



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

---



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelská péče o nemocnou  
s dg. benigní tumor slinné žlázy**

*Nursing Care of the Patient with a Benign Salivary  
Gland Tumor*

případová studie

*bakalářská práce*

Praha, březen 2008

Iva Beníšková

bakalářský studijní program: Ošetrovatelství

studijní obor: Zdravotní vědy

**Autor práce:** Iva Beníšková  
**Studijní program:** Ošetrovatelství  
**Bakalářský studijní obor:** Zdravotní vědy

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Zvoníčková  
**Pracoviště vedoucího práce:** Ústav ošetrovatelství 3. LF KU v Praze

**Odborný konzultant:** MUDr. Aleš Čoček, Dr. med.  
**Pracoviště odborného konzultanta:** ORL FNKV

**Datum a rok obhajoby:** . 4. 2008

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 18.března 2008

Iva Beníšková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Marii Zvoníčkové, za cenné rady při psaní této práce a panu MUDr. Čočkovi za odborné připomínky.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>5</b>
<b>1 ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>2 KLINICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
2.1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ .....	8
2.1.1 Anatomie .....	8
2.1.2 Fyziologie .....	9
2.1.3 Epidemiologie Warthinova tumoru .....	10
2.1.4 Histologie Warthinova tumoru .....	10
2.1.5 Patogeneze Warthinova tumoru .....	10
2.1.6 Klinický obraz Warthinova tumoru .....	10
2.1.7 Diagnostika Warthinova tumoru .....	10
2.1.8 Terapie Warthinova tumoru .....	10
2.1.9 Prognóza Warthinova tumoru .....	11
2.2 LÉČEBNÝ PLÁN .....	11
2.2.1 Základní údaje o nemocném .....	11
2.2.2 Okolnosti přijetí .....	11
2.2.3 Údaje z lékařské anamnézy .....	12
2.2.4 Přítomný stav – ORL vyšetření .....	13
2.2.5 Diagnostické metody .....	13
2.2.6 Průběh operačního zákroku .....	13
2.2.7 Souhrn ostatních terapeutických opatření .....	14
2.2.8 Průběh hospitalizace .....	17
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	<b>18</b>
3.1 ÚVOD – PODSTATA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU .....	18
3.1.1 Zhodnocení pacienta v ošetřovatelském procesu .....	18
3.1.2 Ošetřovatelská diagnostika .....	18
3.1.3 Plánování péče .....	19
3.1.4 Realizace péče .....	19
3.1.5 Vyhodnocení efektu poskytnuté péče .....	19
3.2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE MAJORY GORDONOVÉ .....	19
3.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MAJORY GORDONOVÉ .....	20
3.3.1 Vnímání zdraví a udržení zdraví .....	20
3.3.2 Výživa a metabolismus .....	21
3.3.3 Vylučování .....	22
3.3.4 Aktivita a cvičení .....	22
3.3.5 Spánek a odpočinek .....	22
3.3.6 Citlivost vnímání a poznávání .....	22
3.3.7 Sebepojetí a sebeúcta .....	23
3.3.8 Role a vztahy .....	23
3.3.9 Reprodukce a sexualita .....	24
3.3.10 Stres, zátěžové situace, zvládání a tolerance stresu .....	24
3.3.11 Víra a životní hodnoty .....	24
3.3.12 Jiné .....	24
3.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY .....	25
3.4.1 Zdůvodnění výběru dne .....	25
3.4.2 Ošetřovatelská diagnostika .....	25
3.5 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN - KRÁTKODOBÝ .....	26
3.5.1 Ošetřovatelská diagnóza – akutní bolest .....	26
3.5.2 Ošetřovatelská diagnóza – riziko pooperačních komplikací .....	27
3.5.3 Ošetřovatelská diagnóza – strach .....	29
3.5.4 Ošetřovatelská diagnóza – riziko vzniku místních komplikací .....	30
3.5.5 Ošetřovatelská diagnóza – porucha příjmu potravy .....	31

3.5.6 Ošetrovatelská diagnóza – riziko pádu .....	32
3.5.7 Ošetrovatelská diagnóza – riziko zácpy .....	33
3.6 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN - DLOUHODOBÝ .....	34
3.7 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO .....	34
3.7.1 Psychologické zhodnocení.....	34
3.7.2 Prožívání nemoci.....	34
3.7.3 Postoj k nemoci .....	35
3.7.4 Reakce na pobyt v nemocnici .....	35
3.7.5 Zhodnocení komunikace.....	35
3.7.6 Strategie komunikace .....	35
3.7.7 Zvládání stresu.....	36
3.7.8 Obranné mechanismy.....	36
3.7.9 Motivace k léčbě.....	36
3.8 SOCIÁLNÍ HODNOCENÍ.....	36
3.9 PROGNÓZA .....	37
3.10 EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉHO .....	37
3.10.1 Příprava před CT vyšetřením a informace o CT vyšetření.....	37
3.10.2 Informace před příjmem na oddělení .....	38
3.10.3 Vstupní informace při přijetí .....	38
3.10.4 Předoperační příprava.....	38
3.10.5 Péče o žilní kanylaci.....	39
3.10.6 Pooperační péče.....	40
3.10.7 Péče o operační ránu .....	40
3.10.8 Prevence recidivy a škodlivost kouření .....	40
3.10.9 Výživa .....	42
3.10.10 Pohybová aktivita .....	43
3.10.11 Informace při propuštění do domácího ošetřování .....	43
<b>4 SOUHRN .....</b>	<b>45</b>
<b>SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY.....</b>	<b>46</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>49</b>

# 1 Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala na základě zajímavé ošetrovatelské problematiky u nemocné s benigním nádorem slinné žlázy. Pro tuto pacientku byl větším problémem její postoj ke zdraví a její životní styl, než samotná lékařská diagnóza, se kterou se u nás léčila. Bylo u ní zapotřebí více ošetrovatelské a edukační činnosti než plnění ordinací lékaře, což bylo pro mě výzvou a možností uplatnění samostatné sesterské práce. Klientka i její rodina se mnou velmi dobře spolupracovala a tak jsem měla dostatečný prostor pro poskytování komplexní ošetrovatelské péče.

## 2 Klinická část

### 2.1. Charakteristika onemocnění

#### 2.1.1 Anatomie

Slinné žlázy můžeme rozdělit dle velikosti na dvě skupiny – velké a malé. Mezi velké slinné žlázy patří příušní žláza (*glandula parotis*), podčelistní slinná žláza (*glandula submandibularis*) a podjazyková slinná žláza (*glandula sublingualis*). Malé slinné žlázy jsou umístěny ve sliznici dolního rtu, patra, jazyka, tváří, nosu, hltanu, vedlejších nosních dutin i průdušnici. (8, 13)

#### Příušní žláza

Největší slinnou žlázou je příušní žláza. Žláza je umístěna na zevním povrchu žvýkacího svalu (*musculus masseter*), dosahuje až k jařmovému oblouku (*arcus zygomaticus*) a dorzálně k chrupavčitému zvukovodu. Žlázou probíhá lící nerv (*nervus facialis*), který jí rozděluje na dva laloky. Větší lalok se nazývá *lobus superficialis* a menší je *lobus profundus*. Vývod této žlázy probíhá přes přední okraj žvýkacího svalu a ústí v dutině ústní naproti druhé horní stoličce v bukální sliznici. Lymfa z této žlázy odtéká do parotických lymfatických uzlin a dále do hlubokých uzlin krčních. (8, 11)

#### Podčelistní žláza

Druhou největší slinnou žlázou je podčelistní žláza. Žláza je umístěna v *trigonum submandibulare*, což je krajina na krku ohraničená tělem mandibuly a oběma bříšky *musculu digastricu*. Slina z této žlázy odtéká Whartonovým vývodem (*ductus submandibularis Whartoni*), který ústí na párovém hrbolku na spodině dutiny ústní (*caruncula sublingualis*) (8, 11)

#### Podjazyková žláza

Podjazyková žláza je nejmenší žlázou, kterou řadíme mezi velké slinné žlázy. Je uložena pod sliznicí spodiny dutiny ústní. Vývod žlázy je také jako u podčelistní žlázy umístěn na *caruncule sublingualis*. (8, 11,)



### 2.1.2 Fyziologie

Velké slinné žlázy vyprodukují zhruba 1 až 1,5 litrů slin za den. Sekrece slin probíhá neustále na bazální úrovni. Malé slinné žlázy produkují sliny, které čistí dutinu ústní a udržují ji vlhkou. Sekrece slin se výrazně zvyšuje vlivem nepodmíněných reflexů (dotek sliznice se soustem), nebo podmíněných reflexů (vůně jídla, vzpomínka na jídlo). Podmíněnou sekreci zajišťují velké slinné žlázy.

Farmakologicky lze tvorbu slin ovlivnit podáním přímých a nepřímých sympatomimetik a parasympatomimetik, které zvyšují činnost slinných žláz, nebo podáním parasympatolytik, ganglioplegik (inhibují nikotinový receptor ve vegetativních gangliích sympatiku i parasympatiku), některých psychofarmak a antihypertenziv, které způsobí snížení sekrece slin. Dalšími faktory, které tlumí sekreci slin jsou například stres, nebo dehydratace.

Každá velká slinná žláza má typický sekret. Příušní žláza vylučuje sekret serózního charakteru, podčelistní produkuje seromucinózní sekret a podjazyková žláza mucinózní sekret. Sekrece je řízena z prodloužené míchy.

Sliny obsahují asi 99,5 % vody a dále anorganické složky ( $\text{HCO}_3$ , K, Cl, Na, Ca) a složky organické (mucin, alfa-amylázu, lysozym a imunoglobulin A). (8, 32)

#### Funkce slin

Sliny mají několik funkcí. Jednak chrání sliznici dutiny ústní, zubní sklovinu a sliznici polykacích cest, protože obsahují látky, které jsou důležité pro stavbu zubů a látky s antibakteriálním účinkem. Například lysozym štěpí murein gramnegativních bakterií.

Další funkcí je digestivní funkce, která spočívá v započetí trávení, kdy jsou v ústech, pomocí enzymu alfa-amylázy, štěpeny polysacharidy na dextriny. Jazyková lipasa štěpí triacylglyceroly, čímž čistí chuťové pohárky, takže se podílí na zprostředkování chuťových vjemů.

Sliny se také podílejí na exkreci jódu, faktorů krevní srážlivosti a erytropoeze, substance krevních skupin a také jsou při virémiích pomocí sliny vylučovány viry (například při zarděnkách, EB virózách, HIV nebo vzteklině) (8, 11, 32)

### **2.1.3 Epidemiologie Warthinova tumoru**

Warthinův tumor je druhý nejčastější benigní nádor příušní slinné žlázy. Ve většině případů (asi v 90%) vychází z povrchového laloku. Vyskytuje se častěji u mužů ve věku kolem 60 let. Některé zahraniční studie uvádějí příčinnou souvislost mezi kouřením a vznikem tohoto nádoru. ( 27, 34)

### **2.1.4 Histologie Warthinova tumoru**

Histologickou strukturu definuje dobře jeho druhý název – cystický adenolymfom. Nádor je složen z dvouřadého onkocytárního epitelu v lymfoidním stromatu. Je ohraničen vazivovým, málo vaskularizovaným pouzdrem. (22)

### **2.1.5 Patogeneze Warthinova tumoru**

Patogeneze vzniku Warthinova nádoru má několik teorií, z kterých je nejčastěji přijímaná teorie inkluzí duktálního salivárního epitelu do intraparotických uzlin. (22)

### **2.1.6 Klinický obraz Warthinova tumoru**

Warthinův tumor se projevuje pomalu rostoucím nebolestivým zduřením. Pacient si mnohdy ani nevšimne zvětšujícího se útvaru a přichází až po upozornění někoho z okolí. Nádor je většinou dobře pohyblivý a elastický. Benigní tumor slinné žlázy obvykle nebývá fixován ke spodině, ani ke kůži. Lícní nerv mívá zachovánu plnou funkci. (8, 13)

### **2.1.7 Diagnostika Warthinova tumoru**

Základem diagnózy Warthinova tumoru je, kromě anamnestických údajů a palpačního vyšetření, sonografie, která může být doplněná cílenou punkční aspirační biopsií. Pro objasnění lokalizace je možno provést CT vyšetření nebo vyšetření magnetickou rezonancí. Definitivní diagnóza se potvrdí histologickým vyšetřením. (8, 11)

### **2.1.8 Terapie Warthinova tumoru**

Léčba tumoru je chirurgická. U benigních nádorů slinné žlázy se provádí konzervativní parciální nebo povrchová parotidektomie, nebo při hluboké

lokalizaci se indikuje totální parotidektomie, která vylučuje vznik recidiv. Operace se provádí v celkové anestézii v poloze vleže na zádech a s hlavou stočenou k neoperované straně.

Při zákroku je nutno brát v potaz průchod lícního nervu, který je nutno zachovat funkční. K identifikaci lícního nervu se může využít elektrostimulátor, který je možno použít, pouze pokud pacient není relaxován. Po vyjmutí slinné žlázy se zavede drén na odvod sekretů a provede sutura okrajů rány ve dvou vrstvách. (2, 8)

### ***2.1.9 Prognóza Warthinova tumoru***

Prognóza Warthinova nádoru je příznivá. Výskyt recidiv všech benigních nádorů příušní slinné žlázy je pod 2% a to především díky indikaci superficiální parotidektomie. U Warthinova tumoru je recidiva vzácná. (8, 34)

## ***2.2 Léčebný plán***

### ***2.2.1 Základní údaje o nemocném***

Paní I.B. ročník 1950 byla přijata dne 24.9. 2007 na lůžkové oddělení ORL k extirpaci tumoru, kvůli verifikovanému nádoru levé příušní slinné žlázy.

### ***2.2.2 Okolnosti přijetí***

Pacientka navštívila ORL ambulanci dne 27.8. 2007 a stěžovala si na rezistenci v oblasti příušní slinné žlázy. Klientka byla vyšetřena lékařem a odeslána na CT vyšetření, které absolvovala dne 3.9. 2007. CT vyšetření prokázalo tumorosní ložisko v oblasti levé příušní žlázy. Pacientce byla doporučena extirpace tumoru příušní slinné žlázy.

Paní I.B. byla odeslána k obvodnímu lékaři, který zajistil předoperační vyšetření. Při tomto vyšetření byla zjištěna hypothyreosa, se kterou byla pacientka odeslána na endokrinologickou ambulanci, kde doporučili odložení výkonu do stabilizace laboratorních hodnot.

