

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2013**

**Jana Bendová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Jana Bendová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTKU  
S KARCINOMEM ŠTÍTNÉ ŽLÁZY**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2013

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 12. 2012.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji své vedoucí, Bc. Vladimíře Fremrové, za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady a připomínky. Především ale děkuji své pacientce, že si ke mně našla důvěru a mohla jsem díky ní být obohacena o zkušenosti z praxe a komunikační dovednosti, a to hlavně po lidské stránce. Velké díky také patří mé rodině za trpělivost.

## Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 ANATOMIE .....	11
1.1 Štítná žláza – glandula thyroidea.....	11
1.2 Štítná žláza –Fyziologie .....	11
1.3 Cévní zásobení.....	12
1.4 Inervace .....	12
1.5 Žlázy příštítné.....	12
1.6 Funkce příštítných tělísek.....	13
2 NÁDORY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY- ROZDĚLENÍ.....	14
2.1 Benigní nádory .....	14
2.2 Maligní nádory .....	14
2.3 Etiologie vzniku.....	15
2.4 Příznaky karcinomů.....	16
2.5 TNM klasifikace a prognóza karcinomů .....	16
2.5.1 Klasifikace dle Jaromíra Astla .....	16
2.6 Prognóza karcinomu štítné žlázy.....	17
3 DIAGNOSTIKA KARCINOMŮ .....	18
3.1 Anamnéza .....	18
3.2 Klinické vyšetření.....	18
3.3 Otorinolaryngologické vyšetření .....	18
3.4 Laboratorní vyšetření.....	19
3.5 Zobrazovací metody .....	19
3.6 Biopsie štítné žlázy.....	20
4 TERAPIE MALIGNÍCH NÁDORŮ .....	22
4.1 Výkony prováděné na štítné žláze.....	22
4.2 Tyreoablace radiojódem .....	22
5 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO .....	24
5.1 Vliv hospitalizace na pacienta .....	24
5.2 Sdělení závažné diagnózy.....	24
6 PŘÍPRAVA PŘED OPERACÍ .....	26
6.1 Dlouhodobá předoperační příprava .....	26
6.2 Psychologická předoperační příprava.....	27
6.3 Krátkodobá předoperační příprava .....	27
6.4 Edukace pacientky v oblasti pooperačního režimu .....	28
7 OPERACE A POOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	30

7.1	Poloha pacientky před operačním výkonem.....	30
7.2	Ošetrovatelská péče po operačním zákroku .....	30
7.3	Komplikace, hrozící v pooperačním období .....	31
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	32
8	FORMULACE PROBLÉMU .....	32
9	CÍL PRÁCE .....	33
10	VZOREK RESPONDENTŮ .....	34
11	MODEL FUNKČNÍHO ZDRAVÍ DLE MARJORY GORDONOVÉ .....	35
12	KAZUISTIKA Č. 1 .....	37
12.1	Anamnéza .....	37
12.1.1	Fyziologické funkce při příjmu: .....	38
12.2	Lékařská diagnóza .....	38
12.3	Lékařská vyšetření.....	38
12.3.1	Medikace během hospitalizace .....	39
12.4	Použité měřicí škály .....	40
12.4.1	Před operačním výkonem .....	40
12.4.2	Po operačním výkonu .....	40
12.5	Hospitalizace – průběh .....	41
13	ODBĚR OŠETŘOVATELSKÉ ANAMNÉZY PODLE MODELU MARJORY GORDONOVÉ.....	46
14	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	49
14.1	Před operačním výkonem .....	49
14.2	Po operačním výkonu .....	53
14.3	Potencionální – rizikové ošetrovatelské diagnózy .....	58
15	EDUKAČNÍ PLÁN .....	60
16	DISKUZE .....	61
	ZÁVĚR.....	65
	LITERATURA A PRAMENY.....	66
	SEZNAM ZKRATEK .....	68
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	70
	SEZNAM PŘÍLOH .....	75

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Bendová Jana

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Ošetrovatelská péče o klientku s karcinomem štítné žlázy.

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 82

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: karcinom štítné žlázy, chirurgie, otorinolaryngologie, ošetrovatelská péče

### **Souhrn:**

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o klientku s karcinomem štítné žlázy. Zabývá se problematikou ošetrovatelských diagnóz a péči o klienty s maligním onemocněním.

Teoretická část práce obsahuje anatomii štítné žlázy a příštítných žláz, diagnostiku onemocnění, jeho symptomy, etiologii, terapii a následnou péči. Zaměřila jsem se především na ošetrovatelskou péči v předoperační a pooperační fázi.

Praktická část bakalářské práce zahrnuje kazuistiku dvou pacientek, které musely podstoupit radikální chirurgickou operaci, zvanou totální tyroidektomie. Ošetrovatelský model jsem zvolila u obou pacientek podle Marjory Gordonové. Hlavním bodem práce bylo rozpracování ošetrovatelských diagnóz, které se vztahovaly na předoperační a pooperační ošetrovatelskou péči. Edukační plány jsem směřovala na pooperační režim a hygienu jizvy v domácím prostředí.



## **Annotation**

Surname and name: Bendova Jana

Department: Nursing

Title of thesis: Nursing care of the client with thyroid cancer

Consultant: Bc. Vladimíra Fremová

Number of pages – numbered: 82

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 34

Keywords: thyroid cancer, surgery, otorhinolaryngology, nursing care

### Summary:

This bachelor thesis is focused on nursing care of the client with thyroid cancer. It deals with dilemma of nursing diagnoses and the care of clients with malignant disease.

Theoretical part of this thesis contains anatomy of the thyroid and parathyroids, diagnosis of disease, its symptoms, aetiology, treatment and aftercare. I have focused on nursing care in pre and post-operative phase.

Practical part contains the casuistry of two clients, which had to undergo radical surgery, called thyroidectomy. I've chosen the same nursing care for both clients – by Marjory Gordon. The main point of this thesis was to develop nursing diagnosis for both pre and post-operative nursing care. I've addressed educational plans to post-operative mode and hygiene of the scar in a home environment.

## ÚVOD

Společným rysem nádorového onemocnění je to, že některá populace vlastních buněk organismu se vymkne kontrole a následně dochází k jejich dělení a růstu. Bujení může být neškodné, až do chvíle, kdy dojde k napadení zdravé tkáně a okolí. Karcinom štítné žlázy je relativně vzácný, ale zároveň patří mezi nejčastější nádory endokrinních žláz. V současné době incidence tohoto karcinomu stoupá.

Nejčastějším důvodem vzniku karcinomu štítné žlázy je radiační zátěž, genetické predispozice a je zde důležité zmínit i problematiku jodizace soli. Ve vyspělých zemích se s tímto problémem již nesečkáváme, ale v rozvojových zemích je to stále aktuální. Díky objevu diagnostických metod, erudici lékařů a informovanosti pacienta, dochází ke včasnému záchytu tohoto onemocnění a stoupá i úspěšnost léčby.

Pracuji na otorinolaryngologické klinice, kde se provádí operace na štítné žláze již od roku 2001. V posledních letech počet endokrinologicky nemocných stoupl několikanásobně a operativa z důvodu endokrinologických diagnóz a jejich komplikací vzrůstá. Na ORL klinice se chirurgicky odstraňují nejvíce pacienti s diagnózou *struma nodóza*. V rámci své odborné praxe jsem se zaměřila na pacientky, které podstoupily radikální operaci, zvanou *totální tyroidektomie* (strumectomy). S diagnózou struma nodóza je v dnešní době diagnostikováno a hospitalizováno stále více pacientů, převážně ženského pohlaví. Potvrzení maligního onemocnění je však častější u mladých žen středního věku. Díky pravidelným prohlídkám u praktických lékařů a endokrinologů se daří zjistit progresi onemocnění již v časném stádiu. Záleží jen na nás, lidech, zda jsme všímaví vůči svému zdraví a dokážeme navštívit lékaře, co nejdříve.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, že jsem chtěla poskytnout informace veřejnosti o tom, jak lze pečovat o pacienty po totální tyroidektomií. Dalším důvodem bylo prožívání celé terapeutické a ošetrovatelské intervence ve vlastní rodině. S nejasnou diagnózou se skoro 2 měsíce potýkala moje maminka, která byla pro psaní mé bakalářské práce inspirací. Nikomu bych nepřála ten beznadějný pocit, který ve mně celou tu dobu byl. Těžké období si prožívala jak moje maminka, tak celá naše rodina. Nejhorší bylo čekání na vyřčení diagnózy. Úleva a velký pocit štěstí nastal při sdělení negativního výsledku z histologického vyšetření.

Cílem praktické části bakalářské práce je vymezení ošetrovatelských problémů u pacientky v předoperačním období a po operaci. Pacientka byla hospitalizována na

otorinolaryngologické klinice a podstoupila totální tyroidektomii. Dalším cílem je výzkumné šetření, zda se podaří tyto problémy díky realizaci ošetrovatelské péče vyřešit.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE

### 1.1 Štítná žláza – *glandula thyroidea*

Štítnou žlázu řadíme do systému endokrinní soustavy. Žláza je typická svojí červenou až hnědou barvou. Leží v oblasti C5 – Th1 na laterální straně krku. Tvoří ji dva laloky (levý a pravý), které jsou spojeny *isthmem*, uloženým před průdušnicí v oblasti 2. – 4. prstence. (9)

„Laloky štítné žlázy mají tvar trojboké pyramidy 5 – 8 cm dlouhé, 2 – 4cm široké a 1,5 – 2cm tlusté a naléhají na hrtan a průdušnici.“ [9, str. 14]

Z levého laloku pak vystupuje *lobus pyramidalis*. Do zadních částí laloků se zanořují příštítná tělíska. Pouzdro, kterým je štítná žláza obalena, je z vaziva – *capsula fibrosa*. Obal je rozdělen na *capsula externa* a *capsula propria*, která plně naléhá na *thyreoideu*. Prostory mezi pouzdry vyplňují žilní pleteně. Žláza je fixována k okolí pomocí vazů (*ligament*). (7,2)

### 1.2 Štítná žláza – Fyziologie

Zdravá štítná žláza váží kolem 30 – 40 gramů. Hmotnost mohou ovlivňovat faktory, jakými jsou věk, pohlaví nebo geografické umístění. Z hlediska pohlaví mají muži menší štítnou žlázu než ženy. (7)

Buňky, tvořící *thyreoideu*, se nazývají **tyreocyty** a jsou epitelového původu. Vychytávají jod aktivním procesem díky jodidové pumpě. Tvorbou tyreoidálních hormonů ve štítné žláze a tvorba samotných tyreocytů je závislá na **TSH**, který je produkován hypofýzou. Jod je nepostradatelný pro syntézu hormonů štítné žlázy. Do těla se dostává potravou. Stroma štítné žlázy se rozděluje na **lalůčky** (*lobuli*) a **váčky** (*folliculy*). Kolem folikulů se nachází velké množství mizních a krevních kapilár. Folikuly jsou tvořeny koloidem, obsahujícím **thyreoglobulin** – vysokomolekulární glykoprotein – a ten dále utváří další hormony thyroidy – **thyroxin** (T4 – tetrajodthyronin, hlavní hormon štítné žlázy), **dijodthyronin** (T2) a trijodthyronin (fT3). Dalším hormonem, tvořeným ve štítné žláze, je **kalcitonin**. Je vylučován parafolikulárními buňkami štítné žlázy a reguluje množství vápníku v krvi. V těhotenství kalcitonin zabraňuje odvápnění kostí. Jod,

nevychytaný thyroidou, je na určitou přechodnou dobu alokován v žaludeční sliznici a slinných žlázách. Vylučuje se z těla výhradně ledvinami. (2, 7)

### 1.3 Cévní zásobení

Štítná žláza je bohatě prokrvená. Horní část laloku zásobují *arteria carotis externa* a *arteria thyreoidea superior*. Dolní část laloku a zadní stranu zajišťuje párová *arteria thyreoidea inferior*. Dále se zde větví *arteria thyreoidea ima*, která je nekonstantní. Žíly, sbírající krev z prostoru mezi pouzdry, se nazývají *vv. thyreoideae superiores* a *vv. thyreoideae mediae*, vedoucí krev do *v. jugularis interna*. Do *v. brachiocephalica sinistra* ústí párová *vv. thyreoideae inferiores*. Mízní systém štítné žlázy je velmi bohatý. Cévy vytváří v intersticiu žlázy interlobulární plexus. Poté putují do krčních lymfatických uzlin a do žil krku. (7, 12)

„Z istmu a z bazálních částí obou laloků odtéká míza kaudálním směrem do nody *lymphatici praetracheales* (tzv. *delfské uzliny*) a *paratracheales*. Kraniálně pak do *paralaryngeálních uzlin*.“ (9, str. 16)

Dále lymfa proudí do hrudního mízovodu a z krčních uzlin do *ductus lymphaticus*. Oba mízovody poté míří do *vena subclavia*. (7)

### 1.4 Inervace

Inervaci štítné žlázy zajišťují jak sympatická, tak parasympatická vlákna. Sympatická složka je zajištěna z krční oblasti z *nervus cardiacus cervicalis superior et medius* (7, str. 406) – *Nervus vagus* pak řídí parasympatická vlákna. (7)

*Nervus laryngeus inferior–nervus recurrens* patří do motorického systému nervů. Podílí se na hybnosti hlasivek. Při poškození tohoto nervu na jedné straně dochází k chrapotu a při oboustranném poškození dochází k inspirační dušnosti. Je to dáno paramediálním postavením hlasivek a následným zúžením hlasové štěrbin. (9)

*Nervus laryngeus superior* vystupuje z větví nervu vagu. Jeho cesta vede do hrtanu. Při poranění nervu dochází k poškození hlasivek a následně k projevům, jakými jsou neschopnost zpívat, chrapot a zhrubělý hlas. (2, 9)

### 1.5 Žlázy příštítné

Příštítná tělíska (*glandulae parathyroideae*) jsou malé útvary čočkovitého tvaru, umístěné na zadní straně štítné žlázy. V těle jsou obvykle přítomna čtyři. Jsou uložena blízko

vratného nervu. Dělí se na horní (*superior parathyroid gland.*) a dolní (*inferior parathyroid gland.*) Každé příštítné tělísko je obaleno kolagenním vazivem.

Příštítná tělíska jsou důležitá pro správný vývoj a růst kostí. Produkuje parathormon (PTH), který urychluje odbourávání vápníku z kostí při jeho nedostatku v krvi – antagonistou PTH je kalcitonin. Cévně jsou zásobena z větví *a. thyroidea inferior.*

Příštítná tělíska tvoří lalůčky, ale trámce buněk. Ty se dělí na buňky hlavní a oxyfilní. Vznikají až od 7. roku dítěte a nabývají na počtu. Při zhoubném nádoru štítné žlázy a jeho radikálním řešení může dojít k poranění příštítných tělísek s případnou komplikací, zvanou hypoparathyroidismus a následnou hypokalcemií. Poškození příštítných žláz se projevuje parestezií a v horším případě až tetanickými křečemi. Po operaci štítné žlázy je proto nutné sledovat hodnoty vápníku a fosforu v krevním séru. Náběry krve se provádějí 1x denně od prvního dne po operaci až do konce hospitalizace. Každého pacienta po strumektomii je nutno dispenzarizovat v endokrinologické poradně, kde mu jsou následně doporučeny a předepsány léky k substituci. (2, 7)

## **1.6 Funkce příštítných tělísek**

Příštítné žlázy vytváří parathormon. Ten má důležitou funkci v regulaci hladin fosforu a vápníku v krevním séru.

Hypoparathyroidismus může být způsoben i odstraněním příštítných žláz při chirurgickém řešení. Vzniká například u benigního adenomu příštítných tělísek. Při hyperfunkci dochází k osteoporóze a nadměrnému vylučování vápníku močí.

