

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

U PACIENTŮ PO OPERACI

ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Bakalářská práce

Autor: Kristýna Vágnerová

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kusínová

Jihlava 2018



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Kristýna Vágnerová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy
Cíl práce:	Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy.

Mgr. Veronika Kusínová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy“ se snaží zmapovat specifickou ošetrovatelskou péči a specifické potřeby pacientů po operaci štítné žlázy. Práce je rozdělena na dvě části.

V první části, v současném stavu problematiky, je popsána anatomie a fyziologie štítné žlázy, onemocnění vyskytující se na štítné žláze, dále diagnostika a chirurgická léčba. Nedílnou součástí je i zmapování ošetrovatelských procesů po operačním výkonu na štítné žláze a prevence komplikací.

Ve druhé, výzkumné části, jsou prezentovány výsledky kvantitativního výzkumu. Potřebné informace jsem získala z dotazníkového šetření, které probíhalo online. Výzkumná část je zaměřena na specifickou ošetrovatelskou péči a zmapování nejčastějších ošetrovatelských problémů u pacientů po operaci štítné žlázy. Zaměřuje se také na přístup a podávání informací pacientům ze strany všeobecných sester a především na omezení, která přinese pacientům operace štítné žlázy.

Klíčová slova

chirurgická léčba, komplikace po chirurgickém zákroku na štítné žláze, ošetrovatelská pooperační péče, předoperační příprava, štítná žláza

Abstract

This thesis called “The Specifics of Nursing Care in Patients after the Thyroid Surgery” tries to map the specific nursing care and the specific needs of patients after the thyroid surgery. The thesis is divided into two parts.

In the first part, dealing with the current state of the issue, there are described anatomy and physiology of the thyroid gland, diseases connected with the thyroid gland, diagnostics and a surgical treatment. The mapping of nursing processes after the thyroid surgery and prevention of complications is an inseparable part.

The second part is research and the results of a quantitative research are presented here. Necessary information was obtained from a questionnaire, which was online. The research part is focused on the specific nursing care and on mapping the most common nursing problems in patients after the thyroid surgery. It also focuses on access and providing information to patients by general nurses, and mainly also on the limitations that causes the thyroid surgery to patients.

Keywords

surgical treatment, complications following thyroid gland surgery, nursing postoperative care, preoperative preparation, thyroid gland

Poděkování

Velice děkuji paní Mgr. Veronice Kusínové za odborné vedení, podporu, za vlídné a vstřícné jednání, trpělivost a její cenné rady, které mi věnovala při vedení této bakalářské práce. Velké poděkování patří také všem respondentům, kteří si našli čas k vyplnění dotazníku.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená závěrečná práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých parametrů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním závěrečné práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou závěrečnou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé závěrečné práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé závěrečné práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše) z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

1	Současný stav problematiky	12
1.1	Historie chirurgie štítné žlázy	12
1.2	Anatomie a fyziologie štítné žlázy	13
1.3	Jod a metabolismus jodu	14
1.3.1	Následky jodového deficit	14
1.4	Hormony štítné žlázy	15
1.5	Výskyt a druhy onemocnění štítné žlázy	16
1.5.1	Struma	17
1.5.2	Záněty štítné žlázy	17
1.5.3	Hypotyreóza	18
1.5.4	Hypertyreóza	19
1.5.5	Nádory	20
1.5.6	Úrazy štítné žlázy	22
1.6	Příštítná tělíska	22
1.7	Diagnostika	23
1.7.1	Anamnéza	23
1.7.2	Fyzikální vyšetření	23
1.7.3	Laboratorní vyšetření	24
1.7.4	Sonografie krku	24
1.7.5	Scintigrafie	24
1.7.6	Počítačová tomografie (CT)	25
1.7.7	Nukleární magnetická rezonance (NMR)	25
1.7.8	Rentgenologické vyšetření (RTG)	25
1.7.9	Angiografie	25
1.7.10	Pozitronová emisní tomografie (PET)	26
1.7.11	Tenkojehlová biopsie	26

1.8	Léčba onemocnění štítné žlázy	26
1.9	Chirurgická léčba	26
1.9.1	Typy chirurgických výkonů na štítné žláze	27
1.10	Předoperační příprava a ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním štítné žlázy	28
1.10.1	Příprava pacienta k operačnímu výkonu na štítné žláze	29
1.11	Pooperační období a specifika ošetrovatelské péče po operaci štítné žlázy.	29
1.11.1	Překlad pacienta	30
1.11.2	Monitorování po operaci	30
1.11.3	Kontrola bolesti, aplikace analgetik	30
1.11.4	Péče o operační ránu a drény	30
1.11.5	Péče o vyprazdňování a výživu	31
1.12	Specifické komplikace po operaci štítné žlázy a činnosti sestry	31
1.12.1	Poranění nervus laryngeus recurrens	31
1.12.2	Hypokalcemie	32
1.12.3	Pooperační krvácení	32
1.12.4	Tyreotoxická krize	33
1.12.5	Chylózní píštěl	33
1.12.6	Poruchy hojení operační rány	33
1.12.7	Pneumotorax	34
1.13	Nespecifické komplikace	34
1.14	Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA-I	35
1.15	Psychosociální aspekty péče o nemocného	35
1.16	Plánování propuštění, edukace pacienta	35
2	Výzkumná část	37
2.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	37
2.1.1	Cíl výzkumu	37

2.1.2	Výzkumné otázky	37
2.2	Metodika výzkumu.....	37
2.3	Charakteristika vzorku respondentů výzkumného prostředí.....	38
2.4	Průběh výzkumu.....	39
2.5	Zpracování získaných dat.....	39
2.6	Výsledky výzkumu.....	39
2.6.1	Složení respondentů dle pohlaví	40
2.6.2	Složení respondentů dle věku	41
2.6.3	Složení respondentů dle vzdělání	42
2.6.4	Složení respondentů dle oddělení	43
2.6.5	Složení respondentů dle délky praxe ve zdravotnictví	44
2.6.6	Složení respondentů dle délky praxe na současném oddělení	45
2.6.7	Četnost výskytu pacientů	46
2.6.8	Nejčastější indikace k operaci štítné žlázy	47
2.6.9	Druh operačního výkonu na štítné žláze.....	48
2.6.10	Poloha pacienta po operaci štítné žlázy	49
2.6.11	Rozdíl ošetrovatelské péče po operaci štítné žlázy.....	50
2.6.12	Náročnost ošetrovatelské péče po operaci štítné žlázy	51
2.6.13	Výskyt pooperačních komplikací po operaci štítné žlázy	52
2.6.14	Komplikace	53
2.6.15	Nejčastější komplikace po operaci štítné žlázy	54
2.6.16	Informovanost pacientů o komplikacích po operaci štítné žlázy.....	55
2.6.17	Postup sestry při vzniku komplikací po operaci štítné žlázy	56
2.6.18	Prevence komplikací po operaci štítné žlázy	57
2.6.19	Ošetrovatelské intervence	58
2.6.20	Nejdůležitější ošetrovatelské intervence po operaci štítné žlázy.....	59
2.6.21	Informování pacientů o pooperační péči po operaci štítné žlázy.....	60

2.6.22	Psychická nepohoda u pacientů po operaci štítné žlázy	61
2.6.23	Projevy psychické nepohody	62
2.6.24	Příčina psychické nepohody	63
2.6.25	Ošetrovatelské problémy u pacientů po operaci štítné žlázy	64
2.6.26	Nejčastější dotazy	65
2.6.27	Edukace v péči o jizvu u pacientů po operaci štítné žlázy.....	66
2.6.28	Rekonvalescence u pacientů po operaci štítné žlázy	67
2.6.29	Lázeňská léčba u pacientů po operaci štítné žlázy	68
2.6.30	Informace o substituční léčbě u pacientů po operaci štítné žlázy.....	69
2.7	Diskuze.....	70
2.8	Návrh řešení a doporučení pro praxi	78
Závěr		81
Seznam použité literatury		83
Seznam grafů a tabulek.....		86
Seznam zkratk		87
Seznam příloh		90

Úvod

Onemocnění štítné žlázy je nejčastějším endokrinním onemocněním v naší i světové populaci. Na celém světě trpí onemocněním štítné žlázy až 300 miliónů lidí. V České republice trpí sníženou funkcí (hypotyreózou) 525 000 osob, zvýšenou funkcí (hypertyreózou) 105 000 osob a incidence se stále zvyšuje. Štítná žláza je důležitý orgán produkující hormony, které zasahují do všech metabolických dějů a ovlivňují ostatní orgány v těle. Správná funkce štítné žlázy je důležitá od nitroděložního vývoje až po pozdní věk. Ovlivňuje fyzické i psychické zdraví člověka (Jiskra, 2011; Vávrová, 2012).

Téma bakalářské práce jsem zvolila z důvodu, že onemocnění štítné žlázy ovlivňuje nejen můj život, ale i život lidí v mém okolí. Nejen onemocnění štítné žlázy, ale i chirurgické výkony na štítné žláze zaznamenávají vzestupnou tendenci. Mezi nejčastější indikace k chirurgickému zákroku na štítné žláze patří nádorové onemocnění a případy vážné tyreotoxikózy. Karcinomy štítné žlázy tvoří sedmý nejčastější tumor, u žen pátý nejčastější nádor. V roce 2015 bylo v České republice diagnostikováno 1 143 nových případů (Vlček, 2018).

Chirurgie štítné žlázy zaznamenává trend zvýšené radikality operačního výkonu a řadí se mezi nejobtížnější a nejriskantnější chirurgické výkony. Velice vážné mohou být komplikace, při kterých může dojít až k život ohrožujícímu stavu (Duda a kol., 2012).

I to je jeden z důvodů, proč jsem si vybrala toto téma. Chtěla jsem přiblížit a blíže se seznámit s problematikou daného tématu. Touto prací bych chtěla zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy.

Současný stav problematiky se zaměřuje na historii chirurgie štítné žlázy, anatomii a fyziologii, hormony štítné žlázy, druhy onemocnění štítné žlázy, diagnostiku a chirurgickou léčbu. Nedílnou součástí je i ošetrovatelská péče o pacienty po operaci štítné žlázy.

Ve druhé, výzkumné, části prezentuji výsledky kvantitativního výzkumu, který probíhal pomocí dotazníkového šetření. Smyslem mé práce je zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy.

1 Současný stav problematiky

1.1 Historie chirurgie štítné žlázy

Onemocnění štítné žlázy jsou známa více než 3 500 let. Záznamy o léčbě zvětšené štítné žlázy za použití mořských řas, jsou datovány již 2 000 let před našim letopočtem v čínské medicíně. První možnosti chirurgické léčby nacházíme v Ebersově papyru, který je datován do roku 1 500 př. n. l. a pochází z egyptských Théb. Chirurgické řešení štítné žlázy bylo považováno za velice rizikovou operaci. První prokazatelné doklady pocházejí z 5. století a popisují operaci štítné žlázy v Bagdádu. První úspěšná a doložená operace byla provedena až roku 1791 v Paříži, kterou provedl Pierre Joseph Desault. První úspěšnou totální tyreoidektomií provedl Johann Hedenus v roce 1811 (Astl, 2013).

Funkce orgánu štítné žlázy byla dlouho nepoznána. Galén se domníval, že štítná žláza je výchlipkou dýchacích cest. Mezi další domněnky patří i Bartholiniho teorie, že štítná žláza má ozdobný význam u žen. Funkce štítné žlázy zůstala nepoznána až do 19. století. Rozvoj chirurgické léčby štítné žlázy je již od počátku poznamenán kontroverzními názory. Tyto operace byly v polovině 18. století mezi lékaři považovány za život ohrožující kvůli mohutnému krvácení (Astl, 2013).

Novodobý rozvoj chirurgické léčby je spojen se jmény Theodora Billrotha a Theodora Kochera. Theodor Billroth v roce 1864 popisuje první operace štítné žlázy, ale jeho technika je spojována s vysokou mortalitou. Theodor Kocher je označován za „otce tyreoidální chirurgie“. Poprvé popisuje své výsledky z let 1872 – 1874, kdy jeho technika preparace a stavění krvácení vedou k významnému snížení mortality. Jeho práce se stala základem moderního pojetí operace štítné žlázy. V roce 1909 mu byla udělena Nobelova cena za práci na poli chirurgie štítné žlázy (Astl, 2013; Vávrová, 2012).

Léčba štítné žlázy prošla historickým vývojem léčebných postupů od konzervativních k chirurgickým a později k využití radioizotopů. V posledních dvaceti letech se výrazně rozvinula a zvýšila radikalita operačních výkonů, a to především díky diagnostice a následné substituční léčbě (Astl, 2013).

1.2 Anatomie a fyziologie štítné žlázy

Štítná žláza (glandula thyroidea) je uložena na přední straně krku pod štítnou chrupavkou (viz příloha č. 1). Je složena ze dvou laloků, lobus dexter et sinister. Laloky mají tvar trojboké pyramidy a přikládají se k boku trachey a hrtanu. Laloky jsou spojeny příčným můstkem tkáně. Můstek se jmenuje isthmus. Kraniálně může z oblasti isthmu odstupovat další lalok (lobus pyramidalis), který je různě dlouhý (Naňka, Elišková, 2015).

Po stranách štítné žlázy jsou čtyři přštítná tělíska (přštítné žlázy) – glandulae parathyreoideae, vždy dvě a dvě. Mají červenohnědou až oranžovou barvu. Jejich délka je cca 6 mm, šířka 3-4 mm, silná jsou 1-2 mm a každé váží asi 40 mg. Produkují parathormon (PTH), který se podílí na udržování stabilní hladiny kalcia v krvi (Šafránková, Nejdlá, 2015; Naňka, Elišková, 2015).

Naňka a Elišková (2015) uvádí hmotnost štítné žlázy 30-40 g a rozměry laloků přibližně 5-8 x 2-4 cm, isthmus cca 2×2 cm a 0,5 cm tlustý. Žláza má červenohnědou barvu a její povrch je nerovný. Astl (2013) uvádí u fyziologické štítné žlázy hmotnost 15-20 gramů a rozměry laloků nepřesahující 4-5 cm × 2,5-3 cm × 1-1,5 cm. Rozdíl ve velikosti a hmotnosti štítné žlázy může být ovlivněn její funkcí, pohlavím, věkem, geografickým prostředím (Astl, 2013).

Štítná žláza je uložena v úrovni obratlů C5 – Th1 před průdušnicí, kterou obemyká z přední a bočních stěn. Horní okraje laloků naléhají na prstencovou chrupavku a dolní okraj chrupavky štítné. Isthmus je přiložen na 2. až 4. prstenec trachey (Naňka, Elišková, 2015).

Štítná žláza je žláza s vnitřní sekrecí. Jedná se o velmi dobře prokrvený orgán. Žlázou proteče okolo 50-100 ml/min krve. Základní stavební jednotkou štítné žlázy je folikul (váček), vyplněný tekutinou (koloidem). Folikuly jsou tvořeny vrstvou epitelových buněk (tyreocytů), které pod přímým vlivem thyreotropního hormonu – TSH (hormon adenohypofýzy) tvoří hormony T3 (trijodtyronin) a T4 (tetrajodtyronin). Mezi tyreocyty jsou vmezeřeny buňky, které označujeme parafolikulární neboli C buňky. Ty produkují hormon kalcitonin. Na rozdíl od buněk ostatních tkání mají buňky štítné žlázy schopnost aktivně akumulovat (vyčytávat) jod. Tento mechanismus je realizován tzv. jodidovou pumpou (Astl, 2013; Šafránková, Nejdlá, 2015).

1.3 Jod a metabolismus jodu

Ve funkční štítné žláze je jodid 20-40× koncentrovanější než v krevní plazmě a je vázán v podobě tyreoglobulinu. Jod je základním prvkem potřebným k syntéze aktivních hormonů. Tyreoidální hormony obsahují 59-65 % jodu. Denní potřeba je 150-200 µg/den. Kritický pro vznik a růst strumy je uváděn příjem pod 50 µg/den (Astl, 2013).

Jod je přijímán potravou a po absorpci jodidu, je krví dopraven k bazální membráně tyreocytů. Při deficitu jodu se nejdříve snižuje intratyreoidální obsah jodu. Nedostatek se může začít projevovat zvětšením štítné žlázy, vznikem tzv. endemické strumy, poruchou růstu organismu, poruchami rozvoje intelektu aj. U novorozenců může mít nedostatek jodu za následek vznik stavu, který je označován jako kretenismus (Astl, 2013; Zamrazil, Čerovská, 2014).

1.3.1 Následky jodového deficitu

Nedostatek jodu v potravě ovlivňuje morfologii štítné žlázy i její funkci. V oblastech s nedostatkem jodu a důsledkem hypotyreózy, byl zaznamenán výskyt tzv. endemického kretenismu. Kretenismus je spojován s typickým výrazem v obličeji, s projevy hypotyreózy, nálezem strumy, poruchou celkového somatického vývoje, mentálním postižením a poruchou sluchu. V různém věku je projev nedostatku jodu rozdílný. Nedostatek jodu v období intrauterinního vývoje se projeví možným potratem, vznikem vrozených vývojových vad, kretenismem. U novorozenců vzniká struma, hypotyreóza, zpožděný somatický a psychomotorický vývoj. V dětském věku a u dospívajících je důsledkem zpožděný mentální a somatický vývoj, nedostatečný vývoj intelektu a inteligence, vznik strumy, hypotyreóza a nedoslýchavost. U dospělých vzniká struma, která je u některých spojena s mechanickým syndromem. Nedostatek jódu je rizikovým faktorem maligního bujení štítné žlázy (Astl, 2013; Vávrová, 2012; Zamrazil, Čerovská, 2014).

1.4 Hormony štítné žlázy

Ve štítné žláze se tvoří tři důležité hormony:

- ❖ T3 (trijodtyronin)
- ❖ T4 (tyroxin – tetrajodtyronin)
- ❖ kalcitonin.

Tvorba hormonů je řízena příjmem jodu a hormony hypotalamo-hypofyzárního systému (TSH), (viz příloha č. 1).

Tyreotropin

Řídící hormon tyreotropin (tyreostimulační hormon – TSH) je glykoprotein vylučovaný tyreotropními buňkami adenohypofýzy a je ovlivňován hormony hypotalamu, který uvolňuje hormon tyrotropin (TRH). TSH ovlivňuje tvorbu a sekreci hormonů štítné žlázy. Působením TSH jsou aktivovány folikulární buňky štítné žlázy, které vychytávají tyreoglobulin z folikulů a vytváří hormon tetrajodtyronin – T4 (hormon s obsahem čtyř atomů jodu v molekule, 95 %) a hormon trijodtyronin – (s obsahem tří atomů jodu v molekule, 5 %), (Rokyta, 2015; Šafránková, Nejedlá, 2015).

Hormony T3 a T4

Denní sekrece T4 se pohybuje okolo 80 µg a denní produkce T3 se pohybuje okolo 20-30 µg. Oba hormony mají podobné účinky a liší se jen svou dynamikou. I když je tyroxin – T4 známější, konečnou účinnou látkou je trijodtyronin – T3, na který se tyroxin ve tkáních metabolizuje. Jestliže není žádoucí vysoký metabolismus, T4 se metabolizuje na biologicky neaktivní formu T3 a čeká v záloze. Transport tyroxinu krví a tkáněmi je umožněn navázáním na bílkovinný přenašeč globulin, který se proto nazývá tyreoglobulin (Šafránková, Nejedlá, 2015; Astl, 2013).

Kalcitonin

Kalcitonin je hormon produkováný C buňkami (parafolikulárními buňkami) a podílí se na metabolismu vápníku. Hormon zvyšuje mineralizaci kostí, čímž snižuje hladinu kalcia v séru a snižuje reabsorpci kalcia v ledvinách. Normální hladina kalcitoninu je pod 150 pg/l. Kalcitonin snižuje hladinu vápníku v krvi (Astl, 2013).

Parathormon

Parathormon je antagonistou kalcitoninu a je tvořen v příštítných tělískách. Parathormon reguluje ionty vápníku a fosforu v krvi. Tvorba parathormonu je řízena zpětnou vazbou, podle hladiny kalcia v krvi. Nadprodukce parathormonu má za následek mobilizaci kalcia z kostí, uvolňuje kalcium do krve, což způsobuje řidnutí kostní tkáně. Vysoká hladina kalcia v krvi vede k vápenným usazeninám v orgánech (Naňka, Elišková, 2015; Šafránková, Nejedlá, 2015). Parathormon snižuje hladinu fosforu v krvi, snižuje zpětné vstřebávání fosfátů, které se vylučují močí. Při nedostatku parathormonu vzniká zákal oční čočky, která se stává neprůhlednou (Šafránková, Nejedlá, 2015; Čihák, 2013).

Vliv hormonů štítné žlázy na orgány

Hormony štítné žlázy ovlivňují funkci pohlavních orgánů, u žen způsobují poruchy menstruačního cyklu, problémy s otěhotněním, ovlivňují průběh gravidity, vývoj plodu, porod atd. V graviditě se důsledkem zvýšených nároků na štítnou žlázu četnost tyreoidálních chorob zvyšuje. V ČR postihuje nejméně 15 % těhotných žen (Límanová, 2017).

1.5 Výskyt a druhy onemocnění štítné žlázy

Nemoci štítné žlázy (tyreopatie) patří k častým chronickým onemocněním a k nejčastějším onemocněním endokrinního systému.

Incidence onemocnění štítné žlázy je rozdílná geograficky a také typem onemocnění. Oblasti s vyřešeným jodovým deficitem v potravě udávají prevalence strumy 2-5 % s poměrem žen a mužů 4-5 : 1. V oblastech s jodovým deficitem může struma postihovat až 100 % populace (Astl, 2013).

Onemocnění štítné žlázy vyžadující léčbu, nebo alespoň dispenzarizaci, postihuje nejméně 5 % populace v ČR. Existuje několik způsobů, jak se onemocnění může projevit. Projevem může být změna místního nálezu na krku (velikost, tvar, uložení štítné žlázy) nebo změna funkce štítné žlázy. Klasifikace tyreopatií není sjednocena (Mandincová, 2011).

1.5.1 Struma

Struma je zvětšená štítná žláza. Máme několik druhů strumy:

- ❖ struma parenchymatózní (difuzní) – celá štítná žláza je symetricky zvětšená
- ❖ struma uzlovitá: nodózní – (jednouzlová struma)
polynodózní – (mnohouzlová struma)
- ❖ retrosternální struma – struma zasahuje do horní hrudní apertury a může zasahovat až do mediastina
- ❖ cystická struma – hlavně u mladých, při punkci tekutina tmavé čokoládové barvy („čokoládové cysty”), jde o tzv. posthemoragické cysty
- ❖ endemická struma – výskyt zvětšené štítné žlázy v daném regionu s deficitem jodu

Podle funkce se dělí na:

- ❖ Prostá, eufunkční struma (s normální funkcí) – vzniká z nedostatku jodu v potravě nebo zvýšením příjmu strumigenů (kapusta, zelí). Strumigeny blokují syntézu hormonů štítné žlázy
- ❖ Hypofunkční – vzniká u zánětů, často autoimunitních
- ❖ Hyperfunkční – u zánětů nebo toxického adenomu

Zvětšení štítné žlázy bývá nejčastěji zjištěno u 30 % žen a 10 % mužů. Nejčastější příčinou je nedostatek jodu v potravě (Mandincová, 2011; Šafránková, Nejedlá, 2015; Astl, 2013).

Struma s útlakovým syndromem se často vyskytuje u starších polymorbidních pacientů. Ze zdravotních důvodů není u těchto pacientů běžná chirurgická léčba často možná. Pacienti, kteří nemohou operaci podstoupit, jsou indikováni k léčbě radiojodem. Tato léčba zajistí zmenšení štítné žlázy a tím se sníží útlak okolních struktur (Kupka, Kubinyi, Šámal a kol., 2015).

1.5.2 Záněty štítné žlázy

Záněty štítné žlázy, neboli tyreoiditidy, vznikají z různých příčin, a jsou proto velmi nesourodou skupinou. Záněty štítné žlázy rozdělujeme na akutní, subakutní a chronické. Nejčastějšími záněty na štítné žláze jsou záněty chronické, které postihují hlavně ženy ve středním a vyšším věku (Astl, 2013; Duda a kol., 2012; Šafránková, Nejedlá, 2015).

Akutní forma zánětu:

- ❖ Akutní tyreoiditida: bakteriální, virový zánět (příčinou může být zánět v dutině ústní) provázený zarudnutím, bolestí a teplotou. Léčba ATB, kortikoidy, substituční léčba, u abscesů léčba chirurgická (Šafránková, Nejedlá, 2015).
- ❖ Subakutní tyreoiditida (de Quervainova): průběh trvá několik měsíců, střídavě postihuje oba laloky. Zánětu často předchází virové onemocnění dýchacích cest a projevuje se bolestivostí, teplotou, zvětšením a poruchou (snížená funkce) štítné žlázy. Léčba kortikoidy, salicyláty, substituční terapie (Astl, 2013; Duda a kol., 2012).

Chronická forma zánětu:

- ❖ Hashimotova tyreoiditida: autoimunitní onemocnění s častým familiárním výskytem. Počáteční lehká hyperfunkce přechází k trvalé hypofunkci štítné žlázy a k doživotní substituční léčbě (Euthyrox, Letrox tbl.). Diagnostika se opírá o laboratorní vyšetření, sonografii, případně punkci štítné žlázy (Horáček, 2017).
- ❖ Fibrózní tyreoiditida (Riedlova struma): zánět vede k tvorbě vaziva, což způsobuje destrukci štítné žlázy, hypofunkci. Následkem zvětšení (mechanický syndrom) nastává komprese trachey a porucha inervace hlasivek – chirurgická léčba, substituce (Duda a kol., 2012).

1.5.3 Hypotyreóza

Hypotyreóza je snížená funkce (hypofunkce) štítné žlázy. Základním znakem je nedostatečná produkce hormonů T3 a T4 při nálezu vysokého TSH. Vzniká z různých příčin: chronické záněty (Hashimotova a Riedlova tyreoiditida), u mnohočetných adenomů, nedostatkem jodu, pooperační stavy – tyreoidektomie, léčba radiojodem, ozáření, nádory, užívání léků atd.

