

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

**Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

---

**Bakalářské studium ošetrovatelství**

## **ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**Ošetrovatelská kazuistika u pacientky po totální thyroidektomii**

**Nurse case report of the patient after total thyroidectomy**

**Rok: 2007 / 2008**

**Zpracovala: Vendula Šourková**

**Vedoucí práce: Mgr. Jana Mlýnková**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Janě Mlýnkové za věcné připomínky a cenné rady.

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Praha, květen 2008

.....

podpis autora

## OBSAH

A.	ÚVOD.....	5
B.	KLINICKÁ ČÁST.....	6
	1. Charakteristika onemocnění, ošetrovatelská péče.....	6
	2. Identifikační údaje pacientky.....	11
	3. Lékařská anamnéza a diagnózy.....	12
	4. Diagnostika.....	13
	4.1. Předoperační vyšetření.....	13
	4.2. Pooperační vyšetření.....	14
	4.3. Fyziologické funkce.....	15
	5. Přehled terapie.....	15
	5.1. Předoperační terapie.....	15
	Farmakoterapie.....	15
	Fyzioterapie.....	15
	Dietoterapie.....	15
	5.2. Chirurgická terapie.....	16
	5.3. Pooperační terapie.....	16
	Farmakoterapie.....	16
	Péče o ránu a drén.....	17
	Fyzioterapie.....	18
	Dietoterapie.....	18
C.	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	19
	1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....	19
	1.1. Fyziologické potřeby.....	19
	1.2. Psychosociální potřeby.....	23
	2. Ošetrovatelské diagnózy.....	25
	2.1. Předoperační ošetrovatelské diagnózy.....	25
	2.2. Pooperační ošetrovatelské diagnózy.....	25
	3. Ošetrovatelský plán.....	26
	4. Edukace.....	36
	5. Závěr a prognóza.....	39
D.	POUŽITÁ LITERATURA.....	40
	PŘÍLOHY.....	41

## A. ÚVOD

Pracuji na oddělení otorhinolarigologie, kde jsou hospitalizováni pacienti s různými zajímavými diagnózami, ale nejčastěji s onemocněním štítné žlázy. Proto si myslím, že tomuto tématu je zapotřebí se věnovat. Nejen z lékařského hlediska, ale také jak o tyto pacienty pečovat a na které jejich problémy se zaměřit. Proto jsem se rozhodla o tomto onemocnění dozvědět více nejen z teoretického, ale i z praktického hlediska.

Onemocnění štítné žlázy jsou známa více jak 3500 let. Čínská medicína zaznamenává tyto nemoci již 2000 let před naším letopočtem, kde je v léčbě zvětšené štítné žlázy popisováno užití mořských řas. První zmínky o možnostech operace štítné žlázy nacházíme již v tzv. Ebersově papýru, který je datován do roku 1500 před naším letopočtem.

Léčba onemocnění štítné žlázy prošla historickým vývojem léčebných postupů od konzervativních – nechirurgických – k chirurgickým, později došlo k využití radioizotopů jako „náhradě“ chirurgických metod. V posledních dvaceti letech se výrazně rozvinula radikální chirurgie především díky možnostem diagnostiky a následné substituční léčby. Stejně jako v jiných chirurgických oborech i v chirurgii štítné žlázy dochází k využívání nových technologií navigované chirurgie a jsou popsány i minimálně invazivní a endoskopické operace.

Onemocnění štítné žlázy neustále přibývá. Jsou to nejčastější endokrinopatie. Podle odhadu založeného na nesystematických epidemiologických sledováních postihují choroby štítné žlázy vyžadující léčbu nebo dispenzarizaci nejméně 5 % populace v České Republice, u žen středního a vyššího věku 10 – 15 %.

(5)

## B. KLINICKÁ ČÁST

### 1. Charakteristika onemocnění štítné žlázy

#### *Přehled možných onemocnění štítné žlázy*

- struma–zvětšení štítné žlázy (eufunkční, uzlová - nodózní, mnohauzlová – polynodózní)
- hypothyreosa – snížená funkce štítné žlázy
- hyperthyreosa – zvýšená funkce štítné žlázy
- záněty štítné žlázy
- vývojové anomálie štítné žlázy
- nádory štítné žlázy

#### ***Struma***

Struma je označením pro zvětšenou štítnou žlázu nad normu. Fyziologická velikost je udávána při velikosti laloků nepřesahujících 4 - 5 cm x 2,5 – 3 cm x 1 – 1,5 cm. Zvětšení může být difúzní nebo uzlové. Většina uzlových strum je benigní povahy, maligní tvoří asi 5 – 10 %. Každá uzlová struma se musí považovat za potenciálně maligní.

Důležitý je funkční stav strumy, kdy většina je normofunkční – eutyreóza. Menší část zaujímají hyperfunkční a nejméně hypofunkční strumy.

#### ***Struma nodosa***

Uzlová struma je častým nálezem při vyšetřování štítné žlázy. Velmi často nacházíme více hmatných uzlů nebo více uzlů zjištěných sonograficky, ale může být přítomna pouze jedna patologie – jednouzlová struma. Nodózní struma je nejčastěji operovanou patologií štítné žlázy.

Mnohauzlové strumy mohou být zvětšeny natolik, že zasahují až do mediastina a označujeme je jako sekundárně retrosternální. K rozhodnutí o indikaci operace je vedle sonografie vyžadována počítačová tomografie krku a horního mediastina (výjimečně nukleární magnetická rezonance). Klinické obtíže jsou především spojeny s velikostí štítné žlázy projevující se kosmetickou vadou, ale klinickou závažnost mají mechanické obtíže nazývané jako mechanický syndrom (stenóza trachey, zúžení a dislokace jícnu, zhoršení žilní drenáže v oblasti krku).

## ***Faktory podílející se na zvětšení štítné žlázy***

➤ Nedostatek jódu – jódopenie (Výrazný deficit jódu se v ČR za 50 let díky jodaci jedlé soli zlikvidoval a většinou je zásobení populace jódem dostatečné. Zvýšená potřeba jódu je v některých obdobích života jako je růst, puberta a gravidita)

➤ Nadbytek strumigenů v potravě a v lécích (Blokují vychytávání jódu štítnou žlázou, jsou obsaženy zejména v brukvovité zelenině – zelí, kapusta. Z léků jsou zdrojem především psychofarmaka).

## ***Vyšetřovací metody***

Komplex vyšetřovacích metod zahrnuje vyšetřovací metody klinické, laboratorní, zobrazovací, dále cytologii a imunohistochemické metody. Tyto metody se uplatňují v diagnostickém procesu různou měrou a jsou nezbytné pro detekci a stanovení diagnózy, stádia choroby, plánování léčebného postupu a sledování léčebného efektu.

### **➤ Fyzikální vyšetření**

Pohled – viditelnost štítné žlázy

Pohmat - lze nahmatat strumu a přítomné patologie na ní jako uzly, cysty, karcinomy

Klasifikace strum dle WHO: 0 – struma není hmatná ani viditelná, 1 – struma je hmatná nebo viditelná nebo obojí

Otorhinolaryngologické vyšetření – další informace o nálezu na krku, například vyšetření hrtanu a pohyblivosti hlasivek

### **➤ Laboratorní vyšetření**

Stanovení hormonů štítné žlázy - T<sub>3</sub> (trijódtyronin), T<sub>4</sub> (tyroxin), případně stanovení TSH (tyroideu stimulující hormon)

Stanovení protilátek proti štítné žláze, TSH a jeho receptorům – u podezření na autoimunitní onemocnění

Stanovení cholesterolu a jódu v krvi

Funkční vyšetření obratu jódu – stanovení jódúrie

### **➤ Zobrazovací metody**

Sonografie krku (poskytne informace o struktuře a uspořádání parenchymu štítné žlázy, dále lze zjistit vztah k okolním tkáním a orgánům, přesnou lokalizaci a velikost i přítomné patologie)

Počítačová tomografie - CT (k posouzení vztahu štítné žlázy a okolí)

Nukleární magnetická rezonance - NMR (jako doplňující vyšetření)

Scintigrafie (akumulace radioaktivního jódu ve štítné žláze)

RTG vyšetření - nativní snímek krku (nyní již málo využívaný)

RTG polykací akt (využíván při mechanickém syndromu k ozřejmění povahy a závažnosti stenózy polykacích cest)

### ➤ **Cytologické vyšetření**

Materiál na cytologické vyšetření získáme tenkojehlovou biopsií (FNB – fine needle biopsy). Cytologie napomáhá k určení biologické povahy tkáně (zhoubné a nezhooubné nádory) a může určit původ tkáně.

## ***Chirurgická terapie***

Chirurgickou léčbu rozdělujeme do tří fází:

- 1) V předoperační fázi je nutno provést indikaci výkonu, zajistit předoperační vyšetření a předoperační přípravu nemocného. Nemocného je třeba řádným způsobem informovat o povaze a účelu chirurgické léčby, rizicích výkonu a možných pooperačních komplikacích.
- 2) Druhou částí je vlastní operace a časná pooperační fáze. Zahrnuje intenzivní pooperační péči do 24 hodin po operaci. V tomto časovém období existují reálná chirurgická rizika a komplikace (př. krvácení do rány s útlakem dýchacích cest), projevy poranění zvrtných nervů. Vedle chirurgických rizik je třeba sledovat i endokrinologická rizika, především projevy tyreotoxické krize.
- 3) Vlastní pooperační fáze vyžaduje sledování hojení rány a projevy endokrinní dysbalance (př. hypoparatyreóza, hypokalcémie). Tato fáze zahrnuje i poučení nemocného a jeho předání do domácí péče. Po výkonu musí ošetřující lékař zajistit předání nemocného k další léčbě. Pokud je histologicky potvrzeno benigní onemocnění, je nutná následná endokrinologická – substituční terapie. V případě histologického potvrzení maligního onemocnění musíme indikovat další onkologickou a endokrinologickou léčbu.