Po endokrinologické léčbě a stabilizaci, byla pacientka objednána na 25.9. na operační zákrok. 24.9 byla přijata na lůžkové oddělení k sepsání chorobopisu a přípravě na výkon.

### ***2.2.3 Údaje z lékařské anamnézy***

#### Rodinná anamnéza

Matka pacientky zemřela v 62 letech na ischemickou chorobu srdeční, měla dekompenzovaný diabetes mellitus II. typu na inzulínové terapii. Otec zemřel v 68 letech na rakovinu plic. U otce také byla diagnostikována ischemická choroba srdeční a diabetes mellitus II. typu, který léčil perorálními antidiabetiky. Sestra paní I.B. i její dva bratři mají také diabetes mellitus, jeden z bratrů již zemřel ve věku 60 let na ischemickou chorobu srdeční. Klientka má dvě děti, které jsou zdravé.

#### Osobní anamnéza

Pacientka prodělala běžné dětské nemoci. V dětství prodělala hepatitidu typu A. Kolem osmnáctého roku (rok si přesně nepamatuje) podstoupila tonsilektomii.

Od roku 2000 má diagnostikovaný diabetes mellitus II. typu a od roku 2006 užívá perorální antidiabetika. Letos (roku 2007) v březnu byla zjištěna hypertenze, vysoká hladina triglyceridů a cholesterolu, při snížené hodnotě HDL. V rámci předoperačního vyšetření byla diagnostikována hypothyreosa s vývojem drobnouzlové strumy, která je léčena substituční léčbou. Na obou dolních končetinách má rozsáhlé povrchové varixy.

#### Alergická anamnéza

Pacientka je alergická na Augmentin, po kterém měla kožní reakci.

#### Pracovní anamnéza

Paní I.B. pracovala jako řidička osobního auta do roku 1995. Od roku 1995 až do současnosti pracuje jako úřednice.

## Návyky

Klientka kouří třicet cigaret denně, alkohol pije pouze výjimečně a kávu pije jednou denně. Analgetika užívá zřídka, pouze při bolestech hlavy si vezme acylpyrin. Léky na spaní neužívá.

### **2.2.4 Přítomný stav – ORL vyšetření**

Nemocná udává asi rok zvětšující se rezistenci v oblasti levé příušní slinné žlázy. Rezistence tumorozního charakteru je nebolestivá a inervace lícního nervu zůstává bez alterace. Velikost tumoru je cca 6x4 cm, není fixován a je pravděpodobně hluboko uložen.

Při vyšetření hrtanu optikou byla zjištěna symetrická, hladká a klidná epiglotis a bilaterálně překrvené hlasivky (nález při chronické fumatomní laryngitidě). V dolním pólu levého laloku štítné žlázy má pacientka hypodenzní uzlík.

### **2.2.5 Diagnostické metody**

Pacientka byla vyšetřena palpačně, hrtan byl vyšetřen metodou nepřímé laryngoskopie, pomocí zvětšovacího laryngoskopu. Také podstoupila CT vyšetření, které potvrdilo tumorozní ložisko v levé příušní žláze, nehomogenně se sytící po podání kontrastní látky a neprokázalo známky lymfadenopatie.

Dále byla nemocná doporučena na předoperační vyšetření k praktickému lékaři. Předoperační vyšetření obsahovalo laboratorní vyšetření (glykémie, ionty, urea, kreatinin, jaterní testy, lipidy, hormony štítné žlázy a tyreotropin, biochemické vyšetření moče a sedimentu), dále interní vyšetření (včetně EKG a Rtg srdce a plic) a také diabetologické a endokrinologické konzilium.

### **2.2.6 Průběh operačního zákroku**

V celkové klidné intubační anestézii veden řez, bylo protnuta kůže podkoží, platysma a fascia parotideomasseterica. Pod fascií v povrchové porci nalezen objemný, ostře ohraničený, cystický tumor o velikosti 5x3 cm. Zkalený vazký obsah odsát a odebrán stěr na bakteriologické vyšetření. Následně byl tumor vypreparován společně s přilehlou zvětšenou lymfatickou uzlinou a

přílehlým parenchymem slinné žlázy. Materiál byl odeslán na histologické vyšetření.

Větve lícního nervu byly zachovány intaktní. Byl proveden výplach rány peroxidem a Betadinem. Krvácení bylo stavěno elektrokoagulací. Do rány byla založena Redonova drenáž. Na závěr byla provedena sutura rány ve všech vrstvách, krytí s kompresí. Výkon trval 60 minut.

### ***2.2.7 Souhrn ostatních terapeutických opatření***

#### Převazy

První převaz operační rány byl proveden za 24 hodin po zákroku (26.9.2007). Rána byla zkontrolována, ošetřena Betadinem a převázána sterilním krytím s kompresí. Ve sběrné nádobce Redonova drénu bylo asi 2 ml serozního sekretu.

27. 9. 2007 byla operační rána opět převázána, ošetřena Betadinem, krytí s kompresí bylo nahrazeno standardním sterilním krytím a byl odstraněn Redonův drén, který již neodváděl žádný sekret.

Další převazy se sterilním krytím byly prováděny denně a 3.10 byly z operační rány odstraněny stehy.

#### Dieta

Pacientka se léčí s diabetem II. typu a hyperlipidémií, takže jí od počátku hospitalizace byla naordinována diabetická dieta se sníženým obsahem tuků. V den operace mohla lehce povečeřet kašovitou stravu. Následující den si klientka ještě vyžádala kašovitou diabetickou dietu a od třetího dne po operaci měla opět nízkotučnou diabetickou stravu.

#### Farmakoterapie

Pacientka trvale užívá níže uvedené léky:

##### *Maninil 5*

dávkování: 3x1, tablety se polykají celé asi 1/2 hodiny před jídlem a zapijí se trochou tekutiny, vynechaná dávka nesmí být později vyrovnána zvýšením dávky  
indikační skupina: antidiabetikum

nežádoucí účinky: nežádoucí pokles glykémie, zrakové poruchy (na počátku léčby), nevolnost, zvracení, žaludeční a střevní potíže, ojediněle fotosenzibilita, poruchy krvetvorného systému, kožní vyrážka, horečka, poruchy ledvin

#### *Letrox 100*

dávkování: 1x1, celou denní dávku je nutné užívat nalačno, nejméně 30 minut před snídaní a zapít ji dostatečným množstvím tekutiny

indikační skupina: hormony štítné žlázy

nežádoucí účinky: známky předávkování (bušení srdce, poruchy srdečního rytmu, slabost a svalové křeče, pocit horka, nadměrné pocení, horečka, třes prstů, subjektivní pocit neklidu, nespavost, úbytek váhy, zvracení, průjem, bolesti hlavy), při přecitlivosti na některou složku léku - alergická reakce (kožní reakce, bronchospasmus, otok hrtanu)

#### *Simvor 40*

dávkování: 1x1

indikační skupina: hypolipidemikum (statin)

nežádoucí účinky: většinou mírné a přechodného charakteru, výjimečně gastrointestinální potíže, poruchy krvetvorby, bolesti hlavy, závratě, kožní alergická reakce, onemocnění jater, myopatie

#### *Fenofibrate BMS*

dávkování: 1x1, tablety se užívají jednou denně, celé, nerozkousané, spolu s některým hlavním jídlem (obědem nebo večeří), ale vždy ve stejnou denní dobu

indikační skupina: hypolipidemikum (fibrát)

nežádoucí účinky: mírné zažívací obtíže (nechutenství, nevolnost, zvracení), vyrážka, svědění, kopřivka, bolesti svalů, křeče, bolesti hlavy, slabost, závrať, vzácně i porucha jaterních funkcí.

#### *Prestarium 4*

dávkování: 1x1, tablety se vždy užívají v jedné dávce ráno před jídlem, polykají se celé a zapíjejí se vodou

indikační skupina: ACE inhibitor (antihypertezivum - brání přeměně neúčinného angiotenzinu I v účinný angiotenzin II, který má vazokonstrikční vlastnosti)

nežádoucí účinky: snížení krevního tlaku, dýchací obtíže - jako kašel a dušnost, zvracení, bolest břicha, poruchy chuti, trávicí obtíže, průjem a zácpa, kožní vyrážky, svědění, bolest hlavy, závratě, mravenčení, hučení v uších, poruchy vidění, tělesná slabost, křeče, výjimečně ledvinná nedostatečnost, křečovitě stažení průdušek, angioneurotický edém, kopřivka, pocení, sucho v ústech, poruchy nálady a spánku, sexuální poruchy, velice vzácně se vyskytuje zarudnutí kůže, zmatenost, zánět slinivky břišní, srdečně-cévní komplikace

### *Anopyrin 100*

dávkování: běžně užívá 1x1, 14 dní před výkonem vysadila

indikační skupina: antitrombotikum ze skupiny inhibitorů agregace trombocytů

Vzhledem k indikační skupině, byl tento lék před operačním zákrokem vysazen, aby nedošlo k nežádoucímu krvácení během invazivního zákroku.

Dále byla klientce již v den operace nasazena antibiotika:

### *Dalacin 300mg*

dávkování: po osmi hodinách, tobolky se zapíjejí plnou sklenicí vody nebo se užívají spolu s potravou, aby se zabránilo podráždění jícnu

Nežádoucí účinky těchto léků jsou: poruchy krve a lymfatického systému (přechodná neutropenie a eosinofilie, agranulocytóza a trombocytopenie), poruchy imunitního systému (bylo zaznamenáno několik případů anafylaktoidní reakce), gastrointestinální poruchy (bolesti břicha, nauzea, zvracení, průjem, ezofagitida a vřed jícnu), poruchy jater a žlučových cest (při léčbě klindamycinem byl pozorován výskyt ikteru a abnormality jaterních testů), poruchy kůže a podkoží (během léčby byl pozorován makulopapulózní exantém a kopřivka), mírná až středně těžká generalizovaná morbiliformní vyrážka je nejčastěji hlášenou reakcí.

Vzácně se objevil po podání klindamycinu multiformní erytém. Mezi další nežádoucí účinky patří svědění, kolpitida a vzácně i exfoliativní a vezikobulózní dermatitida.



Během postmarketingového sledování byly vzácně hlášeny případy toxické epidermální nekrolýzy.

### **2.2.8 Průběh hospitalizace**

Pacientka byla přijata dne 24.9.2007 pro CT verifikovaný tumor levé příušní slinné žlázy. 25.9 byla v celkové anestézii provedena extirpace tumoru. Výkon i pooperační průběh byl bez příhod. Převoz se sterilním krytím byly prováděny denně.

Pravidelně byla kontrolována glykémie. Byla nasazena antibiotická léčba (Dalacin). Při propuštění byla pacientka afebrilní, bez obtíží, sutura rány zhojena per primam, stehy extrahovány 3.10. 2007. Bakteriologické vyšetření prokázalo pomnožení *Staphylococcu epidermis*.

Doporučení pro domácí péči bylo pokračovat v podávání antibiotik (Dalacin 300mg po 8 hodinách) do 8.10.2007 a dostavit se na kontrolu dne 10.10.2007.

## **3 Ošetrovatelská část**

### ***3.1 Úvod – podstata ošetrovatelského procesu***

Ošetrovatelský proces je metodologický postup, který se používá při poskytování ošetrovatelské péče a slouží k zajištění individuální a kontinuální péče o pacienta a uspokojování jeho potřeb. Cílem ošetrovatelského procesu je určení skutečných, nebo potenciálních problémů klienta a naplánování péče. Jedná se o cyklický proces, zahrnující pět složek, které probíhají v přesném pořadí za sebou, ale v jednu chvíli může být v činnosti těchto složek více.

Význam ošetrovatelského procesu spočívá především ve zkvalitnění ošetrovatelské péče, zvýšení pravomoci sestry a pacient má možnost více ovlivňovat ošetrovatelskou péči, která je mu poskytována. (17, 33)

Fáze ošetrovatelského procesu:

#### ***3.1.1 Zhodnocení pacienta v ošetrovatelském procesu***

Zhodnocení pacienta zahrnuje sběr, ověřování a třídění informací o pacientovi. Pro sestru jsou důležité údaje o tělesném, emocionálním, kulturním, duchovním a intelektovém stavu klienta. Informace lze získat různými metodami, například rozhovorem s pacientem nebo s jeho blízkými, pozorováním, testováním nebo měřením. Údaje o nemocném získává primární nebo skupinová sestra a zaznamenává je do ošetrovatelské dokumentace. (17, 33)

#### ***3.1.2 Ošetrovatelská diagnostika***

Ošetrovatelská diagnóza vyjadřuje ošetrovatelské problémy pacienta nebo potřeby, které stanoví sestra na základě anamnestických údajů. Ošetrovatelské problémy mohou být buď aktuální, to jsou ty, které v současné době existují, nebo potencionální, to je takový problém, který by mohl vzniknout a jsou pro něj rizikové faktory. (17, 33)

### ***3.1.3 Plánování péče***

Plánováním péče rozumíme stanovení jednotlivých cílů, vytyčení priorit a návrhu opatření, které mají řešit jednotlivé ošetrovatelské problémy. Cíle mohou být krátkodobé, nebo dlouhodobé, ale vždy by měly mít konkrétní formu. Plánování péče se neobejde bez spolupráce s pacientem nebo jeho rodinou. Dobrý ošetrovatelský plán zajistí správnou koordinaci a efektivnost péče pro celý ošetrovatelský tým. (17, 33)

### ***3.1.4 Realizace péče***

Realizace péče spočívá v plnění ošetrovatelského plánu. I v této fázi ošetrovatelského procesu je důležité, aby sestra neustále shromažďovala informace o nemocném a sledovala průběžné změny. Součástí realizace je také záznam o péči. (17, 33)

### ***3.1.5 Vyhodnocení efektu poskytnuté péče***

Vyhodnocení zahrnuje posouzení pacientovy reakce na ošetrovatelské intervence a splnění jednotlivých cílů, které byly stanoveny v ošetrovatelském plánu. Pokud cíle nebylo dosaženo, zhodnocení má sloužit jako podklad pro tvorbu nového ošetrovatelského plánu. (17, 33)

## ***3.2 Ošetrovatelský model dle Majory Gordonové***

Model Majory Gordonové je založen na interakci osoby a prostředí. Zdravotní stav klienta je tvořen bio-psycho-sociální složkou a vzorec zdraví může být funkční nebo nefunkční. Vzorec popisuje Gordonová jako chování pacienta a popsala celkem jedenáct oblastí zdraví (jednotlivé oblasti jsou uvedeny níže v ošetrovatelské anamnéze). (29)

Dysfunkční stav zdraví je v ošetrovatelském modelu dle Majory Gordonové klasifikován v ošetrovatelských diagnózách NANDA. Funkční zdraví je ovlivněno nejrůznějšími faktory (biologické, vývojové, sociální, kulturní, spirituální). (29)

### **3.3 Ošetřovatelská anamnéza dle Majory Gordonové**

Údaje k ošetřovatelské anamnéze jsem zjišťovala již den před operačním zákrokem, protože jsme měli s klientkou více času a měla jsem příležitost doplnit některé údaje od rodinných příslušníků. Tyto údaje jsem v den operace ještě rozšířila a použila pro stanovení ošetřovatelských diagnóz a tvorbě ošetřovatelského plánu v den operace.

#### **3.3.1 Vnímání zdraví a udržení zdraví**

V současné době pacientka nevnímá svůj celkový zdravotní stav jako příliš příznivý. V tomto roce došlo k výraznému zhoršení jejích chronických chorob a to především hypertenze, diabetu mellitu a hyperlipidemie s hypercholesterolémií. O těchto chronických onemocněních pacientka věděla již několik let, ale nevěnovala jim dostatečnou pozornost. Nedodržovala žádná režimová opatření, ani nechodila na pravidelné kontroly.

Na počátku tohoto roku (2.2.2007) utrpěla, při pádu v hyperglykemickém kómatu, úraz hlavy (tržnou ránu) spojený s mozkovou komocí. S tímto úrazem byla hospitalizována a v průběhu hospitalizace jí byl diagnostikován dekompenzovaný diabetes mellitus a hypertenze. Od této chvíle užívá antidiabetika, antihypertenziva a pravidelně navštěvuje praktického lékaře kvůli preventivním kontrolám.

Na jaře tohoto roku jí byla při jedné z kontrol zjištěna hyperlipidemie a hypercholesterolemie, na které užívá antilipidemika. Když došlo ke stabilizaci těchto chorob, byl klientce na naší ORL ambulanci diagnostikován tumor levé příušní žlázy a navíc v rámci předoperačních vyšetření byla zjištěna špatná činnost štítné žlázy (hypothyreóza).

Pacientka si uvědomuje všechny své choroby jako důsledek svého špatného životního stylu a negativního postoje k léčbě. Uznává, že její chování jejímu zdravotnímu stavu neprospívá, ale není ochotná příliš změnit svůj životní styl.

Pokud je u ní nějaká nemoc diagnostikována, užívá pravidelně léky a absolvuje veškerá kontrolní vyšetření, ochotně se podrobuje diagnostickým a

terapeutickým zákrokům (i těm invazivním), avšak není schopná dodržovat režimová opatření. (38)

### **3.3.2 *Výživa a metabolismus***

Pacientka se stravuje pětkrát denně. Údajně z časových důvodů upřednostňuje hlavně polotovary, lahůdky a uzeniny. Z ovoce preferuje banány a jablka, ale denně je nekonzumuje. Zeleninu jí převážně pouze v polévkách a občas, tak jednou týdně, sní jednu okurku nebo papriku. Každý den nemá k dispozici teplé jídlo. Pokud jí teplou stravu, jedná se převážně o jídla s jíškovou omáčkou, nebo smažené pokrmy.

Příjem tekutin se snaží udržet v rozmezí 1,5 až 2 litry. Pije převážně perlivé stolní vody, někdy vodu s sirupem obsahujícím sladidlo nebo černý čaj. Výjimečně se napije i nápoje obsahující cukr.

Váhu si udržuje již několik let stejnou, ale čas od času se snaží o její snížení. Její váha je v současné době 75 kg a výška 160cm. Její BMI je tudíž 29,3, což ukazuje na nadváhu hraničící s obezitou. Pacientka trpí nadváhou androidního charakteru.

Pacientka by měla dodržovat diabetickou dietu a nízkým obsahem lipidů a cholesterolu. Diabetickou dietu dodržuje pouze částečně, protože se zaměřuje pouze na vyloučení sacharidů, ale nekontroluje si celkový energetický příjem a konzumaci škrobů. Dieta na snížení lipidů jí nebyla praktickým lékařem dostatečně vysvětlena. Pacientka uvádí, že se snaží nejíst příliš mastná jídla, ale není si přesně jistá, které potraviny jsou pro ni rizikové.

Klientka nemá potíže s příjmem potravy, a ačkoliv má na krku poměrně velký tumor, tak při polykání žádné potíže neudává. Po operačním zákroku klientce činí potíže polykání a vyžaduje kašovitou stravu.

Paní I.B. není příliš spokojena s kvalitou svých vlasů a nehtů, ale tvrdí, že s nimi měla vždy problémy. Zuby již nemá své vlastní a nosí plnou zubní protézu.

Kůži má pacientka poměrně suchou a pravidelně jí promazává. Kožní turgor není snížený, což svědčí pro dobrou hydrataci. V současné době je integrita kůže porušena vlivem operačního zákroku. (38)

### **3.3.3 Vylučování**

Na stolici pacientka nechodí příliš pravidelně. Často má zácpu při změně prostředí, nebo pokud méně pije. V případě, že má problémy s vyprázdněním řeší je pomocí čajů s laxativním účinkem (například sennou).

Na poruchy močení si klientka v současné době nestěžuje, ale někdy mívala pálení a řezání při močení. Většinou jí pomůže urologický čaj a zvýšený příjem tekutin, jen jednou musela navštívit urologickou ambulanci kvůli zánětu močových cest, doprovázeného vysokou horečkou. (38)

### **3.3.4 Aktivita a cvičení**

Nyní se pacientka necítí být příliš v kondici, zadýchává se a dělá jí problém zvládnout i chůzi na kratší vzdálenost.

Udává, že pohybovou aktivitu jí znemožňuje vysoký tlak, nemocné srdce a diabetes. Rodinní příslušníci mi potvrdili, že klientka má minimální pohyb, do práce se dopravuje automobilem, do bytu do druhého patra jezdí výtahem, většinu domácích prací vykonává její manžel a ve volném čase se většinou dívá na televizi.

Jinak je pacientka schopná se sama o sebe postarat, nemá problémy s chůzí ani koordinací pohybů. (38)

### **3.3.5 Spánek a odpočinek**

Klientka spí asi sedm hodin denně, protože vstává brzy ráno do práce. Usíná zhruba v jedenáct hodin večer a ráno vstává v šest hodin. O víkendu spí asi do sedmi hodin. S usínáním problém většinou nemá, jenom je občas dušná a někdy jí dráždí v krku a musí odkašlávat, což přičítá za vinu svému silnému kuřáctví. Ve dnech volna pacientka spí zhruba hodinu i po obědě. (38)

### **3.3.6 Citlivost vnímání a poznávání**

Klientka hůře slyší na levé ucho, ale v komunikaci jí to žádné potíže nečiní. Brýle používá na blízko a na dálku, které potřebuje pouze při jízdě autem. Na poslední kontrole zraku byla asi před rokem.

Na zhoršení paměti si pacientka nestěžuje, ani rodinní příslušníci neudávají žádnou změnu k horšímu. Paní I.B. Je plně orientována, je schopna

odhadnout a pochopit svůj zdravotní stav, léčbu i ošetrovatelské úkony. Informace o svém zdravotním stavu nevyhledává, ale pokud je dostane, tak je kompetentní je posoudit a činit rozhodnutí. Slovní vyjadřování pacientky je přímočaré, bez květnatých řečí a frází. (38)

### **3.3.7 Sebepojetí a sebeúcta**

Celkový emocionální stav klientky je nyní velmi nevyrovnaný. Doslova se vyjádřila, že má pocit, že jí pronásleduje jedna choroba za druhou. Pacientka si uvědomuje, že příčinou většiny jejích nemocí je její životní styl, ale nechce o tom hovořit ani s rodinou a nevěří si, že by byla schopná to změnit. Velmi jí těší zájem rodiny a má dobrý pocit, že se o ní aktivně zajímají, ale jakýkoliv rozhovor ohledně jejího zdravotního stavu končí, dle informací jejího syna, její negativní reakcí.

Jinak má pacientka přiměřené sebevědomí, ale nevěří svojí vůli a sebekázni v otázkách změny životního stylu. Dle informací rodiny se poslední dobou více rozčiluje a občas je neadekvátně lítostivá.

Při hospitalizaci se klientka projevovala, jako velmi komunikativní, nekonfliktní typ, velmi ochotný ke spolupráci. (38)

### **3.3.8 Role a vztahy**

Klientka bydlí společně s manželem, synem a snachou ve společném třípokojevém bytě. Snacha je v prvním trimestru těhotenství a paní I.B. se velmi těší na své první vnouče. Společného soužití se neobává, protože se syn s rodinou po porodu dítěte odstěhují do vlastního domku. Očekávané dítě je pro pacientku velkou motivací, aby se zabývala svým zdravotním stavem. Druhý syn bydlí nyní u kamaráda, ale o zdravotní stav matky se zajímá stejně intenzivně a po odstěhování staršího syna se chce nastěhovat k rodičům, takže bude i nadále paní I.B. oporou.

Také manžel klientky se projevuje poměrně velkou starostlivostí, nicméně k prosazování změny v životním stylu je spíše pasivnější. Synové aktivně spolupracují při diagnostice, léčbě i doplňování anamnestických údajů, chodí se pravidelně informovat na zdravotní stav matky.

Jinak je pacientka v častém kontaktu s kolegyněmi ze zaměstnání a mám dojem, že je v práci docela oblíbená a spolupracovníci o ní mají starost. (38)

### **3.3.9 Reprodukce a sexualita**

Klientka je již ve věku, kdy je její reprodukční období skončeno. V současné době je již pět let po menopauze, takže u ní již skončilo i období postmenopauzálních potíží. Paní I.B. nepokládala za přínosné, aby jsme hovořily o její sexualitě. (38)

### **3.3.10 Stres, zátěžové situace, zvládání a tolerance stresu**

Pacientka je v současné době neustále v mírném napětí, hlavně kvůli svému zdravotnímu stavu. Ve stresových situacích je jí oporou její rodina, přičemž se více spoléhá na syny než na manžela. V jejím soukromém životě také dochází k několika změnám, které zásadně ovlivní její život. Mladší syn se rozešel s dlouholetou přítelkyní a starší syn očekává první dítě. Tyto změny však klientka přijímá spíše pozitivně, na vnouče se těší a je pro ni velkou motivací k úpravě jejího zdravotního stavu.

Další změnu byla výměna majitelů firmy, kde pacientka pracuje, která jí přinesla krátkodobou nejistotu v zaměstnání. Nyní se situace stabilizovala, takže z této stránky nemá paní I.B. důvod k nějakým obavám.

Dle informací rodiny pacientka řeší problémy velmi emotivně, snadno se rozčílí, ale na druhou stranu se zase rychle uklidní a vrátí do pohody.

Nyní má pacientka největší obavy z výsledků histologického vyšetření. (38)

### **3.3.11 Víra a životní hodnoty**

Klientka není věřící a nevyžaduje žádné náboženské služby. Svě životní hodnoty vidí ve vztazích v rodině a ve své práci. (38)

### **3.3.12 Jiné**

Pacientka je schopná se smířit i s negativní diagnózou, je komunikativní a ochotná se léčit. Nechce ale hovořit předem o možnosti, že by histologické vyšetření prokázalo nějakou malignitu a odmítá přijímat jakékoliv údaje o



prognóze. Požaduje pouze informace o diagnostických metodách, průběhu operace a výsledek histologického vyšetření pro definitivní potvrzení diagnózy.

### ***3.4 Ošetrovatelské diagnózy***

#### ***3.4.1 Zdůvodnění výběru dne***

K tvorbě ošetrovatelského plánu jsem si vybrala den operace, protože tento den byl z hlediska ošetrovatelské péče nejnáročnější a i pro pacientku byl tento den nejdůležitější v průběhu celé hospitalizace.

#### ***3.4.2 Ošetrovatelská diagnostika***

Nejzávažnější ošetrovatelskou diagnózou byla u pacientky akutní bolest z důvodu operačního zákroku. Bolest jsem diagnostikovala na základě rozhovoru s pacientkou.

V souvislosti s operačním zákrokem jsem diagnostikovala také riziko pooperačních komplikací (kardiovaskulární komplikace, tromboembolie) z důvodu chronických onemocnění klientky (hypertenze, diabetes mellitus, hypothyreóza, chronická ischemická choroba srdeční, varixy).

Další důležitou ošetrovatelskou diagnózou byl strach, který byl zapříčiněn možností negativní diagnózy a prognózy.

Operační zákrok byl také důvodem ke stanovení diagnózy riziko místních komplikací (krvácení, otok, infekce) z důvodu porušení kožní integrity.

Dalším ošetrovatelským problémem, který jsem musela řešit byla porucha příjmu potravy, způsobená bolestí operační rány při polykání.

Vzhledem ke kardiovaskulárnímu onemocnění jsem diagnostikovala i zvýšené riziko pádu. Z důvodů snížené činnosti štítné žlázy zde bylo i zvýšené riziko zácpy.

### **3.5. Ošetrovatelský plán - krátkodobý**

#### **3.5.1 Ošetrovatelská diagnóza – akutní bolest**

(Akutní bolest z důvodu operačního zákroku)

##### Cíle

- Prvořadým cílem péče bylo, aby pacientka byla bez bolesti a přitom byl dodržen předepsaný farmakologický režim.
- Klientka bude chápat a respektovat příčinu bolesti.
- Pacientce nebude bolest bránit ve spánku. (5,7)

##### Plán péče (ošetrovatelské intervence)

- Důležitou složkou plánování péče je monitoring bolesti. Bolest se bude monitorovat každou hodinu až do osmé hodiny večerní.
- Poučit klientku o možnostech farmakologické léčby a informovat se na její postoj k podávání analgetik. Při bolesti silnější než střední budu informovat lékaře.
- Pomoci pacientce do úlevové polohy, která sníží bolestivost operační rány.
- Doporučit jí aktivity, které odvedou její pozornost od bolesti (sledování televize, čtení časopisu). (5,7)

##### Realizace

- Pacientka v období od 11:00 do 13:00 udávala většinou mírnou bolest. Ve 13:00 zhodnotila svoji bolest jako střední a také ve 20:00 došlo ke zvýšení intenzity bolesti na stupeň 6. K popsání intenzity bolesti jsme společně s pacientkou používali stupnici bolesti uvedenou v analgetickém listě, který byl součástí ošetrovatelské dokumentace.
- K podávání analgetik v operační den se pacientka postavila pozitivně, ale nechtěla by je užívat dlouhodobě.

- Ve 13:00 jsem klientce tedy aplikovala 1 ampuli Novalginu do 100ml fyziologického roztoku, dle ordinace lékaře, kterého jsem informovala o zhoršení bolesti. Kontrolní monitoring bolesti jsem provedla po třiceti minutách a pacientka udávala výrazné zlepšení. Stejnou dávku analgetika jsem podala paní I.B. také ve 20:00, kdy udávala opět střední bolesti a měla obavy, zda se jí podaří usnout. Při mé kontrole za půl hodiny pacientka již spala.
- Pacientce jsem ihned po návratu z operačního sálu pomohla do úlevové polohy na zádech se zvýšenou horní polovinou těla asi v úhlu 30° a doporučila neprovádět rotační pohyb hlavy.
- Klientce jsem umožnila sledování televize a v odpoledních hodinách jí přišla navštívit rodina, což odvedlo pacientčinu pozornost od bolesti.
- Údaje o hodnocení bolesti a podání analgetik jsem zaznamenávala do Analgetického listu, který byl součástí ošetrovatelské dokumentace (viz příloha č.6).

### Vyhodnocení

- Pacientka pociťovala po celý den pouze mírné bolesti a při zhoršení bolesti se nám jí farmakologicky podařilo snížit do 30 minut.
- Klientka spala klidně celou noc až do šesté hodiny ranní, kdy jí byla podávána antibiotika.

### **3.5.2 Ošetrovatelská diagnóza – riziko pooperačních komplikací**

(Riziko celkových pooperačních komplikací - kardiovaskulární komplikace, tromboembolie, dekompenzace diabetu z důvodu chronických onemocnění)

### Cíle

- Nejdůležitějším cílem bylo včasné odhalení pooperačních komplikací. (5)
- Pomocí některých preventivních opatření snížit riziko pooperačních komplikací. (26)

### Plán péče (ošetřovatelské intervence)

- Monitorovat fyziologické funkce pacientky po operačním zákroku dle ordinace lékaře.
- Sledovat hodnoty glykémie a podat předoperační přípravu, dle ordinace internisty a poučit pacientku o příznacích hypoglykémie a hyperglykémie.
- Již před operačním zákrokem provést preventivní opatření, ke snížení rizika tromboembolie. Informovat pacientku o nutnosti včasné vertikalizace druhý den po operaci. (26)

### Realizace

- Z fyziologických funkcí jsem sledovala krevní tlak, puls, saturaci kyslíku, dvě hodiny po zákroku po třiceti minutách a dále do 20:00 po jedné hodině. Tělesnou teplotu jsem měřila v 17:00. Krevní tlak se pohyboval v rozmezí 140-160 na 90-98, saturace nepoklesla pod 97%, puls byl v rozmezí 72-85 tepů za minutu, tělesná teplota byla 36,9°C. Veškeré hodnoty, které jsem naměřila, jsem zaznamenávala do formuláře - Akutní karta, který byl součástí ošetřovatelské dokumentace (viz příloha č. 5).
- Glykémii jsem měřila v 7:30 pomocí glukometru a její hodnota byla 10,6. Dle ordinace internisty jsem zavedla intravenózní kanylu a aplikovala 500ml 10% glukózy s 12 jednotkami inzulínu HMR a 20ml 7,5% KCl a 20ml 10%NaCl. V 17:00 jsem naměřila glykémii 8,2. Pacientku jsem poučila už před operačním zákrokem, aby mě informovala o případných příznacích hypoglykémie nebo hyperglykémie. (podrobněji je uvedeno v edukačním plánu)
- Před operačním zákrokem jsem provedla bandáž dolních končetin, jako prevenci tromboembolie a zdůraznila nutnost vertikalizace druhý den po operaci. Informovala jsem pacientku o subjektivních příznacích svědčících pro tromboembolii. (podrobněji uvedeno v

edukačním plánu) a sledovala jsem objektivní příznaky, jako je dušnost, tachypnoe, cyanóza, hypotenze.

### Vyhodnocení

- U klientky nedošlo k rozvoji pooperačních komplikací. Všechny fyziologické funkce a glykémie byly po celý den v normálních hodnotách.

### **3.5.3 Ošetrovatelská diagnóza – strach**

(strach z výsledků histologického vyšetření)

#### Cíle

- Pacientka bude mít dostatek informací.
- Klientka si bude uvědomovat příčinu strachu a bude schopna reálně zhodnotit danou situaci.
- Naučí se techniky zvládnutí strachu a bude své emoce verbalizovat.  
(5, 7)

#### Plán péče (ošetrovatelské intervence)

- Mezi nejdůležitější intervence patří poskytnout pacientce dostatek informací a nechat jí prostor k vyjádření svých emocí. Zhodnotím, jaké informace klientka již obdržela a jaké ještě očekává.
- Umožnit pacientce kontakt s příbuznými, aby měla pocit opory od nejbližších.
- Nabídnout klientce činnost, která odvede její pozornost od strachu.  
(5,7)

#### Realizace

- Před operačním zákrokem jsem s pacientkou promluvila a nechala jí vyjádřit příčinu jejího strachu, která spočívala v možnosti negativního výsledku histologického vyšetření. Klientka již byla informována lékařem, že výsledek vyšetření bude znám za týden.

Žádné další informace nepožadovala. O svém strachu příliš hovořit nechtěla, pouze připustila jeho existenci. Uvítala, pokud jsme spolu komunikovaly, ale snažila se spíše bavit o své rodině.

- Ve večerních hodinách paní I.B. navštívila rodina, která jí vyjádřila svoji podporu, nicméně klientka s nimi nechtěla rozebírat své obavy, ale chtěla se rozptýlit a hovořit a jiné téma.
- Před usnutím klientka sledovala televizi, aby se nesoustředila pouze na svůj strach.

#### Vyhodnocení

- Nepodařilo se mi klientku přimět k projevení jejích emocí.
- Klientka byla ochotná přijmout jakoukoliv aktivitu, která jí pomohla zapomenout na její obavy.

#### ***3.5.4 Ošetrovatelská diagnóza – riziko vzniku místních komplikací***

(riziko vzniku místních komplikací - infekce, krvácení, otok, z důvodů porušení kožní integrity)

#### Cíle

- Včas se diagnostikují místní komplikace.
- Dojde k hojení rány per primam.
- Nevznikne infekce. (1, 5)

#### Plán péče (ošetrovatelské intervence)

- Důsledně kontrolovat operační ránu. Sledovat celistvost obvazu a při prosakování informovat lékaře a zajistit převaz za aseptických podmínek.
- Sledovat funkci Redonova drénu a množství a charakter odvedeného sekretu.
- Kontrolovat tělesnou teplotu.
- Podávat antibiotika dle ordinace lékaře. (1, 30)

#### Realizace

- Operační ránu jsem kontrolovala každou hodinu až do 20:00. Obvaz nebyl prosáklý a celistvost obvazu nebyla narušena. Hodnocení rány jsem zaznamenala do Plánu péče o rány, který je součástí ošetrovatelské dokumentace (viz příloha č. 7).
- Při kontrole operační rány jsem sledovala funkci Redonova drénu, který odváděl sekret v přiměřeném množství (do 20:00 jeden ml) a nedošlo k jeho posunu ani rozpojení systému.
- Tělesnou teplotu jsem klientce změřila v 17:00 a byla 36,9°C.
- Již v den operačního zákroku byla pacientce naordinována antibiotika Dalacin 300mg po osmi hodinách. První dávku jsem podala per os v 22:00. Podání jsem zaznamenala do dokumentace.

#### Vyhodnocení

- U klientky nedošlo ke vzniku místních komplikací.

#### **3.5.5 Ošetrovatelská diagnóza – porucha příjmu potravy**

##### Cíle

- Naplnění tělesné potřeby tekutin a energie. (5, 7)

##### Plán péče (ošetrovatelské intervence)

- Získat informace od pacientky ohledně jejích možností polykání.
- Nabídnout klientce analgetika před podáním jídla.
- Konzultovat s dietní sestrou možnost úpravy stravy.
- Sledovat pacientku při příjmu potravin a tekutin.
- Doporučit klientce vhodnou polohu při příjmu tekutin. (5, 7)

##### Realizace

- Klientka, dle ordinace lékaře, mohla již v den operace lehce povečeřet. Udávala střední bolest při polykání.
- Pacientka analgetika odmítla a chtěla zkusit raději stravu o jiné konzistenci.

- S dietní sestrou jsem domluvila úpravu diety na kašovitou a zajistila také kašovitou stravu na druhou večeři.
- Klientka kašovitou stravu bez problémů snědla. Příjem tekutin jí nečinil problémy.
- Pacientce jsem doporučila pít brčkem, aby nedocházelo k záklonu hlavy, který by mohl způsobit bolest operační rány.

#### Vyhodnocení

- U klientky došlo k naplnění tělesné potřeby tekutin a energie.

#### **3.5.6 Ošetrovatelská diagnóza – riziko pádu**

##### Cíle

- Klientka nespadne. (7)

##### Plán péče (ošetrovatelské intervence)

- Zjištění rizika pádu.
- Edukace pacientky ohledně vertikalizace.
- Kontrola fyziologických funkcí. (7)

##### Realizace

- Klientka užívá antihypertenzíva a v anamnéze má pád v hyperglykemickém kómatu. Z těchto důvodů jsem určila zvýšené riziko pádu. Riziko pádu jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace do formuláře - Hodnotící tabulky (viz příloha č. 1).
- Pacientku jsem instruovala, že může samostatně vstávat až druhý den po operaci. Pokud by se potřebovala vyprázdnit, musí v den operace použít podložní mísu, nebo jí mohu zavézt na vozíku na WC.
- Kontrolu fyziologických funkcí jsem prováděla tak, jak je uvedeno v kapitole 3.5.2 Ošetrovatelská diagnóza – riziko pooperačních komplikací.



### Vyhodnocení

- Pacientka neupadla.

### **3.5.7 Ošetrovatelská diagnóza – riziko zácpy**

(zvýšené riziko zácpy z důvodu hypothyreózy a vyprazdňovacích návyků)

#### Cíle

- Klientka se bude pravidelně vyprazdňovat, frekvence a konzistence stolice bude v mezích normy.
- Pacientka nebude pociťovat napětí břicha a pocit plnosti. (5)

#### Plán péče (ošetrovatelské intervence)

- Seznámit klientku se správnou životosprávou podporující vyprazdňování.
- Zajistit soukromí při vyprazdňování. (5)

#### Realizace

- Pacientce jsem vysvětlila aktivity, které podporují vyprazdňování. Mezi nejdůležitější patřilo zajištění dostatku tekutin a potrava s dostatkem vlákniny. Vzhledem k tomu, že klientka před operačním zákrokem nemohla nic per os, začala s režimem podporující vyprazdňování již v den příjmu. Pila větší množství tekutin (doporučila jsem jí nápoje obsahující vlákninu) a vyhýbala se černému čaji a kávě. Rodina jí přinesla ovoce s vyšším obsahem vlákniny (jablka).
- Klientce jsem doporučila vyprázdnění před operačním zákrokem a ještě před podáním premedikace, aby mohla být na toaletě sama.

### Vyhodnocení

- Pacientka se vyprázdnila před operačním zákrokem a nepociťovala žádné subjektivní problémy.

### ***3.6 Ošetrovatelský plán - dlouhodobý***

V rámci dlouhodobého ošetrovatelského plánu bylo nejdůležitější, pacientku důkladně edukovat o změně životního stylu, aby se zamezilo vzniku dalších onemocnění a komplikací.

Při ošetřování pacientky byla velmi dobrá spolupráce s rodinou, která byla dobře informována, zajímala se o klientčin zdravotní stav a byla velmi ochotná se podílet na přípravě a realizaci ošetrovatelského plánu.

Před propuštěním do domácího ošetření byla pacientka plně informována o své diagnóze a následné péči v domácím prostředí. Klientka odcházela domů v dobré duševní pohodě, byla velmi optimistická a pozitivně naladěná. Paní I.B. byla bez bolesti, operační rána byla zhojena per primam, neměla problémy s polykáním a podařilo se eliminovat veškerá rizika vzniku potencionálních ošetrovatelských diagnóz. Z estetického hlediska přijala jizvu po operační ráně naprosto bez výhrad.

Péče o pacientku končí na našem oddělení týden po skončení hospitalizace, kdy se dostavila na kontrolu. Klientku jsme předali do péče ošetřujícího lékaře a endokrinologa. Z hlediska ošetrovatelské nebo sociální péče nebyly nutné žádné další intervence.

### ***3.7 Psychologie nemocného***

#### ***3.7.1 Psychologické zhodnocení***

Z psychologického hlediska se pacientka jeví jako emocionálně nevyrovnaná, mívá často změny nálad. Dle informací rodiny, je v poslední rok velmi lítostivá a snadno se rozčílí. Na okolí působí příjemným dojmem, ale v rodinném kruhu se projevuje vliv jejího špatného zdravotního stavu na její psychiku.

#### ***3.7.2 Prožívání nemoci***

Současné onemocnění prožívá klientka úzkostně, při každém zhoršení zdravotního stavu potřebuje delší čas na jeho přijetí. O nemoci nechce moc

mluvit, hlavně v rodině. Bojí se negativního výsledku histologie a má pocit, že se za poslední rok diagnostikovalo nebo zhoršilo více nemocí, než je její adaptační schopnost. Její psychické rozpoložení ještě zhoršuje vědomí, že pokud nezmění svůj styl života, bude se její zdravotní stav zhoršovat.

### ***3.7.3 Postoj k nemoci***

Pacientka svoji nemoc přijímá jako náhodu, je připravená se léčit a velmi dobře spolupracuje při léčbě, ale není ochotna přijmout zodpovědnost za její vznik. Obecně, ke všem svým chorobám přistupuje tak, že řeší pouze problémy, které nastaly. Není příliš nakloněna k preventivním opatřením.

### ***3.7.4 Reakce na pobyt v nemocnici***

Klientka na pobyt v nemocnici reaguje poměrně příznivě. Doma často sleduje televizi, takže zde nemá problém s realizováním svých aktivit. Nikdo není závislý na její péči, takže její hospitalizace neovlivní chod rodiny a neovlivňuje to postoj pacientky na pobyt v nemocnici. Druhou pacientku na pokoji přijala velmi dobře, rozumí si spolu a vzhledem k tomu, že není ani jedna upoutána na lůžko, nedochází k narušení intimity.

### ***3.7.5 Zhodnocení komunikace***

Komunikace s klientkou byla velmi dobrá, k čemuž přispěla i aktivní spolupráce rodiny.

### ***3.7.6 Strategie komunikace***

S komunikací u pacientky nebyla nutná žádná speciální strategie. Pacientka byla poměrně vstřícná, informace přijímala a zpracovávala ochotně. Pokud jsem potřebovala pacientku edukovat, na téma které jí nebylo příjemné, zvolila jsem čas, kdy byla dobře naladěna, například po návštěvách. Čas na rozhovor na téma životního stylu jsem zvolila dobu krátce po sdělení příznivé diagnózy dle histologického vyšetření.

Také se mi neosvědčilo, řešit životní styl klientky ve spolupráci s někým z rodiny, protože dotyčný se pak stal cílem agrese ze strany pacientky. Jinak při komunikaci se zdravotnickým personálem se paní I.B. chovala velice korektně.

### **3.7.7 Zvládání stresu**

Stres klientka zvládá v poslední době hůře. Sama připouští, že každá negativní událost jí více zasáhne, než tomu bylo dříve. Během posledního roku zastihlo pacientku hned několik stresových událostí (viz výše v ošetřovatelské anamnéze).

Pacientka bohužel nepoužívá žádné odpočinkové a relaxační metody na potlačení stresu. Jejími slovy, čeká, až situace přejde a snaží se spíše potlačit negativní myšlenky a zapomenout. Náladu jí zlepšil oblíbený seriál nebo romantický film.

### **3.7.8 Obranné mechanismy**

Při prožívání nemoci používá obranné mechanismy potlačení a racionalizace. Potlačení se projevuje především neochotou mluvit o svých problémech, občas klientka bagatelizuje své potíže. Racionalizace při prožívání choroby se projevuje většinou jakoby logickým zdůvodněním některých příznaků. Například vysokou glykémii pacientka přičítá výkyvům počasí, nebo o tumoru slinné žlázy tvrdila, že to je nahromaděný sekret od zalehlého ucha. ( 40)

### **3.7.9 Motivace k léčbě**

Motivaci k léčbě má klientka silnou, protože se těší na první vnouče a chce být zdravá, aby se mu mohla věnovat. Dalším podnětem, který jí motivuje k uzdravení, je její práce, která jí vyplňuje většinu volného času a také má pacientka pocit, že by jinak nevystačila z penězi, takže je zde tlak i finanční.

## **3.8 Sociální hodnocení**

Domácí prostředí pacientky není sice ideální, protože žije v malém třípokojovém bytě společně s manželem, synem a snachou, ale údajně nedochází ke konfliktům, jelikož všichni tráví hodně času v práci. Byt první kategorie se nachází na sídlišti Bohnice, takže je zde k dispozici plná občanská vybavenost, ale možnost kulturního vyžití je zde dle slov paní I.B. minimální.

Klientka má velmi silné sociální zázemí v rodině, která jí podporuje při léčbě a každý den jí navštěvuje. Rodina nemoc přijala velmi starostlivě a snaží se být všestranně nápomocná. Kolegové ze zaměstnání jí sice, vzhledem k vzdálenosti sídla zaměstnavatele, nenavštívili, ale alespoň jednou denně jí telefonují a zajímají se o zdravotní stav pacientky.

### **3.9 Prognóza**

Prognóza současného onemocnění z ošetřovatelského pohledu je velmi příznivá. Operační rána se zhojila per primam, klientka je bez bolesti, jsou uspokojovány všechny její potřeby. Recidiva tohoto typu tumoru je vzácná.

Z dlouhodobého hlediska vidím problém hlavně v životním stylu pacientky, který markantně zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, komplikací diabetu mellitu i vznik nádorových onemocnění.

### **3.10 Edukační plán nemocného**

Edukaci jsem u pacientky prováděla od její první návštěvy na ambulanci do ukončení hospitalizace. Veškerou edukační činnost jsem zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace do formuláře - Edukační záznam (viz příloha č. 3).

#### **3.10.1 Příprava před CT vyšetřením a informace o CT vyšetření**

Klientce jsem vysvětlila průběh vyšetření. Popsala jsem jí, že se vlastně jedná o podrobnější rentgenové vyšetření, které je nebolestivé, ale může být nepříjemné, pokud nemá dobrý pocit z uzavřených malých prostorů.

Dále jsem ji informovala, že jí bude do žíly pomocí intravenózní kanyly podána kontrastní látka. Pokud by později v místě vpichu objevila otok, zarudnutí, nebo zčervenání, měla by to neprodleně nahlásit lékaři.

Pacientce jsem dala dvě tablety Dithiadenu, jako protialergickou přípravu a přiložila jsem lístek s informací o názvu léku, čísla šarže, expiraci a dávkování (jednu tabletu večer a jednu ráno hodinu před vyšetřením). Klientku jsem

upozornila, že tento lék snižuje pozornost, může způsobit ospalost a zpomalení reakcí, takže je nutné, aby měla zajištěnou dopravu na vyšetření a odvoz domů.

Na závěr jsem jí doporučila, aby měla u sebe kartu pojištěnce, pro případ kontroly.

### ***3.10.2 Informace před příjmem na oddělení***

Pacientku jsem poučila o náležitostech, které potřebuje při příjmu a během hospitalizace (výsledky vyšetření, občanský průkaz, kartu pojištěnce, oblečení na převlečení, léky, které pravidelně užívá, toaletní potřeby, kompenzační pomůcky).

### ***3.10.3 Vstupní informace při přijetí***

Klientce jsem se představila a sdělila jí jméno ošetřujícího lékaře a jméno lékaře, který jí bude operovat.

Vysvětlila jsem jí manipulaci se signalizačním zařízením a ukázala jí pokoj, ve kterém bude ležet a kde si může uložit své osobní věci. Zdůraznila jsem možnost uložení cenností v trezoru na oddělení. Pacientku jsem informovala, kde je místnost sester, toalety, koupelna a společenská místnost s televizí. Seznámila jsem jí s domácím řádem a s možností kontinuálních návštěv. Zodpověděla jsem pacientčiny dotazy ohledně občerstvení a možnosti parkování v areálu.

### ***3.10.4 Předoperační příprava***

Klientku jsem informovala o předoperační anesteziologické přípravě, která spočívala v podání Diazepamu 10mg večer před operačním zákrokem a Dolsinu 50mg s Atropinem 0,5mg intramuskulárně půl hodiny před výkonem. Vysvětlila jsem, že Diazepam je lék na odstranění nervového a svalového napětí, pocitu úzkosti a strachu, popsala jsem jeho nežádoucí účinky (únava, porucha koordinace pohybů, závratě, desorientace) a pacientku jsem upozornila, že pokud by pociťovala tyto nežádoucí účinky, neměla by opouštět lůžko bez doprovodu sestry. Popsala jsem funkci Atropinu s Dolsinem (analgetický a sedativní až hypnotický účinek, potlačení části autonomních reakcí organismu, útlum činnosti bloudivého nervu, snížení sekrece v respiračním ústrojí, upravení frekvence tepu a arteriálního tlaku v průběhu anestézie) a zdůraznila jsem nutnost klidu na lůžku

po podání premedikace. Doporučila jsem jí provést ranní toaletu hned po probuzení, aby nedocházelo k časovým prodlevám.

Pacientku jsem informovala, že večer před výkonem může povečeřet druhou večeři (je diabetička) a od půl noci nesmí jíst, pít, kouřit, žvýkat žvýkačku. (1, 26)

Klientce jsem glukometrem změřila glykémii, informovala jsem jí o výsledku a poučila jsem jí, že místo snídaně bude mít infuzi glukózy a inzulínu, dle ordinace internisty. Dále jsem klientku edukovala, aby mě informovala v případě subjektivních projevů hypoglykémie (nervozita, hlad, bolest hlavy, dvojité vidění) nebo hyperglykémie (žízeň, nauzea, mlhavé vidění, slabost). (36)

Klientce jsem provedla bandáž dolních končetin a informovala jí o důvodu bandáže a nutnosti zachovat celistvost obvazu. Také jsem jí popsala případné subjektivní příznaky tromboembolické nemoci (dušnost, tlak na hrudi, stenokardie, pleurální bolest, úzkost), které by v případě projevení měla nahlásit lékaři nebo sestře. (35) Také jsem doporučila již večer po operaci procvičovat dolní končetiny na lůžku. (26)

Pacientka se ještě zajímala o možnost návštěv v operační den. Doporučila jsem jí pouze krátkou návštěvu s ohledem na běžnou pooperační únavu a nemožnost odejít do společenské místnosti, takže by mohlo dojít k omezování pacientky na druhém lůžku.

Na závěr jsem klientku poučila o vhodnosti uložení cenností do trezoru na oddělení a upozornila, že před odjezdem na operační sál musí zanechat na pokoji kompenzační pomůcky (zuby, brýle na čtení). (26)

### ***3.10.5 Péče o žilní kanylaci***

V rámci předoperační přípravy jsem klientce zavedla intravenozní kanylu. Vysvětlila jsem jí, že se jedná o pružnou hadičku, která je umístěna do žilního řečiště a slouží k aplikaci intravenozních léků a infuzních roztoků. Dále jsem pacientku informovala, že kanyla může být v žíle až tři dny a pokud se nebudou podávat žádné léky, budeme ji každých šest hodin proplachovat, aby nedošlo k jejímu ucpání. Klientku jsem upozornila na případné projevy místního zánětu (bolest, zarudnutí, otok) a ujistila ji, že tyto příznaky budeme také sledovat. Také

jsem ji poučila, že pokud dojde k poškození průhledného krycího obvazu, nebo k rozpojení systému, má tuto skutečnost neprodleně nahlásit sestře.

### **3.10.6 Pooperační péče**

Klientce jsem vysvětlila, proč a jakou infuzní léčbu podáváme, informovala jsem jí o možnosti tlumení bolesti. Informovala jsem jí o tom, které fyziologické funkce jsou jí měřeny monitorem a oxymetrem. Sdělila jsem pacientce hodnotu glykémie po operačním zákroku, kterou chtěla znát. Vysvětlila jsem klientce funkci Redonova drénu, která spočívá v odvodu sekretu z operačního pole. Upozornila jsem jí na skutečnost, že drenáž je nutné chránit před působením tažné síly, aby nedošlo k rozpojení systému. Pokud tato situace nastane, musí to klientka ihned nahlásit sestře. (1, 30)

Informovala jsem jí o možnosti požití tekutin (4 hodiny po zákroku) a jídla (mohla lehce povečeřet). Dále jsem pacientce sdělila, že může vstávat samostatně z lůžka až následující den. V případě nutnosti vyprázdnění, musí dle zdravotního stavu buď použít podložní mísu, nebo se nechat odvézt na vozíku na WC. (26)

### **3.10.7 Péče o operační ránu**

Klientce jsem bezprostředně po operačním zákroku poradila správnou polohu, aby nedocházelo k překrvení operační rány a bolesti (na zádech se zvýšenou horní polovinou těla asi v úhlu 30°) a doporučila neprovádět rotační pohyb hlavy. Informovala jsem jí o tom, že převazy budou prováděny jednou denně vždy ráno a že Redonův drén se zpravidla odstraňuje druhý den po operaci a interdermální stehy se obvykle vyndávají osmý až desátý den. (1)

Dále jsem informovala pacientku o domácí péči o jizvu a to především o tom, že se může s jizvu sprchovat a nemusí ji mít krytou obvazem. Klientce jsem doporučila, že pokud nebude rána bolestivá, zarudlá nebo oteklá, může ji jemně masírovat a promašťovat indiferentní mastí (například Infaldolanem). (30)

### **3.10.8 Prevence recidivy a škodlivost kouření**

Pro rozhovor ohledně klientčina silného kuřáctví sem si vybrala den, který nebyl pro pacientku náročný a měly jsem dostatek času a klid si o tomto návyku pohovořit. Vybrala jsem si čas, kdy u ní nebyla žádná návštěva a paní I.B. byla



ochotná se na toto téma bavit. Klientka sama připustila, že kouření je rizikovým faktorem pro většinu jejích chronických chorob a také byla lékařem informována, že některé studie dávají Warthinův tumor do souvislosti s kouřením.

Nejdříve jsme se si společně vyplnily Fagerstoemův test závislosti (viz příloha č.9) a dle výsledku jsem zhodnotila, že je pacientka silně závislá na nikotinu. Klientce jsem při odvykání kouření doporučila následující postup (18):

- Najděte si nějakou motivaci k ukončení kouření. Největší motivací by určitě bylo zlepšení zdravotního stavu. Silnou motivací by mohla být i přítomnost těhotné snachy v bytě, nebo udržení si zdraví pro společné chvíle s vnoučetem. Vhodnou motivací je určitě finanční zátěž, kterou cigarety v dnešní době jistě jsou. (37)
- Určete si konkrétní den, od kterého už nebudete vůbec kouřit. Postupné přestávání nebývá zpravidla efektivní. (18)
- Zhodnoťte své předešlé zkušenosti s odvykáním. S čím jste měla problém, při jaké příležitosti jste selhala, co vám naopak pomohlo. (18)
- Zajistěte si podporu přátel a rodiny. Pokud budou váš problém zlehčovat, nebo zesměšňovat, ovlivní to negativně vaši vůli. (18)
- Najděte si nějakou činnost místo kouření cigarety, nejlépe nějakou pohybovou aktivitu (rozhodně ne mlsání). Odstraňte rituály, při kterých je pro vás cigareta nezbytná (káva s cigaretou v 10:00). (37)
- Pro odstranění abstinčních příznaků můžete zkusit nějakou farmakologickou podporu. Volně prodejné jsou léky s obsahem nikotinu v pěti různých formách: náplasti, mikrotablety, inhalátor, pastilky, nebo žvýkačky. Pokud se rozhodnete pro odbornou pomoc, může vám lékař předepsat lék bupropion, původně užívaný jako antidepresivum. (18)
- Novinkou v léčbě závislosti na nikotinu je lék vareniklin, který má schopnost se vázat na receptory typické pro silné kuřáky, čímž eliminuje abstinční příznaky a také znemožní dobrý pocit v případě vykouření cigarety. (19)

- Pokud budete mít nějaké dotazy, můžete se obrátit na Linku pro odvykání kouření (844 600 500), nebo si najít nějaké informace na internetové adrese [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz). (20)

### 3.10.9 Výživa

Vzhledem ke klientčinu způsobu stravování a jeho dopadu na její zdraví (diabetes mellitus, hyperlipidémie, obezita androidního typu), pokládala jsem za nezbytné ji edukovat o správné výživě. Pacientka je povrchně informována o diabetické dietě, ale o dietě na snížení cholesterolu a triglyceridů toho, dle jejích slov, moc neví. Jako pomůcky jsem jí přinesla vytištěné rady z Manuálu prevence v lékařské praxi (viz příloha č. 8) a probraly jsem společně šest základních bodů výživy.

- Snažte se omezit příjem tuků. Omezte příjem tučného masa, uzenin, paštik, nepřimašťujte jídlo, kupujte nízkotučné výrobky (sýry, jogurty). Preferujte drůbeží maso a ryby. Dávejte přednost rostlinným olejům obsahujícím nenasycené mastné kyseliny (olivový, slunečnicový, řepkový) před živočišnými tuky (máslo, sádlo).
- Zvyšte příjem vlákniny. Jezte dostatek celozrnného pečiva, luštěnin, ovoce, zeleniny. Omáčky zahušťujte ovesnými vločkami.
- Konzumujte denně dostatek ovoce a zeleniny, nejen kvůli vláknině, ale i nízké energetické hodnotě a vitamínům.
- Vyvarujte se obezity, snižte energetický denní příjem, jezte pravidelně, častěji a v menších dávkách.
- Omezte na minimum alkoholické nápoje.
- Při kuchyňské úpravě volte šetrné postupy, jako je pečení a dušení. Vyhýbejte se grilovaným, smaženým a uzeným potravinám. Pokud si připravujete smažené jídlo, smažte na teflonové pánvi, s malým množstvím olivového, řepkového nebo slunečnicového oleje a před každou várkou pánev vytřete suchým ubrouskem.

(14)

### **3.10.10 Pohybová aktivita**

Na edukační činnost ohledně kouření a výživy jsem navázala poučením o nutnosti pohybové aktivity. Dle ošetřovatelské anamnézy má klientka nedostatečný tělesný pohyb, což se u ní projevuje obezitou androidního charakteru, hypertenzí a hyperlipidemií.

Nejdříve jsem klientce vysvětlila pozitiva, která jí přinese vyšší pohybová aktivita, než má dosud.

- Dojde ke zlepšení fyzické zdatnosti.
- Pacientce se sníží hmotnost, bude méně zatěžovat kardiovaskulární systém.
- Optimalizuje se její lipidogram.
- Zlepší se její inzulinová rezistence a tím se sníží riziko, že bude muset z perorálních antidiabetik přejít na léčbu inzulinem.
- Bude ve větší psychické pohodě.
- Zvýší se její kostní denzita a tím se sníží riziko osteoporózy.

(15)

Vzhledem k četným chronickým onemocněním, jsem pacientce doporučila zpočátku pohybovou aktivitu velmi mírné intenzity, ale čtenější frekvence. Kvůli diabetu by se měla pohybové aktivitě věnovat denně vždy ve stejný čas. Z pohybových aktivit jsem jí doporučila pro začátek chůzi, plavání, nebo jízdu na kole v rovném terénu. Klientce by nejvíce vyhovovala chůze spojená s jinou aktivitou (nakupování, procházka s vnoučetem, houbaření, výlet na památky). Domluvili jsem se, že po návratu domů zkusí místo výtahem chodit pěšky po schodech do druhého patra, kde bydlí a bude se snažit alespoň třicet minut denně chodit. Pokud jí tato aktivita nebude činit potíže, zkusí jednou týdně chodit plavat a při příznivém počasí bude každý víkend jezdit minimálně půl hodiny na kole.

### **3.10.11 Informace při propuštění do domácího ošetřování**

Při propuštění do domácího ošetřování jsem klientce předala zprávu pro ošetřujícího lékaře a recept na antibiotikum Dalacin 300 mg. Informovala jsem ji o dávkování za průběhu hospitalizace (v 6, 14 a 22 hodin) a připomněla péči o jizvu. Poučila jsem jí o tom, že musí do tří dnů navštívit svého obvodního lékaře a

k nám na kontrolu se dostaví dne 10.10.2007 do naší ambulance. Na závěr jsem klientku poučila, že v případě problémů nebo komplikací, se může kdykoliv obrátit na lékařskou službu na našem lůžkovém oddělení, která je neustále přítomna.

## **4 Souhrn**

Na závěr bych chtěla zhodnotit efekt mé ošetrovatelské péče. V průběhu hospitalizace nedošlo ke vzniku žádných závažných komplikací způsobených ošetrovatelskou péčí.

Co se týká mé edukační činnosti ohledně změny klientčina životního stylu, myslím, že jsem poskytla pacientce dostatek informací k tomu, aby změnila svůj přístup k zachování zdraví. Možná, že moje instrukce nevyužije bezprostředně po ukončení hospitalizace, ale až se někdy rozhodne pro změnu, bude mít několik záchytných bodů, kterými se může řídit.

## Seznam odborné literatury

1. ASTL, J. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*. Praha: Karolinum, 2002. 138 s. ISBN 80-246-0325-X
2. BETKA, J. a ČERNÝ E. *Atlas chirurgie hlavy a krku*. Praha: Triton, 2005. 251 s. ISBN 80-7254-557-4
3. ČECHOVÁ, V. a ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*. Brno: NCO NZO, 2001. 105 s. ISBN 80-7013-343-0.
4. ČECHOVÁ, V. a MELLANOVÁ, A. a ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno: NCO NZO, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
5. ČERVINKOVÁ, E. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: NCO NZO, 2006. 160 s. ISBN 80-7031-443-7.
6. DIVIŠOVÁ, M. Diabetická dieta - racionální výživa. *Sestra*, 2007, roč. 17, č.1, s. 54-55. ISSN 1210-0404
7. DOENGES, M. E. a MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: GRADA, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
8. HAHN, A. a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: 9. Grada, 2007. 392 s. ISBN 978-80-247-0529-3
9. HANUŠOVÁ, M. Výživa a obezita. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, roč. 3, č.8, s. 290-292. ISSN 1801-1349
10. HONZÁK, R. *I v nemoci si buď přítelem*. Praha: Avicenum, 1989. 159 s.
11. HYBÁŠEK, I. a VOKURKA, J. *Otorinolaryngologie*. Praha: Karolinum, 2006. 426 s. ISBN 80-246-1019-1
12. JUŘENÍKOVÁ, P. a HŮSKOVÁ, J. a TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství, učební text pro IV.ročník středních zdravotních škol*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2000. 154 s.
13. KLOZAR, J. a kol. *Speciální otorinolaryngologie*. Praha: Galén a Karolinum, 2005. 224 s. ISBN 80-7262-346-X
14. KOLEKTIV. *Manuál prevence v lékařské praxi II.- Výživa* [on- line]. SZÚ-Program podpory a obnovy zdraví. Praha. 1995. 104 stran. Dostupnost na <http://sweb.cz/centrumprev/MANUAL/MANUALII-1.htm>

15. KOLEKTIV. *Manuál prevence v lékařské praxi VII.- Doporučené preventivní postupy v primární péči* [on- line]. SZÚ- Program podpory a obnovy zdraví. Praha. 1995. 104 stran. Dostupnost na <http://sweb.cz/centrumprev/MANUAL/MANUALVII-oddil1.htm#nedostpohyb>
16. KOZIEROVÁ, B. a ERBOVÁ, G. a OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
17. KOZIEROVÁ, B. a ERBOVÁ, G. a OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 2*. Martin: Osveta, 1995. 635 s. ISBN 80-217-0528-0
18. KRÁLÍKOVÁ, E. a kol. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku [on- line]. *Časopis lékařů českých*. 2005. číslo 5. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. s. 327-333. ISSN: 0008 - 7335. Dostupnost na <http://www.slzt.cz/dokumenty/guidelinesCLC2005.pdf>
19. KRÁLÍKOVÁ, E. Vareniclin [on- line]. *Farmakoterapie*. 2007. číslo 1. Farmakon Press. str. 15-28, ISSN 1801-7509, Dostupnost na <http://www.farmakoterapie.cz/cz/Clanek/524>
20. KRÁLÍKOVÁ, E. a FELBROVÁ, V. Kouření: výzva pro sestry. *Florence*, 2007, roč. 3, č. 10, s. 412-413. ISSN 1801-464X
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
22. LUKÁŠ, J. Nádory slinných žláz. *Postgraduální medicína*, 2002, roč. 4, č.9, s. 1012-1015. ISSN 1212-4184
23. MAREČKOVÁ, J. *NADA- International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9
24. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
25. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. Praha: Karolinum, 2004. 185 s. 80-246-0429-9
26. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl*. Praha: Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
27. MONK, J.S a CHURCH, J.S. Warthin's tumor. A high incidence and no sex predominance in central Pennsylvania [on- line]. *Archives of Otolaryngology*—

- Head & Neck Surgery*. 1992. číslo 2, Dostupnost na <http://archotol.ama-assn.org/cgi/content/abstract/118/5/477>
28. PACOVSKÝ, V. *O moderním ošetrovatelství*. Praha: Avicenum, 1981. 76 s.
29. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
30. PLÍVOVÁ, L. a VAVŘICHOVÁ, D. Ošetrovatelská péče o nemocného po strumektomii. *Sestra*, 2007, roč. 17, č.2, s. 25-26. ISSN 1210-0404
31. RICHARDS, A. a EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5
32. ROKYTA, R. *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 359 s. ISBN 80-8586-64-55
33. STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: NCO NZO, 2004. 66 s. ISBN 80-7031-283-3.
34. STÁREK, I. a kol. *Choroby slinných žláz*. Praha: Grada, 2000. 266 s. ISBN 80-7169-966-7
35. ŠAFRÁKOVÁ, A. a NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
36. ŠAFRÁKOVÁ, A. a NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. 212 s. ISBN 80-247-1777-8.
37. ŠTĚPÁNKOVÁ, L. Intervence k odvykání kouření ve zdravotnických zařízeních. *Florence*, 2007, roč. 3, č. 11, s. 457-459. ISSN 1801-464X
38. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
39. VENGLÁŘOVÁ, M. a MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
40. VYMĚTAL, J. *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. 185 s. ISBN 80-901601-3-1



## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1: Příjmová ošetřovatelská anamnéza/ Hodnotící tabulky**

**Příloha č. 2: Realizace Ošetřovatelského plánu / Hodnocení  
ošetřovatelské péče**

**Příloha č. 3: Edukační záznam I.**

**Příloha č. 4: Akutní karta**

**Příloha č. 5: Analgetický list**

**Příloha č. 6: Plán péče o rány, dekubity a jiné kožní defekty/ Plán a  
realizace péče**

**Příloha č. 7: Návody ke zlepšení stravování a regulaci hmotnosti**

**Příloha č. 8: Fagerstömův test závislosti**

**Příloha č. 9: Vložka do zdravotního záznamu diabetika**



Fakultní nemocnice Na Bulovce  
 Budínova 2,  
 180 81 Praha 8  
 tel. číslo: 266 081 111

# Příjmová ošetřovatelská anamnéza

Jméno: .....

1. B.

Příjmení: .....

\* 1950

oddělení: **ORL**

Příjem	Psychický stav	Pomůcky:	Rizika
datum přijetí: <b>24.9.07</b> čas: <b>10<sup>00</sup></b> opakované přijetí <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne rodina informována <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> rozrušený Spánek narušený: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> berle, hůl <input checked="" type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> protéza <input checked="" type="checkbox"/> horní <input checked="" type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> vozík <input checked="" type="checkbox"/> brýle, čočky Výživa/Hydratace problémy <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> enterální sonda zavedena dne: ..... <input type="checkbox"/> parenterální kanyla zavedena dne: ..... <input checked="" type="checkbox"/> diabetik dietní omezení <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne kontakt s nutričním terapeutem <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne viz. Určení nutričního stavu	<input checked="" type="checkbox"/> riziko pádů <input checked="" type="checkbox"/> riziko poruchy kožní integrity Edukace <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Sociální podmínky bydlí doma sám/a <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne je v péči: <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> domova důchodců <input type="checkbox"/> pečovatelské služby předpokládá se kontakt se zdravotně sociálním pracovníkem <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Osobní věci <input checked="" type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> viz doklad o úschově Cennosti <input checked="" type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> viz doklad o úschově Jiná sdělení
Vědomí/Orientace <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input checked="" type="checkbox"/> orientován/a <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> dezorientován/a <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma Dýchání <input checked="" type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> spontánní s kyslíkem <input type="checkbox"/> umělá plicní ventilace poloha s dýcháním <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> kuřák <input type="checkbox"/> kašel Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> úplný, bez omezení <input type="checkbox"/> částečný, ztížený <input type="checkbox"/> nelze navázat	<input type="checkbox"/> problémů s močením <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence močový katétr zaveden dne: ..... problémy se stolici <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie poslední stolice dne: <b>24.9.2007</b> Kůže změny na kůži <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne zálož PLÁN PÉČE O RÁNY, DEKUBITY A JINÉ KOŽNÍ DEFEKTY	anamnézu odebrala: <b>BENÍŠKOVÁ</b> datum: <b>24.9.07</b> čas: <b>10<sup>00</sup></b>	



# Hodnoticí tabulky

Barthelův test základních všedních činností		
přijem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
oblékání samostatně	bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
přesun na lůžko – židli	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku neprovede	15 10 5 0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

**CELKEM**

100

**Hodnocení stupně závislosti:**

- 0 – 40 vysoce závislý
- 45 – 60 závislost středního stupně
- 65 – 95 lehká závislost
- 96 – 100 nezávislý

Určení nutričního stavu		
Otázka A: Zhubnul nemocný, aniž by se o to pokoušel? (období posledních 3 měsíců)	Ano – jděte na otázku B <b>Ne</b> – jděte na otázku C Neví – jděte na otázku C	2 0 1
Otázka B: Nemocný ubyl na váze.	0,5 – 5 Kg 6 – 10 Kg 11 – 15 Kg více než 15 Kg neví	1 2 3 4 2
Otázka C: Jí v současné době nemocný méně, trpí nechutenstvím?	<b>Ne</b> Ano	0 2

Nutriční skóre: 0

Skóre vyšší než 3. Informuj lékaře a volej nutričního terapeuta!

## Zjištění rizika pádu

Pohyb	Neomezený	0	Smyslové poruchy	Zádné	0
	Používá pomůcek	1		Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1			
Vyprazdňování	Neschopen přesunu	1	Mentální status	Orientován	0
	Nevyžaduje pomoc	0	Občasná/noční desorientace	1	
	V anamnéze nykturie/inkontinence	1	Historie desorientace/demence	1	
Medikace	Vyžaduje pomoc	1	Věk	18 – 65	0
	Neužívá rizikové léky	0	65 a výše	1	
	Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1	Pád v anamnéze	1	
<b>Celkové skóre</b>					2

Hodnocení rizika: 0 bez rizika

1 – 3 ↓ riziko

4 – 6 střední riziko

7 ↑ riziko pádu



# Realizace ošetrovateľského plánu

datum	24.9.07			25.9.			26.9.			27.9.			28.9.			29.9.			30.9.		
	D	N		D	N		D	N		D	N		D	N		D	N		D	N	
směna																					
celková koupel																					
dopomoc při hygieně																					
hygiena dutiny ústní																					
péče o oči, nos, uši																					
holení																					
stříhání nehtů, mytí vlasů																					
masáž zad																					
dechová cvičení																					
posazování na lůžku																					
posazování mimo lůžko																					
dopomoc při chůzi																					
pokleповá masáž																					
krmení																					
podávání tekutin																					
příprava stravy k lůžku																					
klyzma																					
cévkování																					
výměna jedn. plen																					
péče o moč. katetr																					
péče o PŽK, CŽK, AK																					
péče o stomii																					
péče o NSG sondy																					
péče o <input checked="" type="checkbox"/> redony <input type="checkbox"/> drény																					
péče o <input type="checkbox"/> TCHS <input type="checkbox"/> ETK																					
odsávání z DC																					
aplikace O <sub>2</sub> inhalace																					
příprava na vyšetř., operaci																					
převaz																					
bandáž DK																					
holení před zákrokem																					
omezující prostředky																					
Položování																					

Príloha 2

Zkratky: PŽK – periferní žilní katétr, CŽK – centrální žilní katétr, AK – arteriální katétr, NSG – nasogastrická sonda, TCHS – tracheostomická kanyla, ETK – endotracheální kanyla, DC – dýchací cevy, O<sub>2</sub> – kyslík, DK – dolní končetina, PB – pravý bok, Z – záda, LB – levý bok, B – břicho



Jméno: .....

Příjmení: I. B.

R.č.: + 1950

## Hodnocení ošetrovatelské péče

Fakultní nemocnice Na Bulovce  
Budínova 2,  
180 81 Praha 8  
tel. číslo: 266 081 111

oddělení: ORL

list č.: 1

datum/hodina den	Denní směna	podpis sestry	Noční služba	podpis sestry
24.9.07 1800	klientka informována, bez bolesti	BENIŠKOVÁ	nočnína přeměšle spalů celou noc	HORNKOVÁ
① 25.9. 1800	podává se mírná bolest, FF v normě páchné kooperativní komplikace klientka máte kašovitou slanou drámu a brauyfla v počátek	BENIŠKOVÁ	spalů celou noc	HORNKOVÁ
② 26.9. 1800	chce ještě kašovitá slava, bolest mírná, brauuyfla bez rucímela páchné, op. náma bez komplikací drámu v počátek	VYČIHOVÁ	spalů celou noc	CÍNOVÁ
③ 27.9. 1800	bez bolesti, drámu se - bez rucímela páchné v obzle, brauuyfla bez rucímela páchné, operativní náma bez komplikací	VYČIHOVÁ	spalů celou noc	CÍNOVÁ
④ 28.9. 1800	bez bolesti, brauuyfla bez rucímela páchné, převal op. náma - náma bez komplikací	BENIŠKOVÁ	spalů celou noc	SOPOVÁ
⑤ 29.9. 1800	brauuyfla se - bez rucímela páchné v obzle, spichu, noc. bez bolesti, operativní náma bez komplikací	BENIŠKOVÁ	spalů celou noc	SOPOVÁ
⑥ 30.9. 1800	bez bolesti, operativní náma a spichu no brauuyfla bez komplikací	BENIŠKOVÁ	spalů celou noc	SOPOVÁ
⑦				



Komunikační bariéra		Téma edukace	Kdo edukuje
<input type="checkbox"/> smyslová	<input type="checkbox"/> jazyková	<ul style="list-style-type: none"> <li>- výživa</li> <li>- sebestře</li> <li>- dialýzy</li> <li>- užívání pomůcek</li> <li>- poučení o medikaci sestrou</li> <li>- péče o invazivní vstupy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sestra</li> <li>- lékař</li> <li>- fyzioterapeut</li> <li>- nutriční terapeut</li> <li>- sálová sestra</li> <li>- anesteziologická sestra</li> </ul>
<input type="checkbox"/> fyzická	<input type="checkbox"/> jiná		
<input type="checkbox"/> psychická			

Edukace v průběhu hospitalizace						KDO EDUKUJE – PODPIS PODPIS EDUKOVANÉHO
Datum/hodina	TÉMA	CHARAKTER EDUKACE	REAKCE PACIENTA	POUŽITÉ METODY		
24.9.07	organizace Relevitnosti (d. účel, návštěvy, kontakty)	<input checked="" type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik		SESTRA BENIŠKOVÁ
24.9.	přidopřevění kolubence	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input checked="" type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik		Bam SESTRA BENIŠKOVÁ
24.9.	hčč a žilní kanylace	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input checked="" type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik		Bam SESTRA BENIŠKOVÁ
25.9.	kooperace hčč	<input checked="" type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik		Bam SESTRA BENIŠKOVÁ
						Bam



# Edukace v průběhu hospitalizace

Datum/hodina	TÉMA	CHARAKTER EDUKACE	REAKCE PACIENTA	POUŽITÉ METODY	KDO EDUKUJE - PODPIS PODPIS EDUKOVANÉHO
25.9. <input checked="" type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	hčí o operaci nám	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input checked="" type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	SESTRA BĚNÍŠKOVÁ  Bam
29.9. <input checked="" type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	Edukace o khodlivosti benzín	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input checked="" type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	SESTRA BĚNÍŠKOVÁ  Bam
30.9. <input checked="" type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	výživu	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input checked="" type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	SESTRA BĚNÍŠKOVÁ  Bam
30.9. <input checked="" type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	Pohybová aktivita	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input checked="" type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	SESTRA BĚNÍŠKOVÁ  Bam
3.10. <input checked="" type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	užívání ATB hčí o jíznu kambrdy	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input checked="" type="checkbox"/> informace při propuštění	<input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	SESTRA BĚNÍŠKOVÁ  Bam
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu		<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu					







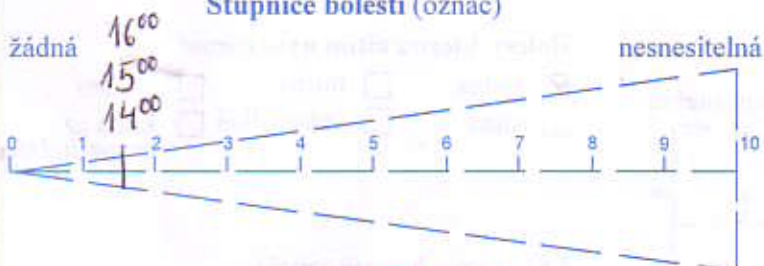
Identifikační štítek

I. B. # 1950

## ANALGETICKÝ LIST

Datum hodnocení bolesti: 25.9.2007 14<sup>00</sup>, 15<sup>00</sup>, 16<sup>00</sup>

Stupnice bolesti (označ)



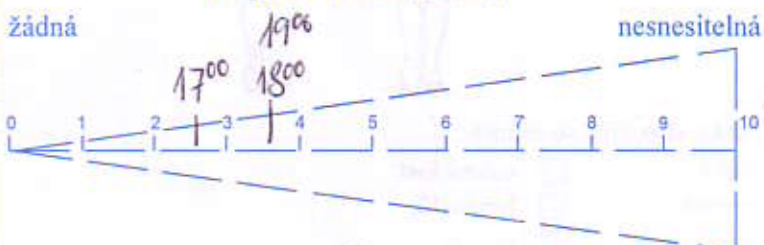
Bolest, kterou cítím nyní (označ):

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> žádná   | <input type="checkbox"/> silná                 |
| <input type="checkbox"/> mírná   | <input type="checkbox"/> velmi silná           |
| <input type="checkbox"/> střední | <input type="checkbox"/> krutá až nesnesitelná |

Plán terapie bolesti dne: 25.9.2007

Datum hodnocení bolesti: 25.9.2007 17<sup>00</sup>, 18<sup>00</sup>, 19<sup>00</sup>

Stupnice bolesti (označ)



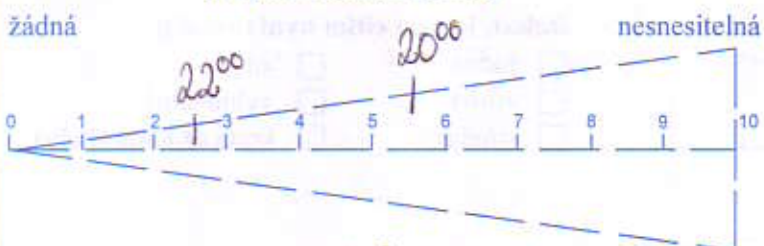
Bolest, kterou cítím nyní (označ):

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> žádná   | <input type="checkbox"/> silná                 |
| <input type="checkbox"/> mírná   | <input type="checkbox"/> velmi silná           |
| <input type="checkbox"/> střední | <input type="checkbox"/> krutá až nesnesitelná |

Plán terapie bolesti dne: 25.9.07

Datum hodnocení bolesti: 25.9.2007 20<sup>00</sup>, 22<sup>00</sup>

Stupnice bolesti (označ)



Bolest, kterou cítím nyní (označ):

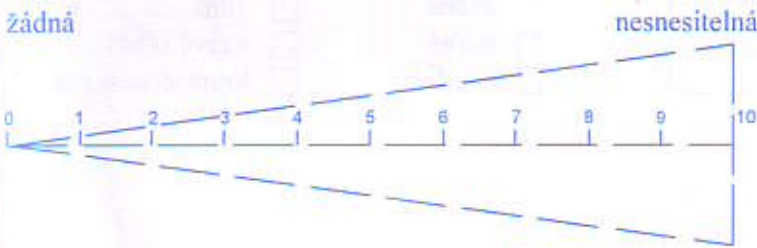
- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> žádná   | <input type="checkbox"/> silná                 |
| <input type="checkbox"/> mírná   | <input type="checkbox"/> velmi silná           |
| <input type="checkbox"/> střední | <input type="checkbox"/> krutá až nesnesitelná |

Plán terapie bolesti dne: 25.9.2007

20<sup>00</sup> NOVALGIN 1AMP DO FO 100ML i.v.

Datum hodnocení bolesti: (vstupní hodnocení) : 24.9.2007

Stupnice bolesti (označ)



Bolest, kterou cítím nyní (označ):

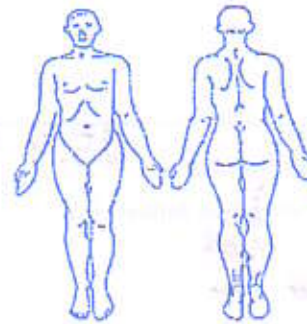
- žádná
- mírná
- střední
- silná
- velmi silná
- krutá až nesnesitelná

Lokalizace bolesti(označ):

- hlava
- krk
- hrudník
- záda
- břicho
- horní končetina
- dolní končetina
- jiné místo

Charakter bolesti (označ):

- pálivá
- bodavá
- řezavá
- tupá
- ostrá
- pulsující
- kolikovitá
- tlaková
- šíří se
- akutní
- chronická
- v klidu
- při pohybu



Spánek(označ):

- bez poruchy
- rušen bolestí
- porucha usínání
- časté buzení ne bolesti

Psychický stav (jak se cítím):

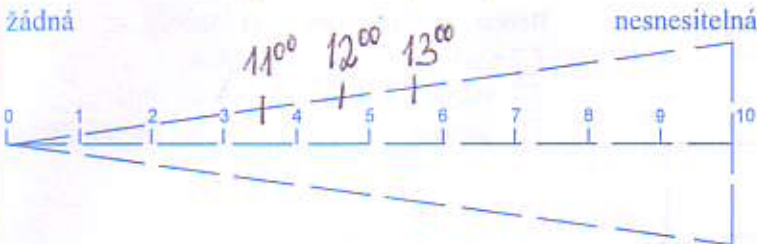
- únava
- deprese
- bezmoc
- úzkost
- smutek
- osamělost
- beznaděj
- strach
- hněv
- jiné pocity

Plán terapie bolesti dne: 25.9.2007

NOVALGIN 1AMP.DO FO 100ML I.V.

Datum hodnocení bolesti: 25.9.2007 - 11<sup>00</sup>, 12<sup>00</sup>, 13<sup>00</sup>

Stupnice bolesti (označ)



Bolest, kterou cítím nyní (označ):

- žádná
- mírná
- střední
- silná
- velmi silná
- krutá až nesnesitelná

Plán terapie bolesti dne: 25.9.2007

13<sup>00</sup> NOVALGIN 1AMP DO FO 100ML I.V.





Fakultní nemocnice Na Bulovce  
 Budínova 2,  
 180 81 Praha 8  
 tel. číslo: 266 081 111

# Plán péče o rány, dekubity a jiné kožní defekty

Jméno: I. B.  
 příjmení: \* 1956  
 č.: 1956

oddělení: ORL

list č.: 1

Vyznačit dekubitus červeně/rány modře.

NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ										
Dat.	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet
	úplná 4	<10 4	normal. 4	žádné 4	dobrý 4	bdělý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	4 32
	částečně 3	<30 3	alergie 3	DM, ↑TT 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprov. 3	částečně 3	občas 3	3
	omezená 3	<60 2	vlhká 2	anemie, kachexie, 2	špatný 2	zmatený 2	sestačka 2	omezená 3	převážně moč 2	2
	velmi omezená 2	>60 1	suchá 1	trombóza, obezita 2	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	velmi omezená 2	moč, stolice 1	1
	žádná 1			karcinom 1				žádná 1		

Analyza rány	Povaha rány:	Exudát:	Zápach:	Okolí rány:	Okraje rány:	Bolest:
dekubitus	epitelizující	bílý	lehký	otok	ohraničené X	mírná X
ulcus cruris	granulující	žlutý	ostrý	zarudnutí	neohraničené	střední
gangréna diabetica	nekrotizující	zelený	žádný	ekzém		silná
jiné kožní defekty	infikovaná	kravý	jiný	macerace		žádná
operační rána X		žádný X		klidné X		nelze hodnotit

1. zčervenání
2. tvorba puchýřů
3. hluboké poškození kůže a tkáně
4. dekubitus na kost – nekróza



lokalizace

## Plán a realizace péče

datum	hodnocení rány	ošetření rány	datum příjezdu	podpis sestry
25.9.	bolestivá, klidná	kombolax, presaban	-	Bew.
26.9.	klidná, nebolí	převaz, Beladine, steril. bychl. s kompresí	26.9.	Bew.
27.9.	klidná, nebolí	převaz, Beladine, steril. bychl. Belcom 46	27.9.	Bew.
28.9.	klidná, nebolí	převaz, Beladine, steril. bychl.	28.9.	Bew.
29.9.	klidná, nebolí	převaz, Beladine, steril. bychl.	29.9.	Bew.
30.9.	klidná, nebolí	převaz, Beladine, steril. bychl.	30.9.	Bew.
1.10.	klidná, nebolí	převaz, Beladine, steril. bychl.	1.10.	Bew.
2.10.	klidná, nebolí	převaz, Beladine, steril. bychl.	2.10.	Bew.
3.10.	klidná, nebolí	převaz, Beladine, steril. bychl.	3.10.	Bew.

## Příloha 7a

### 4.2 NÁVODY KE ZLEPŠENÍ STRAVOVÁNÍ A REGULACI HMOTNOSTI

I při relativně dobrých znalostech, které již dnes mnozí lidé mají, potřebují většinou jasné rady a doporučení, které by jim měly velmi jednoduchou formou sumarizovat informace a předložit návod jejich konkrétní aplikace.

Návody, pokud se nejedná o specifická léčebná nutriční doporučení, se týkají v naprosté převaze celkové koncepce zlepšení rodinného stravování a regulace hmotnosti, nebo režimového způsobu snižování nadváhy. Léčba obezity je tedy již jiná kapitola, i když její součástí by samozřejmě měly být i intervenční zásahy do životosprávy rodinných příslušníků, rizikem obezity hereditárně ohrožených.

---

#### ZLEPŠENÍ RODINNÉHO STRAVOVÁNÍ

##### ÚVODNÍ INFORMACE

###### Proč?

Tradiční český jídelníček vykazuje nadměrné množství živočišných tuků, cukru, soli a nedostatek vlákniny a některých vitaminů. Ozdravením stravování je přitom možno výrazně snížit rizika onemocnění srdce a cév a některých druhů rakoviny, zejména zaživačního ústrojí. Obě jmenované skupiny nemocí jsou u nás častější příčinou smrti než v západoevropských zemích.

**Jíme většinou mnohem více než potřebujeme.** To není zdravé a vede k nadváze, která není hezká, pokud nemáme v úmyslu stát se zápasníky sumo.

###### Bez obav!

Jídlo patří k významným pozitivům všech civilizací. Ozdravit stravování nesmí v žádném případě znamenat přijít o požitek z jídla. Zdravá strava musí být dobrá. Je možno připravovat zdravě i oblíbené pokrmy tradiční české kuchyně a doplnit je chutnými jídly kuchyní cizích. Např. pizza chutná téměř každému a stejně tak zeleninové saláty. Vepřové, knedlík a zelí může být zdravé jídlo, je-li vepřového málo a je-li libové, není-li knedlíků deset a je-li zelí jen přelito nemastnou vypečenou šťávou, t.j. neplave-li v tuku.

###### Jak na to?

Nejlépe je začít postupně podle jednotlivých zásad, které budou následovat. O úpravách a změnách v jídelníčku si hodně povídejme s přáteli. Téma jídlo je mnohem zajímavější než počasí nebo protivní kolegové v práci a může rozvíjet tvůrčího ducha. Uznejme, že uzeniny jsou vyloženě jen pro lidi, kteří nemají fantazii.

###### Co za to?

Zdraví, spokojenost, ale též ušetřené peníze.

---

## Příloha 7b

### TUKY a CHOLESTEROL

#### Co dělat?

**Snížit celkově spotřebu tuků a zejména tuků nasycených** (uzeniny, tučná masa, tučné sýry a mléko, máslo), **snížit spotřebu potravin s vysokým obsahem cholesterolu a nahradit je tuky nenasycenými** (rostlinné oleje, ryby).

Tabulka obsahu nasycených tuků v některých potravinách	
(v g na 100g jedlého podílu)	
sádlo vepřové	99,3
máslo	80
šlehačka	33
vepřové bůček	44
krkovice	25
kotlety	23
hovězí hrudí	20
plec	20
žebro	15
roštěná vys.	12
svíčková	7,4
šunka	18
kýta	14
sýr tavený 70%	40
sýr(eidam)	15
tvaroh tučný	12
vejce	10
kuře(bez kůže)	4
mléko	2-4

Tabulka obsahu cholesterolu v některých potravinách			
(v mg na 100 g jedlého podílu)			
ledviny	600-700	sýr tavený	90
jikry	500	hovězí libové	80
vejce(žloutky)	450	kuře(bílé maso)	75
játra	300	sýr	70
máslo	230	mléko plnotučné	14
vepřové maso	110	mléko nízkotučné	2

#### Jak postupovat?



## Příloha 7c

### **Co nakupovat a vařit:**

Vybíráme jenom **libové maso** a před jeho přípravou odstraníme viditelný tuk. Libové maso je sice dražší, ale stačí nám jej i méně. 100g masa denně je zcela postačující. Zelenina nám maso chuťově plně nahradí. Můžeme se také dojist tmavým chlebem a brambory. Libové maso používáme i do masa mletého. Mleté maso je možné doplnit například vločkami a chuťově se to ani nepozná. Alespoň jednou týdně si dopřejme **mořské ryby**. Dvakrát týdně zařadíme do jídelníčku maso z netučné **drůbeže** (kuře bez kůže, krůta) nebo maso králíčí. Uzeniny si dejme jen výjimečně a když, tak vybírejte viditelně libové.

Naučme se při nákupu mléčných výrobků číst etikety a vybírejte **nízkotučné mléčné výrobky** - sýry do 30% obsahu tuku, mléko a jogurty do 2% tuku. Dávejme přednost podmáslí a netučnému tvarohu. Smetanu, šlehačku, tučné jogurty a zmrzliny jen výjimečně!

Nepoužíváme máslo, ale místo něho **rostlinné oleje (zejména olivový) a emulgované tuky s nízkým obsahem trans – izomerů mastných kyselin**. Vhodný není kokosový ani palmojádrový tuk.

**Týdně nepožijeme více než 3 vaječné žloutky**. Bílky cholesterol neobsahují. Proto je lépe použít třeba ze tří vajec tři bílky a jen jeden žloutek.

### **Jak jídlo připravovat:**

Při přípravě dobrých českých polévek a omáček používáme k zahuštění místo klasické jíšky na tuku suchou mouku, škrobovou moučku nebo strouhaný brambor. Stejně tak zahušťujeme i dušenou zeleninu. Při dušení a pečení podlévejte jen vodou.

Nesmažíme na pánvi na tuku a když už výjimečně, tak výhradně na teflonové pánvi s nepatrným množstvím oleje. Raději však používejte **horkovzdušnou nebo mikrovlnnou troubu**.

Hotové jídlo nepřimašťujeme. Když už chceme výjimečně přimastit třeba suché brambory, tak olejem nebo kombinací vhodného margarínu a oleje.

---

SŮL

### **Co dělat?**

Omezit příjem soli.

### **Jak postupovat?**

Omezíme solení při vaření.

Uzeniny a uzené maso jíme opravdu jen výjimečně.

Na jídelním stole nemáme slánku k dosolování.

Mísání slaných brambůrek, arašídů a podobných laskomin nahradíme praženou kukuřicí a dnes již bohatým sortimentem různých celozrnných tyčinek.

Místo soli používáme k dochucování sušenou naťovou zeleninu, libeček, česnek, citronovou šťávu nebo červené víno.

## Příloha 7d

Hotové polévky a omáčky v sáčku a konzervy používáme jen výjimečně.

---

CUKR

### Co dělat?

Omezit spotřebu cukru na minimum.

### Jak postupovat?

Spotřebu snižujeme postupně. **Snížíme výrazně slazení čaje a kávy.** Dopřejeme si nejvýše 1-2 porce sladkostí denně. 1 porce je např. 50g netučného moučnicku (koláč, buchta), cereální tyčinka, málo sladký puding, nízkotučná zmrzlina, kostička čokolády. **Pijeme neslazené vody** místo sladkých limonád.

Jíme čerstvé ovoce a zeleninu místo kompotů. Ovoce raději uchováme zmrazené.

Při vaření a pečení snižujeme v receptech cukr na polovinu a cukr nahradíme vanilkou nebo jiným kořením. Nenakupujeme sladkosti do zásoby a nenecháváme různé oplatky, sušenky a bonbony volně na stole. Nezastavujeme se před cukrárnou, natož abychom do ní vcházeli.

Zkusme zajít někdy s dětmi na oslavu místo do cukrárny k zelináři.

---

VLÁKNINA

### Co dělat?

Zvýšit příjem obilovin, luštěnin, zeleniny a ovoce tak, abychom denně přijali alespoň 30 g vlákniny.

**Tabulka obsahu vlákniny v potravinách, které jsou hlavními zdroji.**

(v g na 100 g jedlého podílu)

hrách	16	hrášek	5,2
čočka	11	chléb tmavý	5,1
celozrnný chléb 7-10		růžičková kapusta	4,2
mouka žitná	7,6	kiwi	4
ovesné vločky	7	banány	3,4
kroupy	6,5	brambory	2,1
mouka pšeničná	6	květák	2,1
soja	6	jablka	2

### Jak postupovat?

### Co nakupovat:

## Příloha 7e

Jíme převážně celozrnný chléb a pečivo.

Denně spotřebujeme alespoň 2 polévkové lžíce vloček.

Několikrát týdně jíme luštěniny - fazole, soju, hrách, čočku.

Denně sníme nejméně 1/2 kg ovoce a zeleniny.

### ***Jak jídlo připravovat a nabízet:***

Pokrm s vysokým obsahem vlákniny používáme jako příkrmy.

Luštěniny a vločky přidáváme do polévek, zapékaných jídel, rizot a salátů.

Vločky přidáváme do pokrmů z mletého masa.

Používáme sojové maso.

Na pečení používáme celozrnnou mouku.

---

## ZELENINA A OVOCE

### **Co dělat?**

**Sníst nejméně 1/2 kg zeleniny a ovocem denně.**

### **Jak postupovat?**

Máme vždy připravenou omytou zeleninu a ovoce v ledničce, tak, abychom jimi mohli kdykoliv zahnat hlad. Dáváme přednost syrové zelenině a ovoci. Zeleninové saláty lze připravovat podle chuti a fantazie neomezeně. A stačí suroviny cenově dostupné, jako např. mrkev, zelí a cibule.

**Čerstvé ovoce by mělo být vždy na jídelním stole.**

Tepelně upravená zelenina je nevhodnější dušená bez tuku nebo ještě lépe připravená v mikrovlnné troubě. Zvykněme si na používání mražené zeleniny, která je dostupná cenově a po celý rok. Její příprava je téměř bezpracná. Používáme ji do polévek, gulášů, zapékaných jídel a přidáváme ji lehce dušenou jako přílohu k masům.

---

## REGULACE HMOTNOSTI

Nadměrná hmotnost s sebou přináší některá vážná zdravotní rizika:

**a)** nadměrně zatěžuje srdce, páteř a klouby;



## Příloha 7f

- b) omezuje tělesný pohyb;
- c) zvyšuje riziko vzniku hypertenze;
- d) zvyšuje riziko vzniku onemocnění srdce a cév;
- e) zvyšuje riziko vzniku diabetu;
- f) zvyšuje riziko vzniku nádorů střev, dělohy a prsu;
- g) snižuje tělesný půvab a je příčinou nepříjemných psychických pocitů.

### Co dělat?

**Udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost nebo jí dosáhnout správnou výživou a pohybem, ne jednostrannou dietou!**

Existuje nespočet návodů a systémů redukčních diet, které však málokdy vedou k trvalému úspěchu. Nevýhody mnoha různých diet (např. jogurtové, vaječné atd.) jsou následující:

- - diety jsou jednostranné, nevyvážené a zatěžují organismus; je obtížné je dodržovat po delší dobu;
- - hlavní "hubnoucí efekt" často spočívá ve ztrátě tekutin a "shozené" kilogramy se vracejí rychle zpět;
- - při úbytku tukové hmoty dochází i k úbytku hmoty svalové, která je při následném nabírání váhy nahrazována tukem;
- - diety nevedou ke změně nevhodných výživových zvyklostí a k ozdravení životosprávy;
- - nepřírozenost diet nepřináší žádné potěšení, ale spíše "společenské" problémy.

### Jak tedy?

#### 1) Dodržujeme všechny zásady správného stravování tak, jak byly popsány.

Zejména dbáme na to, abychom pocitu nasycení dosahovali potravinami s nízkým obsahem tuku a cukru, abychom jedli pomalu, jídlo vydatně zapíjeli neslazenými nápoji a spokojili se se střídmou porcí.

#### 2) Zvýšíme pohybovou aktivitu.

Když už nejsme schopni pravidelně běhat, alespoň využijme každou příležitost k rychlé chůzi a fyzické práci. Rychlá chůze v celkové rozsahu 30 minut denně by neměla být žádným problémem. Stačí třeba jen používat minimálně výtah, na nákup chodit pěšky, místo telefonování si v práci za spolupracovníkem dojít, najít si čas na večerní procházku.

**Souhrnem lze říci, že jak z hlediska nadváhy, tak i celkového zdraví, je nejlepší jíst střídmě co nejpestřejší stravu.**

## Příloha 8

**Tab. 5.** Fagerströmův test závislosti na nikotinu – FTND  
(Fagerström Test of Nicotine Dependence) (18)

**1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?**

do 5 minut **3** body

za 6–30 minut 2 body

za 31–60 minut 1 bod

po 60 minutách 0 bodů

**2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?**

ano **1** bod

ne 0 bodů

**3. Kterou cigaretu byste se nerad postrádal?**

první ráno **1** bod

kteroukoli jinou 0 bodů

**4. Kolik cigaret denně kouříte?**

0–10 0 bodů

11–20 1 bod

21–30 **2** body

31 a více 3 body

**6. Kouříte častěji během dopoledne?**

ano 1 bod

ne **0** bodů

**Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?**

ano **1** bod

ne 0 bodů

**Orientační hodnocení:** 8 BODŮ

0–1 bodů – žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu

2–4 body – střední závislost na nikotinu

5–10 bodů – silná závislost na nikotinu