Soubor klinických příznaků se nazývá:

- ❖ u dospělých – myxedém – únava, deprese, zimomřivost, neuropatie, svalové křeče, suchá kůže, poruchy paměti, Charvátův příznak plechového (drsná) předloktí, myxedematózní tvář (přirovnávána „k ospalému Eskymákovi”),

vypadávají vlasy, chrapot, celkový edém (váhový přírůstek), brnění rukou, hypoglykemie, dušnost a anemie,

- ❖ u dětí – kretenismus – mentální retardace (Duda a kol., 2012; Mandincová, 2011; Jiskra, 2015).

Léčba

Substituční terapie, u komprese trachey operace. Neléčená hypofunkce může vést k ohrožení života – myxedémové kóma – stav s bezvědomím, hypotermií, s oběhovým a dechovým selháním (Astl, 2013; Šafránková, Nejedly, 2015; Jiskra, 2011).

1.5.4 Hypertyreóza

Zvýšená funkce (hyperfunkce) štítné žlázy, neboli hypertyreóza, je charakterizována zvýšenou sekrecí tyreoidálních hormonů. Výsledkem hyperfunkce je tyreotoxikóza (otrava tyroxinem). V periferní krvi můžeme detekovat vysoké hladiny T3, T4, ale i TSH (Fryšák, Karásek, Halenka, 2014).

Onemocnění a příčin, které jsou spojeny s hyperfunkcí štítné žlázy, je několik:

- ❖ Graves-Basedowova choroba: je to autoimunitní onemocnění s přítomností autoprotilátek proti TSH receptorům. Obranný systém pracuje proti vlastním tkáním. Projevy: hubnutí, průjem, pocení, labilita, poruchy spánku, únava, svalová slabost, bušení srdce a dysrytmie, oční příznaky – endokrinní orbitopatie (exoftalmus). Léčba: tyreostatika, betablokátory, operace, léčba radiojodem.
- ❖ Toxický adenom a mnohočetný toxický adenom (Plummerova nemoc): uzel ve štítné žláze se zvýšenou tvorbou hormonů.
- ❖ Toxická polynodózní struma: ve vyšším věku při dlouhodobém nedostatku jodu. Rizikem jsou poruchy srdečního rytmu, tachykardie, fibrilace síní. Léčba kardiální, tyreostatika, operace.
- ❖ Subakutní (de Quervainova) tyreoiditis: postinfekční imunopatologické postižení štítné žlázy, převážně virového původu. Jednostranné bolestivé zduření štítné žlázy, subfebrilie a celková únava. Hyperfunkce odezní do 6 týdnů. Léčba kortikoidy, ATB, betablokátory.

- ❖ Chronická lymfocytární tyreoiditis s hyperfunkcí: hyperfunkce je přechodná na počátku onemocnění a vyvolává oběhové potíže – betablokátory, tyreostatika. Pozvolna nastupuje hypofunkce, která vyžaduje pravidelné sledování.

Rizika hyperfunkce štítné žlázy:

- ❖ Tyreotoxická krize: vystupňovaná činnost štítné žlázy (stav přirovnávaný k otravě tyroxinem), může ohrozit život nemocného. Hodnoty hormonů nemusí být vždy vyšší (než u běžné hypertyreózy), neboť se mohou kumulovat ve tkáních. Projeví se tachykardií, neklidem, zvracením, průjmy, křeče, dehydratací, deliriem, bezvědomím. Léčba: tyreostatika (tlumí tvorbu hormonů), jod, kortikoidy, kardiotonika, betablokátory, antipyretika.
- ❖ Tyreoidální orbitopatie: spojena často s imunogéní tyreotoxikózou, někdy se zánětem štítné žlázy. Důsledkem protilátek dochází ke zmnožení vaziva a k zesílení okohybných svalů očnice. Projevuje se vysunutím očního bulbu, je nápadný exoftalmus a protruze, dvojité vidění, zvýšený nitrooční tlak, může vést až k slepotě. Léčba: totální tyreidektomie, kortikosteroidy, oční operace (Duda a kol., 2012; Šafránková, Nejedlá, 2015; Astl, 2013).

1.5.5 Nádory

Vznik nádorů, jejich růst a biologické vlastnosti jsou v současné době zkoumané metodami molekulární biologie. Vznik nádorů štítné žlázy má dva prokazatelné rizikové faktory: stimulaci tkáně TSH a radiační záření. Nádory dělíme dle biologické povahy na maligní a benigní. Někteří autoři řadí také cysty mezi nezhoubné nádory. Klinicky je však důležité, že v cystě může být zjištěn papilární karcinom (Astl, 2013).

Benigní nádory štítné žlázy – adenomy

Nezhoubné, ohraničené bez tvorby druhotných ložisek. Může dojít k malignímu zvratu. Nejčastější folikulární adenom, vychází z epitelových buněk, je solitární a opouzdřený, produkuje T3 a T4 – hyperfunkce štítné žlázy a komprese trachey. Na jeho podkladě vzniká toxický adenom (Duda a kol., 2012; Astl, 2013).

Maligní nádory – diferencované (částečně zachovaná schopnost vychytávat jod), prognóza příznivá, dlouhodobě přežívá 90 % pacientů:

papilární karcinom (60-70 %):

- ❖ je řazen mezi epiteliální nádory typický pro dětský i dospělý věk, karcinom může vytvářet cysty (i o průměru 10 cm), ale převážně neopouzdrěný nádor tuhé konzistence

folikulární karcinom (15-30 %):

- ❖ je řazen mezi epiteliální nádory, vychází z benigní varianty adenomu, metastázy mohou být zřejmé dříve než vlastní nádor a jejich agresivita souvisí s invazí do okolí. Je častější u žen ve věku 50-60 let. Rozlišujeme diferencovaný a níže diferencovaný typ (Astl, 2013; Šafránková, Nejedlá, 2015).

Maligní nádory – nediferencované (nádory jod neakumulují):

anaplastický karcinom (10-15 %):

- ❖ je řazen mezi epiteliální nádory s velkou agresivitou, má rychlý růst (během několika týdnů), rychle metastazuje, špatná prognóza

modulární karcinom (1-7 %):

- ❖ je řazen mezi epiteliální nádory, vychází z parafolikulárních tzv. C buněk, které tvoří kalcitonin. Jeho zvýšená sérová koncentrace umožňuje stanovení diagnózy a klinicky vyvolává tetanické křeče, poruchy metabolismu Ca, P, Mg, Na a K. Prognóza je vážná (Duda a kol., 2012; Jurečková, 2016).

Ostatní nádory: karcinosarkom, maligní lymfom, teratom, fibrosarkom a jiné.

Léčba

Většinou totální tyreoidektomie, odstranění uzlin, destrukce zbylé tkáně a případných metastáz radiojodem, případné ozáření a chemoterapie, supresní léčba (Šafránková, Nejedlá, 2015; Duda a kol., 2012; Jurečková, 2016).

V ČR bylo dle ÚZIS v roce 2011 diagnostikováno celkem 1 022 nových případů karcinomu štítné žlázy a v roce 2015 celkem 1 143 případů, což je nárůst o 11,83 %. V USA byl podle publikace Cancer statistics 2017 předpoklad, že bude v roce 2017 nově

diagnostikováno 56 870 případů. A to 42 470 žen a 14 400 mužů. V Německu je roční nárůst cca o 6 000 nových případů (Vlček, Nováková, Katra, 2017).

1.5.6 Úrazy štítné žlázy

Štítná žláza je zcela výjimečně postižena při úrazu. Nejčastěji dochází k jejímu zhmoždění či penetrujícímu poranění. U tupých poranění se objevuje bolestivost a možné krvácení. Otevřená poranění jsou vzácná a zpravidla spojená s polytraumatem v oblasti krku. Příznaky závisí na rozsahu poranění. Výjimečná jsou cizí tělesa ve štítné žláze, například rybí kost (Astl, 2013).

1.6 Příštítná tělíska

Příštítná tělíska produkují parathormon (PTH), který reguluje metabolismus a hladinu vápníku a fosforu v krvi.

Hyperparatyreóza:

- ❖ Primární: je vyvolána nadprodukcí PTH. Příčinou bývá adenom, zvětšení nebo karcinom příštítných tělísek. Většinou jde o dědičné onemocnění.
- ❖ Sekundární hyperparatyreóza: vzniká při nízké hladině vápníku v krvi, což má za následek zvýšenou tvorbu PTH, který zvýší kalcemii uvolněním vápníku z kostí. Nejčastěji u onemocnění ledvin, nedostatek vitamínu D.
- ❖ Terciární hyperparatyreóza: při chronickém onemocnění ledvin v souvislosti s hemodialyzačním programem.

Klinický obraz hyperparatyreózy: postižení ledvin, uroinfekce, postižení kostí (PTH rozpouští kost), postižení trávicího ústrojí, poruchy srdečního rytmu. Diagnostika: hyperkalcemie, hyperkalciurie, hypofosfatemie. Terapie: chirurgická, po operaci podávat vyšší dávky kalcia – prevence tetanie.

Hypoparatyreóza:

snížená hladina PTH, snížená hladina kalcia a zvýšená hladina fosforu. Příčinou může být odstranění příštítných tělísek při operaci štítné žlázy, ozáření, léčba štítné žlázy radiojodem, autoimunitní zánět, vrozené onemocnění. Klinický obraz hypoparatyreózy (příznaky vyplývající z hypokalcemie a hyperfosfatemie): tetanie – záchvat křečí, první je postižen palec a prsty. Může se objevit laryngospasmus, zvýšená neuromuskulární

dráždivost, deprese, apatie, vypadávání vlasů, zákal čočky, u dětí mentální retardace.
Terapie: substituce kalcia

(Šafránková, Nejdlá, 2015; Duda a kol., 2012).

1.7 Diagnostika

Diagnostické metody tvoří komplex, který zahrnuje vyšetřovací metody klinické, laboratorní, zobrazovací, imunohistochemické metody a cytologii. V diagnostice se uplatňují různou měrou a jsou nezbytné pro stanovení diagnózy, stadia choroby, plánování léčebného postupu a sledování léčebného efektu (Astl, 2013; Fryšák, Karásek, Halenka, 2014; Multimediální trenažér).

1.7.1 Anamnéza

Nejdůležitější anamnéza je rodinná a osobní. V osobní anamnéze se ptáme na výskyt autoimunitních chorob. V rodinné anamnéze je hlavním předmětem našeho zájmu výskyt onemocnění štítné žlázy v rodině. Je známo, že existují genetické predispozice k familiárnímu výskytu u některých druhů onemocnění štítné žlázy. U onemocnění štítné žlázy se rodinná zátěž vyskytuje až ve 40 % (Astl, 2013).

Lékař musí zhodnotit současný stav pacienta, souvislosti s dřívějším onemocněním, pracovní anamnézu, fyzickou kondici pacienta, alergie, léky a vše co ovlivňuje vznik či léčbu onemocnění (Zeman, Krška, 2011; Jiskra, 2010).

1.7.2 Fyzikální vyšetření

Mezi fyzikální vyšetření patří vyšetření pohledem, pohmatem, poslechem, měření obvodu krku a otorinolaryngologické vyšetření. U vyšetření pohledem posuzujeme velikost strumy a uzlin. Vyšetření pohmatem určuje směr a rozsah pohybu štítné žlázy a zvětšení uzlin. Při měření obvodu krku se sleduje dynamika onemocnění. Při poslechu zjišťujeme přítomnost hypervaskularizace. Poslední fyzikální vyšetření je otorinolaryngologické, při kterém se provádí nepřímá laryngoskopie k posouzení stavu hrtanu a hlasivek (Astl, 2013; Duda a kol., 2012; Hloch, 2014).

1.7.3 Laboratorní vyšetření

Odběr krve ke stanovení tyreoidálních hormonů, pokud je vyšetřovaný bez substituční medikace, lze provést i v průběhu dne. Jestliže je vyšetřovaný substituován, odběr krve ke stanovení hladiny T4 a T3 je proveden až po 24 hodinách od poslední aplikace léků. Stanovení hypofyzárního hormonu TSH jako hlavního regulačního hormonu, který ovlivňuje funkci štítné žlázy, je v současné době základním vyšetřovacím postupem (Astl, 2013; Jiskra, 2010).

1.7.4 Sonografie krku

Sonografické vyšetření štítné žlázy a krku je u všech nemocných nezbytné. Jde o základní vyšetření zobrazovací metodou. Výhoda sonografie je neinvazivnost vyšetření s minimální zátěží pro nemocného a s eliminací radiační zátěže (viz příloha č. 1). Sonografie nás informuje o povaze (struktuře) a uspořádání (textuře) parenchymu štítné žlázy. Vyšetření nám umožňuje zjistit vztah štítné žlázy k okolním orgánům (její přesnou lokalizaci, velikost, vztah k dýchacím a polykacím cestám). V neposlední řadě můžeme zjistit přítomnost dalších patologií (cysta, uzliny, uzel, tumor...), (Astl, 2013; Koranda a kol., 2014; Jiskra, 2010).

1.7.5 Scintigrafie

Scintigrafie štítné žlázy byla po léta pro tyreoidologii nezbytná. V dnešní době je v diagnostice nahrazena vyšetřením ultrazvukem. Scintigrafie se provádí na odděleních nukleární medicíny. Jde o radioizotopové vyšetření, kdy ve vyšetřovaném orgánu hodnotíme rozložení podaného radiofarmaka (radioaktivní jod nebo technecium). Dnes se používá k diagnostice hypertyreózy, k průkazu ektopické tkáně štítné žlázy, k potvrzení toxického adenomu, karcinomu. Pooperační scintigrafie je indikována k zobrazení metastáz a reziduální tkáně štítné žlázy u karcinomů. Přibližně u 95 % pacientů po TTE lze detekovat drobné zbytky tyreoidální tkáně. Nejnověji je peroperační scintigrafie využívána jako radiačně navigovaná chirurgie (RGS), (Astl, 2013; Duda a kol., 2012; Koranda a kol., 2014).

1.7.6 Počítačová tomografie (CT)

Jedná se o rentgenologické vyšetření, kdy se určitý orgán vyšetřuje ve vrstvách. CT vyšetření je využíváno u nálezů velkých strum a maligních nádorů. Cílem vyšetření je vyloučit či potvrdit prorůstání tumoru štítné žlázy do sousedních orgánů a anatomických struktur. CT je nezbytné k posouzení operability nálezu, k posouzení rozsahu výkonu (Astl, 2013; Duda a kol., 2012).

1.7.7 Nukleární magnetická rezonance (NMR)

Při tomto vyšetření jsou znázorněné anatomické vrstvy těla v libovolně zvolených rovinách a bez rentgenové zátěže. Jde o doplňující vyšetření, které může poskytnout podrobnější informace o postižení okolních orgánů štítné žlázy, především u maligních onemocnění. Vyšetření NMR je indikováno, jestliže jiné zobrazovací metody neposkytnou dostatek informací (Astl, 2013; Duda a kol., 2012).

1.7.8 Rentgenologické vyšetření (RTG)

Nativní snímek krku se dnes již prakticky neprovádí. Vyšetření je omezeno pouze na případy jazykové strumy a na vyšetření nálezů, které jsou spojeny se stenózou průdušnice a mechanickým syndromem. Přesto se však raději doporučuje CT či NMR (Astl, 2013).

RTG polykací akt (nevstřebatelnou kontrastní látkou) se provádí při mechanickém syndromu k ozřejmění povahy a závažnosti stenózy polykacích cest (Astl, 2013).

1.7.9 Angiografie

Vyšetření, které se provádí k odlišení primárních intrathorakálních a sekundárních retrosternálních strum. Jedná se o vyšetření cévního zásobení digitální subtrakční angiografií. U intrathorakální strumy se předpokládá atypické cévní zásobení strumy v hrudníku. Ojediněle je angiografie prováděna u cévních anomálií, které souvisí se štítnou žlázou (Astl, 2013).

1.7.10 Pozitronová emisní tomografie (PET)

Používá se jako doplňující vyšetření při pátrání po recidivitě zhoubných nádorů štítné žlázy. Indikace k vyšetření PET se zvažuje u pacientů, kteří mají vysoké tumorové markery, ale negativní CT a sonografii (Astl, 2013).

1.7.11 Tenkojehlová biopsie

Tenkojehlová biopsie (FNB – fine needle biopsy) je invazivní metoda, kterou je získán buněčný materiál. Metoda s aspirací (FNAB) či bez aspirace (FNB). Aspirační biopsie štítné žlázy prováděna pod ultrazvukovou kontrolou (G-FNAB) má vyšší senzitivitu. Tato metoda přináší mnohdy nejdůležitější výsledek vzhledem k další terapii pacienta a výrazně redukuje počet zbytečných tyreoidektomií u pacientů s benigními nálezy. Cytologie napomáhá určit biologickou povahu a původ tkáně (viz příloha č. 1). Punkční biopsie tenkou jehlou je základní metodou v diagnostice onemocnění štítné žlázy (Astl, 2013; Duda a kol., 2012; Koranda a kol., 2014).

1.8 Léčba onemocnění štítné žlázy

Jak uvádí Mandincová (2011), nemoci štítné žlázy jsou velmi dobře léčitelné, ale je nutná doživotní dispenzarizace a mnohdy i léčba.

Léčba závisí především na příčině onemocnění štítné žlázy. Jedná-li se o hypotyreózu, je nutná substituční terapie syntetickými hormony, které obsahují levotyroxin (Letrox, Euthyrox). Při hypertyreóze se používají léky snižující tvorbu štítné žlázy (tyreostatika), léčba radiojodem a operační řešení. Po odstranění štítné žlázy je nutná trvalá substituce syntetickými hormony štítné žlázy. Léčba karcinomu štítné žlázy je ovlivněna histologickým nálezem. Obvykle vyžaduje operační řešení, následnou léčbu radiojodem, trvalou substituci a dispenzarizaci. U některých karcinomů (sarkom, lymfom) je indikováno zevní ozáření a chemoterapie (Astl, 2013; Vlček, 2018).

1.9 Chirurgická léčba

Při indikaci a před provedením chirurgického zákroku na štítné žláze musí být zodpovězena otázka, zda pacient operaci potřebuje. Chirurgická léčba je volbou při podezření na malignitu nebo při mechanických obtížích. Pokud je indikována operace,

musí být rozhodnuto jaký typ a rozsah operace je u pacienta nezbytný. Rozsah operace je doporučován endokrinologem, avšak definitivní rozhodnutí udává chirurg (Astl, 2013; Vodička, 2014).

Problematiku současné chirurgie lze zahrnout do okruhů:

- ❖ radikalita operačního výkonu (prevence poranění nervus laryngeus recurrens – NLR a příštítných tělísek);
- ❖ peroperační sonografie (pomáhá určit rozsah výkonu, význam i při krční lymfadenektomii);
- ❖ peroperační monitorace – neurostimulace NLR (určuje polohu nervu a snižuje riziko postižení);
- ❖ harmonický skalpel (řez provádí na principu ultrazvukového kmitání, zastaví krvácení, šetrný k okolí);
- ❖ použití automatického rozvěrače;
- ❖ video-asistovaná tyreoidektomie (za pomoci kamery miniinvazivní výkon), (Duda a kol., 2012).
- ❖ Pracovní neschopnost u pacienta trvá okolo jednoho měsíce, v komplikovanějších případech déle (Mandincová, 2011).

1.9.1 Typy chirurgických výkonů na štítné žláze

Rozsah chirurgického výkonu je indikován po zvážení biologické povahy onemocnění a rozsahu postižení štítné žlázy. Velice důležitou roli hraje i celkový stav pacienta a možnost pooperační péče.

Z endokrinochirurgického hlediska výkony na štítné žláze rozdělujeme do čtyř skupin:

- ❖ Totální výkony
- ❖ Netotální výkony
- ❖ Vyjmutí pouze malého úseku tkáně štítné žlázy (diagnostické výkony)
- ❖ Výkony přidružené a rozšiřující (rozšiřující výkon na štítné žláze + dalších orgánech: hrtan, průdušnice, uzliny), (Astl, 2013).

Rozsah chirurgického výkonu se označuje následnými zkratkami:

- ❖ TTE – Totální tyreoidektomie (Thyreoidectomy totalis) – odstranění celé štítné žlázy. TTE umožní další léčbu radiojodem;
- ❖ STE – Subtotální tyreoidektomie (Thyreoidectomy subtotalis) – odstranění štítné žlázy s ponecháním na jedné straně, při horním pólu 2-4 mm zdravé tkáně, vyživované horní štítnou tepnou;
- ❖ fTTE – Téměř totální tyreoidektomie (Thyreoidectomy fere totalis) – téměř úplné odstranění obou laloků štítné žlázy, isthmu a lobus pyramidalis s ponecháním 1 až 2 mm zdravé tkáně, vyživované horní štítnou tepnou jen na jedné straně (část horního pólu jednoho laloku);
- ❖ HTE – Hemityreoidektomie (Hemithyreoidectomy) – odstranění jednoho laloku, isthmu a lobus pyramidalis;
- ❖ LOB – Lobektomie (Lobectomy) – odstranění pouze jednoho laloku, ponechání isthmu;
- ❖ Resekce isthmu (Resectio isthmi gl. thyreoideae) – výjimečný výkon indikovaný u benigních adenomů a cyst (menších než 15 mm), který spočívá v odstranění isthmu a lobus pyramidalis (Koranda a kol., 2014).

V literatuře nacházíme mnoho dalších výkonů. Výše uvedené výkony jsou nejznámější. Mezi další operační výkony můžeme uvést např. parciální resekce části laloků, enukleace atd. (Astl, 2013).

V dnešní době je trend zvýšené radikality operačního výkonu a zvýšené prevence možných komplikací. Radikalitu upřednostňujeme i u benigních onemocnění, jelikož rizika substituční léčby jsou daleko menší než možnost recidivy onemocnění (Duda a kol., 2012; Koranda a kol., 2014).

1.10 Předoperační příprava a ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním štítné žlázy

Předoperační příprava má dvě fáze, kdy první fáze začíná objednáním nemocného k operaci a druhá fáze začíná přijetím pacienta do zdravotnického zařízení. Předoperační přípravu tvoří část medicínská, psychosociální a ošetrovatelská. Ošetrovatelská péče v první fázi je především soustředěna na vysvětlení a zajištění předoperačních vyšetření.

Ve druhé fázi, po přijetí pacienta, je provedena kontrola celkového zdravotního stavu a kontrola příznaků poruchy funkce (příznaky hypertyreózy). Nemocný je seznámen se všemi aspekty chirurgické léčby a možnými riziky. Následně pacient podepíše souhlas s chirurgickým zákrokem a následuje vlastní příprava k operaci (Astl, 2013).

1.10.1 Příprava pacienta k operačnímu výkonu na štítné žláze

Ošetrovatelská péče začíná odebráním ošetrovatelské anamnézy, zjištěním všech potřeb a potenciálních problémů u každého pacienta.

Sestra edukuje pacienta před operací o předoperační přípravě, průběhu operace, pooperační péči a o užívání léků před operací. Provede kontrolu dokumentace, kompletizaci předoperačních výsledků a kontrolu informovaného souhlasu s operací. 12 hodin před operací je provedena příprava operačního pole (oholení). Od půlnoci musí pacient dodržovat lačnost a zároveň nekouřit. Provádí se prevence TEN (tromboembolické nemoci), případně antikoagulační terapie dle ordinace lékaře. Sestra zajistí provedení odběrů, podání léků dle ordinace lékaře a včasné zaznamenání výsledků do dokumentace.

Před výkonem je nutné provést kontrolu operačního pole, sundání všech šperků a zubní protézy, odlakování nehtů, dezinfekce pupku. Zajistit vymočení pacienta před premedikací, premedikaci a pečlivé zdokumentování. Provést bezpečnostní protokol (identifikace pacienta). Zajistit převoz osobních věcí na ARO nebo JIP (Astl, 2013; Janíková, Zeleníková, 2013).

1.11 Pooperační období a specifika ošetrovatelské péče po operaci štítné žlázy

Specifika pooperační péče vycházejí z obecného standardu ošetrovatelského procesu pro poskytování pooperační péče. V této části je obecná pooperační péče rozšířena o specifika ošetrovatelské péče o pacienty po operaci štítné žlázy. Jedná se tedy o specifickou péči u pacientů po operaci štítné žlázy.

1.11.1 Překlad pacienta

Pacient zpravidla první hodiny po operaci stráví na dospávacím pokoji, kde je poblíž operačních sálů v péči anesteziologa a anesteziologické sestry. Na standardní lůžkové oddělení chirurgie nebo ORL je pacient přeložen až po plném probuzení k vědomí a při dobrém stavu dýchání. Vyžaduje-li stav pacienta intenzivní sledování, je přeložen v doprovodu lékaře a sestry na JIP. Pacient je následně uložen do Fowlerovy polohy. Platí obecné zásady pooperační péče. Specifická pooperační péče se řídí standardy oddělení, stavem pacienta, druhem operačního výkonu a požadavky operátora (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.11.2 Monitorování po operaci

V pravidelných intervalech (v prvních hodinách po 15, 30, 60 min, při stabilizaci pacienta se interval prodlužuje na 3-4 hodiny) se provádí dle požadavků operátora a anesteziologa monitorování vitálních funkcí (TK, P, D, TT) a stavu vědomí. U pacientů na JIP a závažných stavů se monitoruje EKG. U pacientů se zavedeným centrálním žilním katétreem se monitoruje centrální venózní tlak (CVT). V bezprostředním období po operaci je u pacienta obvykle nasazena kyslíková léčba. Velice důležité je intenzivní sledování prvních 24 hodin po zákroku, kdy existují reálná chirurgická rizika a komplikace (například krvácení s útlakem dýchacích cest a projevy poranění zvrtných nervů). U pacienta je nutné sledovat i endokrinní rizika (projevy tyreotoxické krize). Pravidelné monitorování pacienta pomáhá předcházet řadě komplikací a minimalizovat případné následky (Janíková, Zeleníková, 2013; Astl, 2013).