## ***Typy chirurgických výkonů***

- totální výkony (př. totální thyroidektomie TTE)
- netotální výkony (př. hemithyroidektomie HTES - levostranná, HTED - pravostranná)
- diagnostické výkony (vyjmutí pouze malého úseku tkáně štítné žlázy)



- výkony přidružené a výkon rozšiřující (výkony na dalších orgánech – hrtanu, průdušnici, uzlinách aj.)

### ***Komplikace chirurgické léčby štítné žlázy***

Komplikace můžeme rozdělit do dvou skupin na místní, plynoucí z vlastního chirurgického zákroku a na celkové, plynoucí ze zákroku. Úmrtnost doprovázející odstranění štítné žlázy je velice nízká.

Je popsáno sedm klasických komplikací spojených s odstraněním štítné žlázy:

- 1) Hypoparatyreoidismus a hypokalcémie – poraněním příštítných tělísek mohou vzniknout projevy parestezií až po tetanie (proto sledujeme pooperačně kalcémii a fosfatémii).
- 2) Poranění velkých cév převážně u zvláště velkých strum.
- 3) Poranění nervus vagus, trachey a oesophagu jsou možná vzhledem k blízkosti těchto orgánů.
- 4) Poranění nervus recurens – komplikace se liší podle postižení jednoho či obou nervů. Poranění jednoho nervu se nejčastěji manifestuje ve formě hlasové dysfonie. U oboustranného poranění se může toto projevit v různé latenci jako afonie a dušení.
- 5) Komplikace operační rány – infekce v ráně (je zabraňováno aseptickým způsobem při výkonu i v následném ošetřování), krvácení a hematom v ráně.
- 6) Komplikace z odnětí orgánu spočívají především ve zhoršení metabolických funkcí a dysbalanci vnitřního prostředí.
- 7) Tyreotoxická krize vzniká pooperačně nebo může být součástí onemocnění. Je možné, že vyústí v závažný stav s horečkou, selháváním srdeční činnosti a psychickými příznaky vyžadující intenzivní nemocniční léčbu

(5,6,7,11)

### ***Ošetrovatelská péče***

Ošetrovatelská péče začíná předoperační přípravou a vysvětlením pooperačního průběhu z ošetrovatelského hlediska.

Poperační péče je zpočátku zajištěna na jednotce intenzivní péče sledováním vitálních funkcí, tišením bolesti, sledováním příznaků hypokalcémie (parestzie), kontrolou dýchání a polykání. Dále sledujeme příznaky poranění nervus recurens a to převážně ochrnutí hlasivek. První pooperační den jsou pacienti přesunuti zpět na standardní oddělení.

Provádíme převazy rány 1x denně za aseptických podmínek. Kontrolujeme funkčnost Redonova drénu, který se zpravidla odstraní druhý pooperační den. Provádíme biochemické

laboratorní vyšetření (Ca - kalcium, P - fosfáty) první, druhý a pátý pooperační den. Při snížené hladině kontrolujeme krevní výsledky denně. Lékař může naordinovat odběr PTH (parathormon) pro kontrolu, zda – li nejsou poškozena příštítná tělíska.

Vertikalizaci pacientů provádíme většinou 5 hod. po výkonu, jako prevenci tromboembolické nemoci. První pooperační den není již pohybový režim omezován.

Pacienti v nultém operačním dnu přijímají pouze tekutiny, první pooperační den se doporučuje kašovitá strava, od dalšího dne je možné přijímat racionální stravu v nemleté podobě. Doporučíme pacientům zvýšený příjem mléčných výrobků (tvarohy, tvrdé sýry) a vyvarování se potravin s obsahem jódu.

Při propuštění edukujeme nemocné o péči o ránu v domácím prostředí. Steh je možné vyndat 7. pooperační den. Pacienti se dostaví za 14 dní pro výsledek histologického vyšetření, které předávají svému endokrinologickému lékaři, který rozhodne o dalším postupu – substituční léčbě.

(5)

## **2. Identifikační údaje pacientky**

Ke zpracování závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala pacientku s onemocněním štítné žlázy – struma polynodosa.

Jméno a příjmení:	J. M.
Oslovení pacientky	paní M.
Narození:	1956
Věk:	52
Adresa:	Praha
Telefon:	ano
Pojišťovna:	xxx
Vzdělání:	střední odborné
Povolání:	úřednice
Národnost:	česká
Vyznání:	bez vyznání
Stav :	vdaná
Osoba, kterou lze kontaktovat:	syn pan M.
Datum mého ošetřování:	31. 3. 2008 – 4. 4. 2008
Datum přijetí:	31. 3. 2008
Datum operace:	1. 4. 2008

### **3. Lékařská anamnéza a diagnózy**

**Rodinná A:** Otec pacientky trpěl ischemickou chorobou srdeční, byl mu implantován kardiostimulátor, zemřel na mozkový nádor v 71 letech. Matka byla diabetička a zemřela v 69 letech na infarkt myokardu. Paní M. nemá sourozence.

**Osobní A:** Paní M. má diabetes mellitus II. typu, který zvládá dietou. Trpí stresovou inkontinencí. Byla jí zjištěna zvýšená sérová hladina cholesterolu – hypercholesterolemie a anémie z nedostatku železa – sideropénická anémie. Z důvodu zvětšené štítné žlázy má poruchu zraku závislou na poloze hlavy. Při otočení hlavy doprava dochází k hypoperfuzi mozku v karotické oblasti s následným točením hlavy. Dále je přítomna porucha polykání a námahová dušnost z důvodu strumy. Pacientka podstoupila v r. 2003 opakovaně operaci uretropexi (chirurgické řešení stresové inkontinence), v r. 1998 cholecystektomii (odstranění žlučníku) a appendektomii (odstranění červovitého přívěsku slepého střeva) v r. 1960.

**Gynekologická A:** Pacientka pravidelně menstruuje, byla třikrát těhotná. Jedno těhotenství bylo ukončeno spontánním porodem a další dvě císařským řezem. Nemocná navštěvuje svého gynekologa 1 x ročně a podrobuje se preventivním prohlídkám.

**Alergická A:** Alergie paní M. žádné nemá.

**Farmakologická A:** Sorbifer Dur. 1 – 0 – 1, Euthyrox 50 mg ½ - 0 – 0

**Sociální A:** Pacientka je úřednice, kouří asi od 30 let cca 10 cigaret denně, alkohol nepije ani příležitostně.

**Nynější onemocnění:** Pacientka asi 2 roky pozoruje poruchy polykání, tlak na krku, dušnost při námaze, bolesti nemá, nyní polyká pouze kašovitou stravu. Vyšetřením na endokrinologii byla zjištěna objemná nodózně přestavěná struma. Endokrinologem indikována k chirurgickému řešení z důvodu útlaku okolí strumou, proto přijata k totální thyroidektomii (TTE)

**Status praesens:** HLAVA – pokleповě nebolestivá, bez hmatné rezistence, zornice jsou souměrné, bulby ve středním postavení, vedlejší nosní dutiny nejsou bolestivé, výstupy nervus trigeminus nebolestivé, slinné žlázy nezvětšeny. KRK – objemná, palpačně tužší struma s větším lalokem vpravo, při polknutí elevuje nad sternum, uzlinové rezistence nehmatné, velké cévy nebolestivé. HLTAN – zubní náhrady, sliznice klidné bez povlaku, jazyk plazí ve střední čáře, oblouky patrové symetrické. HRTAN – objemnější kořen jazyka, epiglotis bledá a štíhlá, hlasivky symetrické a hybné. NOS – bez deformace, sliznice růžová bez sekrece, průchody volné. NOSOHLTAN – volný, bez patologické sekrece. UŠI – bez patologických změn.

**Závěr:** Struma netoxická mnohauzlová (polynodózní)

**Vedlejší Dg:** Smíšená hyperlipidémie  
Stresová inkontinence  
Diabetes melitus II. bez komplikací  
Anémie z nedostatku železa

(3)

## 4. Diagnostika

### 4.1. Předoperační vyšetření

#### Interní vyšetření

➤ 27. 2. 2008

RTG S + P – Plíce bez známek čerstvých ložiskových změn, ani známky městnání neprokázány, mediastinum beze změny, srdeční stín přiměřený konstituci, závěr – přiměřený

➤ 12. 3. 2008

TK – 150/90, P – 84'

EKG – sinusový rytmus, frekvence 84', toho času bez známek ischémie myokardu.

Závěr – Pacientka vyšetřena předoperačně před totální thyreoidektomií, je schopna výkonu v celkové anestézii. Způsob anestézie dle anesteziologa, prevence tromboembolické nemoci obvyklým způsobem.