Terapie spočívá v chirurgickém odstranění adenomu a postižené příštítné žlázy. Při hypoparathyroidismu dochází k velmi rychlému odbourávání vápníku z kostí, v krvi je ho tak vysoké množství. Stav vede k tetanickým křečím a následné smrti organismu. Hyperfunkce může vzniknout také u dialyzovaných klientů, kdy mají nízkou hladinu vápníku v krvi. (7, 12).

## 2 NÁDORY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY- ROZDĚLENÍ

### 2.1 Benigní nádory

Benigní (nezhoubné) nádory jsou opouzdřené adenomy, tvořené folikulárním epitelem. Mají tvar uzle různé velikosti. Rozlišujeme několik druhů folikulárních adenomů. Do benigních nádorů řadíme také onkocytom, pocházející z Hurtleho buněk. Dle ICD klasifikace se určuje, kde jsou adenomy považovány ještě za benigní a kde lze již brát nádor za maligní. U folikulárního adenomu hrozí maligní zvrát. (2, 9)

### 2.2 Maligní nádory

Thyroidie je ze všech endokrinních orgánů postižena nejvíce. Maligní (zhoubné) nádory zaujímají kolem 90%. Mezi tato vážná onemocnění patří široká škála nádorů. Každý nádor má různý průběh. Přestože karcinom může postihnout i nižší věkové kategorie, více jsou postiženy ženy středního a vyššího věku. (6)

- **Diferencovaný papilární karcinom**

Patří mezi diferencované nádory. Častější výskyt je prokázán u žen mezi 40. – 60. rokem. Postižené ale mohou být i malé děti a mladiství. Tento typ maligního nádoru nebývá příliš agresivní. Existuje ho několik variant. Nádor roste uvnitř štítné žlázy a tvarem připomíná uzel. Ten je pak opouzdřený nebo tkání prorůstá infiltrativně. V lalocích štítné žlázy jich může být více. Asi 40% postižených má uvnitř uzlu přítomna psamomatózní tělíska. (9, 14)

- **Diferencovaný folikulární karcinom**

Folikulární nádor je diagnostikován v 15% případů maligních nádorů štítné žlázy. Vyskytuje se v místech s nedostatkem potravin, obsahujících jód. Folikulární nádor může vytvářet metastázy, šířící se krví do kostí nebo plic. Ženy jsou tímto typem nádoru postiženy více než muži. U 3 – 15% případů se metastázy dostávají do nejbližších lymfatických uzlin. (13,14)

- **Nediferencovaný anaplastický karcinom**

Anaplastické nádory jsou velmi agresivní. Tvoří je buňky, které mají několik jader. Podle toho zjišťujeme, zda je nádor malobuněčný, či velkobuněčný. Thyroideu postihují v 5%. Ohroženi jsou nemocní, kteří trpí strumou několik let. Může se šířit do

lymfatických uzlin, ale také hematogenně do kostí, plic a jater. Léčba spočívá v aktinoterapii, protože chirurgická intervence již nebývá možná. Pokud však nádor prorůstá do okolí, je nutné založení tracheostomie. Konkomitantní chemoterapii provádí onkologové. (13, 14)

- **Medulární karcinom**

Na jeho tvorbě se podílí C-buňky a polygonální buňky, které mají světlou cytoplasmu. Výskyt tohoto typu je kolem 10%. Může se objevovat sporadicky, ale také familiárně. Při vyšetření krevního séra nacházíme zvýšené množství kalcitoninu, protože ho parafolikulární buňky produkují ve zvýšeném množství. Typ MTC je v 25 – 30% dědičný. Proto je nutností nechat vyšetřit pokrevní příbuzné nemocného. U nich se provádí screening. Pokud je zjištěna hyperplazie C-buněk, pak jsou indikováni k totální tyroidektomii. Výkon je možno provést již u kojenců. (14, 27)

- **Lymfomy a sarkomy**

Výskyt obou nádorů je vzácný, kolem 0,6 – 5%. Více postihuje ženy vyššího věku. Podkladem pro vznik může být autoimunní tyreoiditida (někdy také Hashimotova, zánět štítné žlázy). Primární nádor, jehož výskyt je vzácný, se jmenuje non Hodgkinův B-lymfom. Z léčby je indikována radioterapie. Nejsou-li postiženy přilehlé uzliny, je indikována totální tyroidektomie. Mezi sarkomy vzácného typu patří hemangiopericytomy a angiosarkomy. Terapie spočívá v radikálním chirurgickém odstranění štítné žlázy a ozařování. (2, 4)

- **Sekundární nádory**

Do štítné žlázy metastazují nádory orgánů, které se nachází v jejím okolí (hrtan, hltan, jícen a trachea). Metastatické šíření nádoru může probíhat také hematogenně (například z mléčných žláz, ledvin) a pomocí lymfatického systému. (9, 4)

## **2.3 Etiologie vzniku**

Karcinomy štítné žlázy hrozí i u člověka, který byl vystaven nadměrnému radiačnímu záření. Působení záření na lidský organismus se může projevit až po několika letech. Dalším rizikovým faktorem je výskyt nádoru thyroidy v rodině. Jde zde o familiární formu, kdy pokrevní příbuzní jsou ohroženi 5 – 8x častěji než ostatní zdraví jedinci. Dlouhodobý deficit jodu může způsobovat vznik kongenitální strumy, následného folikulárního nádoru nebo jiných forem malignit.



Další ohrožení tvoří předchozí operace štítné žlázy bez substituční terapie. Recidiva eufunkční strumy může být v 1 – 7% maligní. Faktory podílející se na vzniku nádoru mohou být Hashimotova tyreoiditida, toxické adenomy a Graves-Basedowova choroba. Z hormonů je vznik nádoru podporován nízkou hladinou estrogenů. Velký podíl na vzniku nádorového bujení má samozřejmě kouření a alkohol. (9)

## 2.4 Příznaky karcinomů

Zvětšení strumy může být první příznak nádorového bujení. Mezi hlavní příznaky patří rychle rostoucí, hmatný uzel ve štítné žláze. Přilehlé lymfatické uzliny bývají zvětšeny. Pacienti si nejčastěji stěžují na chrapot, bolesti v krku spojené s dysfágií a dýchací potíže doprovázené stridorem. U anaplastického karcinomu může dojít při rychlé invazi k fixaci kůže. Celkově nemocní ubývají na váze, neprospívají a jsou zvýšeně unavení. Několik procent postižených trpí bolestmi kostí. (5,14)

## 2.5 TNM klasifikace a prognóza karcinomů

Klasifikace TNM se zabývá stádiiem nemocí, hodnocením velikosti nádorů a metastáz. Díky tomuto systému se může odhadovat prognóza nemoci a následná terapie. Po histologickém upřesnění diagnózy se každý nádor řeší podle typu.

### 2.5.1 Klasifikace dle Jaromíra Astla <sup>1</sup>

#### Klasifikace T:

- TX** primární nádor nelze posoudit
- T0** žádné známky primárního nádoru
- T1** nádor do 1cm ohraničený na štítnou žlázu (*T1 nádor menší než 2cm*)
- T2** nádor 1 – 4 cm ohraničený na štítnou žlázu (*T2 nádor 2 – 4cm*)
- T3** nádor větší než 4 cm ohraničený na štítnou žlázu (*nebo jakýkoli nádor s minimálním šířením mimo štítnou žlázu např. do m. sternocleidomastoideus do měkkých tkání v okolí štítnice*)
- T4** nádor šířící se mimo štítnou žlázu
- T4a** nádor se šíří mimo pouzdro štítné žlázy a postihuje jakoukoli z následujících struktur: podkožní měkké tkáně, hrtan, tracheu, jícen, *n. laryngeus recurrens*

---

<sup>1</sup> (2, str. 57-58)

**T4b** nádor postihuje nevertebrální fascii, cévy mediastina nebo obrůstá *a. karotis*

#### **Klasifikace N:**

**NX** uzliny nelze posoudit

**N0** bez známek metastáz

**N1** regionální mízní metastázy

**N1a** stejnostranné metastázy (*N1 a metastázy do oblasti VI – pretracheálně, paratracheálně a prelaryngeálně*)

**N1b** oboustranné, kontralaterální či mediastinální metastázy (*N1b metastázy do jiné oblasti než je oblast VI – pretracheálně, paratracheálně a prelaryngeálně jednostranně, oboustranně, či do horních mediastinálních uzlin (2, str. 58)*)

#### **Klasifikace M:**

**MX** přítomnost vzdálených metastáz nelze posoudit

**M0** vzdálené metastázy nejsou přítomny

**M1** vzdálené metastázy jsou prokázány pTNM klasifikace odpovídá kategoriím T, N, M. Pro klasifikaci N0 by mělo být vyšetřeno ne méně než 6 lymfatických uzlin. (2, str. 58)

## **2.6 Prognóza karcinomu štítné žlázy**

Prognóza nádorů štítné žlázy je diferencovaná dle typu nádoru. Papilární a folikulární maligní nádor má dobrou prognózu s více než pětiletým přežitím. Do 10 až 15 let zemře 1 – 21% pacientů s papilárním druhem nádorového bujení. Metastázy do přilehlých uzlin bývají časté u papilárního typu.

Mikrokarcinomy z papilárních buněk mají velice dobrou prognózu. Agresivnější maligní nádor, pocházející z folikulárních buněk se nazývá Hurtleho karcinom. 76% nemocných zde přežívá více než 10 let. U folikulárního typu nádoru podlehne 30% nemocných během 10 – 15 let. U medulárního nádoru umírá 20 – 40% pacientů do 10 let od stanovení diagnózy. Úplně nejhorší prognóza je u nádoru anaplastického. Pouhých 14% pacientů se dožívá osmi měsíců. Prognóza u sarkomů a lymfomů je také velmi nepříznivá. (1, 8, 11)

## **3 DIAGNOSTIKA KARCINOMŮ**

### **3.1 Anamnéza**

Mezi základní vyšetření v ORL diagnostice patří anamnéza. Pacientka popisuje obtíže. Důležitou roli hraje časový interval – jak dlouho potíže trvají. Rozhovorem zjišťujeme osobní, rodinnou, pracovní, sociální, alergologickou a farmakologickou anamnézu. Pacientky se dotazujeme též na kouření, požívání alkoholu a celkový životní styl. Důvěrné informace říkají o pacientce mnoho. Nastihují celkový obraz jejího životního stylu a ukazují možná zdravotní rizika, vedoucí ke vzniku onemocnění.

### **3.2 Klinické vyšetření**

Klinické vyšetření je nedílnou součástí stanovení diagnózy. Pohledem lékař zjišťuje stav dutiny ústní, nosní a ušní. Všimá si anomálií a asymetrií na krku. Zvětšení lymfatických uzlin v krční oblasti může být známkou metastáz. Vyšetření pohmatem upřesňuje diagnostiku strumy. Poslechem lékař zjišťuje fenomény ve tkáni. U strum a jiných onemocnění štítné žlázy je nutné měřit a sledovat velikost krku. (2)

### **3.3 Otorinolaryngologické vyšetření**

Otorinolaryngolog vyšetří pacientku pohmatem, pohledem zjišťuje stav hrtanu a přilehlých uzlin. Následuje otoskopické vyšetření obou uší. Rinoskopicky lékař vyšetří dutinu nosní. Pokračuje prohlídkou dutiny ústní, kde klade veliký důraz na stav zubů, velikost jazyka, oblouků patra, krčních mandlí a vchod do hltanu.

Nedílnou součástí otorinolaryngologického vyšetření je nepřímá a přímá laryngoskopie. Nepřímá laryngoskopie je vyšetření hypopharyngu a laryngu pomocí laryngoskopického zrcátka a vnějšího světelného zdroje. Lékař prohlédne horní část hrtanu, kde sleduje hlasivky a jejich pohyblivost. (2, 1)

#### **Úloha sestry při otorinolaryngologickém vyšetření**

Sestra zde hraje velikou a důležitou roli nejen v přípravě pacientky na vyšetření, ale také v asistenci lékaři během samotného úkonu. Úkolem sestry je pacientku dostatečně informovat o všem, co otorinolaryngologické vyšetření obnáší. Vysvětluje důležitost dobré spolupráce při nepříjemném vyšetřování, aby nedošlo k iatrogennímu poškození.

Připravuje pacientku na možnost pocitu dávení, vzniku nauzey a zvracení. Pacientka tak ví, co ji bude čekat a snáze zvládne nepříjemnou situaci, která může nastat při vyšetření.

Přítomnost sestry vzbuzuje v pacientce důvěru a pocit bezpečí. Sestra požádá pacientku, aby se posadila do vyšetřovacího křesla a vkládá do rukou emitní misku s buničitou vatou. Dále připravuje sterilní nástroje a asistuje lékaři. Pokud pacientka hůře spolupracuje nebo nespolupracuje vůbec, sestra pomáhá s fixací hlavy a udržuje s ní verbální komunikaci. (22)

### **3.4 Laboratorní vyšetření**

Pro laboratorní stanovení hladin hormonů T3, T4, TSH, fT3 a fT4 sestra odebírá pacientce krev. Z odběrů se dále stanovuje hladina kalcitoninu v krvi. Toto vyšetření je indikováno u medulárního karcinomu.

U onemocnění, která souvisí s autoimunitou, se indikují náběry krve na protilátky proti tyreoglobulinu, antimikrozomální protilátky, protilátky proti TSH receptoru a protilátky proti tyreoidální peroxidáze. Také je třeba kontrolovat hladinu fosforu a vápníku v séru. (2)

### **3.5 Zobrazovací metody**

- **Ultrasonografické vyšetření**

Mezi základní vyšetření řadíme ultrasonografické vyšetření, které je první volbou zobrazovacích metod. Je cenově dostupné, nebolestivé a nevyžaduje speciální přípravu pacientky. Ultrasonografií lze zobrazovat celou tkáň štítné žlázy a její uložení. Lékař vyšetřením zjišťuje degenerativní změny, patologické útvary, metastatické uzliny v krční oblasti, krvácení do parenchymu, vnitřní jugulární žíla (*vena jugularis*) a společná karotida (*arteria carotis communis*). Velký význam má sonografie v oblastech s deficitem jodu. (2, 9)

- **RTG jícnu**

Rentgenologické vyšetření jícnu se provádí za pomoci baryové suspenze, kterou musí pacientka před zářením vypít. Pacientka by měla být nalačno aspoň 6 hodin, o této skutečnosti ji sestra předem poučí. Tímto vyšetřením lékař zjišťuje, zda v jícnu nejsou žádná patologická zúžení a útvary v jícnu. (2)

- **RTG plic**

Rentgenologické vyšetření nevyžaduje lačnění ani jinou zvláštní přípravu. Na plicích lékař vyšetřením zjišťuje patologické útvary. (2)

- **Počítačová tomografie**

CT vyšetření je indikováno u maligních nádorů. Lékař vyšetřením zjišťuje, zda nádor neprorostl do trachey, hrtanu nebo jiných okolních částí. Je indikováno u rozsáhlých metastáz. (2)

- **Scintigrafie**

Scintigrafie se využívá při diagnostice toxického adenomu nebo po operacích karcinomů thyroidy k zjištění metastatického šíření. Scintigrafie se v dnešní chirurgii používá také během operace – peroperačně. Je určena k navigaci chirurga. Při scintigrafickém vyšetření se pacientovi podávají radiofarmaka i. v. formou –izotopy technecia v podobě methylisobutylisonitrilu nebo sodné soli. (2)

### **3.6 Biopsie štítné žlázy**

Biopsie štítné žlázy je invazivní metoda, která se provádí pomocí tenké punkční jehly, kterou lékař zavede pod sonografickou kontrolou do místa určeného endokrinologem. Endokrinolog pacientku objedná na biopsii štítné žlázy, vypíše podrobně a důkladně žádanku, včetně alergií. Vydá jí informovaný souhlas, který po bedlivém pročetí pacientka podepíše. Ostatní všeobecnou přípravu zajišťuje sestra. Dotazuje se pacientky, zda nemá problémy se srážlivostí krve, upozorní na nutnost odstranění šperků z krční oblasti. Vysvětlí pacientce, že bioptické vyšetření nevyžaduje lačnění. Sestra se snaží pacientku psychicky podpořit a informuje ji o tom, že výkon se provádí v lokálním znecitlivění.

Na klinice zobrazovacích metod sestra vyzve pacientku, aby si svlékla věci do půl těla a položila se na vyšetřovací lůžko. Připraví sterilní nástroje, USG přístroj a asistuje lékaři při vyšetření. Biopsie štítné žlázy se provádí pomocí tenké punkční jehly, kterou zavede lékař pod sonografickou kontrolou do místa určeného endokrinologem. Je to invazivní metoda, kdy lékař zavede punkční jehlu do místa odběru. Zde aspiruje vzorek materiálu, podezřelého uzlu na bioptické a cytologické vyšetření.

Během výkonu sestra sleduje chování a zdravotní stav pacientky. Udržuje s ní nepřetržitě verbální a neverbální komunikaci. Po provedené biopsii sestra překryje místo

vpichu sterilním tampónkem s dezinfekčním roztokem a přelepí náplastí. Na závěr upozorní pacientku, aby se 12 hodin vyvarovala fyzické zátěže. Zajištěný vzorek popíše a spolu s žádankou odešle do bioptické laboratoře. (2, 28)

## 4 TERAPIE MALIGNÍCH NÁDORŮ

První volbou v léčbě maligních nádorů je radikální chirurgická operace, při které se odstraňuje celá tkáň thyroidy a uzliny, které jsou postiženy metastázami. Následuje ozařování (aktinoterapie), případně terapie radiojódem. Aktinoterapie se provádí u karcinomů, které neakumulují jod. Radiojod je pak indikovaný u pacientů, jejichž nádor dokáže jod akumulovat. (2)

### 4.1 Výkony prováděné na štítné žláze

Mezi základní a hlavní léčbu karcinomu štítné žlázy patří radikální chirurgická operace. Štítnou žlázu lze operovat několika způsoby. (2)

- **Částečné odstranění štítné žlázy** (*thyroidectomy subtotalis*)  
Operační výkon, při němž se zachovává tkáň o velikosti 5x5x15 mm. (9)
- **Úplné odstranění štítné žlázy** (*thyroidectomy totalis*)  
Při radikálním chirurgickém výkonu se odstraňuje celá tkáň. Při zjištění metastáz se při totálním výkonu provádí disekce uzlin v krční oblasti. (3)
- **Částečná resekce jednoho laloku** (*lobectomy subtotalis*)  
Výkon, který odpovídá jednostranné subtotální tyreoidektomii. (9)
- **Odstranění istmu** (*resection isthmi*)  
Výkon se provádí u neoperovatelných malignit, které utlačují přilehlé orgány. (9)

### 4.2 Tyreoablace radiojódem

Při histologickém potvrzení maligního onemocnění musí pacientka dva měsíce po zákroku podstoupit tyreoablaci radiojódem, pomocí níž dojde ke zničení zbytku štítné žlázy. Pacientka je hospitalizována v Praze na oddělení nukleární medicíny. Procedura tyreoablace spočívá v požití bezbarvé, radioaktivní tekutiny, která působí destruktivně na zbytky štítné žlázy.

Sestra podává informace o nutnosti hospitalizace na oddělení, trpělivě vysvětluje, kdy podstoupí hlavní procedury ozařování a upozorní na radioaktivitu, kterou bude pacientka po aplikaci terapie vyzařovat. Sestra pomáhá pacientce překonat největší úskalí

hospitalizace – odloučení od rodiny. Musí být také zajištěna bezpečnost personálu – omezením kontaktu mezi pacientkou a zdravotníky, právě díky radioaktivnímu záření.

Pacientka může být v kontaktu s rodinou telefonicky před započítím terapie a až od 4. dne po procesu ozáření. Sestra pacientku upozorní, aby močila pouze do připravených a označených lahví. V moči jsou zbytky radiojódů a likvidace probíhá na místech, k tomu určených. (9, 10)

Tyreoblace se používá také u metastáz, které se dostaly do thyroidy. Po terapeutické proceduře lékař provede pacientce scintigrafické vyšetření celého těla. Pokud se zbytek tkáně zmenší o 5% za celý den, pak lékař indikuje substituční hormonální preparát. Při propuštění z oddělení nukleární medicíny lékař vysvětlí pacientce, že je nutné hospitalizaci opakovat ještě za 6 měsíců, aby se zjistilo, zda byla terapie radiojodem účinná a zda nejsou přítomny metastázy. Opakovaná terapie radiojodem se musí provádět až za 6 měsíců, aby nedošlo k radiačnímu poškození pacientky (nemoc z ozáření). (9, 10)



## **5 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO**

### **5.1 Vliv hospitalizace na pacienta**

Příjem pacientky do nemocničního zařízení znamená vytržení z běžného, každodenního života. Sestra volí pro pacientku pokoj, kde leží pacienti v podobné věkové kategorii. Hospitalizace může u pacientky vyvolávat úzkost, strach z diagnostických a terapeutických postupů. Ne každý člověk snáší pobyt v nemocnici dobře. Záleží na mnoha faktorech. Jedním z nich je onemocnění, které je důvodem pobytu v nemocnici. Pokud jde o vážnou formu nemoci, může mít hospitalizace obrovský, negativní vliv na prožívání.

Hospitalizací pacientka ztrácí svoji společenskou identitu. Nyní se nachází v pracovní neschopnosti a nemůže vykonávat různé aktivity, na které byla doposud zvyklá. Sestra přistupuje k pacientce holisticky, komplexně, jako k bio-psycho-sociální, spirituální bytosti a uspokojuje všechny její potřeby. Důraz klade na bezchybnou, citlivou ošetrovatelskou péči, kterou provádí dle platných standardů a norem. Sestra si všímá verbální a neverbální komunikace ze strany pacientky a vede s ní rozhovory. Chování sestry a celého ošetřujícího personálu může výrazně ovlivnit celou dobu hospitalizace a to ve smyslu kladném i záporném. (23, 24)

### **5.2 Sdělení závažné diagnózy**

Každé potvrzení onkologického onemocnění je nepříjemné jak pro pacientku samou, tak pro lékaře, který nepříjemnou zprávu musí pacientce sdělit. Lékař sděluje pravdivé informace o závažném onemocnění v dopoledních hodinách na místě, kde je zajištěno soukromí a klid. Lékař mluví na pacientku pomalu, zřetelně a snaží se minimálně používat cizojazyčné lékařské terminologie. V místnosti je přítomna sestra.

Po podání jasných, srozumitelných informací lékař nechává pacientce prostor pro reakci a vyjádření. Lékař odpovídá na všechny otázky ze strany pacientky a trpělivě vysvětluje další postup terapie, která bude následovat. Lékař a sestra vnímají a naslouchají projevům pacientky. Chování lékaře a sestry k pacientovi musí vždy být empatické a přátelské. (10,23)

#### **5.2.1 Fáze podle modelu Kübler-Rossové**

První reakcí na sdělení závažné diagnózy většinou bývá šok, který následně vyvolá v pacientce pocit strachu a úzkosti. Pacientka se cítí, jako by se jí zbořil celý svět. Opačnou

reakcí může být negace, kdy pacientka závažnou diagnózu popírá. Nevěří, že je vážně nemocná. (33)

Další fáze je agrese, kdy se pacientka hněvá na vzniklou situaci. Má zlost na to, že právě ona vážně onemocněla. Ve třetí fázi dochází ke smlouvání, kdy se pacientka snaží spojit s vyšší mocí, chtěla by vyměnit nemoc za zdraví a dala by za to cokoliv. Hledá zázračné léky, alternativní medicínu. Čtvrtá fáze je o depresích, které pacientka prožívá. Je smutná, nešťastná a uzavírá se do sebe. V páté fázi dochází k akceptaci závažného onemocnění. Pacientka se smiřuje se svou nemocí a spolupracuje s lékaři.

## 6 PŘÍPRAVA PŘED OPERACÍ

### 6.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Dlouhodobá předoperační příprava nesmí být delší než 14 dnů. Během této doby pacientka podstoupí důležitá vyšetření, jakými jsou RTG srdce a plic, RTG jícnu. Týden před samotným operačním výkonem sestra odebere dle platného standardu pacientce biologický materiál. Krevní sérum posílá spolu s řádně vyplněnými žádankami do laboratoře na biochemické, hematologické, hemokoagulační vyšetření, na zjištění úrovně hormonů štítné žlázy a krevní skupinu. Z moči se v laboratoři vyšetřuje množství sedimentu.

Krevní sérum – vyšetření:

- **FW**
- **Biochemické vyšetření krve**  
Bilirubin, CRP, glykémie nalačno, ALT, AST, GMT, urea, kreatinin, ionty – Na, K, Cl, P a Ca
- **Hematologické vyšetření krve**  
KO + diferenciální rozpočet
- **Hemokoagulační screening**  
APTT
- **Hormony štítné žlázy**  
TSH, T3, T4, fT3, fT4
- **Krevní skupina + Rh faktor**

Po získání biologického materiálu sestra informuje pacientku o následujícím interním vyšetření a pošle ji spolu s žádankou na interní ambulanci. Zde lékař provede auskultační vyšetření srdce a plic, zdravotní stav dolních končetin, EKG a zhodnotí, zda je pacientka k operačnímu zákroku kardiopulmonálně kompenzována.

Pacientka dále obdrží od sestry a také z informovaného souhlasu k operaci další důležitou informaci, a to, že nesmí 3 týdny před operací užívat hormonální antikoncepci. Důvodem mohou být hrozící komplikace během operačního výkonu. Farmaka, ovlivňující

srážení krve, je nutné vysadit týden před operací. Náhradou těchto léků v nemocnici jsou antikoagulanty v injekční formě, které indikuje ošetřující lékař nebo anesteziolog.

## **6.2 Psychologická předoperační příprava**

Nedílnou součástí předoperační přípravy je věnování se psychologické stránce pacientky. Stres má obrovský vliv na předoperační a pooperační stav. Zdravotnický personál se velkou měrou podílí na dobré atmosféře, ve které se pacientka nachází. Důležitá je včasná a kvalitní informovanost pacientky v oblasti předoperační a pooperační péče.

Lékaři a sestry jsou trpěliví a vedou s pacientkou rozhovory. Pacientka může mít spoustu otázek, týkající se přípravy před operací, ale také, co bude po samotné operaci následovat. Při vedení rozhovoru musí dát zdravotnický personál pacientce prostor pro vyjádření, a tím pomoci zmírnit strach a úzkost z budoucnosti. Součástí předoperační přípravy je i příprava na pooperační režim. Sestra připraví pacientku na bolest, která ji může tížit po operačním zákroku. (10, 23)

## **6.3 Krátkodobá předoperační příprava**

Krátkodobá předoperační příprava probíhá 24 hodin před samotným operačním zákrokem. Sestra poskytne při příjmu pacientce veškeré informované souhlasy – tiskopisy, vztahující se k hospitalizaci a samotnému operačnímu zákroku. Tiskopisy si pacientka důkladně přečte, vyplní a vlastnoručně podepíše. Zkontrolované a podepsané tiskopisy jsou lékařem vloženy do chorobopisu a stávají se tak úředním dokumentem. (18, 19)

Tiskopisy, které pacientka potvrzuje podpisem na otorinolaryngologické klinice:

- Informovaný souhlas s operačním výkonem – strumektomií
- Informovaný souhlas s celkovou anestézií
- Informovaný souhlas pacienta s hospitalizací
- Informovaný souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace
- Informovaný souhlas s podáváním informací o zdravotním stavu
  
- **Všeobecná příprava před operací**  
Všeobecná sestra edukuje pacientku o pooperačním režimu. Ve 20 hodin sestra aplikuje Fraxiparin 0,3 s. c. dle ordinace anesteziologa a upozorní pacientku, aby od půl noci

nic nejedla, nepila a nekouřila. Ráno sestra změří pacientce tělesnou teplotu, krevní tlak a hodnoty zapíše do dokumentace.

Sanitární pracovník převleče a upraví lůžko. Sestra připraví na stolek emitní misku s buničitou vatou a vysvětlí pacientce, na co se pomůcky používají. Sestra upozorní pacientku na odstranění šperků. Pokud pacientka má snímatelnou zubní náhradu, musí ji odstranit z dutiny ústní. Pacientka je vybavena gumovými punčochami, které jí sestra podá do rukou a vysvětlí postup navlékání. Gumové punčochy slouží jako prevence TEN.

- **Bezprostřední příprava před operací**

Bezprostřední příprava zahrnuje aplikaci premedikace i. m.30 minut před převozem na sál. Před aplikací opiátu je pacientka vyzvána, aby si došla na WC. Po příchodu z toalety si pacientka svlékne zevněšek a uloží na lůžko. Po aplikaci premedikace sestra pacientku upozorní, aby nevstávala z lůžka. Na dosah ruky ji sestra podá signalizační zařízení. Po 30 minutách je pacientka převezena spolu s dokumentací na operační sál, kde je předána anesteziologické sestře. (17, 18)

## **6.4 Edukace pacientky v oblasti pooperačního režimu**

Cílem edukace je seznámení pacientky s tím, co jí bude čekat po operačním zákroku. Sestra poskytuje pacientce informace o nutném klidovém režimu na lůžku 24 hodin po operačním zákroku. Upozorní a připraví pacientku na to, že nebude moci vstávat z lůžka do následujícího dne po operaci a že dopomoc při běžných denních činnostech zajistí ošetřovatelský personál. Sestra ukáže a vysvětlí pacientce manipulaci se signalizačním zařízením u lůžka. Pacientku poučí, že při jakýchkoli změnách – bolestivost, závratě – má informovat neprodleně sestru.

Další část edukace je věnována Redonovu drénu, který bude zaveden v operační ráně a se kterým bude pacientka manipulovat při běžných denních činnostech několik dnů po operaci. Díky názorné ukázce pomůcky má pacientka větší přehled o tom, co jí bude v následujícím období čekat. Nedílnou součástí edukace je příprava pacientky na odběry krve, které budou nutné od 1. pooperačního dne až do konce hospitalizace. Sestra vysvětlí důvod, proč se musí kontrolovat hladiny kalcia a fosforu. Informuje pacientku o možných

komplikacích, které mohou nastat po operačním zákroku při nedodržování klidového režimu na lůžku.

## **7 OPERACE A POOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

### **7.1 Poloha pacientky před operačním výkonem**

Sálová sestra spolu se sanitárním pracovníkem musí pacientku uložit na operační stůl do správného postavení. Volí polohu na zádech, v mírném polosedu. Pacientce je potřeba zaklonit hlavu a otočit na neoperovanou stranu. Sestra si musí dávat pozor u těch pacientů, kteří mají problémy s krční páteří. Anesteziologická sestra mezitím zkontroluje průchodnost periferního žilního katétru a spolu s anesteziologickým lékařem uvedou pacientku do celkové anestezie. Sestra instrumentářka sterilně zarouškuje hlavu pacientky.

Velký důraz je kladen na volbu dezinfekce, kterou operatér aplikuje na operační pole. Nesmí se používat jodové preparáty u karcinomů, které akumulují radiojód. Instrumentářka má kromě základního vybavení k tyroidektomii připravenou i sadu k zavedení tracheostomie, ke které lékař přistupuje při vzniku nečekaných komplikací. (17)

### **7.2 Ošetřovatelská péče po operačním zákroku**

- **Po převozu na dospávací pokoj**

Po probuzení z celkové anestezie sanitární pracovník spolu s anesteziologickou sestrou uloží pacientku do Fowlerovy polohy a převáží na dospávací pokoj. Zde si sestra přebírá pacientku spolu s dokumentací. Pacientku napojí na monitor, zapojí nebulizaci a dle ordinace anesteziologa měří fyziologické funkce – TK, P, D, SpO<sub>2</sub> – po 15 minutách. Kontroluje stav vědomí pacientky. Následující 2 hodiny sestra měří fyziologické funkce po 30 minutách.

Pacientka má zaveden v operační ráně Redonův drén, který funguje na principu podtlaku. Sestra bedlivě sleduje funkčnost drénu a kontroluje množství sekretu v baňce. Zjištěné a naměřené hodnoty, včetně stavu pacientky, zapisuje do akutní karty. Pozornost též věnuje sterilnímu krytí, které je na operační ráně.

Co pacientku nejvíce trápí po operačním zákroku, je bolest. Sestra sleduje verbální a neverbální projevy pacientky, dále charakter bolesti. Pomocí škály dle Melzacka popisuje intenzitu bolesti do dokumentace a aplikuje analgetika dle ordinace anesteziologa. Pacientka může mít třesavku, sestra změří TT a případně nabídne pacientce ještě jednu pokrývku. (12, 18)

- **Po převozu na standardní oddělení**

Pokud je pacientka bez komplikací, je převezena na standardní oddělení po 2 hodinách pečlivého sledování. Zde pokračuje ošetrovatelská péče a sledování zdravotního stavu. Sestra pacientku upozorní, že má nařízený klid na lůžku 24 hodin po operačním výkonu. Přebírá za pacientku veškerou péči a zajišťuje pomoc při vyprazdňování moči a stolice. Pomáhá jí při hygieně, vyměňuje emitní misku s buničitou vatou v případě zvracení. Charakter a intenzitu zvracení sestra zaznamenává do dokumentace. Dalším důležitým úkolem sestry je sledování bilance tekutin. (12, 18)

### **7.3 Komplikace, hrozící v pooperačním období**

V pooperačním období je pacientka ohrožena vznikem komplikací. Sestra je prvním člověkem, který může tuto komplikaci odhalit a ihned informovat chirurga a anesteziologa. Sledování po operaci je vzhledem k závažnosti operace nutné nejen několik hodin po operaci, ale také v průběhu celé hospitalizace. Sestra monitoruje fyziologické funkce, kontroluje sterilní obvaz, jestli neprosakuje krví.

Další pozornost věnuje Redonovu drénu, který odsává z operační rány krvavý sekret. Pokud sestra změří v baňce během 60 minut množství kolem 100ml, je to známka akutního krvácení a může dojít ke vzniku hematomu. Pacientka se začíná dusit, SpO<sub>2</sub> klesá. Tento stav je způsoben útlakem trachey hematodem. Rychlé přivolání chirurga ze strany sestry znamená okamžité zrevidování rány na operačním sále. Krvácením je pacientka ohrožena do 6 hodin po ukončení výkonu. (9)

Sestra upozorní pacientku na možnost parestzie, pocitů mravenčení na různých částech těla. Tato komplikace se může objevit během několika hodin po výkonu a může vyústit až v tetanické křeče. Situace je způsobena odstraněním příštítných žláz a následným poklesem hodnoty vápníku v krvi. Sestra se pacientky průběžně ptá a sleduje její zdravotní stav. 1. pooperační den po radikální operaci sestra odebírá pacientce krev na vápník a fosfor. Hodnoty nejenom, že hlásí, ale i zapisuje. Podle výsledků je zahájena substituční terapie podáváním vápníku. (2, 5)

Pokud pacientka po probuzení z celkové anestezie chraptí, udává bolest v krku a ztíženě dýchá, je to známka edému laryngu různé velikosti. Sestra pozoruje verbální a neverbální projevy pacientky. Rozvinutý edém se též projevuje stridorem. Terapie spočívá v podání chladné nebulizace a aplikací kortikoidů i. v. nebo i. m. (9)



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 8 FORMULACE PROBLÉMU

Papilární karcinom je diferencovaný typ nádoru, který má při včasné diagnostice a terapii dobrou prognózu. Většinou jsou tímto nádorem postiženy ženy ve věku 39 – 52 let. Velký vliv na vznik karcinomu má radiační záření, genetika, dlouhodobý nedostatek jodu, špatný životní styl, kouření a alkohol. Incidence karcinomů štítné žlázy má bohužel vzrůstající tendenci. Za posledních 20 let tak výrazně stoupl počet onkologických onemocnění. Za rok je již evidováno 934 nových případů. Je zapotřebí, aby lidé s diagnostikovanou nodózní strumou nebo chronickou autoimunní tyreoiditidou, pravidelně navštěvovali endokrinologickou poradnu

Opakovaně vidím problém s ošetrovatelskou péčí v oblasti edukace o pooperačním režimu a hygieně jizvy v domácích podmínkách. Péče o pacienty s chirurgickým onemocněním štítné žlázy je náročná hlavně pro samotné pacienty, kteří jsou náhle vytrženi z normálního života. U pacientů dochází k neuspokojování bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb a následně vznikají ošetrovatelské problémy, se kterými bojují. Zároveň je ošetrovatelská péče náročná pro ošetrovatelský personál. Ten se stává důležitou a nedílnou součástí celé terapeuticko-diagnostické procedury. My, zdravotníci, přistupujeme ke všem pacientům holisticky – komplexně. Po fyzické stránce zajišťujeme pomoc ve všech oblastech denního života. Po psychické stránce pacienty podporujeme, vedeme s nimi dialogy a zachováváme maximálně empatický přístup. Mnohdy také čelíme negativním náladám a chování ze strany pacientů, kteří v sobě prožívají smutek a pocity bezmoci.

## 9 CÍL PRÁCE

Cílem praktické části je seznámení odborné veřejnosti s předoperační a pooperační ošetrovatelskou péčí u pacientky po totální tyroidektomii. Dalším cílem je nastínění problematiky ošetrovatelských diagnóz u pacientky s karcinomem štítné žlázy a provedení výzkumného šetření v této oblasti.

Úkolem praktické části je získání cenných informací o pacientce pomocí metod (rozhovor, pozorování), a to přímo od pacientky, od zdravotnického personálu a ze zdravotnické dokumentace.

Ráda bych s výsledky této bakalářské práce seznámila okruh pracovníků na otorinolaryngologické klinice, kde mi bylo umožněno získávat podklady a podnítila tak vznik konstruktivní diskuze na téma zlepšení ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomy štítné žlázy. Věřím, že takováto diskuze nebude přínosem pouze pro všechny další pacienty, ale i pro samotný zdravotnický personál.

## **10 VZOREK RESPONDENTŮ**

Do praktické části své bakalářské práce jsem si vybrala respondentku, která byla přijata na ORL kliniku k totálnímu odstranění štítné žlázy (tyroidektomii). Důvodem přijetí byly progresivní změny ve štítné žláze. Pacientku jsem měla možnost poznat při praxi na otorinolaryngologické klinice. U pacientky jsem se zaměřila na předoperační a pooperační ošetrovatelskou péči.

## **11 MODEL FUNKČNÍHO ZDRAVÍ DLE MARJORY GORDONOVÉ**

Model je složen z 12 bodů, které se týkají zdraví jedince, ať už z pohledu funkčního či dysfunkčního. Zdravotní sestra hodnotí pacientku jako bio-psycho-sociální a duchovní bytost. Sestra k pacientce přistupuje systematicky. Díky modelu sestra získává od pacientky důležité informace pomocí rozhovoru a sledování. Potom vyhodnotí celkový stav pacientky, zadává do dokumentace ošetřovatelské diagnózy a plánuje ošetřovatelské intervence. (16)

Model se zabývá těmito oblastmi:

### **Vnímání zdraví**

pacientka podává informace o tom, jak vnímá svoji nemoc, jak pečuje o své zdraví.

### **Výživa a metabolismus**

podává informace o stravovacích návycích, dietních opatřeních, pitném režimu a zvyklostech. Stav kůže, vlasů, nehtů a chrupu odhalí mnohé z metabolických poruch. Zjišťuje se váha a míra.

### **Vylučování**

v této oblasti modelu zjišťujeme, zda pacientka má pravidelné vylučování moči z močového měchýře, vylučování stolice z trávicího traktu a zda v neposlední řadě správně funguje vylučování potu kožním systémem.

### **Aktivita, cvičení**

ukazuje tělesnou kondici, zvyklosti, cvičení, zvládnání běžných denních činností.

### **Spánek a odpočinek**

popisuje formy odpočinku, spánek a jeho poruchy. Rituály před spaním a navozování spánku pomocí medikamentů.

### **Vnímání, citlivost a poznávání**

poskytuje informace o poruchách smyslového vnímání, vnímání bolesti, poruchách paměti, myšlení.

### **Sebepojetí a sebeúcta**

zahrnuje informace, jak pacient vnímá své já, svůj vzhled, emoce. Jestli si věří.

**Role, mezilidské vztahy**

pacientka poskytuje informace o tom, jakou roli ve svém životě plní, jak vychází s lidmi kolem sebe- rodina, práce.

**Sexualita**

oblast vypovídá o tom, zda je pacientka ve svém životě po sexuální stránce spokojená, zda má partnera, děti, problémy v partnerském životě.

**Stres a zátěžové situace**

informuje nás o stresech, které pacientka prožívá a způsobech zvládnání těžkých životních situací,

**Víra, životní hodnoty**

tato oblast pojednává o životních hodnotách, které pacientka uznává, v co nebo koho věří.

**Jiné**

informace, které nepatří do žádného z těchto předchozích okruhů.

## 12 KAZUISTIKA Č. 1

Pacientka: žena

Věk: 33 let

### 12.1 Anamnéza

#### Osobní anamnéza:

Pacientka v dětství vážněji nestonala, pouze varicela. Nebyla hospitalizována, nepodstoupila žádný operační výkon a neměla nikdy žádný vážný úraz. Před 5 lety ji byla diagnostikována praktickým lékařem struma a byla předána do péče endokrinologa. Na kontrolu chodí pravidelně 1x za půl roku. Pravidelně podstupuje gynekologické, stomatologické a endokrinologické prohlídky.

Kouří kolem 15 cigaret denně již pět let. Alkohol pije pouze příležitostně, instantní kávu 2x denně.

#### Rodinná anamnéza:

Z hlediska endokrinologické anamnézy – nikdo z členů rodiny se neléčí se štítnou žlázou. Matka – 58 let, pracuje jako prodavačka, je zdravá. Otec – 60 let, pracuje jako mechanik. Před 2 lety prodělal AIM, je hypertonik po 20 let. Bratr – 30 let, zdrav. Sestra 35 let, má diagnostikované žaludeční vředy.

#### Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí v panelovém domě spolu s přítelem.

#### Pracovní anamnéza:

Pacientka pracovala 9 let jako kadeřnice, nyní 5 let v pásové výrobě jako dělnice v továrně, v nepřetržitém třísměnném provozu.

#### Farmakologická anamnéza:

Pacientka užívá hormonální antikoncepci 6 let

#### Alergologická anamnéza:

neudává

#### Nynější onemocnění

V listopadu 2012 navštívila pacientka ORL ambulanci s doporučením svého endokrinologa, který zjistil rychle se zvětšující uzel ve štítné žláze. Otorinolaryngolog

provedl základní vyšetření a dle výsledků USG indikoval chirurgické odstranění štítné žlázy. Pacientka byla objednána k operaci za 14 dní.

### **12.1.1 Fyziologické funkce při příjmu:**

<b>Váha</b>	61 kg
<b>Míra</b>	170 cm
<b>TT</b>	36,5°C – normotermie
<b>TK na LHK</b>	90/60 mm Hg – hypotenze
<b>P</b>	64 <sup>+</sup> /minutu – normokardie
<b>D</b>	16/minutu – eupnoe

## **12.2 Lékařská diagnóza**

Struma nodóza.

## **12.3 Lékařská vyšetření**

Základní fyzikální vyšetření: pohmat, poslech, poklep, pohled.

Otorinolaryngologické vyšetření:

- Uši – bubínek šedý, diferencovaný s reflexem. Retroaurikulárně klidné, bez zarudnutí a otoku. Palpačně nebolestivé.
- Nos – pyramida nosní bez deformit, kůže klidná. Rhinoskopicky průduchy volné, bez sekrece, sliznice bledá, klidná. Septum ve střední čáře.
- Krk – jazyk je bez povlaku, plazí ve střední čáře. Sliznice dutiny ústní bez patologií, oblouky symetrické. Zadní stěna hltanu klidná, bez patologického sekretu. Tonsily: tonsily střední velikosti, bledé, bez čepů a povlaků. Zevně krk: kůže na krku klidná, uzel 4cm v levém laloku štítné žlázy.

Foniatrické vyšetření hrtanu:

- Laryngoskopický nález – kořen jazyka bez známek patologie, valemky volné. Epiglottis štíhlá, bledá, vchod do hrtanu volný. Hlasivky bledé, při fonaci hybné, symetrické, dosahují do střední čáry, subglottis v přehledném úseku volná.

Interní předoperační vyšetření:

- EKG – rytmus sinus, akce pravidelná, bez známek ischemie. Závěr: pacientka je kardiopulmonálně kompenzovaná. Schopna výkonu v CA.

Anesteziologické konzílium:

- Pacientka indikována k celkové anestezii. HAK nevysazena, proto doporučena miniheparinizace 12 hodin před operačním výkonem. Pacientka poučena o rizicích.

Medikace: Fraxiparin 0,3 s. c

Hypnogen 1 tbl

Morfin 7,5 mg i. m

H 1/1 500 ml. i. v.

Zobrazovací metody:

- RTG jícnu – nález v normě
- RTG plic – nález v normě

### 12.3.1 Medikace během hospitalizace

	17.12.	18.12.	19.12.	20.12.	21.12.	22.12.	23.12.	24.12.
Calcium eff. tbl 500mg	-	1-1-1	1-1-1	1-1-1	1-1-1	1-1-1	1-1-1	1
Calcium gluconicum 1 amp. i. v	-	-	1-1	1-1-1	1-1-1	1-1-1	1-1-1	-
ALPHA D3 0,25mg	-	-	1-1	1-1	1-1 1mg	1-1 1mg	1-1 1mg	1 1mg
Novalgin 1 amp. i. v – při bolesti	1-1	-	-	-	-	-	-	-
Nosní kapky	-	-	-	1-1-1	1-1-1	1-1-1	1-1-1	1
Stoptussin 25gtt	-	-	1-1-1-	1-1-1	1-1-1	-	-	-



Ibalgin 400mg tbl	-	-	1	-	-	-	-	-
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

## 12.4 Použité měřicí škály

### 12.4.1 Před operačním výkonem

- **Nutriční skóre pro dospělé**

sestra dle váhy a výšky vypočítala u pacientky BMI 21,14 – normální váhu. Pacientka dobře přijímá stravu. Nemá žádná dietní omezení. Skóre sestra vyhodnotila tak, že nebyla nutná intervence nutričním terapeutem.

- **Riziko pádů**

po aplikaci premedikace sestra u pacientky vyhodnotila riziko pádu skórem 3. Pacientce hrozil pád z lůžka na zem.

### 12.4.2 Po operačním výkonu

- **Škála bolesti dle Melzacka**

pacientka si po operačním zákroku stěžovala na nepříjemnou bolest v krku a v oblasti operační rány. Sestra použila k hodnocení bolesti škálu dle Melzacka od 1 do 5. Charakter a intenzitu bolesti vyhodnotila číslem 2 – nepříjemná. Pacientku bolest obtěžovala a bránila klidnému spánku těsně po operaci.

- **Barthelův test všedních denních činností**

po operačním zákroku sestra provedla Barthelův test všedních denních činností. Hodnota vyšla 70. Pacientka se stala lehce závislou na svém okolí. Byla nutná dopomoc ošetřujícího personálu v oblasti oblékání – svlékání oděvu a vyprazdňování.

- **Škála dle Maddona**

pacientka měla zavedený PŽK na hřbetě levé ruky. První den po operačním zákroku se v okolí periferního žilního katétru objevilo zarudnutí a pacientka si stěžovala na bolest v okolí vpichu. Sestra použila škálu dle Maddona a vyhodnotila jako tromboflebitis 2. stupně. Okamžitě přistoupila k odstranění periferního žilního katétru. Místo sterilně ošetřila, aplikovala Heparoid mast a přiložila studený obklad. Nové zavedení PŽK

nebylo nutné vzhledem k tomu, že u pacientky lékař neordinoval intravenózní aplikaci léku, či infúze.

## **12.5 Hospitalizace – průběh**

### ***17. 12. 2012 – den operace***

V 6.15 sestra změřila pacientce TT a hodnotu 36,1°C zapsala do dekurzu. Po ranní hygieně sestra podala pacientce do rukou gumové punčochy, informovala o správné aplikaci a následně zkontrolovala jejich navléknutí. V 6.55 sestra vysvětlila pacientce nutnost zavedení periferního žilního katétru z důvodu aplikace infuzního roztoku dle ordinace anesteziologa.

Následně zavedla pacientce za aseptických podmínek, dle platného standardu PŽK do hřbetu LHK. Následovala aplikace infúze H1/1 500ml. Sestra upozornila pacientku na možnost vzniku komplikací spojené s podáním infúze a připravila signalizační zařízení pacientce na dosah ruky. Infúze byla nařízena na 2 hodiny. Během terapeutické procedury pacientku navštívil klinický psycholog, který vedl s pacientkou psychoterapeutický rozhovor, díky němuž došlo u pacientky ke zmírnění strachu a zklidnění. V 9.00 dokapala infúze, sestra zajistila PŽK záslepkou a přelepila náplastí.

Po telefonické výzvě z operačního sálu sestra informovala pacientku, že jí během 5 minut aplikuje premedikaci v podobě Morfinu do hýždí. Vyzvala pacientku, aby si došla na WC. Po příchodu z toalety se pacientka svlékla donaha, sestra zkontrolovala odlakování nehtů a případné šperky. Zeptala se pacientky, zda nemá v ústech zubní náhradu. V 9.30 sestra aplikovala pacientce premedikaci intramuskulárně. Upozornila ji, že již nesmí vstávat z lůžka a vyhodnotila u pacientky riziko pádu. Skóre 3 znamenalo ohrožení pacientky pádem z lůžka na zem. V 10.00 sestra spolu se sanitární pracovnící převezla pacientku do přísálí a předaly ji spolu s dokumentací anesteziologické sestře.

V 12.15 byla pacientka probuzena z celkové anestezie, uložena do Fowlerovy polohy a převezena na dospávací pokoj, kde byla monitorována anesteziologickou sestrou. Pacientku nejvíce trápila bolest operační rány. Sestra vyhodnotila intenzitu bolesti pomocí škály dle Melzacka a hodnotu zapsala do zdravotnické dokumentace. Následně aplikovala pacientce na bolest Novalgin 1amp v infúzi 100ml F1/1. Sestra sledovala účinek analgetika a pacientka uvedla, že se bolest během krátké doby zmírnila. Dle ordinace anesteziologa sestra aplikovala infúzi H1/1 500ml rychlostí 250ml/hod. Po 2 hodinách nepřetržitého sledování a monitoringu FF byla pacientka předána spolu s dokumentací na standardní oddělení.

Na oddělení pokračovala ošetrovatelská péče o pacientku. Po dokapání infúze sestra zajistila PŽK stříkačkou s F1/1 a náplastí Monitoring vitálních funkcí prováděla sestra ještě další 2 hodiny po hodinových intervalech. Množství sekretu, obsahující krev, bylo v Redonově drénu 10ml. Frekvence sledování a kontrola funkce odsávání byla po hodině. Sestra vše řádně zapisovala do dokumentace. Pacientka měla na dosah ruky dorozumivací zařízení a emitní misku pro případ zvracení. Sestra informovala pacientku o klidu na lůžku, který byl nutný do druhého dne. Z důvodu upoutání na lůžku vznikl deficit sebezpečí v oblastech oblékání, svlékání oděvu, vyprazdňování a hygieny. Sestra provedla Barthelův test všedních denních činností a pacientce vyšla hodnota 70, stala se lehce závislou na svém okolí. Dopomoc byla zajištěna ošetrovatelským personálem.

Nedílnou součástí pooperační ošetrovatelské péče bylo upozornění na možné komplikace, spojené s operačním výkonem. Sestra pacientce připomněla, že objeví-li se brnění v jakékoli části těla, musí komplikaci hlásit. V odpoledních hodinách sestra nabídla pacientce sladký čaj, pacientka tekutiny přijímala bez potíží. S čím měla pacientka problémy, bylo močení na lůžku do podložní mísy. Po provedení všech ošetrovatelských intervencí ze strany sestry se pacientka vymočila na 4. pokus, a to do 6 hodin po ukončení celkové anestezie. Ve večerních hodinách sestra pomohla pacientce obléknout pyžamo a zopakovala z předchozího dne manipulaci s Redonovým drénem. Podporovala pacientku k aktivní účasti a uklidňovala ji, že se další den zkusí obléci sama. Ve 21 hodin si pacientka začala stěžovat na bolest a sestra podala intravenózně Novalgin 1 amp. v 100 ml F1/1. Ve 24.00 sestra z noční směny změřila v Redonově drénu 30 ml krvavého sekretu.

### ***18. 12. 2012 – 1. pooperační den***

V ranních hodinách sestra změřila pacientce tělesnou teplotu 36,2°C a zapsala do dekurzu. Za pomoci ošetroujícího personálu pacientka poprvé vstala z lůžka. Sestra přistavila židli k umyvadlu, aby se mohla pacientka umýt. Po provedení ranní hygieny byla pacientka vyzvána, aby došla na vyšetřovnu. Zde sestra informovala pacientku a provedla odběr krve na vyšetření hladiny kalcia a fosforu. Množství krvavého sekretu v baňce bylo v 7.00 – 60ml. V 7.30 pacientka snědla bez potíží celou porci snídaně. V 9.00 sestra zjistila výsledky krve. Hodnoty vápníku – 1,94 a fosforu 1,18 zapsala do dekurzu.

V dopoledních hodinách následovala vizita, kde lékař zkontroloval hlasivky laryngoskopickým vyšetřením, protože pacientka mírně chraptila. Lékař převázal za asistence sestry operační ránu a dle výsledků krve naordinoval léčbu Calciem elf. 500mg 3x denně. V 11.15 si začala pacientka stěžovat na nepříjemnou bolest v místě zavedeného

PŽK na hřbetu levé ruky. Metodou škály dle Maddona vyhodnotila sestra flebitis 2. stupně a PŽK zrušila. Na postižené, zarudlé místo aplikovala Heparoid mast a přiložila studený obklad. Vše řádně zapsala do dekurzu a denního záznamu sester.

Nové zavedení PŽK nebylo nutné vzhledem k tomu, že u pacientky lékař nenaordinoval intravenózní aplikaci léku, či infúze. Sestra měřila v hodinových intervalech množství sekretu v Redonově drénu a vše řádně zapisovala do dokumentace pacientky. Ve 14 hodin bylo v baňce stále 60 ml krvavého sekretu. Pacientka měla odpoledne návštěvu a cítila se dobře. Brnění a návaly horka nepocítovala.

### ***19. 12. 2012 – 2. pooperační den***

Sestra ráno pacientce změřila TT – 36,9°C zapsala do dekurzu. Vyzvala pacientku na odběr krve na kontrolní vápník a fosfor. Ranní hygienu pacientka zvládla již bez dopomoci. Převlékla si sama pyžamo a manipulovala s Redonovým drénem bez potíží. Baňka obsahovala v 7.00 – 60 ml krvavého sekretu. Při ranní vizitě sestra zajistila výsledky krve a hodnoty Ca – 1,88 a P – 1,22 nahlásila ošetřujícímu lékaři. Lékař k terapii kalcie naordinoval ALPHA D3 0,25 mg 2x denně.

Pacientka si při vizitě stěžovala, že má rýmu a kašel. Lékař naordinoval Stoptussin 25 kapek 3x denně a nosní kapky 3x denně. Při převazu lékař odstranil z operační rány drén. Na hojící se místo aplikoval sterilní čtverec a náplast. Vzniklý kašel pacientku namáhal a působil na bolest operační rány. Pacientka si vyžádala analgetika per os. Sestra sledovala účinky léku a vše řádně zapisovala do dokumentace. Ordinance léčiv u pacientky sestra plnila dle rozpisu. Kašel se po podání Stoptussinu mírnil. Stravu pacientka přijímala celý den bez potíží. Odpoledne měla návštěvu a cítila se lépe. Večer usnula pacientka bez potíží.

### ***20. 12. 2012 – 3. pooperační den***

Ráno sestra změřila TT – 37,1°C a zapsala do dekurzu. Pacientku informovala a odebrala krev na kalcium, fosfor. Sanitární pracovnice převlékla celou postel a pacientka se poprvé po operaci osprchovala. Ihned se cítila lépe. Při ranní vizitě lékař pacientku prohlédl a na operační ránu aplikoval Novikov roztok<sup>2</sup>. Kašel se u pacientky mírnil po pravidelném podávání Stoptussinu, rýma pomalu ustupovala. Po snídani si pacientka začala stěžovat na mírné brnění pravé ruky. Sestra informovala lékaře o potížích pacientky

---

<sup>2</sup> Tekutý obvaz

a o výsledcích krve: Ca – 1,76, P – 1,72. Lékař naordinoval Calcium gluconicum 1 ampuli i. v. Sestra zavedla periferní žilní katétr do hřbetu pravé ruky a aplikovala lék v infúzi. Do 1 hodiny po aplikaci léku pacientka vyjádřila mírné zlepšení. Vše sestra zapisovala řádně do dokumentace.

Oběd snědla pacientka bez potíží, odpoledne ji navštívil přítel a rodiče. Pacientka měla smutnou náladu. Dělal si obavy z ranních potíží. Během dne si nestěžovala na bolest. Ve večerních hodinách se u pacientky objevily pocity brnění pravé ruky a jazyka. Sestra informovala lékaře a podala opět infúzi s ordinovaným lékem. Pacientka si začala dělat obavy z toho, jak dopadne výsledek z histologie. Nemohla večer usnout. Sestra z noční směny zajistila u pacientky obvyklé rituály před spaním, které nevedly k úspěšnému výsledku. Pacientka si vyžádala od sestry Hypnogen 1 tbl dle ordinace lékaře. Po 1,5 hodině se podařilo pacientce usnout.

#### **21. 12. 2012 – 4. pooperační den**

Po ránu se pacientka cítila odpočínutá. Sestra změřila TT a 36,7°C zaznamenala do dekurzu. Opět nabrala krev na kalcium a fosfor. Hodnoty Ca – 1,65 a P – 2,03. Brnění pravé ruky a jazyka přetrvávalo. Při vizitě lékař zkontroloval jizvu a stehy ponechal. Ordinace lékaře sestra plnila dle intervalů. Calcium gluconicum lékař naordinoval 3x denně a zvýšil dávky ALPHA D3 z 0,25mg na 1mg 2x denně.

Pacientka přijímala stravu bez potíží. Na bolest si během dne nestěžovala. Pacientka se snažila aktivizovat přes den luštěním křížovek a díváním se na televizi. Odpoledne za ní přišel přítel a snažil se jí psychicky podpořit. K večeru se pacientka cítila dobře. Po večerní hygieně opět nemohla usnout a vyžádala si Hypnogen na spaní. Uvnula po 1 hodině od podání léku. Sestra vše zaznamenala do dokumentace

#### **22. 12. – 5. pooperační den**

Po ránu se cítila pacientka unaveně, během noci se vzbudila 2x. Měla kruhy pod očima a často zívala. Ráno byla naměřena pacientce TT 36,2°C a zaznamenána do dekurzu. Sestra nabrala krev na kalcium a fosfor. Hodnoty Ca – 1,90 a P – 1,80 nahlásila lékaři. Brnění částí těla se od předešlého dne zmírnilo. Pacientka měla naplánované propuštění z hospitalizace, ale pobyt se prodloužil právě kvůli potížím, které pacientka měla.

Ordinace lékaře sestra plnila dle intervalů. Dopoledne si pacientka prohlížela jizvu v zrcadle. Začala mít obavy, zda jizva bude viditelná, či ne. Pacientka byla spíše zakřiknutá a nechtěla moc o svém problému hovořit. Sestra navázala s pacientkou přátelský rozhovor

a vysvětlila jí, že hojení jizvy vyžaduje velikou trpělivost. Sestra se zaměřila na projevy a chování pacientky. Edukovala pacientku o masážích a hygieně jizvy v domácím prostředí. Po obědě pacientka usnula, spala 1,5 hodiny. Po probuzení měla dobrou náladu a návštěva rodiny jí udělala radost. Při večerní vizitě pacientka uvedla, že necítí brnění. Dívala se dlouho do nočních hodin na televizi a okolo 24. hodiny usnula bez podání hypnotik.

### ***23. 12. 2012 – 6. pooperační den***

Po ránu se cítila pacientka dobře, spala 5 hodin v kuse. TT činila 36,5°C a sestra ji zapsala do dekurzu. Dále odebrala pacientce krev na kalcium a fosfor. Hodnoty Ca – 2, 00, P – 1,49 předložila lékaři při vizitě. Lékař pacientku vyšetřil pomocí laryngoskopie a dle výsledků krve sdělil, že bude propuštěna do domácího prostředí.

Bioptický rozbor štítné žlázy ještě nebyl hotový, proto lékař pacientku pozval na kontrolu 28. 12. 2012 do poradny ORL ambulance, kde se odstraní stehy a sdělí diagnóza. Připravil předběžnou propouštěcí zprávu spolu s recepty na Calcium eff. 500mg a ALPHA D3. Sestra vybavila pacientku léčivem na 3 dny a předala do rukou propouštěcí zprávu, recepty, fakturu z hospitalizace a žlutý díl neschopnosti. Sestra informovala pacientku, že pracovní neschopnost potrvá až do další kontroly na ORL ambulanci. Důležitost věnovala sestra edukaci pacientky o tom, jak se má chovat v domácím prostředí.

### ***Propuštění pacientky z hospitalizace a kontrola v poradně***

Před propuštěním do domácího prostředí lékař vyšetřil pacientce hlasivky pomocí laryngoskopického fibroskopu. Při propuštění sestra pacientku informovala o nutné kontrole na ORL ambulanci. Provedla edukaci o potřebě dodržovat klidový režim, předala předběžnou propouštěcí zprávu spolu s pracovní neschopností, léky na 3 dny a receptem na Calcium eff. 500mg a ALPHA D3.

Po 5 dnech na ORL ambulanci lékař pacientce odstranil stehy z operační rány a sdělil informace o výsledku histologického vyšetření. Po potvrzení papilárního karcinomu ve štítné žláze otorinolaryngolog doporučil pacientce tyreoablaci radiojódem, kterou je nutné aplikovat do 2 měsíců po chirurgické radikální operaci. Vše jí trpělivě vysvětlil a odpovídal na otázky, které pacientku zajímaly. Následovalo objednání pacientky k hospitalizaci na oddělení nukleární medicíny do Prahy. V závěru návštěvy lékař pacientce vydal konečnou propouštěcí zprávu a předal do péče endokrinologa, který ji předepsal substituční terapii. (9)

## 13 ODBĚR OŠETŘOVATELSKÉ ANAMNÉZY PODLE MODELU MARJORY GORDONOVÉ

### *Vnímání zdraví*

#### **Subjektivně:**

verbalizuje- stěžuje si na občasnou únavu, ale tu přisuzuje pracovnímu vytížení. Bolesti neguje. Vyjadřuje obavy z budoucnosti.

#### **Objektivně:**

Pacientka má zvětšení levé strany krku a unavený výraz v obličeji.

### *Výživa a metabolismus*

#### **Subjektivně:**

Pacientka udává, že se v jídle neomezuje. Přijímá stravu a tekutiny bez potíží. Neudává žádná dietní omezení. Jí 6x denně v malých porcích. Přednost dává vepřovému a kuřecímu masu. Ze stravy vytěsňuje zeleninu a ryby. Z tekutin pije nejčastěji neperlivou vodu v množství 2000ml za den. Chrup má kompletní a pravidelně sanován.

Udává zvýšenou lomivost nehtů na prstech HK a DK.

#### **Objektivně:**

Pacientka je štíhlé postavy, váží 61 kg a měří 170cm. BMI – 21,14. Kůže je bledá, dobře hydratovaná, turgor přiměřený.

### *Vylučování*

#### **Subjektivně:**

Pacientka udává pravidelnou stolici 2x denně, normální konzistence a barvy, bez příměsí krve. Močí bez potíží. Připouští zvýšenou produkci potu.

#### **Objektivně:**

Pacientka má stolici normální konzistence a barvy bez příměsí.

### *Aktivita – cvičení*

#### **Subjektivně:**

Pacientka udává, že se cítí v poslední době bez energie. Domácnost zvládne uklidit, ale po větší námaze je unavená. Má ráda aktivní a pasivní sporty. Dříve ve volném čase

běhala v parku a 1x za 14 dní navštěvovala posilovnu. Nyní raději odpočívá. Zvládá všechny běžné denní činnosti.

**Objektivně:**

Pacientka má atletickou, štíhlou, udržovanou postavu.

***Spánek a odpočinek***

**Subjektivně:**

Pacientka udává narušený spánek a to ve smyslu takovém, že nemůže usnout. Důvod uvádí, že má strach z maligní diagnózy, neustále se zaobírá negativními myšlenkami. Problém pacientku tíží asi 5 dní. Je zvyklá na obvyklé rituály před spaním (teplá koupel, chladnější a vyvětraná místnost, teplé mléko). Udává, že po podání hypnotika usnula po delší době a spala dobře. Na odpočinek přes den nemá moc času, vzhledem k třísměnnému provozu v práci. Relaxuje většinou na procházce s přítelem a psem.

**Objektivně:**

Pacientka má kruhy pod očima, unavený výraz v obličeji. Dle záznamů ze zdravotnické dokumentace na noc podáno hypnotikum, pacientka spala 6 hodin v kuse

***Vnímání, citlivost a poznávání***

**Subjektivně:**

Pacientka udává zhoršený visus do dálky a používá brýle. Se sluchem potíže nemá. Neverbalizuje bolest. Neudává poruchy paměti. Pacientka rozumí nutnosti operačního zákroku.

**Objektivně:**

Pacientka je orientována místem a časem. Pacientka nepřečte bez brýlí titulky v televizi. Adekvátně odpovídá na otázky, na které se dotazují.

***Sebepojetí a sebeúcta***

**Subjektivně:**

Pacientka udává, že se cítí závislá na svém příteli, na rodině. Ve svém životě si moc nevěří a bojí se nových začátků, jak v soukromém, tak pracovním životě.

**Objektivně:**

Pacientka je nejistá, má nízké sebevědomí



### ***Role a mezilidské vztahy***

#### **Subjektivně:**

Pacientka udává, že v soukromém životě zaujímá roli partnerky, dcery a sourozence. Pracovní roli má jako dělnice ve výrobě. Udává, že si váží kvalitních mezilidských vztahů.

#### **Objektivně:**

Pacientka je tichá, spíše uzavřená. Moc se neprojevuje. Chová se nekonfliktně, komunikuje bez afektu.

### ***Sexualita a reprodukční schopnosti***

#### **Subjektivně:**

Pacientka udává, že má 3 roky přítele, že spolu sdílí jednu domácnost. Užívá zatím antikoncepci, ale plánují s partnerem v blízké době miminko.

#### **Objektivně:**

Pacientka je mladá, má přítele. Chování k příteli je kladné.

### ***Stres a zátěžové situace***

#### **Subjektivně:**

Pacientka udává, že vnímá stres špatně. Zátěžové situace řeší za pomoci přítele a rodiny. Nyní prochází stresovým obdobím, verbalizuje strach z možnosti, že diagnóza bude maligní.

#### **Objektivně:**

Pacientka je neklidná a smutná.

### ***Víra, životní hodnoty***

#### **Subjektivně:**

Pacientka udává, že v Boha nevěří. Spoléhá na osud. Nejdůležitější hodnotu má pro ni zdraví a rodina.

**Objektivně:** pacientka nemá na sobě ani u sebe věci s náboženskou tematikou.

#### ***Jiné:***

## **14 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

### **14.1 Před operačním výkonem**

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

00118 Narušený obraz těla související s onemocněním

#### **Projevující se:**

- subjektivně: verbalizací, stížnostmi
- objektivně: sklopenou hlavou, smutným výrazem v obličeji, svěšenými rameny

#### **Očekávaný výsledek:**

- Pacientka bude smířena se svým vzhledem do doby operace.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- Sleduj chování pacientky, zda se u ní nerozvíjí příznaky smutku, či deprese.
- Navštěvuj pacientku častěji, dej jí najevo, že si jí vážíš.
- Buď empatická a trpělivá.
- Podporuj pacientku po psychické stránce.
- Promluv si s pacientkou o tom, proč ke změnám na krku došlo.

#### **Zhodnocení:**

17. 12. 2012 – pacientka se nesmířila se svým vzhledem do doby operace.

## Ošetrovatelská diagnóza č. 2

00093 Únava související se základním onemocněním

### **Projevující se:**

- subjektivně: verbalizací a stížnostmi
- objektivně: unaveným výrazem v obličeji, zíváním, TK90/60

### **Očekávaný výsledek:**

- Pacientka nebude unavená po celou dobu hospitalizace.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- Respektuj únavu pacientky.
- Buď trpělivá a empatická.
- Ulož pacientku na pokoj, kde bude mít klid.
- Vyvětrej pokoj několikrát denně.
- Zajisti pacientce odpočinek.
- Nabízej pacientce alespoň 1500ml tekutin.

### **Zhodnocení:**

16. 12. 2012 – pacientka se cítila zvýšeně unavená před operačním zákrokem.
17. 12. 2012 – v den operačního zákroku byla unavená v důsledku celkové anestezie.
18. – 19. 12. 2012 – pacientka udala, že došlo ke zmírnění únavy, že se cítí dobře.
20. – 23. 12. 2012 – pacientka udává zvýšenou únavu.

### Ošetrovatelská diagnóza č. 3

00095 Porucha spánku způsobená strachem z možnosti maligního onemocnění

#### **Projevující se:**

- subjektivně: verbalizací a neschopností usnout.
- objektivně: kruhy pod očima, unaveným výrazem v obličeji.

#### **Očekávaný výsledek:**

- U pacientky bude v noci zajištěn spánek, alespoň 7 hodin.
- Ráno se bude cítit odpočatá.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- Vyvětrej pacientce pokoj.
- Uprav pacientce lůžko.
- Zajisti obvyklé rituály pacientky před spaním.
- Podej hypnotika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinky hypnotika a zaznamenej řádně do ošetrovatelské dokumentace.

#### **Zhodnocení:**

16. 12. 2012 – pacientka usnula po 45 minutách od podání hypnotika. Spala v kuse 6 hodin. Ráno se cítila odpočatá a vyspalá.

20. 12. 2012 – pacientka usnula po 90 minutách od podání hypnotika. Spala v kuse 5 hodin. Ráno se cítila unavená

21. 12. 2012 – pacientce se podařilo usnout za 1 hodinu po podání hypnotik. Pacientka spala 6 hodin v kuse. Cítila se po ránu odpočínutá.

Ošetrovatelská diagnóza: 4

00148 Strach související s nejasnou diagnózou a deficitem znalostí

**Projevující se:**

- subjektivně: verbalizací a stížnostmi
- objektivně: ustaraným výrazem v obličeji

**Očekávaný výsledek:**

- U pacientky dojde ke zmírnění strachu, protože získá informace od lékaře.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Buď empatická a přátelská.
- Zajisti rozhovor s lékařem (ošetřujícím lékařem, anesteziologem)
- Zajisti rozhovor s psychologem.
- Nabídní pacientce k rozptýlení časopisy, knížky.
- Umožni rodinným příslušníkům, aby mohli navštívit pacientku i mimo návštěvní hodiny

**Zhodnocení:**

Pacientka byla informována ošetřujícím lékařem o jejím zdravotním stavu a možnostech terapie. Následoval rozhovor s anesteziologem, který pacientku informoval o celkové anestezii. Návštěva psychologa měla velice pozitivní vliv na psychickou stránku pacientky. Díky psychoterapeutickému rozhovoru se strach u pacientky před operací zmínil.

## 14.2 Po operačním výkonu

Ošetrovatelská diagnóza: 1

00132 Akutní bolest související s chirurgickým výkonem

### Projevující se:

- subjektivně: verbalizací
- objektivně: tachykardií, tachypnoí, bolestivým výrazem v obličeji.

Škála bolesti dle Melzacka (1 – 5). Vyhodnocena číslem 3 – silná

### Očekávaný výsledek:

- Pacientka bude udávat po užití analgetika sníženou bolest.

### Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnot' intenzitu bolesti pomocí škály dle Melzacka.
- Nabídní pacientce, aby využila úlevovou polohu ( polštář)
- Podej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinky analgetik.
- Vše zaznamenávej řádně do dokumentace.

### Zhodnocení:

17. 12. 2012 – Škála (Melzack, 3) – pacientce se ulevilo do 30 minut po podání analgetik i. v. Bolest se zmírnila z 3 na hodnotu 1. Účinek analgetik trval 8 hodin. Na noc si pacientka opět vyžádala analgetika. Po podání Novalginu 1amp. v 100ml 1/1 i. v. usnula během 30 minut.

19. 12. 2012 – Škála (Melzack, 2) – pacientce se po podání analgetik per os ulevilo do 45 minut. Z hodnoty 2 na 0.

20. – 23. 12. 2012 – pacientka si na bolest nestěžovala

Ošetrovateľská diagnóza: 2

00110 Deficit sebezpečie pri vyprazdňovaní súvisiacej s nutným klidom na lôžku po operácii

**Projevujúci sa:**

- subjektívne: žiadosti o pomoc.
- objektívne: nutným klidom na lôžku, dopomocí pri vyprazdňovaní a následnej hygieně.

Škála dle Barthelova testu: hodnota: 70 – lehce závislá

**Očakávané výsledky:**

- Pacientka se vyprázdni pri zajištění intimity a bude v čistotě.

**Ošetrovateľské intervence:**

- Vyhodnot' závislost pacientky na svém okolí pomocí škály (Barthelův test).
- Zajisti pacientce pomůcky k vyprázdňení (podložní mísu, buničitou vatu) a pomůcky k hygieně (umyvadlo, vodu, žínku, mýdlo)
- Zajisti pacientce soukromí a respektuj stud.
- Zajisti dopomoc pri vyprazdňovaní na lôžku a následnej hygieně.
- Podporuj pacientku k aktivní spolupráci v rámci jejích možností.
- Zajisti pacientce čisté a suché lôžko.

**Zhodnocení:**

18. 12. 2012 – pacientka se v 18 hodin vymočila do podložní mísy na lôžku a následně provedla za dopomoci sestry hygienu rukou a intimních partií.

19. – 23. 12. 2012 – po ukončení nutného klidu na lôžku byla pacientka zcela soběstačná v oblasti vyprazdňování a následnej hygieny.

Ošetrovatelská diagnóza: 3

00109 Deficit sebezpečie při hygieně související s nutným klidem na lůžku po operaci

**Projevující se:**

- subjektivně: verbalizací obav, že nezvládne hygienu na lůžku a manipulaci s Redonovým drénem.
- objektivně: pacientka má nařízený klid na lůžku, potřebuje pomoc při hygieně na lůžku.

Škála dle Barthelova testu: 70 – lehce závislá na svém okolí.

**Očekávané výsledky:**

- Po dobu nutného klidového režimu po operaci bude pacientce zajištěna pomoc zdravotnickým personálem v oblastech (hygiena, oblékání, svlékání oděvu).
- Po ukončení nutného klidu na lůžku bude pacientka zcela soběstačná v oblastech (hygiena, oblékání a svlékání oděvu)

**Ošetrovatelské intervence:-**

- Zajisti pomůcky k hygieně (umyvadlo, voda, mýdlo, žínka, ručník, pomůcky k dentální hygieně, emitní miska)
- Respektuj soukromí pacientky (zástěna)
- Zajisti pomoc při hygieně, svlékání a oblékání oděvu. Názorně a pomalu vysvětluj pacientce postup při oblékání a svlékání oděvu. Šetrně manipuluj s Redonem, aby nedošlo k jeho vytržení.
- Podporuj pacientku k aktivní spolupráci.
- Buď trpělivá a empatická.

**Zhodnocení:**

18. 12. 2012 – 1. den po operaci pacientka zvládla ranní hygienu na židli u umyvadla. Večer již nepotřebovala pomoc při hygieně. Zvládla šetrnou manipulaci s Redonovým drénem při oblékání a svlékání oděvu.

19. – 23. 12. 2012 – pacientka byla plně soběstačná až do konce hospitalizace.



## Ošetrovatelská diagnóza č. 4

000118 Narušený obraz těla související s jizvou po operačním zákroku

### **Projevující se:**

- subjektivně: verbalizací a stížnostmi, že bude jizva hodně viditelná.
- objektivně: uzavřeností, častým prohlížením jizvy v zrcadle.

### **Očekávaný výsledek:**

- Pacientka se smíří s obrazem svého těla do konce hospitalizace.
- Pacientka pochopí důležitost důkladné hygieny a šetrných masáží jizvy.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- Vysvětlí pacientce, že hojení vyžaduje velikou trpělivost.
- Podporuj pacientku psychicky.
- Všímej si chování a projevů pacientky.
- Prováděj edukaci o hygieně a masážích jizvy.
- Nabídní vhodné kosmetické a nekosmetické přípravky k promazávání jizvy.
- Buď empatická a trpělivá.

### **Zhodnocení:**

22. 12. 2012 – pacientka se po edukaci cítila lépe. Rady a doporučení k ošetřování jizvy si ráda vyslechla. Jizvu si často prohlížela v zrcadle. Vyjadřovala obavy z dotyku kůže v okolí jizvy.

23. 12. 2012 – pacientka se před propuštěním do domácího prostředí nesmířila s obrazem svého těla. Snažila se během dopoledne 2x dotknout okolí jizvy.

## Ošetrovatelská diagnóza č. 5

00148 Strach z budoucnosti, související s maligním onemocněním

### **Projevující se:**

- subjektivně: nervozitou, vnitřní panikou
- objektivně: vzlykáním, uzavřeností

### **Očekávané výsledky:**

- Psychický stav pacientky se zlepší po rozhovoru s psychologem.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- Podporuj pacientku psychicky.
- Buď empatická.
- Všímej si chování pacientky.
- Zavolej psychologa, aby byl přítomen u sdělení diagnózy.
- Zajisti konzultaci lékaře s pacientkou, který sdělí šetrně diagnózu a následnou terapii.

### **Zhodnocení:**

Po konzultaci s lékařem pacientka vzlykala. Lékař pacientce věnoval dlouhý čas na to, aby se mohla ptát na vše, co jí v tu chvíli zajímalo. Lékař pacientce vysvětlil, že existuje účinná terapie s dobrými výsledky. Následná konzultace psychologem měla pozitivní vliv na psychický stav pacientky. Důležitá byla naděje, kterou si pacientka po rozhovoru s lékařem a psychologem odnesla.

## **14.3 Potencionální – rizikové ošetrovatelské diagnózy**

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 1**

00155 Riziko pádu v souvislosti s podáním opiátu a celkové anestezie

#### **Očekávaný výsledek:**

- U pacientky nedojde k pádu na zem.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- Upozorni pacientku, aby nevstávala z lůžka po aplikaci premedikace a operačním zákroku.
- Vyhodnot' škálu rizika pádů a zaznamenej řádně do zdravotnické dokumentace.
- Vlož pacientce do rukou signalizační zařízení a vysvětli manipulaci.
- Kontroluj pacientku v pravidelných časových intervalech.
- Zajisti bezpečnost pacientky během operace zdravotnickým personálem.
- Zajisti bezpečnost pacientky po operačním výkonu zvednutím postranic.

#### **Zhodnocení:**

U pacientky nedošlo k pádu na zem po celou dobu hospitalizace.

## **Ošetřovatelská diagnóza: č. 2**

00004 Riziko infekce související s operační ránou a periferním žilním katétrem

### **Očekávané výsledky:**

- U pacientky nevzniknou komplikace – infekce v operační ráně, flebitis

### **Ošetřovatelské intervence:**

- Prováděj převazy (operační rány, PŽK) dle platného standardu.
- Dodržuj zásady asepse.
- Kontroluj okolí operační rány a místa vpichu zavedené flexily.
- Sleduj vzhled operační rány a okolí PŽK (začervenání, hnisavá sekrece, zápach, krvácení.)
- Pravidelně kontroluj TT.
- Při známkách infekce okamžitě informuj lékaře.

### **Zhodnocení:**

17. – 23. 12. 2012 – U pacientky se neobjevily známky infekce v operační ráně. Rána se hojila klidně, per primam.

18. 12. 2012 – 1. pooperační den si začala pacientka stěžovat na bolest a zarudnutí v místě a okolí zavedeného PŽK. Sestra vyhodnotila dle Maddonovy škály flebitis II. stupně a odstranila PŽK. Místo překryla sterilním tampónkem s dezinfekčním roztokem. V další fázi aplikovala na postižené místo Heparoid mast a přiložila studený obklad.

## 15 EDUKAČNÍ PLÁN

Edukace pacientky v oblasti hygieny a ošetřování jizvy v domácích podmínkách

<b>Účel</b>	Poskytnout pacientce informace, které se týkají pečování o jizvu v domácích podmínkách.			
<b>Cíl</b>	Pacientka vyjmenuje způsoby, které vedou ke správnému ošetřování jizvy do 35 minut.			
<b>Pomůcky</b>			<b>Výukové metody</b>	
letáčky			Teoreticko- praktická diskuze	
<b>Druh cíle</b>	<b>Specifické cíle</b>	<b>Hlavní body plánu</b>	<b>Časová dotace</b>	<b>Hodnocení</b>
K A! P-M	Pacientka vyjádří obavy z toho, že nezvládne správně masírovat jizvu.	Pacientce vysvětlím, že nemusí mít žádné obavy, že ji vše názorně ukáži.	5 minut	Obavy pacientky se zmírnily.
K A P-M!	Pacientka předvede tlakovou masáž v okolí jizvy pomocí prstů pravé ruky	Pacientce provedu před zrcadlem tlakovou masáž v okolí jizvy.	10 minut	Pacientka si zvládla provést tlakovou masáž pomocí prstů pravé ruky.
K! A P-M	Pacientka vyjmenuje postup při hygieně a důkladném promazávání jizvy.	Pacientce popíši postup při hygieně a promazávání jizvy.	10 minut	Pacientka vyjmenovala postup při hygieně a následném promazávání jizvy.
K! A P-M	Pacientka vyjmenuje 2 přípravky, které lze použít při promazávání jizvy	Ukáži pacientce pomocí letáčku, jaké druhy kosmetických a nekosmetických přípravků lze při promazávání jizvy použít.	5 minut	Pacientka vyjmenovala 1 produkt z letáčku a 1 produkt, bez chemického složení.
K! A P-M	Pacientka vyjmenuje komplikace, které mohou nastat při nešetrném ošetřování jizvy.	Pacientce vyjmenuji a popíši komplikace, které hrozí při nešetrném ošetřování jizvy.	5 minut	Pacientka vyjmenovala 3 komplikace, týkající se nešetrného ošetřování jizvy.

## 16 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo vymezení ošetrovatelských problémů v předoperačním a pooperačním období u pacientky, která byla hospitalizována na ORL klinice a podstoupila radikální operaci, zvanou totální tyroidektomie. Zvolila jsem formu ošetrovatelského procesu-kazuistiky.

Zpracovávala jsem ošetrovatelský proces na základě ošetrovatelského modelu podle Marjory Gordonové. Kazuistiku jsem vytvořila na ORL klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni.

Sběr dat probíhal na základě anamnestických údajů získaných nejen od pacientky, ale i od zdravotnického personálu, lékařů a z kompletní zdravotnické dokumentace. Kazuistika je zaznamenána ode dne operace až do konce hospitalizace a následné návštěvy v poradně.

Ošetrovatelské problémy vyplývaly z neuspokojených potřeb pacientky. Na základě šetření jsem zjistila, že se tyto problémy vyskytovaly již při příjmu před samotnou operací a některé z nich trvaly i po operačním výkonu. Jedním z nich byl narušený obraz těla. Pacientka měla v důsledku progresu onemocnění zvětšenou levou část krku a nedokázala se s touto změnou vyrovnat. Očekávaný výsledek nebyl splněn a pacientka se změnou svého vzhledu nesmířila do doby operace. Očekávaný výsledek nebyl splněn a pacientka se změnou svého vzhledu nesmířila do doby operace.

Další ošetrovatelskou diagnózou, která měla zásadní vliv na prožívání a chování pacientky, byla únava, která souvisela jak se základním onemocněním, se kterým pacientka přišla do nemocnice, tak s pooperačními komplikacemi. Zajímavé bylo, že 1. den po operaci – 18. 12. pacientka udávala zmírnění únavy a celkové zlepšení, ale jen do doby, kdy došlo k brnění částí těla. Očekávaný výsledek byl splněn od 18. 12 – 19. 12. 2012. Od 20. 12. – 23. 12. pacientka udávala zvýšenou únavu, výsledek tedy splněn nebyl.

Zásadním ošetrovatelským problémem se stal strach, který pacientku provázel od doby, kdy se dozvěděla, že musí podstoupit závažnou operaci. Od prvního dne v nemocnici se strach ještě zhoršoval. Měl úzkou souvislost s možností maligního onemocnění a s deficitem znalostí. Po podání informací ze strany ošetřujícího lékaře a anesteziologa se strach nezmírnil a bylo třeba zavolat k pacientce psychologa. Ten měl pozitivní vliv na pacientku. Před operačním zákrokem s ní vedl dlouhý rozhovor. Pacientka se před operací uklidnila, strach se zmírnil. Očekávaný výsledek byl splněn.

Dalším hlavním problémem u pacientky byl narušeným spánek, který byl způsobený strachem z možné maligní diagnózy. Pacientka měla potíže s usínáním již 5 dní před příjmem k hospitalizaci. Během hospitalizace došlo k výraznému zlepšení spánku. Ze 7 dnů si ve třech dnech pacientka vyžádala Hypnogen a kvalitně se vyspala 6 dnů. Očekávaný výsledek byl splněn.

V předoperační, perioperační a pooperační fázi byla pacientka ohrožena pádem z lůžka na zem. Vliv na riziko pádu měla aplikovaná premedikace a anestézie. Vyhodnotila jsem pomocí škály Riziko pádu – skóre 3. Během operačního zákroku a celkové anestézie bezpečnost pacientky zajišťoval zdravotnický personál. Po přenesení pacientky z operačního stolu do lůžka byla bezpečnost zajištěna postranicemi a sledováním anesteziologickou sestrou. Šetřením jsem zjistila, že od 17. 12. – 23. 12. – nedošlo u pacientky k pádu na zem. Očekávaný výsledek byl splněn.

Po operačním zákroku pacientku trápila bolest, kterou pacientka udávala hned po příjezdu na dospávací pokoj. Dle vizuální analogové škály anesteziologická sestra vyhodnotila bolest intenzitou číslem 3 (silná) a po podání analgetik došlo ke zmírnění bolesti na hodnotu 1 (mírná). Od 17.12. – 19. 12. – očekávaný výsledek byl splněn.

Operačním zákrokem a následným nutným klidem na lůžku vznikl u pacientky deficit sebezpečí v oblastech běžných denních aktivit (vyprazdňování, hygiena, oblékání a svlékání oděvu.) Provedla jsem u pacientky Barthelův test a hodnota 70 ukazovala na lehkou závislost na svém okolí. Pacientka byla odkázána na pomoc ošetrovatelského personálu ve všech zmiňovaných oblastech. Z těchto oblastí měla pacientka největší problém s vyprázdněním moči do podložní mísy na lůžku. Po provedení a zajištění všech ošetrovatelských činností se pacientce podařilo vymočit na 4. pokus. Oblékání a svlékání oděvu vyžadovalo šetrnou manipulaci s Redonovým drénem, který byl součástí operační rány. Pacientka se snažila aktivně spolupracovat s ošetrovatelským personálem. 17. – 18. 12. 2012 – zajištěna pomoc ošetrovatelským personálem. Od 19. – 23. 12. – pacientka je plně soběstačná ve všech oblastech denních aktivit. Očekávaný výsledek byl splněn.

Riziková diagnóza „infekce“, související se zavedeným PŽK – 17. 12. – očekávaný výsledek byl splněn. 18. 12. – riziková diagnóza se stala aktuální. Pacientka verbalizovala bolest v místě zavedeného PŽK, objektivně bylo přítomné zarudnutí v místě a okolí PŽK. Použila jsem škálu dle Madonna a vyhodnotila situaci stupněm 2.- došlo ke vzniku flebitis. Očekávaný výsledek nebyl splněn.

Riziková diagnóza „infekce“, související s operační ránou, se nestala aktuální od 17. – 23. 12. 2012 – u pacientky se neobjevily známky infekce v operační ráně. Rána se hojila klidně, per primam. Očekávaný výsledek byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza „narušený obraz těla“ trvala i po operačním výkonu. Důvodem byla viditelná jizva ve velikosti 4 cm. V rámci šetření tohoto problému jsem pacientce vysvětlila, že každé hojení jizev vyžaduje obrovskou trpělivost. Přistupovala jsem k pacientce empaticky a šetrně, protože vše prožívala velmi citlivě. Edukovala jsem pacientku o důkladné hygieně v oblasti jizvy a ukázala masáž, kterou může provádět sama v domácím prostředí. Doporučila jsem jí přípravky, které může na jizvu aplikovat. Zadaný ošetrovatelský výsledek však nebyl splněn – pacientka se nedokázala smířit s jizvou na krku ani do konce hospitalizace.

Diagnóza „strach z budoucnosti“ vznikla u pacientky při sdělení kruté diagnózy. Před sdělením výsledku bylo nutné zajistit přítomnost psychologa. Lékař pacientce nabídnul, že ji může doprovázet přítel, pokud u sdělení nechce být sama. Pacientka uvedla, že ano. Po šetrném vyřčení diagnózy se pacientka rozplakala. Chvilí trvalo, než se pacientka uklidnila, velkou oporou jí byl přítel, který ji objal. Lékař zachoval empatický přístup k pacientce a podrobně ji vysvětlil všechny léčebné procedury, které jí v následujícím období čekají. Podal pacientce informace o tom, že tento nádor je dobře léčitelný a zachoval v ní tak velký pocit naděje. Následoval rozhovor s psychologem, který ji nabídnul pomoc v následujících dnech jejího těžkého období. Očekávaný výsledek se podařilo splnit částečně.

Ve výzkumném šetření jsem zjistila, že se podařilo ve větší míře splnit očekávané výsledky u ošetrovatelských diagnóz, které souvisely s biologickými potřebami pacientky. Bohužel v oblasti psychických potřeb se podařilo očekávaný výsledek splnit jen u ošetrovatelské diagnózy strach, který byl zaznamenán u pacientky před operací. Strach z budoucnosti byl zmírněn přístupem lékaře a psychologa při sdělení maligní diagnózy. Pacientka odešla domů s nadějí, že existuje účinná terapie.

### **Doporučení pro praxi:**

K tomuto tématu jsem nenašla odpovídající bakalářskou práci, která se shoduje s mojí prací. Myslím si, že by bylo vhodné pacienty, kteří podstupují operační výkon na štítné žláze, šířeji edukovat hlavně v oblastech předoperační a pooperační péče. Navrhuji rozšířit a prohloubit informovanost v této problematice formou seminářů s praktickými ukázkami, kde se pacienti dozví veškeré podrobné informace, týkající se krátkodobé předoperační



přípravy, klidového režimu po operaci a hrozících komplikacích. Během praktické ukázky sestra pacienty seznámí i s Redonovým drénem, který se nakrátko stane součástí operační rány. Naučí je manipulaci s touto pomůckou při běžných denních činnostech. V další části sestra pacienty informuje o tom, že budou muset v domácích podmínkách pečovat o jizvu. Popíše zásady hygieny a předvede šetrnou masáž v okolí jizvy.

Po dohodě s vedením ORL kliniky ráda povedu informační seminář, zaměřený na toto téma.

## ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjišťování ošetrovatelských problémů v předoperačním a pooperačním období u pacientky, která byla hospitalizována na ORL klinice a podstoupila radikální operaci na štítné žláze – totální tyroidektomií .

V teoretické části bakalářské práce se nejprve zaměřuji na anatomii a fyziologii štítné žlázy. Kvalifikuji nádory dle klasifikace TNM a určuji jejich prognózy. Podrobněji se zmiňuji o diagnostice karcinomů štítné žlázy odebráním anamnézy a vyhodnocováním odborných vyšetření. Důraz byl kladen i na zobrazovací metody, které zde mají nezastupitelné místo.

Zmiňuji se o terapii chirurgické a radioterapii. Důležitou kapitolou je psychologie nemocného, ve které se soustřeďuji nejen na vliv nemocničního prostředí na pacientku, ale také na to, jak reaguje pacientka na sdělení takto závažné diagnózy. V následujících kapitolách se zaměřuji na celkovou předoperační přípravu pacientky, perioperační a pooperační ošetrovatelskou péči, včetně příslušné edukace.

Cílem praktické části bylo zmapování nejčastějších ošetrovatelských problémů, které s touto diagnózou úzce souvisí. Ke splnění tohoto cíle jsem zvolila metodu výzkumného šetření, konkrétně kazuistiky u pacientky s papilárním karcinomem štítné žlázy. Získané informace jsem zpracovávala podle modelu Marjory Gordonové, který nejlépe odpovídal typologii pacientky. Díky vhodně sestavenému ošetrovatelskému plánu, který odpovídal potřebám a zároveň stanoveným aktuálním a potencionálním diagnózám se podařilo většinu problémů eliminovat. Cíl, který jsem si ve své bakalářské práci stanovila, byl tedy splněn.

Ošetrovatelskou péči o pacientku jsem plnila dle platných ošetrovatelských standardů a norem. Přistupovala jsem k pacientce maximálně empaticky a holisticky. I přesto, že se nepodařilo splnit všechny zadané ošetrovatelské cíle, počet splněných převažoval. Bylo tedy prokazatelné, že naplánované intervence byly plněny dobře a pro pacientku tak měly kladný přínos. Přestože byla pacientce sdělena nepříjemná diagnóza maligního karcinomu, bylo pro nás největším zadostiučiněním, že pacientka odcházela s novou nadějí na úspěšnou léčbu radiojódem a pokračováním ve svém dosavadním životě.

## LITERATURA A PRAMENY

- [1] ASTL, J. *Učební texty otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku pro bakaláře oboru ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2012, 138s, ISBN 978-80-2462-053-4
- [2] ASTL, J. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-000-7
- [3] HAHN, A. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*, Praha: Grada, 2007, 390s., ISBN 978-80-247-0529-3
- [4] LÍMANOVÁ, Z. *Štítná žláza*. Praha: Galén 2006, 371s. ISBN 80-7262-400-8
- [5] VODIČKA, J. A KOLEKTIV. *Speciální chirurgie*. Praha: Karolinum, 2006, str. 313. ISBN: 80-246-1101-5
- [6] VLČEK, P. *Rakovina štítné žlázy. Současné diagnostické a léčebné možnosti*, Praha: Mladá fronta. a. s, 2012, str. 55. ISBN: 978-80-204-2799-1
- [7] ČIHÁK, R. *Anatomie 2*, Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2002, str. 488
- [8] DVOŘÁK, J. *Štítná žláza a její nemoci: poučení pro nemocné*, 2002, 138s. ISBN 80-902859-1-0
- [9] VLČEK, P., NEUMANN, J. *Karcinom štítné žlázy. Pooperační sledování nemocných*. Praha: MAXDORF, 2002, str. ISBN: 80-85912-50-3
- [10] MANDICOVÁ, P. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada Publishing a. s. 2011. str. 128. ISBN 978-80-247-3811-6
- [11] STÁRKA, L. a kolektiv. *Pokroky v endokrinologii*. Praha: MAXFORF, 2007, 785s. ISBN 978-80-7345-129-5
- [12] VALENTA, J., ŠEBOR, J., MATĚJKA, J., RUNT, V. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2003, 237s. ISBN 80-246-0644-5
- [13] STÁRKA, L. *Endokrinologie*. Praha: Triton, 2010, 231s. ISBN 978-80-7387-328-8
- [14] BRUNOVÁ, J. BRUNA, J. *Klinická endokrinologie a zobrazovací diagnostika endokrinopatií*. Praha: MAXDORF, 2009, 456s. ISBN 978-80-7345-190-5
- [15] NOVÁKOVÁ, I. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. Praha: Grada Publishing a. s, 2011, str. 240, ISBN: 978-80-247-3422-4
- [16] ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Ráby: NUCLEUS HK, 2003, str. 104, ISBN: 80-86225-33-X
- [17] PLCH J. *Otorinolaryngologie v perioperační péči*. Brno: NCO NZO, 2008, str. 213. ISBN 978- 80-7013-486-3

- [18] SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Grada Publishing, Praha: 2010, str. 264. ISBN 978-80-247-3129-2
- [19] MARKALOUS, B., GREGOROVÁ, M. *Nemoci štítné žlázy – otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Triton: 2003, str. 130. ISBN 80-7254-375-X
- [20] DRŠATA, J. A KOLEKTIV. *Foniatrie – Hlas*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011, str. 321. ISBN: 978-80-7311-116-8
- [21] JINDŘICH, L. A KOLEKTIV. *Tracheostomie v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, str. 119. ISBN 80-247-0673-3
- [22] Nováková, I. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech*. Praha: Grada Publishing, 2011, str. 235. ISBN 978-80-247-3422-4
- [23] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003, str. 397, ISBN 80-7178-740-X
- [24] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, str. 198, ISBN: 80-247-0179-0
- [25] JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada publishing, 2010, str. 80. ISBN 978-80-247-2171-2
- [26] NANDA INTERNATIONAL. *Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace*, Praha: Grada Publishing a.s., 2009 –2010, str. 480. ISBN: 978-80-247-3423-1
- [27] SCHMID, K. W., TING, S. a SHEU, S.-Y. *Familiäre Karzinome der Schilddrüse. Der Pathologe*. 2010, vol. 31, nu, s. 485-488. ISSN 1432-1963 (online).
- [28] DRALLE, H. *Inzidenz der Schilddrüse Überdiagnostik und therapie Gesunder Schilddrüsenkranker?* Der Chirurg. 2007, vol. 78, nu. 8, s. 677-686. ISSN 1433- 0385 (online).
- [29] [http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Illu08\\_thyroid.jpg](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Illu08_thyroid.jpg)
- [30] <http://www.nem-km.cz/oddeleni/orl/rozsah-operativy/orl-hte-tte/>
- [31] <http://www.endokrinni-system.cz/stitna-zlaza>
- [32] <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kazuistika-pacientky-po-operaci-stitne-zlazy-455800>
- [33] KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
- [34] STAŇKOVÁ, M., *České ošetřovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, s. 19*, 1. vyd. Brno: NCO NZO 2006, ISBN 80-7013-323-6(20)

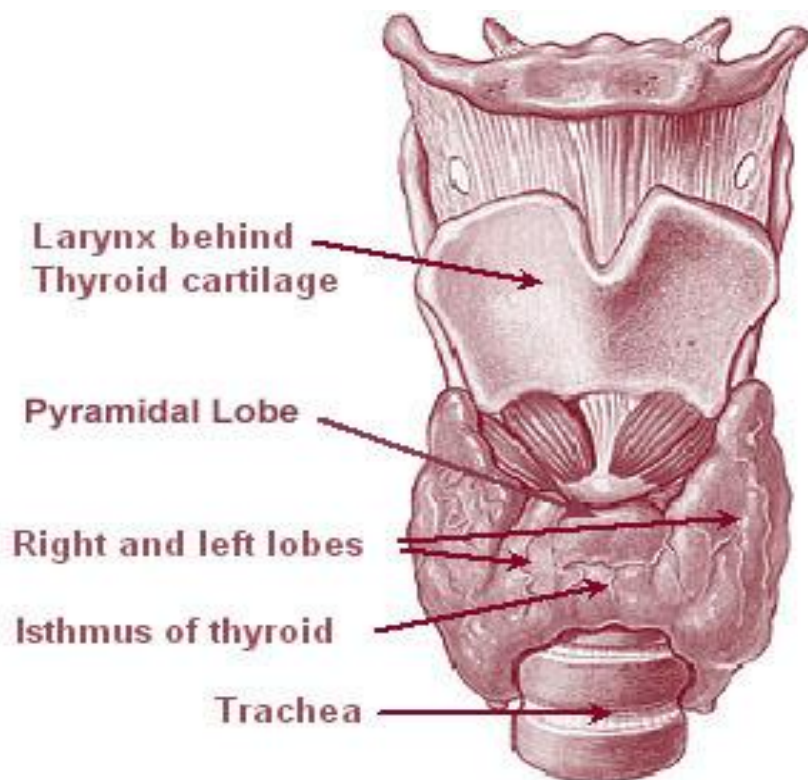
## SEZNAM ZKRATEK

a	artérie
AIM	akutní infarkt myokardu
ALT	alaninaminotransferáza
amp	ampule
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
AST	aspartátaminotransferáza
C5	krční obratel pátý
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
D	dech
EKG	elektrokardiologické vyšetření
FF	fyziologické funkce
fT3	volný trijodthyronin
fT4	volný thyroxin
FW	sedimentace erytrocytů
JIP	jednotka intenzivní péče
KO + diff	krvní obraz plus diferenciál
M + S	moč plus sediment
MEN syndrom	syndrom mnohočetné endokrinní neoplazie
MTC	medulární karcinom štítné žlázy
n	nervus
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
ORL	otorinolaryngologie
P	puls
Rh faktor	rhesus faktor
RTG	rentgenologické vyšetření
SPO2	saturace krve kyslíkem
STE	odstranění štítné žlázy s ponecháním 2 –4 ml zdravé tkáně při horním pólu jen na jedné straně vyživované horní štítnou tepnou

T3	Trijodtirosin
T4	Tyroxin
Th1	hrudní obratel první
TK	tlak krevní
TNM	T – tumor, N – uzliny, M – metastázy
TSH	tyreostimulační hormon
TT	tělesná teplota
TTE	totální tyreoidektomie
v	véna

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Anatomie hrtanu a štítné žlázy .....	71
Obrázek 2 – Klinické vyšetření štítné žlázy pohmatem .....	71
Obrázek 3 – Totální thyroidektomie .....	72
Obrázek 4 – Redonův drén .....	72
Obrázek 5 – Fowlerova poloha.....	73
Obrázek 6 – Jizva po totální thyroidektomii .....	74

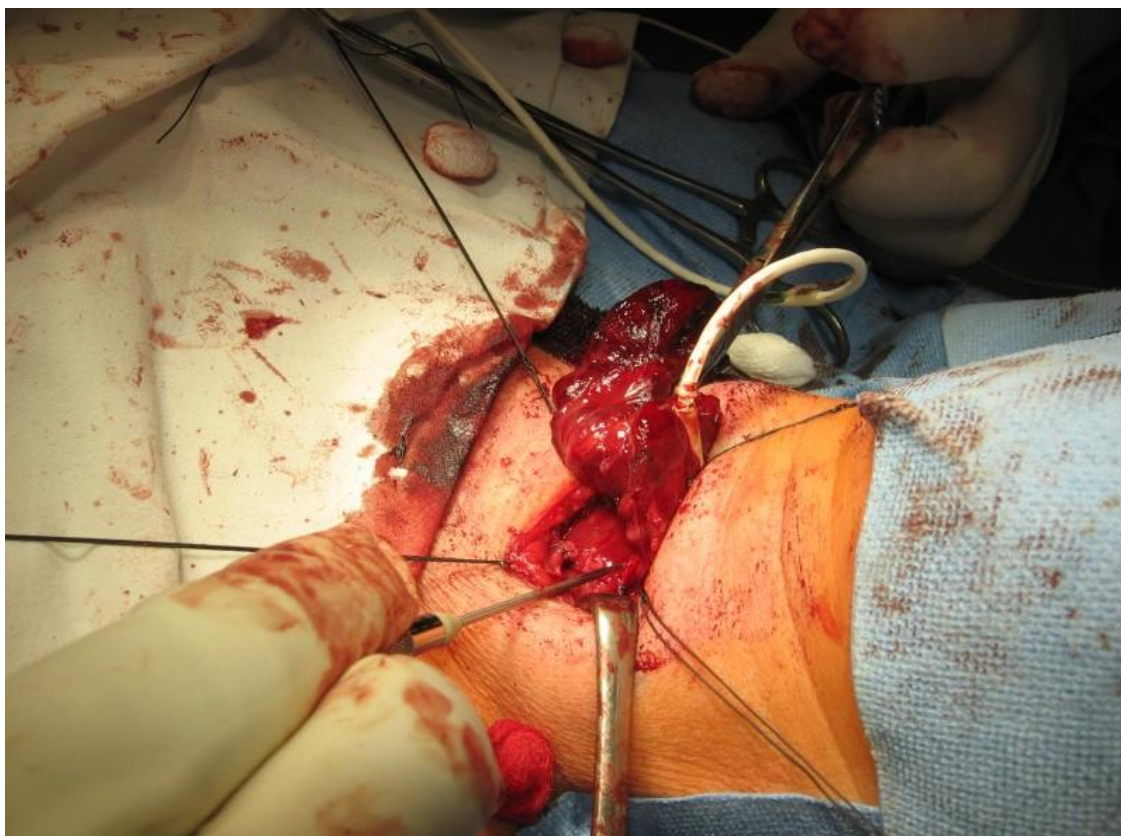


Obrázek 1 – Anatomie hrtanu a štítné žlázy



Obrázek 2 – Klinické vyšetření štítné žlázy pohmatem

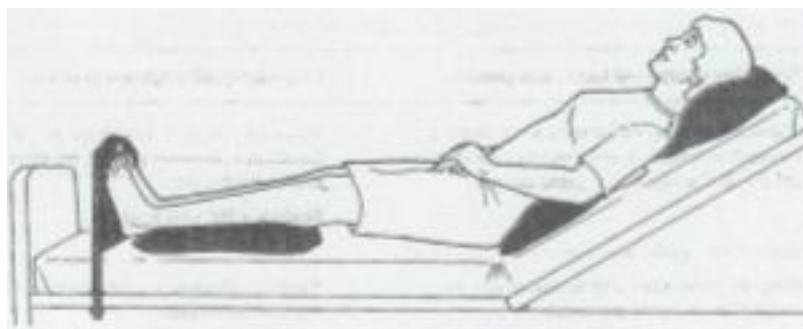




**Obrázek 3 – Totální thyroidektomie**



**Obrázek 4 – Redonův drén**



**Obrázek 5 – Fowlerova poloha**



**Obrázek 6 – Jizva po totální thyroidektomii**

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A:	Žádost a schválení k podrobnému šetření .....	76
PŘÍLOHA B:	BMI – body mass index.....	78
PŘÍLOHA C:	Vyhodnocení rizika pádu.....	79
PŘÍLOHA D:	Test běžných denních činností dle Barthela.....	80
PŘÍLOHA E:	Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona.....	81
PŘÍLOHA F:	Klasifikace bolesti dle Melzacka .....	82

## **PŘÍLOHA A: Žádost a schválení k podrobnému šetření**

Fakultní nemocnice v Plzni  
Úsek náměstkyně ošetrovatelské péče  
Mgr. Světluše Chabrová  
Manažerka pro vzdělávání a výuku  
NELZP  
Alej Svobody 80

323 18 Plzeň

**Věc:** Žádost o možnost provádět sběr informací pro svoji kazuistiku do bakalářské práce formou ošetrovatelského procesu a to v době své, školou schválené, praxe.

Vážená paní magistro,

žádám Vás o možnost provádět sběr informací pro svoji kazuistiku do bakalářské práce formou ošetrovatelského procesu a to v době své, školou schválené, praxe.

Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila kazuistiku klientky na ORL klinice. Téma zní „Ošetrovatelská péče o klientku s karcinomem štítné žlázy.“ Studuji 3. ročník Západočeské univerzity v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, obor všeobecná sestra.

Vedoucí mé bakalářské práce je Bc. Fremrová Vladimíra

V Plzni 3. 11. 2012

Bendová Jana



## Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní  
Jana Bendová  
Studentka ZČU FZS, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povolují Vaše výzkumné šetření ve FN Plzeň, na klinice ORL, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelská péče o klientku s karcinomem štítné žlázy“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky pro umožnění sběru dat tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských – výzkumných / dotazníkových šetření):

- VNELZP (vrchní sestra) osloveného pracoviště souhlasí s Vaším šetřením
- Osobně povedete svoje šetření
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..
- Vaše šetření povedete v době, školou schválených, praktik.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Spolupráce zaměstnanců FN Plzeň na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů FN Plzeň s tazatelkou.

*Mgr., Bc. Světluše Chabrová*  
*manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP*  
*zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň  
tel.. 377 103 204, 377 402 207  
e-mail: [chabrovas@fnplzen.cz](mailto:chabrovas@fnplzen.cz)

## PŘÍLOHA B: BMI – body mass index

Body mass index lze vypočítat dle vzorce  $BMI = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{(\text{výška (m)})^2}$

	hodnota BMI
těžká podvýživa	$\leq 16,5$
podváha	16,5 – 19
ideální váha	19 – 25
nadváha	25 – 30
mírná obezita	30 – 35
střední obezita	35 – 40
těžká obezita	$> 40$

## PŘÍLOHA C: Vyhodnocení rizika pádu

Pohyb	0	neomezený
	2	používá pomůcky
	1	potřebuje pomoc k pohybu
	1	neschopen přesunu
Vyprazdňování	0	nevyžaduje pomoc
	1	nykturie / inkontinence
	1	vyžaduje pomoc
Medikace	0	- neužívá rizikové léky
	1	užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
Smyslové poruchy	0	žádné
	1	vizuální, smyslový deficit
Mentální status	0	orientován
	1	občasná noční dezorientace
	1	dřívější dezorientace / demence
Věk	0	18 až 75 let
	1	nad 75 let
Pád v anamnéze	1	ano

Vyhodnocení: skóre 3 a vyšší = pacient **je** ohrožen rizikem pádu



## PŘÍLOHA D: Test běžných denních činností dle Barthela

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomoci	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15
	S pomoci 50m	10
	Na vozíku 50m	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 - 40	vysoce závislý	65 – 95	lehká závislost
45 - 60	závislost středního stupně	100 bodů	nezávislý

## **PŘÍLOHA E: Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona**

0	není bolest, ani reakce v okolí
1	pouze bolest, není reakce v okolí
2	bolest a zarudnutí
3	bolest, zarudnutí, otok, bolestivý pruh v průběhu žíly
4	hnis, otok, zarudnutí, bolestivý pruh v průběhu celé žíly

## PŘÍLOHA F: Klasifikace bolesti dle Melzacka