1.11.3 Kontrola bolesti, aplikace analgetik

Pacient po operaci může pociťovat bolest v operační ráně. Je důležité monitorování bolesti a dostatečná analgetizace. Za 24 až 48 hodin po operaci bolest postupně odezní. Podávání analgetik se řídí podle ordinace lékaře (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.11.4 Péče o operační ránu a drény

Sterilním obvazem je operační rána překryta ještě na operačním sále. Základní povinností sestry i lékaře je pravidelné sledování krytí operační rány. Kontrola může odhalit možnou pooperační komplikaci, kterou je krvácení do rány s útlakem dýchacích cest. Krvácení se

nejčastěji projeví do 12 hodin po výkonu. Za 24 až 48 hodin po operaci se provádí první převaz operační rány. Většina pacientů po operaci má zaveden jeden až dva Redonovy drény. Sestra sleduje funkčnost drénu, charakter, množství, barvu a vzhled drénovaného obsahu. Monitoruje okolí drénu a možné známky infekce. Druhý pooperační den se zpravidla Redonovy drény odstraňují. Dle zvyklosti pracoviště se používají vstřebatelné nebo nevstřebatelné stehy. Nevstřebatelné se odstraňují 7. až 10. den po operaci (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.11.5 Péče o vyprazdňování a výživu

Pacient v den operace dostává parentální stravu. 2 až 4 hodiny po operaci pacient dostává čaj a postupně dle tolerance další tekutiny. První pooperační den má dietu číslo 1 a následně přechází na normální stravu. Sestra sleduje bilanci tekutin, kdy přechodem na normální stravu je bilance ukončena. Po operaci by se měl pacient vymočit do 6-8 hodin. Při potížích se pokusíme navodit spontánní vyprázdnění močového měchýře (například puštěním vodovodního kohoutku). V některých případech musíme pacienta jednorázově vycévkovat (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.12 Specifické komplikace po operaci štítné žlázy a činnosti sestry

Existuje několik komplikací, ke kterým může po provedené operaci štítné žlázy dojít. Mezi nejčastější pooperační komplikace můžeme zařadit poranění nervus laryngeus recurrens, hypokalcemie a pooperační krvácení. Mezi zřídka se vyskytující komplikace po operaci štítné žlázy patří poruchy hojení operační rány, chylózní píštěl a tyreotoxická krize (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.12.1 Poranění nervus laryngeus recurrens

Jedná se o nerv zvratný. Poranění jedné strany se projeví chrapotem, při poranění obou stran hrozí dušení s nutností provedení tracheostomie (Janíková, Zeleníková, 2013). Chrapot po operaci může zapříčinit otok zhmožděného laryngu nebo poranění nervu. Doporučuje se ORL vyšetření. Při poranění n. recurrens v průběhu operace, se provádí mikrochirurgická sutura nervu. Při zjištění parézy hlasivky je doporučováno do 48 hodin provést revizi operační rány a n. recurrens (Astl, 2013; Duda a kol., 2012).

Sesterské intervence: sledování dýchání (frekvenci, hloubku, rytmus), úsilí při dýchání, známky případného dušení (tachypnoe, inspirační a expirační stridor, akrální cyanóza) a pulzní oxymetrii. Hodnotit kvalitu hlasu (chrapot) a schopnost mluvit nahlas. Zajistit celý čas po operaci v blízkosti lůžka pacienta tracheostomický set pro urgentní tracheostomii (Janíková, Zeleníková, 2013; Duda a kol., 2012).

1.12.2 Hypokalcemie

Po totální tyreoidektomii je hypokalcemie nejčastější komplikace, která se projevuje 1. až 5. pooperační den. Poranění příštítných tělísek může mít projevy od parestezií až po tetanii. Doporučuje se vyšetřovat kalcemii a fosfatemii druhý, třetí a pátý den po výkonu. Klinické známky mohou být přechodné, vyvolané operačním traumatem, přechodnou poruchou prokrvení příštítných tělísek, hypotermií. Hypokalcemie se projevuje brněním akrálních částí těla (ruce, nohy, rty), závažněji může být doprovázena křečím. Trvalá hypokalcemie je závažná komplikace, která vyžaduje trvalou medikaci a je způsobena iatrogenním poškozením, případně odstraněním všech příštítných tělísek (Janíková, Zeleníková, 2013; Astl, 2013; Jiskra, 2015).

Činností sestry je dotazovat se pacienta na přítomnost parestzie prstů, okolí úst a při výskytu křečím ihned informovat lékaře. První, třetí a pátý pooperační den provést odběr krve na biochemické vyšetření na Ca celkový, Ca izolovaný a P (fosfor). Aplikace substituční léčby (Calcium chloratum) dle ordinace lékaře na základě klinických příznaků a hladiny vápníku v krvi (Janíková, Zeleníková, 2013; Duda a kol., 2012).

1.12.3 Pooperační krvácení

Nahromadění 50 až 100 ml krve v operačním poli je již závažné, jelikož hematom způsobuje přímý tlak na larynx a tracheu. Může nastat edém laryngu a existuje možnost vagové smrti (hlavně při krvácení do mediastina po operacích retrosternálních strum) (Janíková, Zeleníková, 2013).

Sestra kontroluje vitální funkce, sleduje místo operační rány (otok, napětí, hematom), sleduje obsah Redonova drénu a krytí operační rány. Sestra při zjištění krvácení do rány přivolá lékaře, který následně provede rozpuštění stehů a vypuštění hematomu. Následuje rychlá revize na operačním sále (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.12.4 Tyreotoxická krize

Může vzniknout jako komplikace po operaci štítné žlázy (pro tyreotoxikózu – nadměrné množství hormonů štítné žlázy v krvi) nebo může být součástí onemocnění (neléčená hypertyreóza, hyperfunkční uzel, Gravesova-Basedowova nemoc). Vyvolávajícím momentem bývá akutní onemocnění (infekce, sepse, kardiovaskulární příhoda), náhlý vyšší příjem jodu (RTG kontrastní látka), trauma, operace, léky nebo náhlé vysazení tyreostatik. Je to náhlá život ohrožující exacerbace onemocnění, způsobená hyperfunkcí štítné žlázy. Prevencí tyreotoxické krize v chirurgii je operace nemocných pouze v eutyreóze a v důsledné přípravě před operací. Projevuje se jako tachykardie, hypertenze, pocity horka, palpitace, psychomotorický neklid, opocení. Život pacienta ohrožuje oběhovým a multiorgánovým selháním. Mortalita zůstává stále vysoká (20-30 %), (Jiskra, 2015).

Sestra sleduje případné symptomy (tremor, bolest na hrudníku, hyperpyrexie apod.) a v případě výskytu informuje lékaře. Následuje zahájení léčby a překlad pacienta na JIP (Janíková, Zeleníková, 2013; Astl, 2013).

1.12.5 Chylózní píštěl

Jedná se o ojedinělou komplikaci, která vzniká důsledkem poškození ductus thoracicus vlevo nebo ductus lymphaticus dexter vpravo v průběhu operace. Vyskytuje se zejména u rozsáhlých retrosternálních strum nebo u blokových krčních disekcí. Po operaci se projevuje přítomností neprůhledné, mléčné tekutiny v obsahu drénu. Méně často se projevuje vytékáním z operační rány (Janíková, Zeleníková, 2013).

Sestra sleduje obsah drénu, okolí a krytí operační rány (sleduje přítomnost mléčné, neprůhledné tekutiny), (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.12.6 Poruchy hojení operační rány

Komplikací v procesu hojení je především infekce v ráně. Dochází k nadměrné tvorbě granulační tkáně, hojení trvá déle a je komplikovanější (Ferko, Šubrt a Dědek, 2015). Operace štítné žlázy patří mezi aseptické výkony, kdy dodržování asepse je důležitou prevencí. Sekundární (nozokomiální) infekce rány léčíme ATB. Keloidní hojení rány, kdy léčíme keloid kortikoidy (po jejich aplikaci se může objevit atrofie vaziva v jizvě).

Další komplikací v procesu hojení je hematoma v ráně, kdy rozsáhlejší hematomy mohou způsobit změny koloritu kůže (Astl, 2013).

Nekróza kožního laloku, fixovaná a zvrásněná kůže, keloidy a hypertrofické jizvy, vklesliny na povrchu kožní jizvy jsou komplikace, které uvádí Janíková a Zeleníková (2013).

Úloha sestry a prevence: dodržování asepse, celková péče o pacienta s vyváženým příjmem potravy a vitamínů, hygiena, medikace, péče o operační ránu, indiferentní masti, masáže.

1.12.7 Pneumotorax

Může se vyskytnout při operaci velkých retrosternálních strum, kdy je nutné poranění pleury diagnostikovat, ošetřit, pleuru sešít, zajistit pacienta ATB (Astl, 2013; Janíková, Zeleníková, 2013).

1.13 Nespecifické komplikace

Nespecifické komplikace, které mohou nastat po operaci štítné žlázy, jsou totožné s komplikacemi po jakémkoli jiném operačním výkonu. Tyto komplikace mohou nastat u každého chirurgického zákroku, tudíž by měly být všeobecně známé.

Mezi tyto komplikace můžeme zařadit:

- ❖ Kardiální, respirační komplikace;
- ❖ Tromboembolické komplikace, vzduchová embolie;
- ❖ Poruchy hemostázy, nervové a duševní poruchy;
- ❖ Alergie, zvýšená teplota;
- ❖ Poruchy funkce jater, močového systému, GIT;
- ❖ Singultus (škytavka);
- ❖ Komplikace v operační ráně (Janíková, Zeleníková, 2013).

„Časná vertikalizace pacienta a další pohybová aktivita po operaci je základním předpokladem brzké normalizace tělesných funkcí, jakož i prevence řady komplikací, stejně jako je tomu u dalších operací.“ (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 104)

1.14 Ošetrovateľské diagnózy dle NANDA-I

Po operaci štítné žlázy (pooperační období) si můžeme stanovit některé z následujících diagnóz a rizik (Janíková, Zeleníková, 2013):

- ❖ Akutní bolest (00132);
- ❖ Nausea (00134);
- ❖ Narušený obraz těla (00118);
- ❖ Narušená integrita kůže (00046);
- ❖ Zhoršená verbální komunikace (00051);
- ❖ Nedostatečné znalosti v pooperačním režimu a následné péči (00126);
- ❖ Strach (00148);
- ❖ Riziko infekce (00004);
- ❖ Riziko krvácení (00206);
- ❖ Riziko udušení (00036);
- ❖ Úzkost (00146).

1.15 Psychosociální aspekty péče o nemocného

U poruch funkce štítné žlázy je velice důležitý postoj okolí k nemocnému. U pacientů s hypertyreózou je potřeba hodně taktu a porozumění. Pacienti mívají tendenci k podrážděnosti a konfliktnosti, často vyžadují zvýšené ohledy od druhých lidí. Pacienti by se měli tělesně i duševně šetřit, mít dostatek odpočinku a spánku. Onemocnění se často projevuje současně se stresem. Pacienti s hypotyreózou, také potřebují dostatek ohledů a často i zvýšenou péči. Výrazná je apatie, plačtivost, smutek, zpomalení tělesných a duševních pochodů. U pacientů můžeme pozorovat podrážděnost a projevy nevůle vůči dalším lidem. Na druhu a tíži onemocnění závisí omezení v životě pacienta. Pacienti nemají obvykle strach, že by při operaci zemřeli, ale obávají se nálezu rakoviny. Mají strach z bolesti, polykacích potíží, ze ztráty hlasu a především ženy se obávají vzniku jizvy (Mandincová, 2011).

1.16 Plánování propuštění, edukace pacienta

Pacient je propuštěn do domácího ošetřování dle celkového stavu. Obvykle to bývá 3. až 5. pooperační den. Před propuštěním je pacient poučen o příznacích a možnosti

vzniku komplikací (otok krku, keloidní jizva, chronická bolest atd.). Pacient je poučen, kdy je nutné kontaktovat lékaře. Důležitou součástí před propuštěním tvoří edukace pacienta o životosprávě, výživě, léčebném režimu v domácím prostředí, termínu další kontroly u endokrinologa a chirurga. Odstranění stehů obvykle probíhá 7. až 10. den po operaci. Důležitá je péče o operační ránu a následná péče o jizvu. Edukujeme pacienta o denních masážích jizvy (po dobu 3 týdnů) a použití indiferentní masti. Po odstranění štítné žlázy bude pacient trvale užívat substituční medikaci hormonů štítné žlázy, kterou ordinuje a upravuje endokrinolog (Janíková, Zeleníková, 2013).

2 Výzkumná část

Výzkumná část práce spočívá ve vyhledávání poznatků, které povedou k objasňování nových souvislostí a příčin. Přímo ošetrovatelský výzkum vede k rozvoji teorie, k novým informacím v ošetrovatelství a pomáhá teorii propojit s praxí (Kutnohorská, 2009).

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Pro výzkumnou část byl stanoven 1 cíl výzkumu a 3 výzkumné otázky.

2.1.1 Cíl výzkumu

- ❖ Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy

2.1.2 Výzkumné otázky

- ❖ Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy?
- ❖ S jakými nejčastějšími ošetrovatelskými problémy se sestry u pacientů po operaci štítné žlázy setkávají?
- ❖ Jaká je informovanost pacientů ze strany sester?

2.2 Metodika výzkumu

Bakalářská práce je zaměřena na zjištění, zmapování a přiblížení specifík ošetrovatelské péče o pacienty po operaci štítné žlázy. V bakalářské práci jsem zvolila kvantitativní metodu výzkumu. Reprezentativní soubor respondentů tvořily všeobecné sestry pracující na chirurgických odděleních a odděleních ORL. Technikou sběru dat bylo dotazníkové šetření. Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku. Dotazník byl sestaven tak, aby získaná empirická data umožnila snadno odpovědět na výzkumné otázky a splnit stanovený cíl výzkumu. Vzorový dotazník je uveden v příloze (viz příloha č. 2).

Respondenti vyplňovali dotazník, který obsahuje představení tématu, seznámení se s účelem a cílem výzkumu. Je zde uvedena stručná informace o tom, jakým způsobem dotazník vyplnit. V dotazníku nechybí ujištění, že se jedná o dotazník zcela anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné.

Dotazník byl vytvořen z otázek uzavřených, otevřených a polootevřených. Skládá se celkem z 30 otázek. Uzavřené otázky jsou otázky č. 1, 2, 5, 6, 7, 13, 16, 19, 20, 21, 22, 29, 30, zde byly nabídnuty možné varianty odpovědí. Otevřené otázky jsou otázky č. 23, 24, 27 a umožňují volnou tvorbu odpovědi. Polootevřené jsou otázky č. 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 25, 26, 28.

Kritériem pro výběr respondentů byly všeobecné sestry, pracující na chirurgických odděleních a na odděleních ORL, která jsou zaměřena na operační a pooperační léčbu štítné žlázy. Sběr dat formou anonymního dotazníkového šetření umožnil, aby vzorek respondentů zastupoval širší okruh zdravotníků z nemocnic v České republice.

Samotný dotazník obsahuje sociodemografické údaje respondenta (otázka 1 až 6). Následují otázky týkající se četnosti výskytu pacientů po operaci štítné žlázy na daném pracovišti, jejich indikace k operaci a druh nejčastějšího operačního výkonu (otázka 7 až 9). Otázky 10, 11, 12, 18, 19 a 20 se pak dotazují na specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy a umožňují odpovědět na první výzkumnou otázku. Otázky 13, 14, 15, 17, 22, 23, 24, 25 se dotazují na ošetrovatelské problémy a umožňují odpovědět na druhou výzkumnou otázku. Zbývající otázky 16, 21, 26, 27, 28, 29, 30 mapují edukaci pacientů a odpovídají na třetí výzkumnou otázku.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit specifika pooperační péče a nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů po operaci štítné žlázy.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů výzkumného prostředí

Na internetových stránkách byl dotazník umístěn do skupin založených pro všeobecné sestry pracující na chirurgických odděleních a odděleních ORL. Důvodem umístění na internet byla možnost oslovit širší okruh respondentů. Empirického výzkumu se zúčastnilo 100 respondentů, kteří vyplnili dotazník. Z analýzy dat vyplynulo, že dotazník vyplnilo 93 žen (93 %) a 7 mužů (7 %). Nejvíce respondentů bylo ve věku 40 až 59 let (52 %). Nejvíce z oslovených respondentů má středoškolské vzdělání (53 %) a nejvíce respondentů pracuje na chirurgickém oddělení (40 %). Méně jak 5 let pracuje na současném oddělení 44% skupina respondentů a 31 % respondentů uvádí dosaženou praxi ve zdravotnictví kratší než 5 let.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal v období od února 2018 do dubna 2018 formou nestandardizovaného dotazníku, jehož vyplnění probíhalo on-line. Dotazování probíhalo přes internet, kdy respondent vyplnil dotazník přímo na webových stránkách. Vyplnění jednoho dotazníku trvalo cca 15 až 30 minut. Odpovědi respondentů byly automaticky odesílány na server. Nastavený limit umožnil vyplnit dotazník 100 respondentům. Celkem bylo vyplněno 100 dotazníků. Návratnost byla tedy 100 %. Dotazník jsem vytvořila za pomoci internetového portálu www.surveymonkey.com. Výzkum proběhl bez komplikací.

2.5 Zpracování získaných dat

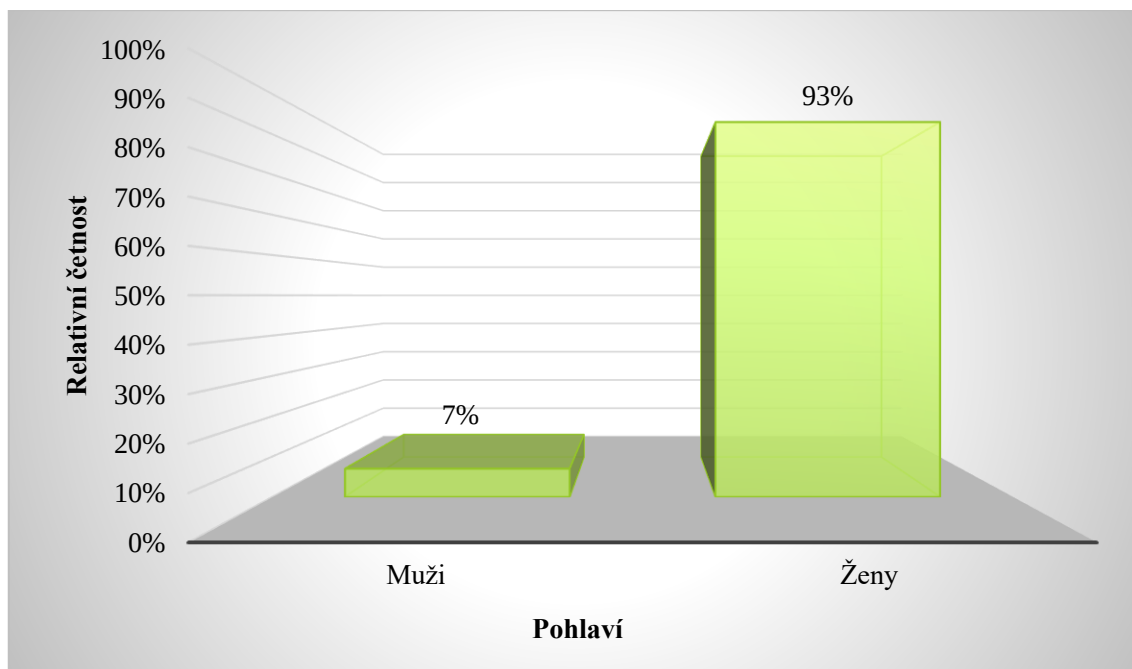
Získaná data byla zpracována pomocí programů Microsoft Office Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010 pro zpracování grafů. Pro zlepšení přehlednosti byly použity sloupkové grafy pro jednotlivé otázky.

2.6 Výsledky výzkumu

Empirická data získaná během dotazníkového šetření umožňují analyzovat, vyhodnotit a zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty po operaci štítné žlázy. Analýza dat umožnila odpovědět na výzkumné otázky.

2.6.1 Složení respondentů dle pohlaví

V grafu 1 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jakého jste pohlaví?“



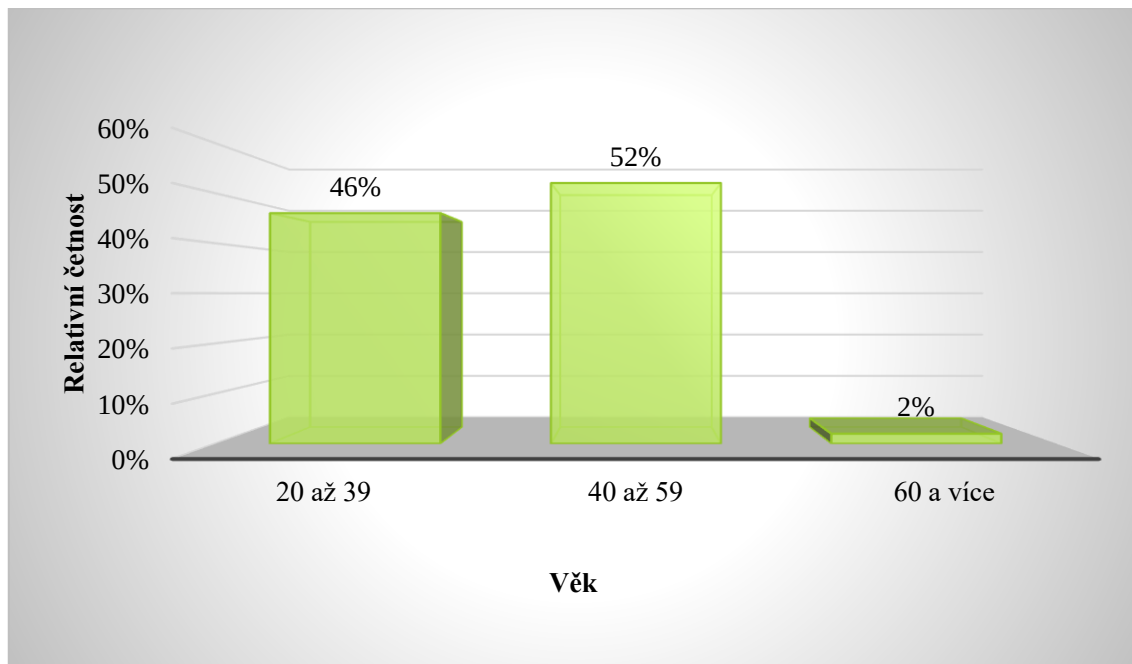
Graf 1 Pohlaví

Z grafu 1 je patrné, že většina účastníků dotazníkového šetření je ženského pohlaví.

Přesněji se jedná o 93 (93 %) žen a 7 (7 %) mužů.

2.6.2 Složení respondentů dle věku

V Grafu 2 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Kolik je Vám let?“

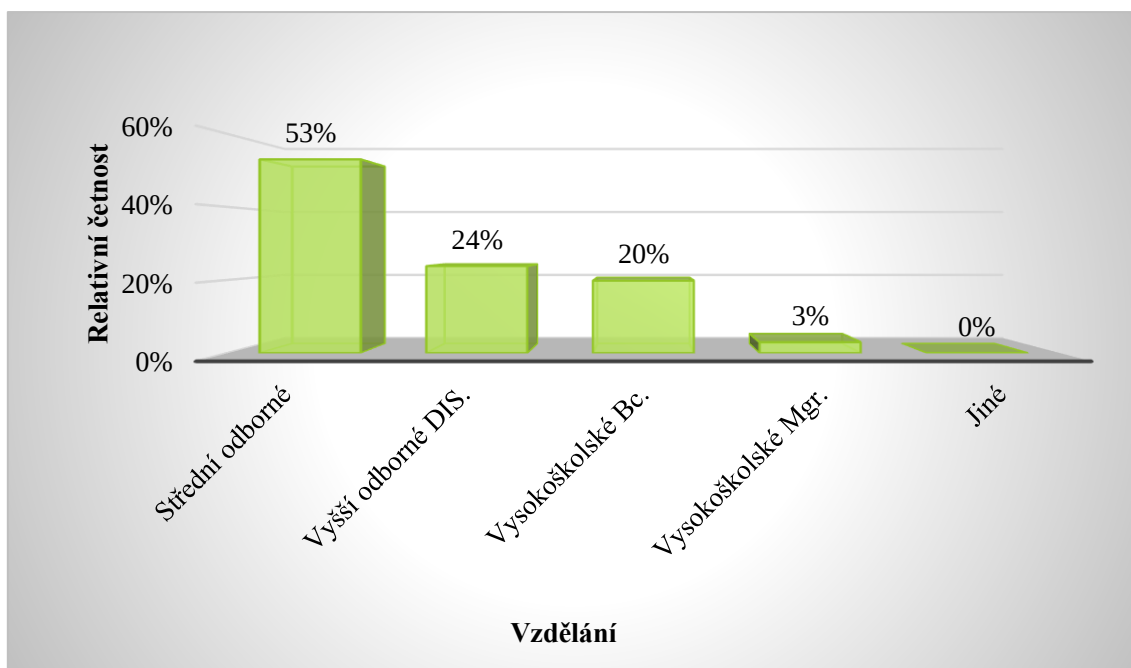


Graf 2 Věk respondentů

Z grafu 2 je patrné, že nejpočetnější skupinou bylo 52 respondentů (52 %), ve věku 40 až 59 let. Následuje skupina 47 respondentů (47 %) ve věku 20 až 39 let. Poslední 1% skupinou jsou respondenti ve věku 60 a více let, je to nejméně početná skupina.

