

V den operace pacient nevstává, leží v klidu a zaujímá polohu dle vlastní potřeby, většinou v mírném polosedě s podloženou šíjí a sestra mu zajistí dostupnost signalizace. První den po operaci pacient vstává s pomocí ošetřujícího personálu, kdy sestra dohlíží na správné vstávání a další pooperační dny dle svého stavu vstává s pomocí nebo bez pomoci ošetřujícího personálu. Sestra musí pacienta edukovat, aby neprováděl prudké otočky nebo prudké pohyby hlavou, jakým způsobem má vstávat, že si má nejdříve pomalu sedat v lůžku, poté pomalu spouštět dolní končetiny z lůžka, přidršet se postele a zhluboka dýchat. Poloha nesmí omezovat dýchání a nesmí být příčinou bolesti. Sestra společně s lékařem zajistí i včasnou rehabilitaci poskytovanou fyzioterapeutem (17).

Dále sestra kontroluje fyziologické funkce (krevní tlak, akce srdeční, tělesná teplota, dechová frekvence) dle ordinace lékaře, odkašlávání (především u starších pacientů nebo u pacientů s onemocněním dýchacího ústrojí), fonaci (velmi důležité), operační ránu (při prosáknutí obvazu provádí častější převazy, sleduje zarudnutí, sekreci nebo bolestivost v ráně), dále sleduje odpady z rány do Redonova drénu (při velkém odpadu informuje ihned lékaře). Zpravidla je drén odstraněn do 2 až 3 dnů a plastické intradermální stehy během 5 až 7 dnů po operaci. Sestra provádí i kontrolu bolesti a pooperační nevolnosti (dle ordinace lékaře v prvních dnech aplikuje analgetika pravidelně, v dalších dnech dle potřeby pacienta), kontroluje žilní přístupy (místo vpichu a okolí u periferní kanyly), provádí odběry dle ordinace lékaře a dle zvyklosti oddělení (20).

Mezi intervence dlouhodobé pooperační péče patří také hygienická péče a výživa. V den operace sestra pacientovi vymění pouze podložku a anděla. První den po operaci pacient vstává za asistence ošetřujícího personálu a hygienu provádí vsedě vedle lůžka na židli nebo u umyvadla a poté se postupně zapojuje do celkové hygieny u

umyvadla. Koupel se po operaci neprovádí. Sprchování se doporučuje až při zhojení rány. V den operace a první pooperační den má pacient pouze čaj nebo neperlivou vodu. Sestra edukuje pacienta, aby nepil džusy či minerálky, protože mohou vyvolat nadýmání a zvracení. Další dny se postupně strava přidává, nejdříve se přidávají tekutiny, kaše, šetřící dieta a racionální dieta. První operační dny sestra podává parenterální výživu dle ordinace lékaře z důvodu polykacích obtíží pacienta, a proto se dohlíží na dostatečný příjem tekutin per os (18).

V den operace sestra kontroluje i močení, další dny je pacient poučen, aby při potížích informoval ihned sestru nebo lékaře při vizitě. Sestra zajistí pacientovi potřebu intimního vyprazdňování. Kontroluje stolici dle individuálního stavu pacienta, nejpozději však třetí den se podávají léky na podporu střevní peristaltiky (23).

Rehabilitace je zajištěna fyzioterapeutem, důležité je dechové cvičení, dohled na správné posazování a vstávání z lůžka, na správnou chůzi. V den operace se kontroluje správnost bandáží DK, další dny při dostatečné rehabilitaci se bandáže sundávají (26).

Potřebný je odpočinek a spánek, kdy sestra pacientovi zajišťuje klidné prostředí, především v prvních pooperačních dnech. Při nespavosti vždy informuje lékaře a někdy se podávají hypnotika dle ordinace lékaře (2).

V neposlední řadě sestra pečuje o jizvu, kdy po odstranění stehů doporučuje pacientovi vhodnou masáž jizvy (hlazení, vypínání) a ošetřování vhodnými mastmi nebo gely (nejméně půl roku). První rok po operaci sestra nedoporučuje slunění oblasti krku z důvodu změny barvy jizvy. Konečný vzhled jizvy nastává až po roce z důvodu funkční přestavby tkání (25).

1.9.7 Domácí péče a její zajištění po propuštění pacienta z nemocnice

Při propuštění je pacient plně soběstačný bez obtíží v oblasti pohybu, stravování, hygienické péče a vyprazdňování. Drobné obtíže se mohou vyskytnout při pohybu hlavou a polykání, ale jde o dočasný stav, který se upraví do několika měsíců. Další léčbu, užívání léků a úpravu diety určuje endokrinolog na podkladě histologického vyšetření, celkového stavu a krevních hladin hormonů štítné žlázy (16).

V případě terapie zhoubných nádorů nastupuje týmová spolupráce onkologa, endokrinologa a především pacienta. Jedná se o týmovou a komplexní léčbu. Vhodná je i kontrola otorinolaryngologem a spolupráce s foniatrem, především při pooperačních komplikacích (poruchy hlasové funkce). Délka pracovní neschopnosti záleží na druhu operace (trvá 2 – 7 týdnů), celkovém zdravotním stavu a charakteru zaměstnání (28).

1.9.8 Vybrané ošetrovatelské diagnózy u nemocných po operaci štítné žlázy

V rámci ošetrovatelského procesu vyhledáváme, odstraňujeme, zmírňujeme a předcházíme problémům v oblasti lidských potřeb. Každý ošetrovatelský problém poznáváme podle specifických diagnostických prvků (7).

Aktuální problémy rozpoznáváme podle určujících znaků a souvisejících faktorů, zatímco problémy potencionální podle rizikových faktorů (24).

Strach /00148/ v souvislosti s nutným operačním zákrokem v celkové anestézii a následnou hospitalizací projevující se odmítáním komunikovat s ostatními lidmi, třesem rukou, zvýšenou potivostí a neklidem

Deficitní znalost pojmu /00126/ v souvislosti s nedostatkem informací projevující se obavami, neustálými dotazy na možnosti léčby a na možné pooperační následky

Porušený spánek /00095/ v souvislosti s provozem na jednotce intenzivní péče projevující se ospalostí, zíváním, podrážděností a mrzutostí

Akutní bolest /00132/ v souvislosti s prodělanou chirurgickou operací projevující se grimasováním při změně polohy na lůžku, zvýšenou dechovou frekvencí a změnami krevního tlaku a pulsu

Porušená kožní integrita /00046/ v souvislosti s operační ránou projevující se stížnostmi na bolestivost, zarudnutím a svědivostí

Riziko infekce /00004/ v souvislosti se zavedenou periferní intravenózní kanylou v levém předloktí

Riziko infekce /00004/ v souvislosti s operační ránou na krku

Riziko deficitu tělesných tekutin /00028/ v souvislosti se sníženým příjmem tekutin per os po operačním zákroku

Zhoršená pohyblivost /00085/ v souvislosti s bolestivostí po operačním výkonu, snížením svalové síly a verbální žádostí o asistenci při určitých výkonech (vstávání z lůžka apod.)

Nauzea /00134/ v souvislosti s odeznívající anestézií projevující se stížnostmi na návalovité pocity na zvracení, bledostí, zvýšeným sliněním a tachykardií

Únava /00093/ v souvislosti s prodělaným operačním výkonem projevující se neschopností provádět běžné úkony denního života, podrážděností, neklidem

Potenciální deficit sebepéče při koupání a hygieně /00108/ v souvislosti s omezením pohyblivosti po operačním zákroku

Potencionální deficit sebepéče při jídle /00102/ v souvislosti s omezením pohyblivosti po operačním zákroku

Polykání porušené /00103/ v souvislosti s pooperační bolestivostí v krku projevující se odmítáním příjmu tekutin ústy

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce kvalitativní části

Na základě teoretických znalostí z nastudované literatury a dostupných zdrojů i praktických zkušeností všeobecné sestry na chirurgickém oddělení jsme stanovili následující výzkumné cíle:

Cíl č. 1: Zmapovat, jaké intervence sestry provádějí při poskytování ošetrovatelské péče o nemocné po operaci štítné žlázy.

Cíl č. 2: Zjistit, zda sestry vědomě používají intervence v rámci prevence vzniku možných komplikací u nemocných po operaci štítné žlázy.

2.2 Výzkumné otázky kvalitativní části

Ve vztahu k uvedeným cílům práce, na základě teoretických znalostí i praktických zkušeností všeobecné sestry jsme stanovili následující výzkumné otázky:

Otázka č. 1: Vnímají sestry rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy a u nemocných s jinými lékařskými diagnózami?

Otázka č. 2: Jaké intervence sestry provádějí při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy?

Otázka č. 3: Jaké intervence sestry provádějí u nemocných po operaci štítné žlázy v rámci prevence vzniku možných komplikací?

Otázka č. 4: Jsou sestry připravené poskytovat intervence při vzniklých komplikacích specifických pro onemocnění štítné žlázy?

2.3 Cíl práce kvantitativní části

Na základě teoretických znalostí z nastudované literatury i praktických zkušeností všeobecné sestry na chirurgickém oddělení jsme stanovili výzkumný cíl:

Cíl č. 1: Zjistit spokojenost nemocných po operaci štítné žlázy s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

2.4 Hypotéza kvantitativní části

Ve vztahu k uvedeným cílům práce, na základě teoretických znalostí i praktických zkušeností všeobecné sestry jsme stanovili následující hypotézu:

Hypotéza č. 1: Nemocní po operaci štítné žlázy hospitalizovaní na chirurgickém oddělení jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

K získání potřebných informací za účelem realizace cílů a verifikace všech výzkumných otázek a hypotéz byl použit kvantitativně - kvalitativní výzkum. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou polostandardizovaného, otevřeného a individuálního rozhovoru u sester pracujících na chirurgickém oddělení v rámci Jihočeského kraje. U nemocných po operaci štítné žlázy hospitalizovaných na chirurgickém oddělení v rámci Jihočeského kraje byla ke sběru dat použita metoda dotazování, technikou dotazníku.

Dotazník byl rozdán pacientům po operaci štítné žlázy hospitalizovaných na chirurgickém oddělení na standardním oddělení po přeložení z jednotky intenzivní péče a hodnotili, jak byli spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v bezprostředním pooperačním období. Výsledky byly zpracovány do grafů.

Rozhovor se sestrami pracujícími na chirurgickém oddělení byl veden na podkladě předem připravené osnovy polostandardizovaného rozhovoru, včetně předem připravených výzkumných otázek, týkajících se ošetrovatelských intervencí při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy. Výsledky rozhovorů byly pro přehlednost zpracovány do kazuistik a nejčastější odpovědi byly zpracovány do tabulek. Před rozhovorem byl sestrám rozdán anketní lístek na identifikační údaje, výsledky z tohoto lístku byly pro přehlednost zpracovány do grafů.

3.2 Charakteristika souboru

První výzkumný soubor pro bakalářskou práci tvořili pacienti po operaci štítné žlázy hospitalizováni na jednotce intenzivní péče ve věku od 18 let. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na spokojenost s poskytovanou pooperační ošetrovatelskou péčí. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků v rámci Jihočeského kraje. Z tohoto počtu bylo nutné 8 dotazníků vyřadit pro neúplnost a 10 dotazníků se nevrátilo. Celkový počet správně vyplněných a sebraných dotazníků činil 82 (100 %). Údaje od respondentů byly získány během května, června, července 2009.

Druhý výzkumný soubor pro bakalářskou práci tvořily sestry pracující na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení. Osloveno bylo postupně 12 sester různého věku, délky odborné praxe a vzdělání. Pouze 6 sester s rozhovorem souhlasily. Před rozhovorem byl sestrám rozdán anketní lístek s identifikačními údaji. Při sběru anketního lístku bylo domluveno datum, místo a čas našeho rozhovoru. Sběr dat od sester byl proveden během června 2009. Celkový počet respondentů byl 6 (100 %).

Dotazník i anketní lístek byly anonymní, osobní údaje nebyly nutné.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvalitativní části výzkumu

4.1.1 Analýza dat z anketního lístku pro sestry

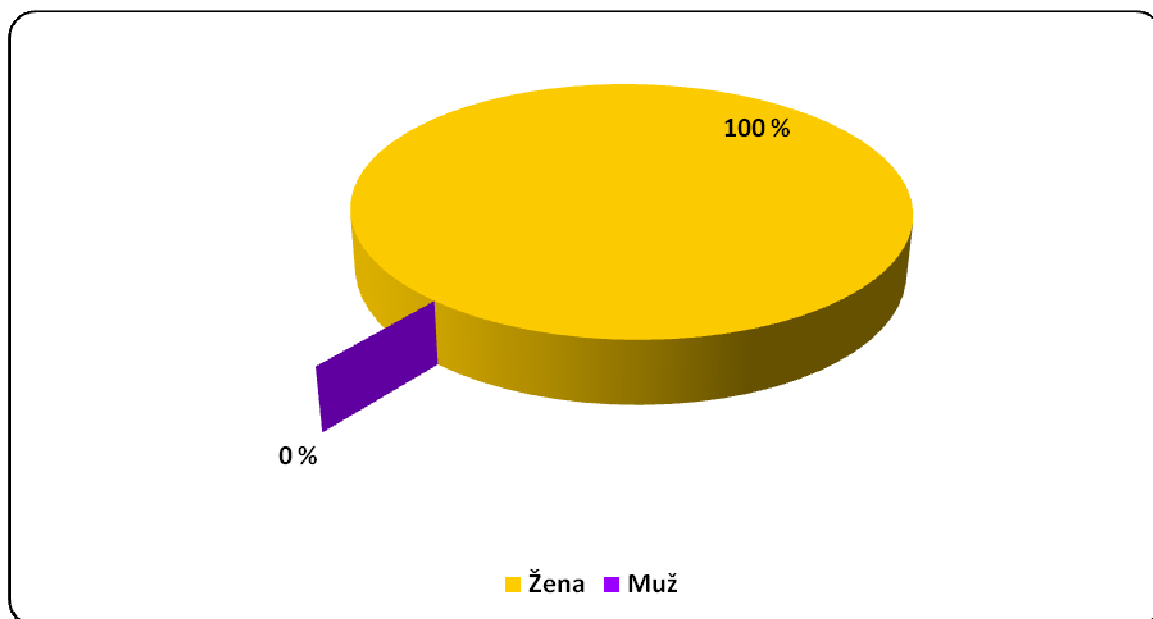
Pro přehlednost byly výsledky z anketního lístku zpracovány do tabulek a grafů.

Tabulka 1: Pohlaví ošetřujícího personálu

	Počet respondentů (celkem 6)	Relativní četnost
Žena	6	100 %
Muž	0	0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1: Pohlaví ošetřujícího personálu



Zdroj: Vlastní výzkum

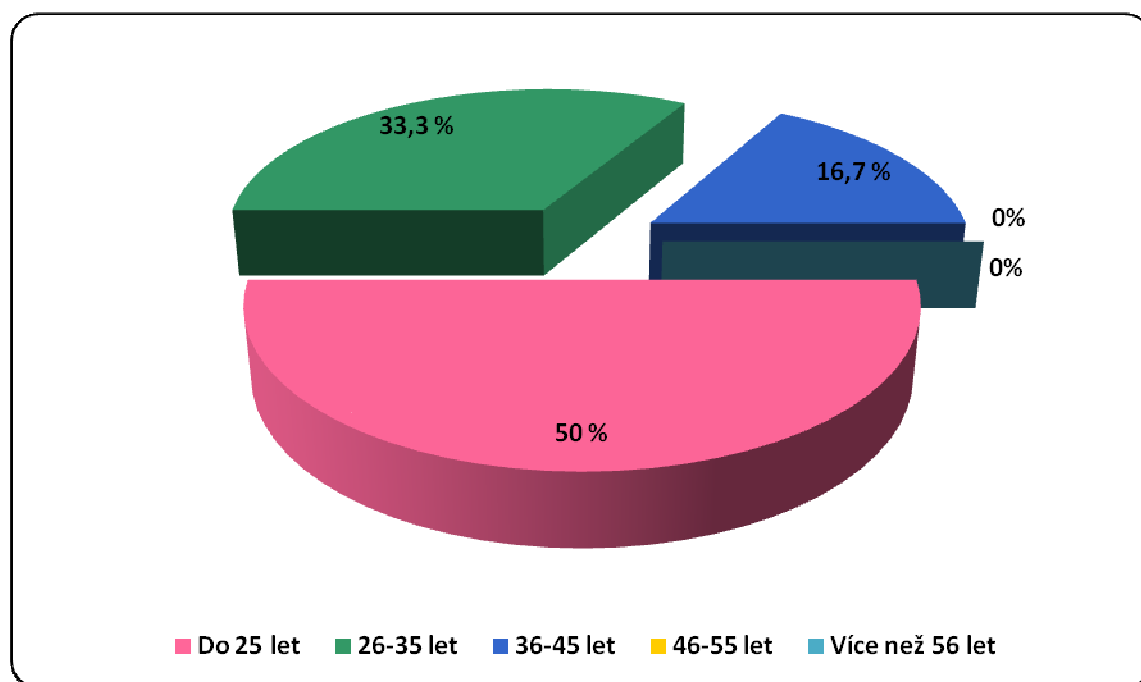
Na otázku č. 1 „Jakého jste pohlaví?“ z 6 respondentů odpovědělo 6 respondentů žena (100 %) a 0 respondentů muž (0 %).

Tabulka 2: Věková kategorie

	Počet respondentů (celkem 6)	Relativní četnost
Do 25 let	3	50 %
26-35 let	2	33,3 %
36-45 let	1	16,7 %
46-55 let	0	0 %
Více než 56 let	0	0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2: Věková kategorie



Zdroj: Vlastní výzkum

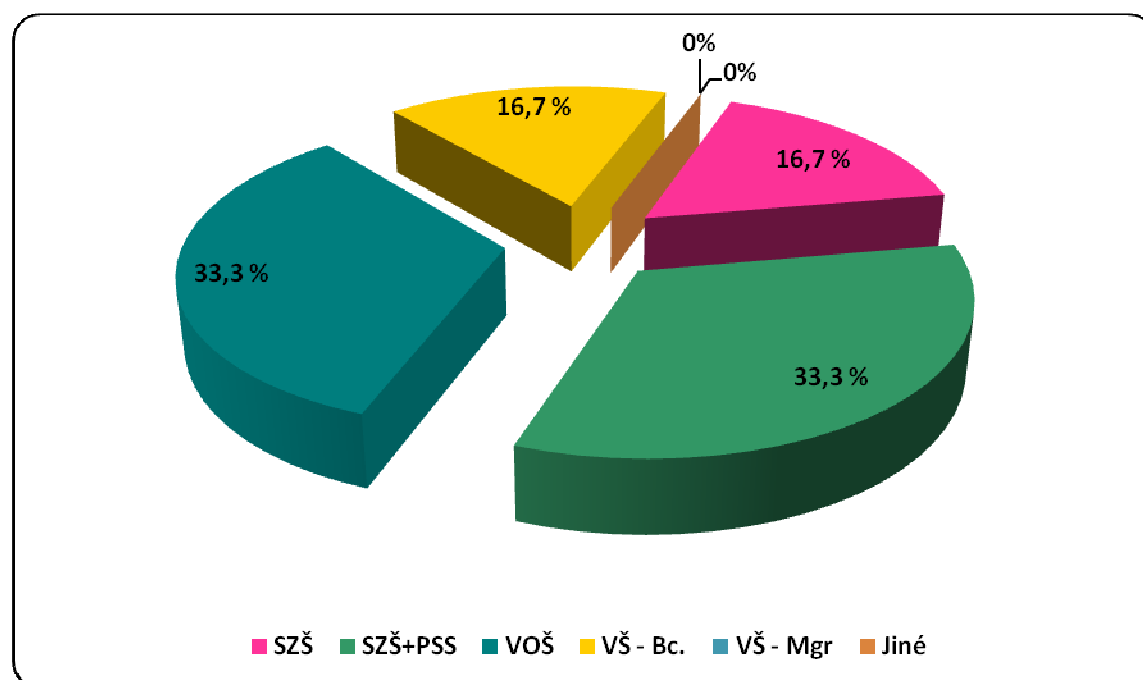
Na otázku č. 2 „Vaše věková kategorie?“ z 6 respondentů byli 3 respondenti ve věku do 25 let (50 %), 2 respondenti ve věku od 26–35 let (33,3 %), 1 respondent byl ve věku 36-45 let (16,7 %) a v dalších věkových kategoriích nebyl žádný z respondentů (0 %).

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

	Počet respondentů (celkem 6)	Relativní četnost
SZŠ	1	16,7 %
SZŠ + PSS	2	33,3 %
VOŠ	2	33,3 %
VŠ - Bc.	1	16,7 %
VŠ – Mgr.	0	0 %
Jiné (doplňte jaké)	0	0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

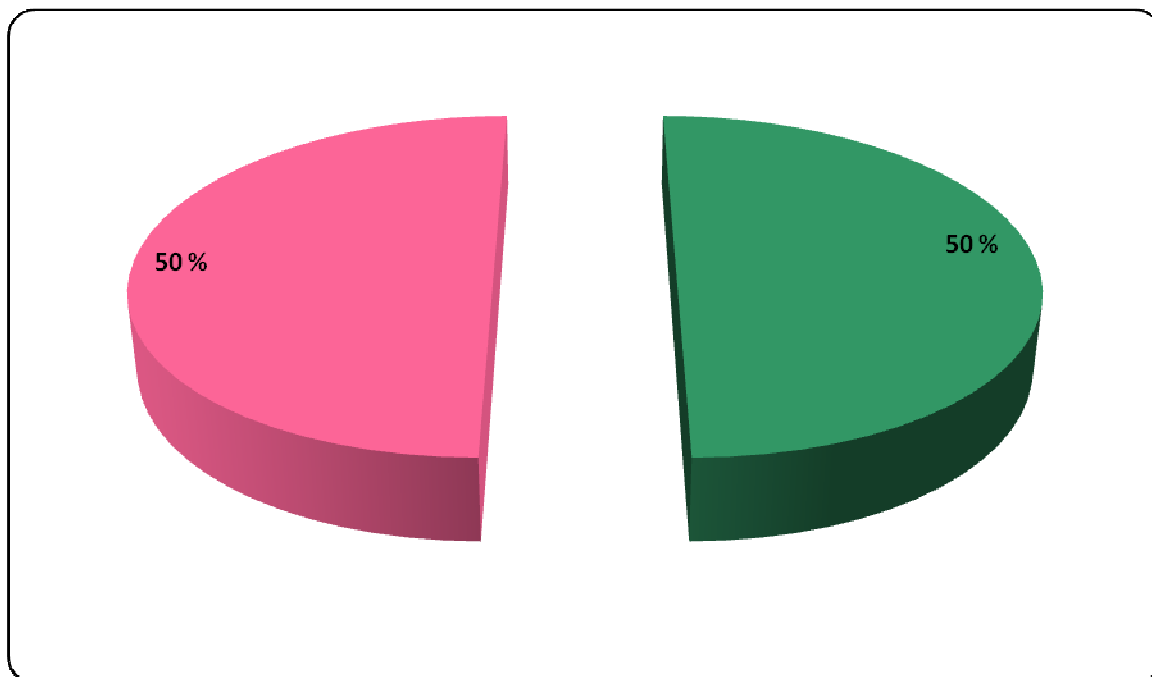
Na otázku č. 3 „Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“ z 6 respondentů odpověděl 1 respondent SZŠ (16,7 %), 2 respondenti odpověděli SZŠ + PSS (33,3 %), 2 respondenti odpověděli VOŠ (33,3 %) a 1 respondent odpověděl VŠ – Bc. (16,6 %).

Tabulka 4: Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání

	Počet respondentů (celkem 6)	Relativní četnost
Ano	3	50 %
Ne	3	50 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4: Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání



Zdroj: Vlastní výzkum

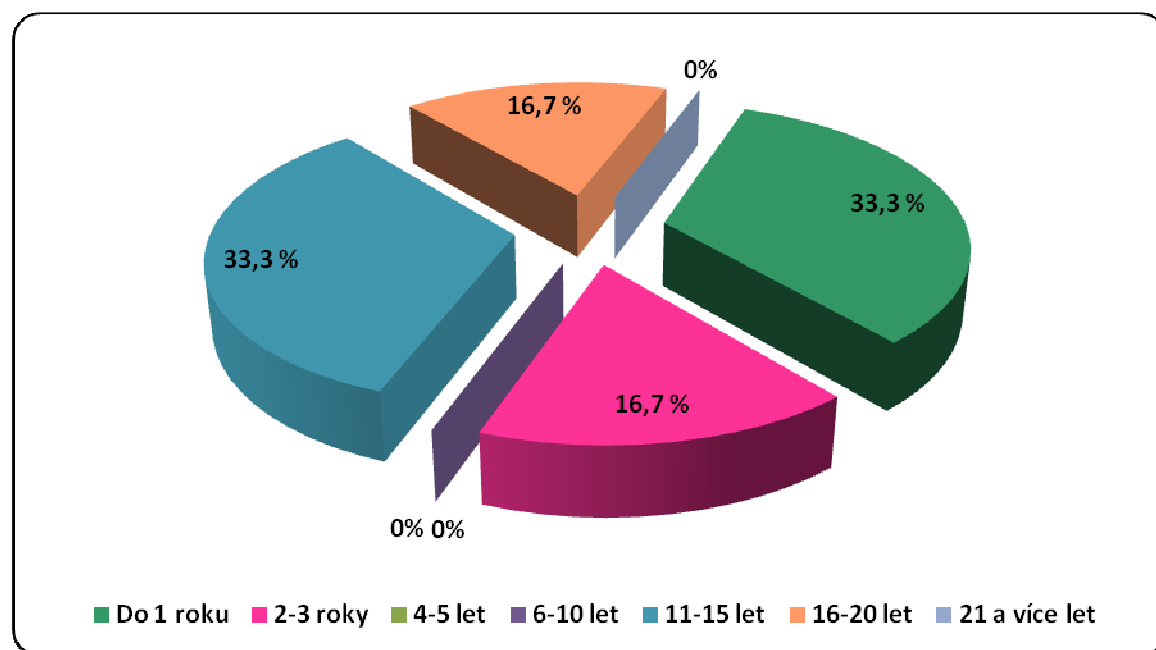
Na otázku č. 4 „Máte osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (tzv. registraci)?“ z 6 respondentů odpověděli 3 respondenti ano (50 %) a 3 respondenti ne (50 %).

Tabulka 5: Délka praxe ve zdravotnictví

	Počet respondentů (celkem 6)	Relativní četnost
Do 1 roku	2	33,3 %
2-3 roky	1	16,7 %
4-5 let	0	0 %
6-10 let	0	0 %
11-15 let	2	33,3 %
16-20 let	1	16,7 %
21 a více let	0	0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5: Délka praxe ve zdravotnictví



Zdroj: Vlastní výzkum

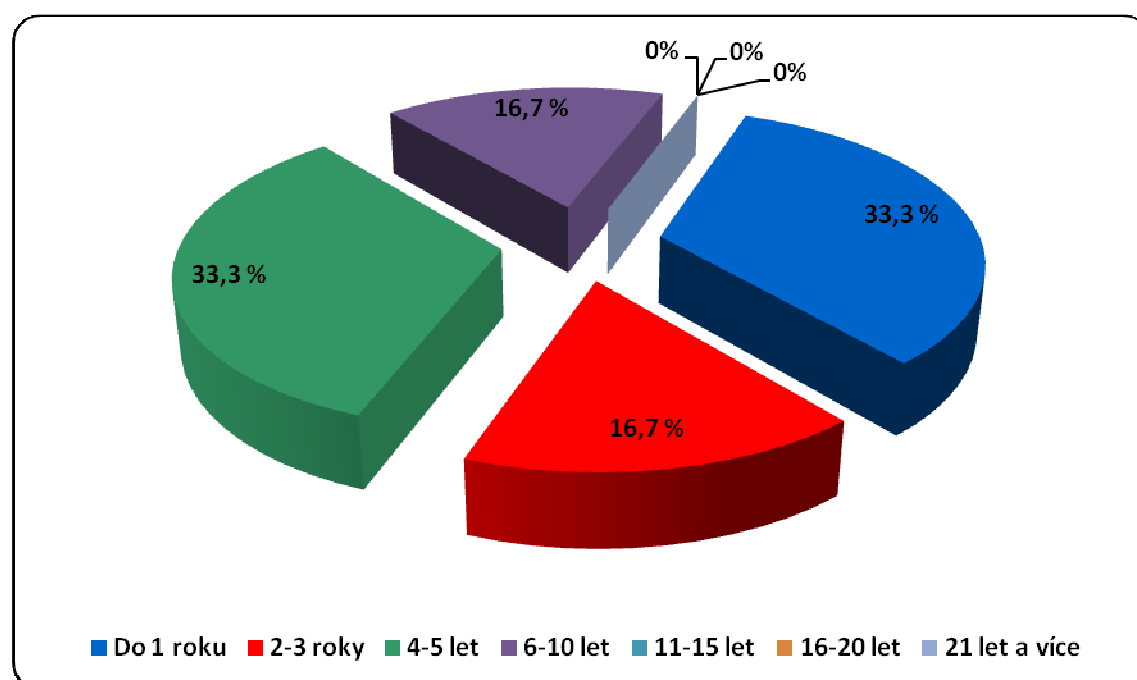
Na otázku č. 5 „Jaká je délka Vaší odborné praxe ve zdravotnictví?“ z 6 respondentů 2 respondenti označili dobu do 1 roku (33,3 %), 1 respondent označil dobu 2 - 3 roky (16,7 %), dobu 4 – 5 let a dobu 6 - 10 let neoznačil žádný z dotázaných respondentů (0 %), 2 respondenti označili dobu 11 - 15 let (33,3 %), 1 respondent označil dobu 16 - 20 let (16,7 %) a dobu 21 let a více opět neoznačil žádný z dotázaných respondentů (0 %).

Tabulka 6: Délka praxe na jednotce intenzivní péče

	Počet respondentů (celkem 6)	Relativní četnost
Do 1 roku	2	33,3 %
2-3 roky	1	16,7 %
4-5 let	2	33,3 %
6-10 let	1	16,7 %
11-15 let	0	0 %
16-20 let	0	0 %
21 let a více	0	0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6: Délka praxe na jednotce intenzivní péče



Zdroj: Vlastní výzkum

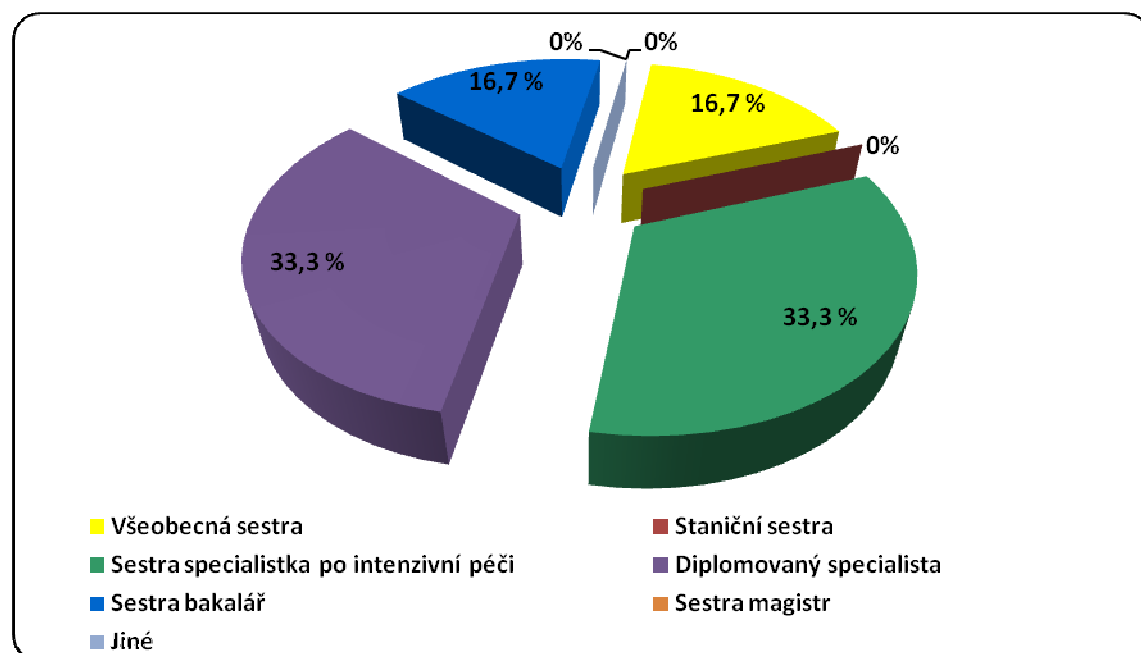
Na otázku č. 6 „Jaká je doba Vaší odborné praxe na jednotce intenzivní péče?“ z 6 respondentů označili 2 respondenti dobu do 1 roku (33,3 %), 1 respondent označil dobu 2 - 3 roky (16,7 %), 2 respondenti označili dobu 4 - 5 let (33,3 %), 1 respondent označil dobu 6 - 10 let (16,7 %) a delší dobu neoznačil žádný z dotázaných respondentů (0 %).

Tabulka 7: Pracovní pozice na oddělení

	Počet respondentů (celkem 6)	Relativní četnost
Všeobecná sestra	1	16,7 %
Staniční sestra	0	0 %
Sestra specialista pro intenzivní péči	2	33,3 %
Diplomovaný specialista	2	33,3 %
Sestra bakalář	1	16,7 %
Sestra magistr	0	0 %
Jiné	0	0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7: Pracovní pozice na oddělení



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 7 „Na jednotce intenzivní péče pracujete jako:“ z 6 respondentů 1 respondent označil jako všeobecná sestra (16,7 %), žádný respondent neoznačil možnost zařazení jako staniční sestra (0 %), 2 respondenti označili pozici sestra specialista pro intenzivní péči (33,3 %), 2 respondenti označili pozici diplomovaný specialista (33,3 %), 1 respondent označil odpověď sestra bakalář (16,7 %). Další možnosti zůstaly bez označení.

4.1.2 Analýza dat z rozhovorů se sestrami z chirurgického oddělení

Pro přehlednost a srozumitelnost byly rozhovory se sestrami zpracovány do kazuistik a nejčastější odpovědi zpracovány do tabulek.

Kazuistika sestry č. 1

Jednalo se o respondentku ve věkové kategorii 36 – 45 let s dosaženým středoškolským vzděláním na Střední zdravotnické škole, s praxí ve zdravotnictví v délce 16 – 20 let a s odbornou praxí na jednotce intenzivní péče v délce 6 – 10 let. Respondentka má osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a na daném oddělení pracuje jako všeobecná sestra.

Podle respondentky je štítná žláza důležitým orgánem pro náš organismus v souvislosti s vytvářením hormonů pro správný vývoj jedince, včetně růstu a inteligence. Je důležitá i pro vývoj imunity a vytváření protilátek.

Pojem intervence v rámci poskytování pooperační ošetrovatelské péče chápe respondentka jako zajištění pacienta po dané operaci, včetně poučení pacienta o jednotlivých postupech poskytované péče a plnění jeho specifických přání a předcházení pooperačním komplikacím. Ošetrovatelská péče u nemocných po operaci štítné žlázy je podle ní náročnější než u nemocných s jinými diagnózami, protože kdykoliv mohou nastat náhlé komplikace s následnou smrtí, např. tyreotoxická krize nebo krvácení s dušností. Respondentka již poskytovala společně s dalším ošetřujícím personálem první pomoc při náhlém masivním krvácení, kdy pacient byl po operaci zcela bez potíží a jak sama řekla: „V minutě bylo vše jinak“.

Semináře na téma poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy se respondentka již zúčastnila v rámci seminářů na jejich oddělení. Myslí si, že je to velmi přínosné téma, zvláště pro nově nastupující kolegyně, které si ani samy neuvědomují jak náročná je péče o tyto pacienty, zvláště při zvládání aktuálních problémů. Na jejich oddělení ošetrovatelský standard na téma poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy nemají, protože nebyl dosud vytvořen.

Při poskytování pooperační ošetrovatelské péče si respondentka zpětnou vazbu s pacientem neověřuje, nikdy ji nenapadlo, jak důležité to pro pacienta může být. Pokud se jí sám pacient na nic nezeptá, domnívá se, že všemu rozumí a nemá žádná specifická přání.

Podle respondentky je důležité dodržovat intervence v rámci pooperační ošetrovatelské péče, protože jednotlivými postupy, vysvětlováním a trpělivostí se vyvarujeme stresovým reakcím u pacienta a zpříjemní se tím pacientovi jeho pobyt v nemocnici. Mezi intervence u nemocných po operaci štítné žlázy po příjezdu z operačního sálu řadí pravidelná měření fyziologických funkcí (2 hodiny po půl hodině, dále po 1 hodině), uložení pacienta do správné polohy, pravidelná kontrola operační rány a fonace, kontrola odpadů z rány, aplikace analgetik, léků, infúzí, zajištění intimity pacienta a především neustálé sledování pacienta. Do intervencí, kterými se sama řídí, zahrnuje i komunikaci s pacientem. Mezi nejčastější otázky, které pacienti po operaci štítné žlázy mají, o kterých sama respondentka může mluvit, jsou např., kdy mohu dostat injekci na bolest; kdy mohu pít; kde to jsem; jak tady budu dlouho; mohu si zavolat; proč mě bolí hlava, proč mě brní prsty. Proto podle respondentky je důležitá komunikace s pacientem.

Mezi preventivní opatření, která respondentka provádí u nemocných po operaci štítné žlázy, patří pravidelná kontrola operační rány, kontrola odpadů z rány, kontrola fonace (např. slovem rebarbora, tráva), sledování fyziologických funkcí. Respondentka by sama uvítala, kdyby na jejich oddělení byl manuál se zaměřením na preventivní opatření před vznikem možných komplikací, ale i manuál se zaměřením na specifické komplikace u nemocných po operaci štítné žlázy, protože by mohly sloužit ke kontrole adekvátní ošetrovatelské péče, ale i k nahlédnutí při řešení vzniklé komplikace.

Respondentka mezi specifické komplikace, které mohou nastat po operaci štítné žlázy, zahrnuje poruchy fonace, nauzeu, zvracení, poruchy rytmu, krvácení, ale především tyreotoxickou krizi, která může při neléčení skončit smrtí pacienta. Postup při vzniku komplikace po operaci štítné žlázy spočívá podle typu komplikace, ale vždy je důležité zajistit pacienta, informovat ošetřujícího lékaře a zklidnit pacienta.