### **Laboratorní výsledky (viz příloha č. 1.):**

(zde uvádím laboratorní výsledky, které jsou mimo normu)

➤ 26. 2. 2008

Hematologické vyšetření – hemoglobin - HGB 113g/l, střední objem erytrocytů - MCV 74, 6 fl, ostatní v normě, krevní skupina - KS – B Rh pozitivní

Biochemické vyšetření – Glukóza 7,3 mmol/l, cholesterol 7,1 mmol/l, tryacylglycerol 2, 81 mmol/l, HDL cholesterol 1, 15 mmol/l, ostatní v normě

Vyšetření moči – v normě

➤ 31. 3. 2008

Hematologické vyšetření – střední objem erytrocytů - MCV 74, 4 fl, průměrná hmotnost hemoglobinu v erythrocytech - MCH 24, 2 pg, RDW 18, 2 %, trombocyty - PLT 454 \* 10<sup>9</sup>/l, střední objem trombocytů - MPV 7, 3 fl, ostatní v normě

Biochemické vyšetření – Glukóza 6, 0 mmol/l, ostatní v normě

### **4.2. Pooperační vyšetření**

#### **Laboratorní výsledky (viz příloha č. 1.):**

➤ 2. 4. 2008

Hematologické vyšetření – leukocyty - WBC 12, 4 \* 10<sup>9</sup>/l, erythrocyty - RBC 5, 45 \* 10<sup>12</sup>/l, střední objem erytrocytů - MCV 73, 8 fl, průměrná hmotnost hemoglobinu v erythrocytech -MCH 23, 7 pg. distribuční křivka erytrocytů - RDW 17, 1 %, střední objem trombocytů - MPV 6, 7 fl, ostatní v normě

Biochemické vyšetření – Glukóza 6, 2 mmol/l, Ca - kalcium 1, 89 mmol/l, P - fosfáty 0, 80 mmol/l, ostatní v normě

➤ 3. 4. 2008

Biochemické vyšetření – Glukóza – 6, 7 mmol/l, Ca 1, 98 mmol/l, P – v normě

➤ 4. 4. 2008

Biochemické vyšetření – v normě

### 4.3. Fyziologické funkce

➤ 31. 3. 2008

Při příjmu 10:45 – krevní tlak (TK) 155 / 95, puls (P) 86', dech (D) 16', tělesná teplota (TT) 36,7 °C, při vědomí

➤ 1. 4. 2008

Před výkonem v 6 hod. – TK 149 / 82, P 80', D 12', TT 36, 4°C, při vědomí

Po výkonu (podrobný rozpis viz příloha č. 2) – TK v rozmezí 135 – 165 / 60 – 95, P v rozmezí 62 – 98', D v rozmezí 12 – 22', saturace O<sub>2</sub> v rozmezí 97 – 100 %, vědomí neporušené, na výzvu vyhoví

➤ 2. 4. 2008

V 6 hod. TK 135 / 70, P 76', D 14', TT 37, 2 °C, saturace O<sub>2</sub> 99 %, při vědomí

(2, 3)

## 5. Přehled terapie

### 5.1. Předoperační terapie

**Farmakoterapie** (podrobná charakteristika léků viz příloha č. 3)

➤ 31. 3. 2008

Per os: Sorbifer Dur. 1 – 0 – 1

Euthyrox 50 mg ½ - 0 – 0

Hypnogen 1 tbl. (večerní premedikace ve 22 hod. dle anesteziologa)

➤ 1. 4. 2008 (0. den – operační)

Per os: Oxazepam 1 tbl. (ranní premedikace v 6 hod. dle anesteziologa)

Intramuskulárně: Atropin 0, 5 mg + Dolsin 50 mg (dle ordinace anesteziologa, aplikován v 10:30)

Subkutánně: Clexane 0, 2 ml v 6 hod.

## **Fyzioterapie**

- 31. 3. 2008

Pohybový režim bez omezení.

- 1. 4. 2008 (0. den – operační)

Doporučen klidový režim, spíše polehávání na lůžku, z důvodů podané medikace, která může způsobovat únavu a celkové zklidnění až malátnost, eventuelně pád nemocné.

## **Dietoterapie**

- 31. 3. 2008

Pacientka má mletou diabetickou dietu. Je informována, že od půl noci nebude přijímat nic per os.

- 1. 4. 2008 (0. den – operační)

Dnes pacientka lační, tekutiny může pít od 18 hod.

## **5.2. Chirurgická terapie**

Pacientka přijata k plánované operaci na oddělení otorhinolarigologie. Výkon dle operačního plánu bude proveden 1. 4. 2008 cca kolem 11 hod. Operační protokol a průběh operace viz příloha č. 4.

## **5.3. Pooperační terapie**

### **Farmakoterapie**

- 1. 4. 2008 (0. den – operační)

Per os: Sorbifer Dur. 1 – 0 – 1

Intramuskulárně: Dipidolor 1 amp. po 6 hod. (aplikován v 16 hod. a ve 22 hod. na přání pacientky)

Intravenózně: na operačním sále –

Ringer 1/1 - 1 500ml

na jednotce intenzivní péče –

Glukóza 10% 500ml + 10 j. HMR inz. + 10 ml 7,5%KCl (14:30 – 17 hod.)

Ringer 1/1 500ml (17 – 19 hod.)

Torecan 1 amp + FR 100ml při nauze, zvracení (neaplikován)



- 2. 4. 2008 (1. pooperační den)

Per os: Sorbifer Dur. 1 – 0 – 1

Ca eff. 1 – 1 – 1

Tachystin gtt. 10 – 10 - 10

Algifen gtt. 30 – 30 – 30 (při bolesti)

Subkutánně: Clexane 0, 2 ml v 6 hod.

- 3. 4. 2008 (2. pooperační den)

4. 4. 2008 (3. pooperační den)

Per os: Sorbifer Dur. 1 – 0 – 1

Ca eff. 1 – 1 – 1

Tachystin gtt. 10 – 10 - 10

Algifen gtt. 30 – 30 – 30 (při bolesti)

### **Péče o ránu a drén**

- 1. 4. 2008 (0. den – operační)

Rána na krku byla ošetřena na operačním sále sterilním krytím. Během dne jsme kontrolovali obvaz z hlediska prosakování (obvaz za celý den neprosákl). Pacientce byl zaveden do operační rány Redonův drén, který odváděl krvavý sekret v malém množství.

- 2. 4. 2008 (1. pooperační den)

Při ranní vizitě v 7:15 jsme provedli toaletu rány 3% peroxidem vodíku a opět přelepili sterilním krytím - Curapore. Rána byla klidná, nekrvácela, okolí bylo mírně edematózní. Také jsme zkontrolovali Redonův drén, který odvedl od výkonu 42 ml krvavého sekretu.

- 3. 4. 2008 (2. pooperační den)

Při ranní vizitě v 7:20 byla provedena toaleta rány 3% peroxidem vodíku a opět byla přelepena sterilním krytím - Curapore. Rána byla klidná, nekrvácela, okolí bylo mírně edematózní. Byl odstraněn Redonův drén, který obsahoval 48 ml krvavého sekretu.

- 4. 4. 2008 (3. pooperační den)

Při ranní vizitě v 7:10 jsme provedli toaletu rány 3% peroxidem vodíku, rána byla klidná, nekrvácela a okolí bylo též klidné. Místo po odstaněném Redonově drénu bylo již zacelené.

Ránu jsme ponechali volně bez krytí. Edukovala jsem pacientku v péči o ránu v domácím prostředí (viz edukační plán).

### **Fyzioterapie**

- 1. 4. 2008 (0. den – operační)

Po výkonu měla pacientka naordinován klid na lůžku. Poprvé vstávala za dozoru sestry. Pacientka věděla, že je důležité časně vstávání po operaci z důvodu prevence tromboembolické nemoci. Dále po stabilizaci po výkonu se pacientka mohla již volně pohybovat.

- 2. 4. 2008 (1. pooperační den)
- 3. 4. 2008 (2. pooperační den)
- 4. 4. 2008 (3. pooperační den)

Pacientka má volný pohybový režim.

### **Dietoterapie**

- 1. 4. 2008 (0. den – operační)

Pacientka může přijímat tekutiny od 18 hod.

- 2. 4. 2008 (1. pooperační den)
- 3. 4. 2008 (2. pooperační den)
- 4. 4. 2008 (3. pooperační den)

Pacientka má zprvu diabetickou mletou dietu a od druhého pooperačního dne zkusila diabetickou dietu. Doporučila jsem paní M. zvýšenou konzumaci mléčných výrobků kvůli dostatečnému příjmu vápníku. Dále jsem jí vysvětlila důležitost dostatečného pitného režimu.

(2, 3)

## C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

### 1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

#### 1.1. Fyziologické potřeby

##### ➤ Dýchání

Paní M. dýchá v klidu bez obtíží. Dušnost pociťuje při námaze, přisuzuje ji onemocnění a zvýšené tělesné hmotnosti. Paní M. je kuřačka od třiceti let a vykouří cca 10 cigaret denně. Nyní je mírně dušná, s dechovou frekvencí 16 dechů za minutu. Nemá kašel ani rýmu. Při dýchání nejsou přítomny vedlejší dechové fenomény (pískot).

Po výkonu pacientka dýchá klidně. U lůžka má nebulizátor (zvlhčovač vzduchu), který využívá. Pociťuje suchost v krku a nucení ke kašli, které druhý pooperační den vymizelo. Dechová frekvence se pohybuje od 12 do 22 dechů za minutu. Saturace O<sub>2</sub> v rozmezí 97–100 %. Pacientka po výkonu odkašlává bez obtíží. Je uložena ve Fowlerově poloze. Větší obtíže s dýcháním neudává.