2.6.3 Složení respondentů dle vzdělání

V grafu 3 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“

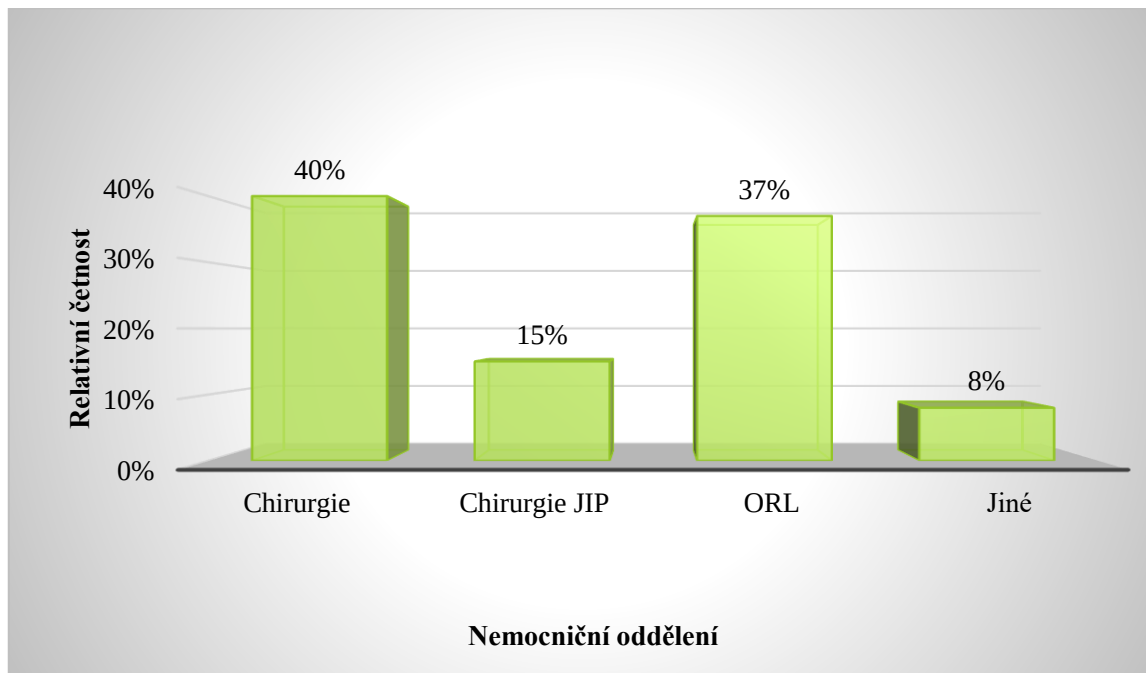


Graf 3 Vzdělání

Tato otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření. Z grafu 3 vyplývá, že 53 respondentů (53 %) má středoškolské vzdělání. Následuje skupina 24 respondentů (24 %), kteří mají vyšší odborné vzdělání (Dis.). Vysokoškolské vzdělání (Bc.) uvedlo 20 respondentů (20 %) a vysokoškolské vzdělání (Mgr.) uvedli 3 respondenti (3 %). Odpověď jiné nikdo nezvolil (0 %).

2.6.4 Složení respondentů dle oddělení

V grafu 4 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Na jakém oddělení pracujete?“

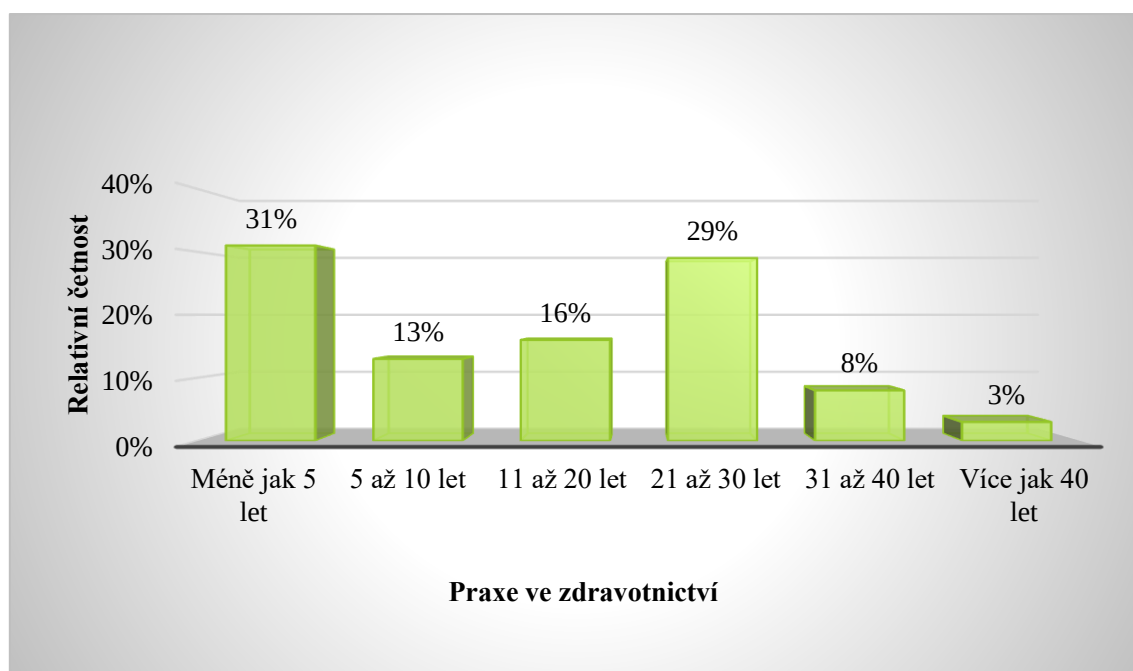


Graf 4 Nemocniční oddělení

Z grafu 4 je patrné, že nejvíce respondentů pracuje na chirurgickém oddělení. Tuto odpověď zvolilo 40 respondentů (40 %). Dalším nejpočetněji zastoupeným oddělením je ORL, kde pracuje 37 respondentů (37 %). 15 respondentů (15 %) pracuje na chirurgické JIP. Možnost jiné zvolilo 8 respondentů (8 %). Ti uvedli, že pracují na jiných odděleních: dšpávací pokoj, ORL ambulance a ONM (Oddělení nukleární medicíny).

2.6.5 Složení respondentů dle délky praxe ve zdravotnictví

V grafu 5 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?“

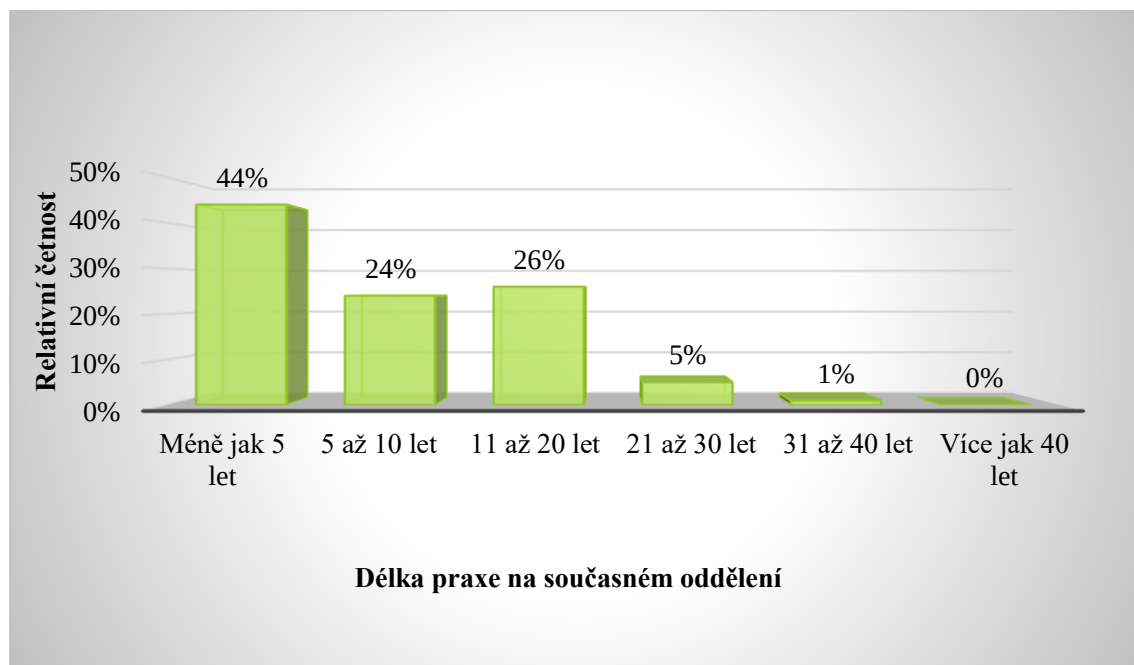


Graf 5 Praxe ve zdravotnictví

Graf 5 mapuje, jaká je u respondentů dosažená délka praxe ve zdravotnictví. Nejpočetnější skupinu tvoří respondenti pracující ve zdravotnictví 5 a méně let. 31 respondentů (31 %) uvedlo tuto variantu. Druhou nejpočetnější skupinou je 29 respondentů (29 %), kteří pracují ve zdravotnictví 21 až 30 let. Třetí je skupina 16 respondentů (16 %), která pracuje ve zdravotnictví 11 až 20 let. Dále následuje skupina 13 respondentů (13 %), pracující ve zdravotnictví 5 až 10 let. Předposlední skupinou je 8 respondentů (8 %) s praxí 31 až 40 let. Poslední 3% skupinu tvoří 3 respondenti s praxí více jak 40 let ve zdravotnictví.

2.6.6 Složení respondentů dle délky praxe na současném oddělení

V grafu 6 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jaká je délka Vaší praxe na současném oddělení?“

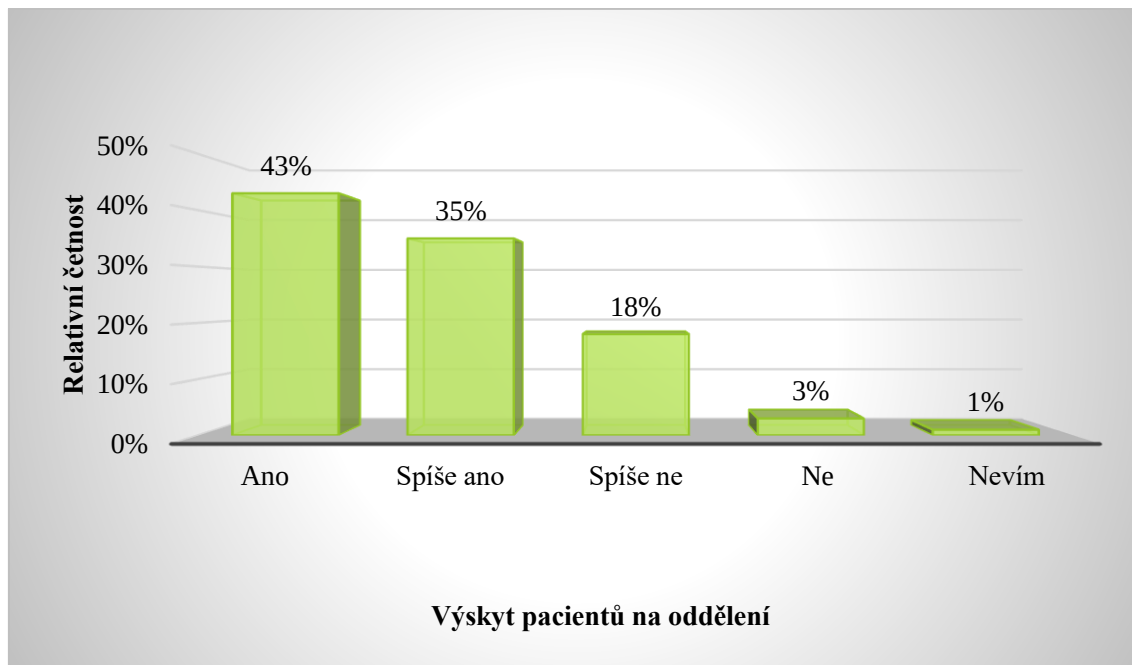


Graf 6 Délka praxe na současném oddělení

Z grafu 6 je patrné, že 44 respondentů (44 %) pracuje méně jak 5 let na současném pracovišti. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří 26 respondentů (26 %), kteří pracují na současném oddělení 11 až 20 let. Třetí skupinu tvoří 24 (24 %) respondentů, kteří uvádějí délku praxe 5 až 10 let. Na současném oddělení pracuje 21 až 30 let 5 respondentů (5 %). 1 respondent (1 %) pracuje na současném oddělení více jak 40 let. Poslední skupinu (31 až 40 let) neuvedl nikdo (0 %).

2.6.7 Četnost výskytu pacientů

V grafu 7 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Setkáváte se na Vašem oddělení s pacienty po operaci štítné žlázy?“

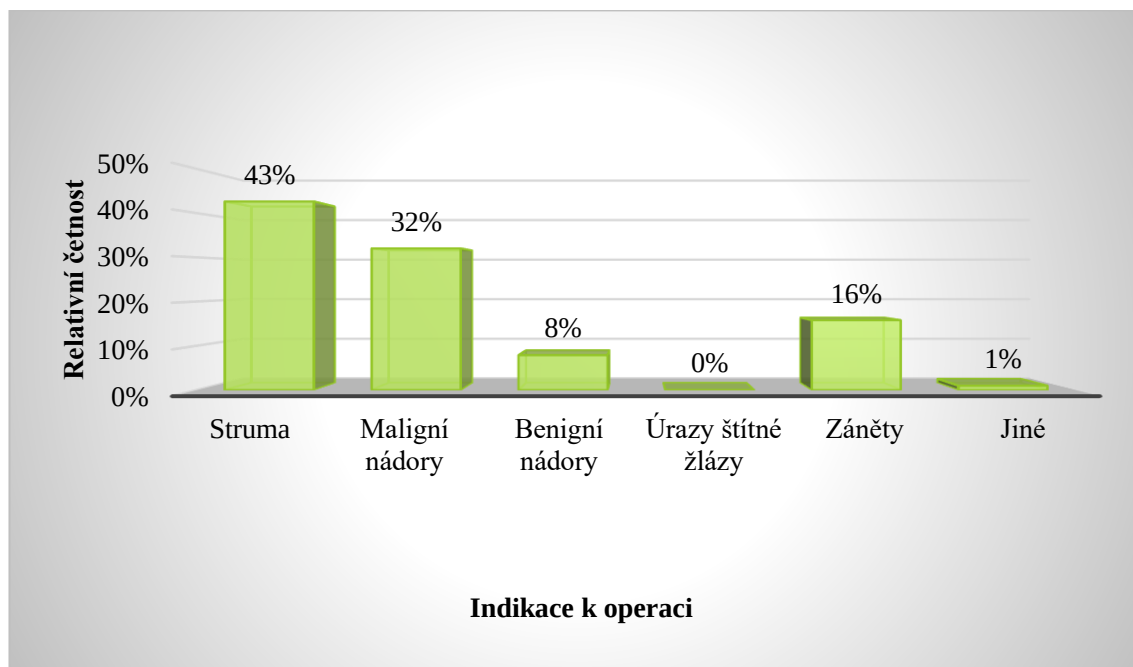


Graf 7 Výskyt pacientů na oddělení

Zda se respondenti setkávají s pacienty po operaci štítné žlázy, prezentuje graf 7. Téměř polovina respondentů odpověděla kladně. Přesněji 43 (43 %) respondentů. Dalších 35 respondentů (35 %) se s těmito pacienty spíše setkává. Pokud tyto dvě hodnoty sečteme, dojdeme k výsledku, že s pacienty po operaci štítné žlázy se setkává 78 (78 %) respondentů. To je více jak polovina respondentů. S pacienty po operaci štítné žlázy se spíše nesetkává 18 respondentů (18 %). S pacienty po operaci štítné žlázy se nesetkávají 3 respondenti (3 %). Nevím, odpověděl 1 respondent (1 %).

2.6.8 Nejčastější indikace k operaci štítné žlázy

V grafu 8 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jaká je nejčastější indikace k operaci štítné žlázy na Vašem oddělení?“

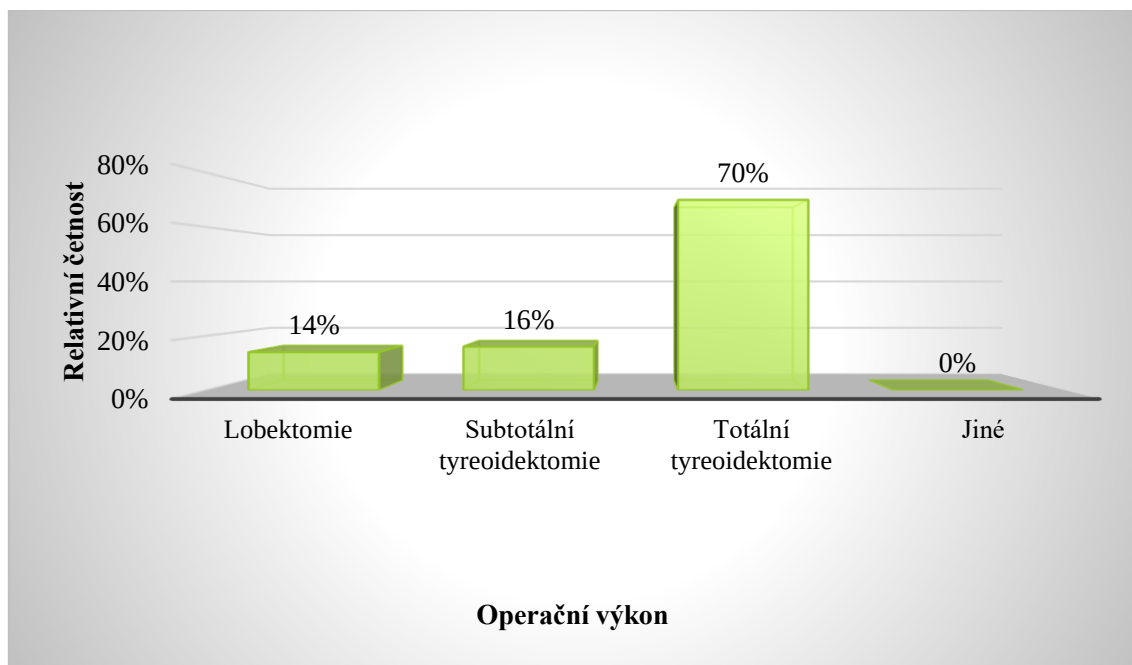


Graf 8 Nejčastější indikace k operaci

Z grafu 8 je patrné, jaká je nejčastější indikace vedoucí k operaci štítné žlázy. Na svých odděleních se respondenti nejvíce setkávají s indikací k operaci štítné žlázy z důvodu strumy. Strumu uvádí 43 (43 %) respondentů. Jako druhou indikaci uvádí 32 respondentů maligní nádory 32 %. Záněty štítné žlázy uvádí jako indikaci 16 (16 %) respondentů. Benigní nádory označilo za příčinu jen 8 (8 %) respondentů. Nikdo z dotázaných se nesetkal s úrazy štítné žlázy 0 %. 1 respondent (1 %) využil možnost volby jiné odpovědi. Ten uvedl jako nejčastější příčinu operace hypertyreózu a uzlovou přestavbu štítné žlázy.

2.6.9 Druh operačního výkonu na štítné žláze

V grafu 9 jsou zpracovány odpovědi na otázku: „Jaký operační výkon štítné žlázy je nejčastější na Vašem oddělení?“

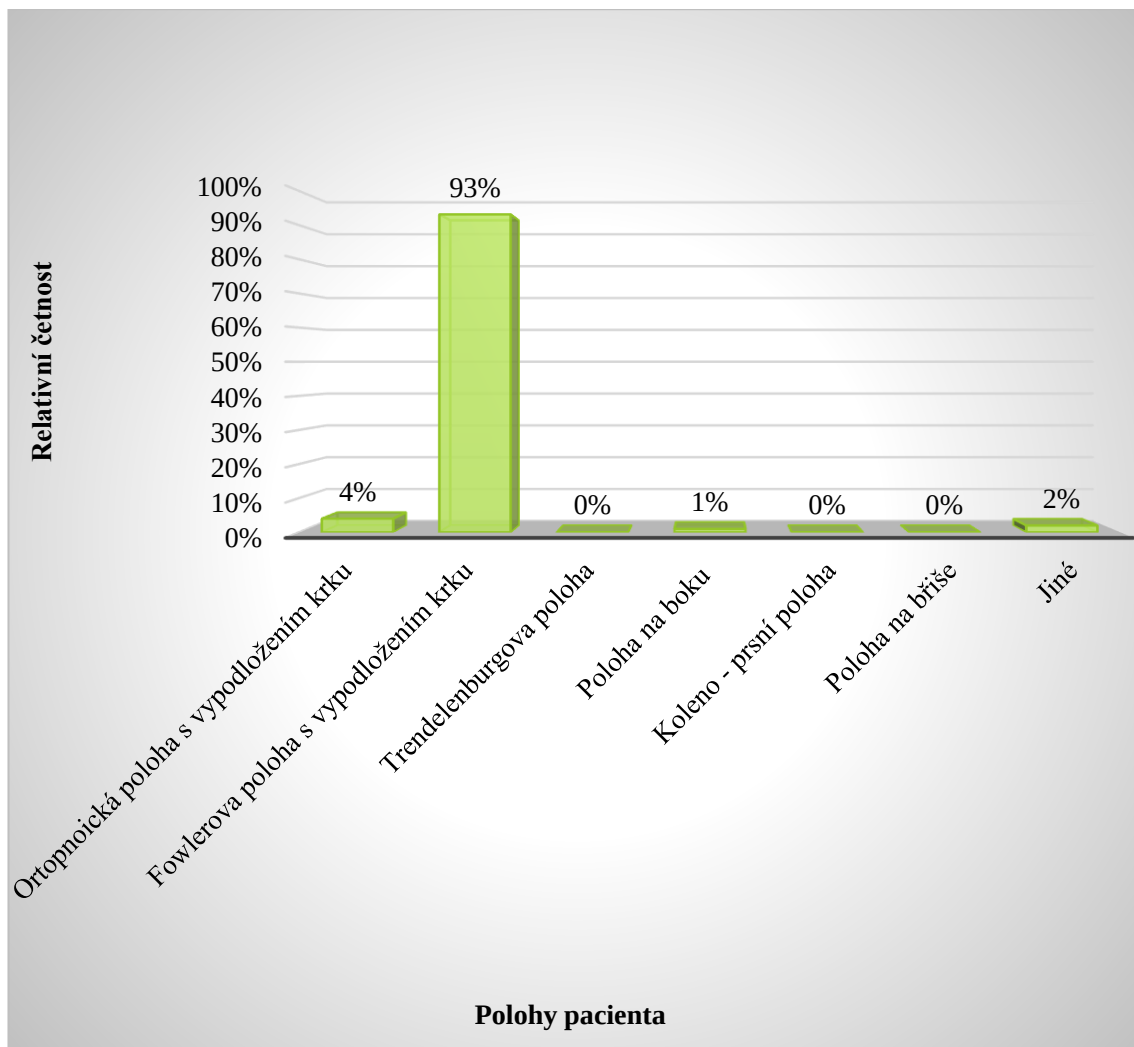


Graf 9 Operační výkon

Z grafu 9 vyplývá, že nejčastější operační výkon na štítné žláze je totální tyreoidektomie. Totální tyreoidektomii neboli odstranění celé štítné žlázy uvádí 70 (70 %) respondentů. Na druhém místě 16% skupina 16 respondentů uvádí subtotální tyreoidektomii (odstranění části štítné žlázy). Poslední operační výkon lobektomii, kdy dochází k odstranění jednoho laloku a isthmu, prezentuje 14 (14 %) respondentů. Možnost uvést jiný operační výkon nikdo nevyužil (0 %).

2.6.10 Poloha pacienta po operaci štítné žlázy

V grafu 10 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Do jaké polohy po operaci ukládáte pacienty po operaci štítné žlázy?“

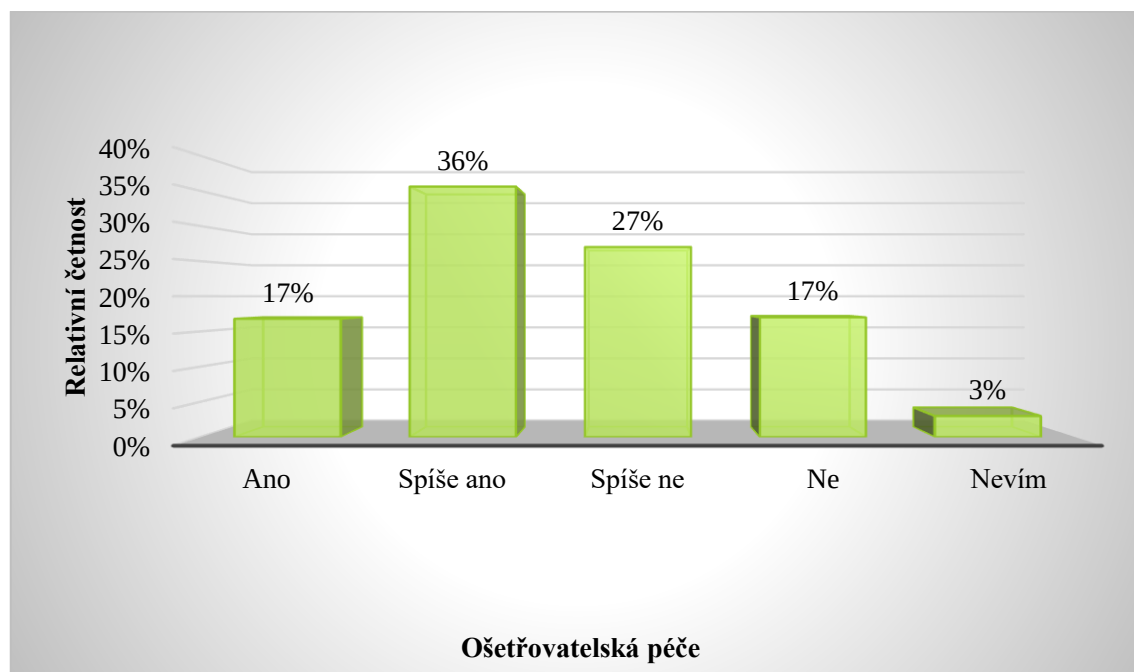


Graf 10 Polohy pacienta

Z grafu 10 je patrné, do jaké polohy ukládají respondenti pacienty po operaci štítné žlázy. Největší skupina 93 respondentů (93 %) ukládá pacienty do Fowlerovy polohy, která je uvedena a doporučována v odborné literatuře. Další 4 respondenti (4 %) ukládají pacienta do ortopnoické polohy a 1 respondent (1 %) do polohy na boku nebo do tzv. úlevové polohy. Možnost „jiné“ využila 2 % respondentů. Tito 2 respondenti odpověděli, že nechávají rozhodnout pacienty o výběru polohy. Další polohy respondenti neuvedli.