Respondentka na otázku, zda bagatelizuje pacientova sdělení o potížích po operaci, odpověděla, že ne, protože každá operace je zásah do organismu a kdykoliv mohou nastat vážné komplikace s následkem smrti.

Kazuistika sestry č. 2

Jednalo se o respondentku ve věkové kategorii 26 – 35 let s dosaženým středoškolským vzděláním na Střední zdravotnické škole a pomaturitní specializací pro anestezii, intenzivní péči a resuscitaci, s praxí ve zdravotnictví v délce 11 – 15 let a s odbornou praxí na jednotce intenzivní péče v délce 4 – 5 let. Respondentka má osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a na daném oddělení pracuje jako sestra specialista pro intenzivní péči.

Podle respondentky je štítná žláza důležitým orgánem pro náš organismus, protože má vliv na správný vývoj jedince, podílí se na metabolismu v organismu a správném využití jódu pro naše tělo.

Pojem intervence v rámci poskytování pooperační péče chápe respondentka jako zajištění pacienta v jednotlivých postupech a praktických dovednostech po operaci, poskytování adekvátní ošetrovatelské péče a vyvarování se komplikacím. Intervence vnímá jako součást ošetrovatelské péče, která je u nemocných po operaci štítné žlázy náročnější než u nemocných s jinými diagnózami. Náročnost vidí v náhle vzniklých komplikacích po operaci štítné žlázy a v jejich akutním adekvátním řešení. Podle respondentky má každé onemocnění svá specifika.

Semináře na téma poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy nebo na téma pojem intervence v rámci poskytování pooperační péče se respondentka nikdy nezúčastnila z důvodu nepořádání těchto seminářů na jejím oddělení. Ošetrovatelský standard na poskytovanou pooperační ošetrovatelskou péči na jejich oddělení není k dispozici.

Zpětnou vazbu si respondentka při poskytování pooperační péče s daným pacientem ověřuje tím, že se ho vždy zeptá, zda všemu rozumí nebo zda potřebuje něco zopakovat. Myslí si, že zpětná vazba je důležitá v rámci poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Podle respondentky je důležité dodržovat jednotlivé postupy při poskytování pooperační péče, protože tím se předejde komplikacím a zkvalitní se ošetrovatelská péče. Mezi jednotlivé postupy u nemocných po operaci štítné žlázy, které i ona sama provádí, řadí pravidelná měření fyziologických funkcí, kontrola operační rány, kontrola drénů, kontrola fonace (slovem Praha), zajištění zvonku pro pacienty, zajištění intimity při vyprazdňování, aplikace infuzní terapie, aplikace léků, odběry (hlavně hladinu vápníku). Z vlastní zkušenosti nejčastějšími dotazy pacientů po operaci štítné žlázy jsou typu, jak to dopadlo; kdy mohou dostat injekci proti bolesti; jak dlouho budou na jednotce intenzivní péče; co mám dělat, když mi bude špatně; mohu si dojít na záchod. Podle respondentky jsou dotazy po operaci u všech pacientů stejné.

V rámci prevence vzniku možných komplikací respondentka u nemocných po operaci štítné žlázy pravidelně kontroluje operační ránu, fonaci, odpady do drénů, monitoruje fyziologické funkce, provádí odběry a vše řádně zapisuje do ošetrovatelské dokumentace. Respondentka by sama uvítala na svém oddělení brožuru nebo standard ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy se zaměřením na preventivní opatření před vznikem možných komplikací, ale i se zaměřením na specifické komplikace u těchto nemocných.

Respondentka uvedla, že specifické komplikace, které mohou nastat u nemocných po operaci štítné žlázy, jsou především poruchy fonace, náhlé krvácení, laryngospasmus s otokem hrtanu a dušností, tyreotoxická krize, hypokalcémie, poruchy rytmu a brnění končetin. Při vzniku těchto komplikací je vždy nutné zajistit a zklidnit pacienta, neprodleně informovat ošetřujícího lékaře, plnit ordinace a mít vždy po ruce pomůcky pro resuscitační péči.

Respondentka na otázku, zda bagatelizuje pacientova sdělení o nepříjemných pocitech a potížích po operaci štítné žlázy s nechápavým výrazem, odpověděla, že v žádném případě ne. Sama smutně dodává, že již sama zažila smutnou událost u pacienta po operaci štítné žlázy s následkem smrti.

Kazuistika sestry č. 3

Jednalo se o respondentku ve věkové kategorii 26 – 35 let s dosaženým středoškolským vzděláním na Střední zdravotnické škole a pomaturitní specializací pro anestezii, intenzivní péči a resuscitaci, s praxí ve zdravotnictví v délce 11 – 15 let a s odbornou praxí na jednotce intenzivní péče v délce 4 – 5 let. Respondentka má osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a na daném oddělení pracuje jako sestra specialista pro intenzivní péči.

Podle dotazované respondentky je štítná žláza důležitým orgánem pro náš imunitní systém a vytváření protilátek, hormonů s vlivem na orgány v těle, např. srdce, svaly a kosti. Podílí se i na správném využití jódu v našem organismu.

Pojem intervence chápe respondentka jako plnění potřeb a přání u nemocných v pooperační péči, zajištění ošetrovatelské péče podle předem daných osnov. Pro respondentku není ošetrovatelská péče u nemocných po operaci štítné žlázy náročnější než u nemocných s jinými diagnózami, protože každé onemocnění má svá specifika s různým průběhem a komplikacemi a nelze je stejně hodnotit.

Semináře s tematikou onemocnění štítné žlázy se dosud nezúčastnila z důvodu nezájmu o danou problematiku. Podle ní jsou zajímavější semináře. Ošetrovatelský standard na poskytování předoperační a pooperační péče při onemocnění štítné žlázy na jejich oddělení není k dispozici, protože do dnešního dne nebyl vytvořen. Mají pouze pro pacienty tzv. poučení o operaci štítné žlázy, které v rámci předoperační přípravy stvrzují pacienti svým podpisem.

Při poskytování bezprostřední pooperační péče u nemocných po operaci štítné žlázy si respondentka zpětnou vazbu s daným pacientem neověřuje, z důvodu krátkodobé hospitalizace na jejich oddělení. Přiznává, že ji nikdy nenapadlo ověřit si podanou informaci. Pokud zjistí v průběhu ošetrovatelské péče, že pacient něčemu nerozuměl, vše mu znova vysvětlí.

Podle respondentky je důležité dodržovat intervence při poskytování ošetrovatelské péče u všech nemocných po operaci, protože se předejde komplikacím, stresu u pacienta a zpříjemní se danému pacientovi pobyt v nemocnici. V rámci poskytované pooperační péče respondentka dbá po příjezdu pacienta z operačního sálu

na jeho správném uložení na lůžku, nejlépe polosed, dohlíží na jeho celkový stav, měří mu základní fyziologické funkce dle ordinace lékaře, kontroluje operační ránu, fonaci, drény, plní ordinace lékaře, pacientovi zajistí intimitu při vyprazdňování. Pacienti mají po operaci štítné žlázy různé dotazy, které se týkají dalšího průběhu, např. jak tady budu dlouho; kdy budu vstávat; kde jsou tady toalety; mohu dostat něco proti bolesti; mohu si zavolat; proč mě brní prsty nebo proč mě bolí hlava. Podle svých možností se vždy respondentka snaží jejich dotazy zodpovědět nebo splnit jejich potřeby.

Mezi preventivní opatření, která respondentka provádí v rámci pooperační péče, jsou pravidelné kontroly operační rány, fonace (slovem rebarbora), sledování fyziologických funkcí, odpadů z operační rány, kontrola parestézie, výsledků z náběrů biochemického materiálu. Respondentka by uvítala na svém oddělení brožuru, týkající se předoperační a pooperační péče, preventivních opatření před vznikem možných komplikací, ale i brožuru se zaměřením na řešení vzniklých komplikací z důvodu časové vytíženosti a nemožnosti věnovat se mladším kolegyním.

Respondentka mezi specifické komplikace, kterých si je vědoma u nemocných po operaci štítné žlázy, zahrnuje poruchy fonace, nauzeu, zvracení, poruchy rytmu, tyreotoxickou krizi, náhlé krvácení, brnění prstů, pooperační chrapot. Řešení jednotlivých komplikací po operaci závisí podle typu dané komplikace, ale vždy je důležité o všem informovat lékaře, nebagatelizovat pacientovy pocity, zajistit a zklidnit pacienta. Je důležitá i vzájemná komunikace mezi ní, pacientem a dalším ošetřujícím personálem.

Respondentka podle svých zkušeností nebagatelizuje pacientovy potíže, ale naopak snaží se je vždy nějakým způsobem vyřešit.

Kazuistika sestry č. 4

Jednalo se o respondentku ve věkové kategorii do 25 let s dosaženým vysokoškolským vzděláním (bakalář), s praxí ve zdravotnictví v délce do 1 roku a s odbornou praxí na jednotce intenzivní péče v délce do 1 roku. Respondentka nemá osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, teprve si o registraci zažádala a na daném oddělení pracuje jako sestra bakalář.

Podle respondentky je štítná žláza důležitým orgánem pro náš organizmus v souvislosti se správným vývojem jedince, jeho růstem a inteligencí. Štítná žláza se podílí na správném využití jódu pro náš organizmus a je důležitá pro naši imunitu.

Pojem intervence respondentka vysvětlila jako plánování a plnění jednotlivých ošetrovatelských postupů v rámci uspokojování základních potřeb nemocného. Intervence je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Vzhledem ke krátkému působení na daném oddělení neumí respondentka zhodnotit, zda ošetrovatelská péče u nemocných po operaci štítné žlázy je náročnější než u nemocných s jinými diagnózami. Respondentka sama uvádí, že ošetrovatelská péče u všech nemocných v bezprostředním pooperačním období je náročná.

Semináře na téma poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy se respondentka zatím nezúčastnila, protože k tomu neměla dosud příležitost. Vědomosti ohledně poskytování ošetrovatelské péče má ze školy a další dovednosti teprve získává praxí a osobní zkušeností na daném oddělení pod odborným dohledem. Na oddělení, kde respondentka pracuje, nemají ošetrovatelský standard týkající se onemocnění štítné žlázy ani standard na poskytování ošetrovatelské péče.

Při podávání informací ohledně ošetrovatelské péče si respondentka zpětně ověřuje, zda pacient všemu porozuměl. Při nejasnostech pacientovi vše znovu vysvětlí, pro ni samotnou je důležitá komunikace mezi ní a pacientem.

Podle respondentky je důležité dodržovat intervence v rámci předoperační i pooperační péče a tím uspokojovat všechny pacientovy potřeby, protože realizací jednotlivých potřeb se předejde možným komplikacím, stresovým reakcím a zlepší se ošetrovatelská péče. Podle svých dosavadních zkušeností respondentka poskytuje ošetrovatelskou péči standardním způsobem, tj. měření fyziologických funkcí, zajištění správné polohy pacienta po operaci, zajištění signalizačního zařízení, plnění ordinací, aplikace analgetik a léků, kontrola operační rány a fonace, zajištění intimity pacienta, vedení ošetrovatelské dokumentace. Intervence ošetrovatelské péče provádí pod odborným dohledem. Mezi nejčastější dotazy, se kterými se respondentka u nemocných po operaci štítné žlázy setkává, patří, jak dlouho tady budu; kdy mohu dostat něco proti bolesti; kdy se mohu napít; kam si dojdu na toaletu; kdy budu vstávat.

V rámci prevence vzniku možných komplikací respondentka u nemocných po operaci štítné žlázy pravidelně kontroluje operační ránu, fonaci, odpady do drénů, sleduje celkový stav a fyziologické funkce, provádí odběry a vše řádně zapisuje do ošetrovatelské dokumentace. Sama by uvítala na svém oddělení brožuru nebo standard ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy se zaměřením na preventivní opatření před vznikem možných komplikací, ale i se zaměřením na specifické komplikace u těchto nemocných. Brožura by pro ni samotnou sloužila jako rádce při poskytování ošetrovatelské péče a při řešení náhle vzniklých komplikací.

Specifické komplikace, které mohou nastat u nemocných po operaci štítné žlázy, zná respondentka pouze ze školy, např. poruchy fonace, brnění končetin, náhlé krvácení, tyreotoxická krize, pooperační chrapot. Dosud se s nimi nesetkala. Při vzniku těchto komplikací je důležitá spolupráce ošetřujícího personálu, vzájemná komunikace, zklidnění a zajištění pacienta.

Respondentka na otázku, zda bagatelizuje pacientova sdělení o nepříjemných pocitech a potížích po operaci, odpovídá, že ne, protože každá operace je zásah do organismu a kdykoliv mohou nastat vážné komplikace s následkem smrti. Dodává, že posláním ošetřujícího personálu je léčit na duši i těle. A podle toho se sama řídí.

Kazuistika sestry č. 5

Jednalo se o respondentku ve věkové kategorii do 25 let s dosaženým odborným vzděláním na Vyšší odborné škole, s praxí ve zdravotnictví v délce 2 – 3 roky a odbornou praxí na jednotce intenzivní péče v délce 2 – 3 roky. Respondentka nemá osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a na daném oddělení pracuje jako diplomovaný specialista.

Podle dotázané respondentky je štítná žláza důležitým orgánem pro náš organizmus, protože tvoří hormony obsahující jód, které jsou důležité pro náš metabolismus a rozvoj inteligence.

Pojem intervence respondentka chápe jako plánování a realizaci ošetrovatelských postupů při uspokojování základních potřeb pacienta v souvislosti s ošetrovatelským procesem. Ošetrovatelská péče u nemocných po operaci štítné žlázy

je méně náročná než u nemocných s jinými diagnózami vzhledem ke krátkodobé hospitalizaci na jednotce intenzivní péče.

Semináře s tematikou onemocnění štítné žlázy se respondentka zúčastnila v rámci chirurgické konference v jejich nemocnici, součástí konference byla i přednáška na téma poskytování ošetrovatelské péče u nemocných se štítnou žlázou. Respondentka uvádí, že na jejich oddělení je kladen důraz na aktivní i pasivní účasti na těchto seminářích. Na oddělení, kde pracuje, nemají standard se zaměřením na ošetrovatelskou péči u nemocných po operaci štítné žlázy ani standard týkající se onemocnění štítné žlázy obecně.

Zpětnou vazbu si respondentka u nemocných po operaci štítné žlázy neověřuje v souvislosti s krátkodobou hospitalizací na jednotce intenzivní péče ani z důvodu pracovní vytíženosti v péči o jiné nemocné.

Podle respondentky je důležité dodržovat ošetrovatelské intervence u všech nemocných v pooperačním období, protože uspokojováním jejich potřeb se zkvalitní ošetrovatelská péče. Podle své dosavadní odborné praxe poskytuje ošetrovatelskou péči v rámci svých možností a vědomostí. Po příjezdu z operačního sálu seznámí pacienta se zvonkem na sestry, monitoruje fyziologické funkce, kontroluje operační ránu, fonaci (slovem rebarbora, tráva), kontroluje funkčnost podtlakové drenáže, plní ordinace dle lékaře, vede ošetrovatelskou dokumentaci. Podle respondentky jsou dotazy pacientů v pooperačním období stejné, převážně se týkají doby pobytu na jednotce intenzivní péče; aplikace analgetik; vyprazdňování; vstávání po operaci.

V rámci preventivních opatření u nemocných po operaci štítné žlázy respondentka pravidelně kontroluje operační ránu, fonaci, odpady z rány, provádí odběry, výsledky a změny zdravotního stavu u nemocných hlásí ošetřujícímu lékaři, sleduje fyziologické funkce a vše řádně zapisuje do dokumentace. Na otázku, zda by uvítala na svém oddělení manuál na poskytování pooperační péče se zaměřením na pooperační komplikace a preventivní opatření před vznikem možných komplikací, odpověděla, že neví, protože nad tím nikdy nepřemýšlela.

Specifické komplikace, které mohou nastat u nemocných po operaci štítné žlázy, zná pouze ze školy a od svých zkušených kolegyn, dosud se v rámci pooperační péče

setkala pouze s brněním končetin u těchto nemocných. Respondentka si je vědoma specifických komplikací u nemocných po operaci štítné žlázy, myslí si, že nejhorší pooperační komplikací je tyreotoxická krize nebo otok hrtanu s náhlým krvácením. Do našeho rozhovoru respondentka nezažila žádnou z těchto závažných komplikací, ale uvědomuje si, že při řešení těchto komplikací je důležitá spolupráce ošetřujícího personálu a vzájemná komunikace.

Respondentka na otázku, zda bagatelizuje pacientovy potíže, odpověděla, že někdy z důvodu pracovní vytíženosti v péči o náročnější pacienty.

Kazuistika sestry č. 6

Jednalo se o respondentku ve věkové kategorii do 25 let s dosaženým odborným vzděláním na Vyšší odborné škole, s praxí ve zdravotnictví v délce do 1 roku a s odbornou praxí na jednotce intenzivní péče v délce do 1 roku. Respondentka nemá osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, teprve si o registraci zažádala a na daném oddělení pracuje jako diplomovaný specialista.

Podle dotázané respondenty je štítná žláza důležitým orgánem pro náš organizmus, protože se podílí na správném vývoji jedince, jeho inteligenci a na metabolismu v organizmu.

Pojem intervence v rámci poskytování ošetrovatelské péče chápe respondentka jako plnění naplánovaných činností v pooperačním období při uspokojování potřeb pacienta a plnění jeho specifických přání. Ošetrovatelská péče u nemocných po operaci štítné žlázy a u nemocných s jinými diagnózami je pro respondentku stejně náročná, je si vědoma, že každé onemocnění má svá specifika, průběh, možné komplikace.

Semináře na téma onemocnění štítné žlázy, její léčba a specifické komplikace se respondentka zúčastnila v rámci přednášek ve škole, kde měli každý měsíc přednáškové odpoledne se zaměřením na problematiku jednotlivých onemocnění. Na oddělení, kde respondentka pracuje, nemají ošetrovatelský standard týkající se onemocnění štítné žlázy ani standard na poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy.

Pokud respondentka podává pacientovi informace ohledně průběhu ošetrovatelské péče, vždy si ověřuje zpětnou vazbu dotazováním, zda všemu porozuměl nebo zda potřebuje něco znova vysvětlit. Pro ni samotnou je důležitá komunikace s pacientem i ošetřujícím personálem.

Podle respondentky je důležité dodržovat intervence v rámci předoperační i pooperační ošetrovatelské péče, protože jednotlivými postupy, uspokojováním potřeb pacienta, vysvětlováním a trpělivostí se vyvaruje stresovým reakcím u pacienta, zpříjemní tím jeho pobyt na oddělení a předejde se vzniku možných pooperačních komplikací. Mezi jednotlivé postupy u nemocných po operaci štítné žlázy po příjezdu z operačního sálu řadí pravidelné měření fyziologických funkcí (2 hodiny po půl hodině, dále po 1 hodině), zajištění zvonku pro pacienty, uložení pacienta do správné polohy, pravidelnou kontrolu operační rány a fonaci, kontrolu odpadů z rány, aplikaci analgetik, léků, infúzí, zajištění intimity pacienta a především neustálé sledování celkového stavu pacienta. Nejčastější dotazy, které mají pacienti po operaci, jsou většinou podle respondentky stejné, týkají se především léků proti bolesti; vyprazdňování; použití mobilního telefonu; příjmu tekutin; délky pobytu na oddělení; doby vstávání po operaci.

Mezi preventivní opatření, která respondentka provádí v celém pooperačním období, patří pravidelné kontroly operační rány, fonace, sledování celkového stavu pacienta a fyziologických funkcí, sledování odpadů z operační rány, kontrola výsledků z náběrů biochemického materiálu. Vše řádně zapisuje do dokumentace. Na oddělení, kde respondentka pracuje, by sama uvítala brožuru, týkající se předoperační a pooperační péče, preventivních opatření před vznikem možných komplikací, ale i brožuru se zaměřením na řešení vzniklých komplikací z důvodu časové vytíženosti starších kolegyní a nemožnosti se aktivně věnovat mladším kolegyním.

Respondentka mezi specifické komplikace, kterých si je vědoma u nemocných po operaci štítné žlázy, zahrnuje poruchy fonace, nauzeu, zvracení, bolesti krční páteře, brnění končetin, náhlé krvácení. Tyto komplikace zná pouze ze školy, dosud se s nimi nasetkala, ale pamatuje si, že musí mít vždy po ruce pomůcky pro resuscitační péči v případě vzniku náhlých komplikací. Postup při řešení komplikací zná respondentka

pouze teoreticky, na daném oddělení je krátce a nemusela zatím řešit žádné potíže u nemocných po operaci štítné žlázy.

Respondentka nebagatelizuje pacientovy nepříjemné potíže ani pocity, protože nemá zatím dostatek zkušeností, aby odhadla, zda pacient má vážné potíže či nikoliv.

Výzkumná otázka č. 1: Vnímají sestry rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy a u nemocných s jinými lékařskými diagnózami?

Tabulka 1a: Je pro náš organismus štítná žláza důležitým orgánem?

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Ano	x	x	x	x	x	x
Ne						

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 1a: Podle všech šesti dotázaných respondentek je štítná žláza důležitým orgánem pro náš organismus.

Tabulka 1b: Jakou funkci má štítná žláza v organismu?

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Tvorba hormonů štítné žlázy	x				x	
Vliv na imunitu	x		x	x		
Vliv na tvorbu protilátek	x		x			
Vliv na správný vývoj jedince	x	x	x	x		x
Vliv na správný růst jedince	x			x		
Vliv na inteligenci jedince	x			x	x	x
Vliv na metabolismus organismu jedince		x			x	x
Vliv jódu a jeho následné využití		x	x	x		

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 1b: Nejčastěji uváděnou odpovědí bylo, že štítná žláza má vliv na správný vývoj jedince, s vlivem na inteligenci.

Tabulka 1c: **Vysvětlete pojem intervence v rámci poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy.**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Zajištění pacienta	X	X				
Poučení pacienta	X					
Plnění potřeb a přání pacienta	X		X	X	X	X
Předcházení pooperačních komplikací	X	X				
Poskytování adekvátní oš. péče		X				
Zajištění oš. péče podle daných osnov			X			
Plánování a plnění oš. postupů				X	X	

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 1c: Pojem intervence v rámci poskytování pooperační ošetrovatelské péče většina respondentek chápala jako plnění základních potřeb a přání pacienta.

Tabulka 1d: **Je pro Vás ošetrovatelská péče u nemocných po operaci štítné žlázy náročnější než u nemocných s jinými diagnózami?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Ano	X	X				X
Ne			X		X	
Nelze hodnotit				X		

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce č. 1d: Pro většinu dotázaných respondentek je ošetrovatelská péče u nemocných po operaci štítné žlázy náročnější, nebo stejně náročná než u nemocných s jinými diagnózami, protože každé onemocnění má svá specifika, průběh a možné komplikace.

Tabulka 1e: **Zúčastnila jste se někdy semináře na téma poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Ano	x				x	x
Ne		x	x	x		

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 1e: Semináře s tematikou onemocnění štítné žlázy se zúčastnila polovina dotázaných respondentek.

Tabulka 1f: **Máte na svém oddělení k dispozici ošetrovatelský standard se zaměřením na poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Ano						
Ne	x	x	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 1f: Žádná s dotázaných respondentek nemá na svém oddělení k dispozici standard se zaměřením na poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy, protože žádný nebyl dosud vytvořen.

Tabulka 1h: **Ověřujete si zpětnou vazbu s pacientem při poskytování pooperační ošetrovatelské péče?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Ano		x		x		x
Ne	x		x		x	

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 1h: Polovina dotázaných respondentek potvrdila, že si ověřuje zpětnou vazbu s pacientem při poskytování pooperační ošetrovatelské péče.

Výzkumná otázka č. 2: **Jaké intervence sestry provádějí při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy?**

Tabulka 2a: **Je důležité dodržovat intervence při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Ano	x	x	x	x	x	x
Ne						

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 2a: Všech šest dotázaných respondentek potvrdilo, že je důležité dodržovat intervence při poskytování pooperační ošetrovatelské péče.

Tabulka 2b: **Jaké intervence provádíte při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operacích štítné žlázy?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Měření FF	x	x	x	x	x	x
Správná poloha pacienta	x		x	x		x
Kontrola oper. rány	x	x	x	x	x	x
Kontrola fonace	x	x	x	x	x	x
Kontrola odpadů z rány	x	x	x		x	x
Medikace	x	x		x		x
Zajištění intimity	x	x	x	x		x
Sledování pacienta	x		x			x
Zajištění signalizačního zařízení		x		x	x	x
Vedení ošetrov. dokumentace				x	x	

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 2b: Nejčastější odpovědi respondentek bylo měření fyziologických funkcí, kontrola operační rány, fonace, kontrola odpadů z rány a zajištění intimity pacienta.

Tabulka 2c: **Jaké nejčastější dotazy mají pacienti při poskytování pooperační ošetrovatelské péče?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Aplikace analgetik	x	x	x	x	x	x
Příjem tekutin	x			x		x
Pobyt na oddělení	x	x	x	x	x	x
Použití mobilního telefonu	x		x			x
Bolesti hlavy	x		x			
Brnění končetin	x		x			
Dotaz na toaletu		x	x	x	x	x
Vstávání po operaci			x	x	x	x

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 2c: Mezi nejčastější dotazy pacientů po operaci zahrnuly respondenty aplikaci analgetik, pobyt na oddělení a dotaz na toaletu.

Výzkumná otázka č. 3: **Jaké intervence sestry provádějí u nemocných po operaci štítné žlázy v rámci prevence vzniku možných komplikací?**

Tabulka 3a: **Jaká preventivní opatření provádíte před vznikem možných komplikací?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Kontrola op. rány	x	x	x	x	x	x
Kontrola odpadů z rány	x	x	x	x	x	x
Kontrola fonace	x	x	x	x	x	x
Sledování FF	x	x	x	x	x	x
Sledování celkového stavu pacienta	x	x	x	x	x	x
Odběry		x	x	x	x	x
Vedení oš. dokumentace		x		x	x	x

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 3a: Všechny respondenty v rámci prevence před vznikem možných komplikací provádějí kontrolu operační rány a odpadů z rány, kontrolu fonace, sledování celkového stavu pacienta a kontrolu jeho fyziologických funkcí.

Tabulka 3b: **Uvítala byste na svém oddělení manuál se zaměřením na preventivní opatření před vznikem možných komplikací?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Ano	x	x	x	x		x
Ne						
Nevím					x	

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 3b: Většina dotázaných respondentek by uvítala na svém oddělení manuál se zaměřením na preventivní opatření před vznikem možných komplikací

Tabulka 3c: **Uvítala byste na své oddělení manuál se zaměřením na specifické komplikace u nemocných po operaci štítné žlázy?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Ano	x	x	x	x		x
Ne						
Nevím					x	

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 3c: Většina dotázaných respondentek by uvítala na svém oddělení manuál se zaměřením na specifické komplikace u nemocných po operaci štítné žlázy.

Výzkumná otázka č. 4: **Jsou sestry připravené poskytovat intervence při vzniklých komplikacích specifických pro onemocnění štítné žlázy?**

Tabulka 4a: **Jaké specifické komplikace mohou nastat u nemocných po operaci štítné žlázy?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Poruchy fonace	x	x	x	x		x
Poruchy rytmu	x	x	x			
Tyreotoxická krize	x	x	x	x	x	
Krvácení	x	x	x	x	x	x
Nauzea	x		x			x
Zvracení	x		x			x
Pooperační chrapot			x	x		
Brnění končetin		x	x	x	x	x
Hypokalcémie		x				
Laryngospasmus		x			x	

Zdroj: Vlastní výzkum

K otázce 4a: Mezi nejčastější specifické komplikace, které mohou nastat u nemocných po operaci štítné žlázy, respondenty odpověděly krvácení, brnění končetin, tyreotoxickou krizi a poruchy fonace.

Tabulka 4b: **Jaký je váš postup při vzniku komplikací u nemocných po operaci štítné žlázy?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Zajištění pacienta	x	x	x	x		
Zklidnění pacienta	x	x	x	x		
Informovat lékaře	x	x	x	x		
Vzájemná komunikace			x	x	x	
Vzájemná spolupráce			x	x	x	
Pomůcky pro resuscitační péči		x				x

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 4b: Většina dotázaných respondentek volí při vzniku komplikací u nemocných po operaci štítné žlázy tento postup: zajištění pacienta, zklidnění pacienta a informování lékaře.

Tabulka 4c: **Bagatelizujete pacientova sdělení o nepříjemných pocitech a potížích po operaci štítné žlázy?**

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Ano						
Ne	x	x	x	x		x
Občas					x	

Zdroj: Vlastní výzkum

K tabulce 4c: Jen jedna z dotázaných respondentek občas bagatelizuje pacientova sdělení o nepříjemných pocitech a potížích po operaci štítné žlázy.

4.2 Analýza dat kvantitativního výzkumu z dotazníků pro pacienty

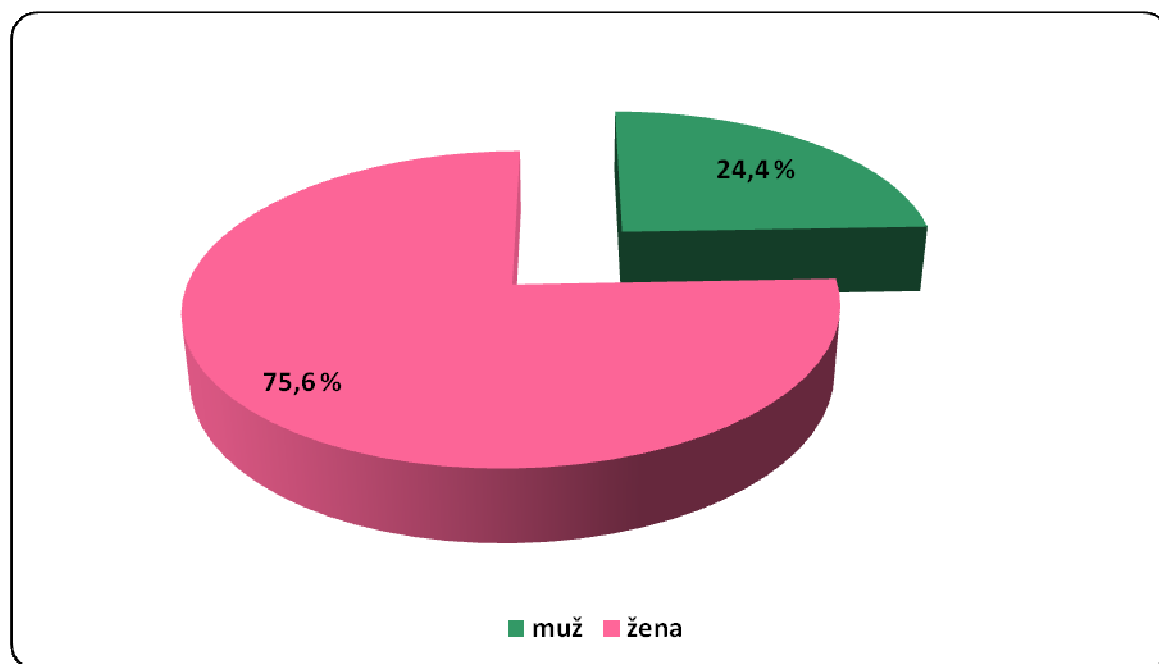
Pro přehlednost byly výsledky z dotazníků zpracovány do tabulek a grafů.

Tabulka 1: Rozdělení pohlaví

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Muž	20	24,4 %
Žena	62	75,6 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1: Rozdělení pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

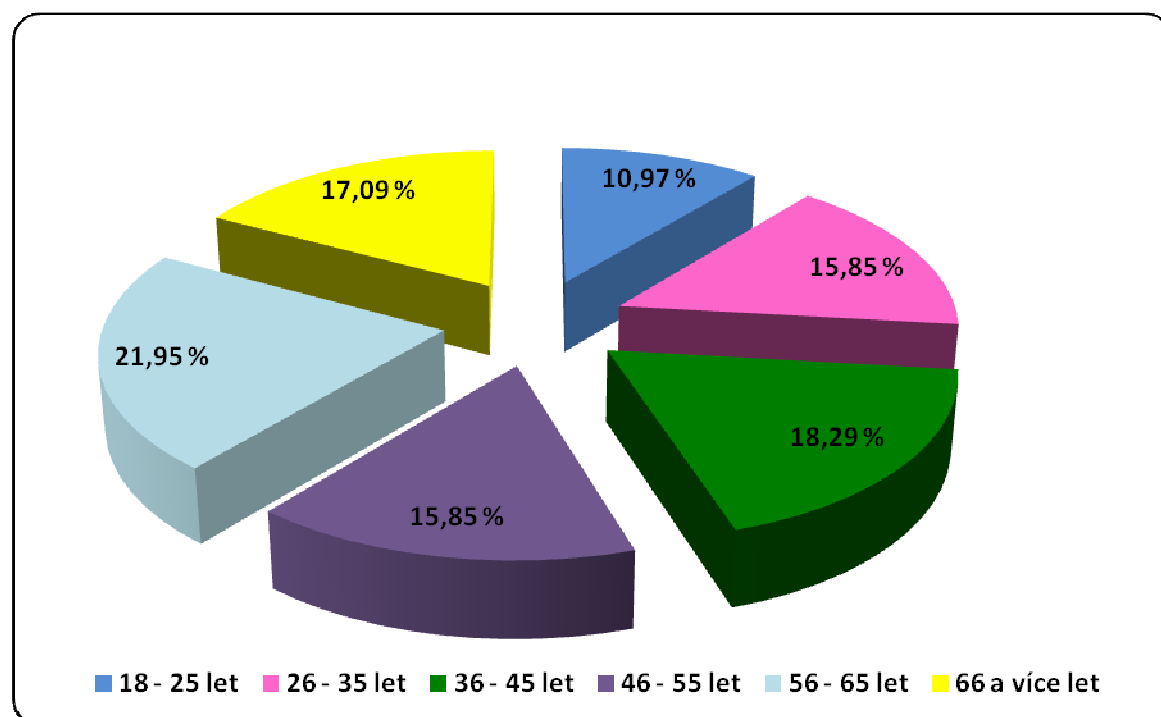
Na otázku č. 1 „Jakého jste pohlaví?“ z 82 respondentů bylo 20 mužů (24,4 %) a 62 žen (75,6 %).

Tabulka 2: Věková kategorie

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
18 – 25 let	9	10,97 %
26 – 35 let	13	15,85 %
36 – 45 let	15	18,29 %
46 – 55 let	13	15,85 %
56 – 65 let	18	21,95 %
66 a více let	14	17,09 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2: Věková kategorie



Zdroj: Vlastní výzkum

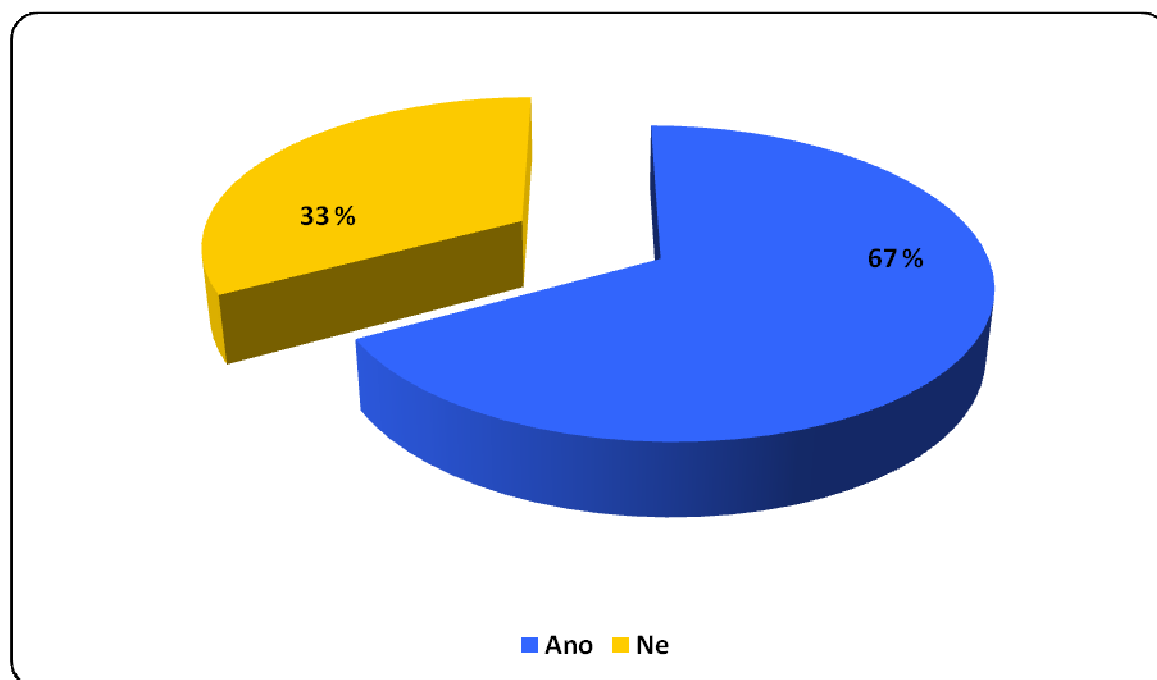
Na otázku č. 2 „ Jaký je váš věk?“ z 82 respondentů bylo 9 ve věku od 18 – 25 let (10,97 %), 13 ve věku od 26 – 35 let (15,85 %), 15 ve věku od 36 – 45 let (18,29 %), 13 ve věku od 46 – 55 let (15,85 %), 18 ve věku od 56 – 65 let (21,95 %) a 14 ve věku nad 66 let (17,09 %).

Tabulka 3: První hospitalizace na jednotce intenzivní péče

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	55	67 %
Ne	27	33 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3: První hospitalizace na jednotce intenzivní péče



Zdroj: Vlastní výzkum

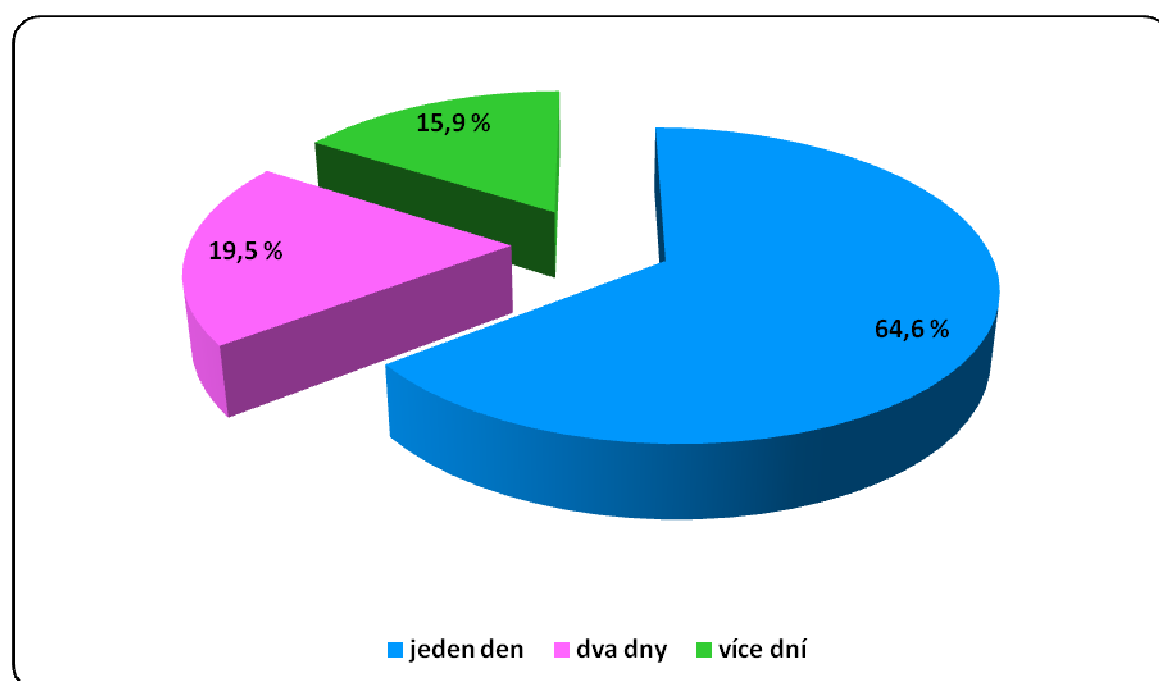
Na otázku č. 3 „Jedná se o Vaši první hospitalizaci na jednotce intenzivní péče?“ z 82 respondentů odpovědělo ano 55 respondentů (67 %) a ne 27 respondentů (33 %).

Tabulka 4: Délka pobytu pacientů na jednotce intenzivní péče po operaci štítné žlázy

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Jeden den	53	64,6 %
Dva dny	16	19,5 %
Více dní	13	15,9 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4: Délka pobytu pacientů na jednotce intenzivní péče po operaci štítné žlázy



Zdroj: Vlastní výzkum

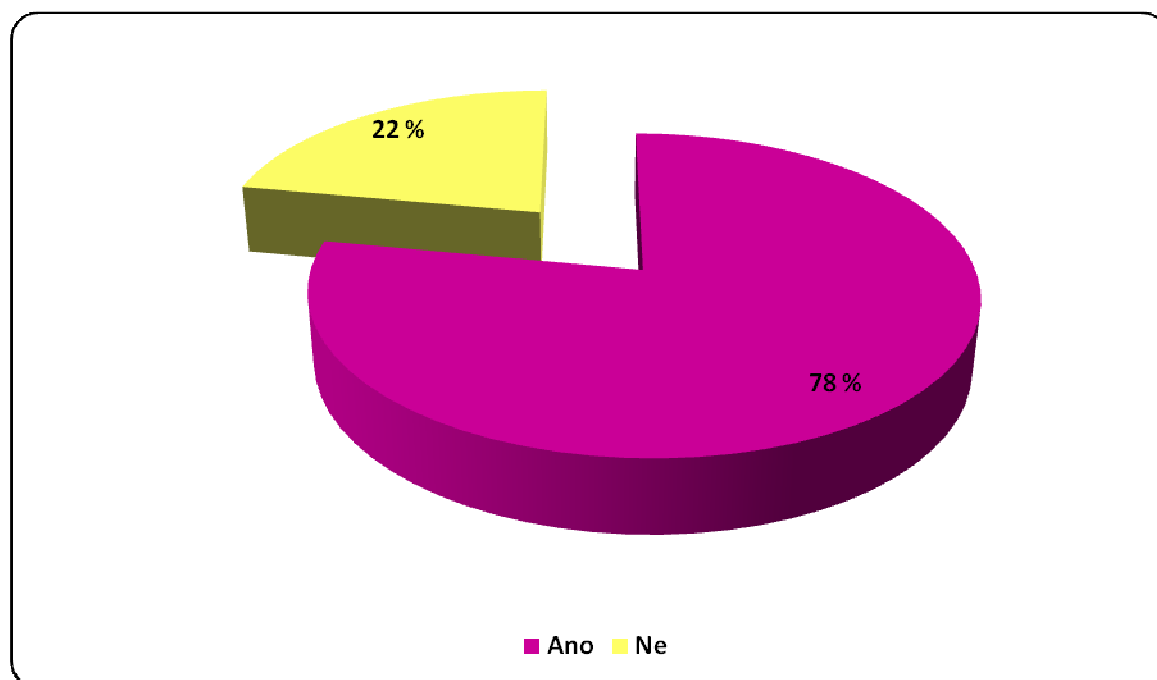
Na otázku č. 4: „Jaká byla délka Vašeho pobytu na jednotce intenzivní péče po operaci štítné žlázy?“ z 82 respondentů odpovědělo 53 respondentů jeden den (64,6 %), 16 respondentů dva dny (19,5 %) a 13 respondentů odpovědělo déle než dva dny (15,9 %).

Tabulka 5: **Informovanost o pooperační hospitalizaci na jednotce intenzivní péče**

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	64	78 %
Ne	18	22 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5: **Informovanost o pooperační hospitalizaci na jednotce intenzivní péče**



Zdroj: Vlastní výzkum

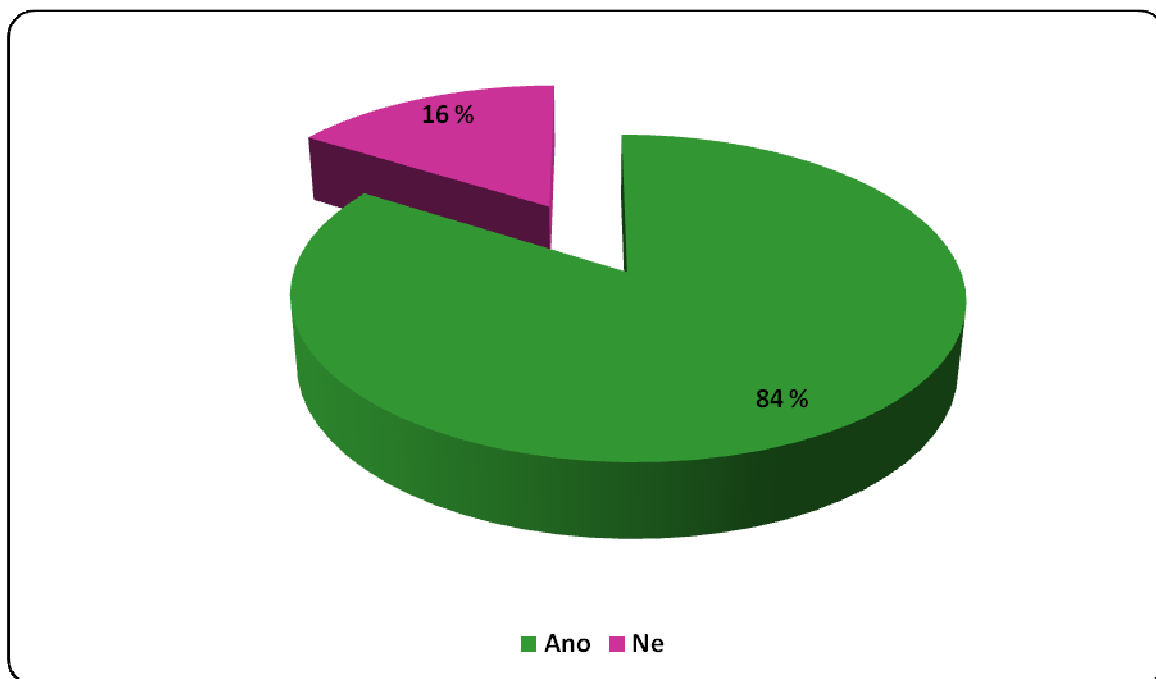
Na otázku č. 5 „Byl/a jste před operačním výkonem ošetřujícím personálem informován/a o pooperační hospitalizaci na jednotce intenzivní péče?“ z 82 respondentů odpovědělo ano 64 respondentů (78 %) a ne 18 respondentů (22 %).

Tabulka 6: Obeznaomenost pacientů se signalizačním zařízením

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	69	84 %
Ne	13	16 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6: Obeznaomenost pacientů se signalizačním zařízením



Zdroj: Vlastní výzkum

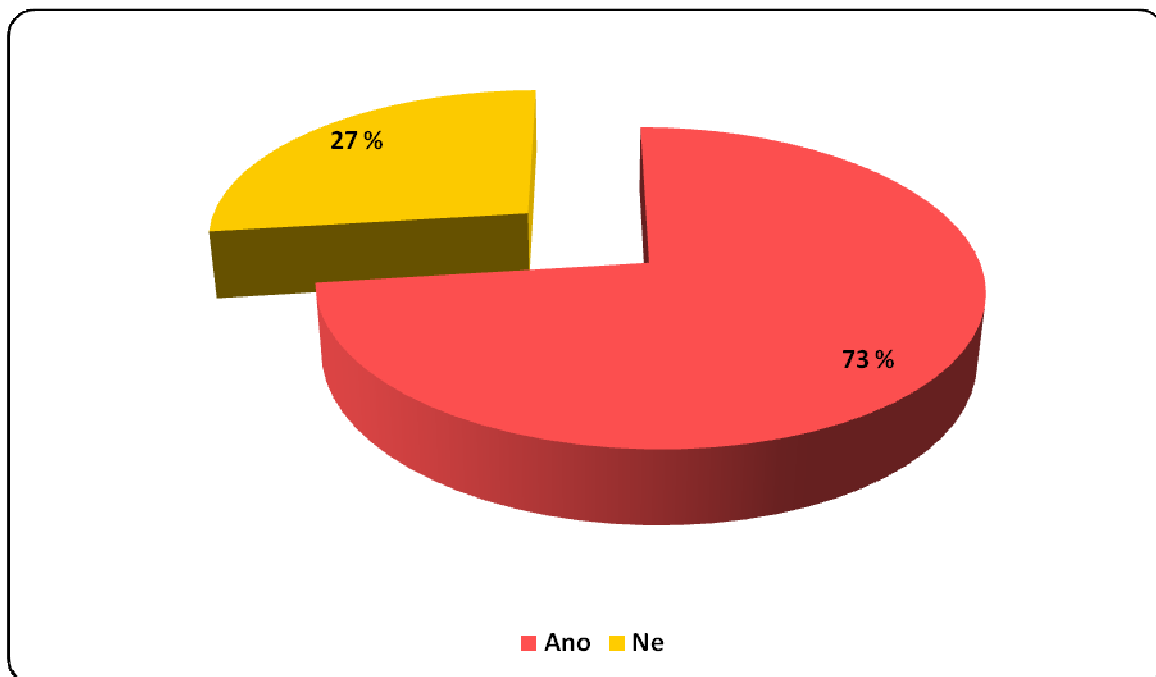
Na otázku č. 6 „Byl/a jste po operačním výkonu ošetřujícím personálem seznámen/a se signalizačním zařízením?“ z 82 respondentů odpovědělo ano 69 respondentů (84 %) a ne 13 respondentů (16 %).

Tabulka 7: **Informovanost pacientů o průběhu pooperační péče**

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	60	73 %
Ne	22	27 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7: **Informovanost pacientů o průběhu pooperační péče**



Zdroj: Vlastní výzkum

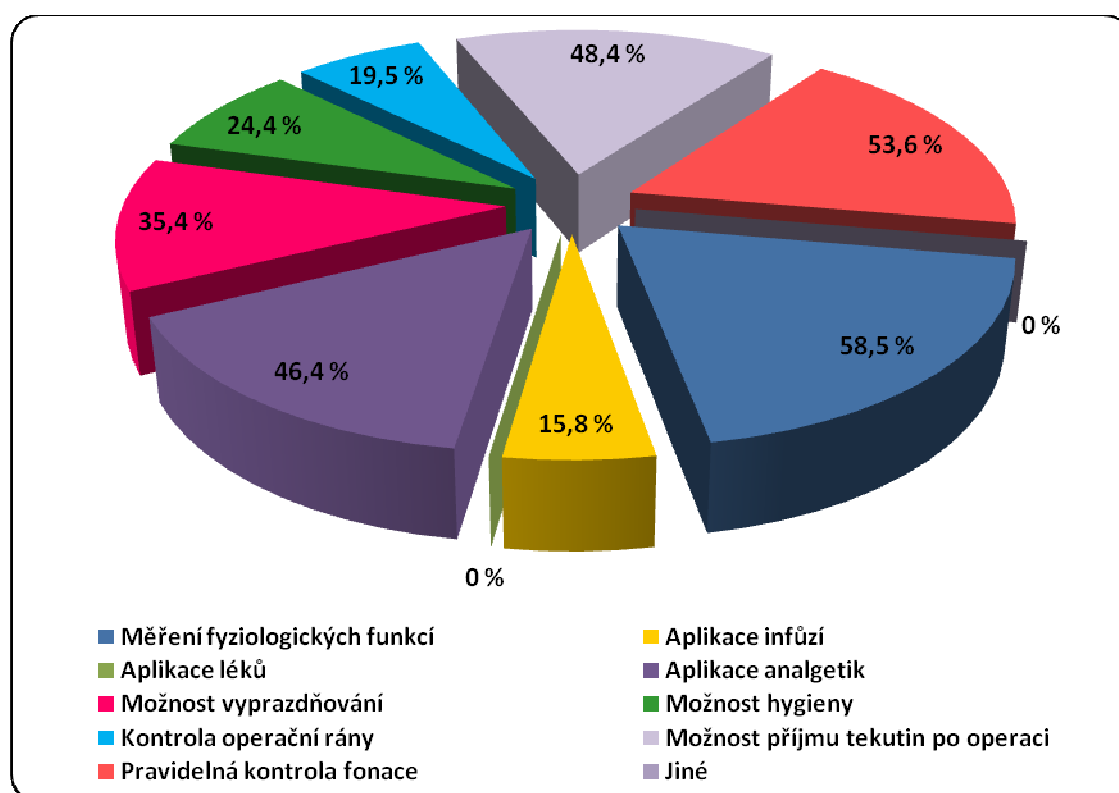
Na otázku č. 7 „Informovala Vás ošetřující sestra o průběhu pooperační ošetřující péče?“ z 82 respondentů odpovědělo ano 60 respondentů (73 %) a ne 22 respondentů (27 %).

Tabulka 8: O čem byli informováni pacienti

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Měření fyziologických funkcí	48	58,5 %
Aplikace infúzí	13	15,8 %
Aplikace léků	0	0 %
Aplikace analgetik	38	46,4 %
Možnost vyprazdňování	29	35,4 %
Možnost hygieny	20	24,4 %
Kontrola operační rány	16	19,5 %
Možnost příjmu tekutin po operaci	40	48,4 %
Pravidelná kontrola fonace (správné mluvení)	44	53,6 %
Jiné	0	0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8: O čem byli informováni pacienti



Zdroj: Vlastní výzkum

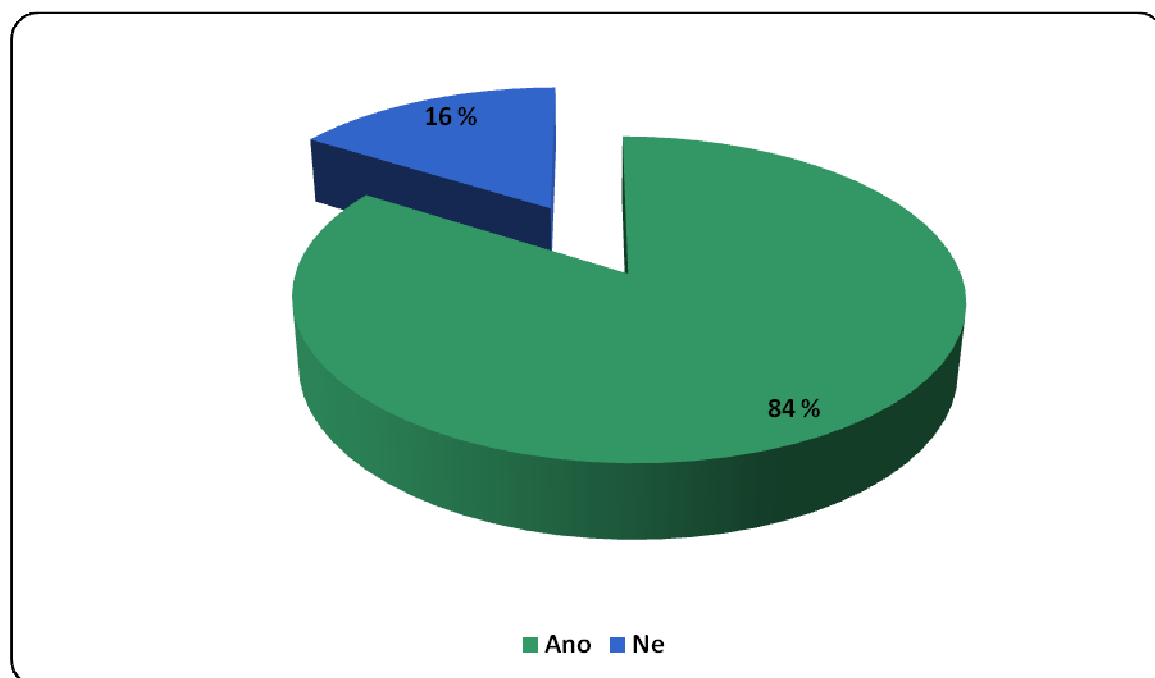
Na otázku č. 8 „, Pokud ano zakroužkujte dané výkony pooperační ošetrovatelské péče (můžete označit více odpovědí)“. Z 82 respondentů označilo měření fyziologických funkcí 48 respondentů (58,5 %), aplikace infúzí označilo 13 respondentů (15,8 %), aplikace léků označilo 0 respondentů (0 %), aplikace analgetik označilo 38 respondentů (46,4 %), možnost vyprazdňování označilo 29 respondentů (35,4 %), možnost hygieny označilo 20 respondentů (24,4 %), kontrola operační rány označilo 16 respondentů (19,5 %), možnost příjmu tekutin po operaci označilo 40 respondentů (48,8 %), pravidelná kontrola fonace to je správné mluvení označilo 44 respondentů (53,6 %) a jiné neoznačil a nedoplnil žádný z respondentů.

Tabulka 9: **Informovanost pacientů o možnostech v případě jejich potíží**

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	69	84 %
Ne	13	16 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9: **Informovanost pacientů o možnostech v případě jejich potíží**



Zdroj: Vlastní výzkum

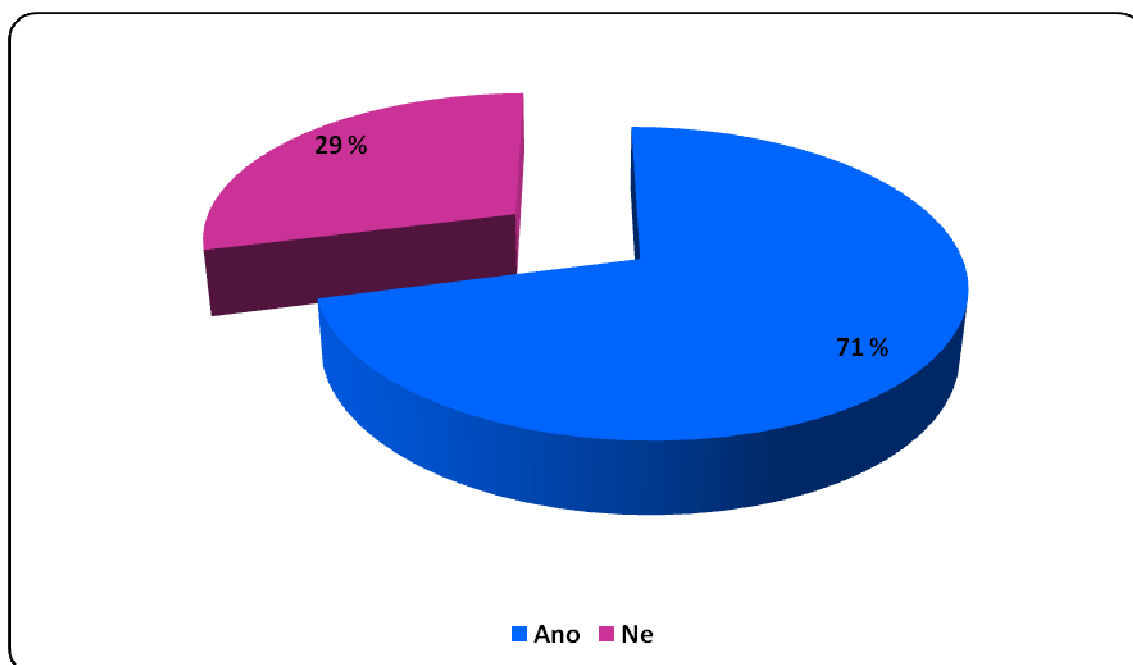
Na otázku č. 9 „Byl/a jste informován/a, že v případě potíží máte ihned informovat ošetřující personál?“ z 82 respondentů odpovědělo ano 69 respondentů (84 %) a ne 13 respondentů (16 %).

Tabulka 10: **Informovanost pacientů o možnosti vzniku komplikací v bezprostřední pooperační péči**

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	58	71 %
Ne	24	29 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10: **Informovanost pacientů o možnosti vzniku komplikací v bezprostřední pooperační péči**



Zdroj: Vlastní výzkum

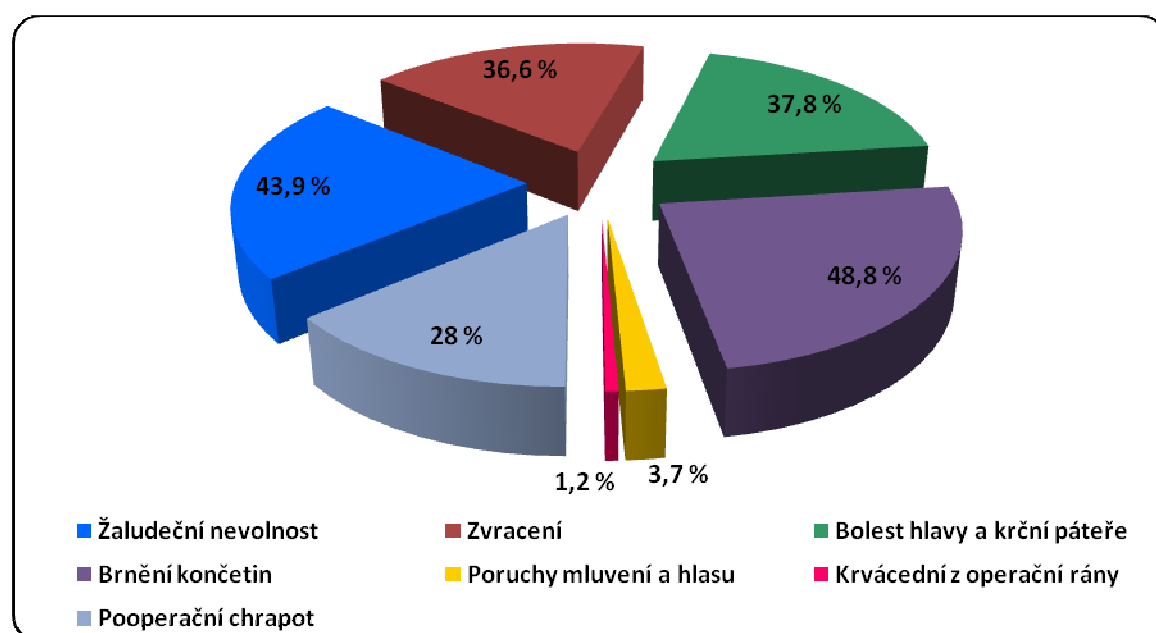
Na otázku č. 10: „Byl/a jste seznámen/a ošetřujícím personálem o možnosti vzniku komplikací v bezprostřední pooperační péči?“ z 82 respondentů odpovědělo ano 58 respondentů (71 %) a ne 24 respondentů (29 %).

Tabulka 11: O jakých možnostech byli pacienti informováni

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Žaludeční nevolnost	36	43,9 %
Zvracení	30	36,6 %
Bolest hlavy a krční páteře	31	37,8 %
Brnění končetin	40	48,8 %
Poruchy mluvení a hlasu	3	3,7 %
Krvácení z operační rány	1	1,2 %
Pooperační chrapot	23	28 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11: O jakých možnostech byli pacienti informováni



Zdroj: Vlastní výzkum

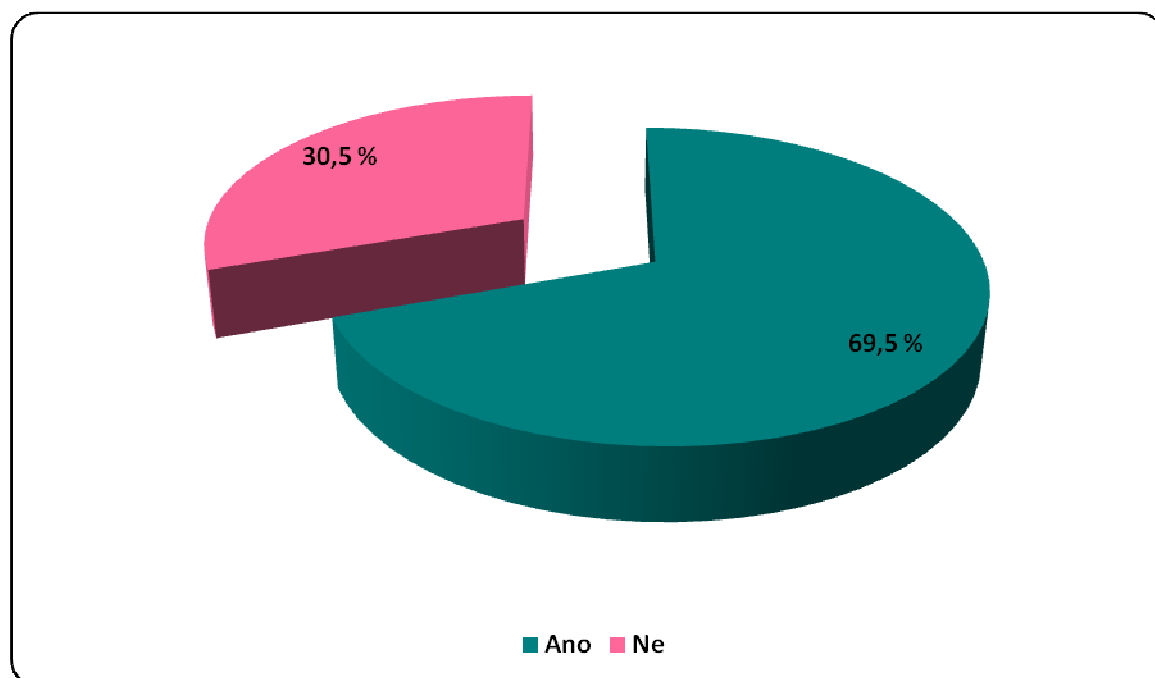
Na otázku č. 11 „, Pokud ano, zakroužkujte jaké možnosti“ z 82 respondentů označilo žaludeční nevolnost 36 respondentů (43,9 %), zvracení 30 respondentů (36,6 %), bolest hlavy a krční páteře 31 respondentů (37,8 %), brnění končetin 40 respondentů (48,8 %), poruchy mluvení a hlasu označili 3 respondenti (3,7%), krvácení z operační rány označil 1 respondent (1,2 %) a pooperační chrapot označilo 23 respondentů (28 %).

Tabulka 12: Některá z komplikací v bezprostřední pooperační péči

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	57	69,5 %
Ne	25	30,5 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12: Některá z komplikací v bezprostřední pooperační péči



Zdroj: Vlastní výzkum

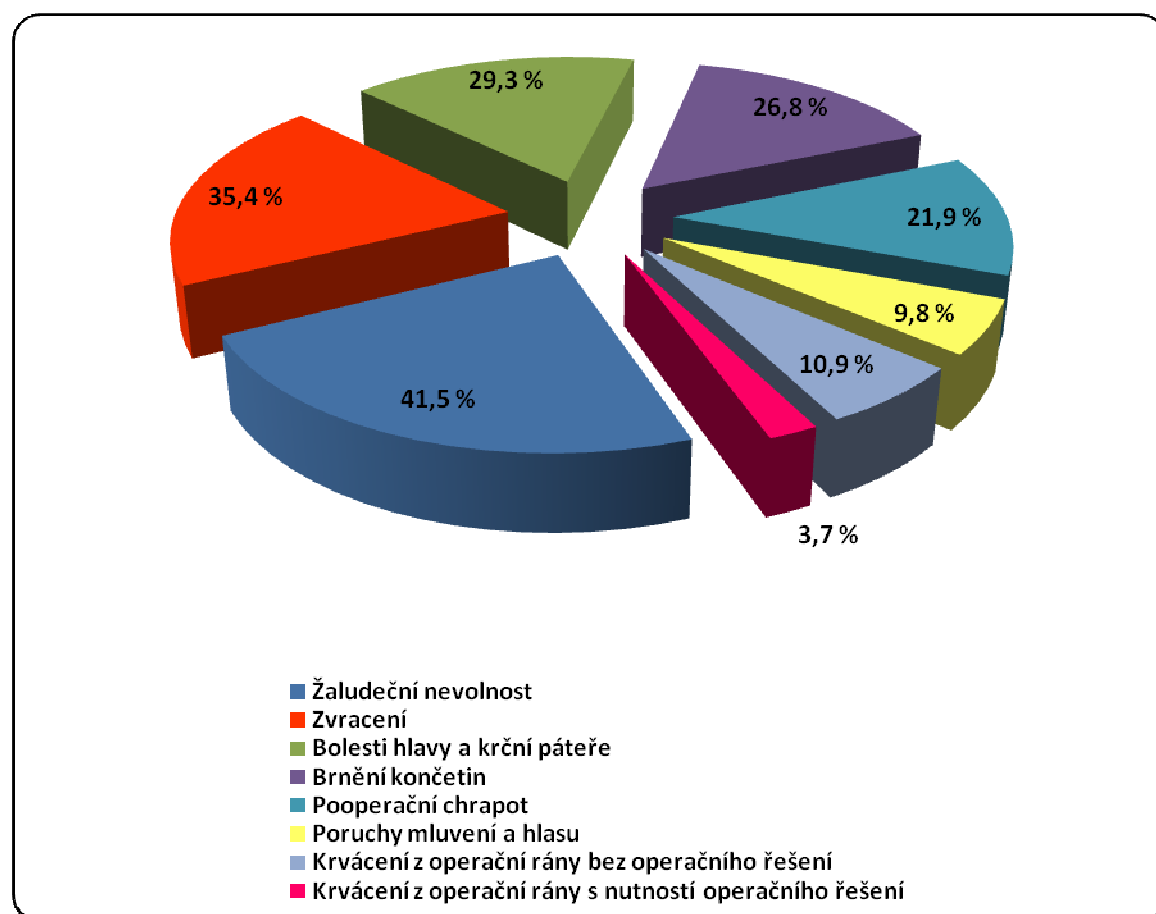
Na otázku č. 12: „Měl/a jste v bezprostřední pooperační péči některou z těchto komplikací?“ z 82 respondentů odpovědělo ano 57 respondentů (69,5 %) a ne 25 respondentů (30,5 %).

Tabulka 13: Komplikace u pacientů

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Žaludeční nevolnost	34	41,5 %
Zvracení	29	35,4 %
Bolest hlavy a krční páteře	24	29,3 %
Brnění končetin	22	26,8 %
Pooperační chrapot	18	21,9 %
Poruchy mluvení a hlasu	8	9,8 %
Krvácení z operační rány bez operačního řešení	9	10,9 %
Krvácení z operační rány s nutností operačního řešení	3	3,7 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13: Komplikace u pacientů



Zdroj: Vlastní výzkum

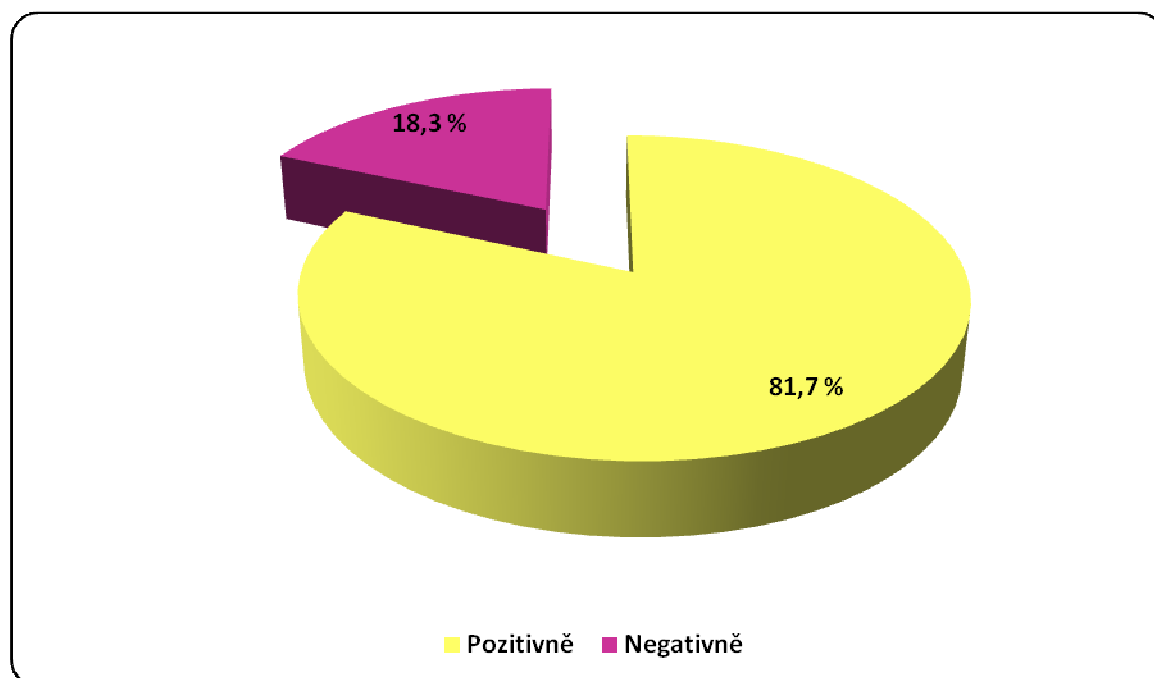
Na otázku č. 13 „, Pokud ano, zakroužkujte o jakou komplikaci se jednalo (můžete označit více odpovědí)“ z 82 respondentů označilo 34 respondentů žaludeční nevolnost (41,5 %), 29 respondentů zvracení (35,4 %), 24 respondentů bolest hlavy a krční páteře (29,3 %), 22 respondentů brnění končetin (26,8 %), 18 respondentů pooperační chrapot (21,9 %), 8 respondentů poruchy mluvení a hlasu (9,8 %), 9 respondentů krvácení z operační rány bez nutnosti operačního řešení (10,9 %) a 3 respondenti označili krvácení z operační rány s nutností operačního řešení (3,7 %).

Tabulka 14: **Hodnocení přístupu ošetřujícího personálu k pacientům**

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Pozitivně	67	81,7 %
Negativně	15	18,3 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 14: **Hodnocení přístupu ošetřujícího personálu k pacientům**



Zdroj: Vlastní výzkum

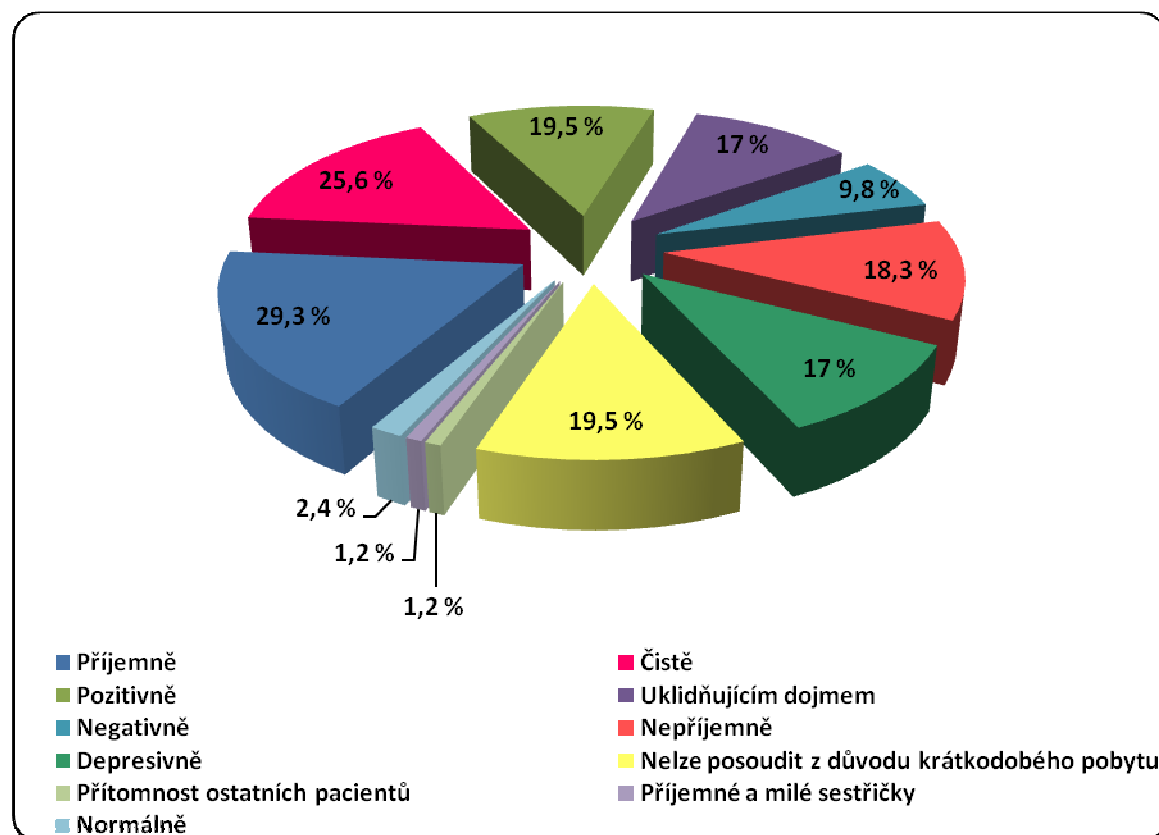
Na otázku č. 14 „ Jak hodnotíte celkový přístup ošetřujícího personálu k Vám v bezprostřední pooperační péči?“ z 82 respondentů odpovědělo pozitivně 67 respondentů (81,7 %) a negativně odpovědělo 15 respondentů (18,3 %).

Tabulka 15: Vnímání prostředí na jednotce intenzivní péče

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Příjemně	24	29,3 %
Čistě	21	25,6 %
Pozitivně	16	19,5 %
Uklidňujícím dojmem	14	17 %
Negativně	8	9,8 %
Nepříjemně	15	18,3 %
Depresivně	14	17 %
Nelze posoudit z důvodu krátkodobého pobytu	16	19,5 %
Přítomnost ostatních pac.	1	1,2 %
Příjemné a milé sestřičky	1	1,2 %
Normálně	2	2,4 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 15: Vnímání prostředí na jednotce intenzivní péče



Zdroj: Vlastní výzkum

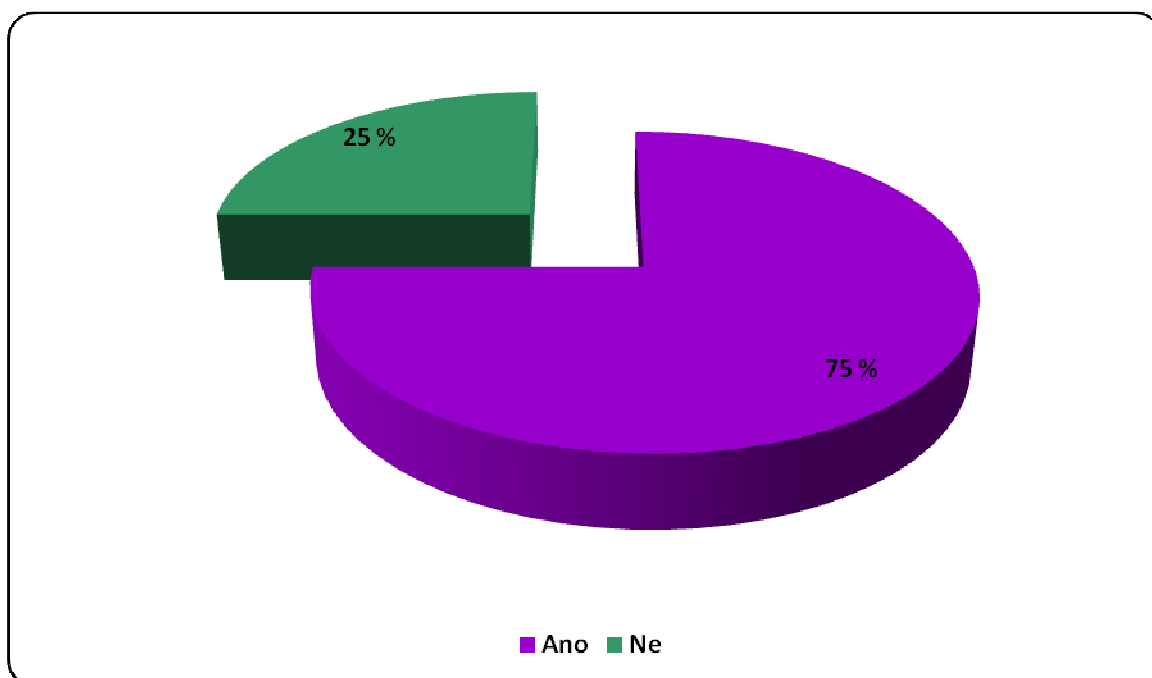
Na otázku č. 15: „Jak jste vnímal/a prostředí na jednotce intenzivní péče (můžete označit více odpovědí)?“ z 82 respondentů označilo 24 respondentů příjemně (29,3 %), 21 respondentů označilo čistě (25,6 %), 16 respondentů označilo pozitivně (19,5 %), 14 respondentů označilo uklidňujícím dojmem (17 %), 8 respondentů označilo negativně (9,8 %), 15 respondentů označilo nepříjemně (18,3 %), 14 respondentů označilo depresivně (17 %), 16 respondentů označilo nelze posoudit z důvodu krátkodobého pobytu (19,5 %), 1 respondent označil jiné a to z důvodu ostatních pacientů (1,2 %), 1 respondent označil jako důvod příjemné a milé sestřičky (1,2 %) a 2 respondenti označili normálně (2,4 %).

Tabulka 16: Spokojenost pacientů s komunikací ošetřujícího personálu

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	62	75 %
Ne	20	25 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16: Spokojenost pacientů s komunikací ošetřujícího personálu



Zdroj: Vlastní výzkum

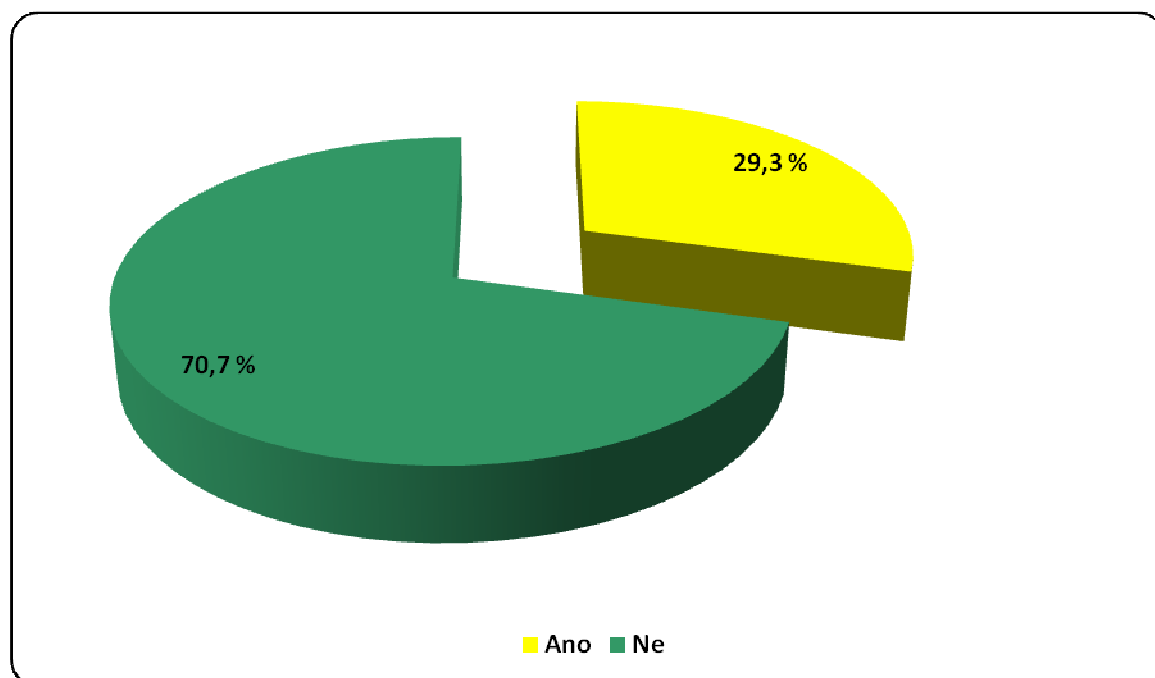
Na otázku č. 16 „Byl/a jste spokojen/a s komunikací mezi Vámi a ošetřujícím personálem? Z 82 respondentů odpovědělo 62 ano (75 %) a 20 odpovědělo ne (25 %).

Tabulka 17: **Chování ošetřujícího personálu**

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	24	29,3 %
Ne	58	70,7 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17: **Chování ošetřujícího personálu**



Zdroj: Vlastní výzkum

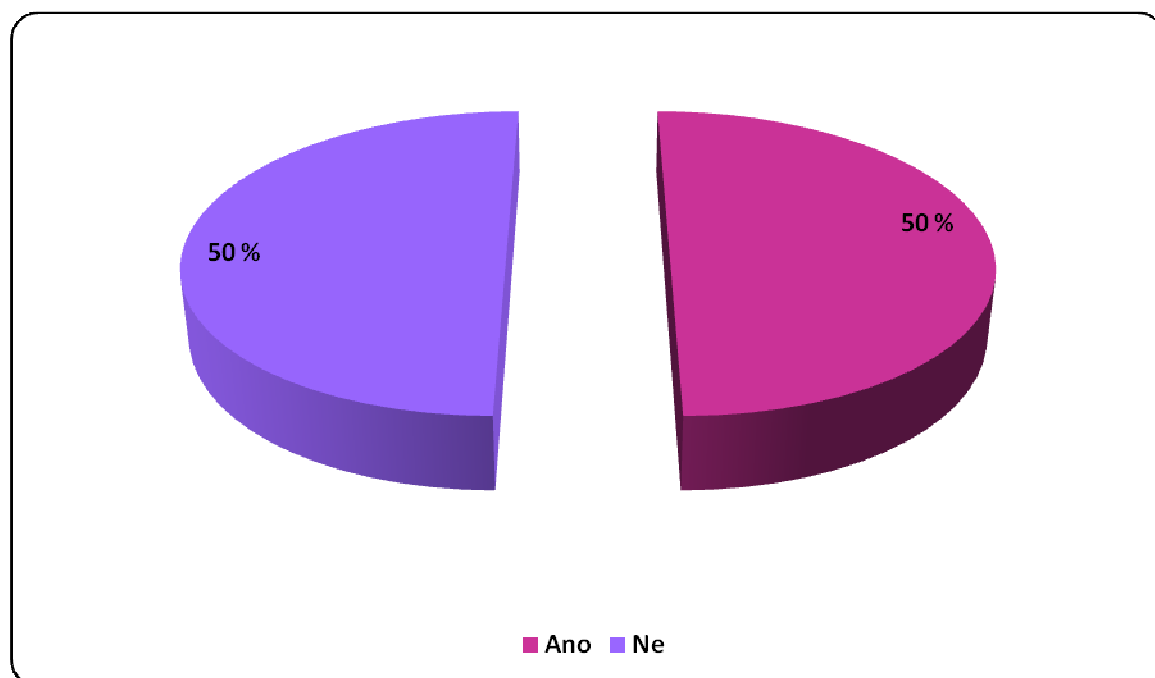
Na otázku č. 17 „Hovořil před Vámi ošetřující personál tak, jako byste nebyl/a přítomen/a (například o druhých pacientech, událostech na daném oddělení, své rodině, svých zdravotních potížích)?“ z 82 respondentů odpovědělo 24 respondentů ano (29,3 %) a 58 respondentů odpovědělo ne (70,7 %).

Tabulka 18: Zajištění intimity při osobní hygieně pacientů

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	41	50 %
Ne	41	50 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18: Zajištění intimity při osobní hygieně pacientů



Zdroj: Vlastní výzkum

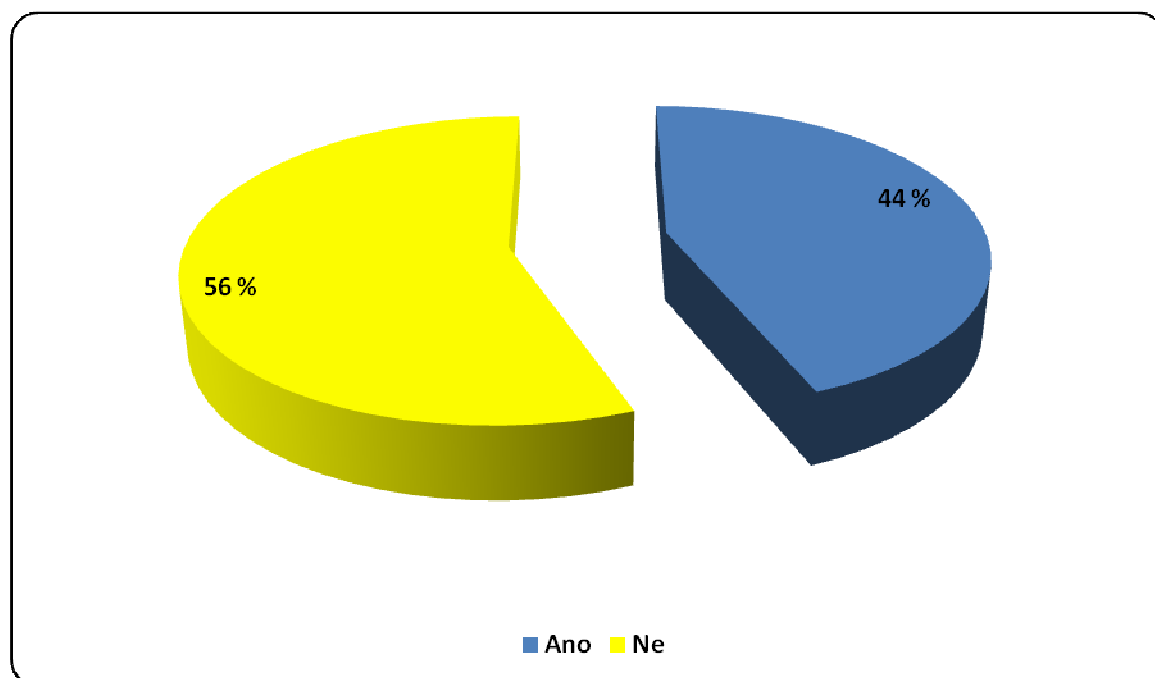
Na otázku č. 18 „Byl/a jste spokojen/a se zajištěním intimity (plenty, závěsy) při osobní hygieně?“ z 82 respondentů odpovědělo 41 respondentů ano (50 %) a 41 respondentů odpovědělo ne (50 %).

Tabulka 19: Zajištění intimity pacientů při vyprazdňování

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	36	44 %
Ne	46	56 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19: Zajištění intimity pacientů při vyprazdňování



Zdroj: Vlastní výzkum

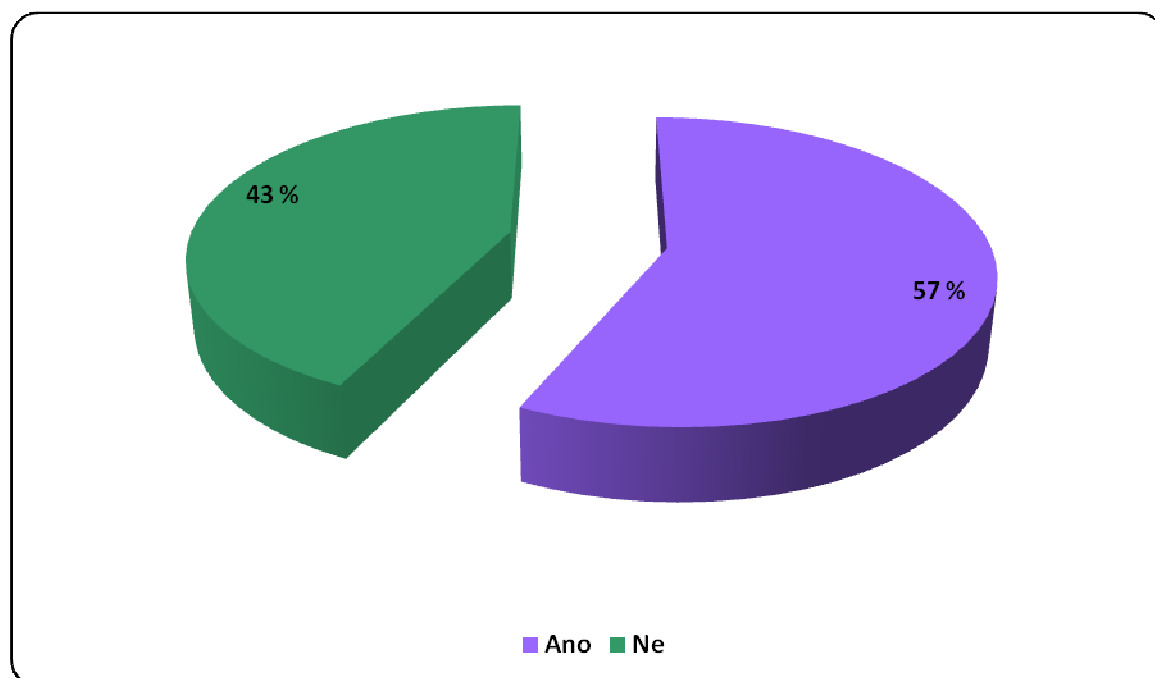
Na otázku č. 19 „Byl/a jste spokojen/a se zajištěním intimity (plenty, závěsy) při vyprazdňování?“ z 82 respondentů odpovědělo 36 respondentů ano (44 %) a 46 respondentů odpovědělo ne (56 %).

Tabulka 20: **Kvalita spánku**

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	47	57 %
Ne	35	43 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 20: **Kvalita spánku**



Zdroj: Vlastní výzkum

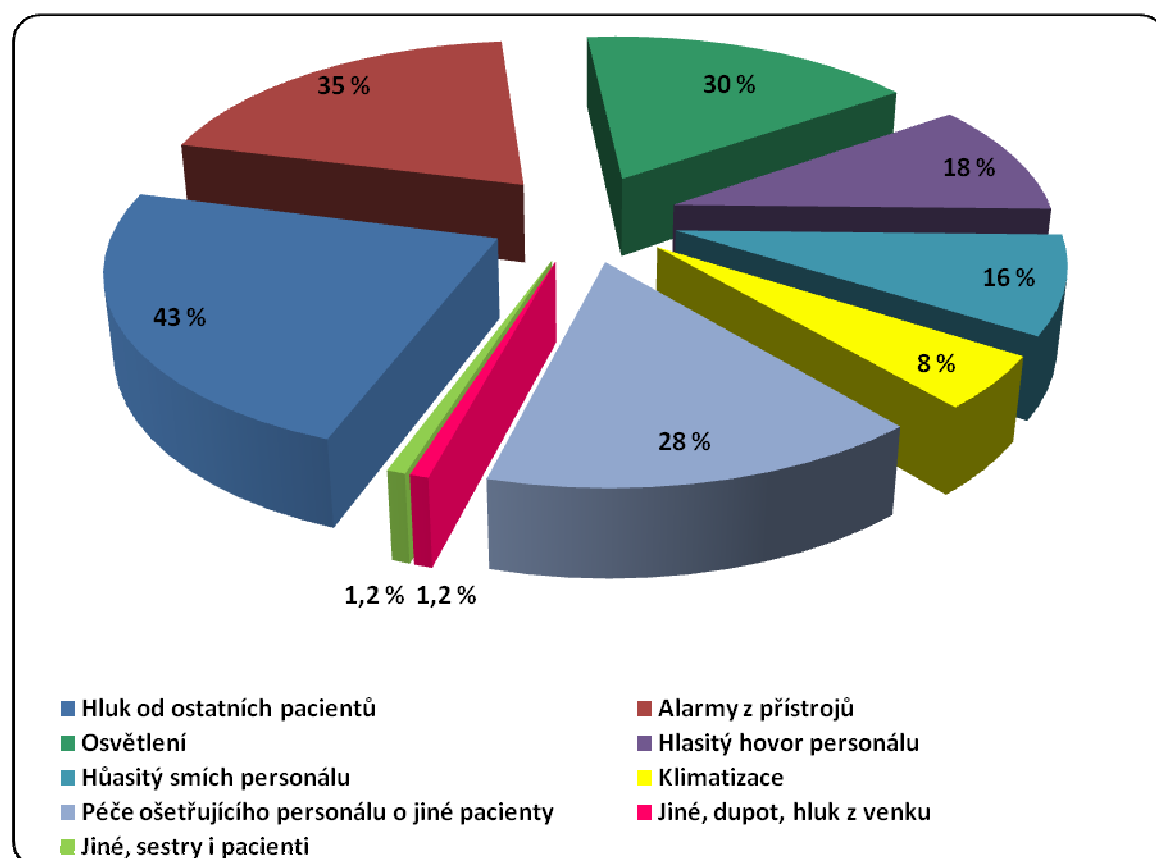
Na otázku č. 20 „Byl/a jste v době spánku něčím rušen/a?“ z 82 respondentů odpovědělo 47 respondentů ano (57 %) a 35 respondentů odpovědělo ne (43 %).

Tabulka 21: Příčiny rušení spánku

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Hluk od ostatních pacientů	35	43 %
Alarmy z přístrojů	29	35 %
Osvětlení	25	30 %
Hlasitý hovor personálu	15	18 %
Hlasitý smích personálu	13	16 %
Klimatizace	7	8 %
Péče ošetřujícího personálu o jiné pacienty	23	28 %
Jiné dupot, hluk z venku	1	1,2 %
Jiné sestry i pacienti	1	1,2 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 21: Příčiny rušení spánku



Zdroj: Vlastní výzkum

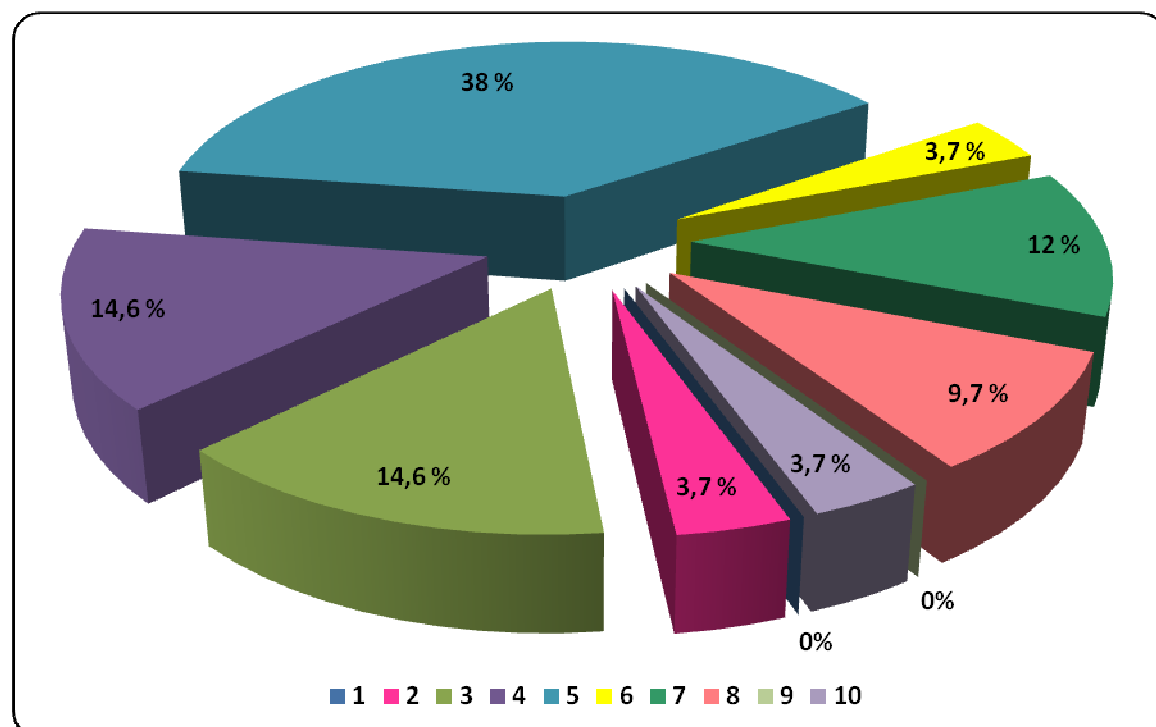
Na otázku č. 21 „Pokud ano, co bylo příčinou (můžete označit více odpovědí)?“ z 82 respondentů 35 označilo hluk od ostatních pacientů (43 %), 29 respondentů označilo alarmy z přístrojů (35 %), 25 respondentů označilo osvětlení (30 %), 15 respondentů označilo hlasitý hovor personálu (18 %), 13 respondentů označilo hlasitý smích ošetřujícího personálu (16 %), 7 respondentů označilo klimatizaci (8 %), 23 respondentů označilo péči ošetřujícího personálu o jiné pacienty (28 %), 1 respondent označil jiné, dupot, hluk z venku (1,2 %) a 1 respondent označil jiné, sestry i pacienty (1,2 %).

Tabulka 22: Hodnocení bolesti pacienty dle Vizuální analogové škály

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
1 – žádná bolest	0	0 %
2	3	3,7 %
3	12	14,6 %
4	12	14,6 %
5	31	38 %
6	3	3,7 %
7	10	12 %
8	8	9,7 %
9	0	0 %
10 – nesnesitelná bolest	3	3,7 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 22: Hodnocení bolesti pacienty dle Vizuální analogové škály



Zdroj: Vlastní výzkum

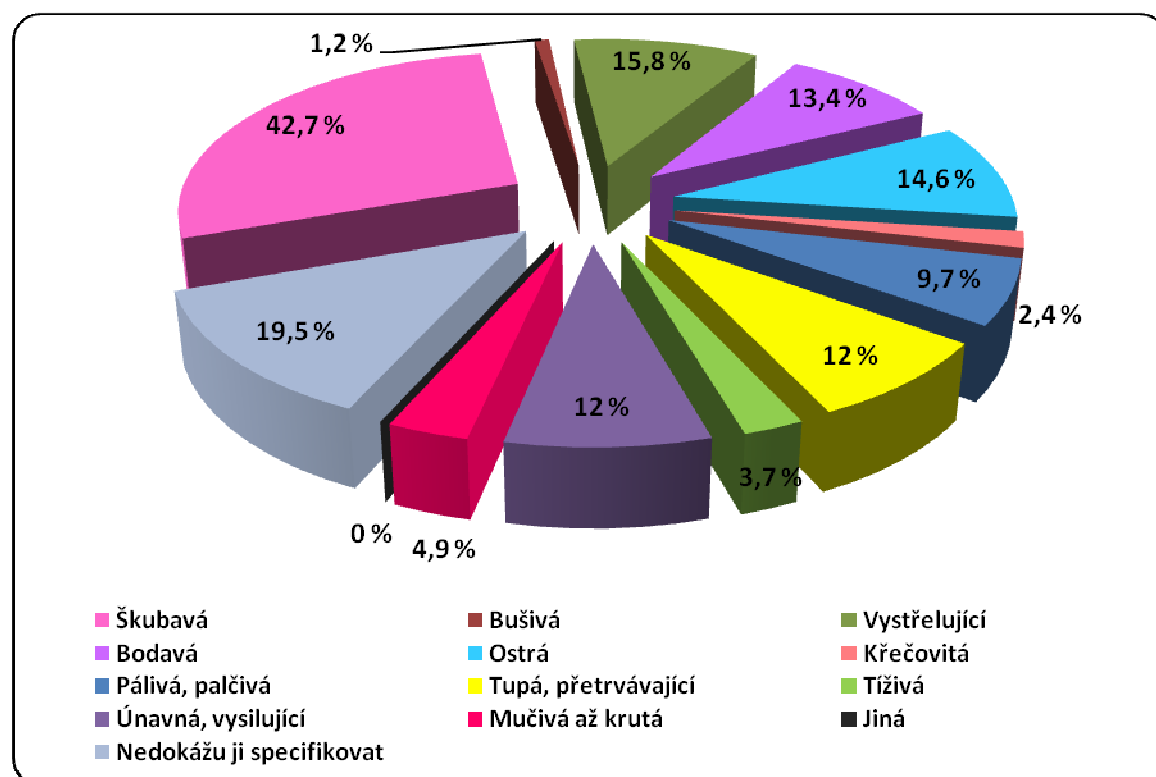
Na otázku č. 22 „Zhodnoťte zakroužkováním od 1 do 10 míru bolesti v bezprostřední pooperační péči podle takzvané Vizuální analogové škály (VAS).“ Z 82 respondentů neoznačil svou bolest číslem 1 žádný respondent (0 %), číslem 2 označili svou bolest 3 respondenti (3,7 %), číslem 3 označilo svou bolest 12 respondentů (14,6 %), číslem 4 označilo svou bolest 12 respondentů (14,6 %), číslem 5 označilo svou bolest 31 respondentů (38 %), číslem 6 označili svou bolest 3 respondenti (3,7 %), číslem 7 označilo svou bolest 10 respondentů (12 %), číslem 8 označilo svou bolest 8 respondentů (9,7 %), číslem 9 neoznačil svou bolest žádný respondent (0 %) a číslem 10 označili svou bolest 3 respondenti (3,7 %).

Tabulka 23: Určení typu bolesti

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Škubavá	35	42,7 %
Bušivá	1	1,2 %
Vystřelující	13	15,8 %
Bodavá	11	13,4 %
Ostrá	12	14,6 %
Křečovitá	2	2,4 %
Pálivá, palčivá	8	9,7 %
Tupá, přetrvávající	10	12 %
Tíživá	3	3,7 %
Únavná, vysilující	10	12 %
Mučivá až krutá	4	4,9 %
Jiná...	0	0 %
Nedokážu ji specifikovat	16	19,5 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 23: Určení typu bolesti



Zdroj: Vlastní výzkum

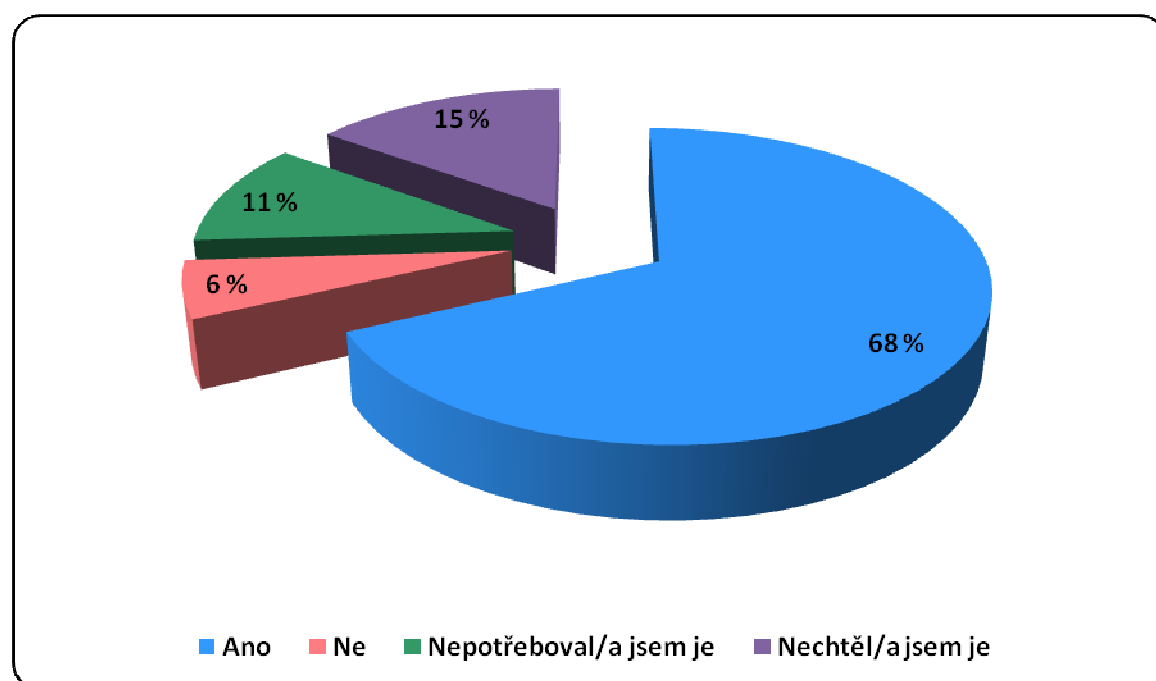
Na otázku č. 23 „Určete typ bolesti v bezprostřední pooperační péči (můžete označit více odpovědí).“ z 82 respondentů označilo 35 respondentů svou bolest jako šubavá (42,7 %), 1 respondent označil svou bolest jako bušivá (1,2 %), 13 respondentů označilo svou bolest jako vystřelující (15,8 %), 11 respondentů označilo svou bolest jako bodavá (13,4 %), 12 respondentů označilo svou bolest jako ostrá (14,6 %), 2 respondenti označili svou bolest jako křečovitá (2,4 %), 8 respondentů označilo svou bolest jako pálivá, palčivá (9,7 %), 10 respondentů označilo svou bolest jako tupá, přetrvávající (12 %), 3 respondenti označili svou bolest jako tíživá (3,7 %), 10 respondentů označilo svou bolest jako únavná, vysilující (12 %), 4 respondenti označili svou bolest jako mučivá, až krutá (4,9 %), žádný respondent neoznačil možnost jiná (0 %) a 16 respondentů nedokázalo svou bolest specifikovat (19,5 %).

Tabulka 24: Pravidelnost aplikace analgetik

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	56	68 %
Ne	5	6 %
Nepotřeboval/a jsem je	9	11 %
Nechtěl/a jsem je	12	15 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 24: Pravidelnost aplikace analgetik



Zdroj: Vlastní výzkum

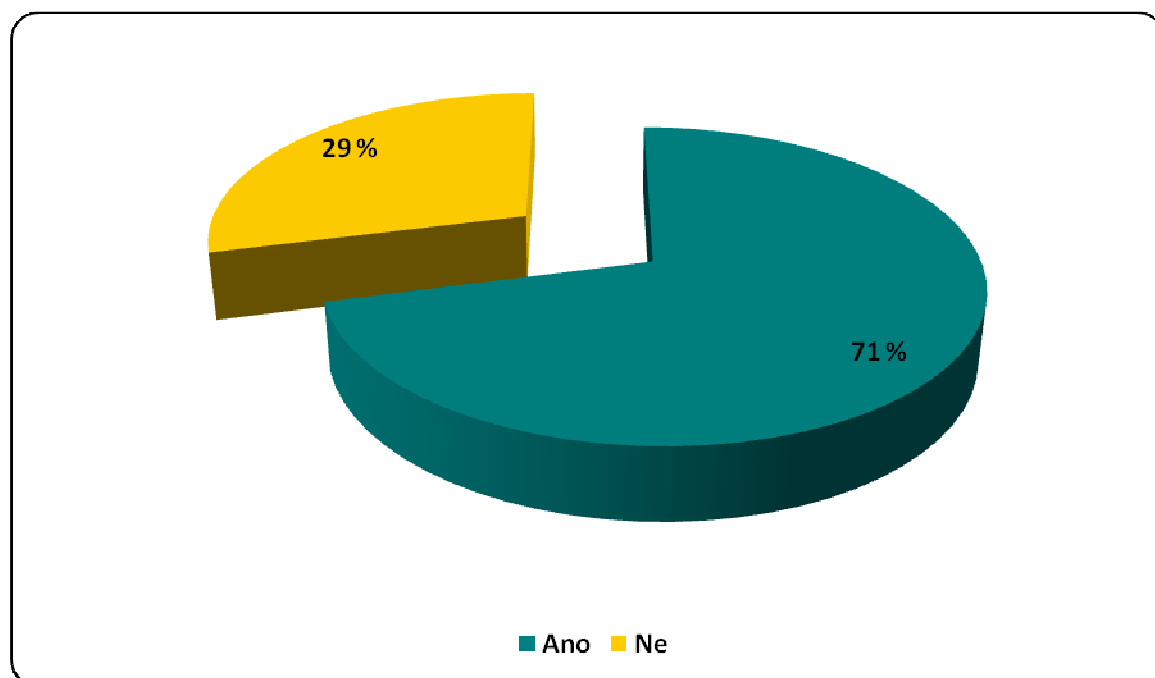
Na otázku č. 24 „Byla Vám pravidelně aplikována analgetika?“ z 82 respondentů odpovědělo 56 respondentů ano (68 %), 5 respondentů odpovědělo ne (6 %), 9 respondentů odpovědělo nepotřeboval/a jsem je (11 %) a 12 respondentů odpovědělo nechtěl/a jsem je (15 %).

Tabulka 25: Informovanost pacientů o průběhu operačního výkonu

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	58	71 %
Ne	24	29 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 25: Informovanost pacientů o průběhu operačního výkonu



Zdroj: Vlastní výzkum

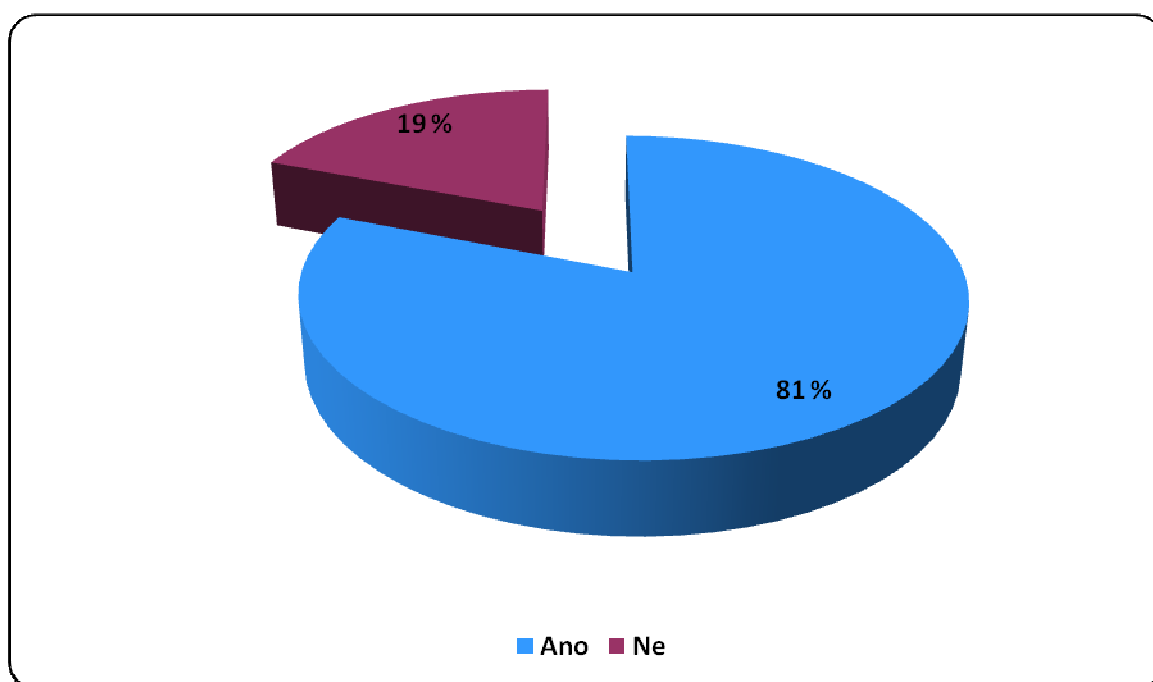
Na otázku 25 „Informoval Vás ošetřující lékař o průběhu operačního výkonu?“ z 82 respondentů odpovědělo 58 respondentů ano (71 %) a 24 respondentů odpovědělo ne (29 %).

Tabulka 26: Informovanost pacientů o průběhu léčení po propuštění z jednotky intenzivní péče

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	66	81 %
Ne	16	19 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 26: Informovanost pacientů o průběhu léčení po propuštění z jednotky intenzivní péče



Zdroj: Vlastní výzkum

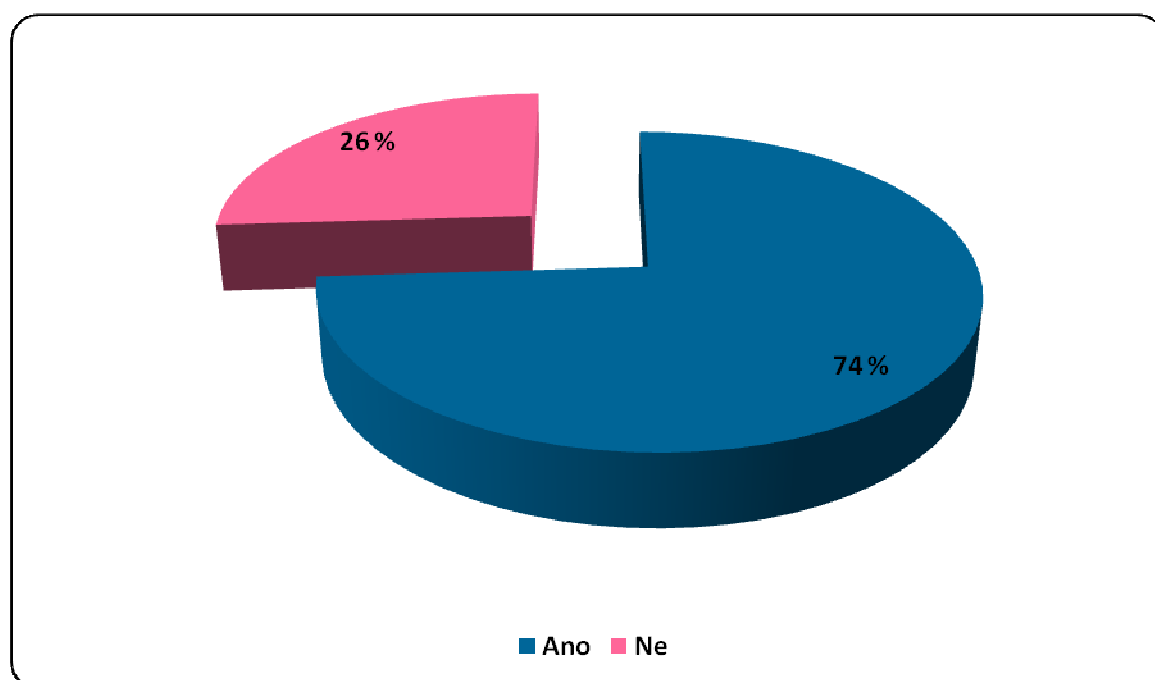
Na otázku č. 26 „Byl/a jste před propuštěním z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení informován/a ošetřujícím personálem o dalším průběhu léčení a následné ošetrovatelské péči?“ z 82 respondentů odpovědělo 66 respondentů ano (81 %) a 16 respondentů odpovědělo ne (19 %).

Tabulka 27: Spokojenost pacientů s informovaností o pooperační ošetrovatelské péči

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	61	74 %
Ne	21	26 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 27: Spokojenost pacientů s informovaností o pooperační ošetrovatelské péči



Zdroj: Vlastní výzkum

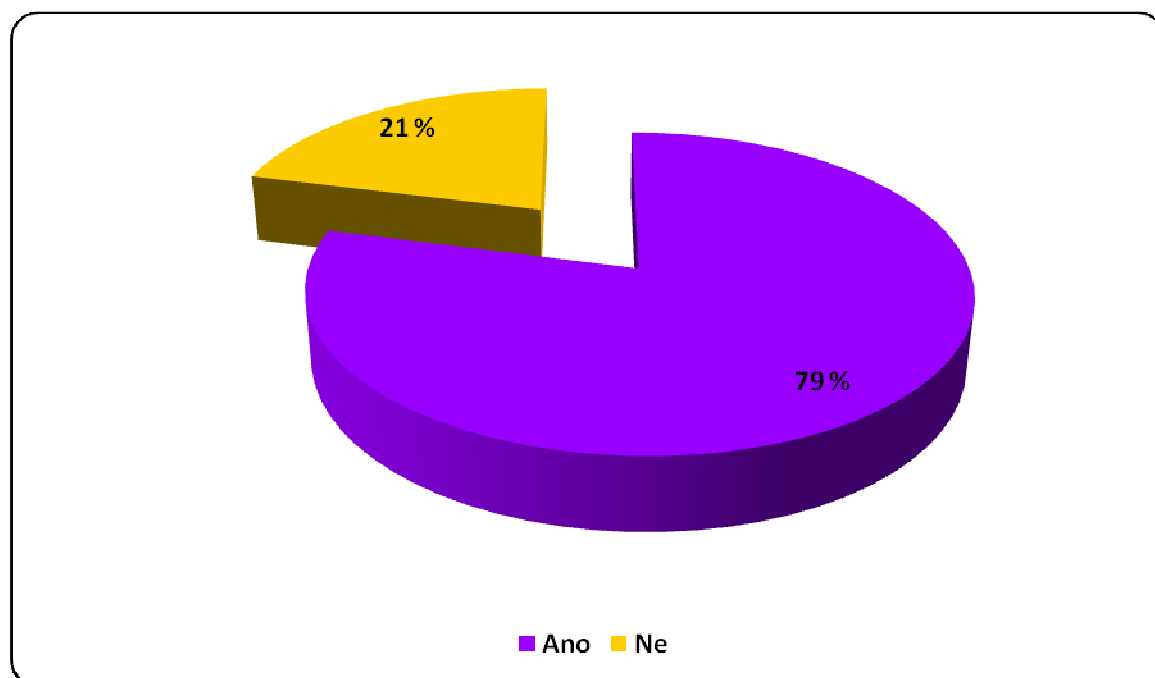
Na otázku č. 27 „Byl/a jste spokojen/a s informacemi o pooperační ošetrovatelské péči?“ z 82 respondentů odpovědělo 61 respondentů ano (74 %) a 21 respondentů odpovědělo ne (26 %).

Tabulka 28: Spokojenost pacientů s pooperační ošetrovatelskou péčí

	Počet respondentů (celkem 82)	Relativní četnost
Ano	65	79 %
Ne	17	21 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 28: Spokojenost pacientů s pooperační ošetrovatelskou péčí



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 28 „Byl/a jste spokojen/a s pooperační ošetrovatelskou péčí?“ z 82 respondentů odpovědělo 65 respondentů ano (79 %) a 17 respondentů odpovědělo ne (21 %).

Bod 29: V rámci zkvalitnění pooperační ošetrovatelské péče a spokojenosti pacientů mohli respondenti dopsat připomínky, náměty a nápady.

- ✓ Prostředí působilo depresivně, smutně. Nevím úplně přesně, co by přispělo ke změně, možná je to tím, že je to nemocnice. Co například jiná výmalba, více informací v průběhu ošetrovatelské péče?
- ✓ Více sester na oddělení.
- ✓ Rozhodně lidštější přístup, milejší jednání, profesionálnější chování.
- ✓ Více informací v českém jazyce by bylo prima, doktorský žargon mně vážně nebere, neustálé dožadování o překlad.
- ✓ Sestřičky byly velmi příjemné a profesionální.
- ✓ Na oddělení je krásný personál s úsměvem na rtech.
- ✓ Pani staniční Magda je neprofesionální a nepříjemná hloupá BABA (říká to moje žena a ta má vždy pravdu.)

5. DISKUZE

Cílem bakalářské práce v první výzkumné části bylo zjistit či zmapovat, jaké intervence sestry provádějí při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy v bezprostředním pooperačním období a zda vědomě používají intervence v rámci prevence vzniku možných specifických komplikací u těchto nemocných. V druhé výzkumné části jsem se zabývala spokojeností pacientů po operaci štítné žlázy v bezprostředním pooperačním období. Dotazováni byli pacienti po operaci štítné žlázy po přeložení z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení a sestry, které pracují na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení v rámci Jihočeského kraje.

Výsledky z anketního lístku kvalitativního výzkumu jsou zaměřeny pouze na identifikační údaje sester pracujících na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení. Z grafu 1 vyplývá, že rozhovor byl poskytován pouze s ošetřujícím personálem ženského pohlaví v celkovém počtu 6 (100 %).

Věkovou kategorii dotázaných respondentek sleduje graf 2, z něhož vyplývá, že rozhovor poskytly 3 respondenty (50 %) ve věku do 25 let, 2 respondenty (33,3 %) ve věku 26 - 35 let a jedna respondentka (16,7 %) ve věku 36 - 45 let. Jiné věkové kategorie nebyly zastoupeny.

Z grafu 3 je patrné, jaké bylo nejvyšší dosažené vzdělání dotázaných respondentek. 1 z respondentek (16,7 %) uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, 2 respondenty (33,3 %) uvedly ke svému dosavadnímu středoškolskému vzdělání ještě pomaturitní specializaci, další 2 respondenty (33,3 %) uvedly jako nejvyšší dosavadní vzdělání vyšší odborné zakončené absolutoriem. Poslední z dotázaných respondentek (16,7 %) uvedla, že její dosavadní vzdělání je vysokoškolské zakončené titulem bakalář.

Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, tzv. registraci sleduje graf 4. Polovina dotázaných respondentek (50 %) vlastní osvědčení k výkonu zdravotnického povolání a druhá polovina respondentek (50 %) nemá prozatím toto osvědčení.

Z grafu 5 vyplývá, jaká je délka odborné praxe ve zdravotnictví u dotázaných respondentek. U 2 respondentek (33,3 %) je celková délka odborné praxe ve zdravotnictví do 1 roku, u 1 z respondentek (16,7 %) 2 - 3 roky. U dalších 2 respondentek (33,3 %) je celková délka praxe 11 - 15 let (33,3 %) a u poslední respondentky je délka praxe ve zdravotnictví 16 - 20 let (16,7 %).

Na tento graf navazuje graf 6, který zobrazuje délku jejich odborné praxe na jednotce intenzivní péče. 2 respondentky (33,3 %) uvedly, že jejich délka odborné praxe na jednotce intenzivní péče je do 1 roku, 1 z respondentek (16,7 %) 2 - 3 roky. Další 2 respondentky (33,3 %) uvedly, že jejich dosavadní praxe na jednotce intenzivní péče činí 4 - 5 let a u poslední z respondentek (16,7 %) je délka odborné praxe na jednotce intenzivní péče 6 - 10 let.

Graf 7 znázorňuje pracovní zařazení dotázaných respondentek. Na jednotce intenzivní péče pracuje 1 z respondentek (16,7 %) jako všeobecná sestra, 2 respondentky (16,7 %) jako sestry specialistky pro intenzivní péče. Další 2 respondentky (33,3 %) mají na svém oddělení pracovní zařazení jako diplomovaný specialista a poslední z dotázaných respondentek (16,7 %) pracuje na jednotce intenzivní péče jako sestra bakalář.

Po vyhodnocení všech anketních lístků jsme se dohodly s dotázanými respondentkami na termínu našeho rozhovoru. Pro rozhovor byly stanoveny 4 výzkumné otázky s podotázkami. Pro přehlednost a srozumitelnost byly rozhovory se sestrami zpracovány do jednotlivých kazuistik a tabulek. Výzkumné otázky směřovaly na problematiku poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy.

V prvním okruhu výzkumné otázky č. 1 všechny respondentky odpověděly, že štítná žláza je důležitým orgánem pro náš organismus s vlivem na látkovou přeměnu v organismu a vlivem na správný vývoj jedince, včetně růstu a inteligence (tabulka 1a, 1b). Toto ostatně potvrzuje i Stárka (32), který uvádí, že štítná žláza společně s hormony, které vytváří, se podílí i na správném využití jódu pro náš organismus, aby následně nedocházelo k nemocem z nedostatku jódu. I Zamrazil (42) uvádí, že štítná žláza je důležitá i v souvislosti s imunitním systémem a vytvářením protilátek. Vliv na imunitu a využití jódu pro naše tělo odpověděly 3 z dotázaných respondentek. Pojem

intervence chápaly všechny respondentky správně, každá z nich, ale odpověděla svým způsobem (tabulka 1c). I Trachtová (34) ve své publikaci uvádí, že pojem intervence v rámci poskytování ošetrovatelské péče je uskutečnění naplánovaných činností za účelem uspokojit základní potřeby pacienta v souvislosti s ošetrovatelským procesem. Na otázku, zda je pro dotázané respondentky ošetrovatelská péče u nemocných po operaci štítné žlázy náročnější než u nemocných s jinými diagnózami odpověděly, že každé onemocnění má svá specifika, průběh a možné komplikace. Proto náročnost při poskytování této ošetrovatelské péče vidí většina respondentek (tabulka 1d).

Dalším bodem, který nás při rozhovoru zajímal, byl, zda se respondentky zúčastnily semináře s tematikou onemocnění štítné žlázy nebo poskytování ošetrovatelské péče u těchto nemocných. Polovina respondentek odpověděla, že se již zúčastnila semináře, dvě dotázané respondentky neměly dosud příležitost z důvodu nepořádání těchto seminářů, ale velmi zarazující je, že jedna z dotázaných respondentek odpověděla, že semináře s tematikou onemocnění štítné žlázy se dosud nezúčastnila z důvodu nezájmu o danou problematiku. Podle dotázané respondentky jsou zajímavější semináře. Není na nás, abychom respondentku soudili, ale klademe si otázku, jak respondentka může poskytovat adekvátní ošetrovatelskou péči u nemocných po operaci štítné žlázy, když ji tato problematika nezajímá (tabulka 1e).

Velmi negativním výsledkem bylo zjištění, že u žádné z dotázaných respondentek není na oddělení k dispozici ošetrovatelský standard se zaměřením na poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy (tabulka 1f). Podle mého názoru vytvoření ošetrovatelského standardu by bylo přínosem pro všechny, kteří poskytují a hlavně chtějí poskytovat adekvátní ošetrovatelskou péči a uspokojovat tím primární i sekundární potřeby každého pacienta, hospitalizovaného na daném oddělení. To potvrzuje i Šamánková (33), která uvádí, že nedílnou součástí ošetrovatelského procesu jsou ošetrovatelské intervence, které při správné realizaci vedou k blahobytu pacienta a předcházení možných komplikací.

Součástí výzkumného šetření bylo, zda si respondentky při poskytování pooperační ošetrovatelské péče ověřují zpětnou vazbu s pacientem (tabulka 1h). Polovina dotázaných respondentek si zpětnou vazbu s pacientem ověřuje tím, že se ho

vždy zeptá, zda všemu rozumí nebo zda potřebuje něco zopakovat. Druhá polovina respondentek si zpětnou vazbu neověřuje. V dnešní době je kladen důraz na komunikaci i zpětné vazbě s pacientem. Venglářová (36) uvádí ve své publikaci, že komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, není jednoduché, ale komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem a ověřování si zpětné vazby má nesmírný význam a pozitivní dopad na celkovou spokojenost pacientů v daném období, včetně minimalizování jejich stresových reakcí.

V druhém okruhu výzkumné otázky jsme se zaměřily na intervence ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy. Na otázku, zda pro dotázané respondenty je důležité dodržovat intervence při poskytování ošetrovatelské péče u těchto nemocných, všechny shodně odpověděly, že ano (tabulka 2a). Proto nás velmi zajímalo, jaké dané intervence sestry provádějí při poskytování pooperační péče u těchto nemocných. Velmi pozitivním výsledkem bylo zjištění, že většina dotázaných sester se zaměřila na sledování celkového stavu pacienta a jeho fyziologických funkcí, kontrolu operační rány, odpadů z rány, kontrolu správné fonace, která je velmi důležitá v pooperačním období. Příjemně nás překvapilo, že respondenty nezapomínají ani na zajištění signalizačního zařízení a zajištění intimity u nemocných po operaci štítné žlázy (tabulka 2b). Trachtová (34) uvádí, že každý člověk má určité nároky na intimitu, diskrétnost, respektování studu před ostatními a z hlediska etického i morálního bychom měly tyto nároky naplňovat. Naopak zarážející je, že pouze dvě respondenty uvedly, že při poskytování adekvátní ošetrovatelské péče je důležité i vedení ošetrovatelské dokumentace.

Na nejčastějších dotazech, které mají pacienti v pooperačním období, se dotázané respondenty jednotně shodly (tabulka 2c). To ostatně potvrzuje i Juřeníková (18), která uvádí, že nedílnou součástí ošetrovatelské péče je zodpovídat pacientovy dotazy, věnovat nemocnému maximální pozornost v předoperačním i pooperačním období, podávat dostatek vhodných informací, tak, aby jim pacient porozuměl a využívat techniky zpětné vazby.

Ve třetím okruhu výzkumné otázky jsme se zaměřily na intervence ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy v rámci prevence vzniku

možných komplikací. Před vznikem možných komplikací všechny dotázané respondentky provádějí ošetrovatelské intervence stejně (tabulka 3a). Podle dostupné literatury se ošetrovatelskými intervencemi u nemocných po operaci štítné žlázy zabývají Juřeníková (18) a Kubicová (22). Obě autorky uvádějí, že mezi preventivní opatření patří především kontrola operační rány, kontrola odpadů z rány, kontrola správné fonace, sledování fyziologických funkcí a celkového zdravotního stavu nemocného, pravidelné odběry, uložení pacienta do správné polohy po operaci a vedení ošetrovatelské dokumentace. Proto je velmi pozitivním výsledkem našeho zkoumání, že dotázané respondentky tyto ošetrovatelské intervence provádějí, aby tak předešly vzniku možných komplikací.

Z daného výzkumného šetření nás také překvapilo, že většina dotázaných respondentek by uvítala na svém oddělení manuál se zaměřením na preventivní opatření před vznikem možných komplikací a manuál se zaměřením na specifické komplikace u nemocných po operaci štítné žlázy, ať už z důvodu včasější a kvalitnější ošetrovatelské péče nebo z důvodu časové vytíženosti péčí o jiné pacienty na daném oddělení a nemožnosti věnovat se mladším a méně zkušeným kolegyním (tabulka 3b a 3c).

Ve čtvrtém okruhu výzkumné otázky jsme se zaměřily na připravenost respondentek poskytovat intervence při vzniklých komplikacích specifických pro onemocnění štítné žlázy. Všechny dotázané respondentky jsou si vědomy specifických komplikací, které mohou nastat u nemocných po operaci štítné žlázy. Bylo velmi překvapivé, že většina dotázaných respondentek je seznámena s možností vzniku tyreotoxické krize, která při neposkytnutí adekvátní první pomoci může skončit smrtí pacienta. Dvořák (10) uvádí, že každý nemocný má právo znát možné negativní důsledky operačního výkonu, které podstupuje, ale jen na ošetřujícím personálu záleží, jakou komplexní péči nemocnému poskytne a zda včasně a správným způsobem zareaguje na vzniklou situaci a případné komplikace. To potvrzuje i Kubicová (22), která ve své publikaci uvádí, že u nemocných po operaci štítné žlázy by na každém oddělení měli být v pohotovosti pomůcky pro resuscitační péči a pomůcky pro zahájení adekvátní první pomoci. Respondentky mezi další specifické komplikace u nemocných po operaci štítné žlázy zařadily poruchy fonace, poruchy rytmu, pooperační chrapot,

krvácení apod. (tabulka 4a). Markalous (25) ve své publikaci uvádí, že komplikace po operacích štítné žlázy opravdu existují.

Z výzkumného šetření jsme zjistily, že většina dotázaných respondentek má znalosti, jak postupovat při řešení vzniku komplikací u nemocných po operaci štítné žlázy a umí je adekvátně a včas využít (tabulka 4b). To uvádí i Kubicová (22), že při řešení komplikací specifických u nemocných po operaci štítné žlázy nesmíme nikdy zapomínat na psychickou podporu pacienta a vzájemnou spolupráci mezi všemi členy ošetrovatelského týmu.

Příjemně nás překvapilo, že 5 respondentek nebagatelizuje pacientova sdělení o nepříjemných pocitech a potížích po operaci štítné žlázy. Jen jedna z dotázaných respondentek je bagatelizuje občas z důvodu pracovní vytíženosti v péči o náročnější pacienty (tabulka 4c).

Z výše uvedených poznatků kvalitativní části výzkumu vyplývá, že sestry pracující na chirurgickém oddělení vědomě provádějí ošetrovatelské intervence v rámci ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy, v rámci prevence vzniku možných komplikací a jsou připravené poskytovat intervence při vzniklých komplikacích specifických pro onemocnění štítné žlázy. Všechny stanovené výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Výsledky z dotazníkového šetření kvantitativního výzkumu jsou diskutovány výběrem z uzavřených, otevřených a polouzavřených otázek. Z uvedených výsledků vyplývá, že z celkového počtu 82 nemocných po operaci štítné žlázy bylo 20 mužů (24,4 %) a 62 žen (75,6 %), jak je patrné z grafu 1. Údaje se shodují s Markalousem (25), který uvádí, že ženy onemocní častěji než muži.

Věkovou kategorii hospitalizovaných respondentů sleduje graf 2. Z tohoto grafu vyplývá, že onemocněním štítné žlázy s následným operačním výkonem jsou postiženy všechny věkové kategorie naší populace. Pacienti ve věku 18 - 25 let byli zastoupeni počtem 9 (10,97 %), pacienti ve věku 26 - 35 let počtem 13 (15,85 %), pacienti ve věku 36 - 45 let počtem 15 (18,29 %), pacienti ve věku 46 - 55 let byli stejně zastoupeni jako druhá věková kategorie, tj. počtem 13 (15,89 %). Nejvíce hospitalizovaných pacientů na jednotce intenzivní péče po operaci štítné žlázy bylo ve věku 56 - 65 let počtem 18

(21,95 %). Poslední věkovou kategorii tvořili pacienti ve věku 66 a více let, 14 (17,09 %). Tyto údaje se též shodují s Markalousem (25), který uvádí, že největší počet nemocných po operaci štítné žlázy je středního a vyššího věku. To potvrzuje i Dvořák (10), který uvádí, že operační výkony na štítné žláze nejsou vzácné i přes pokroky v diagnostice a konzervativní léčbě těchto nemocí.

Z výsledků v grafu 3 je patrné, že 55 respondentů (67 %) bylo na jednotce intenzivní péče hospitalizováno poprvé a 27 respondentů (33 %) podruhé. Za otázku stojí, zda pacienti hospitalizovaní podruhé vnímají pobyt na jednotce intenzivní péče lépe než pacienti hospitalizovaní poprvé. Vzhledem ke krátkodobé hospitalizaci na jednotce intenzivní péče u těchto nemocných to nelze odhadnout ani určit, což nám ukazuje graf 4, který je zaměřen na délku pobytu nemocných po operaci štítné žlázy na jednotce intenzivní péče. Z výsledků vyplývá, že 53 respondentů (64,6 %) bylo na jednotce intenzivní péče hospitalizováno jeden den, 16 respondentů (19,5 %) dva dny a 13 respondentů (15,9 %) více dní. Tyto výsledky pravděpodobně souvisí s druhem operace a závažností celkového stavu pacienta v bezprostřední pooperační péči.

Součástí dotazníkového šetření také bylo zjišťování, jakými informacemi disponují pacienti v předoperační a pooperační péči, která je nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče se zaměřením na plnění potřeb nejen biologických, ale i psychosociálních. Juřeníková (18) ve své publikaci uvádí, že je třeba věnovat nemocnému v předoperačním i pooperačním období maximální pozornost, protože pacienti mají strach z následného období. Proto je důležitá komunikace, dostatek vhodných informací tak, aby jim pacient porozuměl, jejich opakování a zpětná vazba. Šamánková (33) také uvádí, že nedílnou součástí uspokojování a naplňování potřeb nemocných je správná informovanost nemocných a pravidelná komunikace s nimi. Nejistota a neinformovanost ztěžuje naplnění primárních i sekundárních potřeb nemocného.

Z grafu 5 vyplývá, že 64 respondentů (78 %) bylo v rámci předoperační přípravy informováno ošetřujícím personálem o pooperační hospitalizaci na jednotce intenzivní péče a 18 respondentů (22 %) nikoli. I když se jedná pouze o 18 respondentů z celkového počtu 82, je i nadále zarážející, že v dnešní době, kdy je kladen důraz na

komunikaci s poskytováním důležitých informací, nejsou pacienti stále dostatečně informováni. Týká se to i grafu 6, kdy 69 respondentů (84 %) bylo po operačním výkonu ošetřujícím personálem seznámeno se signalizačním zařízením (zvonkem na sestru) a 13 respondentů (16 %) opět nikoli. I tato čísla jsou zarážející, i když se jedná pouze o 13 respondentů.

Graf 7 zobrazuje informovanost pacienta ošetřující sestrou o průběhu pooperační péče, kdy 69 respondentů (73 %) odpovědělo, že byli informováni o pooperační ošetrovatelské péči a 22 respondentů (27 %) nebylo informováno.

Ve výsledcích v grafu 8 jsme se zabývali, s jakými danými výkony byli pacienti seznámeni v průběhu pooperační ošetrovatelské péče. 48 respondentů (58,5 %) bylo seznámeno s pravidelným měřením fyziologických funkcí, 13 respondentů (15,8 %) s aplikací infúzí, 29 respondentů (35,4 %) s možností vyprazdňování po operaci, 20 respondentů (24,4 %) s možností hygieny po operaci, 16 respondentů (19,5 %) bylo seznámeno s pravidelnou kontrolou operační rány, 40 respondentů (48,8 %) s možností příjmu tekutin po operaci, 44 respondentů (53,6 %) s pravidelnou fonací po operaci a 38 respondentů (46,4 %) s aplikací analgetik po operaci. Nikdo s respondentů nebyl seznámen s aplikací léků v jakékoli formě. Juřeníková (18) uvádí, že kvalitní ošetrovatelská péče v pooperačním období poskytovaná erudovaným ošetřujícím personálem je založena nejen na rutinním vykonávání ošetrovatelských intervencí, ale také na dialogu a spolupráci mezi nemocným a ošetřujícím personálem.

Z grafu 9 vyplývá, že 69 respondentů (84 %) bylo informováno, že v případě potíží mají ihned informovat ošetřující personál a 13 respondentů (16 %) nebylo informováno, jak se zachovat a co dělat v případě vzniklých potíží.

Graf 10 zobrazuje, zda pacienti byli seznámeni ošetřujícím personálem o možnostech vzniku komplikací v bezprostřední pooperační péči, kdy 58 respondentů (71 %) odpovědělo ano a 24 respondentů (29 %) nebylo seznámeno. Na tento graf navazuje graf 11, kdy jsme se zabývali, s jakými možnostmi vzniku možných komplikací v pooperačním období byli pacienti seznámeni. 36 respondentů (43,9 %) bylo seznámeno, že po operaci může dojít k žaludeční nevolnosti, s možným pooperačním zvracením bylo seznámeno 30 respondentů (36,6 %), s pooperačními

bolestmi hlavy a krční páteře bylo seznámeno 31 respondentů (37,8 %), s možným pooperačním brněním končetin 40 respondentů (48,8 %), s poruchou mluvení a hlasu 3 respondenti (3,7 %), s možným pooperačním krvácením z rány byl seznámen 1 respondent (1,2 %) a s pooperačním chrapotem bylo seznámeno 23 respondentů (28%). Dvořák (10) uvádí, že každý nemocný má právo znát možné negativní důsledky operačního výkonu, který podstupuje, ale měl by také být informován o důvodech, výhodách a často skutečné nutnosti operačního řešení.

Graf 12 navazuje na graf předešlý, kdy jsme zjišťovali, zda pacienti v bezprostřední pooperační péči měli některou z těchto komplikací. 34 respondentů (41,5 %) mělo v pooperačním období žaludeční nevolnost, 29 respondentů (35,4 %) zvracelo, 24 respondentů (29,3 %) mělo bolesti hlavy a krční páteře, 22 respondentům (26,8 %) brněly končetiny v pooperačním období, 18 respondentů (21,9 %) trápil pooperační chrapot, 8 respondentů (9,8%) mělo poruchy mluvení nebo hlasu, 9 respondentů mělo potíže s krvácením z operační rány bez nutnosti dalšího řešení a 3 respondenti (3,7 %) podstoupili reoperaci z důvodu krvácení z operační rány neřešitelnou konzervativním postupem. Markalous (25) ve své publikaci uvádí, že komplikace po operacích štítné žlázy opravdu existují. Důležité ovšem je zhodnotit, jak často se vyskytují a zda jim lze správnou přípravou a kvalitní ošetrovatelskou péčí zabránit.

Graf 14 znázorňuje velmi pozitivní výsledky celkového přístupu ošetřujícího personálu k pacientům v bezprostřední pooperační péči, kdy 67 respondentů (81,7 %) hodnotil celkový přístup jako pozitivní a 15 respondentů (18,3 %) jako negativní. Trachtová (34) ve své publikaci uvádí, že sestry se v dnešní době již častěji zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou, ne pouze souborem částí a procesů.

Graf 15 zobrazuje, jak pacienti vnímali prostředí na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení. I když se většinou jedná o krátkodobou hospitalizaci, domníváme se, že i tato otázka byla důležitá, abychom se vcítili do pocitů nemocných v bezprostřední pooperační péči a poznali, jak vlastně pacienti vnímali prostředí, ve kterém se v dané době nacházeli. Farkašová (12) uvádí, že prostředí ovlivňuje osobu,

zdraví i ošetrovatelskou péčí, poněvadž na osobu nikdy nepůsobí jen jeden podnět, ale většinou jde o víc podnětů současně. Na zajištění kvalitní ošetrovatelské péče musí sestra znát všechny vlivy prostředí, které na nemocné působí. Respondenti měli možnost výběru z více odpovědí. 24 respondentů (29,3 %) vnímalo prostředí příjemně, 21 respondentů (25,6 %) čistě, 16 respondentů (19,5 %) pozitivně, 14 respondentů (17 %) vnímalo prostředí na jednotce intenzivní péče uklidňujícím dojmem, 8 respondentů (9,8 %) negativně, 15 respondentů (18,3 %) nepříjemně. Depresivně prostředí vnímalo 14 respondentů (17 %) a 16 respondentů (19,5 %) odpovědělo, že prostředí nelze zhodnotit z důvodu krátkodobé hospitalizace. Jednomu z respondentů (1,2 %) vadila přítomnost ostatních pacientů, 2 respondenti (2,4 %) vnímali prostředí normálně a jednomu z respondentů (1,2 %) vyhovovali příjemné a milé sestřičky. Tyto výsledky jsou překvapivé, protože ze zkoumání vyplývá, že prostředí na jednotce intenzivní péče působí na většinu pacientů po operaci štítné žlázy kladně. Nemocný při hospitalizaci vnímá všechny faktory prostředí, ať je to vybavení oddělení, jeho čistota a estetická úprava, organizace práce, ale i osobní image ošetrujícího personálu.

Z grafu 16 vyplývá, že 62 respondentů (75 %) je spokojeno s komunikací mezi ním a ošetrujícím personálem a 20 respondentů (25 %) spokojeno nebylo. Venglářová (36) uvádí ve své publikaci, že komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, není jednoduché, ale komunikace mezi pacientem a sestrou má nesmírný význam pro celkovou spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí. Komunikace by měla být přesná, jasná, srozumitelná a sestra by měla používat dovednost komunikovat s pacientem jako součást svého profesionálního vybavení. Pozitivním výsledkem je graf 17 znázorňující odpověď 58 respondentů (70,7 %), kteří odpověděli, že ošetrující personál před nimi nehovoří, jako kdyby nebyli přítomni a naopak 24 respondentů (29,3 %) tuto skutečnost zažilo. Z mé dosavadní praxe na jednotce intenzivní péče mohu potvrdit, že při některých výkonech ošetrovatelské péče, např. stlaní lůžek, příprava léků a infúzí, dokážeme před pacienty hovořit o událostech na oddělení, své rodině, svých zdravotních potížích. Přesto, že jsou to záležitosti všedních dní, z profesního a etického hlediska je to nevhodné a nemorální, neboť při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče bychom se měli zabývat potřebami nemocných a nezatěžovat je banalitami a našimi

starostmi. Jak Šamánková (33) uvádí, chování a jednání ošetřujícího personálu by se mělo řídit obecně platnými etickými a morálními zásadami vycházejícími především ze zdravotnické etiky, morálky a mravnosti.

Za povšimnutí jistě stojí negativní výsledky grafu 18 a 19 znázorňující spokojenost pacienta se zajištěním intimity v bezprostřední pooperační péči. 41 respondentů (50 %) odpovědělo, že byli spokojeni se zajištěním intimity při osobní hygieně a naopak 41 respondentů (50 %) spokojeno nebylo. Se zajištěním intimity při vyprazdňování byli spokojeni respondenti s počtem 36 (47 %) a naopak, což je velmi varující, 46 respondentů (56 %) spokojeno nebylo. Obnažování pacienta je velkým zásahem do soukromí, ať již jde o obnažování při osobní hygieně nebo vyprazdňování na pokoji před ostatními spolupacienty. Jak uvádí Trachtová (34), každý člověk má určité nároky na intimitu, diskrétnost, respektování studu před ostatními a z hlediska etického a morálního bychom měli tyto nároky naplňovat. Výsledky z výzkumného šetření byli i pro nás překvapením, neboť to co mi považujeme za samozřejmost, jako je používání plent a závěsů na zajištění intimity pacienta, je pro mnohé z dotázaných respondentů nevyhovující. Jak, ale zajistit dostatečnou intimitu pacienta v rámci ošetrovatelské péče je otázkou, která by vydala na samotné výzkumné šetření.

Graf 20 zobrazuje, zda pacienti v době spánku byli něčím rušeni. Z vlastní dosavadní praxe vím, že pacientům hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče je poskytována ošetrovatelská péče 24 hodin denně, proto nás ani nepřekvapilo, že 47 respondentů (57 %) odpovědělo, že v době spánku byli rušeni a naopak 35 respondentů (43 %) rušeno nebylo. Respondenti měli možnost výběru z více odpovědí.

Na předchozí graf navazuje graf 21, kde jsme zjišťovali příčinu narušeného spánku v noci. Za nejčastější příčinu narušeného spánku označilo 35 dotázaných respondentů (43 %) hluk od ostatních pacientů, 29 respondentů (35 %) označilo jako příčinu alarmy z přístrojů, 25 respondentům (30 %) vadilo osvětlení na jednotce intenzivní péče, 15 respondentům (18 %) vadil hlasitý hovor personálu, 13 respondentům (16 %) hlasitý smích personálu, 7 respondentům (7 %) vadila klimatizace, 23 respondentům (28 %) vadila péče ošetřujícím personálem o jiné pacienty. Jeden z respondentů (1,2 %) označil, že mu vadili sestry i pacienti a jeden

z respondentů (1,2 %) označil jako příčinu narušeného spánku dupot či hluk z venku. Je velmi diskutabilní, jakým způsobem lze tento problém vyřešit k plné spokojenosti pacienta v bezprostřední pooperační péči.

Graf 22 zobrazuje, jak pacienti v bezprostřední pooperační péči dle Vizuální analogové škály hodnotili svou bolest od 1 do 10. 1 a 9 neoznačil žádný z dotázaných respondentů. 2, 6 a 10 označili 3 respondenti (3,7 %), 3 a 4 označilo 12 respondentů (14,6 %), 5 označilo 31 respondentů (38 %), 7 označilo 10 respondentů (12 %), 8 označilo 8 z dotázaných respondentů (9,7 %). Juřeníková (18) uvádí, že bolest v pooperačním období zpětně vyvolává reakce strachu a úzkosti, proto je pooperační analgezie se správně vedenými ošetrovatelskými intervencemi velmi důležitá.

S předešlým výsledkem souvisí i graf 23, kdy pacienti určovali typ bolesti v bezprostřední pooperační péči. Respondenti měli možnost výběru z více odpovědí. 35 respondentů (42,7 %) označilo typ bolesti, kterou prožívali v pooperační době, jako šubavou, 1 z respondentů (1,2 %) pociťoval bušivou bolest, 13 respondentů (15,8 %) označilo typ své bolesti jako vystřelující, 11 respondentů (13,4 %) označilo bodavou bolest, 12 respondentů (14,6 %) označilo ostrou bolest, 2 respondenti (2,4 %) označili jako typ své bolesti křečovitou, 8 respondentů (9,7 %) pociťovalo pálivou či palčivou bolest, 10 respondentů (12 %) pociťovalo tupou, přetrvávající nebo únavnou, vysilující bolest, 3 respondenti (3,7 %) určili typ své bolesti jako tíživou, 4 respondenti (4,9 %) označili mučivou až krutou bolest a 16 respondentů (19,5 %) ji nedokázalo specifikovat. Markalous (25) uvádí, že pacienti po operaci štítné žlázy mohou pociťovat mírnou bolest, která se tlumí léky proti bolesti. Podle našeho výzkumného šetření jsme ale zjistili, že pacienti po operaci štítné žlázy měli bolesti různé intenzity a charakteru.

Graf 24 zobrazuje pravidelnost aplikace analgetik u nemocných v bezprostředním pooperačním období. 56 respondentů (68 %) odpovědělo, že jim byla pravidelně aplikována analgetika, 5 respondentům (6 %) nebyla, 9 respondentů (11 %) analgetika nepotřebovala a 12 respondentů (15 %) analgetika nechtěla. Domníváme se, že jde o velmi pozitivní výsledek, neboť v dnešní moderní medicíně ve spojitosti s poskytovanou kvalitní ošetrovatelskou péčí by bylo nemorální nechat pacienty po operaci trpět bolestmi. Trachtová (34) uvádí, že bolest je ryze subjektivní zážitek, ale

zároveň vždy existuje. A kdykoli nemocný říká, že bolest má, neměli bychom nikdy bagatelizovat pacientovy subjektivní potíže.

V grafu 25 je zobrazeno, že bylo 58 respondentů (71 %) informováno ošetřujícím lékařem o průběhu operačního výkonu a naopak 24 respondentů (29 %) nedostalo žádné informace týkající se průběhu dané operace. Markalous (25) uvádí, že výsledky operací štítné žlázy jsou obecně dobré, ale vždy záleží na celkovém zdravotním stavu pacienta. Dobře připravený, pozitivně motivovaný a dobře informovaný pacient lépe snáší operační zátěž, pooperační období a lépe se i hojí.

Na předchozí výzkumné šetření navazuje graf 26, kdy 66 respondentů (81 %) bylo před propuštěním z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení informováno ošetřujícím personálem o dalším průběhu jejich léčení a poskytování následné ošetrovatelské péče. 16 respondentů (19 %) nedostalo žádné informace, které by se týkali jejich léčení a následné ošetrovatelské péče.

Velmi překvapivé výsledky přineslo zkoumání, zda pacienti byli spokojeni s informacemi týkající se komplexní pooperační ošetrovatelské péče, což nám zobrazuje graf 27. 61 respondentů (74 %) bylo spokojeno s informacemi o pooperační ošetrovatelské péči a naopak 21 respondentů (26 %) spokojeno nebylo.

S grafem 27 souvisí i poslední graf 28, zda pacienti byli spokojeni s komplexní pooperační ošetrovatelskou péčí. Z celkové počtu dotázaných respondentů odpovědělo 65 respondentů (79 %), že byli spokojeni s celkovou pooperační péčí na jednotce intenzivní péče a 17 respondentů (21 %) spokojeno nebylo. I přesto, že někteří respondenti nebyli spokojeni, domníváme se, že spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí přímo souvisí s uspokojováním primárních i sekundárních potřeb a s tím, jak všímavě a citlivě se dokáže ošetřující personál postavit k jeho problémům a potížím.

Z výše uvedených poznatků kvantitativní části výzkumu vyplývá, že stanovená hypotéza: Nemocní po operaci štítné žlázy hospitalizovaní na chirurgickém oddělení jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, byla potvrzena.

V rámci zkvalitnění pooperační ošetrovatelské péče a spokojenosti pacientů jsme do posledního bodu dotazníkového šetření nechali nemocným po operaci štítné žlázy prostor na vlastní připomínky, náměty, nápady. Pro autentičnost je uvádíme v plném

znění: „Prostředí působilo depresivně, smutně. Nevím, úplně, co by pomohlo ke změně, možná je to zkrátka tím, že je to prostě nemocnice. Co např. jiná výmalba, více informací v průběhu péče o nás“; „Více sester na oddělení“; „Rozhodně lidštější přístup, milejší chování, profesionálnější chování“; „Více informací v českém jazyce by bylo prima, doktorský žargon mě vážně nebere, neustálé dožadování o překlad“; „Sestřičky moc prima“; „Sestřičky byly velmi příjemné a profesionální“; „Na oddělení je krásný personál s úsměvem na rtech“; „Pani staniční je neprofesionální, nepříjemná“. I přes některé negativní připomínky, byli podle výzkumného šetření pacienti po operaci štítné žlázy spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

6. ZÁVĚR

Onemocnění štítné žlázy nejsou vzácná. Ve vyspělých zemích, včetně naší republiky, se vyskytují u 5 – 30 % obyvatel. Ženy onemocní 5krát častěji než muži a největší počet nemocných je středního a vyššího věku. Podle údajů Světové zdravotnické organizace trpí nedostatkem jódu jedna čtvrtina lidstva, v naší republice je to téměř 30 % obyvatel. Nedostatek jódu tak vede k závažným zdravotním důsledkům u jednotlivců a má celospolečenský dopad. Onemocnění štítné žlázy jsou léčitelná, ale vyžadují správnou diagnostiku a léčbu ze strany odborného týmu a zodpovědný přístup ze strany nemocného.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala pro aktuálnost dané problematiky, neboť předpokladem práce sestry na jednotce intenzivní péče je stálá pohotovost ke zvládnutí aktuálních potřeb nemocných v souvislosti s nutností operačního výkonu, vznikem možných komplikací, pooperační péčí a rekonvalescencí.

Na základě teoretických znalostí a praktických zkušeností jsme stanovili dva výzkumné cíle v kvalitativní části a jeden výzkumný cíl v kvantitativní části bakalářské práce. Cílem č. 1 v kvalitativní části výzkumu bakalářské práce bylo zmapovat, jaké intervence sestry provádějí při poskytování ošetrovatelské péče o nemocné po operaci štítné žlázy. Cílem č. 2 bylo zjistit, zda sestry vědomě používají intervence v rámci prevence vzniku možných komplikací u nemocných po operaci štítné žlázy. Cíle práce byly splněny.

Pro kvalitativní šetření byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Otázka č. 1: Vnímají sestry rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy a u nemocných s jinými lékařskými diagnózami? Otázka č. 2: Jaké intervence sestry provádějí při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy? Otázka č. 3: Jaké intervence sestry provádějí u nemocných po operaci štítné žlázy v rámci prevence vzniku možných komplikací? Otázka č. 4: Jsou sestry připravené poskytovat intervence při vzniklých komplikacích specifických pro onemocnění štítné žlázy? Všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Cílem č. 1 v kvantitativní části výzkumu bakalářské práce, bylo zjistit spokojenost nemocných po operaci štítné žlázy s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

Cíl práce byl splněn. Pro kvantitativní šetření, byla stanovena hypotéza: „Nemocní po operaci štítné žlázy hospitalizovaní na chirurgickém oddělení jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.“ Hypotéza byla potvrzena.

Výsledky analýz dat kvalitativního i kvantitativního výzkumu jsou uvedeny v praktické části bakalářské práce. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou anketního lístku a rozhovoru se sestrami pracujícími na chirurgickém oddělení a u nemocných po operaci štítné žlázy byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Výsledky byly zpracovány do tabulek nebo grafů.

Z výzkumného šetření kvalitativního výzkumu vyplývá, že sestry vědomě používají ošetrovatelské intervence u nemocných po operaci štítné žlázy. Nad zamyšlením ale zůstává otázka zpětné vazby s pacientem, která byla u dotázaných sester nedostatečná. Je diskutabilní, jak sestry, které poskytují komplexní ošetrovatelskou péči, přimět, aby více s pacientem, o kterého pečují, komunikovaly a využívaly techniku zpětné vazby. Naopak pozitivně z výzkumného vyšetření vzešlo, že by samy sestry uvítaly na svém oddělení ošetrovatelský standard týkající se komplexní ošetrovatelské péče u nemocných s onemocněním štítné žlázy nebo manuál se zaměřením na danou problematiku. Pozitivitu vidíme v tom, že v dnešní době mají sestry stále větší zájem o další vzdělávání ve svém oboru i přes psychicky i fyzicky náročnou práci na jednotce intenzivní péče.

Z výzkumného šetření kvantitativního výzkumu vyplývá, že pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče jsou spokojeni s komplexní ošetrovatelskou péčí. I přesto, že v dnešní době je kladen důraz na komunikaci s poskytováním důležitých informací, ať už o předoperační nebo pooperační péči, nejsou pacienti podle našeho zkoumání stále dostatečně informováni. Jak i toto změnit, je velmi diskutabilní, ale možná pořádání přednášek na téma komunikace, zpětná vazba, zajištění intimity pacienta po operaci by bylo přínosem pro všechny ošetřující personál. Zjišťování spokojenosti pacientů s komplexní ošetrovatelskou péčí je stále velmi aktuálním tématem, poněvadž výsledky mohou být dobrou zpětnou vazbou pro ošetřující personál a mohou být užitečné pro všechny zainteresované strany.

Výsledky práce budou využity k vytvoření manuálu pro sestry, dalšímu vzdělávání v rámci oddělení v souvislosti s daným managementem oddělení pro zkvalitnění ošetrovatelské péče o nemocné po operacích štítné žlázy. Tato práce může posloužit všem, kteří poskytují ošetrovatelskou péči, ale i studentům na Zdravotně sociální fakultě k utvoření názoru o dané problematice.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMS, B. – HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. BÁRTLOVÁ, S. – HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
3. BÁRTLOVÁ, S. – SADÍLEK, P. – TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přepracované a doplněné vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
4. BLÁHA, K. – STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 13 - Sestra a pacient, komunikace v praxi*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
5. ČERNÝ, J. a kol. *Špeciálna chirurgia – chirurgia krku a hlavy*. 4. vyd. Martin: Osveta, 1999. 492 s. ISBN 80-217-0471-3.
6. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
7. DOENGES, E. M. – MOORHOUSE, F. M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
8. DVOŘÁK, J. *Rakovina štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Libri, 1999. 303 s. ISBN 80-85983-36-2.
9. DVOŘÁK, J. *Chirurgická anatomie a technika operací štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Serifa, 1999. 240 s.
10. DVOŘÁK, J. *Štítná žláza a její nemoci – poučení pro nemocné*. 1. vyd. Praha: Serifa, 2002. 138 s. ISBN 80-902859-1-0.
11. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 88 s. ISBN 80-8063-229-4.

12. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
13. FRÁNĚ, F. *Chirurgie pro studující ZSF JU*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. 93 s. ISBN 80-7040-432-9.
14. GREENSPAN, S. F. – BAXTER, D. J. *Základní a klinická endokrinologie*. 1. české vyd. Jinořany: H&H Vyšehradská, 2003. 843 s. ISBN 80-86022-56-0.
15. HOCH, J. – LEFFLER, J. *Speciální chirurgie: učebnice pro lékařské fakulty*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 223 s. ISBN 80-85912-06-6.
16. HRABOVSKÝ, J. et al. *Chirurgie pro SZŠ a VZŠ*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2002. 157 s. ISBN 80-86432-39-4.
17. JUŘENÍKOVÁ, P. – HŮSKOVÁ, J. – PETROVÁ, V. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy, vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie, 1. část*. 2. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám – vlastním nákladem, 1999. 226 s.
18. JUŘENÍKOVÁ, P. – HŮSKOVÁ, J. – PETROVÁ, V. – TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy, chirurgie, pediatrie, gerontologie, 2. část*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám - vlastním nákladem, 1999. 236 s.
19. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 2. doplněné vyd. Praha: Galén, 2001. 949 s. ISBN 80-7262-101-7.
20. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatelstvo 1*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
21. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatelstvo 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
22. KUBICOVÁ, Ľ. A kol. *Chirurgické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 152 s. ISBN 80-8063-176-X.
23. LÍMANOVÁ, Z. – NĚMEC, J. – ZAMRAZIL, V. *Nemoci štítné žlázy – diagnostika, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 197 s. ISBN 80-85824-25-6.
24. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

25. MARKALOUS, B. – GREGOROVÁ, M. *Nemoci štítné žlázy – otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*. 2. vyd. Praha: Triton, 2004. 134 s. ISBN 80-7254-492-6.
26. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
27. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
28. RICHARDS, A. – EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
29. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II – pediatrie, chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 199 s. ISBN 978-80-247-2040-1.
30. SPRANDIL, U. – STARK, F. *Kompendium vnitřního lékařství*. 2. přepracované vyd. Praha: Viktoria Publishing, 1999. 381 s. ISBN 80-85605-66-X.
31. STÁRKA, L. a kol. *Aktuální endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1999. 738 s. ISBN 80-85912-10-4.
32. STÁRKA, L. *Endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1999. 330 s. ISBN 80-85800-77-2.
33. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
34. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
35. VALENTA, J. – ŠEBOR, J. ml. – MATĚJKA, J. et al. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
36. VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
37. VLČEK, P. – NEUMANN, J. *Karcinom štítné žlázy – pooperační sledování nemocných*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 218 s. ISBN 80-85912-50-3.

38. VOKURKA, M. – HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4.
39. VONDRÁČEK, L. – LUDVÍK, M. *České ošetrovatelství 12 – Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 74 s. ISBN 80-7013-376-7.
40. VONDRÁČEK, L. – LUDVÍK, M. *České ošetrovatelství 13 – Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
41. ZAMRAZIL, V. – PELIKÁNOVÁ, T. et al. *Akutní stavy v endokrinologii a diabetologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 177 s. ISBN 978-80-7268-478-2.
42. ZAMRAZIL, V. – HOLUB, V. – KASALICKÝ, P. *Endokrinologie – postgraduální klinický projekt, díl 3*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 127 s. ISBN 80-7254-380-6.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Nemocný

Štítná žláza

Poskytování ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče po operaci štítné žlázy

Pooperační komplikace

9. PŘÍLOHY

Příloha 9.1: Anketní lístek pro ošetřující personál před polostandardizovaným rozhovorem

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Pavla Borová a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor všeobecná sestra. Metodou ankety před rozhovorem s Vámi bych Vás chtěla požádat o následné vyplnění anketního lístku. Anketa i rozhovor budou anonymní (osobní údaje nejsou nutné) a výsledky budou použity ke zpracování bakalářské práce na téma: Problematika poskytování ošetřovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy. Cílem mé práce je zjistit, jaké postupy provádí ošetřující personál v rámci ošetřovatelské péče a v rámci specifických komplikací u nemocných po operaci štítné žlázy. Prosím, zakroužkujte jednu odpověď, při zmýlení chybnou odpověď škrtněte a zakroužkujte správnou. Pro vyplněný anketní lístek přijdu osobně a domluvíme se na vhodném termínu rozhovoru. Předem Vám děkuji za spolupráci, ochotu a trpělivost.

Pavla Borová

1. Jakého jste pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Vaše věková kategorie?

- a) do 25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 56 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) SZŠ + PSS
- c) VOŠ
- d) VŠ – Bc.
- e) VŠ – Mgr.
- f) jiné, prosím doplňte.....

4. Máte osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (tzv. registraci)?

- a) ano
- b) ne

5. Jaká je délka Vaší odborné praxe ve zdravotnictví?

- a) do 1 roku
- b) 2-3 roky
- c) 4-5 let
- d) 6-10 let
- e) 11-15 let
- f) 16-20 let
- g) 21 a více let

6. Jaká je délka Vaší odborné praxe na jednotce intenzivní péče?

- a) do 1 roku
- b) 2-3 roky
- c) 4-5 let
- d) 6-10 let
- e) 11-15 let
- f) 16-20 let
- g) 21 a více let

7. Na jednotce intenzivní péče pracujete jako?

- a) všeobecná sestra
- b) staniční sestra
- c) sestra specialista pro intenzivní péči
- d) diplomovaný specialista
- e) sestra bakalář
- f) sestra magistr
- g) jiné, prosím doplňte.....

Příloha 9.2: Výzkumné otázky polostandardizovaného rozhovoru se sestrami chirurgického oddělení

1. Vnímají sestry rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy a u nemocných s jinými lékařskými diagnózami?
 - a) Je pro náš organizmus štítná žláza důležitým orgánem?
 - b) Jakou funkci má štítná žláza v organizmu?
 - c) Vysvětlete pojem intervence v rámci poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy.
 - d) Je pro Vás ošetrovatelská péče u nemocných po operaci štítné žlázy náročnější než u nemocných s jinými diagnózami (cévní operace, operace na trávicím traktu atd.)?
 - e) Zúčastnila jste se někdy semináře na téma poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy?
 - f) Máte na svém oddělení k dispozici ošetrovatelský standard se zaměřením na poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy?
 - g) Pokud ano, poskytujete ošetrovatelskou péči u nemocných po operaci štítné žlázy podle standardů ošetrovatelské péče?
 - h) Ověřujete si zpětnou vazbu s pacientem při poskytování pooperační ošetrovatelské péče?
2. Jaké intervence sestry provádějí při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy?
 - a) Je důležité dodržovat intervence při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy?
 - b) Jaké intervence provádíte při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy?
 - c) Jaké nejčastější dotazy mají pacienti při poskytování pooperační ošetrovatelské péče?

3. Jaké intervence sestry provádějí u nemocných po operaci štítné žlázy v rámci prevence vzniku možných komplikací?
 - a) Jaká preventivní opatření provádíte před vznikem možných komplikací?
 - b) Uvítala byste na svém oddělení manuál se zaměřením na preventivní opatření před vznikem možných komplikací?
 - c) Uvítala byste na svém oddělení manuál se zaměřením na specifické komplikace u nemocných po operaci štítné žlázy?

4. Jsou sestry připravené poskytovat intervence při vzniklých komplikacích specifických pro onemocnění štítné žlázy?
 - a) Jaké specifické komplikace mohou nastat u nemocných po operaci štítné žlázy?
 - b) Jaký je Váš postup při vzniku komplikací u nemocných po operaci štítné žlázy?
 - c) Bagatelizujete pacientova sdělení o nepříjemných pocitech a potížích po operaci štítné žlázy?

Příloha 9.3: Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Pavla Borová a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor všeobecná sestra. Metodou dotazování bych Vás chtěla požádat o následné vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní (osobní údaje nejsou nutné) a výsledky budou použity ke zpracování bakalářské práce na téma: Problematika poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci štítné žlázy. Cílem mé práce je zjistit spokojenost nemocných po operaci štítné žlázy s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na chirurgickém oddělení. Prosím, přečtěte si všechny otázky pečlivě a zakroužkujte jednu odpověď (pokud nebude uvedeno jinak) shodující se nejblíže s Vaším názorem, při zmýlení chybnou odpověď škrtněte a zakroužkujte správnou. Pro vyplněný dotazník přijdu osobně. Předem Vám děkuji za spolupráci, vstřícnost, ochotu a přeji brzké uzdravení.

Pavla Borová

1. Jakého jste pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Vaše věková kategorie?

- a) 18-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46-55
- e) 56-65
- f) 66 a více

3. Jedná se o Vaší první hospitalizaci na jednotce intenzivní péče?

- a) ano
- b) ne

4. Délka Vašeho pobytu na jednotce intenzivní péče po operaci štítné žlázy byla?

- a) jeden den
- b) dva dny
- c) více dní

5. Byl/a jste před operačním výkonem ošetřujícím personálem informován/a o pooperační hospitalizaci na jednotce intenzivní péče?

- a) ano
- b) ne

6. Byl/a jste po operačním výkonu ošetřujícím personálem seznámen/a se signalizačním zařízením (tj. zvonek na sestru)?

- a) ano
- b) ne

7. Informovala Vás ošetřující sestra o průběhu pooperační ošetrovatelské péče (měření fyziologických funkcí, tj. krevního tlaku, pulsu, tělesné teploty, množství kyslíku v krvi; aplikace infúzí, léků a analgetik; možnost vyprazdňování; kontrola operační rány; možnost příjmu tekutin po operaci; pravidelná kontrola fonace, tj. správné mluvení atd.)?

- a) ano
- b) ne

8. Pokud ano, zakroužkujte dané výkony pooperační ošetrovatelské péče (můžete označit více odpovědí):

- a) měření fyziologických funkcí

- b) aplikace infúzí
- c) aplikace léků
- d) aplikace analgetik
- e) možnost vyprazdňování
- f) možnost hygieny
- g) možnost příjmu tekutin po operaci
- h) pravidelná kontrola operační rány
- i) pravidelná kontrola fonace, tj. správné mluvení
- j) jiné, prosím uveďte.....

9. Byl/a jste informován/a , že v případě potíží máte ihned informovat ošetřující personál?

- a) ano
- b) ne

10. Byla/a jste seznámen/a ošetřujícím personálem o možnostech vzniku komplikací v bezprostřední pooperační péči (tj. žaludeční nevolnost, zvracení, bolest hlavy a krční páteře, brnění končetin, poruchy mluvení a hlasu, krvácení z operační rány atd.)?

- a) ano
- b) ne

11. Pokud ano, zakroužkujte, s jakými možnostmi jste byl/a seznámen/a (můžete označit více odpovědí):

- a) žaludeční nevolnost
- b) zvracení
- c) bolest hlavy a krční páteře
- d) brnění končetin
- e) poruchy mluvení a hlasu
- f) krvácení z operační rány

g) pooperační chrapot

12. Měl/a jste v bezprostřední pooperační péči některou z těchto komplikací?

a) ano

b) ne

13. Pokud ano, zakroužkujte, o jakou komplikaci se jednalo (můžete označit více odpovědí):

a) žaludeční nevolnost

b) zvracení

c) bolest hlavy a krční páteře

d) brnění končetin

e) pooperační chrapot

f) poruchy mluvení a hlasu

g) krvácení z operační rány bez operačního řešení

h) krvácení z operační rány s nutností operačního řešení

14. Jak hodnotíte celkový přístup ošetřujícího personálu k Vám v bezprostřední pooperační péči?

a) pozitivně (ochota, vstřícnost, informovanost, komunikace, zájem, profesionalita, empatie atd.)

b) negativně (neochota, neinformovanost, nedůvěra, netrpělivost ošetřujícího personálu, nezájem atd.)

15. Jak jste vnímal/a prostředí na jednotce intenzivní péče (můžete označit více odpovědí)?

a) příjemně

b) čistě

c) pozitivně

d) uklidňujícím dojmem

- e) negativně
- f) nepříjemně
- g) depresivně
- h) nelze posoudit z důvodu krátkodobého pobytu
- i) jinak, prosím uveďte

16. Byl/a jste spokojena s komunikací mezi Vámi a ošetřujícím personálem?

- a) ano
- b) ne

17. Hovořil před Vámi ošetřující personál tak, jako byste nebyl/a přítomen/a (např. o druhých pacientech, událostech na daném oddělení, své rodině, svých zdravotních potížích)?

- a) ano
- b) ne

18. Byl/a jste spokojen/a se zajištěním intimity (závěsy, plenty) při osobní hygieně?

- a) ano
- b) ne

19. Byl/a jste spokojen/a se zajištěním intimity (závěsy, plenty) při vyprazdňování?

- a) ano
- b) ne

20. Byl/a jste v době spánku něčím rušen/a?

- a) ano
- b) ne

21. Pokud ano, co bylo příčinou (můžete označit více odpovědí)?

- a) hluk od ostatních pacientů
- b) alarmy z přístrojů
- c) osvětlení
- d) hlasitý hovor personálu
- e) hlasitý smích personálu
- f) klimatizace
- g) péče ošetřujícího personálu o jiné pacienty
- h) jiné, prosím uveďte.....

22. Zhodnoťte zakroužkováním od 1. do 10. míru bolesti v bezprostřední pooperační péči podle tzv. Vizuální analogové škály (VAS):

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

23. Určete typ bolesti v bezprostřední pooperační péči (můžete označit více odpovědí)?

- a) šubavá
- b) bušivá
- c) vystřelující
- d) bodavá
- e) ostrá
- f) křečovitá
- g) pálivá, palčivá
- h) tupá, přetrvávající
- i) tíživá
- j) únavná, vysilující
- k) mučivá až krutá
- l) jiná, prosím uveďte
- m) nedokážu ji specifikovat

24. Byla Vám pravidelně aplikována analgetika?

- a) ano
- b) ne
- c) nepotřeboval/a jsem
- d) nechtěl/a jsem

25. Informoval Vás ošetřující lékař o průběhu operačního výkonu?

- a) ano
- b) ne

26. Byl/a jste před propuštěním z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení informován/a ošetřujícím personálem o dalším průběhu léčení a následné ošetrovatelské péči?

- a) ano
- b) ne

27. Byl/a jste spokojen/a s informacemi o pooperační ošetrovatelské péči?

- a) ano
- b) ne

28. Byl/a jste spokojen/a s pooperační ošetrovatelskou péčí?

- a) ano
- b) ne

29. V rámci zkvalitnění pooperační ošetrovatelské péče a spokojenosti pacientů můžete zde dopsat připomínky, náměty, nápady atd.

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Příloha 9.4: Vliv hormonů štítné žlázy na vývoj a látkovou výměnu organismu

Vliv na vývoj organismu a nervovou činnost

Hormony ovlivňují růst a dozrávání jedince, zejména mozku a nervového systému. V nitroděložním vývoji je zárodek nejprve odkázán na hormony mateřské, od 12. týdne, pokud má dostatečný přísun jódu, si syntetizuje tyreoidální hormony již ve vlastní štítné žláze. Nejzávažnějšími důsledky při nedostatečném množství hormonů štítné žlázy jsou poruchy vývoje centrálního nervového systému, tzn., že dochází k těžkému poškození mozku plodu. Následkem je postižený jedinec, u kterého se rozvíjí tzv. kretenismus (z francouzštiny crétin = blbec = duševní zaostalost s významným snížením intelektu a narušením tělesného vývoje). Ještě na začátku minulého století se vyskytoval i u nás, např. na Valašsku, Sedlčansku a Poličsku. Příčinou poškození vývoje mozku bylo nedostatečné množství jódu, které výrazně omezovalo tvorbu hormonů nejen u plodu, ale i u matky.

Méně závažným následkem nedostatku jódu při nefungující štítné žláze u plodu, ale při dostatečném množství hormonů štítné žlázy u matky, je rozvoj hypotyreózy (snížené funkce štítné žlázy) u dítěte po porodu. Při včasném nasazení hormonů štítné žlázy je poté vývoj dítěte nenarušený. K odkrytí těchto poruch je ve většině zemí v Evropě, ale i u nás uzákoněn tzv. screening neonatální hypotyreózy (vyhledávání novorozenecké snížené funkce štítné žlázy). Zjišťuje se hladina hormonu stimulujícího štítnou žlázu (TSH) ve vzorku kapky krve odebraném z patičky novorozence.

Nedostatek nebo nadbytek hormonů štítné žlázy ovlivňuje vývoj jedince i postnatálně, kdy následkem bývá narušení psychického, nervového, tělesného i sexuálního vývoje.

Vliv na gastrointestinální systém

Hlavní vliv hormonů štítné žlázy na jedince je metabolický a tím se mění i činnost zažívacího traktu. Při nedostatku hormonů se metabolické děje zpomalují, naopak při jejich nadbytku se urychlují, proto jednotlivé příznaky u snížené nebo zvýšené funkce štítné žlázy jsou rozdílné.

Důležitým poznatkem při snížené nebo zvýšené funkci štítné žlázy je, že obě onemocnění jsou nejčastěji autoimunního původu (souvislost s poruchou vlastní obranyschopnosti) a tím je i možné současné autoimunní postižení zažívacího traktu (např. atrofická gastritis, celiakie, chronické záněty tlustého střeva).

Vliv na oběhovou soustavu

Srdce je jedním z hlavních cílových orgánů pro hormony štítné žlázy a poruchy jeho činnosti mohou ohrožovat život pacientů s chorobami štítné žlázy, proto jsou opět jednotlivé příznaky při snížené a zvýšené funkci štítné žlázy rozdílné. Bylo zjištěno, že dlouhodobý nedostatek hormonů vede ke zvýšenému riziku aterosklerózy.

Vliv na kosterní svalstvo

Metabolické účinky hormonů štítné žlázy ovlivňují i kosterní svaly. Mění se rychlost kontrakce svalů. Tyto změny jsou využívány k diagnostice a monitorování funkčních poruch štítné žlázy při vyšetřování reflexu Achillovy šlachy (RAŠ). Provádí se poklepem na Achillovu šlachu lýtkového svalu, která se upíná na patní kost. Odpovědí je stažení lýtkového svalu. Reflex se zkracuje při hyperfunkci a prodlužuje při hypofunkci štítné žlázy. Před vyšetřením je nezbytný fyzický klid 30 minut. Průměrné hodnoty jsou při normální funkci štítné žlázy 280 až 370 milisekund.

Při nesprávném vlivu hormonů na kosterní svaly mohou vznikat různé potíže (slabost a bolesti svalů).

Vliv na imunitní a hematologický systém

V řízení činnosti štítné žlázy se uplatňuje i vliv imunitního systému, který může vydávat protilátky, jež podporují nebo tlumí činnost štítné žlázy.

Při některém onemocnění štítné žlázy hormony zvyšují nárok kyslíku v buňkách a tím se zvyšuje i tvorba erytropoetinu a krvetvorby. Důsledkem je možnost vzniku tzv. fyziologické anémie.

Vliv na kůži

Působením hormonů štítné žlázy a změnami prokrvení při rozdílné potřebě výdeje tepla u snížené a zvýšené funkce štítné žlázy lze u daných pacientů pozorovat zvýšenou pigmentaci na kůži, horkokrevnost, pocení nebo naopak zimomřivost, prosáknutí podkoží.

Vliv na kost

O problematice vlivu hormonů štítné žlázy na kost se vedou široké diskuze a dosud nebylo dosaženo shody názorů. Uvádí se, že dlouhodobý nadbytek hormonů vede k osteoporóze (řídnutí kostí) především u žen v období přechodu a po něm.

Hormon kalcitonin je zapojen do regulace látkové výměny vápníku, který se ukládá především v kostech. Při poklesu hladiny vápníku v krvi dochází ke sníženému vylučování vápníku z kostí, proto se při léčbě osteoporózy hormon užívá (lék Miacalcic, Tonocalcic, Osteodon). Naopak hladina kalcitoninu se zvyšuje při velmi vzácném nádoru štítné žlázy - medulárním karcinomu.

Příloha 9.5: Neoperační léčba

Mezi neoperační léčbu patří medikamentózní léčba, léčba radioaktivním jódem, léčba zevním ozářením a chemoterapií.

Medikamentózní léčba a nežádoucí účinky léků

Léčba spočívá v podávání léčiv při nemocech štítné žlázy, v předoperačním a pooperačním období. Důležité je sledování a znalost nežádoucích účinků léků. Mezi léčiva užívaná v rámci nemoci štítné žlázy zahrnujeme jódové preparáty (užití jódu v tabletové formě - Jodid, Jodthyrox), hormony štítné žlázy (vyráběné v lékové formě jako substituční nebo supresivní léky - Euthyrox, Letrox, Eltroxin, Thyreotom), tyreostatika (antityreoidální látky zabraňující tvorbě hormonů štítné žlázy při hyperfunkci za účelem dosažení normální funkce štítné žlázy - Carbimazol, Thyrozol, Propycil, Favistan), přípravky vápníku (podávané v pooperačním období, při osteoporóze - šumivé tablety Calcium effervesce), metabolity vitamínu D (podávané v pooperačním období při poklesu hladiny vápníku v krvi - Tachystin, Rocaltrol, Calcijex), vitamín D (vitamín rozpustný v tucích nezbytný pro vstřebávání vápníku ve střevě, pro správnou tvorbu kostí; podává se při stavech spojených s jeho nedostatkem ve stravě, prevenci a léčbě křivice, osteomalacii, poruchách látkové výměny vápníku - Vigantol, Vitamin D), hormon štítné žlázy kalcitonin (léčba osteoporózy a zvýšené hladiny vápníku v krvi, protože snižuje vylučování vápníku z kostí - Miacalcic, Tonocalcic, Osteodon), bisfosfonáty (léky zabraňující odbourávání kostní tkáně - Fosamax), kortikosteroidy (hormony nadledvin v lékové formě při léčbě alergických reakcí, otoků, zánětů štítné žlázy a při endokrinní orbitopatii - Medrol, Prednison, Solumedrol), analgetika (analgetická antipyretika, analgetika neopiátového a opiátového typu), nesteroidní antirevmatika (skupina léčiv s protizánětlivými a protibolestivými účinky - Indomethacin, Coxtral, Ibalgin), antiemetika (léky tlumící zvracení po operacích a po léčbě radiojódem - Torecan, Zofran, Degan), antibiotika a chemoterapeutika (podávané při bakteriálních infekcích), antiarytmika (léky na poruchy srdečního rytmu podávané nejčastěji při zvýšené funkci štítné žlázy - Amiodaron,

Cordarone, Sedacoron, Vasocardin, Trimepranol), antikoagulancia (léky tlumící krevní srážlivost, aplikované převážně v pooperačním období jako prevence žilních komplikací - Fraxiparine), masti snižující novotvorbu vaziva (jde o gely a masti určené k léčbě čerstvých i starších jizev, včetně jizev problematických. Při včasném použití zlepšují prokrvení, podporují tvorbu vzhledných jizev, zmenšují velikost jizvy a působí protizánětlivě - Contractubex gel, Hirudoid forte mast, Bonal mast). Podávání léčiv při nemocech štítné žlázy doporučuje a terapii řídí pouze lékař.

I přes správně vedenou léčbu se mohou vyskytnout vedlejší nebo nežádoucí účinky léků, např. alergická reakce na jód (léky obsahující jód se nesmí podávat před plánovanou léčbou radioaktivním jódem), kožní vyrážka, febrilie, porucha tvorby bílých krvinek, zažívací potíže, bolesti kloubů, zvýšené riziko infekce, svalová slabost, poruchy chování, oční obtíže, poruchy srdečního rytmu (při předávkování preparáty vápníku), astmatický záchvat a poškození jater.

Léčba radioaktivním jódem

Štítná žláza má schopnost mohutně vychytávat jód, proto se využívá k její léčebné destrukci radioaktivní jód. Jedná se o uměle připravené radionuklidy, které se samovolně rozpadají při vyzáření energie v podobě ionizujícího záření. Této energie se využívá k diagnostickým (scintigrafie štítné žlázy) či léčebným účelům (radioterapie).

Před léčbou radioaktivním jódem nesmí nemocný půl roku užívat žádné preparáty jódu ani jódové kontrastní látky, protože by došlo k nasycení tkáně štítné žlázy normálním jódem a radioaktivní jód by se pak již nekoncentroval. Terapie se provádí na odděleních nukleární medicíny při několikátýdenní hospitalizaci (ústavní léčení je nutné, protože hygienické předpisy nedovolují volný pohyb nemocných osob vylučujících dočasně dávky radiojódu).

Léčba radioaktivním jódem se provádí po odstranění štítné žlázy pro karcinom (v závislosti na druhu podávaného preparátu hormonů štítné žlázy musí nemocný před plánovanou léčbou vysadit tyto léky na tři až šest týdnů), při hyperfunkci štítné žlázy (kontraindikací je odstranění štítné žlázy nebo odmítne-li nemocný operaci), při těžké formě endokrinní orbitopatie.

Léčba zevním ozářením a chemoterapií

Zevní ozáření v rámci léčby se využívá u některých typů zhoubných nádorů, které radioaktivní jód nekoncentrují. Efekt tohoto záření je většinou minimální. Nevýhodou je poškození okolních zdravých tkání, vznik časných nebo pozdních poiradiačních změn.

Chemoterapie je další možností léčby zhoubných nádorů, ale její účinky jsou minimální. Úspěšná léčba chemoterapií je pouze v některých případech lymfomů. Při chemoterapii se podávají cytostatika, které tlumí buněčný růst a ničí nádorové buňky.

Příloha 9.6: Práva pacientů České republiky

Etický kodex „Práva pacientů“ navrhla a po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná v ČR dnem 25. 2. 1992.

- 1.4.1 Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
- 1.4.2 Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- 1.4.3 Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
- 1.4.4 Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- 1.4.5 V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

- 1.4.6 Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
- 1.4.7 Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
- 1.4.8 Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- 1.4.9 Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- 1.4.10 Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- 1.4.11 Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí, tzv. nemocniční řád. Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha 9.7: Základní lidské potřeby

Tabulka lidských potřeb

Základní lidské potřeby	Diagnostické třídy NANDA – Int., taxonomie II
potřeba tělesného růstu	RŮST
potřeba přirozeného vývoje	VÝVOJ
potřeba přijímat potravu	PŘÍJÍMÁNÍ POTRAVY
potřeba vhodného trávení	TRÁVENÍ
potřeba vhodného vstřebávání	VSTŘEBÁVÁNÍ
potřeba vhodného metabolismu	METABOLISMUS
potřeba dostatku tekutin	HYDRATACE
potřeba funkčního močení	VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČI
potřeba zdravého zažívání	GASTROINTESTINÁLNÍ FUNKCE
potřeba vhodné funkce pokožky	FUNKCE POKOŽKY
potřeba výměny O ₂ a CO ₂	RESPIRAČNÍ FUNKCE
potřeba spánku a odpočinku	SPÁNEK – ODPOČINEK
potřeba aktivity a pohybu	AKTIVITA – POHYB
potřeba přiměřené kardiovaskulární a pulmonální funkce	KARDIOVASKULÁRNÍ – PULMONÁLNÍ ODEZVA
potřeba akceptovat svou sexuální identitu	SEXUÁLNÍ IDENTITA
potřeba odpovídající sexuální funkce	SEXUÁLNÍ FUNKCE
potřeba mít potomky	REPRODUKCE
potřeba zvládat reakce mozku a nervů	NEUROBEHAVIORÁLNÍ STRES
potřeba nemít infekci	INFEKCE
potřeba nemít tělesné poškození	TĚLESNÉ POŠKOZENÍ
potřeba vyhnout se rizikům prostředí	RIZIKA PROSTŘEDÍ
potřeba přiměřených obranných procesů	OBRAVNÉ PROCESY
potřeba termoregulace	TERMOREGULACE
potřeba tělesného komfortu	TĚLESNÝ KOMFORT

Tabulka lidských potřeb – pokračování

potřeba zdravého prostředí	KOMFORT PROSTŘEDÍ
potřeba pečovat sám o sebe	SEBEPÉČE
Vyšší lidské potřeby	Diagnostické třídy NANDA – Int., taxonomie II
potřeba mít informace o svém zdraví	POVĚDOMÍ O ZDRAVÍ
potřeba řídit své zdraví	MANAGEMENT ZDRAVÍ
potřeba energetické rovnováhy	ENERGETICKÁ ROVNOVÁHA
potřeba pozornosti ke všem	POZORNOST
potřeba orientace v čase, prostoru a osobě	ORIENTACE
potřeba cítit a vnímat	ČITÍ – VNÍMÁNÍ
potřeba poznávat	POZNÁVÁNÍ
potřeba komunikovat	KOMUNIKACE
potřeba účelného sebezpojetí	SEBEPOJETÍ
potřeba přiměřené sebeúcty	SEBEÚCTA
potřeba akceptovat tělesný obraz	TĚLESNÝ OBRAZ
potřeba o někoho pečovat	ROLE PEČOVATELE
potřeba rodinných vztahů	RODINNÉ VZTAHY
potřeba zvládat role	VYKONÁVÁNÍ ROLÍ
potřeba zvládnout odezvu na trauma	POSTTRAUMATICKÁ ODEZVA
potřeba zvládnout zátěž	REAKCE NA ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE
potřeba preference určitého myšlení a chování	HODNOTY
potřeba názoru, mínění a očekávání	PŘESVĚDČENÍ
potřeba rovnováhy mezi hodnotami a činy	SOULAD HODNOT, PŘESVĚDČENÍ A ČINŮ
potřeba vyhnout se násilí	NÁSILÍ
potřeba sociální pohody	SOCIÁLNÍ KOMFORT

Tab. 1.5 Biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby prezentované třídami NANDA – Int.

Biologické	Diagnostické třídy NANDA – Int., taxonomie II
potřeba tělesného růstu	RŮST
potřeba přirozeného vývoje	VÝVOJ
potřeba přijímat potravu	PŘÍJÍMÁNÍ POTRAVY
potřeba vhodného trávení	TRÁVENÍ
potřeba vhodného vstřebávání	VSTŘEBÁVÁNÍ
potřeba vhodného metabolismu	METABOLIZMUS
potřeba dostatku tekutin	HYDRATACE
potřeba funkčního močení	VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČI
potřeba zdravého zažívání	GASTROINTESTINÁLNÍ FUNKCE
potřeba vhodné funkce pokožky	FUNKCE POKOŽKY
potřeba výměny O ₂ a CO ₂	RESPIRAČNÍ FUNKCE
potřeba aktivity a pohybu	AKTIVITA – POHYB
potřeba přiměřené kardiovaskulární a pulmonální funkce	KARDIOVASKULÁRNÍ – PULMONÁLNÍ ODEZVA
potřeba akceptovat svou sexuální identitu	SEXUÁLNÍ IDENTITA
potřeba odpovídající sexuální funkce	SEXUÁLNÍ FUNKCE
potřeba mít potomky	REPRODUKCE
potřeba zvládat reakce mozku a nervů	NEUROBEHAVIORÁLNÍ STRES
potřeba nemít infekci	INFEKCE

Tabulka lidských potřeb – pokračování

potřeba nemít tělesné poškození	TĚLESNÉ POŠKOZENÍ
potřeba vyhnout se rizikům prostředí	RIZIKA PROSTŘEDÍ
potřeba přiměřených obranných procesů	OBRANNÉ PROCESY
potřeba termoregulace	TERMOREGULACE
potřeba tělesného komfortu	TĚLESNÝ KOMFORT
potřeba spánku a odpočinku	SPÁNEK – ODPOČINEK
potřeba pečovat sám o sebe	SEBEPÉČE
potřeba energetické rovnováhy	ENERGETICKÁ ROVNOVÁHA
potřeba cítit a vnímat	ČITÍ – VNÍMÁNÍ
potřeba vyhnout se násilí	NÁSILÍ
Psychické	Diagnostické třídy NANDA – Int., taxonomie II
potřeba mít informace o svém zdraví	POVĚDOMÍ O ZDRAVÍ
potřeba řídit své zdraví	MANAGEMENT ZDRAVÍ
potřeba pozornosti ke všem	POZORNOST
potřeba orientace v čase, prostoru a osobě	ORIENTACE
potřeba poznávat	POZNÁVÁNÍ
potřeba účelného sebezpojetí	SEBEPOJETÍ
potřeba přiměřené sebeúcty	SEBEÚCTA
potřeba akceptovat tělesný obraz	TĚLESNÝ OBRAZ
potřeba zvládnout odezvu na trauma	POSTTRAUMATICKÁ ODEZVA
potřeba zvládnout zátěž	REAKCE NA ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE
Sociální, společenské	Diagnostické třídy NANDA – Int., taxonomie II
potřeba zvládat role	VYKONÁVÁNÍ ROLÍ
potřeba komunikovat	KOMUNIKACE
potřeba o někoho pečovat	ROLE PEČOVATELE
potřeba rodinných vztahů	RODINNÉ VZTAHY
potřeba sociální pohody	SOCIÁLNÍ KOMFORT
Spirituální	Diagnostické třídy NANDA – Int., taxonomie II
potřeba preference určitého myšlení a chování	HODNOTY
potřeba názoru, mínění a očekávání	PŘESVĚDČENÍ
potřeba rovnováhy mezi hodnotami a činy	SOULAD HODNOT, PŘESVĚDČENÍ A ČINŮ

Tabulka potřeb - domény

domény	oblast diagnostiky dysfunkčních potřeb	třídy
1. Podpora zdraví	Povědomí o zdravém životě, povědomí o správném fungování člověka a povědomí o strategiích, které podporují nebo zlepšují zdravý život a správné fungování člověka.	• povědomí o zdraví • management zdraví
2. Výživa	Přijímání a asimilace látek, využívání živin za účelem zachování a hojení tkání a za účelem tvorby energie člověka.	• přijímání potravy • trávení • vstřebávání • metabolismus • hydratace
3. Vylučování a výměna	Sekreční a exkreční odpadových produktů z těla.	• vyprazdňování moči • gastrointestinální funkce • funkce pokožky • respirační funkce
4. Aktivita – odpočinek	Produkce, uchování, výdej a rovnováha energetických zdrojů člověka.	• spánek – odpočinek • aktivita – pohyb • energetická rovnováha • srdeční – plicní odezva • sebepéče
5. Vnímání – poznávání	Informační systémy člověka – pozornost, orientace, citění, percepce, poznávání a komunikace.	• pozornost • orientace • čítí – vnímání • poznávání • komunikace
6. Vnímání sebe sama	Povědomí o sobě samém.	• sebepojetí • sebeúcta • obraz těla
7. Vztahy	Pozitivní a negativní společenské kontakty a společný život lidí nebo skupin.	• role pečovatele • rodinné vztahy • vykonávání rolí
8. Sexualita	Sexuální identita, sexuální funkce a reprodukce.	• sexuální identita • sexuální funkce • reprodukce
9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Vyrovňování se se životními událostmi.	• posttraumatická odezva • reakce na zvládání zátěže • neurobehaviorální stres
10. Životní principy	Zásady, které jsou podkladem postojů, způsobu myšlení, projevů a zvyků člověka nebo institucí. Jsou jimi považovány za pravdivé a mají pro ně vnitřní hodnotu.	• hodnoty • přesvědčení • soulad hodnot, přesvědčení a činů
11. Bezpečnost – ochrana	Ochrana před nebezpečím, fyzickým poškozením nebo před poškozením imunitního systému. Jistota a bezpečí.	• infekce • tělesné poškození • násilí • rizika životního prostředí • obranné procesy • termoregulace
12. Komfort	Psychická, tělesná a sociální pohoda nebo klid.	• tělesný komfort • komfort prostředí • sociální komfort
13. Růst/vývoj	Nárůst tělesných rozměrů, zrání orgánových systémů a průběh vývojových stádií člověka.	• růst • vývoj

Převodní tabulka domén 1 - 2

České verze názvů ošetřovatelských diagnóz NANDA – Int., taxonomie II k roku 2005	České verze názvů ošetřovatelských diagnóz NANDA, taxonomie I k roku 1999 (publikované v Kapesním průvodci zdravotní sestry, 2001)
1. DOMÉNA: PODPORA ZDRAVÍ	
třída – MANAGEMENT ZDRAVÍ	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
neefektivní léčebný režim – 00078	léčebný režim: individuální, neúčinná integrace
neefektivní podpora zdraví – 00099	zdraví, snížená schopnost zachování
pro jedince nebo rodinu v domácí péči:	
zhoršené udržování domácnosti – 00098	udržování domácnosti porušené
pro rodinu:	
neefektivní léčebný režim rodiny – 00080	léčebný režim: rodina, neúčinná integrace
pro komunitu:	
neefektivní léčebný režim komunity – 00081	léčebný režim: komunita, neúčinná integrace
OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY KE ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ	
pro jedince:	
efektivní léčebný režim – 00082	léčebný režim: individuální, účinná integrace
ochota ke zlepšení léčebného režimu – 00162	nevyskytovala se
hledání zdravého životního stylu (specifikovat) – 00084	posilování zdraví s upřesněním
ochota ke zlepšení výživy – 00163	nevyskytovala se
2. DOMÉNA: VÝŽIVA	
třída – PŘÍJÍMÁNÍ POTRAVY	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
neefektivní krmení kojence – 00107	kojenec, neúčinné krmení
porušené polykání – 00103	polykání porušené
nedostatečná výživa – 00002	výživa porušená, nedostatečná
nadměrná výživa – 00001	výživa porušená, nadměrná
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
riziko nadměrné výživy – 00003	výživa porušená, nadměrná hrozící
třída – HYDRATACE	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
deficit tělesných tekutin – 00027	tělesné tekutiny, deficit
zvýšený objem tělesných tekutin – 00026	tělesné tekutiny, nadbytek
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
riziko deficitu tělesných tekutin – 00028	tělesné tekutiny, riziko deficitu
riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin – 00025	tělesné tekutiny, riziko nerovnováhy
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA K PODPOŘE ZDRAVÍ	
pro jedince:	
ochota ke zlepšení bilance tekutin – 00160	nevyskytovala se

Převodní tabulka domén 3 - 4

3. DOMÉNA: VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	
třída – VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČI	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
porušené vyprazdňování moči – 00016	močení porušené
retence moči – 00023	retence moči
úplná inkontinence moči – 00021	inkontinence moči úplná
funkční inkontinence moči – 00020	inkontinence moči funkční
stresová inkontinence moči – 00017	inkontinence moči stresová
reflexní inkontinence moči – 00018	inkontinence moči reflexní
urgentní inkontinence moči – 00019	inkontinence moči urgentní
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
riziko urgentní inkontinence moči – 00022	inkontinence moči urgentní hrozící
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA K PODPOŘE ZDRAVÍ	
pro jedince:	
ochota ke zlepšení vyprazdňování moči – 00166	nevyskytovala se
třída – GASTROINTESTINÁLNÍ FUNKCE	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
inkontinence stolice – 00014	inkontinence stolice
průjem – 00013	průjem
zácpa – 00011	zácpa
habituelní zácpa – 00012	domnělá zácpa
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
riziko zácpy – 00015	zácpa, riziko vzniku
třída – RESPIRAČNÍ FUNKCE	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
porušená výměna plynů – 00030	výměna plynů porušená
4. DOMÉNA: AKTIVITA – ODPOČINEK	
třída – SPÁNEK – ODPOČINEK	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
porušený spánek – 00095	spánek porušený
spánková deprivace – 00096	spánková deprivace
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA K PODPOŘE ZDRAVÍ	
pro jedince:	
ochota ke zlepšení spánku – 00165	nevyskytovala se
třída – AKTIVITA – POHYB	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
zhoršená pohyblivost – 00085	pohyblivost porušená
zhoršená pohyblivost na lůžku – 00091	pohyblivost, porucha hybnosti na lůžku

Převodní tabulka domén 4 - 5

zhoršené ovládání pojízdného vozíku – 00089	pohyblivost, porušená schopnost ovládat invalidní vozík
zhoršená schopnost se přemístit – 00090	přesun, porušená schopnost
porušená chůze – 00088	chůze porušená
nedostatek zájmových aktivit – 00097	zábava a rekreace, nedostatek
opožděné pooperační zotavení – 00100	chirurgické zotavení opožděné
sedavý životní styl – 00168	nevyskytovala se
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
riziko imobilizačního syndromu – 00040	imobilizační syndrom, zvýšené riziko
třída – ENERGETICKÁ ROVNOVÁHA	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
porušená energie – 00050	energetické pole porušené
únava – 00093	únava
třída – KARDIOVASKULÁRNÍ A PULMONÁLNÍ ODEZVA	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
snížený srdeční výdej – 00029	srdeční výdej snížený
oslabené dýchání – 00033	spontánní dýchání selhávající
neefektivní dýchání – 00032	dýchání nedostatečné
intolerance aktivity – 00092	aktivita, intolerance
dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace – 00034	ventilace umělá, dysfunkční odpojování
neefektivní tkáňová perfuze (typ: renální, cerebrální, kardiopulmonální, gastrointestinální, periferní) – 00024	prokrvení tkání porušené (s upřesněním): renální, mozkové, kardiopulmonální, gastrointestinální, periferní
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
riziko intolerance aktivity – 00094	aktivita, riziko intolerance
třída – SEBEPÉČE	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
deficit sebekpěče při oblékání a úpravě zevnějšku – 00109	péče o sebe sama nedostatečná (s upřesněním): v oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování
deficit sebekpěče při koupání a hygieně – 00108	
deficit sebekpěče při jídle – 00102	
deficit sebekpěče při vyprazdňování – 00110	
5. DOMÉNA: VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ	
třída – POZORNOST	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
opomíjení jedné strany těla – 00123	vnímání jedné strany těla porušené
třída – ORIENTACE	
porušená interpretace okolí – 00127	interpretace okolí porušená
potulka – 00154	nevyskytovala se

Převodní tabulka domén 5 - 6

třída – ČITÍ – VNÍMÁNÍ	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
porucha smyslového vnímání (specifikovat: zraku, sluchu, kinestezie, chuti, doteku, čichu) – 00122	senzorické a percepční poruchy (s upřesněním): zraková, sluchová, kinetická, chuťová, hmatová, čichová
třída – POZNÁVÁNÍ	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
deficitní znalost (specifikovat) – 00126	neznalost (potřeba poučení s upřesněním)
akutní zmatenost – 00128	zmatenost akutní
chronická zmatenost – 00129	zmatenost chronická
poškozená paměť – 00131	paměť porušená
porušené myšlení – 00130	myšlení porušené
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA K PODPOŘE ZDRAVÍ	
pro jedince:	
ochota doplnit deficitní vědomosti – 00161	nevyskytovala se
třída – KOMUNIKACE	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
zhoršená verbální komunikace – 00051	komunikace verbální porušená
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA KE ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ	
pro jedince:	
ochota ke zlepšení komunikace – 00157	nevyskytovala se
6. DOMÉNA: VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	
třída – SEBEPOJETÍ	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
porušená osobní identita – 00121	identita porušená
bezmocnost – 00125	bezmocnost
beznaděj – 00124	beznaděj
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
riziko bezmocnosti – 00152	nevyskytovala se
riziko osamělosti – 00054	osamělost, zvýšené riziko
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA KE ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ	
pro jedince:	
ochota zlepšit sebepojetí – 00167	nevyskytovala se
třída – SEBEÚCTA	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
chronicky nízká sebeúcta – 00119	sebeúcta chronicky snižovaná
situačně snižovaná sebeúcta – 00120	sebeúcta porušená/situačně snižovaná
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
riziko situačně snižované sebeúcty – 00153	nevyskytovala se

Převodní tabulka domén 7

třída – TĚLESNÝ OBRAZ	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
porušený tělesný obraz – 00118	obraz těla porušený
7. DOMÉNA: VZTAHY	
třída – ROLE PEČOVATELE	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
přetížení pečovatele – 00061	pečovatelská role, přetížení
zhoršená rodičovská role – 00056	rodičovství narušené
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
riziko přetížení pečovatele – 00062	pečovatelská role, riziko přetížení
riziko zhoršení rodičovské role – 00057	rodičovství, riziko narušení
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA KE ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ	
pro jedince:	
ochota ke zlepšení rodičovské role – 00164	nevyskytovala se
třída – RODINNÉ VZTAHY	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro rodinu:	
přerušovaný život rodiny – 00060	život rodiny narušený
dysfunkční život rodiny s alkoholizmem – 00063	život rodiny narušený: alkoholismus (zneužívání návykových látek)
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince i rodinu:	
riziko oslabení vazby rodičů a dítěte – 00058	pouto mezi rodiči a dětmi, riziko narušení
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA KE ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ	
pro rodinu:	
ochota ke zlepšení funkce rodiny – 00159	nevyskytovala se
třída – VYKONÁVÁNÍ ROLÍ	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro matku a dítě:	
neefektivní kojení – 00104	kojení neúčinné
přerušené kojení – 00105	kojení přerušené
pro jedince:	
neefektivní plnění role – 00055	role, porušené zvládání
konflikt rodičovské role – 00064	rodičovská role, konflikt
poškozená sociální interakce – 00052	společenská interakce porušená
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA K PODPOŘE ZDRAVÍ	
pro matku a dítě:	
efektivní kojení – 00106	kojení účinné

Převodní tabulka domén 8 – 9

8. DOMÉNA: SEXUALITA	
třída – SEXUÁLNÍ FUNKCE	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
sexuální dysfunkce – 00059	sexuální dysfunkce
neefektivní sexuální život – 00065	sexualita porušená
9. DOMÉNA: ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU	
třída – POSTTRAUMATICKÁ ODEZVA	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
stresový syndrom po přemístění – 00114	přemístění, stresový syndrom
traumatický syndrom po znásilnění – 00142	znásilnění, traumatický syndrom
tichá reakce traumatického syndromu po znásilnění – 00144	znásilnění, traumatický syndrom
smíšená reakce traumatického syndromu po znásilnění – 00143	znásilnění, traumatický syndrom
posttraumatický syndrom – 00141	posttraumatický syndrom (s upřesněním stadia)
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
riziko stresového syndromu po přemístění – 00149	nevyskytovala se
riziko posttraumatického syndromu – 00145	posttraumatický syndrom hrozící
třída – REAKCE NA ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
strach – 00148	strach (s upřesněním)
úzkost – 00146	úzkost (mírná, středně závažná, silná, panická)
úzkost ze smrti – 00147	úzkost ze smrti
chronický zármutek – 00137	zármutek chronický
neefektivní popírání – 00072	popření neúčinné
oslabené přizpůsobení – 00070	adaptace porušená
neefektivní zvládání zátěže – 00069	zvládání problémů individuální neúčinné
defenzivní zvládání zátěže – 00071	zvládání problémů defenzivní
pro jedince, rodinu nebo komunitu:	
anticipační smutek – 00136	smutek anticipační
dysfunkční smutek – 00135	smutek dysfunkční
pro rodinu:	
neschopnost rodiny zvládat zátěž – 00073	zvládání situace rodinou neúčinné, poškozující
ohrožující zvládání zátěže rodinou – 00074	zvládání situace rodinou neúčinné, ohrožující
pro komunitu:	
neefektivní zvládání situace v komunitě – 00077	komunita, porušené fungování
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince, rodinu nebo komunitu:	
riziko dysfunkčního smutku – 00172	

Převodní tabulka domén 9 – 10

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY KE ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ	
pro jedince:	
ochota zlepšit zvládání zátěže – 00158	nevyskytovala se
pro rodinu a blízké:	
ochota blízké osoby lépe zvládnout zátěž – 00075	zvládání situace rodinou, možnosti zlepšení
pro komunitu:	
ochota komunity zlepšit zvládání zátěže – 00076	komunita, možnost lepšího fungování
třída – NEUROBEHAVIORÁLNÍ STRES	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
autonomní dysreflexie – 00009	dysreflexie vegetativní
narušené chování dítěte – 00116	kojenecké chování narušené
snížená nitrolební adaptivní kapacita – 00049	nitrolební adaptivní kapacita snížená
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
riziko autonomní dysreflexie – 00010	dysreflexie vegetativní, hrozící
riziko narušeného chování dítěte – 00115	kojenecké chování, riziko narušení
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA KE ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ	
pro jedince:	
možné zlepšení chování dítěte – 00117	kojenecké chování, možnost zlepšení
10. DOMÉNA: ŽIVOTNÍ PRINCIP	
třída – PŘESVĚDČENÍ	
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA KE ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ	
pro jedince:	
ochota ke zlepšení duchovní ¹⁵ pohody – 00068	duchovní pohoda, možnost zlepšení
třída – SOULAD HODNOT, PŘESVĚDČENÍ A ČINŮ	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
duchovní nouze – 00066	duchovní tíseň
konflikt v rozhodování (specifikovat) – 00083	rozhodování konfliktní (s upřesněním)
nedodržení (specifikovat) – 00079	neochota ke spolupráci
porušená religiozita ¹⁶ – 00169	nevyskytovala se
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
riziko duchovní nouze – 00067	duchovní tíseň hrozící
riziko porušení religiozity – 00170	
OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA KE ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ	
pro jedince:	
ochota ke zlepšení religiozity – 00171	nevyskytovala se

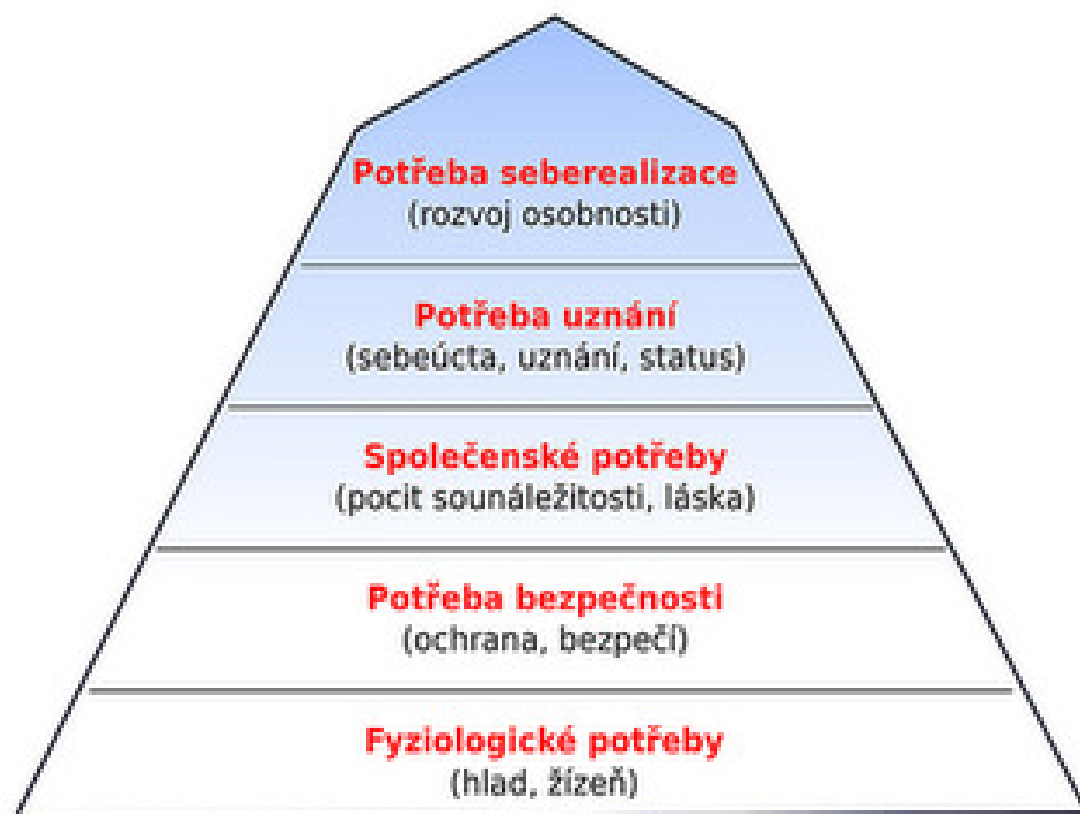
Převodní tabulka domén 11

11. DOMÉNA: BEZPEČNOST – OCHRANA	
třída – INFEKCE	
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
riziko infekce – 00004	infekce, riziko vzniku
třída – TĚLESNÉ POŠKOZENÍ	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
poškozená ústní sliznice – 00045	ústní dutina, postižení sliznice
porušená kožní integrita – 00046	kožní integrita porušená
porušená tkáňová integrita – 00044	tkáňová integrita porušená
poškozená dentice – 00048	chrup poškozený
neefektivní průchodnost dýchacích cest – 00031	průchodnost dýchacích cest zhoršená
neefektivní odolnost – 00043	odolnost narušená
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
riziko poškození – 00035	poranění, zvýšené riziko
riziko perioperačního poškození – 00087	poškození v souvislosti s operačním výkonem
riziko pádů – 00155	nevyskytovala se
riziko porušení kožní integrity – 00047	kožní integrita, riziko porušení
riziko aspirace – 00039	aspirace, zvýšené riziko
riziko periferní neurovaskulární dysfunkce – 00086	periferní neurovaskulární dysfunkce, zvýšené riziko
riziko syndromu náhlého úmrtí kojence – 00156	nevyskytovala se
pro jedince v domácím prostředí:	
riziko traumatu – 00038	trauma, zvýšené riziko
riziko udušení – 00036	dušení, riziko
třída – NÁSILÍ	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
sebepoškození – 00151	nevyskytovala se
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
riziko sebepoškození – 00139	sebepoškození hrozící
riziko násilí vůči jiným – 00138	násilí (akutní) hrozící vůči jiným
riziko násilí vůči sobě – 00140	násilí akutní hrozící vůči sobě
riziko sebevraždy – 00150	nevyskytovala se
třída – RIZIKA PROSTŘEDÍ	
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
riziko intoxikace – 00037	riziko intoxikace
třída – OBRANNÉ PROCESY	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
alergická reakce na latex – 00041	latex, alergická reakce

Převodní tabulka domén 12 – 13

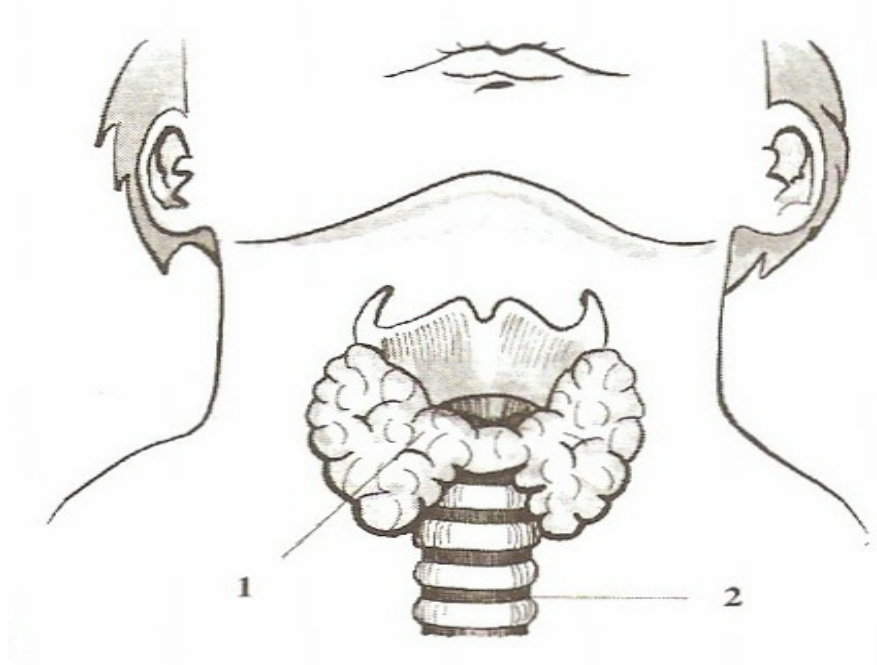
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
riziko alergické reakce na latex – 00042	latex, riziko alergické reakce
třída – TERMOREGULACE	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:	
pro jedince:	
neefektivní termoregulace – 00008	termoregulace neúčinná
hypotermie – 00006	hypotermie
hypertermie – 00007	hypertermie
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
riziko nerovnováhy tělesné teploty – 00005	tělesná teplota, riziko poruchy termoregulace
12. DOMÉNA: KOMFORT	
třída – TĚLESNÝ KOMFORT	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	
pro jedince:	
akutní bolest – 00132	bolest akutní
chronická bolest – 00133	bolest chronická
nauzea – 00134	nauzea
třída – SOCIÁLNÍ KOMFORT	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
sociální izolace – 00053	společenská izolace
13. DOMÉNA: RŮST/VÝVOJ	
třída – RŮST	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
neprospívání dospělé osoby – 00101	neprospívání dospělé osoby
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince v období tělesného růstu:	
riziko nesouměrného růstu – 00113	růst, riziko poruchy
třída – VÝVOJ	
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince:	
opožděný růst a vývoj – 00111	růst a vývoj porušený
POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
pro jedince ve vývojovém období:	
riziko opožděného vývoje – 00112	vývoj, riziko poruchy

Příloha 9.8: Maslowova hierarchie potřeb



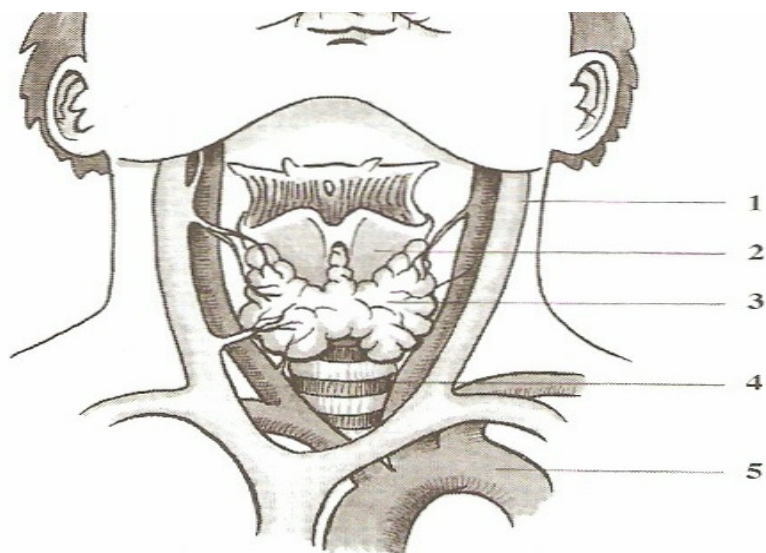
Příloha 9.9: Fotodokumentace

Uložení štítné žlázy na krku



1 Štítná žláza

2 Průdušnice



1 Velké krční cévy

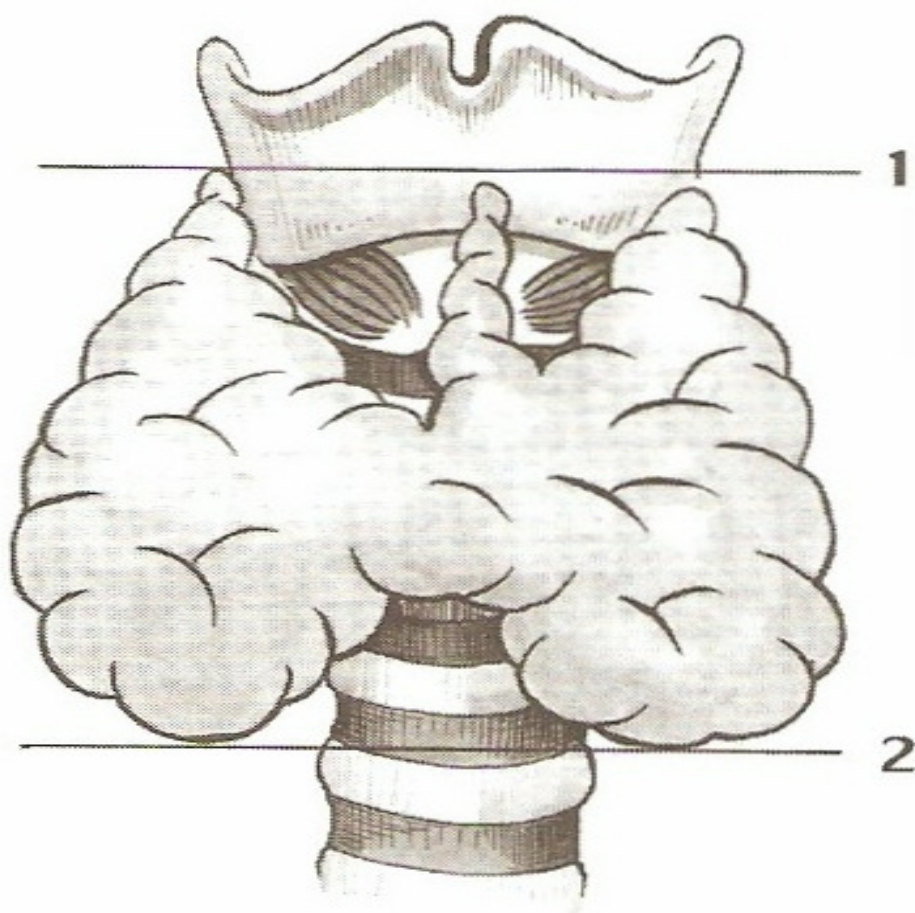
2 Chrupavka štítná

3 Štítná žláza

4 Průdušnice

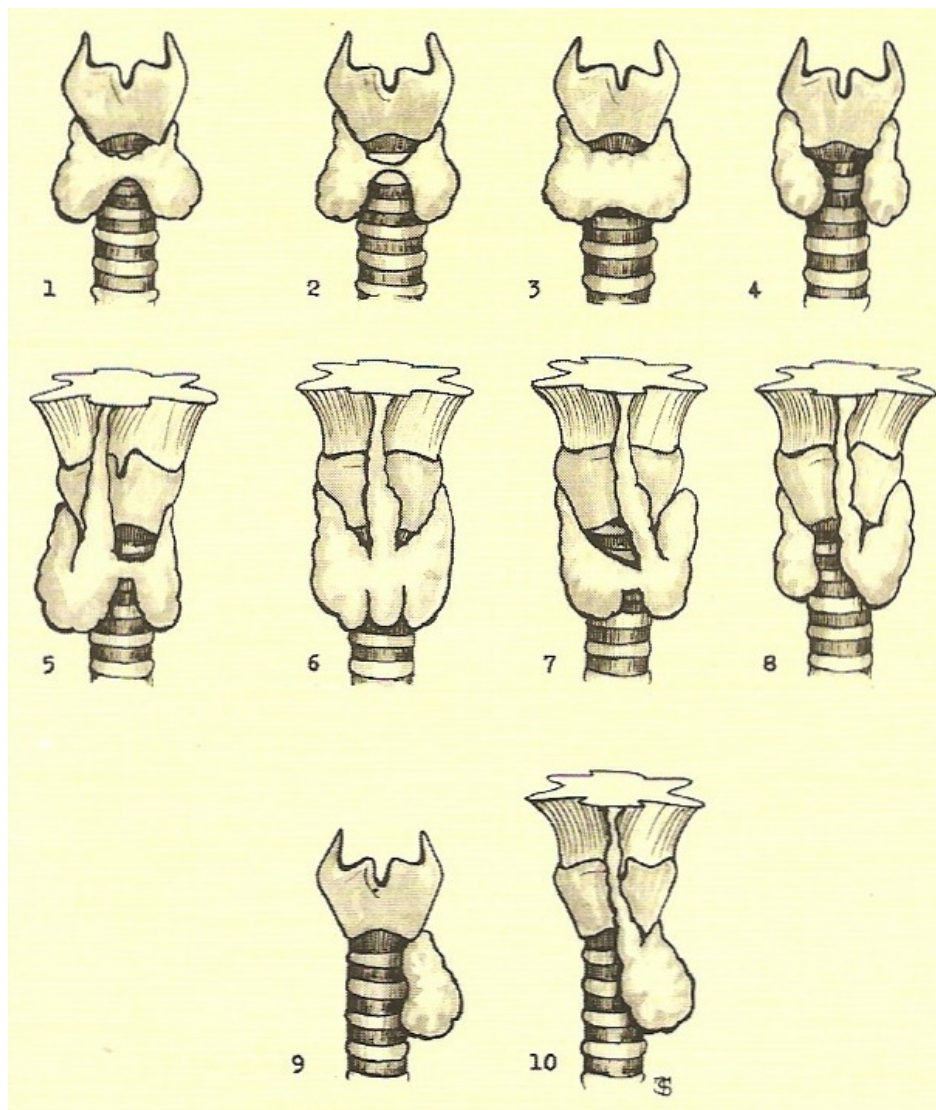
5 Srdečnice

Dva laloky štítné žlázy spojené před průdušnicí úzkým můstkem

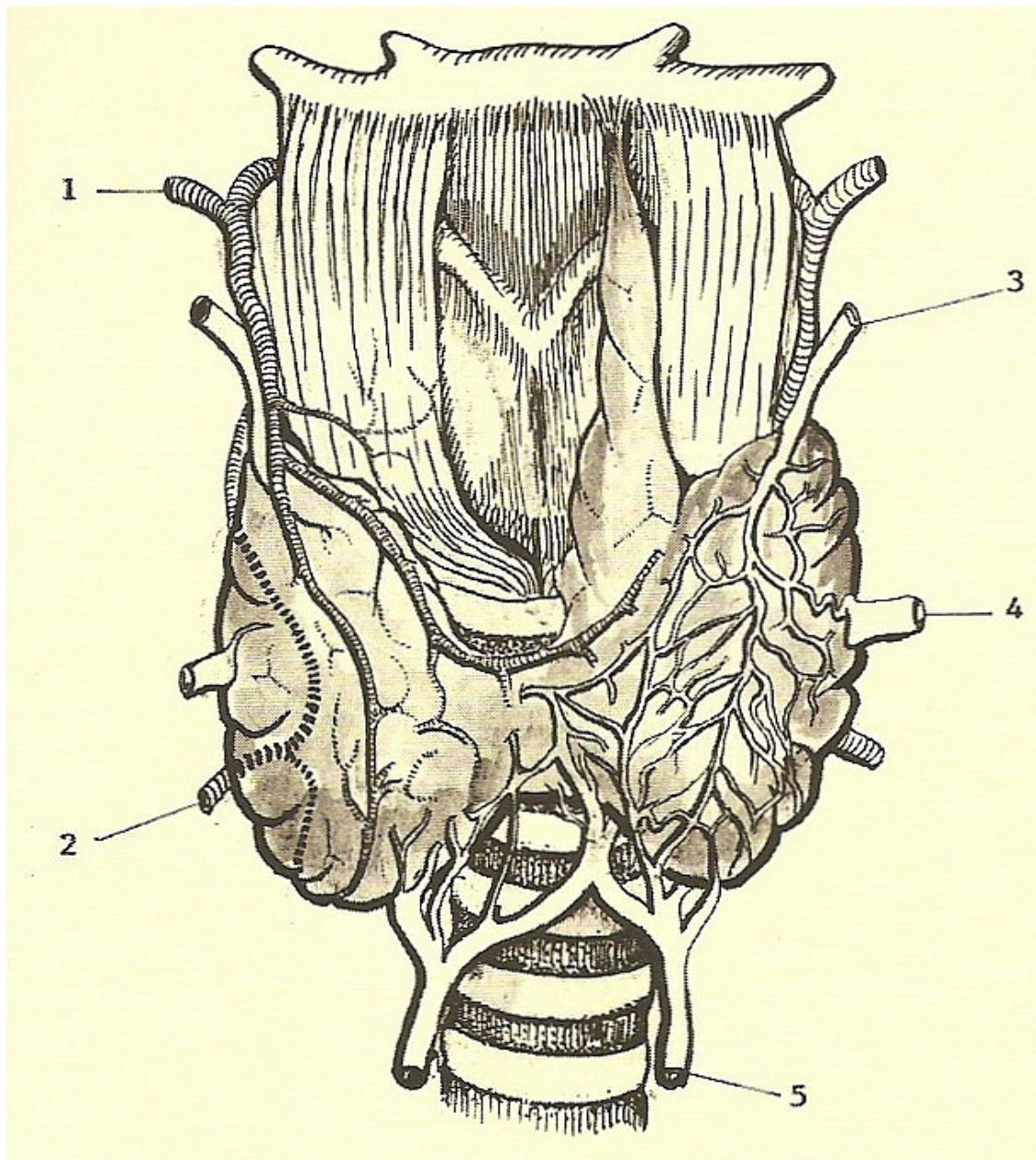


- 1 Úroveň horního konce laloků žlázy pod tzv. Adamovým jablkem
- 2 Dolní konec laloků žlázy v úrovni horní třetiny průdušnice

Variace tvaru štítné žlázy a jejího pyramidálního laloku

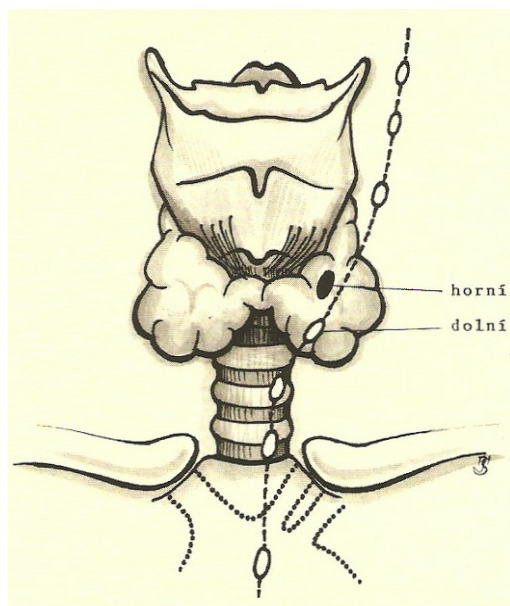


Cévní zásobení štítné žlázy: tepenné vpravo – žilní vlevo



- 1- ATS
- 2- ATI
- 3- VTS
- 4- VTM
- 5- VTI

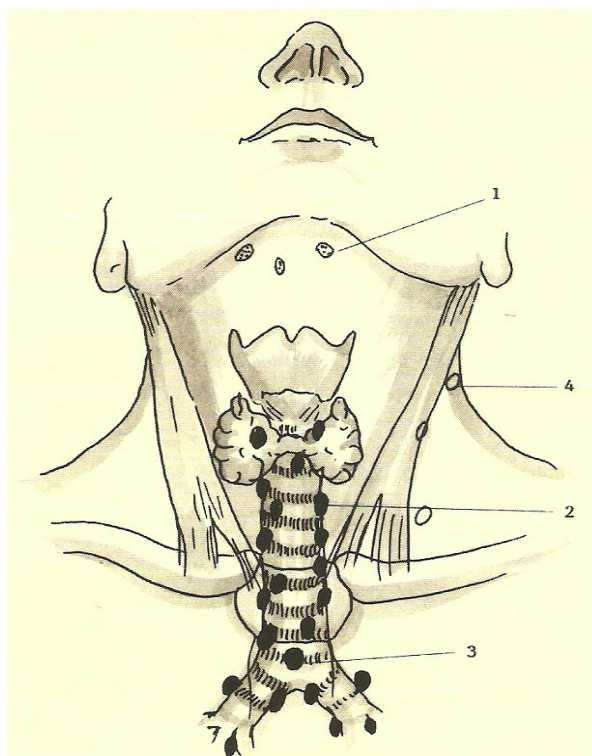
Umístění příštítných tělísek



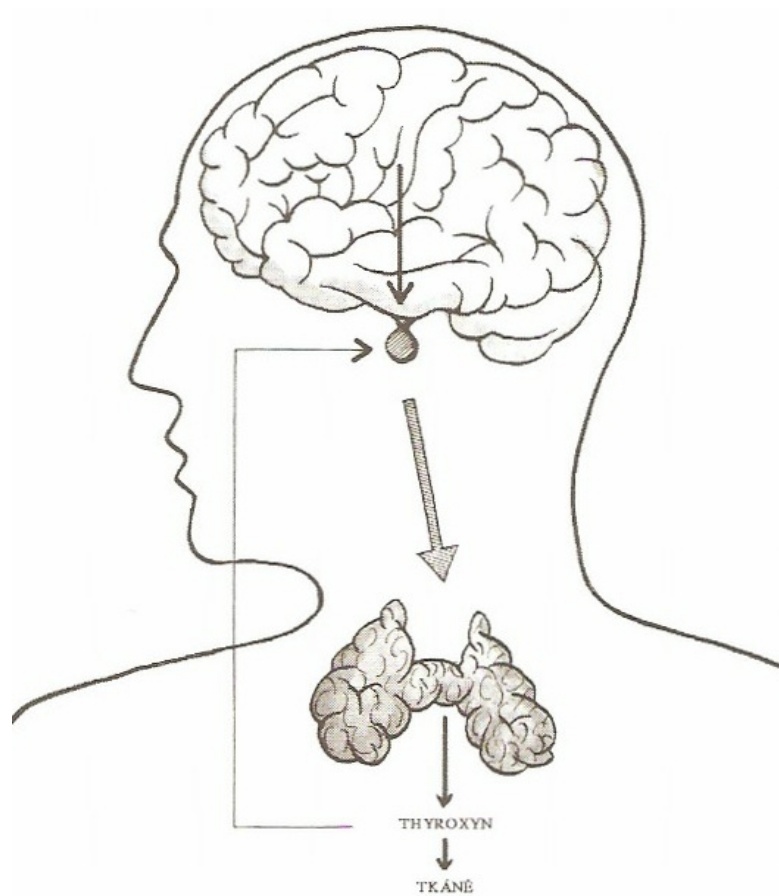
1 Horní – relativně pravidelné umístění

2 Dolní – variabilní pozice

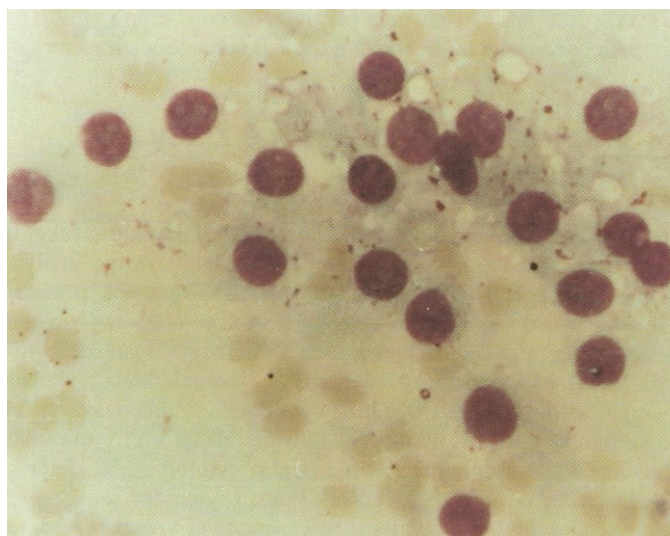
Lymfatické uzliny v centrálním oddílu krku



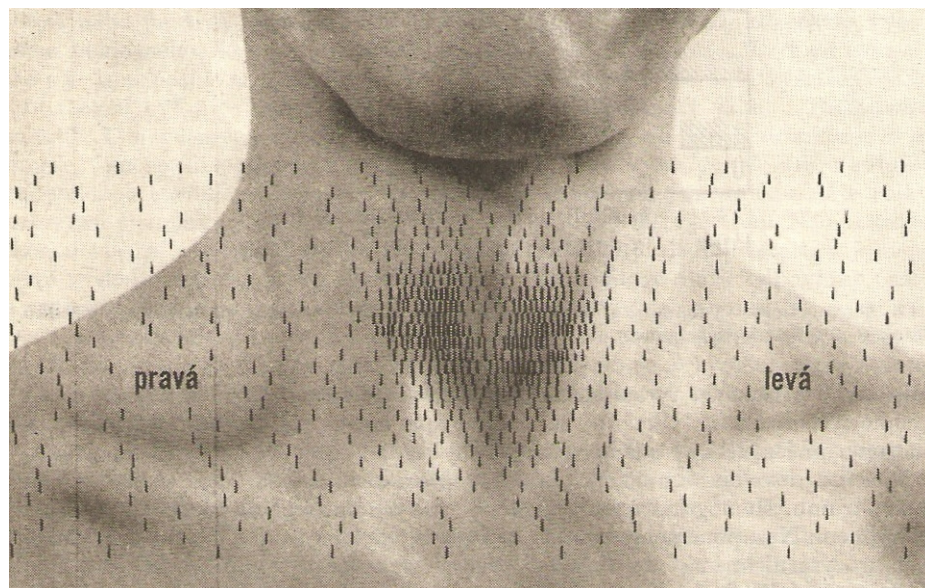
Řízení vyměšování hormonů štítné žlázy



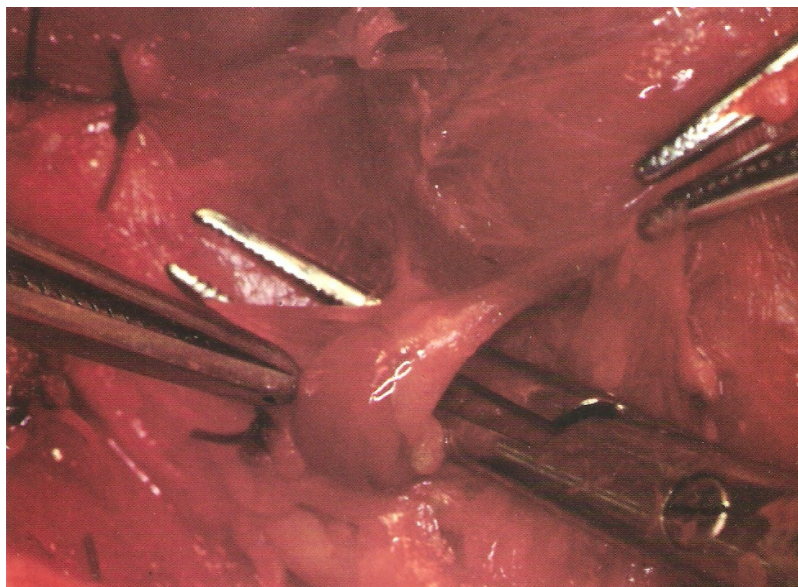
Normální štítná žláza



Scintigrafie – výsledek normální štítné žlázy

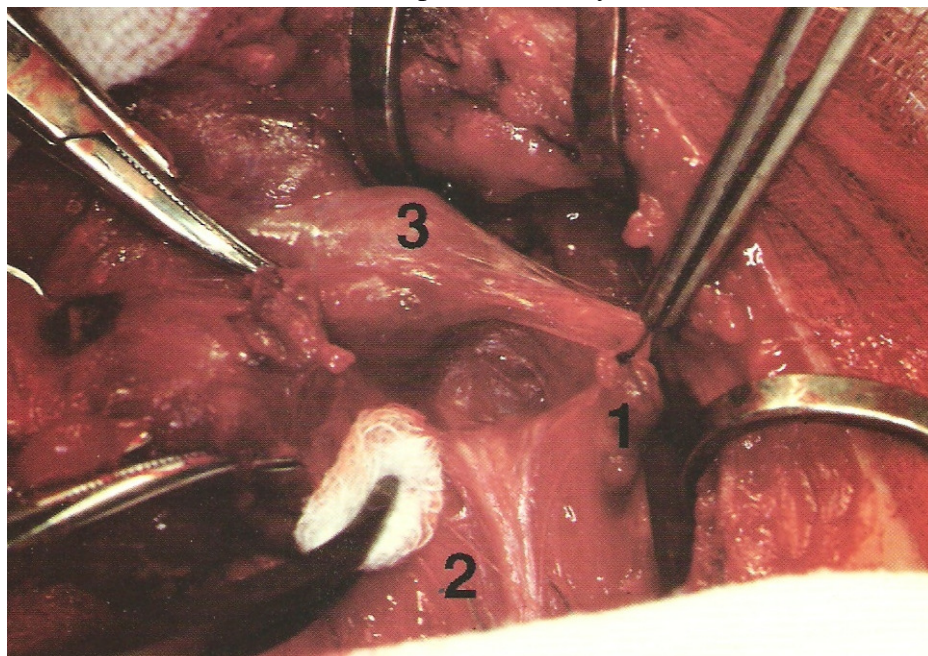


Typický vzhled přístítného tělíska

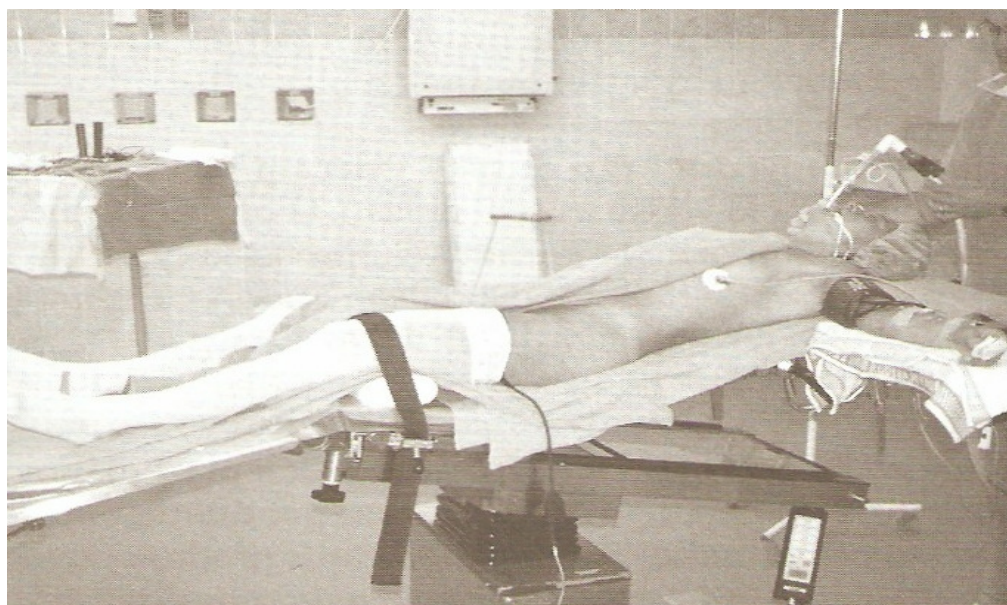


Oddělení horního pólu štítné žlázy od NLR a příštítného tělíska

1 – příštítné tělísko, 2 – NLR, 3 – horní pól štítné žlázy



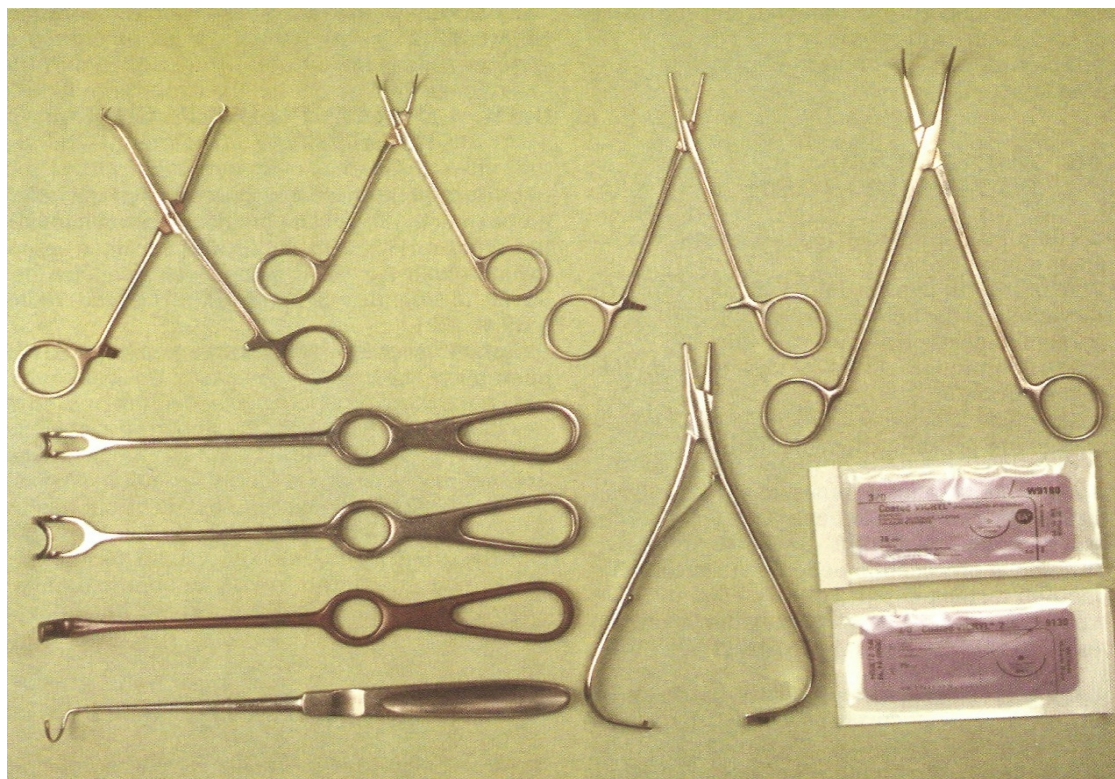
Poloha nemocného na operačním stole při operaci štítné žlázy



Ukázka jednoho ze systémů pro Redonovu podtlakovou drenáž



Základní nástroje pro operaci štítné žlázy

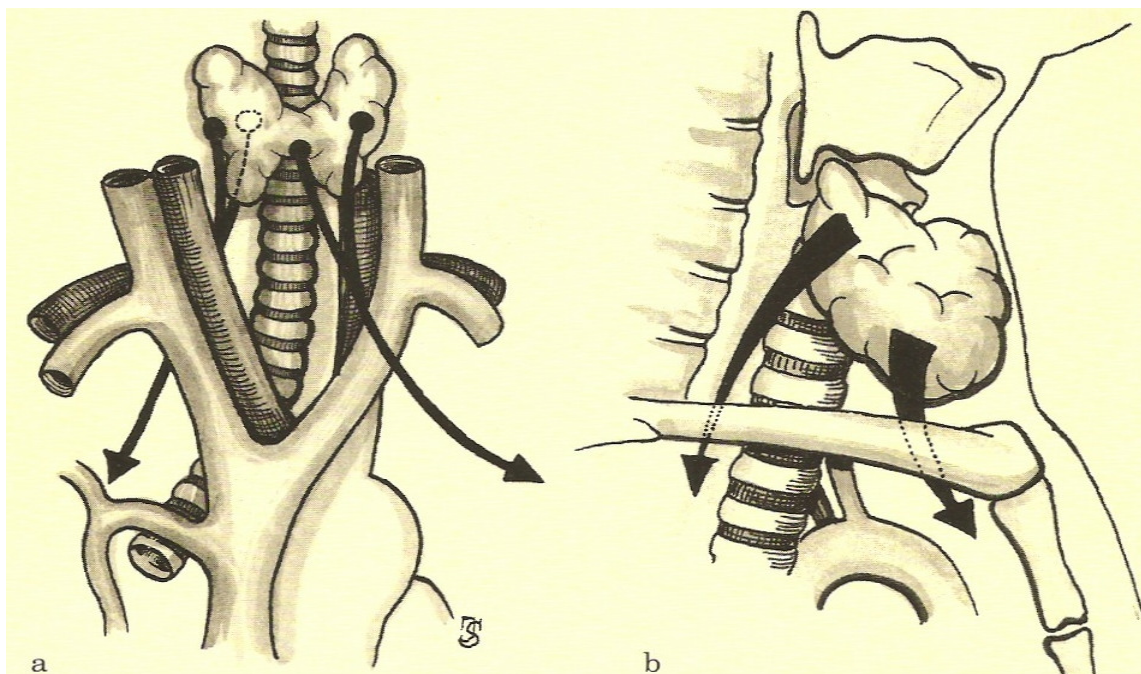


Brýle



U složitějších anatomických situací lze využít zvětšovací brýle (zvětšení 2x – 3x)

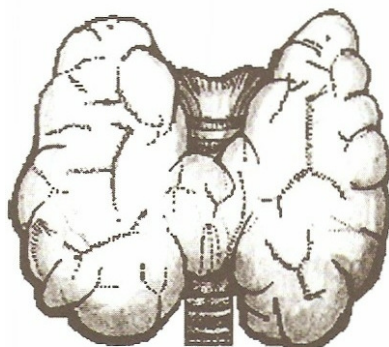
Šíření strum do retrosternálního prostoru



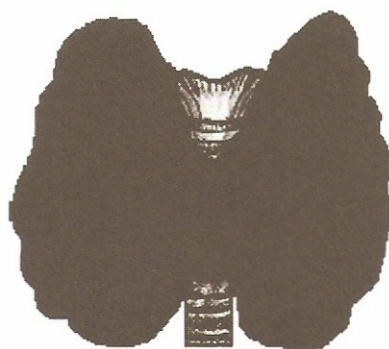
a pohled z přední strany

b pohled z boku

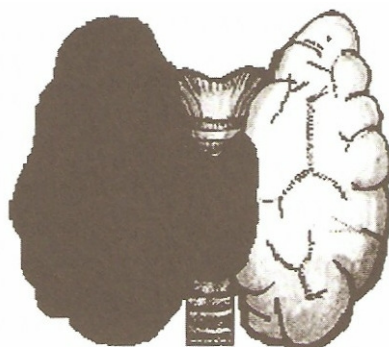
Schematické znázornění štítné žlázy před operačním výkonem



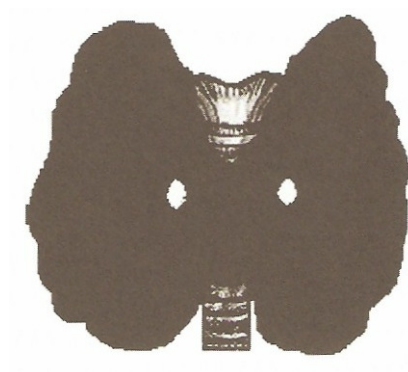
Schematické znázornění TTE (černě je vyznačena odstraňovaná tkáň)



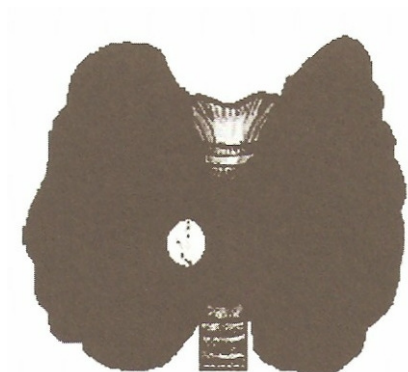
Schematické znázornění pravostranné lobektomie LT 1 dx (černě je označena odstraňovaná tkáň)



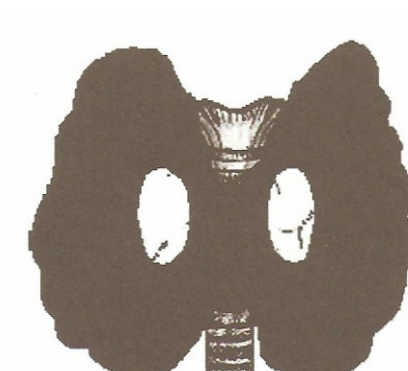
Schematické znázornění téměř totální tyreoidektomie nTTE (černě je vyznačena odstraňovaná tkáň)



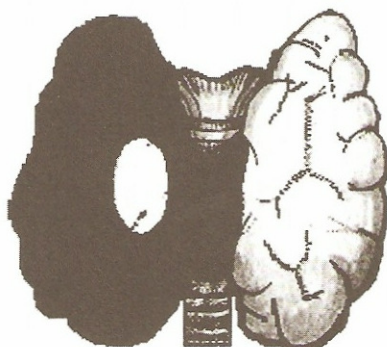
Schematické znázornění pravostranné téměř totální lobektomie nTL 1 dx (černě je vyznačena odstraňovaná tkáň)



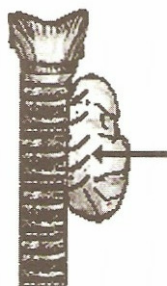
Schematické znázornění subtotální tyreoidektomie STE (černě je vyznačena odstraňovaná tkáň)



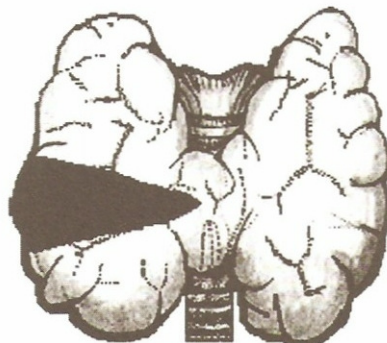
Schematické znázornění pravostranné subtotální lobektomie LS 1 dx (černě je vyznačena odstraňovaná tkáň)



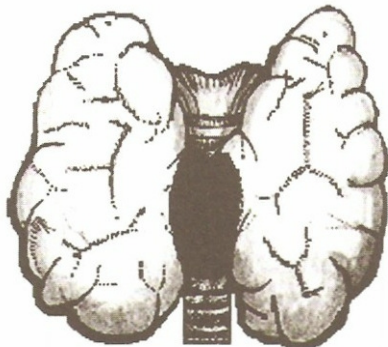
Schematické znázornění uchycení zbytku laloku štítné žlázy k anterolaterální stěně průdušnice při subtotální lobektomii (šipkou je označen jeden z fixačních stehů – u téměř totální lobektomie se tato fixace užívá zřídka vzhledem k malému množství ponechané tkáně)



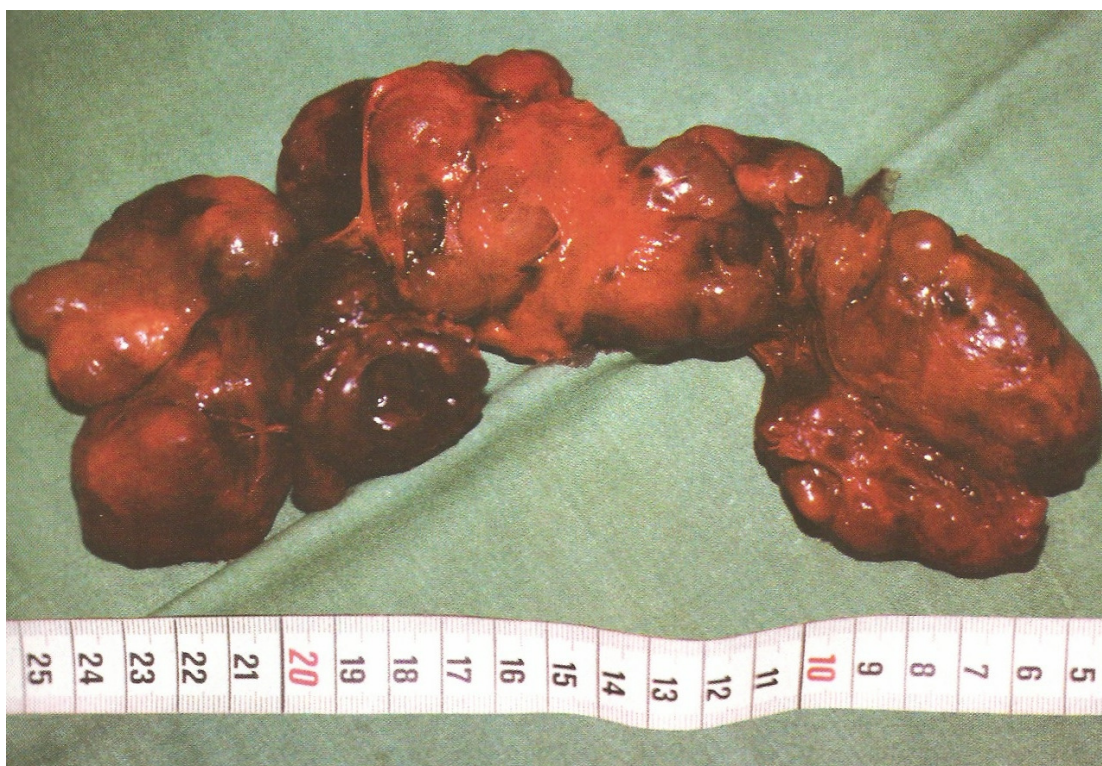
Schematické označení pravostranné klínovité excize (černě je vyznačena odstraňovaná tkáň)



Schematické znázornění resekce istmu (černě je vyznačena odstraňovaná tkáň)



Preparát odstraněné štítné žlázy



Folikulární karcinom štítné žlázy



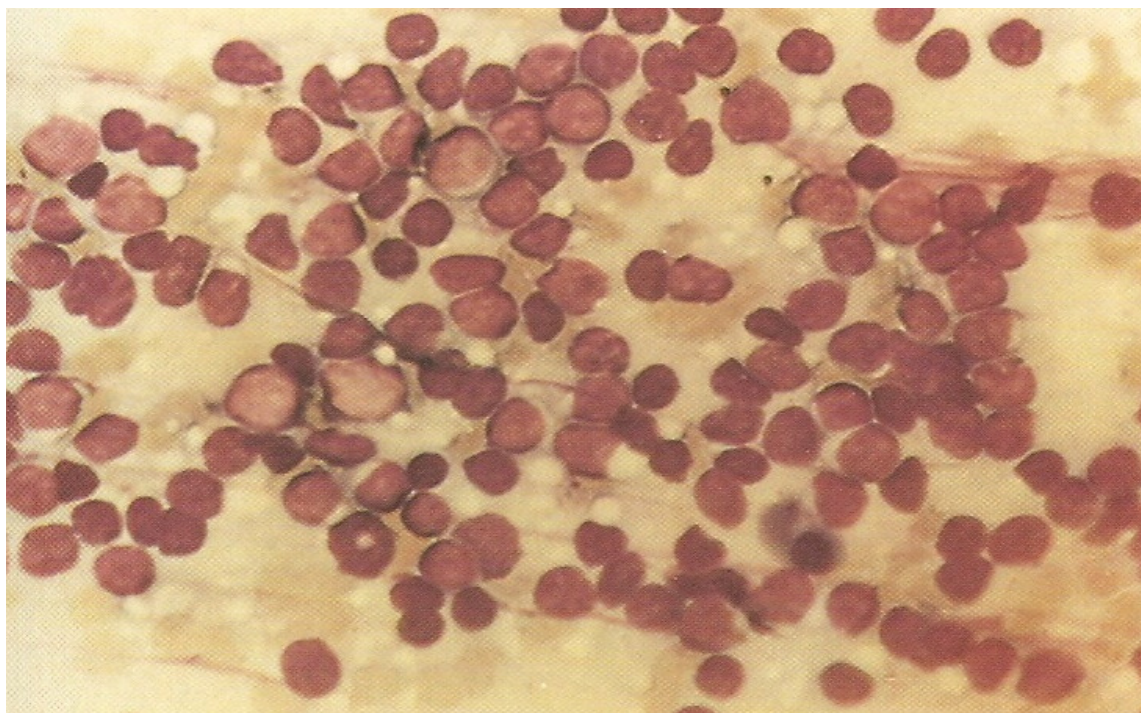
Kancerizovaný, atypický makrofolikulární adenom štítné žlázy, typu folikulárního karcinomu



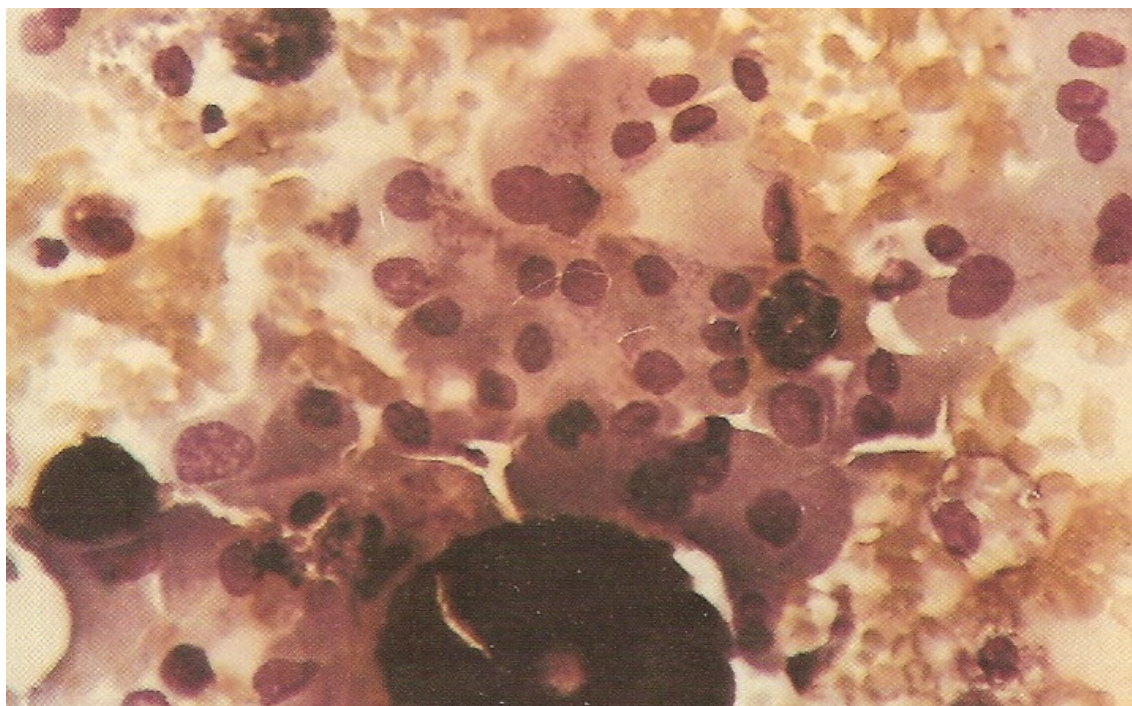
Folikulární karcinom štítné žlázy



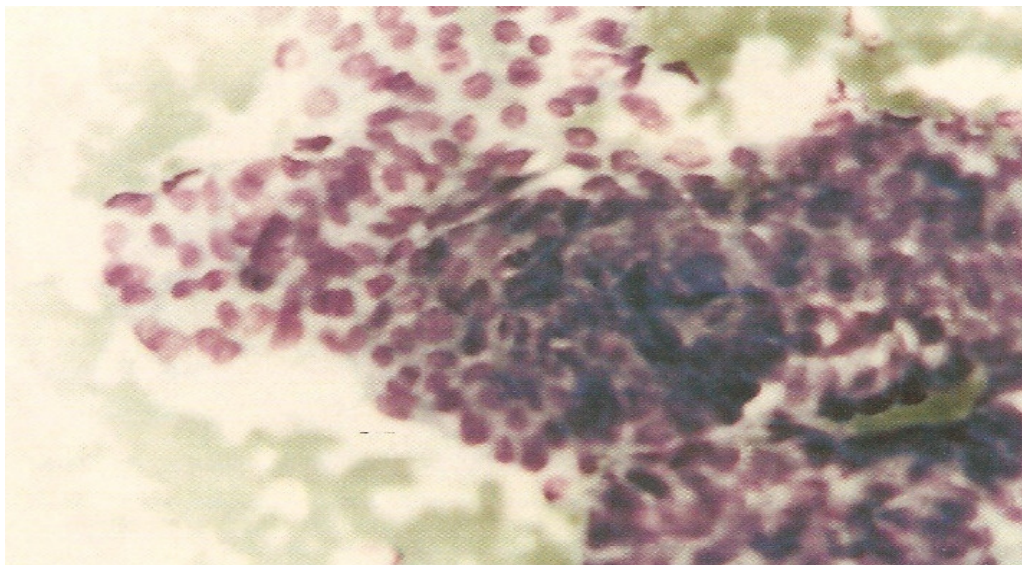
Lymfocytární tyreoiditida



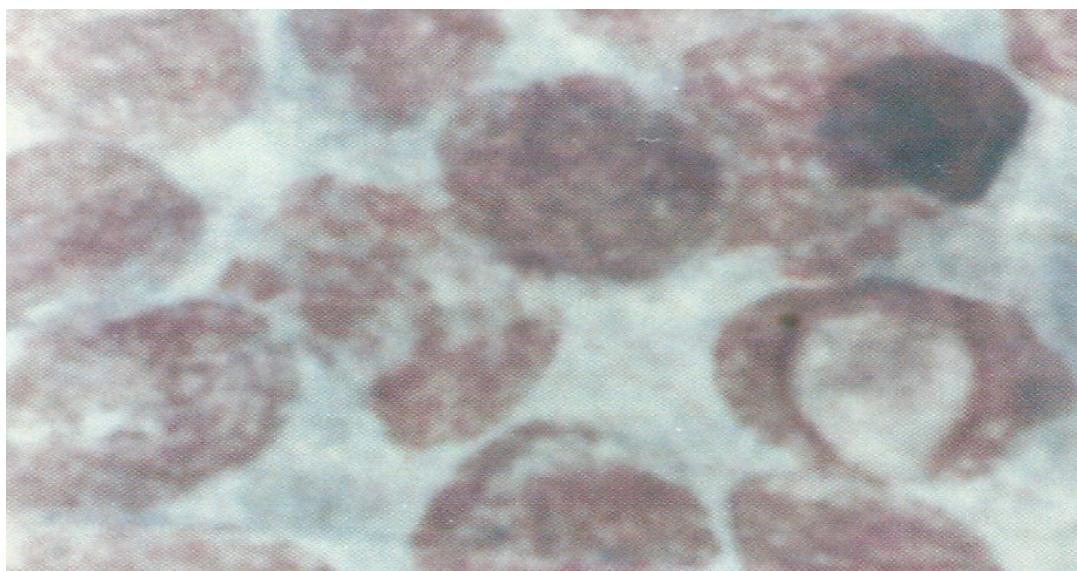
Onkocytární adenom



Karcinom štítné žlázy



Karcinom štítné žlázy



Endokrinní oftalmopatie

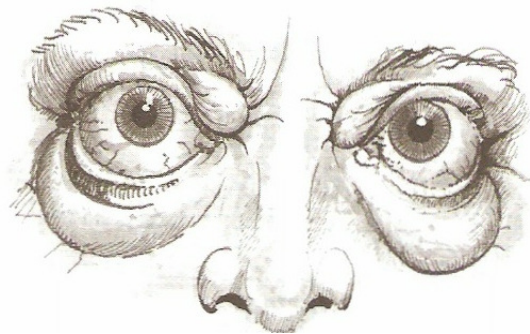


Nápadná retrakce víček, rotace levého bulbu dovnitř s diplopií



Výrazná protruze, podráždění spojivky, diplopie jen v krajní poloze vzhůru

Oční příznaky u endokrinní orbitopatie



Exoftalmus



Dokonale zahojená jizva po primární operaci