##### ➤ Hydratace

Paní M. má snížený příjem tekutin za den – cca 1000 ml (čaj, minerální voda). Kávu pije 1 – 2 x denně. Alkohol nepije vůbec. Uvádí, že v zaměstnání nemá moc času na příjem tekutin a pocit žízně také nevnímá. Edukovala jsem pacientku o nutnosti zvýšení příjmu tekutin. Je poučena, že před výkonem nebude přijímat nic per os. Pacientka udává suchou kůži a neustále suché rty. Objektivně její vnímání potvrzují, zároveň však jazyk a bukální sliznice jsou vlhké. Otoky nemá. V příjmu tekutin je pacientka soběstačná.

Po výkonu byly pacientce tekutiny doplňovány infuzní terapií. Pacientka udávala pocit suchosti v ústech, při kterém jí pomohl výplach dutiny ústní vodou. Pacientka mohla přijímat tekutiny od 18 hod., nejprve pila černý čaj, který tolerovala dobře. Nadále si vařila ovocný čaj a pila neperlivé minerální vody. Snažila se o dostatečné množství – cca 2000 ml za den.

##### ➤ Výživa

Pacientka není se svou vahou spokojena. Přibrala 30 kg asi za poslední 4 roky. Váží 108 kg a měří 165 cm (BMI = 40 – obezita). Příbytek na váze přisuzuje onemocnění. Paní M. má diabetickou dietu, kterou se snaží dodržovat, ale moc se jí to nedaří, často má chuť na sladké. Jí třikrát denně ale spíše instantní jídla. Ovoce a zeleninu do svého jídelníčku zařazuje málo. Žádnou potravinovou alergií netrpí. Nosí snímatelnou horní i dolní zubní protézu, která jí nečiní

obtíže. V dutině ústní nejsou žádné patologické změny. Pacientka udává obtíže při polykání, proto volí spíše kašovitou stravu. Doufá, že se po výkonu vše změní. Nemocná ví, že od pŕlnoci nesmí nic jíst ani pít.

Po výkonu v den operace přijímá pacientka jen tekutiny. Pociťuje mírnou nauzeu, tak ani nemá chuť k jídlu. První pooperační den přijímá kašovitou diabetickou dietu, kterou zvládá bez obtíží, nauzeu již neudává. Dále byla objednána pacientce diabetická dieta nemletá, kterou zvládala konzumovat bez polykacích obtíží. Paní M. byla ráda, že se jeden z jejích problémů vyřešil. V příjmu potravy byla soběstačná, žádné obtíže neudávala. Pacientka si po mé edukaci zajistila mléčné výrobky (jogurty), které potřebovala kvůli snížené hladině vápníku v krvi.

### ➤ **Vyprazdňování moči a stolice**

#### **Moč**

Pacientka trpí stresovou inkontinencí (únik moči při kašli a smíchu). Paní M. byla na operaci (uretropexe), která její problém trochu zmírnila. Nosí kompenzační pomůcky a únik moči má jen při silném kašli a smíchu. Tento problém jí velice trápí. Jiné obtíže neudává, jako například pálení, řezání při močení nebo nucení na močení. Záněty močového ústrojí nikdy netrpěla.

Pacientka se po výkonu vymočila cca v 17 hod. na lůžku do podložní mísy, což jí nebylo příjemné. Poté již chodila na WC v doprovodu sestry. Od prvního pooperačního dne se nemocná stala již plně soběstačnou.

#### **Stolice**

Pacientka neudává obtíže s vyprazdňováním stolice. Chodí pravidelně 1 x denně převážně po obědě. Projímadla nikdy neužívala. Poslední stolice byla 31. 3. v ranních hodinách. Tento neobvyklý čas může být zapříčiněn nervozitou před odjezdem do nemocnice.

Po výkonu byla pacientka na stolicí druhý pooperační den. Doporučili jsme pacientce zvýšit pohyb a dostatečný příjem tekutin. Nadále se stolice ustálila do předchozího režimu.

### ➤ **Spánek a odpočinek**

Pacientka pociťuje problémy se spánkem asi 4 roky. Je zvyklá chodit spát kolem 22 hodiny, před tím sleduje TV. Usíná hned, ale často se v noci budí (3 až 5 x za noc). K pocitu vyspání potřebuje 7 až 8 hodin spánku. Pokud má přes den dostatek aktivity nebo stres v zaměstnání, spí lépe. Pacientka neví, proč se jí spánek zhoršuje, ale zatím jí její noční probouzení tolik nevadí, protože se cítí ráno odpočatá. Obává se, že díky klidovému režimu v nemocnici se jí bude spát

hůře. Ráda spí ve vyvětrané místnosti, žádné jiné návyky před spánkem nemá. Farmaka na zlepšení spánku neužívá.

Po výkonu vnímala únavu, ale přesto moc nespala. Na jednotce intenzivní péče jí vadil neustálý zvuk přístrojů. Na standartním oddělení se její spánek mírně zlepšil. Spolupacientky byly přizpůsobivé a také jim nevadil chladnější vzduch po větrání pokoje. Pacientka nezaznamenala větší zhoršení spánku než doma. Přes den se snažila vyhledávat aktivity, aby neprobděla noci.

### ➤ **Teplota a pohodlí**

Paní M. si na teplotu na pokoji nestěžuje. Její spolupacientky mají také rády čerstvý vzduch, tak podle potřeby větrají. Má normální tělesnou teplotu (36,7 °C). Žádné návaly horka nepocituje, spíše cítí chlad, ale teple se obléká. Lůžko pacientce vyhovuje i díky jeho postavení u zdi a ne uprostřed pokoje. Je spokojená, že si může zvednout horní panel lůžka, doplňuje více polštářů, na které je zvyklá. Jen se jí zdá lůžko vysoké, ale chápe, že nemůže vyhovovat všem.

Po výkonu má pacientka klid na lůžku, je ve Fowlerově poloze, která jí nevadí, dobře se jí dýchá. Těší se, až bude moci být i mimo lůžko, má pocit „přežlosti“. Pohodlí jí mírně narušuje akutní pooperační bolest, kterou jsme zvládali tišit analgetiky a překáží jí Redonův drén. Po odstranění Redonova drénu druhý pooperační den se pacientka cítila již dobře, bez bolesti a nic ji neomezovalo. Další dny se paní M. snažila zabavit sledováním TV, čtením časopisů i pobytem mimo pokoj.

### ➤ **Bolest**

Pacientka před operací žádnou bolestí netrpí. Občas ji pobolívá hlava, to přisuzuje sníženému pitnému režimu, analgetika ale neužívá. Je snášenlivá, nikdy neměla po operaci větší bolesti, trvaly maximálně nultý až druhý pooperační den. Strachem z bolesti netrpí, je na ni připravená a ví, že bude mít naordinována analgetika od lékaře, pokud by je potřebovala. Edukovala jsem pacientku o hodnocení bolesti na vizuálně analogové škále (dále jen VAS) 0 – 10 (0 – žádná bolest, 10 – nesnesitelná bolest)

Již před operací byla informována o hodnocení bolesti dle VAS 0 – 10, pacientka všemu rozumí a aktivně spolupracuje.

Po příjezdu ze sálu měla pacientka mírné bolesti lokalizovány v ráně (VAS – 2). V 16 hodin nemocná udávala bolesti hlavy a v operační ráně na krku (VAS – 6), byla jí podána analgetika (Dipidolor 1 amp. i.m.), za 30 minut udávala zlepšení (VAS – 1). Dále žádala analgetika ve 22 hodin pro stejné bolesti (VAS – 6), za 30 minut pacientka spala po injekční aplikaci (Dipidolor 1

amp. i.m.). Nežádoucí pocity, které byly lokalizovány pouze v operační ráně, se mírně zhoršovaly při pohybu a odkašlávání. První pooperační den bolesti ustupovaly, přesto byl pacientce podán Algifen 30 gtt. v 10:30 a v 16:30 pro bolesti (VAS – 4), 60 minut po užití analgetika bolesti ustoupily (VAS – 0).

Pacientka měla bolestivé grimasy a bolest verbalizovala. V dalších dnech pacientka bolesti neudávala. Své bolesti zvládala dobře, vždy věděla, že si může o analgetikum říci. S pacientkou byla dobrá spolupráce. Sledování bolesti viz příloha č. 7.

### ➤ **Osobní hygiena a stav kůže**

Paní M. se sprchuje nejčastěji večer. Její kůže je suchá, proto se po sprše promazává tělovým mlékem. Vyrážkami ani jinými obtížemi netrpí. Na dolních končetinách má varixy. Pacientka má jizvy na břiše, které jsou dobře zhojené. Byla poučena, že je u nás zvykem osprchovat se ráno před operačním výkonem, což respektuje.

První pooperační den se paní M. opláchla u umyvadla, od druhého dne se již sprchovala podle svých zvyklostí. Poučila jsem nemocnou, že operační ránu nebude prozatím sprchovat. Převezvy rány jsme prováděli 1 x denně při ranní vizitě. Dezinfikovali jsme ránu a okolí drénu 3% peroxidem vodíku a přelepovali jsme sterilním krytí – Curapore. Druhý pooperační den jsme odstranili Redonův drén a od třetího pooperačního dne jsme ránu ponechali již volně bez krytí. Rána vypadala klidně, nekrvácela, jen okolí bylo mírně edematózní. Nejevila známky zánětu. Pacientce byl na operačním sále zaveden periferní žilní katétr (dále jen PŽK) do levé horní končetiny, který jsem druhý pooperační den odstranila pro bolestivost a začervenání v okolí vpichu. Aplikovala jsem Heparoid ungentum na okolí. Dále se místo po vpichu zklidnilo a počáteční známky zánětu vymizely. Pacientka v péči spolupracovala a dbala našich pokynů.

### ➤ **Sexuální potřeby**

Pacientka prodělala tři porody. Jeden spontánní a dva Císařské řezy. Menstruační cyklus má pravidelný. S manželem mají již neutrální vztah, jak říká, jsou na sebe zvyklí. Konkrétnější otázky jsem pacientce nepokládala, přišlo mi to nepřiměřené.

### ➤ **Tělesná a duševní aktivita**

Paní M. byla vždy aktivní. Nyní se při větší námaze unaví a je dušná, proto volí lehčí aktivity. Její zaměstnání je sedavé, proto se těší vždy domů na svého pejska a s ním chodí na procházky, občas se přidá i manžel. Ráda vykonává domácí práce, vaří a stará se o rodinu

převážně manžela. Děti mají své rodiny a bydlí jinde, proto za ní dojíždí 1 až 2 x do měsíce. Ráda čte, luští křížovky a sleduje TV.

Pacientka byla po výkonu velice unavená, tak přivítala, že může jen ležet. Veškerá aktivita ji vyčerpávala. Vstávala pouze za pomoci sestry a v jejím doprovodu došla na WC a zpět. Od druhého dne se cítila lépe, chodila sledovat TV do společenské místnosti, četla časopisy a luštila křížovky. Pokud přišla návštěva, šla se paní M. projít do haly nemocnice. Přes den spala minimálně, v lůžku byla jen po obědě a v noci. Pacientka se přes den dokázala zabavit.

(1, 2, 3, 4)

## **1.2. Psychosociální potřeby**

### **➤ Zdraví**

Pacientka nikdy vážněji nestonala. Až posledních 10 let se podle jejích slov na ní všechno „valí“. Dříve byla spokojená, nyní je ze všeho nervózní a úzkostlivá. Nejvíce jí trápí inkontinence, bojí se, aby lidé něco nepoznali – necítili, proto se společnosti spíše vyhýbá. Dále trpí dušností, které musí přizpůsobit své aktivity. Nemůže jíst tuhou stravu z důvodů obtíží při polykání. Proto je pacientka spíše uzavřená a o svých problémech nerada hovoří.

Pacientka druhý pooperační den mluvila se svým operátorem, ten jí sdělil, že výkon proběhl bez komplikací. Sama cítila zlepšení polykání, tak výkon vyřešil i jeden její problém, což si uvědomovala a byla ráda.

### **➤ Bezpečí a jistota**

Pacientka měla strach z hospitalizace, celkové anestézie i samotného výkonu. Její vystupování bylo nejisté a nejprve na otázky odpovídala stroze. Neměla dobrou zkušenost z předchozí hospitalizace, proto jsem si její důvěru musela získávat pomalu. Při příjmu jsme vyplnili ošetřovatelskou anamnézu a na podrobnější dotazník jsme se domluvily na odpolední hodiny, aby se pacientka mohla aklimatizovat. Ode mě měla dostatek informací o průběhu hospitalizace, předoperační přípravě a pooperační péči. Dala jsem jí prostor i na zodpovězení otázek. Bylo vidět, že je ráda, jak se jí věnuji.

Pacientka mi důvěřovala, zodpovídala jsem trpělivě její otázky, v pooperačním období se mi sama svěřovala s některými problémy, které mi nesdělila při vyplňování dotazníku.

### ➤ **Soběstačnost**

Doma je pacientka plně soběstačná ve všech činnostech. Neumí si představit být na někom závislá. Je spíše zvyklá starat se o rodinu, při nesoběstačnosti by se cítila trapně.

Po výkonu potřebuje pacientka pomoc sestry. V 18 hodin poprvé vstává z lůžka a dojde za dozoru sestry na WC, po té se její soběstačnost zlepšuje. Pohybu pacientce brání i bolest, kterou s pacientkou sledujeme a tlumíme analgetiky dle ordinace lékaře. Od prvního pooperačního dne je pacientka plně soběstačná ve všech denních činnostech.

### ➤ **Potřeba lásky a sounáležitosti**

Pacientka žije se svým manželem a psem, jejich děti už žijí s vlastními rodinami. S manželem má neutrální vztah, již jsou na sebe zvyklí. Děti jezdí na návštěvu 1 – 2 x do měsíce, vždy se na ně velice těší. Nejčastěji mluví o svém pejskovi. V rodině řeší běžné konflikty.

Příbuzní chodí navštěvovat paní M. každý den a také si telefonují.

Se spolupacientkami nemocná vychází dobře, ale komunikaci s nimi nijak nevyhledává, je raději sama a má ráda svůj klid.

### ➤ **Sebeúcta a sebepojetí**

Pacientka od té doby, co je nemocná, je spíše uzavřenější. Svoje nemoci snáší špatně. Nemůže se vyrovnat se svojí váhou, chtěla by se vrátit do období tak před 15 lety, kdy byla velice spokojená. Má pocity méněcennosti, které vycházejí z toho, že jí děti již tolik nepotřebují a s manželem prožívá monotónní vztah. Už nemá takovou chuť do života. Vždy se jí zlepší nálada, když se vidí s dětmi, ale při loučení opět cítí prázdnotu. V zaměstnání pracuje s mladšími lidmi a myslí si, že by si s nimi moc nerozuměla, tak se o navázání nějakého přátelství ani nepokusila.

### ➤ **Seberealizace**

Pacientka pracuje jako úřednice. Její zaměstnání jí nevadí. Dříve pracovala v dobrém kolektivu. Před 5 lety změnila zaměstnání, kde si na nové spolupracovníky moc nezvykla. Nevyhledává nové činnosti. Domácí práce dělá ráda, ale říká, že už je to spíše ze zvyku.

(1, 2, 3, 4)



## 2. Ošetrovatelské diagnózy

Následující ošetrovatelské diagnózy vyplynuly z mého rozhovoru s pacientkou. Společně jsme je seřadily dle priorit nemocné.

### 2.1. Předoperační ošetrovatelské diagnózy

#### 31. 3. 2008

- **Strach** z operačního výkonu a celkové anestézie související s osobnostními předpoklady a dřívějšími zkušenostmi, projevující se úzkostí, nervozitou a verbalizací strachu.
- **Stresová inkontinence moči** v důsledku ochabnutí svalů pánevního dna, projevující se únikem moči při zvýšení nitrobršního tlaku (při kašli a smíchu).
- **Zhoršená průchodnost dýchacích cest** v důsledku útlaku trachey strumou a zvýšenou hmotností, projevující se dušností při námaze.
- **Ztížené polykání** v důsledku útlaku jícnu strumou, projevující se stížností na váznutí sousta.
- **Snížení objemu tělesných tekutin** z důvodu jejich nízkého příjmu, projevující se suchou kůží a suchými rty.
- **Nedostatek informací** související s hospitalizací a operačním výkonem, projevující se strachem.
- **Obezita** z důvodu špatných stravovacích návyků a onemocnění, projevující se zvýšenou tělesnou hmotností.

### 2.2. Pooperační ošetrovatelské diagnózy

#### 1. 4. 2008

- **Akutní bolest** v důsledku operačního výkonu, projevující se verbalizací problému, bolestivou grimasou, nepohodlím a zhoršeným pohybem.
- **Porucha integrity kůže** z důvodu operačního výkonu, projevující se operační ránou.
- **Riziko vzniku infekce a komplikací** v důsledku operační rány, zavedeného drénu a PŽK
- **Riziko vzniku parestezie** v důsledku odstranění celé štítné žlázy.
- **Riziko vzniku nauzey a zvracení** jako komplikace celkové anestézie.

### 3. Ošetrovatelský plán

**Ošetrovatelská diagnóza** Strach z operačního výkonu a celkové anestézie související s osobnostními předpoklady a dřívějšími zkušenostmi, projevující se úzkostí, nervozitou a verbalizací strachu.

**Cíl ošetrovatelské péče** Pacientka minimalizuje svůj strach.

**Ošetrovatelský plán** - psychická podpora (před výkonem)

- navázání důvěryhodného vztahu s pacientkou
- vytvoření příznivého a milého prostředí
- umožnění ventilace pocitů pacientky
- vysvětlení každé intervence, edukace související s výkonem a péčí
- v případě vystupňovaného strachu konzultace s lékařem
- podání premedikace dle ordinace anesteziologa

#### **Realizace**

31. 3. 2008 Ohledně operace a anestézie vedl rozhovor s pacientkou lékař. Při příjmu byla pacientka strohá na odpovědi, při podrobnějším rozhovoru se pacientka rozmluvila. Mluvila o svém strachu a předešlých zkušenostech. Při příjmu jsem provedla pacientku po oddělení, edukovala jsem jí o průběhu péče jak před operací tak po operaci. Pacientka vše poslouchala, otázky moc nekladla, ale zdála se být klidnější. Ve 22 hod. byl pacientce podán Hypnogen dle ordinace anesteziologa.

1. 4. 2008 V operační den v 6 hod. byl pacientce podán Oxazepam dle ordinace. Povzbudila jsem pacientku, že je dobře připravená a všechny potřebné informace jí podám včas. Při odjezdu na sál mi pacientka děkovala za mé informace. Byla klidná.

**Hodnocení** Strach pacientky z výkonu byl minimalizován.

**Ošetřovatelská diagnóza**    **Stresová inkontinence moči** v důsledku ochabnutí svalů pánevního dna, projevující se únikem moči při zvýšení nitrobřišního tlaku (při kašli a smíchu).

**Cíl ošetřovatelské péče**      Pacientka udrží moč i při zvýšení nitrobřišního tlaku.  
Pacientka nepocítuje diskomfort přes den.

**Ošetřovatelský plán** - psychická podpora pacientky  
- nabídnutí pomoci – vyhledání vhodných cviků a materiálů týkající se inkontinence moči  
- zajištění pomůcek pro inkontinentní – pacientka jich má dostatek  
- doporučit cca 2 hod. před spánkem omezení tekutin

### **Realizace**

31. 3. 2008 S pacientkou jsme pohovořily o možnosti cvičení, nějaké cviky zná, ale uvítala i nové. Přiznala se mi, že již dlouho necvičila a slíbila, že až se uzdraví, opět začne. Je to dlouhodobý problém, který jí velice obtěžuje. Bojí se, aby nikdo nepoznal, že má tento problém. O hygienu dbá dostatečně. Pomůcky pro inkontinentní používá.

**Hodnocení**    Tímto problémem trpí pacientka dlouhodobě, proto jsme o něm pohovořily a probraly možnosti řešení.

**Ošetřovatelská diagnóza**    **Zhoršená průchodnost dýchacích cest** v důsledku útlaku trachey strumou a zvýšenou hmotností, projevující se dušností při námaze.

**Cíl ošetřovatelské péče**      Pacientka nepocítuje dušnost.

**Ošetřovatelský plán** - psychická podpora pacientky při dušnosti  
- vyvarovat se zvýšené námaze  
- dbát na správné odkašlávání – hluboké dýchání  
- zajištění oxygenoterapie a edukace pacientky  
- kontrola fyziologických funkcí – frekvence dechu a saturace O<sub>2</sub>  
- kontrola správné polohy (Fowlerova poloha)

## **Realizace**

31. 3. 2008 Při anamnestickém rozhovoru, který jsem sepisovala s pacientkou hned po příchodu na oddělení, byla paní M. trochu zadýchaná. Po několika minutách se dýchání pacientky zlepšilo při tělesném klidu. Po zbytek dne se již dušnost neobjevila.

1. 4. 2008 Před výkonem pacientka pobývala v lůžku, proto její dýchání bylo v pořádku. Po výkonu měla u lůžka nebulizátor, který jí zvlhčoval vdechovaný vzduch a tím nepociťovala dráždění ke kašli a pocit suchosti. Vykašlávala bez obtíží. Dušnost neudávala, fyziologické funkce byly v normě.

2. 4. – 4. 4. 2008 Pacientka byla v nemocnici v klidu, žádnou těžší aktivitu nevykonávala, proto dýchala bez obtíží. Při běžném chození neměla s dušností problémy.

**Hodnocení** Pacientka po dobu hospitalizace nebyla dušná. Cíl splněn.

**Ošetrovatelská diagnóza** **Ztížené polykání** v důsledku útlaku jícnu strumou, projevující se stížnostmi na váznutí sousta.

**Cíl ošetrovatelské péče** Pacientka nemá obtíže při polykání.

**Ošetrovatelský plán**

- před výkonem a bezprostředně po něm zajistit mletou stravu
- druhý pooperační den zkusit stravu nemletou
- zajistit dostatek tekutin při jídle
- zajistit klid a dostatek času na stravování
- doporučení lehké nedráždivé stravy a správné životosprávy s ohledem na onemocnění

## **Realizace**

31. 3. 2008 Pacientka již ví, které potraviny jí nedělají obtíže, tak svůj jídelníček tomu přizpůsobila. Při jídle nekašle, jí pomalu a zapíjí dostatkem tekutin. Na příjem stravy potřebuje klid a dostatek času, což jsme respektovali. Má občasný pocit váznutí sousta, které po zapití tekutinou vymizí. Doufá, že po výkonu bude polykat bez obtíží a bude moci svůj jídelníček rozšířit.

1. 4. 2008 Z důvodu operačního výkonu dnes pacientka nepřijímá žádnou stravu. Od 18 hod. pacientka může začít pít. S příjmem tekutin nemá obtíže, polykání je bez problémů.

2. 4. 2008 Pacientka opět může přijímat stravu, byla jí objednána mletá diabetická dieta. Při snídani a obědě občas pociťuje váznutí sousta, které může být způsobeno pooperačním edémem. Při ruce má sklenici s vodou. Večeřela již bez nepříjemných pocitů.

3. 4. – 4. 4. 2008 Od druhého pooperačního dne jedla již normální stravu, kterou tolerovala dobře a s úspěchem operace byla spokojena. Ví, že se to bude ještě zlepšovat, až ustoupí úplně pooperační otok.

**Hodnocení** Pacientka cítila v pooperačním období ústup potíží. Cíl splněn.

**Ošetřovatelská diagnóza** **Snížení objemu tělesných tekutin** z důvodu jejich nízkého příjmu, projevující se suchou kůží a suchými rty.

**Cíl ošetřovatelské péče** Pacientka je dostatečně hydratovaná.  
Pacientka ví o významu pitného režimu.  
Pacientka přijímá alespoň 2000 ml tekutin za den.

**Ošetřovatelský plán** - edukace o nutnosti pitného režimu  
- doporučení vhodných tekutin  
- zajistit dostatek tekutin u lůžka  
- kontrola pitného režimu a aktivní pobízení pacientky (á 2 hod.)  
- kontrola příznaků dehydratace

### **Realizace**

31. 3. 2008 Edukovala jsem pacientku o významu pitného režimu, pochopila nutnost zvýšení příjmu tekutin. Často jí pobolívá hlava a sama udává příčinu nedostatek tekutin. Pacientka se aktivně zapojila do řešení problému. Tekutiny měla u lůžka a uvařila si ovocný čaj, vypila cca 1800 ml.

1. 4. 2008 Nemocná věděla, že nesmí přijímat tekutiny per os, proto jí byly tekutiny doplňovány intravenózně v dostatečném množství. Mohla se napít v 18 hod., dále pila po malých doušcích bez obtíží.

2. 4. – 4. 4. 2008 Pani M. zvýšila příjem tekutin na cca 2000 ml. Pila minerální vodu a ovocný čaj. Slíbila, že bude pokračovat i nadále v domácím prostředí.

**Hodnocení:** Pacientka přijímala dostatečné množství tekutin. Cíl splněn.

**Ošetřovatelská diagnóza**    **Nedostatek informací** související s hospitalizací a operačním výkonem, projevující se strachem.

**Cíl ošetřovatelské péče**    Pacientka má dostatek informací.

**Ošetřovatelský plán** - psychická podpora pacientky

- edukace pacientky (viz edukační plán)
- zodpovězení všech pacientčinych otázek
- milé a vstřícné vystupování

#### **Realizace**

31. 3. 2008 Ohledně operace a anestézie vedl rozhovor s pacientkou lékař (ošetřující lékař a anesteziolog). Edukovala jsem pacientku o chodu na oddělení, o předoperační přípravě a pooperační péči. Pacientka vše vyslechla, mnoho doplňujících otázek neměla. Náš režim na oddělení dodržovala. Pacientka dobře spolupracovala.

**Hodnocení**    Pacientka měla dostatek informací ohledně celé hospitalizace. Cíl splněn.

**Ošetřovatelská diagnóza**    **Obezita** z důvodu špatných stravovacích návyků a onemocnění, projevující se zvýšenou tělesnou hmotností.

**Cíl ošetřovatelské péče**    Pacientka zná zásady správné životosprávy.

**Ošetřovatelský plán** - edukace pacientky o správné výživě

- doporučení a vyhledání vhodné aktivity pro pacientku
- opět zdůraznit význam pitného režimu

#### **Realizace**

31. 3. 2008 Pacientka není se svou vahou spokojena. Zaměstnání má sedavé, její veškerá aktivity jsou procházky s jejím psem, které také nejsou moc dlouhé. Edukovala jsem nemocnou o nutnosti zařazení ovoce a zeleniny do jejího jídelníčku a o důležitosti vlákniny v potravě. Dále jsem pacientce doporučila vyřazení sladkostí a „rychlých - instantních jídel“. Opět jsem zdůraznila dostatečný pitný režim. Nemocná poprosí svojí snachu o pomoc v řešení tohoto problému, její příbuzná pracuje s internetem, kde jsou dostupné vhodné recepty a rady. Paní M.

se pokusí volit pro procházky delší trasy. Bydlí ve druhém poschodí, pokud nebude mít dechové obtíže, bude využívat schodiště místo výtahu. Nemocná se rozhodla, že se pokusí se svou hmotností něco udělat.

**Hodnocení** Pacientka se aktivně zapojila do řešení tohoto problému a bude v něm pokračovat i za pomoci své rodiny. Důležitost správného životního stylu chápe.

**Ošetrovatelská diagnóza** **Akutní bolest** v důsledku operačního výkonu, projevující se verbalizací problému a bolestivou grimasou.

**Cíl ošetrovatelské péče** Pacientka cítí úlevu po podání analgetika.  
Pacientka je bez bolesti.

**Ošetrovatelský plán** - aktivně vyhledávat projevy bolesti

- sledovat a hodnotit bolest
- edukace pacientky o zvládání bolesti
- edukace o možnostech analgezie
- doporučení zvýšené polohy na lůžku
- plnění ordinací lékaře (dle potřeby pacientky)
- zajistit pohodlí pacientky během dne i noci
- šetrné provádění převazů rány
- psychická podpora pacientky

### **Realizace**

31. 3. 2008 Pacientka mi sdělila, že se zvládáním bolesti nemá obtíže. Seznámila jsem jí s hodnotící škálou VAS 0 – 10 a s možností podání analgetik. Pacientka ví, že si má říci o analgetikum, aby se bolest nestala nesnesitelnou. Vysvětlila jsem pacientce jak vstávat z lůžka, aby bolest byla minimální.

1. 4. 2008 U pacientky jsem aktivně vyhledávala nonverbální projevy a kladla otázky na bolest. V hodnocení spolupracovala. Nultý operační den měla pacientka bolesti lokalizovány v ráně maximálně VAS 6, po podání analgetika bolest polevila na VAS 2. Pacientka měla zvednuté záhlaví lůžka a byla znovu edukována o správném vstávání – přidržení hlavy při vstávání, které odlehčí krční svaly. Pacientka spávala a bolest snášela dobře.

2. 4. 2008 První pooperační den měla pacientka maximální bolest VAS 4, která po podání analgetika úplně vymizela (VAS 0). Analgetikum žádala dvakrát. Převezky jsme prováděli šetrně.
3. 4. – 4. 4. 2008 Od druhého pooperačního dne pacientka neměla žádné bolesti, analgetika již nepotřebovala.

**Hodnocení** Pacientka měla přiměřené bolesti v operační ráně, které ustoupily po podání analgetik. Od druhého pooperačního dne byla pacientka bez bolesti. Cíl splněn.

**Ošetřovatelská diagnóza** **Porucha integrity kůže** z důvodu operačního výkonu, projevující se operační ránou s Redonovým drénem.

**Cíl ošetřovatelské péče** Pacientce se hojí rána per primam.  
Pacientka spolupracuje v péči o ránu.

**Ošetřovatelský plán** - provádět převezky asepticky, kontrolovat ránu a Redonův drén (1x denně)

- udržovat ránu a její okolí čisté
- informovat pacientku o stavu rány
- edukace o ošetřování rány nyní i v domácím léčení
- kontrolovat celkový stav pacientky – celkové příznaky infekce
- upozornit pacientku na možné komplikace

### **Realizace**

1. 4. 2008 Rána na krku byla ošetřena na operačním sále sterilním krytím. Během dne jsme kontrolovali obvaz z hlediska prosakování (obvaz za celý den neprosákl). Pacientce byl zaveden do operační rány Redonův drén, který odváděl krvavý sekret v malém množství.
2. 4. 2008 Při ranní vizitě v 7:15 jsme provedli toaletu rány 3% peroxidem vodíku a opět přelepili sterilním krytím. Rána byla klidná, nekrvácela, okolí bylo mírně edematózní. Také jsme zkontrolovali Redonův drén, který odvedl od výkonu 42 ml krvavého sekretu.
3. 4. 2008 Při ranní vizitě v 7:20 byla provedena toaleta rány 3% peroxidem vodíku a opět byla přelepena sterilním krytím. Rána byla klidná, nekrvácela, okolí bylo mírně edematózní. Byl odstraněn Redonův drén, který obsahoval 48 ml krvavého sekretu.
4. 4. 2008 Při ranní vizitě v 7:10 jsme provedli toaletu rány 3% peroxidem vodíku, rána byla klidná, nekrvácela a okolí bylo též klidné. Místo po odstraněném Redonovu drénu bylo již



zacelené. Ránu jsme ponechali volně bez krytí. Edukovala jsem pacientku v péči o ránu v domácím prostředí (viz edukační plán).

**Hodnocení** Pacientka spolupracovala v péči o ránu. Okolí rány bylo zprvu mírně edematózní, což je běžné, postupně se otok vstřebával. Pacientka měla normální teplotu, ani jiné známky celkové infekce se nevyskytly. V nemocnici jsem nezjistila žádné komplikace, rána se hojila per primam. Cíl splněn.

**Ošetrovatelská diagnóza** **Riziko vzniku infekce a komplikací** v důsledku operační rány, zavedeného drénu a PŽK.

**Cíl ošetrovatelské péče** Pacientka nemá známky infekce.

**Ošetrovatelský plán** - edukace pacientky o možných komplikacích

- edukace pacientky o nutnosti opatrného pohybu s končetinou
- edukace pacientky o následující péči po operaci
- sledovat známky zánětu – místní i celkové
- aseptické podání infúzních roztoků dle ordinace lékaře
- kontrola PŽK – průchodnosti a stavu okolí, převaz při znečištění (krytí Veca C může být přiloženo po celou dobu zavedení PŽK pokud není znečištěno, tzn. 5 až 6 dní - dle standardu FN Motol)
- péče o ránu a její sledování viz předchozí ošetrovatelská diagnóza

### **Realizace**

1. 4. 2008 Operační rána byla ošetřena sterilním krytím, které neprosakovalo. PŽK v levé horní končetině byl průchodný, aplikovali jsme infúzní terapii dle ordinace aseptickým způsobem. Vysvětlila jsem pacientce nutnosti opatrného pohybu s končetinou. Ptala jsem se na bolestivost a pálení v místě vpichu, všechny negativní pocity nejuje.

2. 4. 2008 Při převazu jsme zkontrolovali ránu, která byla bez známek infekce. V 8 hod. jsem převázala PŽK, dezinfikovala jsem Gutaseptem a kryla náplastí Veca C. Okolí katétru bylo klidné bez zarudnutí. Paní M. se cítila slušně, žádné známky zánětu nebyly patrné.

3. 4. 2008 Rána byla bez komplikací. Pacientka udávala bolestivost v místě zavedení PŽK, okolí vpichu bylo mírně zarudlé, proto jsem katétr odstranila. Pro lepší hojení jsem aplikovala Heparoid ungentum na postižené místo.

4. 4. 2008 Rána byla opět klidná, proto jsme ji ponechali bez krytí. Místo po zavedení PŽK bylo již nebolestivé a zarudnutí též vymizelo.

**Hodnocení** Pacientka neměla známky místní ani celkové infekce. Cíl splněn.

**Ošetřovatelská diagnóza** **Riziko vzniku parestezie** v důsledku odstranění celé štítné žlázy.

**Cíl ošetřovatelské péče** Pacientka nepocítuje parestezie.

Pacientka včas hlásí vzniklé parestezie.

**Ošetřovatelský plán:**

- na základě poskytnutých informací od lékaře, zjistit jak pacientka tomuto problému rozumí
- plnění ordinace lékaře – podávání léků a provedení krevních odběrů
- doporučení vhodných potravin – mléčných výrobků
- sledování stavu pacientky

### **Realizace**

2. 4. 2008 Ráno v 6 hod. byla paní M. odebrána krev pro kontrolu hladiny Ca a P. Při příchodu z jednotky intenzivní péče jsem edukovala pacientku o možnosti vzniku parestezií (brnění, mravenčení v konečkách prstů, okolo úst, mohou přejít v křeče rukou) vzhledem k odstranění celé štítné žlázy. Doporučila jsem pacientce zvýšený příjem mléčných výrobků z důvodu snížené hladiny Ca v krvi. Mléčné výrobky si zajistila ve spolupráci s rodinou. Lékař pacientce naordinoval Ca eff. a Tachystin gtt., které jsem pacientce podávala třikrát denně. Pacientka byla bez obtíží.

3. 4. 2008 Ráno byla opět nemocné odebrána krev na kontrolní vyšetření. Ptala jsem se na přítomnost parestezií. Paní M. měla k dispozici jogurty a léky na zvýšení hladiny Ca, které užívala třikrát denně.

4. 4. 2008 Dnes byl opět proveden krevní odběr. Pacientka parestezie neudávala a krevní hladina Ca byla v normě. Pacientka byla dnes propuštěna a poučena o stravě.

**Hodnocení** Pacientka neudávala po dobu hospitalizace parestezie i přes nižší hladinu Ca v krvi. Cíl splněn.

**Ošetrovatelská diagnóza** Riziko vzniku nauzey a zvracení jako komplikace celkové anestézie.

**Cíl ošetrovatelské péče** Pacientka nepocití uje nauzeu ani zvracení.

**Ošetrovatelský plán** - upozornit na vznik nauzey a zvracení

- kontrola stavu pacientky
- plnění ordinací lékaře
- pomalý příjem tekutin po výkonu

### **Realizace**

31. 3. 2008 O možných komplikacích anestézie mluvil s pacientkou anesteziolog. Pacientka má z anestézie strach z důvodu předchozích pooperačních nevolností, proto předpokládá, že se to bude opakovat. Řekla jsem pacientce, aby všechny své obtíže hlásila zavčas, neboť je možné předepsat léky, které nauzeu a zvracení tlumí.

1. 4. 2008 Pacientka po anestézii žádné nepříjemné pocity neměla. Když se poprvé napila, cítila mírnou nazeu, která po chvilce přešla. Doporučovali jsme pacientce pít po malých doušcích. Dále nazeu ani zvracení neměla, proto předepsaný lék (Torecan) nevyužila. Cítila se lépe než po předešlých celkových anestéziích.

2. 4. – 4. 4. 2008 Pacientka byla bez obtíží.

**Hodnocení** Pacientka měla pouze nauzeu po prvním napití, dále žádné obtíže neměla.

## 4. Edukace

### Téma 1: Příprava před operačním výkonem

**Doba trvání:** 15 - 30 minut

**Cíl:** Seznámení pacientky s předoperační přípravou, prevencí TEN, medikací a pooperační péčí. Psychoprofylaxe v předoperačním období.

**Metody:** Rozhovor, výklad

**Sbírání informací:** Zjistit, jaké má pacientka předchozí zkušenosti s hospitalizací, operačními výkony, celkovou anestézií

(Pacientka má za sebou již čtyři operace. S hospitalizací nemá moc dobré zkušenosti. Operačního výkonu a celkové anestézie se obává).

**Zhodnocení situace, naplánování:** Najít správnou formu komunikace s touto pacientkou, individuální přístup, zvolit správný slovník, aby vše pochopila. Mít čas a klidné prostředí, eliminovat rušivé elementy. Mít vše co potřebuji – dokumentaci pacientky + edukační záznam, léky dle ordinace ošetřujícího lékaře či anesteziologa, kompresivní elastické punčochy, operační program. Během dne domluvíme s pacientkou, kdy jí všechny potřebné informace podám (stanovená konzultace na 17 hod.).

**Realizace:** Rozhovor s pacientkou o předoperační přípravě, vysvětlení jednotlivých kroků, význam prevence TEN, vysvětlení užití léků, dle operačního plánu informovat o jejím pořadí na operačním sále, jak bude vše probíhat před a po operaci.

„ Paní M. zítra jdete na operaci štítné žlázy – odstranění. Do operačního plánu jste zařazená jako druhá v pořadí. To znamená mezi 9:30 až 10:30. Váš operatér bude as. XXX.“

„ Před večer vám donesu lék, asi tak 15 – 30 min. před spaním. Abyste se na zítřejší výkon dobře vyspala. Tu můžete zapít libovolným množstvím vody nebo čaje.“

„ Důležité je abyste od půlnoci byla lačná, tedy nejzte, nepijte a nekuřte“.

„ Ráno Vás v šest hodin vzbudím. Změříme tělesnou teplotu, krevní tlak a puls. Dostanete ode mě injekci do podkoží břicha nebo horní končetiny, jako prevenci embolie a

znova Vám dám tabletu na uklidnění, kterou můžete zapít malým množstvím obyčejné vody či neslazeného čaje.“

„Dále je na našem oddělení ve zvyku ranní sprcha před operací, tak vás také poprosím, abyste se šla osprchovat. Když se vrátíte ze sprchy na lůžko, položte se tak, aby byly Vaše dolní končetiny ve vodorovné poloze, nebo je můžete dát do zvýšené polohy na pelest lůžka. Asi po deseti minutách si natáhnete na lůžku elastické punčochy, které máte na stolečku.“

„Musím Vás také upozornit, že na operační sál musíte sundat šperky, nesmíte mít nalakované nehty, nesmíte být nalíčená, bez brýlí a pokud máte zubní protézu tak je nutné jí také vyndat.“

„Jelikož jdete na operaci se štítnou žlázou, je u nás zvykem, že po výkonu budete přeložena na jednotku intenzivní péče. Je potřeba, abyste si zabalila nejnnutnější věci, které si myslíte, že budete potřebovat přes noc, kterou strávíte na JIPu. To znamená – hygienické potřeby, mobilní telefon, knížku, brýle, zítra tam přibalíme ještě Vaši noční košili a přezůvky. Druhý den se budete vracet zpět k nám, na stejné lůžko. Ostatní věci si můžete nechat zamčené ve své skříni a klíče si přibalit do tašky na JIP.“

„To je ode mě vše. Víím, že je to moc informací najednou. Dnes je pro Vás důležité vzít si tabletku před spaním a od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit. Ostatní Vám opět ráno připomenu. Pokud máte nějaké dotazy, ráda vše zodpovím. Pokud byste si na cokoli vzpomněla i během večera, nebojte se a přijďte se nás zeptat na sesternu.“

### **Hodnocení:**

Pacientka mě vyslechla, během rozhovoru neměla žádné otázky. Vše pochopila, léky dle ordinace užila, před spaním i ráno. Ráno provedla hygienu a navlékla si elastické punčochy, stále jsem se jí ptala, zda všemu rozumí a jestli nepotřebuje pomoci.

V 7 hod. byla pacientka připravena a odpočívala v lůžku. Věděla, že se může na cokoli zeptat. Její strach byl mírnější. Byla překvapena, že se jí tolik věnujeme a že jí vše vysvětlujeme, předchozí zkušenosti takové nebyly.

## **Téma 2: Edukace o režimu po propuštění**

**Doba trvání:** 15 minut

**Cíl:** Seznámení pacientky s péčí o ránu v domácím prostředí, kontroly u lékaře, výživa

**Metody:** Rozhovor, výklad

**Sbírání informací:** Zjistit, jaké má pacientka zkušenosti v péči o ránu (pacientka se umí starat o ránu, protože není na operaci poprvé, ale raději si znova vyslechne, jak o ránu pečovat)

**Zhodnocení situace, naplánování:** Opět najít správnou formu komunikace, aby pacientka všemu porozuměla. Rozhovor proběhl před propuštěním pacientky mezi 9 – 10 hod.

**Realizace:** Rozhovor s pacientkou o ošetřování rány a domácím režimu po propuštění z nemocnice. Sdělení plánovaných kontrol u lékaře.

„Paní M., ránu máte již volně. Do vyndání stehu - 8. 4. 2008, které proběhne na naší ambulanci nebo na vaší spádové chirurgii, ránu nesprchujte. Po vyndání stehu můžete ránu sprchovat vodou. Neměla by se dlouho máčet.“

„Máte na ráně stroupky, to není nic neobvyklého, nesloupávejte je a čekejte, až se odloučí samy. Okolí rány můžete začít masírovat již nyní, směrem k ráně ze spodu i ze shora, aby se uvolňovala kůže a jizva se nenapínala. Až bude rána bez stroupků, můžete ji masírovat i přes - krouživými pohyby a ránu stlačovat. Můžete použít vyškvařené nesolené sádlo, měsíčkovou indulónu nebo jakýkoliv mastný krém, který Vám v lékárně doporučí.“

„Prozatím byste neměla dělat prudké pohyby hlavou a nezvedat nic těžkého, doma ještě dodržovat klidový režim. Pokud půjdete ven, chraňte jizvu před sluncem 3 – 4 měsíce. Pokud by se vyskytly nějaké komplikace, vyhledejte lékaře.“

„Na kontrolu a pro výsledek histologie dorazíte za dva týdny, s výsledkem histologie se objednáte ke svému endokrinologovi, který vám nasadí potřebnou léčbu – substituční. Do té doby neužívejte Euthyrox, který jste brala před výkonem a vyvarujte se potravin s obsahem jódu.“

## **Hodnocení:**

Pacientka mě vyslechla, naznačila na sobě, jak bude masírovat ránu. Převzala propouštěcí zprávu a byla propuštěna. Doufám, že moje edukace byla ku prospěchu pacientky a že mých rad využije a rána se zhojí bez komplikací.

## **5. Závěr a prognóza**

S paní M. jsem se seznámila 31. 3. 2008 na oddělení otorhinolaringologie, kam byla přijata k plánovanému výkonu odstranění celé štítné žlázy.

Pacientka byla zprvu velice odtažitá, strohá na odpovědi a bylo vidět, že v neznámém prostředí se necítí dobře. Nejprve jsem s ní vyplnila ošetřovatelskou anamnézu FN Motol. Na větší rozhovor – vstupní ošetřovatelský záznam jsme se domluvili na odpolední hodinu, kdy již bude zabydlená a zvykne si na zdejší prostředí. K pacientce jsem přistupovala mile, trpělivě, vše jsem jí vysvětlovala a ukazovala, což ocenila. Neměla z dřívějších hospitalizací dobrou zkušenost, byla překvapená, jak jí vše vysvětlujeme.

Ze vstupního záznamu, který pacientka se mnou vyplnila, vyplynuly ošetřovatelské problémy, které jsme se snažily spolu řešit. I když paní M. byla uzavřená, spíše introvertní a psychicky labilnější, získala jsem si její důvěru a svěřila se mi se svými problémy. Pacientka dobře spolupracovala a práce s ní mě těšila.

Doufám, že mé rady byly nemocné ku prospěchu. Myslím, že i v domácím ošetřování bude pacientka pokračovat v řešení svých problémů.

## **D. POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA**

### **ZDROJE**

1. Rozhovor
2. Pozorování
3. Dokumentace
4. Personál oddělení

### **LITERATURA**

5. ASTL, J. Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy, Praha: Maxdorf, 2007. 204 s.  
ISBN 978 – 80 – 7345 – 000 – 7
6. BLEHA, O. Štítná žláza, Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956. 200 s.
7. BOROEVANSKÝ, L. Anatomie, Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1962. 192 s.
8. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry, Praha: Grada publishing, 2001. 568 s.  
ISBN 80 – 247 – 0242 - 8
9. STAŇKOVÁ, M. České ošetrovatelství 6 – Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 55 s.  
ISBN 80 – 7013 – 323 - 6
10. ŠVIHOVEC, J. a kolektiv Pharmindex kompendium, Praha: vydavatelství MediMedia ve spolupráci s Inpharmex spol s r.o., 1995. 1179 s.  
ISBN 80 – 901781 – 2 - X
11. ROKYTA, R. Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech, Praha: ISV nakladatelství, 2000. 359 s.  
ISBN 80 – 85866 – 45 - 5



## **PŘÍLOHY**

- č. 1 Laboratorní výsledky
- č. 2 Fyziologické funkce po výkon 1. 4. 2008
- č. 3 Farmaka
- č. 4 Operační protokol
- č. 5 Vstupní dotazník
- č. 6 Ošetřovatelská anamnéza FN Motol
- č. 7 Záznam o sledování bolesti
- č. 8 Edukační plán FN Motol