2.6.11 Rozdíl ošetrovateľskej péče po operaci štítnej žľazy

V grafu 11 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Vnímáte rozdíl v poskytování ošetrovateľskej péče u nemocných po operaci štítnej žľazy a u nemocných po jiném operačnóm výkone?“

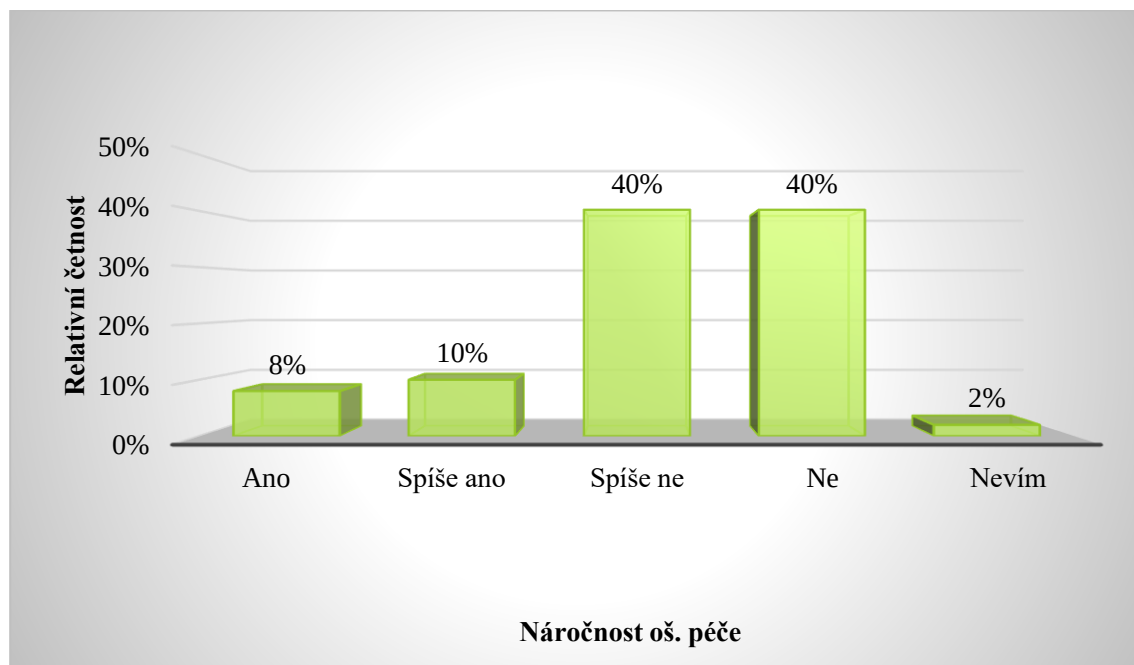


Graf 11 Rozdíl ošetrovateľskej péče

Z grafu 11 vyplývá, že celková skupina 53 respondentů odpověděla kladně (53 %). Rozdíl v pooperační ošetrovateľskej péči o pacienty 17 (17 %) respondentů vnímá a spíše vnímá 36 (36 %) respondentů. Naopak celková 44% skupina 44 respondentů odpověděla záporně. Spíše ne, uvedlo 27 (27 %) respondentů a 17 (17 %) rozdíl v ošetrovateľskej péči nevnímá. Shodný výsledek vykazují odpovědi „ano“ a „ne“, každou zvolilo 17 respondentů (17 %). Odpovědět neuměla 3 % respondentů.

2.6.12 Náročnost ošetrovateľskej péče po operaci štítnej žlázy

V grafu 12 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Je pro Vás ošetrovateľská péče o nemocné po operaci štítnej žlázy náročnejší než u nemocných s jinými diagnózami?“



Graf 12 Náročnost ošetrovateľskej péče

Z grafu 12 vyplývá, že ošetrovateľská péče je pro celkovou 18% skupinu respondentů náročnejší. Z této skupiny 10 (10 %) respondentů uvedlo odpověď „spíše ano“ a 8 (8 %) respondentů uvedlo odpověď „ano“, ošetrovateľská péče je více náročná. Důvody, které respondenti uvádějí: větší riziko vzniku pooperačních komplikací, chirurgie krku, rozsáhlejší a náročnejší péče o pacienta. Naopak celková 80% skupina 80 respondentů uvádí, že pro ně ošetrovateľská péče o pacienty po operaci štítnej žlázy není náročnejší. V této skupině 40 (40 %) respondentů odpovědělo „ne“ a 40 (40 %) respondentů odpovědělo „spíše ne“. Možnost „nevím“ využila 2 % respondentů.

2.6.13 Výskyt pooperačních komplikací po operaci štítné žlázy

V grafu 13 jsou shrnuty odpovědi na otázku: „Setkáváte se často s pooperačními komplikacemi po operaci štítné žlázy na Vašem oddělení?“

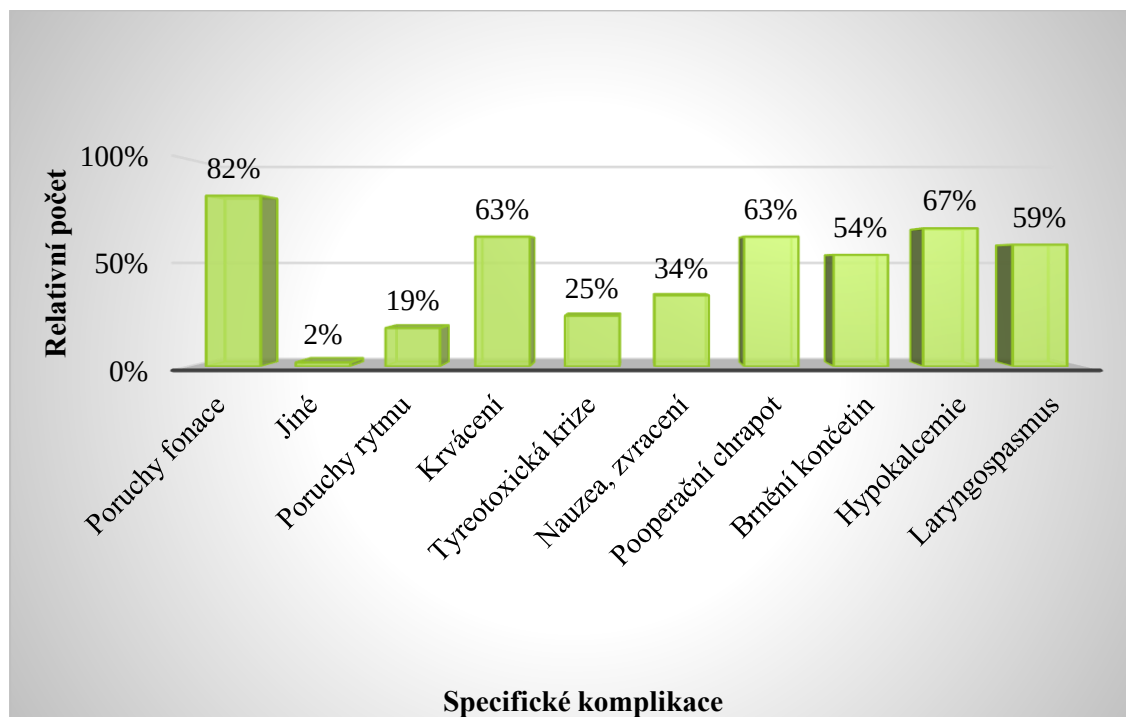


Graf 13 Výskyt pooperačních komplikací

V grafu 13 je vyhodnoceno, že se celkem 54 % ze zúčastněných respondentů s pooperačními komplikacemi setkává. 44 (44 %) respondentů uvedlo, že se s nimi spíše setkává a 10 (10 %) respondentů odpovědělo „ano“ setkává. Naopak celkem 45 (45 %) respondentů uvedlo, že se s komplikacemi po operaci štítné žlázy téměř nesetkávají. Spíše ne uvedlo 33 (33 %) a „ne“ 12 (12 %) respondentů. Možnost „nevím“ využilo 1 % respondentů.

2.6.14 Komplikace

V grafu 14 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jaké specifické komplikace mohou nastat u nemocných po operaci štítné žlázy?“

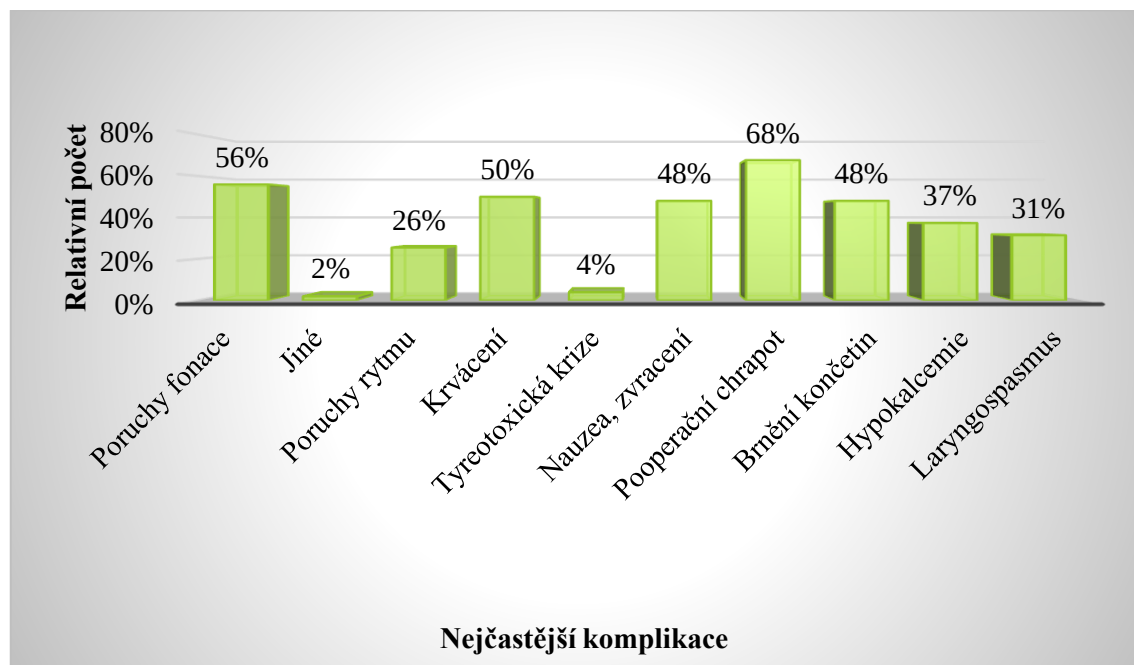


Graf 14 Specifické komplikace

Graf 14 znázorňuje specifické komplikace, které mohou nastat po operaci štítné žlázy z pohledu respondenta. Graf vyhodnocuje, kolik procent respondentů uvedlo konkrétní komplikace. Všechny uvedené komplikace mohou u pacientů po operaci štítné žlázy nastat. Respondenti mohli uvést více odpovědí. Nejčastěji respondenti uváděli: poruchy fonace – 82 %, následuje hypokalcemie – 67 %, pooperační chrapot a krvácení – 63 %, laryngospasmus – 59 %, brnění končetin – 54 %, nauzea a zvracení – 34 % a tyreotoxická krize – 25 %. Jako poslední komplikace se umístily poruchy rytmu, které uvádí 19 % respondentů. Možnost „jiné“ zvolila 2 % respondentů. Ti uvádí další komplikace: otok, hematom, krevní výron a dle mého názoru velmi důležité polykací potíže.

2.6.15 Nejčastější komplikace po operaci štítné žlázy

V grafu 15 jsou znázorněny odpovědi na otázku: „S jakými pooperačními komplikacemi se u pacientů po operaci štítné žlázy nejčastěji setkáváte?“

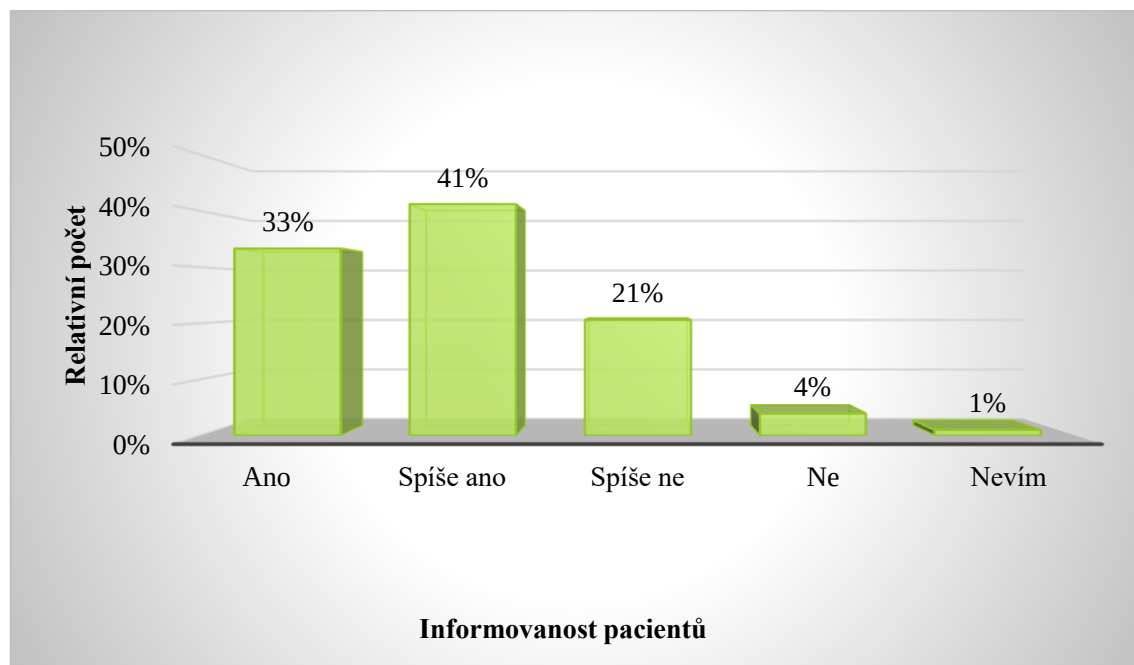


Graf 15 Nejčastější komplikace

Graf 15 znázorňuje, s jakými pooperačními komplikacemi se respondenti u pacientů po operaci štítné žlázy nejvíce setkávají. Bylo možné uvést více odpovědí. Na prvním místě uvedlo 68 % respondentů pooperační chrapot, následující poruchy fonace uvedlo 56 %. Jako další komplikace označilo 50 % respondentů krvácení, 48 % nauzeu a zvracení, 48 % brnění končetin, 37 % hypokalcemii, 31 % laryngospasmus a 26 % poruchy rytmu. 4 % respondentů uvedla tyreotoxickou krizi. Ta patří k vážným komplikacím a dnes se vyskytuje zcela minimálně. Možnost „jiné“ zvolila 2 % respondentů. Uvedené komplikace rozšířili o potíže s drenáží, bolesti hlavy a jizvy, laryngeální edém a hematom.

2.6.16 Informovanost pacientů o komplikacích po operaci štítné žlázy

V grafu 16 jsou zaznamenány odpovědi na otázku: „Jsou pacienti dostatečně informováni o možnosti vzniku komplikací?“

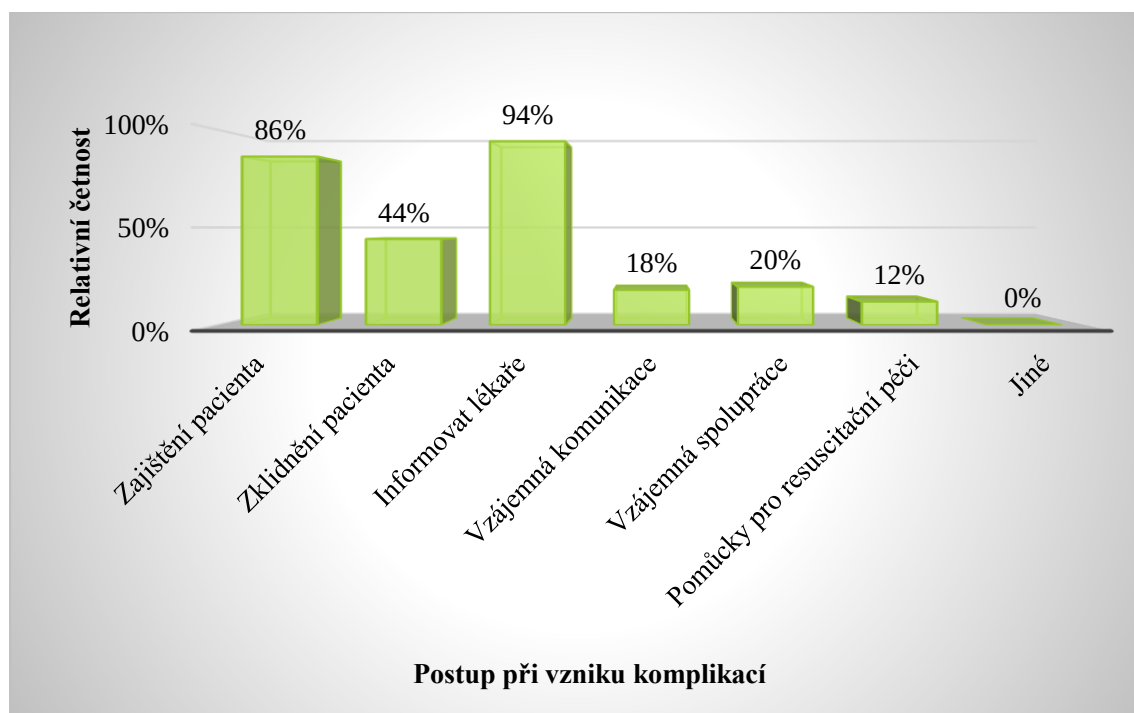


Graf 16 Informovanost pacientů

Graf 16 prezentuje názor respondentů, ohledně rozsahu informací podávaným pacientům o možnosti vzniku komplikací. Spíše ano odpovědělo 41 (41 %) respondentů a 33 (33 %) respondentů odpovědělo „ano“. Celkem 74 % respondentů se domnívá, že jsou pacienti dostatečně informováni o vzniku možných komplikací. Naopak celkem 25 % respondentů si myslí, že pacienti nejsou dostatečně edukováni. Spíše ne odpovědělo 21 (21 %) respondentů a 4 % respondentů odpověděla „ne“. Odpověď „nevím“ využilo 1 % respondentů.

2.6.17 Postup sestry při vzniku komplikací po operaci štítné žlázy

V grafu 17 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jak postupujete při vzniku komplikací?“

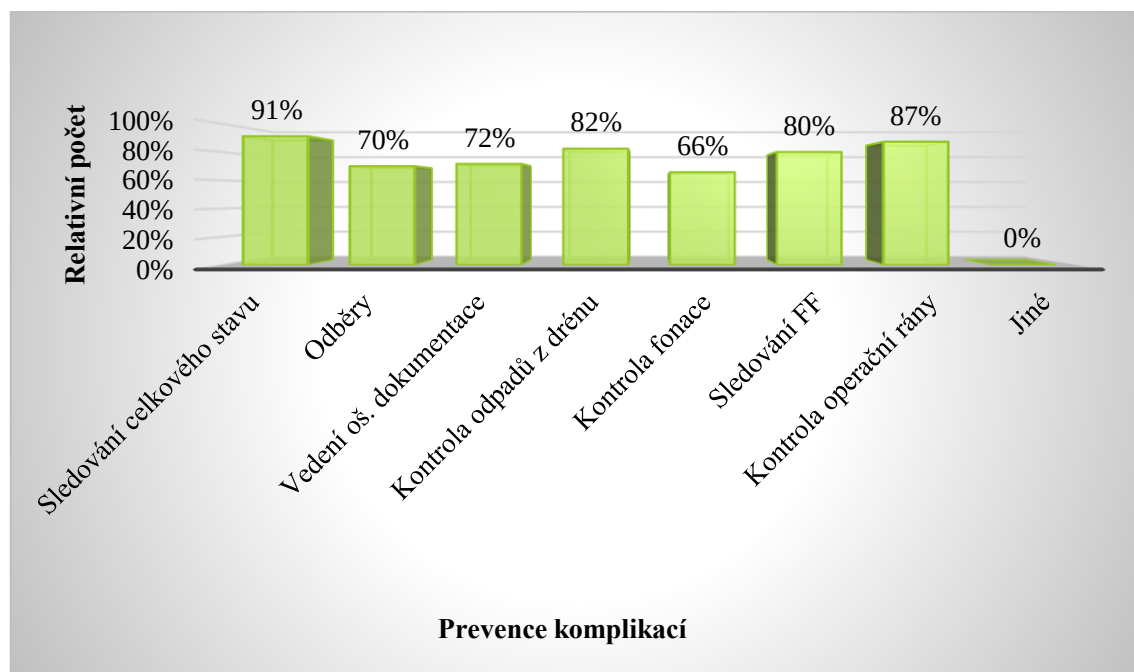


Graf 17 Postup při vzniku komplikací

Graf 17 znázorňuje, jaký postup respondenti upřednostňují při vzniku komplikací. Respondenti mohli uvést více odpovědí. Z grafu vyplývá, že respondenti považují za nejdůležitější postup: informovat lékaře – 94 %, zajištění pacienta – 86 %, zklidnění pacienta – 44 %, vzájemná spolupráce – 19 %, vzájemná komunikace – 18 %, zajistit pomůcky pro resuscitační péči – 12 %. Odpověď „jiné“ nikdo nezvolil.

2.6.18 Prevence komplikací po operaci štítné žlázy

V grafu 18 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jaké ošetrovatelské výkony sestry provádějí u nemocných po operaci štítné žlázy v rámci prevence vzniku možných komplikací?“

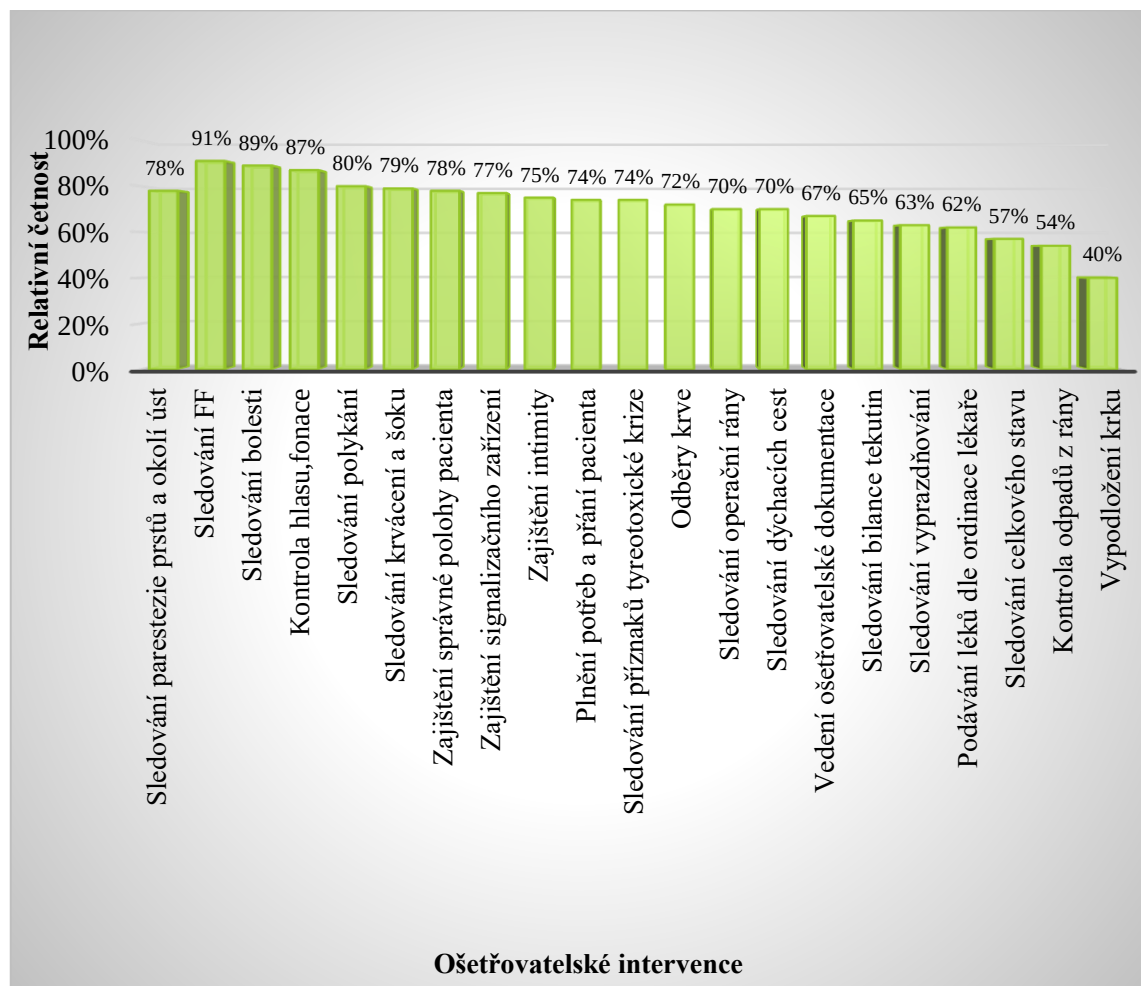


Graf 18 Prevence komplikací

Graf 18 mapuje ošetrovatelské výkony, které respondenti provádějí v rámci prevence vzniku komplikací. Respondenti mohli uvést více odpovědí. Nejčastěji respondenty prováděný ošetrovatelský výkon je: sledování celkového stavu pacienta – 91 %, kontrola operační rány – 87 %, kontrola odpadů z drénu – 82 %, sledování FF – 80 %, vedení ošetrovatelské dokumentace – 72 %, odběry krve – 70 %. Na posledním místě je kontrola fonace, kterou v rámci prevence provádí 66 % respondentů. Možnost „jiné“ nikdo nevyužil.

2.6.19 Ošetrovateľské intervence

V grafu 19 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jaké ošetrovateľské výkony u pacienta po operaci štítné žlázy provádíte?“



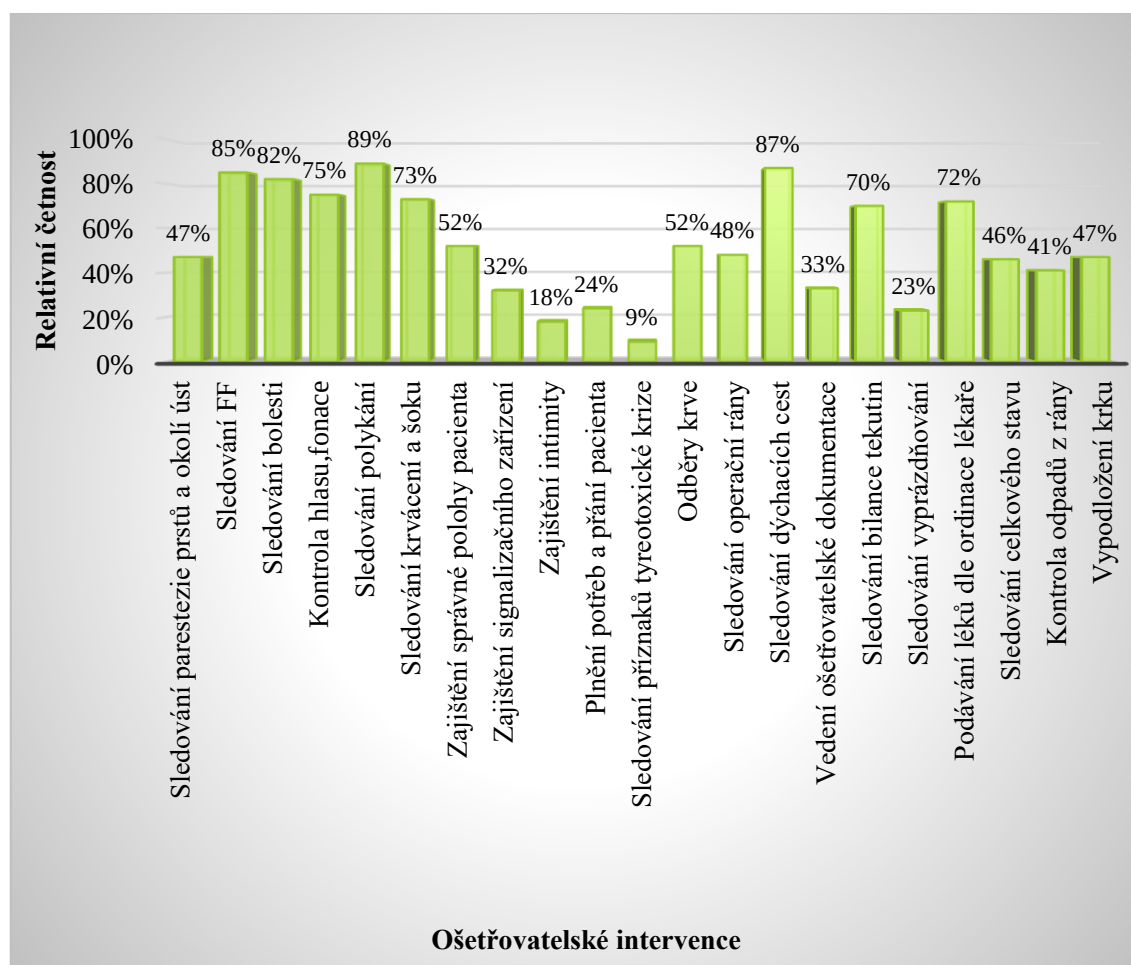
Graf 19 Ošetrovateľské intervence

Z grafu 19 vyplývá, jaké ošetrovateľské výkony respondenti provádějí. Respondenti zapojení do výzkumného šetření mohli označit více ošetrovateľských intervencí. Vyhodnocená data znázorňují, kolik procent respondentů provádí konkrétní intervence: sledování fyziologických funkcí u pacienta – 91 %, sledování bolesti – 89 %, kontrola hlasu, fonace – 87 %, sledování polykání – 80 %, sledování krvácení a šoku – 79 %, správnou polohu pacienta – 78 % a parestézie prstů a okolí úst – 78 %, zajištění signálního zařízení – 77 %, zajištění intimity – 75 %, plnění potřeb a přání pacienta – 74 % a sledování příznaků tyreotoxické krize – 74 %, odběry krve – 72 %, sledování operační rány – 70 % a průchodnosti dýchacích cest – 70 %, vedení ošetrovateľské dokumentace – 67 %, sledování bilance tekutin – 65 %, sledování

vyprazdňování – 63 %, podávání léků dle ordinace lékaře – 62 %, sledování celkového stavu – 57 %, kontrolu odpadů z rány – 54 %. Z grafu také vyplývá, že pouze 40 % respondentů po operaci provádí vypodložení krku.

2.6.20 Nejdůležitější ošetrovatelské intervence po operaci štítné žlázy

V grafu 20 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jaké ošetrovatelské výkony u nemocného po operaci štítné žlázy považujete Vy za nejdůležitější?“



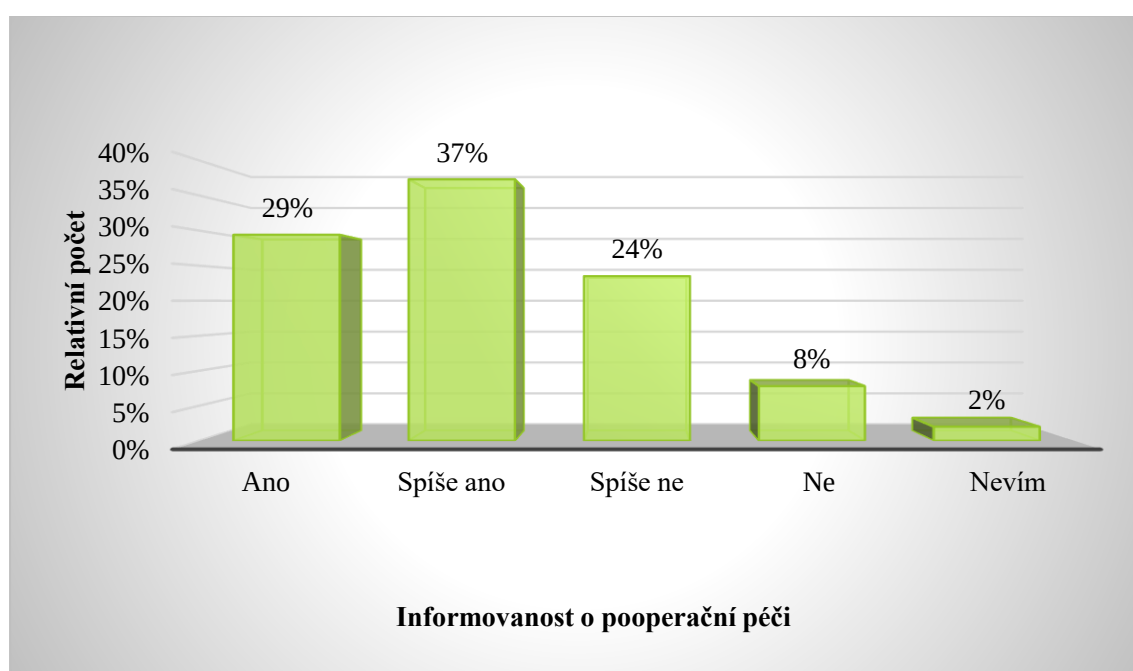
Graf 20 Nejdůležitější ošetrovatelské intervence

V grafu 20 jsou vyhodnoceny ošetrovatelské intervence, které respondenti řadili dle důležitosti. Za nejdůležitější ošetrovatelský výkon u nemocného po operaci štítné žlázy považují respondenti sledování polykání – 89 %. Následují intervence: sledování průchodnosti dýchacích cest – 87 %, sledování FF – 85 %, sledování bolesti – 82 %, kontrola hlasu a fonace – 75 %, sledování krvácení a šoku – 73 %, podávání medikace dle ordinace lékaře – 72 %, sledování bilance a příjmu tekutin – 70 %, odběry krve – 52 %, správná poloha pacienta – 52 %, sledování operační rány – 48 %, sledování

parestezie prstů a okolí úst – 47 %, vypodložení krku – 47 %, sledování celkového stavu – 46 %, kontrola odpadů z rány – 41 %, vedení ošetrovatelské dokumentace – 33 %, zajištění signalizačního zařízení – 32 %, plnění potřeb a přání pacienta – 24 %, sledování vyprazdňování – 23 %, zajištění intimity – 18 %. Na posledním místě se umístila ošetrovatelská intervence: sledování příznaků tyreotoxické krize – 9 %.

2.6.21 Informování pacientů po operaci štítné žlázy o pooperační péči

V grafu 21 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Máte pocit, že jsou pacienti dostatečně informováni o průběhu pooperační péče?“

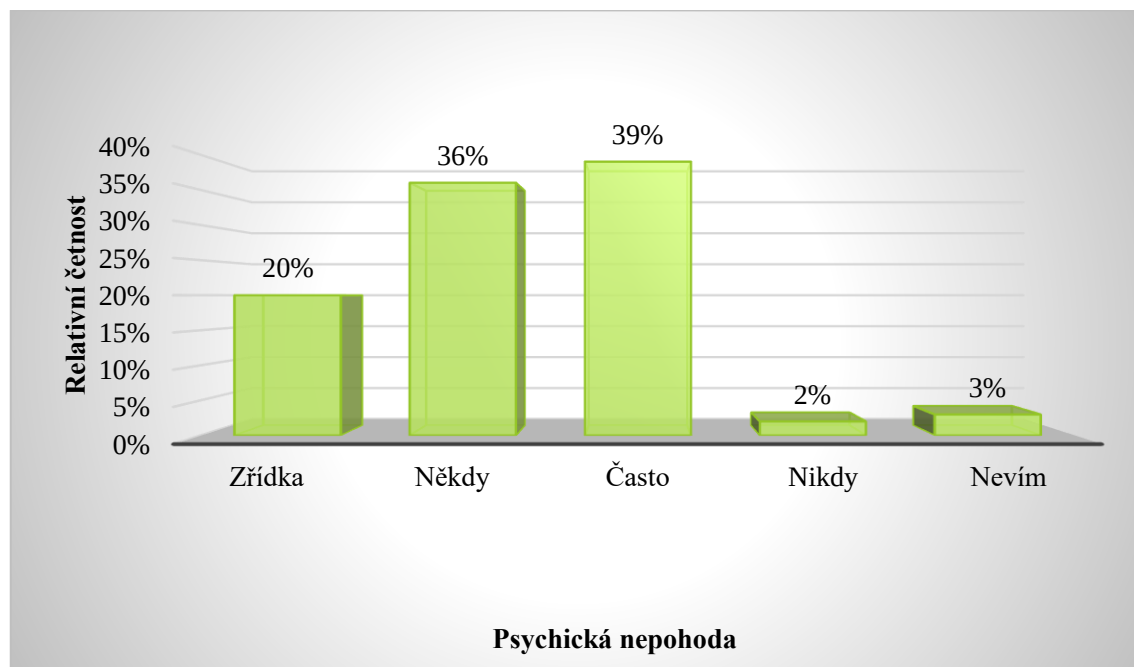


Graf 21 Informování pacientů o průběhu pooperační péče

Z grafu 21 vyplývá, že celkem 66 (66 %) respondentů považuje pacienty za dostatečně edukované o průběhu pooperační péče. Z této skupiny 29 (29 %) respondentů odpovědělo „ano“ a 37 (37 %) „spíše ano“, pacienti jsou dostatečně informováni. Naopak celkem 32 (32 %) respondentů si myslí, že pacienti nejsou dostatečně informováni. 8 (8 %) respondentů odpovědělo „ne“ a 24 (24 %) odpovědělo „spíše ne“. Možnost „nevím“ využila 2 % respondentů.

2.6.22 Psychická nepohoda u pacientů po operaci štítné žlázy

V grafu 22 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jak často se setkáváte s psychickou nepohodou u pacientů po operaci štítné žlázy?“

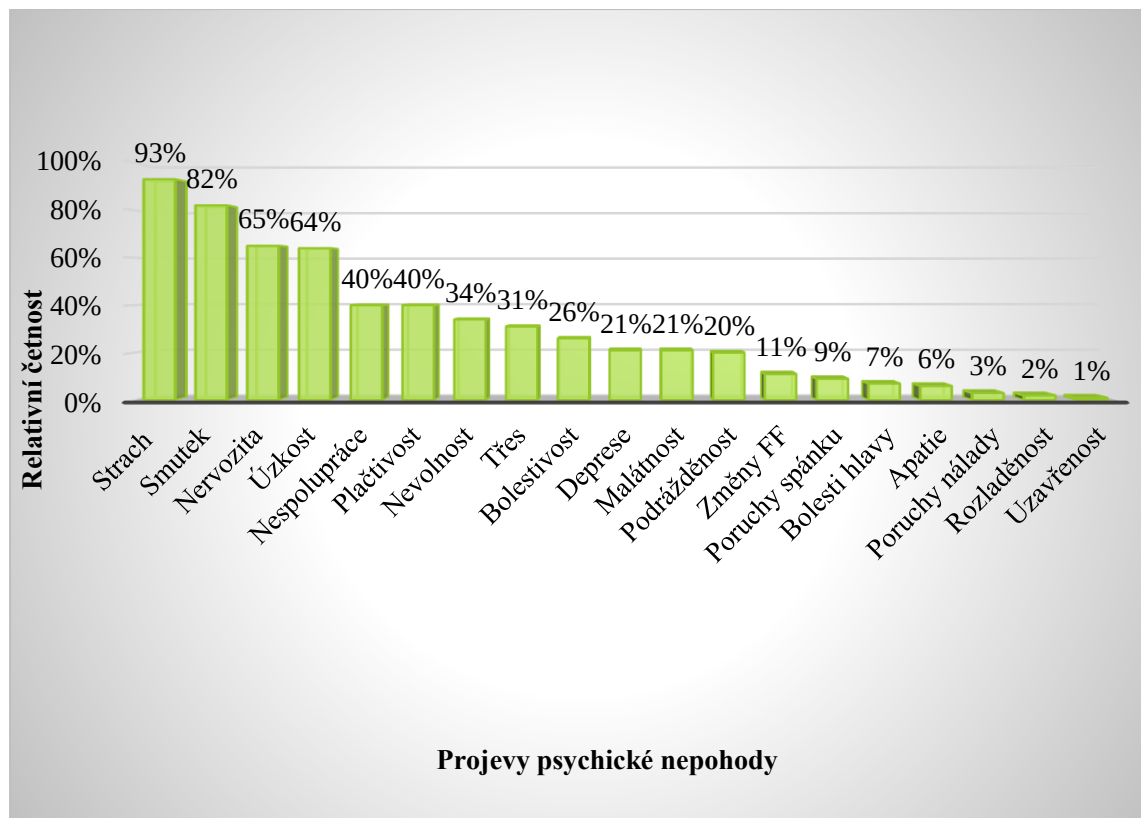


Graf 22 Psychická nepohoda

V grafu 22 jsou graficky znázorněny odpovědi respondentů. Většina respondentů se s psychickou nepohodou u pacientů po operaci štítné žlázy setkává. Odpověď „často“ uvádí 39 (39 %) respondentů a odpověď „někdy“ 36 (36 %) respondentů. 20 respondentů (20 %) uvedlo odpověď „zřídka“ a jen 2 respondenti (2 %) uvedli odpověď „nikdy“. Možnost „nevím“ využila 3 % respondentů.

2.6.23 Projevy psychické nepohody

V grafu 23 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jaké jsou nejčastější projevy psychické nepohody u pacienta po operaci štítné žlázy?“

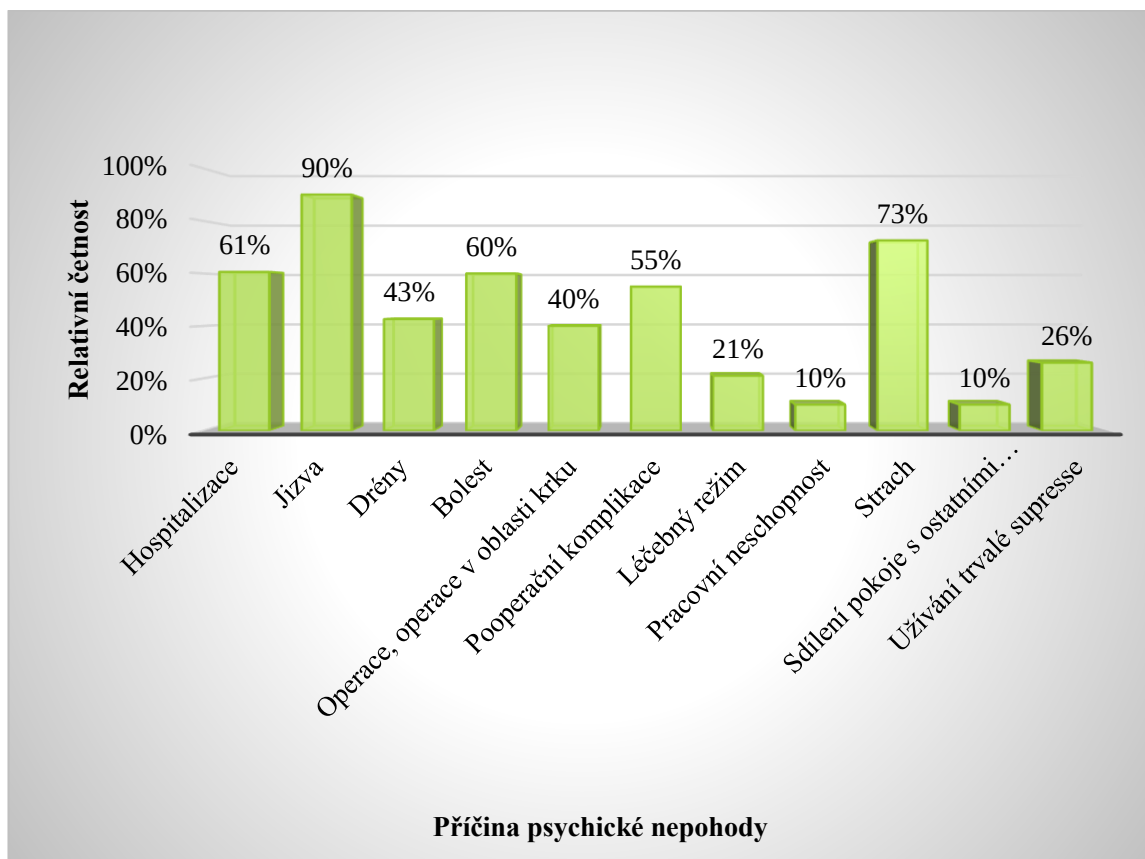


Graf 23 Projevy psychické nepohody

V grafu 23 jsou prezentována data, která respondenti uvedli. Je patrné, že nejčastějším projevem psychické nepohody je podle 93 % respondentů strach. Dále následuje: smutek – 82 %, nervozita – 65 %, úzkost – 64 %, nespokojenost – 40 % a pláčtivost – 40 %, nevolnost – 34 %, těs – 31 %, bolestivost – 26 %, deprese – 21 % a malátnost – 21 %, podrážděnost – 20 %, změny FF – 11 %, poruchy spánku – 9 %, bolesti hlavy – 7 %, apatie – 6 %, poruchy nálady – 3 %, rozladěnost – 2 % a uzavřenost – 1 %.

2.6.24 Příčina psychické nepohody

V grafu 24 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Co je nejčastější příčinou psychického dyskomfortu u pacienta po operaci štítné žlázy?“

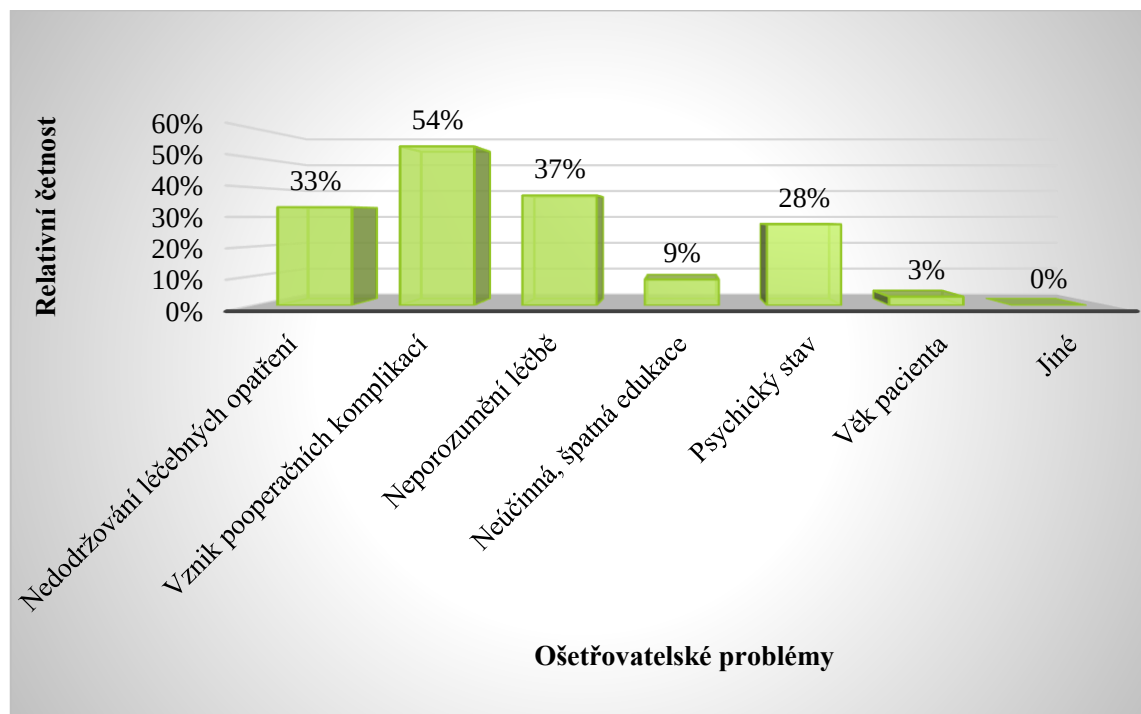


Graf 24 Příčina psychické nepohody

V grafu 24 jsou zmapovány příčiny psychické nepohody u pacientů. Nejvíce respondentů uvedlo za příčinu jizvu – 90 %. Dále následuje: strach – 73 %, hospitalizace – 61 %, bolest – 60 %, pooperační komplikace – 55 %, drény – 43 %, operace neboli operace v oblasti krku – 40 %, užívání trvalé suprese – 26 %, léčebný režim 21 %. Na posledním místě uvedlo 10 % respondentů pracovní neschopnost a shodně sdílení pokoje s ostatními pacienty – 10 %.

2.6.25 Ošetrovatelské problémy u pacientů po operaci štítné žlázy

V grafu 25 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „S jakými ošetrovatelskými problémy se u pacientů po operaci štítné žlázy nejčastěji setkáváte?“

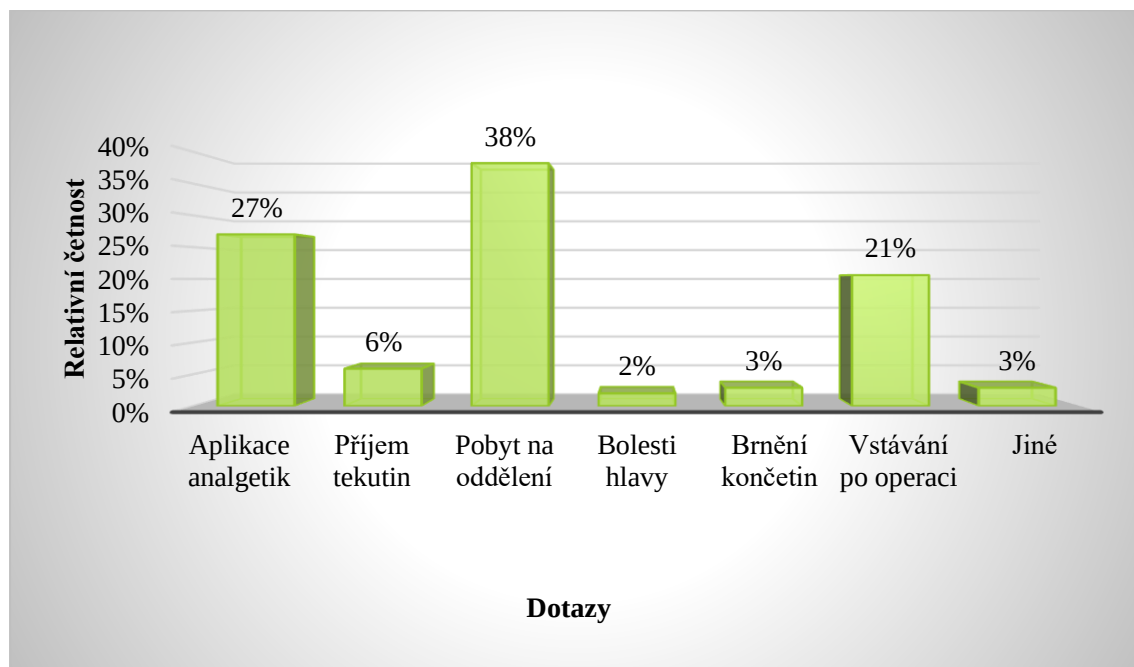


Graf 25 Ošetrovatelské problémy

V grafu 25 mohli respondenti uvést více odpovědí. Ze získaných dat jsou patrné nejčastější příčiny vzniku ošetrovatelského problému. Respondenti se setkávají u pacientů s ošetrovatelskými problémy: vznik pooperačních komplikací – 54 %, neporozumění léčbě a léčebnému režimu – 37 %, nedodržování léčebných opatření – 33 %, problémy plynoucí z psychického (mentálního) stavu pacienta – 28 %, neúčinná a špatná edukace pacienta – 9 %. Problematický věk pacienta považují za ošetrovatelský problém 3 % respondentů.

2.6.26 Nejčastější dotazy

V grafu 26 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jaké nejčastější dotazy mají pacienti při poskytování pooperační ošetrovatelské péče?“

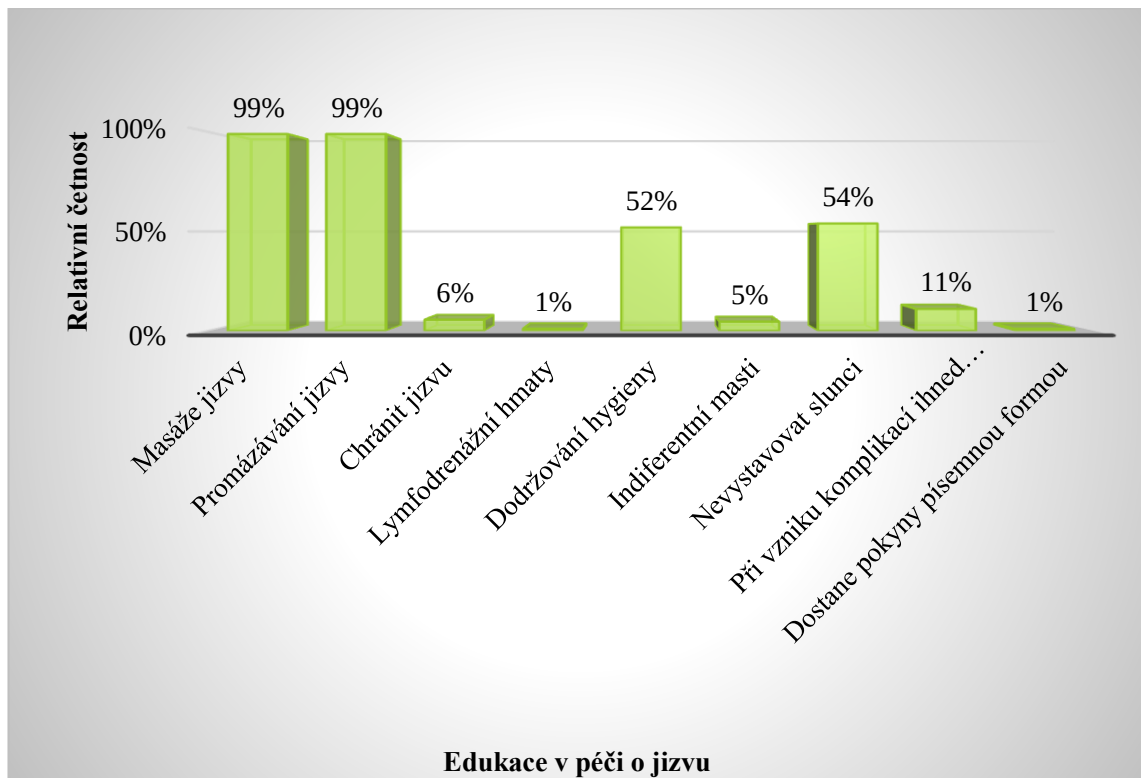


Graf 26 Dotazy pacientů

Z grafu 26 je patrné, jaké nejčastější dotazy dle respondentů mají pacienti v průběhu hospitalizace. Respondenti mohli uvést jednu odpověď. Nejčastější dotaz pacientů se týkal pobytu na oddělení. Pobyt na oddělení uvedlo 38 (38 %) respondentů, dotazy na aplikaci analgetik označilo 27 (27 %), vstávání po operaci 21 (21 %). Příjem tekutin uvedlo 6 (6 %) respondentů, brnění končetin 3 (3 %) a bolesti hlavy uvedli 3 respondenti (3 %). Možnost „jiné“ využila 2 % respondentů. Ti uvedli další dotazy pacientů, které se týkaly výsledku operace, velikosti a vzhledu jizvy.

2.6.27 Edukace v péči o jizvu u pacientů po operaci štítné žlázy

V grafu 27 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „O čem edukujete pacienta v oblasti péče o jizvu v domácím prostředí?“

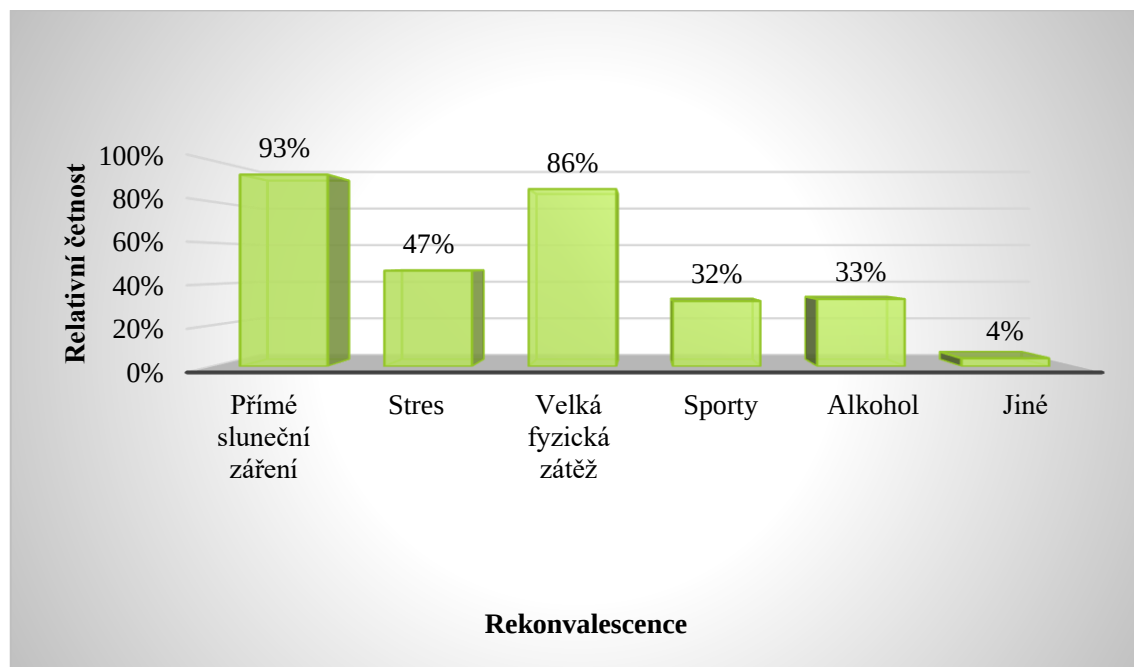


Graf 27 Edukace pacienta v péči o jizvu

Graf 27 mapuje edukaci pacientů v péči o jizvu. Vyhodnocená data znázorňují informace, které pacientům poskytují respondenti. 99 % respondentů edukuje pacienta o promazávání a masáži jizvy, 54 % respondentů doporučuje pacientům nevystavovat jizvu slunci, 52 % doporučuje dodržování hygieny. Při vzniku komplikací ihned vyhledat lékaře – 11 %, chránit jizvu – 6 %, indiferentní masti – 5 %, lymfodrenážní hmaty doporučuje 1 % respondentů. Poslední 1 % respondentů odpovědělo, že pacienta ústně needukují, pacienti dostávají informační letáček.

2.6.28 Rekonvalescence u pacientů po operaci štítné žlázy

V grafu 28 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Čeho se mají pacienti vyvarovat v době rekonvalescence?“



Graf 28 Rekonvalescence

Z grafu 28 je vidět, čeho by se měli pacienti dle respondentů nejvíce vyvarovat. Respondenti mohli v dotazníku uvádět více odpovědí. Na prvním místě uvedlo 93 % respondentů přímé sluneční záření, následuje velká fyzická zátěž – 86 %, stres – 47 %, požívání alkoholu – 33 %, provozování sportů – 32 %. Možnost jiné uvedla 4 % respondentů. Ti doporučují pacientům vyvarovat se těsnému a nevhodnému oblečení v okolí jizvy.

2.6.29 Lázeňská léčba u pacientů po operaci štítné žlázy

V grafu 29 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Edukujete pacienta o možnostech lázeňské léčby?“

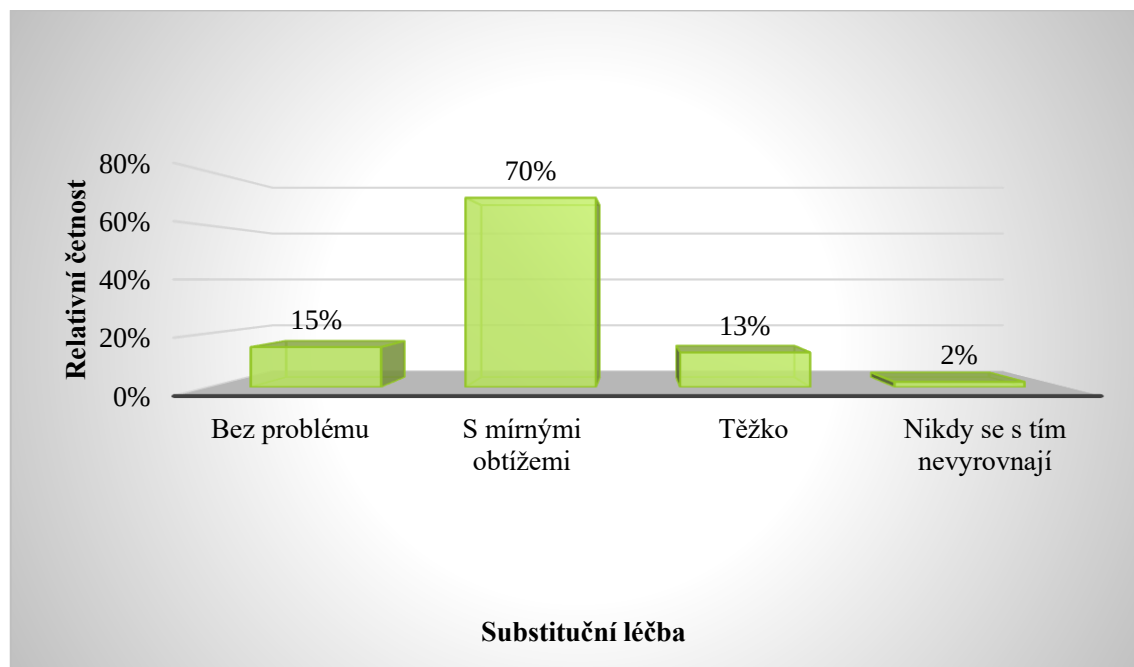


Graf 29 Lázeňská léčba

Z grafu 29 je patrné, kolik respondentů informuje pacienty o možnostech lázeňské léčby. Výsledky výzkumu naznačují, že celkem 78 (78 %) respondentů pacienty neinformuje o dané možnosti léčby. Z této skupiny odpovědělo 58 (58 %) respondentů „ne“ a 20 (20 %) respondentů „spíše ne“. Další skupinou je 21 (21 %) respondentů, kteří pacienty edukují o možnostech lázeňské léčby. Z této skupiny 10 (10 %) respondentů odpovědělo „ano“ a 11 (11 %) respondentů odpovědělo „spíše ano“, pacienty informujeme o těchto možnostech léčby.

2.6.30 Informace o substituční léčbě u pacientů po operaci štítné žlázy

V grafu 30 jsou uvedeny odpovědi na otázku: „Jak se pacienti vyrovnávají s informací o trvalé substituční léčbě hormonů štítné žlázy?“



Graf 30 Substituční léčba

V grafu 30 jsou zmapovány odpovědi respondentů. S mírnými obtížemi se pacienti vyrovnávají se substituční léčbou dle 70 (70 %) respondentů. Bez problému tolerující léčbu pacientů uvádí 15 (15 %) respondentů a 13 (13 %) dotázaných uvedlo odpověď „těžko“. Pacienty, kteří se nikdy nevyrovnají se substituční léčbou, uvedli 2 respondenti (2 %).

2.7 Diskuze

V bakalářské práci jsem se zabývala výzkumným šetřením, jehož cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy.

V diskuzi se budu postupně věnovat jednotlivým výzkumným otázkám, které jsem si stanovila na začátku bakalářské práce. Výsledky výzkumu jsou porovnány s bakalářskou prací Michaely Novákové na téma „Pooperační komplikace u pacientů s onemocněním štítné žlázy“ z roku 2015 (Nováková, 2015). K analýze byla současně použita odborná literatura na téma: „Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium“ z roku 2013, jejímž autorem je Mgr. Eva Janíková a PhDr. Renáta Zeleníková, PhD. (Janíková, Zeleníková, 2013).

Úvod výzkumného šetření charakterizuje vzorek zúčastněných respondentů a blíže specifikuje výzkumné prostředí. Nejvíce respondentů je ženského pohlaví ve věku od 40 do 59 let, má středoškolské vzdělání a pracuje na chirurgickém oddělení. Ve zdravotnictví a na současném pracovišti pracují méně jak 5 let.

Nováková (2015) ve své bakalářské práci uvádí, že 70 % respondentů bylo operováno a hospitalizováno na chirurgickém oddělení. Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že nejpočetnější skupina respondentů, která se setkává s pacienty po operaci štítné žlázy, pracuje na chirurgickém oddělení. Chirurgické oddělení se stalo stěžejní pro obě výzkumná šetření.

Z mého výzkumu mimo jiné vyplývá, že většina respondentů (78 %) se s pacienty po operaci štítné žlázy na svém pracovišti setkává. Nejrozšířenější typ operačního zákroku na štítné žláze je totální tyreoidiektomie (odstranění celé štítné žlázy, uvedlo 70 % respondentů). Výsledek věrně koresponduje se slovy Janíkové a Zeleníkové. Ty zmiňují, že četnost totální tyreoidiektomie je 80 až 90 % (Janíková, Zeleníková, 2013). Výsledek je možný porovnat s výsledkem výzkumu Novákové (2015), která totální tyreoidiektomii uvádí u 96 % respondentů. Astl (2013) ve své knize prezentuje výsledky retrospektivní studie (období 20 let), kde totální tyreoidiektomie je nejčastěji zastoupený typ výkonu (viz příloha č. 3). Jak uvádí Matt (2013), totální tyreoidiektomie je indikována především u maligních nálezů, polynodózních strum, u závažných stavů hypertyreózy a u těhotných žen, které nelze léčit léky.

Na základě získaných dat je struma nejčastější indikace vedoucí k operaci, dle 42 % respondentů. Výsledek je možné porovnat s retrospektivní studií operovaných pacientů pro onemocnění štítné žlázy na Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK v letech 1991 – 2010 (viz příloha č. 4). Studie uvádí strumu za nejpočetněji zastoupenou diagnózu operovaných pro benigní nemoci štítné žlázy (cca 56 %). Výsledky výzkumného šetření jsou srovnatelné (Astl, 2013).

První výzkumná otázka zněla: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy?

K vyhodnocení výzkumné otázky, posloužil sběr dat dotazníkového šetření (otázky č. 10, 11, 12, 18, 19, 20).

V otázce číslo 10 jsem se zaměřila na polohu pacienta po operaci štítné žlázy. V odborné literatuře (Janíková, Zeleníková, 2013) je poloha pacienta po operaci štítné žlázy zařazena mezi specifickou ošetrovatelskou péčí. Proto jsem tuto otázku zakomponovala do dotazníkového šetření. Fowlerova poloha, správné postavení hlavy a podložení šíje umožní lepší výměnu dýchacích plynů, snazší odtok sekretu z rány, zabrání hyperextenzi krku a zároveň chrání integritu linie sutury. Při změně polohy je nutná podpěra krku, pacient může použít k podpěře vlastní ruce (Matt, 2013). Z výzkumného šetření vyplynulo, že 93 % respondentů ukládá pacienty do Fowlerovy polohy. Ostatní respondenti volí spíše polohu ortopnoickou nebo nechávají pacienta vybrat si polohu, která mu přináší úlevu.

Otázka číslo 11 mapuje názor sester, zda vnímají rozdílnost ošetrovatelské péče mezi pacienty po operaci štítné žlázy a pacienty po jiných operačních výkonech. Celkem 53 % z dotazovaného souboru respondentů uvedlo, že rozdíl v ošetrovatelské péči vnímá. Jak uvádí Janíková a Zeleníková (2013), v rámci ošetrovatelské péče v chirurgii je nutná znalost operačního výkonu, znalost možných pooperačních komplikací a rizik. Je zásadní rozeznání odchylek od běžného pooperačního průběhu, zaznamenání varovných signálů značící komplikace a zahájení včasné intervence.

U otázky číslo 12 jsou prezentovány a analyzovány odpovědi respondentů, zda považují ošetrovatelskou péči u pacientů po operaci štítné žlázy z jejich pohledu za náročnější. Celkem 80 % respondentů odpovědělo, že nikoliv. Na pracovištích, která mají dostatek zkušeností, je v současné době operace štítné žlázy považována za relativně běžný

chirurgický výkon, který má minimum komplikací a není pro pacienta významně zatěžující (Jiskra, 2011).

Otázkou číslo 18 jsem mapovala ošetrovatelské intervence, které sestry provádějí v rámci prevence vzniku možných komplikací. Výsledky výzkumného šetření zároveň nepřímo prezentují názor respondentů, jak důležité jsou dané intervence v rámci prevence komplikací. Respondenti si mohli vybrat více odpovědí. Z analýzy získaných dat vyplynulo, že 91 % respondentů nejčastěji sleduje a zároveň považuje za důležité sledovat celkový stav pacienta. 87 % respondentů kontroluje operační rány, 82 % kontroluje odpady z drénu, 80 % sleduje fyziologické funkce, 72 % označilo vedení ošetrovatelské dokumentace a 70 % respondentů považuje za důležité odběry. Nejméně respondentů provádí v rámci prevence kontrolu fonace, přesněji se jedná o 66 %.

Specifická pooperační péče je ovlivněna standardy daného oddělení, druhem operačního výkonu, požadavky operátora a stavem pacienta. U pacientů po operaci štítné žlázy se sestra zaměřuje na včasnou detekci specifických komplikací (Janíková, Zeleníková, 2013). U pacientů je vyžadována pečlivá pooperační ošetrovatelská péče, aby se zabránilo možným komplikacím (Matt, 2013).

U otázky číslo 19 jsem se zajímala o ošetrovatelské výkony, které respondenti provádějí u pacientů po operaci štítné žlázy. Z odpovědí vyplynulo, že 91 % respondentů uvedlo sledování fyziologických funkcí pacienta za nejvíce prováděný ošetrovatelský výkon. Druhou nejčastější ošetrovatelskou intervencí je sledování bolesti (89 %). Následuje kontrola hlasu – fonace (87 %), 80 % respondentů sleduje polykání, 79 % krvácení a šok, 78 % kontroluje správnou polohu pacienta, 78 % parestézii prstů a okolí úst, 77 % zajišťuje signalizační zařízení, 75 % zajišťuje intimitu, 74 % plní potřeby a přání pacienta, 74 % sleduje příznaky tyreotoxické krize, 72 % provádí odběry krve, 70 % sleduje operační rány a průchodnost dýchacích cest, 67 % vede ošetrovatelskou dokumentaci, 65 % sleduje bilanci tekutin, 63 % sleduje vyprazdňování, 62 % podává léky dle ordinace lékaře, 57 % sleduje celkový stav pacientů a 54 % kontroluje odpady z rány. Nejméně respondentů, a to 40 %, provádí vypodložení krku po operaci. Vitální funkce, stav vědomí se monitoruje v pravidelných intervalech, určené operátorem a anesteziologem. Nesmíme opomíjet monitorování bolesti a dostatečnou analgetizaci (Janíková, Zeleníková 2013; Astl, 2013).

Otázka číslo 20, a následně i graf, znázorňuje nejdůležitější ošetrovatelský výkon z pohledu respondenta. Za nejdůležitější intervenci považuje 89 % respondentů sledování polykání, 87 % sledování průchodnosti dýchacích cest, 85 % sledování fyziologických funkcí, 82 % uvedlo sledování bolesti, 75 % kontrolu hlasu a fonace, 73 % sledování krvácení a šoku, 72 % podávání medikace dle ordinace lékaře, 70 % sledování bilance a příjmu tekutin, 52 % odběry krve, 52 % správnou polohu pacienta, 48 % sledování operační rány, 47 % sledování parestzie prstů a okolí úst, 47 % vypodložení krku, 46 % sledování celkového stavu pacienta, 41 % kontrola odpadů z rány, 33 % vedení ošetrovatelské dokumentace. Zajištění signalizačního zařízení uvedlo 32 % dotázaných, plnění potřeb a přání pacienta 24 %, sledování vyprazdňování 23 %, zajištění intimity 18 %. Pouhých 9 % respondentů uvedlo sledování příznaků tyreotoxické krize.

Po operaci štítné žlázy je kladen velký důraz na intenzivní sledování prvních 24 hodin po operaci, kdy hrozí chirurgická rizika a závažné komplikace. Pooperační péče se zaměřuje na monitorování příznaků pooperačních komplikací: pooperační krvácení, poranění nervus laryngeus recurrens, hypokalcemie. Sesterské intervence jsou zaměřeny na sledování krvácení v operačním poli, kontrolu krytí operační rány, kontrolu obsahu drénu a vitálních funkcí. Z vitálních funkcí je zásadní monitorování saturace krve kyslíkem (SpO₂). Při respirační insuficienci (nedostatečnosti) a při snížené saturaci krve kyslíkem, se pacientům po operaci štítné žlázy podává kyslík (kyslíkové brýle nebo maska). Příznakem léze nervus laryngeus recurrens může být chrapot a dušení. Pacient po operaci opakuje slova, která obsahují písmeno „r“. V případě, že pacient slovo nevysloví, existuje reálná možnost poranění zvrtného nervu. Sestry v rámci prevence pooperační hypokalcemie, provádějí první a třetí pooperační den kontrolní odběry krve. Sledují parestzii prstů, okolí úst a křeče (Janíková, Zeleníková, 2013).

První výzkumná otázka „Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy?“ byla zodpovězena (viz příloha č. 5). Podrobnější zpracování v kapitole: 1.11.

Druhá výzkumná otázka zněla: S jakými nejčastějšími ošetrovatelskými problémy se sestry u pacientů po operaci štítné žlázy setkávají?

K této výzkumné otázce se vztahují získaná data z dotazníkového šetření (otázky č. 13, 14, 15, 17, 22, 23, 24, 25).

Otázka číslo 13 mapovala pooperační komplikace. Celkem 54 % respondentů uvedlo, že se poměrně často setkávají u pacientů s pooperačními komplikacemi. Výsledky s prací Nováková (2015), která uvádí komplikace v 26 %, se neshodují.

Otázka a graf číslo 14 prezentuje, jaké specifické pooperační komplikace mohou u pacientů po operaci štítné žlázy nastat. Nejvíce respondentů 82 %, jmenovalo na prvním místě poruchy fonace. Následovala hypokalcemie, kterou uvedlo 67 % respondentů, pooperační chrapot a krvácení uvádí 63 % dotázaných, laryngospasmus 59 %, brnění končetin 54 %, nauzeu a zvracení 34 % a tyreotoxickou krizi zaznamenává 25 % respondentů. Na posledním místě uvedlo 19 % respondentů poruchy rytmu. V odborné literatuře jsou popsány klasické komplikace spojené s odstraněním štítné žlázy: hypothyreóza, poranění zvrtného nervu, tyreotoxická krize, krvácení s hematodem, infekce rány, hypoparathyreoidismus (je stav, kdy poraněná příštítná tělíska neprodukují dostatečně parathormon, což vede k nízké hladině vápníku a vysoké hladině fosforu v krvi) a tracheomalacie (je stav postihující průdušnici, který může vést k jejímu kolapsu a udušení). Plicní problémy a infekce rány jsou relativně vzácné (Astl, 2013).

Otázka číslo 15 monitoruje výsledky odpovědí respondentů, s jakými komplikacemi u pacientů se nejčastěji setkávají. Nejvíce respondentů 68 % uvedlo pooperační chrapot, následují poruchy fonace 56 %, krvácení 50 %. Prezentované výsledky se shodují s výsledky otázky číslo 14. Brnění končetin uvádí 48 % respondentů, nauzeu a zvracení 48 %, hypokalcemie 37 %, laryngospasmus 31 %, poruchy rytmu 26 %, tyreotoxickou krizi uvedla 4 % respondentů. Data získaná z mého výzkumného šetření, kdy respondenti uvádí nejčastější komplikace (chrapot, poruchy fonace, brnění končetin a krvácení), jsou srovnatelná s výsledky, které uvádí ve své práci Nováková (2015). Ta uvádí nejčastější komplikace: brnění končetin, chrapot a krvácení. Pooperační krvácení se považuje za závažné, když se v operačním poli nahromadí 50-100 ml krve. Vytvořený hematoma může utlačovat hrtan a průdušnici (Janíková, Zeleníková, 2013). Chrapot a poruchy fonace mohou značit poranění zvrtných nervů. Na Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK v letech 1991 – 2010, nebyla zaznamenána žádná trvale oboustranná paréza zvrtných nervů. Byly zjištěny pouze tři dočasné oboustranné parézy, kdy k obnovení hybnosti došlo v rozmezí 25-185 dnů po operaci. Ve dvou případech byla prováděna operace na straně jediného funkčního nervu, kdy při předchozí operaci na jiném pracovišti vznikla jednostranná paréza. Recidiva onemocnění byla indikací k revizi na straně funkčního nervu a došlo k jeho poranění (Astl, 2013). Brnění končetin může upozorňovat

na hypokalcemii. Trvalá hypokalcemie je spojována s hypoparatyreózou (snížená funkce příštítných tělísek, s následnou sníženou produkcí parathormonu, který neuvolňuje dostatek vápníku z kostí do krve, a proto je kalcemie snížená). Přechodná hypokalcemie je kompenzována do 90 dnů po operaci (Šafránková, Nejedlá, 2015; Astl, 2013).

Výskyt komplikací se významně snížil, ale bylo by chybou považovat operační výkon za snadný. Komplikace se častěji vyskytují u reoperací a karcinomů než u primárních výkonů a benigních nálezů. Nejobávanější komplikací v chirurgii štítné žlázy je poranění, přerušení nervus laryngeus recurrens. Následkem poškození jsou poruchy fonace, dýchání a mohou mít i za následek přechodnou či trvalou tracheostomii (Duda a kol., 2012).

Otázka číslo 17 mapuje postup respondentů při vzniku komplikací. 94 % respondentů informuje lékaře a 86 % respondentů zajistí pacienta. 44 % respondentů preferuje zklidnění pacienta, 19 % upřednostňuje vzájemnou spolupráci a 18 % vzájemnou komunikaci. Pomůcky pro resuscitační péči by připravilo 12 % respondentů. Mezi nejobávanější komplikace patří krvácení do rány s útlakem dýchacích cest. Sestra přivolá lékaře, který provede rozpuštění stehů, vypuštění hematomu a následuje rychlá revize na operačním sále (Janíková, Zeleníková, 2013). Pacient vyžadující intenzivní sledování je přeložen na JIP v doprovodu lékaře a sestry.

Následující otázky číslo 22, 23 a 24 se týkaly psychické nepohody pacienta. Z odpovědí na otázku číslo 22 vyplynulo, že 95 % respondentů se s psychickou nepohodou u pacientů skutečně setkává.

Otázka číslo 23 prezentuje nejčastější projevy psychického dyskomfortu. Psychická nepohoda u pacienta se dle respondentů projevuje nejčastěji strachem, který uvedlo 93 % respondentů, smutkem (82 %). Nejméně je uváděna uzavřenost (1 %). Výzkum ukazuje, jak je důležitý empatický přístup, vstřícná komunikace a snaha o zmírnění strachu nemocného.

U otázky číslo 24 respondenti uvádějí, že příčinou psychické nepohody u nejvíce pacientů je pooperační jizva (90 %) a strach (73 %). Jak uvádí Mandincová (2011), strach a obavy převládají v různé míře u každého pacienta. Míra strachu je ovlivňována prostředím, opakovanou hospitalizací, omezením osobního a tělesného soukromí.

Otázka číslo 25 prezentuje odpovědi respondentů, s jakými ošetrovatelskými problémy se nejčastěji setkávají. Z odpovědí vyplynulo, že nejčastějším ošetrovatelským problémem je dle 54 % respondentů vznik pooperačních komplikací. 37 % respondentů uvádí, že pacienti neporozuměli léčbě a léčebnému režimu. 33 % respondentů uvádí, že nejsou dodržována léčebná opatření. Dle 28 % respondentů je problémem psychický stav pacienta. 9 % respondentů uvádí nedostatečnou edukaci pacienta a pouze 3 % respondentů považují věk pacienta za problematický. Dle mého názoru je vhodné upozornit, že nezanedbatelnou součástí u onemocnění štítné žlázy tvoří kromě tělesných symptomů i příznaky psychické. V počátcích diagnostiky mohou být zaměněné za psychická onemocnění. Klinicky bývá podobnost hypotyreózy a deprese (zoufalství, zmatenost, objevují se bludy...), hypertyreózy a mánie (narušení úsudku, orientace, pozornosti, paměti, noční můry...). Někdy jsou symptomy natolik závažné, že nabývají psychiatrického rázu (Mandincová, 2011).

Otázka číslo 25 a předešlé otázky 13, 14, 15, 17, 22, 23, 24 umožnily odpovědět na druhou výzkumnou otázku.

Třetí výzkumná otázka zněla: Jaká je informovanost pacientů ze strany sester?

K této výzkumné otázce se vztahují data získaná z dotazníkového šetření (otázka číslo 16, 21, 26, 27, 28, 29, 30).

U otázky číslo 16 jsem se zajímala o názor respondentů, zda jsou pacienti dostatečně informováni o možnosti vzniku komplikací. Celkem 74 % respondentů uvedlo, že jsou pacienti dostatečně informováni. Naopak celkem 25 % respondentů si myslí, že pacienti dostatečně edukováni nejsou. Nováková (2015) ve své práci prezentuje výsledky svého výzkumu a uvádí, že 100 % respondentů bylo dostatečně seznámeno se vznikem možných komplikací. Získaná data z výzkumných prací se neshodují.

Z odpovědí na otázku číslo 21 vyplynulo, že informovanost pacienta o pooperační péči považuje většina respondentů (66 %) celkově za dostačující a 32 % za nedostačující. Výsledky práce Novákové (2015), kdy 94 % respondentů označilo informovanost o operačním výkonu a průběhu hospitalizace za dostatečnou, se neshodují.

Z 26. otázky v dotazníku vyplývá, že nejčastější dotaz pacientů se týká pobytu na oddělení. Pobyt na oddělení označilo 38 % respondentů. Druhým nejčastějším dotazem (27 %) je aplikace analgetik. Dále následuje (21 %) vstávání po operaci, příjem tekutin

(6 %). 3 % respondentů uvádí dotazy týkající se brnění končetin a 2 % uvádí dotazy ohledně bolesti hlavy. Jak uvádí Janíková a Zeleníková (2011), pacient je propuštěn dle stavu 3.-5. pooperační den. Současně je pacient poučen o komplikacích, které mohou nastat. Je poučen o nutnosti a termínu další kontroly v ambulanci chirurga a endokrinologa. V den operace má pacient parenterální výživu, kdy 2-4 hodiny po výkonu dostává čaj a další tekutiny dle tolerance. Vstát z lůžka za pomoci sestry může pacient první pooperační den. Pacient může pociťovat bolest v operační ráně, která postupně odezní za 24 až 48 hodin.

Jak uvádí Astl (2013), mohou nastat rizika (poruchy hybnosti a postavení krční páteře, bolesti páteře a hlavy), která jsou spojená s polohou operovaného na operačním stole. Dle Janíkové a Zeleníkové (2011) je důležité monitorování bolesti a dostatečná analgetizace dle ordinace lékaře. Brnění končetin je známkou hypokalcemie, projevuje se nejčastěji 1.-5. pooperační den. Mírná forma se projevuje brněním akrálních částí těla a výraznější hypokalcemie je doprovázená křečmi.

Otázka číslo 27 mapuje edukaci pacienta v oblasti péče o jizvu po propuštění. Z grafu vyplynulo, že 99 % respondentů informuje pacienty o masáží a promazávání jizvy po operaci. Zbýlé jedno procento uvedlo, že pacientům rozdává informační letáček. Pacient je poučen, jak pečovat o jizvu po odstranění stehů. Keloidní hojení rány je možnou komplikací po operaci a nejčastější léčba je kortikoidy (Astl, 2013). V odborné literatuře je uvedeno, že s keloidním typem hojení rány se setkáváme častěji v dětské populaci, a to u 50 % operovaných (Astl, 2013).

V otázce číslo 28 jsem se zajímala o problematiku v období rekonvalescence, čeho by se měli pacienti vyvarovat v tomto období. Z grafu vyplývá, že 93 % respondentů doporučuje pacientům vyvarovat se přímému slunečnímu záření. Na druhém místě uvedlo 86 % respondentů velkou fyzickou zátěž. 47 % respondentů uvedlo, že by se měli vyvarovat stresu. 33 % nedoporučuje alkohol a 32 % sporty. 4 % respondentů varují před těsným a nevhodným oblečením v okolí jizvy.

Otázka číslo 29 mapuje, zda respondenti informují pacienty o možnostech lázeňské léčby. Z analýzy dat vyplynulo, že celkem 78 % z dotazovaných respondentů pacienty o lázeňské léčbě neinformuje. Lázeňské doléčení indikuje endokrinolog (např. Lázně Lipová v Jeseníkách).

Poslední otázka číslo 30 se týká pacientů, jak se vyrovnávají s informací o trvalé substituční léčbě. Z výzkumu vyplývá, že s nutností substituční léčby se pacienti vyrovnávají s mírnými obtížemi a to dle 70 % respondentů. Problematika vyžaduje citlivý přístup a empatii při edukaci pacienta. Substituční léčbu hormonů štítné žlázy ordinuje a upravuje endokrinolog.

Předešlé otázky číslo 16, 21, 26, 27, 28, 29 a 30 umožnily odpovědět na třetí výzkumnou otázku. Třetí výzkumná otázka byla zodpovězena.

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Respondenti, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, prokázali znalost a schopnost rozpoznat možné pooperační komplikace. Dokázali rozpoznat důležitost ošetrovatelských výkonů. Výzkumné šetření přesto prokázalo, že ošetrovatelská péče u pacientů po operaci štítné žlázy vyžaduje neustále zkvalitňování a rozšiřování. Nové technologie v chirurgii štítné žlázy vyžadují neustálé doplňování znalostí.

Jedna z možností je přístup zaměstnavatele, který může zajistit pravidelné proškolení zdravotnického personálu. Zaměstnanci jistě ocení motivaci k celoživotnímu vzdělávání a podporu ve studiu při zaměstnání. Pravidelné aktualizování interních dokumentů, ošetrovatelských standardů, pravidelná dostupnost aktuální odborné literatury, odborné kurzy, účast na konferencích a další edukační aktivity, mohou ve svém důsledku zlepšit a zkvalitnit ošetrovatelskou péči. Kontrolní interní audity mohou upozornit na případné nedostatky a navrhnout nápravu.

Každá sestra si musí uvědomit, že je nutné po celý život se vzdělávat. Celoživotní vzdělávání umožňuje obnovovat, zvyšovat, prohlubovat a doplňovat vědomosti, dovednosti v příslušném oboru. Umožní seznámit se s jeho rozvojem a s nejnovějšími vědeckými poznatky. Je důležité sledovat novinky a nové trendy v ošetrovatelství.

Dostatek zdravotnického personálu, vhodné pracovní zázemí a prostředí nemalou měrou ovlivňuje chování a výkonost zdravotníků.

Pooperační komplikace u pacientů po operaci štítné žlázy jsou považovány za nejvýraznější ošetrovatelský problém. Dle mého názoru, lze pooperační komplikace výrazně snížit dodržováním preventivních opatření, kvalitní edukací pacienta o předoperační přípravě a pooperačním režimu. Velký význam má seznámení pacienta

s postupem a rozsahem chirurgického výkonu a s možností vzniku komplikací. Je důležitá spolupráce všech zúčastněných, zdravotníků i pacienta. Nesmí se podcenit psychická příprava pacienta.

Většina pacientů se nachází v psychické nepohodě. Převládají u nich obavy a strach. Řešením je individuální přístup, dostatek informací, zajištění vhodného prostředí. Důležitá je již předoperační psychologická příprava a úzká spolupráce lékaře a pacienta, případně jeho blízkých. Doporučila bych častěji využít péče psychologa.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že značná část pacientů neporozuměla léčbě a léčebnému režimu. Řešení koresponduje s předchozím řešením, které poukazuje na důležitost předoperační přípravy. Tu bych doplnila o možnost informovat pacienta i jinou formou než jen ústní. Například doplněním vhodné techniky při komunikaci s pacientem: telefonická, písemná, elektronická, faxová komunikace. Za přínosné také považuji informační brožury, informační videa, online odkazy, které jsou vytvořeny pro konkrétní nemocnici. Ty mohou pacienta již před nástupem k operaci seznámit s prostředím, s operačním výkonem, s ošetrovatelskou péčí atd. Pacient by nebyl dezinformován, měl by možnost informace postupně vstřebat a kdykoliv si je připomenout. Většina pracovišť informační listy pacientům předkládá, ale bohužel, dle mého názoru, nejsou dostatečné.

Je povzbuzující, že sami respondenti si uvědomují možnost zlepšení a zkvalitnění edukace pacienta. Jak vyplynulo z výzkumného šetření, neúplná edukace představuje častý ošetrovatelský problém. Proto bych navrhovala zlepšit přístup a znalosti edukujících zdravotnických pracovníků. Doporučuji zajistit klidné prostředí a dostatek času, aby informace pro pacienta byly pochopitelné, srozumitelné a pacient mohl vznést doplňující otázky.

Domnívám se, že větší informovanost by zabránila nebo alespoň snížila výskyt psychického dyskomfortu, který uvedlo 96 % respondentů. Za důležitou považuji rovněž kvalitní edukaci pacientů v oblasti domácí pooperační péče, rekonvalescence, úpravě životního stylu, o následných lékařských kontrolách, trvalé dispenzarizaci u endokrinologa, trvalé substituční léčbě. Dostatečná informovanost pacienta se významně podílí na včasném začlenění pacienta do běžného života.

Větší propagaci by si podle mého názoru zasloužila možnost lázeňské léčby, přestože léčbu indikuje endokrinolog. Kladný účinek léčby, vedoucí ke zlepšení celkového zdravotního i psychického stavu pacienta, je nedocenen.

Společnost Merck ve spolupráci s organizací Thyroid Federation International (TFI), v České republice pod záštitou České endokrinologické společnosti ČLS JEP pořádá celosvětovou osvětovou kampaň o onemocnění štítné žlázy. Cílem kampaně je zvýšit povědomí veřejnosti o štítné žláze. Osobně si myslím, že by pomohlo více podobných akcí.

Veřejnost by neměla podceňovat příznaky jako je únava, pocit neklidu, obtížná koncentrace nebo problémy se spánkem. Potíže mohou souviset s onemocněním štítné žlázy. Málokdo si uvědomuje, jak moc štítná žláza ovlivňuje životní spokojenost. Příznaky její poruchy mohou pozvolna zapříčinit osobní izolaci a narušit mezilidské vztahy, ať rodinné nebo pracovní.

Pro celou společnost bych doporučila prevenci, úpravu životosprávy, omezit rizikové faktory a rozšíření screeningu. Považuji za nutné zvyšovat povědomí veřejnosti o onemocnění štítné žlázy.

Tato bakalářská práce může posloužit jako studijní materiál a zároveň může být výchozím bodem pro další výzkumy. Každé výzkumné šetření, které je zaměřeno na onemocnění a léčbu štítné žlázy, považuji za přínosné a zaslouží si podrobnější analýzu.

Závěr

V terapii onemocnění štítné žlázy má chirurgická léčba stále své nepostradatelné místo. Jak uvádí Astl (2013), stále nové metody, mezi které patří robotická chirurgie, miniinvazivní videoasistovaná chirurgie a endoskopická chirurgie, jsou stále novou výzvou nejen pro chirurgy.

Bakalářská práce vypracovaná na téma „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy“, se snaží zmapovat zvláštnosti v ošetrovatelské péči u pacienta po operaci štítné žlázy. Práce je rozdělena na dvě části s názvy „Současný stav problematiky“ a „Výzkumná část“.

Současný stav problematiky se zabývá anatomií a fyziologií štítné žlázy, onemocněním postihující štítnou žlázu, diagnostikou a chirurgickou léčbou. Nedílnou součástí je i ošetrovatelská péče po operačním výkonu na štítné žláze, prevence komplikací a psychosociální aspekty v péči o nemocného. Pro zpracování výzkumné části jsem zvolila kvantitativní metodu. Byla použita metoda dotazníku. Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy (viz příloha č. 5). Podrobné zpracování v kapitole 1.11 (str. 29). Výsledky výzkumu byly porovnány s odbornou literaturou a dalšími výzkumy na podobné téma.

Výzkumné šetření a analýza získaných dat umožnila odpovědět na stanovené výzkumné otázky.

První výzkumná otázka upozornila na zvláštnosti v ošetrovatelské péči. Většina respondentů provádí ošetrovatelské intervence, které jsou současně prevencí vzniku možných komplikací. Respondenti dokázali správně vyhodnotit důležitost ošetrovatelských výkonů a rizika možných komplikací. Přesto, dle výzkumného šetření nejsou intervence prováděné v rámci prevence možných komplikací stoprocentní. Stále je široký prostor ke zkvalitnění a rozšíření ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy.

Druhá výzkumná otázka upozornila na ošetrovatelské problémy. Za nejvýraznější ošetrovatelské problémy považují respondenti vznik pooperačních komplikací, konkrétně pooperační chrapot a poruchy fonace. Téměř všichni respondenti se setkávají u pacientů

s obtížemi psychického rázu. Jak uvádějí sami respondenti, je důležité nepodceňovat prevenci ošetrovatelských problémů.

Třetí výzkumná otázka upozornila, že čtvrtina respondentů uvádí nedostatečnou edukaci pacientů o možnosti vzniku komplikací. Je povzbuzující, že respondenti si uvědomují možnost zlepšení a zkvalitnění edukace pacienta. Spolupráce a komunikace s pacientem je základem pro úspěšnou léčbu.

Odborná literatura uvádí nárůst maligního onemocnění štítné žlázy a stále se snižující věk pacientů.

Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že následné doléčení po totální tyreoidektomii radiojodem by si zasloužilo podrobnější výzkumné šetření. Zhruba 7. až 10. den po operaci pacienta probíhá pooperační kontrola a případné odstranění stehů. Nemocnému je sdělen výsledek histologického vyšetření a následná léčba. Endokrinolog ordinuje substituční terapii nebo další léčbu. Následné doléčení radiojodem probíhá v hypotyreóze, 4-6 týdnů po totální tyreoidektomii na oddělení ONM. Pacient před léčbou omezí přísun jodu (dieta, léky, dezinfekce, kontrastní látky atd.).

Vyšší informovanost o problematice onemocnění a léčbě štítné žlázy může pomoci jak zdravotníkům, tak i pacientům. Zaslouží si naši pozornost a osvojování si stále nových poznatků. Prohloubení znalostí, empatický přístup k pacientům, účinná edukace a týmová spolupráce pomáhá zkvalitnit ošetrovatelskou péči o pacienta.

Výzkumné šetření umožnilo odpovědět na výzkumné otázky a splnit cíl výzkumu. Dané téma bude stále aktuální díky stoupající incidenci onemocnění štítné žlázy.

Vypracování této bakalářské práce mi umožnilo více se seznámit s problematikou onemocnění štítné žlázy. Budu velmi ráda, když tato práce přinese čtenáři nové informace nebo zvýší zájem a povědomí o tomto tématu.

Seznam použité literatury

1. ASTL, Jaromír, 2013. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Maxdorf. 252 s. ISBN 978-807-3453-763.
2. ČIHÁK, Radomír, 2013. *Anatomie*. 3. upr. a dopl. vyd. Editor Miloš Grim. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
3. DUDA, Miloslav a kol., 2012. *Základní výkony ve všeobecné chirurgii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 194 s. ISBN 978-80-244-3234-2. Dostupné také na <http://zakladnivykony.chirurgie.upol.cz/>.
4. FRYŠÁK, Zdeněk, David KARÁSEK a Milan HALENKA, 2014. Hypertyreóza z pohledu klinika. *Interní medicína pro praxi*. **16**(6), 232-235. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/>.
5. FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1,
6. HLOCH, Ondřej, 2014. Vyšetření hlavy a krku. *Propedeutika [online]*. [cit. 2018-06-22]. Dostupné z <http://new.propedeutika.cz/?p=219>
7. HORÁČEK, Jiří, 2017. *Chronická autoimunitní (Hashimotova) thyroditida* [online]. [cit. 2018-06-29] Dostupné z http://www.tydenstitezlazy.cz/1_endo_hashimoto_v2.pdf
8. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
9. JISKRA, Jan, 2010. Racionální diagnostika a léčba nemocí štítné žlázy. *Medicína pro praxi* [online]. **7**(4), 167-172. [cit. 2018-09-06] ISSN 1803-5310. Dostupné z http://Solen_med-201004-0004.pdf
10. JISKRA, Jan, 2011. *Poruchy štítné žlázy: Praktický přehled nejen pro laickou veřejnost*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 46 s. ISBN 978-80-204-2456-3.
11. JISKRA, Jan, 2015. Akutní stavy v tyreologii. *Kardiol Rev Int Med* [online]. **17**(2), 172-177. ISSN 2336-2898 [cit. 2018-07-15] Dostupné z http://www.kardiologickarevue.cz/kardiologicka-revue-clanek/akutni-stavy-v-tyreologii-52121?confirm_rules=1
12. JURAČKOVÁ, Andrea, 2016. *Karcinomy štítné žlázy z pohledu onkologa-systémová léčba*. *Onkologie* 2016. **10**(4). 181-184 [online] ISSN 1803-5345 [cit.

- 2018-06-19] Dostupné z https://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201604-0006_Karcinomy_stitne_zlazy_z_pohledu_onkologa-systemova_lecba.php
13. KORANDA, Pavel a kol., 2014. *Nukleární medicína*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 201 s. ISBN 978-80-244-4031-6.
 14. KUPKA, Karel, Jozef KUBINYI a Martin ŠÁMAL a kol., 2015. *Nukleární medicína*. 2. vyd. Praha: P3K. 161 s. ISBN 978-80-87343-54-8.
 15. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
 16. LÍMANOVÁ, Zdeňka, 2017. Štítná žláza a infertilita. *Remedia* [online]. 2017, 1. [cit. 2018-07-09]. Dostupné z <http://www.remmedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2017/1-2017/Stitna-zlaza-a-infertilita/e-2eF-2eG-2f6.magarticle.aspx>
 17. MANDINCOVÁ, Petra, 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada. 123 s. ISBN 978-80-247-3811-6.
 18. MATT, Vera, 2013. *5 Thyroidectomy Nursing Care Plans*. Nurseslabs [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/5-thyroidectomy.nursing-care-plans/2/>
 19. MULTIMEDIÁLNÍ TRENAŽER PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE. *DIAGNOSTIKA* [cit. 2018-09-04] Dostupné z <https://ose.zshk.cz/vyuka/diagnostika.aspx?>
 20. NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2015. *Přehled anatomie*. 3. dopl. vyd. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0.
 21. NOVÁKOVÁ, Michaela, 2015. *Pooperační komplikace u pacientů s onemocněním štítné žlázy* [online]. [cit. 2018-05-04]. Dostupné z <https://dk.upce.cz/handle/10195/60807?show=full>
 22. ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY [online]. [cit. 2018-09-02] Dostupné z <http://www.tydenstitnezlazy.cz>
 23. PROUTKOVÁ, Eliška a Jan JISKRA, 2011. *Vyšetřovací postupy při onemocnění štítné žlázy* [online]. [cit. 2018-09-01]. Dostupné z <http://endokrinologie-obezitologie.cz/cs/clanky/tema1/vysetrovaci-postupy-pri-onemocneni-stitne-zlazy/>
 24. ROKYTA, Richard, 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 680 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

25. SIEGEL, Rebecca L., MILLER, Kimberly D. a Ahmedin JEMAL, 2017. *Cancer statistics, 2017*. Cancer Journal for Clinicians [online]. 67(1). [cit. 2018-07-03] Dostupné z <https://doi.org/10.3322/caac.21387>
26. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006, dotisk 2015. *Interní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-1777-7.
27. ÚZIS ČR, Národní onkologický registr. [cit. 2018-07-03] Dostupné z <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>
28. VÁVROVÁ, Helena, 2012. *Poruchy štítné žlázy u dětí: Od kolébky až po dospělost*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 48 s. ISBN 978-80-204-2655-0.
29. VLČEK Petr, NOVÁKOVÁ Dana a Rami KATRA, 2017. *Karcinomy štítné žlázy: současný pohled na diagnostiku a léčbu* [online]. [cit. 2018-07-03] Dostupné z <http://wp.interna-cz.eu/karcinomy-stitne-zlasy-soucasny-pohled-na-diagnostiku-lecbu/>
30. VLČEK, Petr, 2018. *Karcinomy štítné žlázy: pohled na diagnostiku a léčbu* [online]. [cit. 2018-08-07]. Dostupné z http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitri-lekarstvi-clanek/karcinomy-stitne-zlasy-soucasny-pohled-na-diagnostiku-a-lecbu-62121?confirm_rules=1
31. VODIČKA, Josef, 2014. *Speciální chirurgie*. 2. dop. vyd. Praha: Karolinum. 317 s. ISBN 978-802-4620-329.
32. ZAMRAZIL, Václav a Jarmila ČEŘOVSKÁ, 2014. *Jod a štítná žláza: Optimální přívod jodu a poruchy z jeho nedostatku*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 51 s. ISBN 978-80-204-3302-2.
33. MAYO CLINIC, 2018. *Needle biopsy* [online]. [cit. 2018-09-05]. Dostupné z <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/needle-biopsy/about/pac-20394749>
34. NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2018. *Thyroid Cancer Treatment (Adult) (PDQ ®) – Health Professional Version* [online]. [cit. 2018-07-06] Dostupné z <https://www.cancer.gov/types/thyroid/hp/thyroid-treatment-pdq>
35. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA et al, 2014. *Speciální chirurgie*. 3. vyd. Praha: Galén. 511 s. ISBN 978-80-7492-128-5.

Seznam grafů a tabulek

Graf 1 Pohlaví.....	40
Graf 2 Věk respondentů.....	41
Graf 3 Vzdělání.....	42
Graf 4 Nemocniční oddělení.....	43
Graf 5 Praxe ve zdravotnictví	44
Graf 6 Délka praxe na současném oddělení.....	45
Graf 7 Výskyt pacientů na oddělení	46
Graf 8 Nejčastější indikace k operaci	47
Graf 9 Operační výkon	48
Graf 10 Polohy pacienta	49
Graf 11 Rozdíl ošetrovatelské péče	50
Graf 12 Náročnost ošetrovatelské péče	51
Graf 13 Výskyt pooperačních komplikací	52
Graf 14 Specifické komplikace.....	53
Graf 15 Nejčastější komplikace	54
Graf 16 Informovanost pacientů	55
Graf 17 Postup při vzniku komplikací.....	56
Graf 18 Prevence komplikací	57
Graf 19 Ošetrovatelské intervence.....	58
Graf 20 Nejdůležitější ošetrovatelské intervence	59
Graf 21 Informování pacientů o průběhu pooperační péče	60
Graf 22 Psychická nepohoda	61
Graf 23 Projevy psychické nepohody	62
Graf 24 Příčina psychické nepohody	63
Graf 25 Ošetrovatelské problémy	64
Graf 26 Dotazy pacientů	65
Graf 27 Edukace pacienta v péči o jizvu	66
Graf 28 Rekonvalescence	67
Graf 29 Lázeňská léčba.....	68
Graf 30 Substituční léčba.....	69

Seznam zkratek

µg – microgram

Aj. – A jiné

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

ATB – Antibiotika

Atd. – A tak dále

Ca – Calcium (Vápník)

C-buňky – Parafolikulární buňky

Cca – Cirka

cm – Centimetry

CT – Počítačová tomografie

CVT – Centrální venózní tlak

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

D – Dech

EKG – Elektrokardiografie

FF – Fyziologické funkce

FNAB – Tenkojehlová biopsie s aspirací

FNB – Fine needle biopsy (Tenkojehlová biopsie bez aspirace)

ftTE – Thyroidectomy fere totalis (Téměř totální tyreoidektomie)

g – gram

G-FNAB – Tenkojehlová biopsie s aspirací pod ultrazvukovou kontrolou

GIT – Gastrointestinální (zažívací) trakt

HTE – Hemityreoidektomie

JIP – Jednotka intenzivní péče

K – Draslík (Kalium)

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

LOB – Lobektomie

Mg – Magnesium (Hořčík)

mg – Miligram

min – Minuty

mm – Milimetry

Na – Sodík (Natrium)

NANDA International – Profesionální organizace sester (dříve North American Nursing Diagnosis Association)

Např. – Například

NLR – Nervus laryngeus recurrens

NMR – Nukleární magnetická rezonance

Obr. – Obrázek

ONM – Oddělení nukleární medicíny

ORL – Otorhinolaryngologie

P – Fosfor

P – Puls

PET – Pozitronová emisní tomografie

pg/l – Microgram/liter

PTH – Parathormon

RGS – Radiačně navigovaná chirurgie

RTG – Rentgenologické vyšetření

STE – Thyreoidectomia subtotalis (Subtotální tyreoidektomie)

T3 – Trijodtyronin

T4 – Tyroxin (Tetraiodtyronin)

TEN – Tromboembolická nemoc

TFI – Organizace Thyroid Federation International

TK – Krevní tlak

TRH – Hormon tyreotropin

TSH – Tyreostimulační hormon

TT – Tělesná teplota

TTE – Thyroidectomy totalis (Totální tyreoidektomie)

Tzv. – takzvaně

USA – Spojené státy americké

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VAS – Vizuální analogová škála

Seznam příloh

Příloha 1 – Obrázková příloha

Příloha 2 – Dotazník

Příloha 3 – Retrospektivní studie – distribuce výkonů v souboru operovaných
pro onemocnění štítné žlázy (1991 – 2010)

Příloha 4 – Retrospektivní studie operovaných pro onemocnění štítné žlázy
(1991 – 2010)

Příloha 5 – Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy

