

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Edukace pacientů před operací štítné žlázy

Kristýna Hořínková

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Hořínková**
Osobní číslo: **Z14075**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Edukace pacientů před operací štítné žlázy**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. ASTL, Jaromír. Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 204 s. ISBN 978-80-7345-000-7.

2. JANÍKOVÁ, Eva et al. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

3. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

4. KUBEROVÁ, Helena. Didaktika ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.

5. LÍMANOVÁ, Zdeňka. Štítná žláza. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 365 s. ISBN 80-7262-400-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vlastimila Semencová**

Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **21. července 2017**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 20. 7. 2017

Kristýna Hořínková

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Vlastimile Semencové, za cenné rady, trpělivost, odborný dohled a čas věnovaný konzultacím při tvorbě bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce s názvem „Edukace pacientů před operací štítné žlázy“ je rozdělena na dvě části – část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část práce se zabývá edukací včetně edukace v ošetřovatelství a jejím významem v předoperační a pooperační péči. Popisuje anatomii a fyziologii štítné žlázy, její nejčastější onemocnění a možnou chirurgickou léčbu.

Výzkumná část práce je zaměřená na pacienty před operací štítné žlázy, konkrétně na zjištění informovanosti o předoperační a pooperační péči.

KLÍČOVÁ SLOVA

Štítná žláza, edukace, předoperační a pooperační péče, chirurgická léčba

TITLE

Education of patients before operation of the thyroid gland

ANNOTATION

The bachelor thesis named "Patient education before thyroid surgery" is divided into two parts - the theoretical part and the research part.

The theoretical part of the thesis deals with education including education in nursing and its importance in preoperative and postoperative care. Describes anatomy and physiology of the thyroid gland, its most common disease and possible surgical treatment.

The research part of the thesis is focused on patients before the operation of the thyroid gland, specifically on finding out awareness of preoperative and postoperative care.

KEYWORDS

Thyroid gland, education, preoperative and postoperative care, surgical treatment

OBSAH

Úvod.....	11
Cíle práce	12
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Edukace.....	13
1.1 Fáze edukace	13
1.2 Dělení edukace	14
1.3 Komunikace a edukace	15
1.4 Verbální a neverbální komunikace.....	15
1.5 Edukační prostředí	16
1.6 Edukace v ošetrovatelství.....	16
1.6.1 Edukační proces	16
1.6.2 Edukační sestra	16
2 Anatomie a fyziologie štítné žlázy.....	18
2.1 Štítná žláza – glandula thyroidea	18
2.1.1 Cévní zásobení.....	18
2.2 Příštítná tělíska – glandulae parathyroideae.....	18
2.3 Fyziologie štítné žlázy.....	19
3 Nejčastější onemocnění štítné žlázy	20
3.1 Zvětšení štítné žlázy (struma)	20
3.2 Zvýšená funkce štítné žlázy (Hyperthyreóza).....	20
3.3 Snížená funkce štítné žlázy (hypothyreóza).....	21
3.4 Záněty štítné žlázy (thyreoidity)	21
3.4.1 Akutní thyreoidita	21
3.4.2 Subakutní thyreoidita.....	21
3.4.3 Chronická thyreoidita	22
3.5 Nádory štítné žlázy.....	22

4	Chirurgická léčba štítné žlázy.....	23
4.1	Pooperační komplikace	23
5	Předoperační a pooperační péče	25
5.1	Všeobecná předoperační příprava	25
5.2	Specifika předoperační péče u pacientů s onemocněním štítné žlázy.....	26
5.3	Všeobecná pooperační péče	26
5.4	Specifika pooperační péče u pacientů s onemocněním štítné žlázy.....	27
II	VÝZKUMNÁ ČÁST	29
6	Výzkumné otázky	29
7	Metodika výzkumu	30
7.1	Výzkumný vzorek	30
7.2	Sběr dat.....	30
7.3	Dotazníkové šetření.....	30
7.4	Zpracování výsledků	31
8	Výsledky výzkumného šetření.....	32
9	Diskuze	55
	Závěr	59
	Použitá literatura	60
	Přílohy.....	62

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 - Graf znázorňující název diagnózy	34
Obrázek 2 – Graf znázorňující operační výkony	35
Obrázek 3 – Graf znázorňující informovanost respondentů o výkonu	36
Obrázek 4 - Graf znázorňující zdroje informací o výkonu	37
Obrázek 5 - Graf znázorňující obeznámení s komplikacemi.....	38
Obrázek 6 - Graf znázorňující zdroje informací	39
Obrázek 7 - Graf znázorňující informovanost o důvodu přiložení bandáží	40
Obrázek 8 - Graf znázorňující zdroj informací o důvodu přiložení bandáží	41
Obrázek 9 - Graf znázorňující informovanost o dietním režimu před operací	42
Obrázek 10 – Graf znázorňující zdroj informací o dietním režimu.....	43
Obrázek 11 - Graf znázorňující informovanost o rehabilitaci v operační den.....	44
Obrázek 12 - Graf znázorňující informovanost o rehabilitaci	45
Obrázek 13 - Graf znázorňující informovanost o premedikaci	46
Obrázek 14 - Graf znázorňující zdroj informací o premedikaci	47
Obrázek 15 - Graf znázorňující informovanost o možnostech tišení bolesti.....	48
Obrázek 16 - Graf znázorňující zdroj informací o možnostech tišení bolesti	49
Obrázek 17 - Graf znázorňující informovanost o prvním pooperačním vstávání z lůžka.....	50
Obrázek 18 - Graf znázorňující zdroj informací o 1. pooperačním vstávání.....	51
Obrázek 19 - Graf znázorňující informovanost o pooperační hygienické péči	52
Obrázek 20 - Graf znázorňující zdroj informací o hygienické péči po operaci.....	53
Tabulka 1 – Přehled respondentů dle pohlaví.....	32
Tabulka 2 – Přehled respondentů dle věku	33

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

a.	arterie
apod.	a podobně
ATB	antibiotika
atd.	a tak dále
EKG	elektrokardiogram
mm	milimetr
ORL	otorinolaryngologie
RD	Redonův drén
RHB	rehabilitace
RTG	rentgen
s.	stránka
ŠŽ	štítná žláza
TEN	tromboembolická nemoc
tzv.	tak zvaný
UZ	ultrazvuk
v.	vena
VAS	vizuální analogová škála
VS	všeobecná sestra

Úvod

Edukace v ošetrovatelství je v současné době velice aktuální téma. Pacienty, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici, často provází strach a stres, který je prohlubován nedostatkem informací od zdravotníků. Cílem edukace je, aby pacient získal takové znalosti a dovednosti, které mu pomohou ve zlepšení či udržení zdravotního stavu na optimální úrovni (Juřeníková, 2010, s. 8).

Role sestry jako edukátorky se v současné době považuje za jednu z velmi důležitých kompetencí v ošetrovatelství. Sestra edukuje pacienta či jeho rodinu a poskytuje jim v potřebné míře informace týkající se ošetrovatelské péče (Nemcová, 2010, s. 9).

Onemocnění štítné žlázy (dále ŠŽ) je považováno za druhou nejčastější endokrinní chorobu. Počet pacientů, kterým je tato choroba nově diagnostikována, se stále zvyšuje. Nejčastěji se u těchto pacientů vyskytují příznaky spojené s hypothyreózou či hyperthyreózou nebo mají zvětšenou štítnou žlázu – strumu (Brunová, 2008).

Bakalářská práce s názvem Edukace pacientů před operací štítné žlázy je zaměřená na informovanost pacientů, kteří budou podstupovat plánovanou operaci štítné žlázy. Téma edukace pacientů jsem si zvolila z důvodu, protože jsem během své praxe zjistila, že právě dostatečná edukace pacientům chybí. Chtěla jsem na tuto problematiku poukázat v souvislosti s některým operačním výkonem. Operaci ŠŽ jsem si vybrala proto, že jeden ze členů mé rodiny tento výkon podstoupil a také mu nejvíce chyběly informace z oblasti ošetrovatelství.

Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části jsou uvedené základní informace o edukaci a edukačním procesu. Dále je zde popsána anatomie a fyziologie ŠŽ, nejčastější onemocnění ŠŽ, chirurgická léčba onemocnění, předoperační a pooperační péče.

Výzkumná část je zaměřena na otázky sestaveného dotazníku, jejich odpovědi byly zpracovány do tabulek a grafů. Získaná data z dotazníkového šetření byla na základě stanovených výzkumných otázek následně vyhodnocena v rámci diskuze.

Cíle práce

1. Zjistit do jaké míry jsou respondenti informováni o své nemoci
2. Zmapovat informovanost respondentů o bezprostřední předoperační péči u operace štítné žlázy
3. Zmapovat informovanost respondentů o pooperační péči u operace štítné žlázy
4. Zjistit z jakých zdrojů pacienti informace nejčastěji získali
5. Vytvořit edukační materiál pro pacienty před operací štítné žlázy

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Edukace

Pojem edukace pochází z latinského slova *educo* (*educare*), což lze přeložit jako vychovávat. Edukace je proces, při kterém dochází ke změnám v chování a jednání jedince. Cílem tohoto procesu je, aby jedinec prostřednictvím edukace získal nové vědomosti, dovednosti a návyky. Pod edukaci patří výchova i vzdělávání jedince (Juřeníková, 2010, s. 9).

1.1 Fáze edukace

Edukace se skládá z pěti fází edukačního procesu, které na sebe navazují a každá následující fáze je závislá na té předchozí (Nemcová, 2010, s. 26).

1. fáze – posuzování

V této fázi dochází ke sběru, třídění a analýze informací, které se nám o pacientovi podařilo získat. Informace lze získat metodou rozhovoru, fyzikálním vyšetřením, dotazníkem, pozorováním, či z dokumentace. Všeobecná sestra (dále VS) posuzuje schopnost jedince učit se a bere v potaz všechny faktory, které proces učení nějakým způsobem mohou ovlivnit. Je třeba si také všimnout, jaký má jedinec postoj k sobě samému, ke své nemoci. V ideálním případě má jedinec sám potřebu učit se (Kuberová, 2010, s. 25).

2. fáze – diagnostika

Na základě údajů, které byly zjištěny během první fáze edukačního procesu, si VS stanoví edukační diagnózy. Edukační diagnóza se týká problémů a potřeb pacienta. Edukační diagnóza může být zaměřena na deficit ve vědomostech či postoji pacienta. Dle zaměření edukace si VS může předem promyslet plán, jak bude edukace probíhat (Kuberová, 2010, s. 25; Nemcová, 2010, s. 26).

3. fáze – plánování

U plánování edukace je základem stanovit si priority, neboli určit, co bude předmětem edukace v první řadě. Od toho se dále odvíjí, jak bude edukace koncipovaná. Dále je nutné stanovení si jasných cílů, díky nimž dostáhneme uzdravení či alespoň zlepšení zdravotního stavu jedince. Cíle konzultujeme s pacientem a formulujeme mu je spíše jako doporučení, co by měl dělat a čeho by se měl v rámci zlepšení svého zdravotního stavu raději vyvarovat. Důležité je také vhodné zvolení edukačního prostředí, tedy místa, kde bude edukace probíhat. (Kuberová, 2010, s. 26–27; Nemcová, 2010, s. 26).

4. fáze – realizace

V první řadě, je třeba vzbudit u pacienta zájem o danou problematiku. Dále se snažíme pomocí zvolených metod a postupů pacienta o dané problematice co možná nejlépe edukovat. V rámci ošetrovatelské edukace není vhodné volit metodu přednášky. Aby byla pro pacienta edukace co nejlépe srozumitelná, měla by se VS snažit vyvarovat používání odborných výrazů. Pokud byla realizace edukace úspěšná, měla by rozšířit pacientovi poznatky a dovednosti (Kuberová, 2010, s. 28).

5. fáze – vyhodnocení

V rámci vyhodnocení zjišťujeme, zda došlo ke splnění cílů a dochází ke zpětné vazbě. U zpětné vazby se hledí na to, jak jedinec změnil či nezměnil své chování a svůj přístup a také, co se během edukace naučil. Jako hodnotící metodu je vhodné zvolit kladení otázek během rozhovoru. Pokud některé cíle, které byly na začátku stanoveny, nebyly splněny nebo došlo k jejich splnění jen z části, je třeba edukaci opakovat (Kuberová, 2010, s. 28–30).

1.2 Dělení edukace

Edukaci lze rozdělit na základní, reedukační a komplexní.

Základní edukace

Edukaci považujeme za základní tehdy, jsou – li pacientovi poskytovány zcela nové a základní informace. Základní edukace se provádí zpravidla u nově zjištěných onemocnění, když pacient nemá o dané problematice žádné informace (Magurová, 2009, s. 63).

Reedukační edukace

U reedukační edukace se předpokládá, že jedinec již má základní znalosti a dovednosti, které jsou v rámci reedukace pouze dále aktualizovány a prohlubovány. V případě, že ve zdravotním stavu jedince došlo k nějakým změnám, jsou mu poskytnuty nové potřebné informace. Také je zde místo na případnou konzultaci problémů, se kterými se pacient mohl během své léčby setkat (Magurová, 2009, s. 63).

Komplexní edukace

Během komplexní edukace jsou pacientovi, případně i jeho rodině předávány kompletní, rozšiřující informace. Za takový typ edukace lze považovat různé rekondiční pobyty, kurzy, několikrát se opakující hospitalizace apod. Cílem je, aby pacient, který trpí chronickým onemocněním, díky správné edukaci co nejlépe zvládal své onemocnění a léčbu, která s onemocněním souvisí a vedl tak co nejkvalitnější život (Magurová, 2009, s. 63).

1.3 Komunikace a edukace

O komunikaci lze říci, že se jedná o proces, ve kterém dochází k předávání informací, ať už mezi dvěma či více navzájem komunikujícími subjekty. Je to jakýsi základ všech vztahů, které mezi lidmi jsou. V komunikaci dochází ke sdělování, přenosu a výměny hodnot a významů, které nezahrnují pouze oblast týkající se informací, ale také jiné výsledky a projevy, které se nějakým způsobem týkají lidské aktivity (Pokorná, 2008, s. 9).

Komunikace je považována za nedílnou součást edukace. Osoba, která se chce nějakým způsobem podílet na edukaci, musí mít dobré komunikační znalosti a dovednosti. U jednosměrné komunikace vyšle edukátor zprávu edukantovi a ten ji musí nějakým způsobem rozluštit. Pokud edukant na zprávu reaguje, jedná se o komunikaci oboustrannou. Situace, během které ke komunikaci dochází, se nazývá situační kontext. (Juřeníková, 2010, s. 16–17).

1.4 Verbální a neverbální komunikace

Verbální komunikace

Nejčastější rozdělení edukace je na komunikaci verbální a neverbální. Verbální komunikace je vyjadřování pomocí slov či jiných symbolů. Mezi pět kritérií úspěšné verbální komunikace patří jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilita. Dále je třeba komunikaci přizpůsobit dle znalostí a dovedností člověka, se kterým komunikujeme. Edukátor by se měl pokud možno snažit vyhnout odborným termínům. Informace, které jsou předávány mluveným slovem, by měly být pro druhou stranu jasné a srozumitelné (Juřeníková, 2010, s. 16–17; Venglářová, 2006, s. 23–27).

Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je řeč těla. Řadí se mezi ní všechny nonverbální projevy, které vysíláme a také ty, kterými doprovázíme naši verbální komunikaci. Člověk prostřednictvím neverbální komunikace vyjadřuje své emoce. Ovládat a nějakým způsobem korigovat v určitých situacích své neverbální projevy může být obtížné. Neverbální komunikace se skládá z několika složek, mezi které patří například mimika, gestika, kinezika, proxemika, haptika a další. V oblasti zdravotnictví mají projevy neverbální komunikace velký význam, VS by měla být schopna vnímat neverbální projevy pacientů, o které pečuje a zároveň by měla umět ovládat své neverbální projevy (Mikuláščík, 2010, s. 106–108; Venglářová, 2006, s. 39–48).

1.5 Edukační prostředí

Edukace vždy probíhá v nějakém edukačním prostředí. To jak dané prostředí na člověka působí, ovlivňují jednak fyzikální faktory, ale také psychosociální vlivy, které dotvářejí celkovou atmosféru během edukace. Mezi fyzikální faktory patří například zvuk, osvětlení, barva výmalby, atd. Pod psychosociální faktory patří vzájemné vztahy mezi edukátorem a edukantem. Existuje několik různých typů edukačního prostředí ve společnosti, například prostředí rodinné, školní či zdravotnické. Ve všech těchto prostředích dochází k edukačním procesům (Nemcová, 2010, s. 16).

1.6 Edukace v ošetrovatelství

Edukace v ošetrovatelství je chápána jako odborná pomoc klientům, kteří jsou ohroženi stresovými situacemi, nemocí či dalšími problémy. Proto je důležité, aby byla edukace organizována a připravována z didaktického hlediska a byly dodrženy didaktické podmínky a zásady (Kuberová, 2010, s. 23).

Edukace v ošetrovatelství se zaměřuje na zdravé i nemocné, na jednotlivce či skupiny. Jejím cílem je dosáhnout optimální kvality života. Dále je pro ni typický lidský přístup k člověku, který zahrnuje sociální, psychické, fyzické, duchovní a emocionální aspekty (Nemcová, 2010, s. 17–18).

1.6.1 Edukační proces

Edukační proces je záměrně vytvořený vztah mezi edukantem a edukátorem. V ošetrovatelství je edukační proces chápán jako určitá forma předávání informací mezi zdravotníkem a pacientem. Podmínky, které mají vliv na edukační proces lze rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnější podmínky patří vliv rodiny, sociálního prostředí či zdravotnického zařízení. Genetické predispozice, vědomosti, pozornost, psychický stav, postoj, temperament, momentální zdravotní stav patří mezi podmínky vnitřní (Magurová, 2009, s. 82–83).

1.6.2 Edukační sestra

VS edukátorka musí mít dostatečné znalosti v oblasti medicíny a ošetrovatelství, zároveň musí mít dobré komunikační dovednosti. Dále by měla být dostatečně empatická a ochotná pacientovi pomoci a poradit, pokud bude potřeba. Při edukaci je třeba brát v úvahu také sociální postavení a intelekt konkrétního pacienta. Edukační VS si před zahájením samotné edukace musí nejprve vytvořit plán edukace. Jejím cílem je podávat informace pacientovi postupně, aby zvládl všemu porozumět. Důležité je vytvořit pro pacienta motivující prostředí,

díky kterému získá nové nebo lepší dosavadní znalosti a dovednosti. Na konci by VS měla od pacienta vyžadovat zpětnou vazbu (Svěráková, 2012, s. 36–37).

2 Anatomie a fyziologie štítné žlázy

2.1 Štítná žláza – glandula thyroidea

ŠŽ řadíme mezi endokrinní žlázy. Má červenohnědou barvu a její povrch je hladký či mírně hrbolatý. Je umístěna po stranách štítné chrupavky hrtanu. Je složena ze dvou laloků, pravého a levého (lobus dexter et sinister), které mají tvar trojboké pyramidy a jsou zhruba 5 – 8 cm dlouhé a 2 – 4 cm široké. Laloky jsou spolu spojeny úzkým můstkem tkáně (istmem). Istmus často směrem k jazylce vybíhá v pruh, který se nazývá lobus pyramydalis (Čihák, 2013, s. 402–404; Fiala, 2008, s. 130–131).

ŠŽ (viz příloha A, s. 63) je uložena ve vazivovém obalu (capsula fibrosa), který se skládá ze dvou listů – capsula propria a capsula externa. Prostor mezi oběma listy je vyplněn cévními pleteněmi. Tkáň žlázy tvoří lalůčky, které jsou složeny z folikulů. Vnitřek folikulů je vyplněn koloidem, který je tvořen hlavně thyreoglobulinem. Na thyreoglobulin jsou vázány hlavní hormony ŠŽ. Parafolikulární buňky (neboli C buňky) jsou speciální buňky produkující kalcitonin, nachází se ve stěnách a v intersticiálním vazivu folikulu (Čihák, 2013, s. 404–406; Naňka, 2009, s. 191–192).

2.1.1 Cévní zásobení

Horní část laloku ŠŽ je zásobena prostřednictvím párové a. thyroidea superior (větev a. carotis externa), spodní část a zadní stranu zásobuje párová a. thyroidea inferior (větev truncus thyrocervicalis z a. subclavia). Žíly, které sbírají krev mezi listy pouzdra, se nazývají vv. thyroideae superiores a vv. thyroideae mediae a vedou krev do v. jugularis interna. Do v. brachiocephalica sinistra ústí vv. thyroideae inferiores, které jdou z dolní části žlázy (Čihák, 2013, s. 404–406; Naňka, 2009, s. 192).

2.2 Příštítná tělíska – glandulae parathyroideae

Příštítná tělíska (viz příloha B, s. 64) jsou čtyři malé čočkovité útvary, uložené při horních a dolních pólech žlázy. Jejich délka je přibližně 6 mm, šířka 3 – 4 mm a jsou světle růžové, nažloutlé či žlutohnědé barvy. Každé tělísko je obaleno vazivovým pouzdrem, pod kterým se nachází žláзовý parenchym. Tento parenchym tvoří buňky hlavní a oxyfilní. A právě tyto hlavní buňky produkují parathormon (Dylevský, 2013, s. 171–172; Naňka, 2009, s. 193).

2.3 Fyziologie štítné žlázy

ŠŽ je tvořena z buněk, které se nazývají tyreocyty, jedná se o buňky epitelového původu. Tyto buňky se vyznačují schopností aktivního vychytávání jodu pomocí tzv. jodidové pumpy. Tvorba a sekrece hormonů ŠŽ je závislá na tyreotropinu (TSH), který je produkován adenohypofýzou. Ve ŠŽ dochází k tvorbě tří hormonů. Pro syntézu dvou z nich – trijodtyroninu (T3) a tetrajodtyroninu (tyroxin, T4) je důležitý jód. Do těla se jód dostává prostřednictvím potravy. Mezi účinky těchto hormonů patří například podpora růstu, vývoje a diferenciací organismu. Dále se také podílejí na stimulaci metabolismu a termoregulace. Třetím hormonem je kalcitonin, který je produkován parafolikulárními buňkami. Kalcitonin reguluje hladinu vápníku v krvi (Mourek, 2012, s. 119–120).

3 Nejčastější onemocnění štítné žlázy

Nemoci ŠŽ patří k častým chronickým onemocněním. V České republice postihuje více než 5 % populace. Významnou roli zde hraje závislost na pohlaví i věku. Existuje několik způsobů, jak se toto onemocnění může projevovat. Prvním z nich je změna místního nálezu na krku, dále změna velikosti štítné žlázy, případně její uložení (Mandincová, 2011, s. 27).

3.1 Zvětšení štítné žlázy (struma)

Za strumu se považuje zvětšení ŠŽ, které je patrné při fyzikálním vyšetření či při UZ vyšetření. Vznik strumy může mít souvislost s jódem, buď s jeho nadbytkem, nebo nedostatkem. Možnou příčinou může být i zánět ŠŽ (thyreoidita), ať už akutní či subakutní. Další možností, proč ke zvětšení ŠŽ dojde je vliv autoimunitního onemocnění, může se jednat o Hashimotovu thyreoiditu či Gravesovu – Basedowovu chorobu (Límanová, 2006, s. 117–119).

Pokud je ŠŽ stejnoměrně zvětšená jedná se o difúzní struma. Postupem času se ale obvykle začnou tvořit uzly (nodi). Jako nodózní se nazývá jednouzlová struma, pokud je ovšem zjištěno více uzlů, pak hovoříme o polynodózní strumě. V mnoha případech nemocný nemá žádné potíže, mohou ale nastat polykací obtíže, změna hlasu či dušnost (Astl, 2013, s. 134 – 136).

3.2 Zvýšená funkce štítné žlázy (Hyperthyreóza)

Hyperthyreóza je stav, kdy dochází ke zvýšené sekreci thyreoidálních hormonů T3 a T4. Nejčastější příčinou hyperfunkce je Gravesovova – Basedowova choroba. Mezi další možné příčiny patří například adenom či nodózní struma (Šafránková, 2006, s. 132).

Příznaky u tohoto onemocnění lze rozdělit do dvou skupin, do jedné skupiny patří příznaky, které jsou vyvolané nadbytkem hormonů a druhou skupinu tvoří příznaky vyvolané imunologickými pochody. Do příznaků z nadbytku hormonů patří struma, palpitace, tachykardie, váhový úbytek, třes prstů, nespavost, svalová slabost, teplá a opocená kůže, průjmy, atd. Mezi imunogenní projevy řadíme exoftalmus, dvojité vidění, vypadávání vlasů a další (Límanová, 2006, s. 141–144).

3.3 Snížená funkce štítné žlázy (hypothyreóza)

Hypothyreóza vzniká při nedostatku hormonů T3 a T4 a je považována za nejčastější onemocnění ŠŽ. Jednou z nejčastějších příčin, proč ke snížení činnosti u ŠŽ dojde je zánět ŠŽ, neboli autoimunitní chronická thyreoidita. Mezi další možné příčiny patří stavy po operacích ŠŽ, destrukce tkáně po zevním ozařování krku či mediastina (z důvodů onkologického onemocnění), podávání vysokých dávek tyreostatik, prodělaný poporodní zánět atd. (Límanová, 2006, s. 153–154).

Mezi příznaky, které jsou pro hypothyreózu typické, patří například zapomínání, nesoustředěnost, apatie, palpitace, bradykardie, zimomřivost, ztráta zájmů, deprese, bolesti svalů i kloubů, svalové křeče, suchá kůže, vypadávání vlasů, dušnost, anémie, zpomalené reflexy atd. Pokud je hypofunkce neléčená může se rozvinout tzv. myxedémové kóma, což je život ohrožující stav, u kterého dochází k poklesu krevního tlaku a útlumu dechového centra (Šafránková, 2006, 129–131).

3.4 Záněty štítné žlázy (thyreoidity)

Podle průběhu se rozdělují záněty ŠŽ na akutní, subakutní a chronické (Límanová, 2006, s. 167).

3.4.1 Akutní thyreoidita

Jedná se o vzácné onemocnění zánětlivého původu. Nejčastější příčinou akutní thyreoidity je bakteriální infekce, ke které může dojít hematogenní cestou či rozšířením z blízkého okolí. Rozšíření infekce z blízkého okolí je častější varianta, konkrétně se jedná o zánětlivé procesy, které probíhají buď v dutině ústní či hltanu. Onemocnění je doprovázeno vysokými teplotami, bolestí a zarudnutím v místě abscesu. Často také dochází ke zduření regionálních lymfatických uzlin (Límanová, 2006, s. 167).

3.4.2 Subakutní thyreoidita

Subakutní thyreoidita je známá také pod názvem de Quervainova thyreoidita. U tohoto typu není příčina zcela známá, často se ovšem objevuje v návaznosti na virové onemocnění dýchacích cest. Postihuje střídavě oba laloky ŠŽ, dochází k bolestivému zduření nad částí laloku. Mezi projevy patří také zvýšená tělesná teplota (obvykle do 38 ° C), únava a bolest, která může vyzařovat do ucha či ramenního kloubu. Někdy se mohou objevit také projevy hypothyreózy. Onemocnění může přetrvávat až několik měsíců (Límanová, 2006, s. 168–169).

3.4.3 Chronická thyreoiditida

Hashimotova thyreoiditida

Hashimotova thyreoiditida je orgánově specifické autoimunitní onemocnění s familiárním výskytem. ŠŽ může být nezvětšená či může dojít k přítomnosti strumy. Na začátku je často přítomna lehká hyperfunkce ŠŽ, která později přechází v trvalou hypofunkci ŠŽ (Šafránková, 2006, s. 127).

Riedlova thyreoiditida

Fibrózní thyreoiditida (neboli Riedlova struma) je chronický zánět nejen ve ŠŽ, ale i v jejím okolí. Působením zánětu se vytvoří vazivo, které způsobí destrukci a hypofunkci ŠŽ. Z důvodů zvětšování ŠŽ dojde k útlaku průdušnice a porušení inervace hlasivek. (Šafránková, 2006, s. 127).

3.5 Nádory štítné žlázy

Nádory ŠŽ lze rozdělit na benigní a maligní.

Benigní nádory

Benigní nádory štítné žlázy se označují jako adenomy. Folikulární adenom utlačuje tracheu a zároveň (z důvodů produkce T3 a T4) způsobuje příznaky hyperfunkce ŠŽ. Na jeho podkladě se tvoří toxický adenom, který má příznaky tyreotoxikózy (Šafránková, 2006, s. 128).

Maligní nádory

Papilární i folikulární karcinom vychází z buněk folikulárních. Mezi první příznaky u těchto dvou typů karcinomů patří tlak či bolest zvětšené ŠŽ (strumy) a hmatný uzel. Dále mezi maligní nádory patří také anaplastický karcinom, který rychle roste, během pár týdnů se jeho velikost až dvojnásobí. U tohoto typu karcinomu dochází také rychle k tvorbě metastáz, s čímž souvisí jeho špatná prognóza. Z parafolikulárních buněk vychází karcinom medulární, který je spojen s vysokou hladinou kalcitoninu (Šafránková, 2006, s. 128).

4 Chirurgická léčba štítné žlázy

Mezi onemocnění, která vyžadují chirurgické řešení, patří například: Gravesova – Basadowova nemoc, Hashimotova thyreoiditida, benigní i maligní nádory či cysty. Pokud je u pacienta nutná operace ŠŽ, je třeba v první řadě zvážit, jaký typ a rozsah operace je nezbytné provést. Na tomto rozhodnutí se podílejí endokrinologové společně s chirurgy (Astl, 2013, s. 82–83).

Mezi nejčastější typy operací na ŠŽ patří totální thyreoidektomie (TTE), subtotální thyreoidektomie (STE), hemithyreoidektomie (HTE) a lobektomie (LOB). Totální thyreoidektomie (TTE) je odstranění celé ŠŽ. Jedná se o nejčastěji prováděný chirurgický zákrok na ŠŽ. Pokud je provedena subtotální thyreoidektomie (STE), hovoříme o odstranění ŠŽ s ponecháním části (2 – 4 mm) zdravé tkáně při horním pólu na jedné straně. Dnes se již tento typ operačního výkonu neprovádí. Hemithyreoidektomie (HTE) je operační zákrok, při němž je odstraněn jen jeden lalok, isthmus a lobus pyramidalis. O Lobektomii (LOB) se jedná, pokud dojde k odstranění jednoho laloku a isthmus společně s druhým lalokem jsou ponechány (Janíková, 2013, s. 99).

4.1 Pooperační komplikace

Existuje několik komplikací, ke kterým může po provedené operaci dojít. Za ty nejčastější komplikace se považuje poranění zvratného nervu, hypokalcemie a krvácení (Janíková, 2013, s. 99).

Poranění nervus laryngeus recurrens (zvratného nervu)

Může dojít k poranění jedné či obou stran. Poranění pouze jedné strany se projevuje chrapotem. U pacientů, kteří trpí například astmatem, to může vést i k projevům dušnosti. U oboustranného poranění dochází k úplné ztrátě hlasu a může se stát, že dojde až k dušení. V takovém případě by bylo nutné provedení tracheostomie (Astl, 2013, s. 176–177).

Hypokalcemie

K hypokalcemii může dojít během prvních pěti dní po operaci. Projevem hypokalcemie je brnění prstů na rukou či nohou nebo brnění rtů. Při výraznější hypokalcemii může docházet ke křečím. Při dlouhodobějších potížích je třeba zvážit, zda nedošlo během operace k poranění příštítných tělísek (Janíková, 2013, s. 100).

Pooperační krvácení

Jako závažné se považuje již 50 – 100 ml. Nahromadění tohoto množství krve v operačním poli způsobuje hematom, který tlačí na hrtan a průdušnici. Tento problém se dnes řeší Redonovou drenáží (podtlakovou drenáží). Riziko vagové smrti nastává ve chvíli, pokud dojde ke krvácení do mediastina (Janíková, 2013, s. 100).

Thyreotoxická krize

Thyreotoxická krize může vzniknout, pokud je ŠŽ operována z důvodů thyreotoxikózy. Je způsobena hyperfunkcí ŠŽ, podstatou tedy je uvolnění nadbytku hormonů T3 a T4. Mezi projevy thyreotoxické krize patří palpitace, psychomotorický neklid, tachykardie, hypotenze, pocit horka, opocení pokožky atd. (Astl, 2013, s. 175; Janíková, 2013, s. 100).

Komplikace operační rány

Mezi komplikace patří infekce, která by se mohla v ráně vyskytnout. V rámci prevence jsou během operace dodržovány zásady asepse, dále se za prevenci považují dostatečně vyvážená potrava a vitamíny. Pokud se u pacienta i přes preventivní opatření objeví infekce, je zahájena léčba antibiotiky (Astl, 2013, s. 174).

Komplikace, která může nastat během hojení operační rány, se nazývá keloidní hojení rány. V rámci léčby se nejčastěji používají kortikoidy, po jejich aplikaci může dojít v jizvě k atrofii vaziva (Astl, 2013, s. 174).

5 Předoperační a pooperační péče

5.1 Všeobecná předoperační příprava

Předoperační přípravu lze rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

Dlouhodobá předoperační příprava

V rámci dlouhodobé předoperační přípravy je pacientovi provedeno interní vyšetření, které zahrnuje EKG, RTG srdce a plic, klinické a laboratorní vyšetření. Toto vyšetření může být provedeno maximálně 14 dnů před plánovaným výkonem. O tom, zda je třeba provést nějaká další speciální vyšetření, rozhoduje lékař dle stavu pacienta. Do dlouhodobé předoperační přípravy řadíme také možnost autotransfuze (typ transfuze, kdy je pacientovi podávána jeho vlastní krev, která mu byla předem odebrána). Pokud by se pacient pro autotransfuzi rozhodl, krev musí být odebrána nejpozději 72 hodin před plánovaným operačním výkonem (Slezáková, 2010, s. 34).

Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava zahrnuje posledních 24 hodin před operačním výkonem. Do tohoto období řadíme přípravu psychickou, fyzickou i anesteziologickou. V rámci anesteziologické přípravy je pacient anesteziologem seznámen s anestezií i s riziky, které s ní souvisí. Anesteziolog také rozhodne o premedikaci. V rámci psychické přípravy by měl zdravotnický personál dělat vše pro to, aby byl pacientův strach z blížící se operace co možná nejmenší. Do fyzické přípravy řadíme oblast vylučování, výživu a tekutiny, přípravu operačního pole, hygienickou péči a další. Dále také v tomto období pacient podepisuje souhlas s operačním výkonem (Slezáková, 2010, s. 35).

VS musí zajistit, aby byl pacient před výkonem lačný a vyprázdněný. Pacient musí být lačný alespoň 6 – 8 hodin před výkonem. Někdy je také před operací třeba vyprázdnění tlustého střeva, to se provádí formou očistného klyzmatu nebo pacient dostane pouze vyprazdňovací roztok. Klyzma se týká pouze břišních operací. Pacient také před operací provede celkovou hygienu (v případě potřeby s dopomocí). Do oblasti hygieny spadá také příprava operačního pole, které v případě potřeby oholíme a provedeme jeho dezinfekci (Slezáková, 2010, s. 35).

Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava se odehrává poslední 2 hodiny před operačním výkonem. VS zkontroluje pacientovu dokumentaci, překontroluje operační pole, zajistí vyprázdnění močového měchýře. (dle ordinace lékaře zavede nebo zajistí zavedení permanentního močového katetru). Jako prevenci trombembolické nemoci VS přiloží na dolní

končetiny bandáže. Pokud má pacient zubní náhradu je třeba ji před operací vyjmout z úst. Jako poslední následuje aplikace premedikace, která se nejčastěji podává v návaznosti na výzvu z operačního sálu. VS pacienta poučí, že po aplikaci premedikace již nesmí vstávat z lůžka (Slezáková, 2010, s. 36).

5.2 Specifika předoperační péče u pacientů s onemocněním štítné žlázy

Den před operací je pacient přijat na standardní oddělení (ORL či chirurgické). Lékař nemocného seznámí s operačním výkonem, který se bude provádět a také s možnými komplikacemi, které by mohly nastat. Důležité je pro pacienta také sdělení týkající se pooperačního ošetření jizvy, RD, prevence TEN, pooperační RHB a dietního režimu. Operaci doporučuje endokrinolog a s endokrinologickou přípravou se začíná již několik dnů či dokonce týdnů před operací (Janíková, 2013, s. 101).

Dále VS provádí u pacienta předoperační přípravu jako u jiných typů operací. Kontroluje, zda pacient lačnil, jestli je vyholeno operační pole (především u mužů), zda byla pacientem provedena hygiena atd. V této době je vhodné zeptat se pacienta na potřebu dalších informací. VS také (dle ordinace lékaře) podá pacientovi ATB profylaxi či předá požadovaná ATB na operační sál (Janíková, 2013, s. 101).

5.3 Všeobecná pooperační péče

Bezprostředně po operaci je pacient pod neustálým dohledem, dokud u něho nedojde ke stabilizaci oběhu, dostatečnému spontánnímu dýchání a znovuobjevení obranných reflexů. Pokud je třeba, aby po operaci byla u pacienta zajištěna umělá plicní ventilace, je z operačního sálu přeložen na JIP či ARO (Slezáková, 2010, s. 36–37).

Sledování vitálních funkcí (krevního tlaku, pulsu, dechu, tělesné teploty) a stavu vědomí se provádí v pravidelných intervalech, první hodinu se měření provádí po 15 minutách, další hodinu po 30 minutách a následně po 60 minutách do 24 hodin. Dále se kontroluje operační rána a monitorujeme bolest pacienta. Pokud si pacient stěžuje na bolest, podáváme analgetika dle ordinace lékaře. Ke spontánnímu vyprázdnění močového měchýře by mělo u pacienta dojít během 6 – 8 hodin po operaci. V rámci pooperační péče u pacienta také dbáme na prevenci dekubitů, pečujeme o predilekční místa a v rámci možností podporujeme pacienta ke změně polohy. Z hlediska prevence tromboembolické nemoci je důležitá pooperační RHB a včasná mobilizace pacienta (Slezáková, 2010, s. 38–39).

Během prvních dnů po operaci pacient dodržuje klidový režim, hygienická péče se u něj proto provádí s dopomocí ošetrovatelského personálu. V rámci hygieny je také třeba pečovat o dutinu ústní (Janíková, 2013, s. 55).

Po operaci má pacient zajištěný žilní vstup, který společně s dalšími invazivními stupy představuje možné riziko infekce. Proto VS pravidelně kontroluje místo vpichu a funkčnost katetru (Janíková, 2013, s. 55–56).

5.4 Specifika pooperační péče u pacientů s onemocněním štítné žlázy

Několik prvních hodin po operaci je pacient obvykle na dospávacím pokoji, na standardní oddělení je přeložen až po plném nabytí vědomí a za předpokladu, že se nevyskytnou žádné problémy. Zpočátku je pro pacienta nejpohodlnější Fowlerova poloha, protože v této poloze nedochází k napětí v oblasti operační rány. Vitální funkce monitorujeme v pravidelných intervalech. Sledování pacienta 24 hodin po operaci je důležité z důvodů vzniku možných komplikací po operaci ŠŽ. Bezprostředně po operaci si pacient může stěžovat na bolest v oblasti operační rány. Bolest monitorujeme a hodnotíme dle škály VAS (viz příloha C, s. 65) a v případě nutnosti aplikujeme analgetika dle ordinace lékaře. (Janíková, 2013, s. 102).

V rámci pooperační péče VS sleduje operační ránu. Kontroluje sterilní krytí, všímá si možného prosakování krve. První převaz operační rány je zpravidla prováděn 24 – 48 hodin po operaci. Do pooperační péče VS patří kontrola Redonova drénu, kontroluje se jeho funkčnost, množství a charakter odvedené tekutiny. Sledujeme také okolí drénu, zda nedochází k projevům infekce. Pokud se množství odvedené tekutiny snižuje, odstraňuje se RD dle pokynů lékaře většinou již druhý pooperační den. Operační rána je sešita vstřebatelnými stehy nebo intradermálním stehem, který je třeba odstranit 7. – 10. pooperační den. Důležitá je také kontrola hlasu, pacient může mít bezprostředně po operaci chrapot. Pokud se však hlas spontánně neupraví do 48 hodin po operaci, je třeba provést laryngoskopické vyšetření s posouzením funkce hlasivek (Janíková, 2013, s. 103).

V rámci dietního opatření pacient po operaci ŠŽ může popíjet čaj již po 2 – 4 hodinách. Od prvního pooperačního dne dostává pacient dietu č. 1, poté postupně přechází na racionální stravu nebo dietu dle dalšího onemocnění pacienta (Janíková, 2013, s. 103).

Z nemocničního pobytu je pacient obvykle propuštěn 3. – 5. pooperační den. Před propuštěním je poučen o další kontrole na ambulantní části oddělení, jak pečovat o jizvu po odstranění stehů a také o nutnosti pravidelných návštěv u endokrinologa. Endokrinolog

pacientovi provádí kontroly hladiny hormonů ŠŽ, dle potřeby ordinuje substituční léčbu a pacienta dispenzarizuje (Janíková, 2013, s. 104–105).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Výzkumné otázky

1. Znájí respondenti název své diagnózy a plánovaný výkon před přijetím do nemocnice?
2. Mají respondenti dostatek informací o předoperační ošetrovatelské péči?
3. Jsou respondenti před operací dostatečně informováni o ošetrovatelské pooperační péči?
4. Z jakých zdrojů získali respondenti nejvíce informací?

7 Metodika výzkumu

Zahájení výzkumu předcházelo schválení výzkumu náměstkyní pro ošetrovatelskou péči ve fakultní nemocnici a podepsání souhlasu s výzkumem vrchní sestrou daného oddělení. Tento souhlas je k nahlédnutí u autorky bakalářské práce.

7.1 Výzkumný vzorek

Dotazníkového šetření se zúčastnili pacienti, kteří byli hospitalizováni na oddělení ORL z důvodů plánované operace štítné žlázy. V dotazníku jsem zvolila rozdělení věku respondentů po 10 letech až na poslední věkovou kategorii, kde jsou respondenti 51 a více let. Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 40 respondentů, 33 žen a 7 mužů. Největší počet respondentů spadá do věkové kategorie 41 – 50 let a naopak nejméně do věkové kategorie 20 – 30 let.

Dotazníky byly pacientům rozdávány v podvečerních hodinách (18:00 – 20:00) den před plánovanou operací. Tento čas jsem zvolila z toho důvodu, že jsem již dříve na tomto oddělení vykonávala praxi, a proto vím, že v tomto čase by již pacienti měli být edukováni. Pacienti byli osloveni a mnou požádáni o vyplnění dotazníku. Všichni oslovení pacienti vyslovili souhlas. Oddělení mi bylo nápomocné a mohla jsem 3 – 4x týdně v podvečerních hodinách na oddělení přijít, dotazníky rozdávat a po vyplnění opět sesbírat. Každý dotazník (společně s obálkou) byl osobně předán respondentovi, který měl dostatek času na jeho vyplnění a byl poučen o tom, že v případě jakýchkoliv nejasností může zazvonit na signalizační zařízení a přivolat si mě. Následně respondenti vyplněný dotazník vložili do obálky a obálku vhodili do sběrného boxu, který jsem měla u sebe.

7.2 Sběr dat

Výzkum byl prováděn v období od listopadu 2016 do konce února 2017 na oddělení ORL v nemocnici fakultního typu. Celkem bylo rozdáno 40 dotazníků, návratnost byla 100 %. Do výzkumu byly zařazeny všechny dotazníky.

Před zahájením samotného výzkumného šetření byl proveden pilotní výzkum u 5 pacientů pro ověření srozumitelnosti jednotlivých otázek v dotazníku. Na základě zpětné vazby nebylo v dotazníku třeba nic opravovat a tyto dotazníky byly zařazeny do celkového výzkumu.

7.3 Dotazníkové šetření

Pro získávání potřebných informací ke splnění výzkumných otázek jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu, který byl realizován metodou anonymního dotazníkového šetření.

Cílem dotazníkového šetření bylo zmapovat informovanost respondentů o předoperační a pooperační péči. Dotazník (viz příloha D, s. 66) se skládá z 23 otázek. Obsahuje otázky uzavřené (dichotomické, alternativní, výčtové), polouzavřené a jednu otázku otevřenou. Pro sběr dat byl použit tištěný dotazník vlastní tvorby.

7.4 Zpracování výsledků

Získaná data byla zanesená do zdrojové tabulky a následně zpracována do grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2010. Byly použity 2 typy grafů, sloupcové a koláčové. Grafy a tabulky jsou vlastní tvorbou autorky. Pro výpočet relativní četnosti byl použit statistický vzorec $f_i (\%) = (n_i/n) \times 100$, kdy (n_i) je označení absolutní četnosti a (f_i) relativní četnosti. Znaménko n znamená celkový počet respondentů. V případě potřeby byla výsledná čísla zaokrouhlována.

8 Výsledky výzkumného šetření

Otázka č. 1 - Jaké je vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

Tabulka 1 – Přehled respondentů dle pohlaví

Pohlaví respondentů	n_i	f_i (%)
muži	7	17
ženy	33	83
Celkem	40	100

Tabulka č. 1 znázorňuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů se výzkumného šetření zúčastnilo 33 žen (83 %) a 7 mužů (17 %).

Otázka č. 2 – Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 a více let

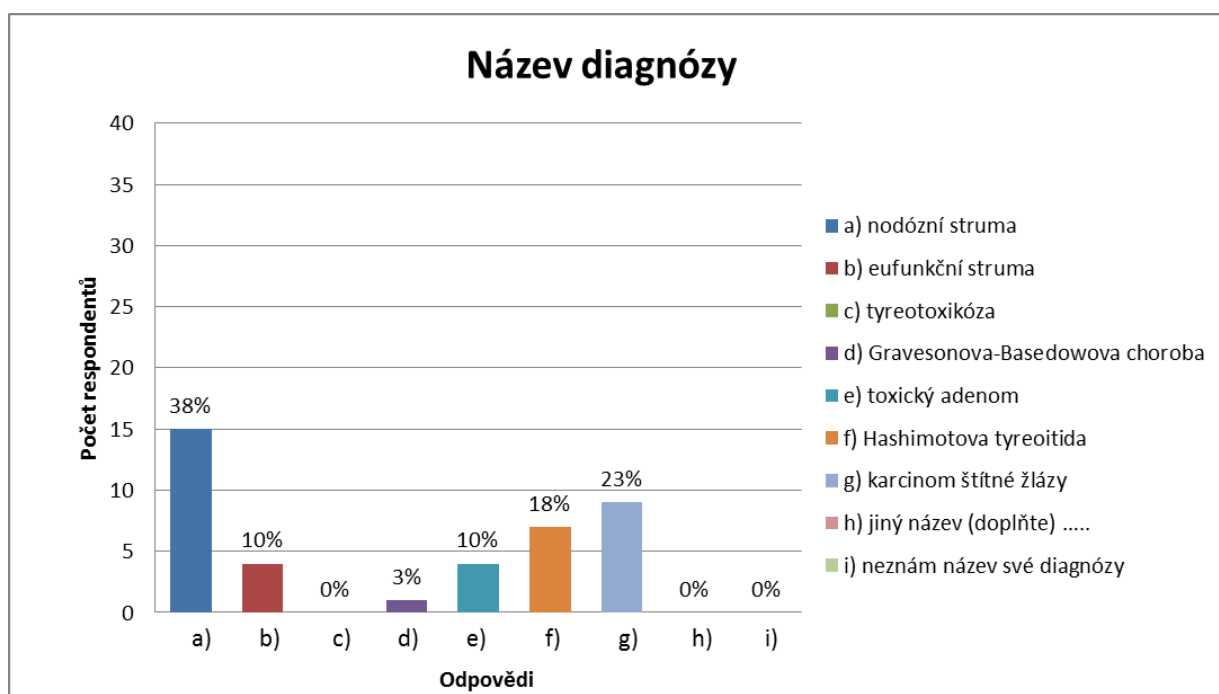
Tabulka 2 – Přehled respondentů dle věku

Věkové kategorie	ni	fi (%)
20 - 30 let	4	10
31 - 40 let	10	25
41 – 50 let	14	35
51 a více let	12	30
Celkem	40	100

Z tabulky 2 je patrné, že nejčastěji zastoupenou věkovou kategorií bylo 41 – 50 let, jednalo se o 14 respondentů (35 %). Do nejvyšší věkové kategorie 51 a více let spadá 12 pacientů (30 %). Věk 31 – 40 let označilo 10 (25 %) pacientů. Pouze 4 respondenti (10 %) patří do nejnižší věkové kategorie, tedy 20 – 30 let.

Otázka č. 3 – Znáte název své diagnózy?

- a) nodózní struma (zvětšení štítné žlázy s přítomností uzlů)
- b) eufunkční struma (zvětšení štítné žlázy s dostatečnou produkcí hormonů)
- c) tyreotoxikóza (hypertyreóza, zvýšená činnost štítné žlázy)
- d) Gravesonova – Basedowova choroba (jedna z forem zvýšené funkce štítné žlázy)
- e) toxický adenom (nezhoubný nádor štítné žlázy)
- f) Hashimotova tyreoiditida (autoimunitní onemocnění štítné žlázy)
- g) karcinom štítné žlázy (nádor štítné žlázy)
- h) jiný název (doplňte)
- i) neznám název své diagnózy



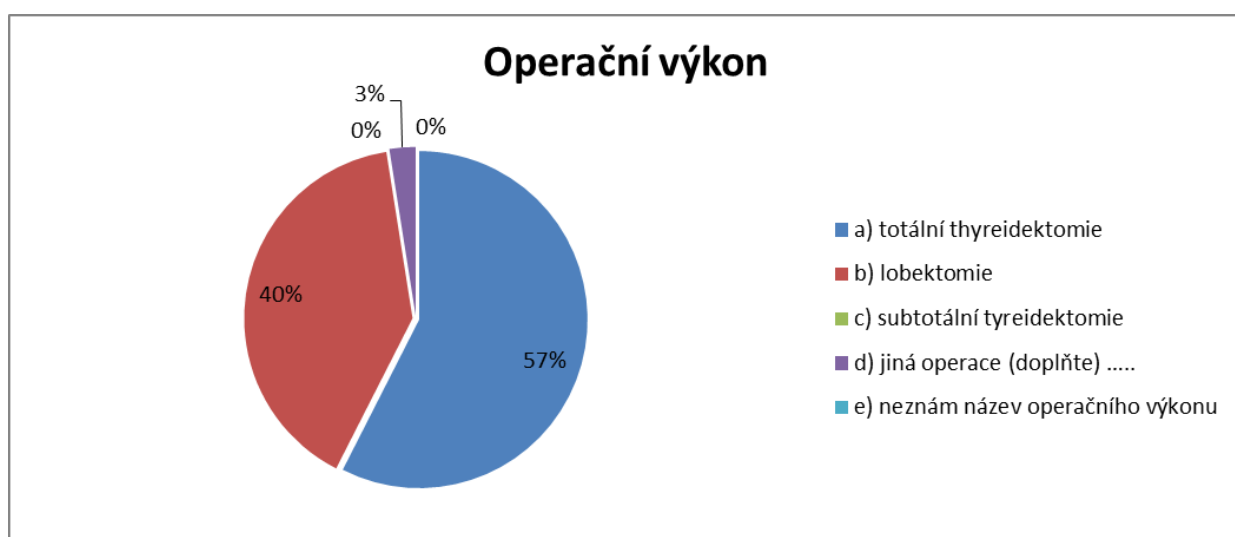
Obrázek 1 - Graf znázorňující název diagnózy

Obrázek č. 1 znázorňuje znalost názvu své diagnózy u pacientů před operací štítné žlázy. 15 respondentů (38 %) z celkového počtu 40 (100 %) označilo možnost a, tedy nodózní struma. 9 pacientů (23 %) podstupuje operaci kvůli karcinomu štítné žlázy. Dále 7 respondentů (18 %) z důvodů Hashimotovy tyreoidity. Možnost b – eufunkční struma i možnost e – toxický adenom označili pouze 4 respondenti (10 %). Pouze 1 pacient (3 %) označil jako název své diagnózy Graveso – Basedowowu chorobu. Možnost c – tyreoxikóza neoznačil nikdo (0 %). Možnost h – jiný název, kam mohli pacienti případně dopsat jiný název

diagnózy, také nezvolil žádný z respondentů (0 %). Stejně tak poslední možnou odpověď i – neznám název své diagnózy nevybral nikdo z respondentů (0 %).

Otázka č. 4 – Jaký operační výkon je u vás plánován?

- a) totální tyreidektomie (odstranění celé štítné žlázy)
- b) lobektomie (odstranění jednoho laloku štítné žlázy)
- c) subtotální tyreidektomie (odstranění štítné žlázy s ponecháním 2 – 4 mm zdravé tkáně štítné žlázy)
- d) jiná operace (doplňte)
- e) neznám název operačního výkonu



Obrázek 2 – Graf znázorňující operační výkony

Otázka č. 4 zjišťovala plánovaný operační výkon, který měli respondenti následující den podstoupit. U více než poloviny dotázaných, tedy 23 respondentů (57 %) byla provedena totální tyreidektomie. 16 respondentů (40 %) podstoupilo lobektomii. 1 pacient zvolil možnost d a uvedl, že v jeho případě se bude jednat o odstranění uzliny (metastázy) na krku. Subtotální tyreidektomie (možnost c) nebyla plánována ani u jednoho z dotázaných (0 %). Nikdo z respondentů (0 %) neoznačil možnost e, tedy že nezná název své diagnózy (viz obrázek č. 2).

Otázka č. 5 - Jste (dle Vašeho názoru) dostatečně informován/a o operačním výkonu a ošetřovatelské péči související s plánovanou operací?

- a) ano
- b) ne

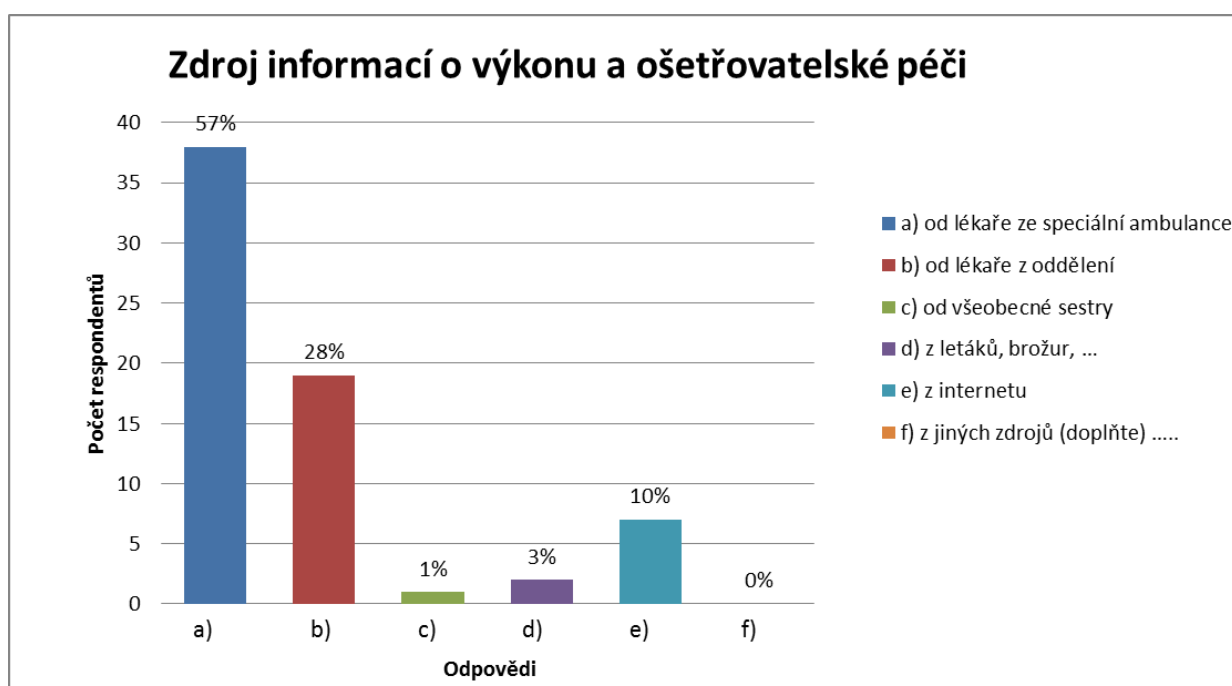


Obrázek 3 – Graf znázorňující informovanost respondentů o výkonu

U otázky č. 5 všech 40 (100 %) respondentů uvedlo, že dle jejich názor jsou dostatečně informování o operačním výkonu, který je čeká (viz obrázek č. 3).

Otázka č. 6 - Od koho (nebo kde) jste získal nejvíce informací o plánovaném výkonu a péči související s výkonem?

- a) od lékaře ze specializované ambulance
- b) od lékaře z oddělení
- c) od všeobecné sestry
- d) z letáků, brožur, ...
- e) z internetu
- f) z jiných zdrojů (doplňte)



Obrázek 4 - Graf znázorňující zdroje informací o výkonu

U otázky č. 6 měli dotazovaní možnost označit více odpovědí. Z odpovědí respondentů je patrné, že nejvíce informací jim bylo poskytnuto od lékařů. 38 respondentů (57 %) uvedlo, že jim nejvíce informací poskytl lékař v specializované ambulanci. Od lékaře z oddělení dostalo nejvíce informací 19 respondentů (28 %). 7 dotázaných (10 %) si hledalo informace o operaci na internetu. 2 respondenti (3 %) získali informace z letáků či brožur. Možnost c – od VS (z oddělení nebo ze specializované ambulance) označil pouze 1 respondent (1 %) a možnost f – z jiných zdrojů nikdo (viz obrázek č. 4).

Otázka č. 7 - Jste seznámen/a s komplikacemi, které s plánovaným výkonem souvisí (např. chrapot, porucha polykání, brnění prstů na ruce, ...)?

- a) ano
- b) ne

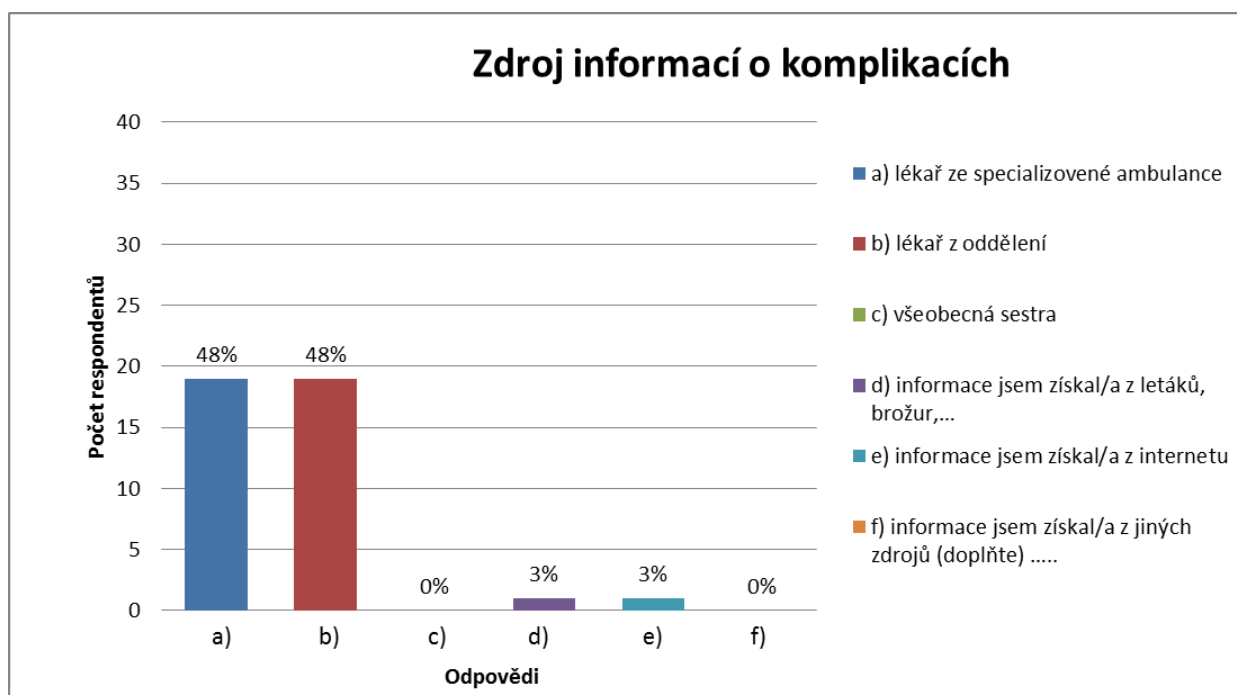


Obrázek 5 - Graf znázorňující obeznámení s komplikacemi

Z celkového počtu 40 respondentů u otázky č. 7 všichni (100 %) uvedli, že jsou seznámeni s komplikacemi, které by mohly nastat (viz obrázek č. 5).

Otázka č. 8 - Kdo vám poskytl nejvíce informací o komplikacích, které s výkonem souvisí?

- a) lékař ze specializované ambulance
- b) lékař z oddělení
- c) všeobecná sestra
- d) informace jsem získal/a z letáků, brožur, ...
- e) informace jsem získal/a z internetu
- f) informace jsem získal/a z jiných zdrojů (doplňte)

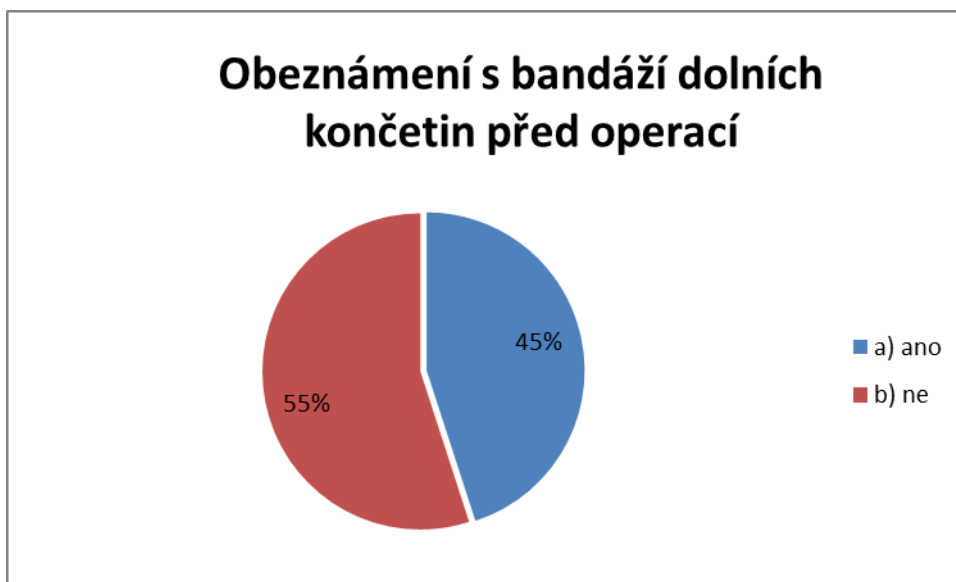


Obrázek 6 - Graf znázorňující zdroje informací

U osmé dotazníkové otázky zvolil stejný počet - 19 respondentů (48 %) možnost a – lékař ze specializované ambulance a b – lékař z oddělení. Z toho je tedy patrné, že jim nejvíce informací o možných komplikacích poskytl lékař, ať už z oddělení nebo ze specializované ambulance. Stejně tak možnost d – informace jsem získal z letáků a brožur a možnost e – informace jsem získal z internetu, označil stejný počet respondentů, v obou případech pouze 1 respondent (3 %). Možnost c – VS a možnost f – informaci jsem získal z jiných zdrojů, si nezvolil nikdo (viz obrázek č. 6).

Otázka č. 9 - Informoval Vás někdo o důvodu přiložení bandáží (elastických obinadel či elastických punčoch) na dolní končetiny před operací?

- a) ano
- b) ne

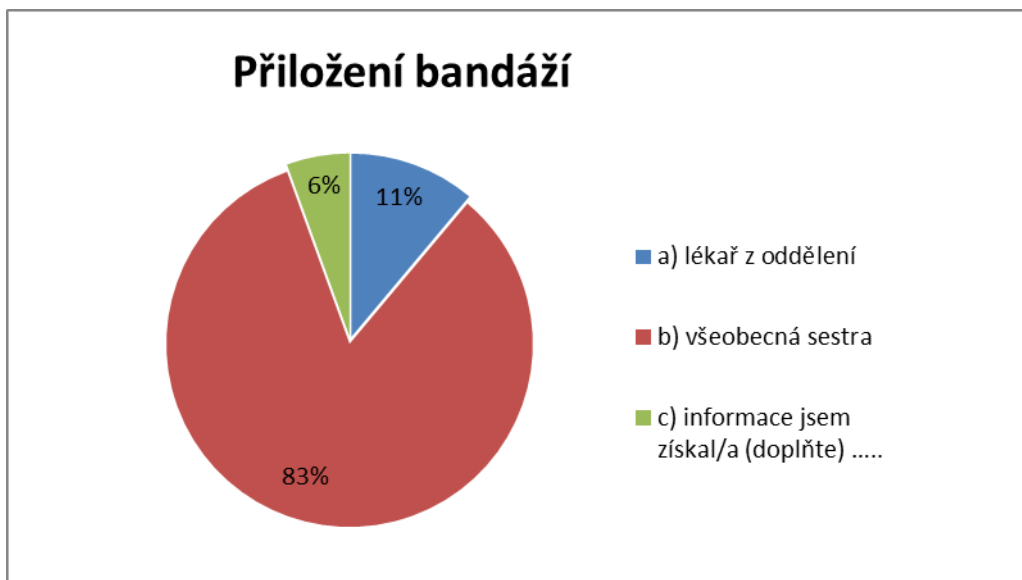


Obrázek 7 - Graf znázorňující informovanost o důvodu přiložení bandáží

Otázka č. 9 se týkala informovanosti o důvodu přiložení bandáží na dolní končetiny před operací. Z grafu je patrné, že odpovědi jsou téměř vyrovnané, 22 respondentů (55 %) uvedlo, že dostatečně informováni nejsou a zbylým 18 respondentům (45 %) byla informace poskytnuta (viz obrázek č. 7).

Otázka č. 10 - Kdo Vám poskytl nejvíce informací o důvodu přiložení bandáží?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a doplňte



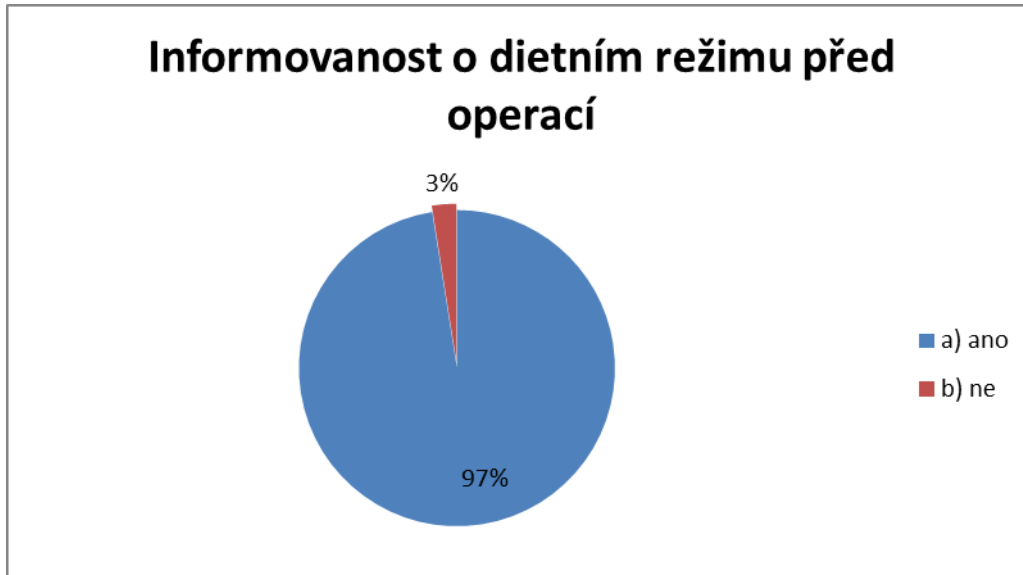
Obrázek 8 - Graf znázorňující zdroj informací o důvodu přiložení bandáží

Na tuto otázku (otázku č. 10) odpovídali, pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že byli o důvodu přiložení bandáží informováni – 18 respondentů (100 %). Více než $\frac{3}{4}$ respondentů (83 %) o tom, proč je třeba přikládat před operací na dolní končetiny bandáže, informovala VS z oddělení. Dvěma respondentům (11 %) důvod sdělil lékař z oddělení. Pouze 1 z dotázaných (6 %) si vybral možnost c a doplnil, že byl o tom informován od svého obvodního lékaře (viz obrázek č. 8).

Otázka č. 11 - Jste informován/a o dietním režimu před operací – lačnění v den operace?

a) ano

b) ne

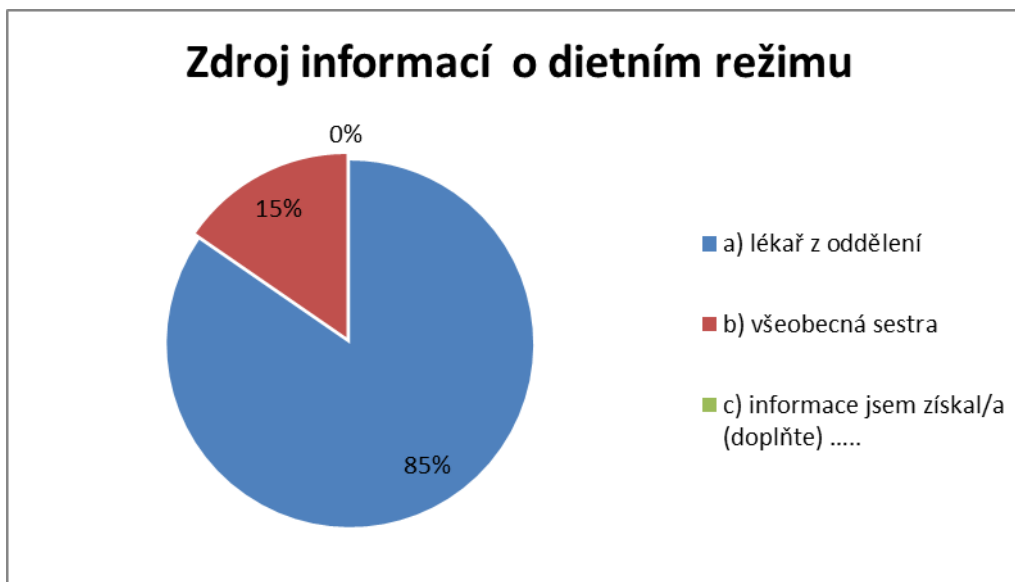


Obrázek 9 - Graf znázorňující informovanost o dietním režimu před operací

Z grafu (obrázek č. 9) u otázky č. 11 je patrné, že většina respondentů (97 %) byla o dietním režimu informována. Pouze 1 respondent (3 %) uvedl, že mu nebyly informace týkající se dietního režimu poskytnuty.

Otázka č. 12 - Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)



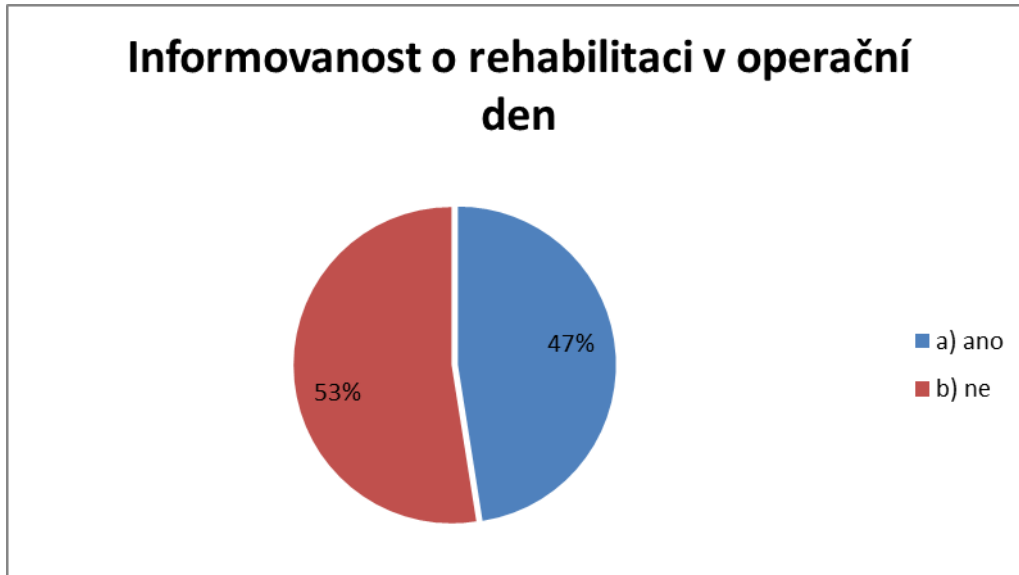
Obrázek 10 – Graf znázorňující zdroj informací o dietním režimu

Na otázku č. 12 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že byli o dietním režimu před operací informováni. Z těchto 39 respondentů (100 %) jich 33 (85 %) tuto informaci obdrželo od lékaře z oddělení. Zbylých 6 (15 %) dotázaných bylo o dietním režimu poučeno VS oddělení. Možnost c nevolil nikdo (viz obrázek č. 10).

Otázka č. 13 - Informoval Vás někdo o rehabilitaci v operační den (po nabytí vědomí)?

a) ano

b) ne

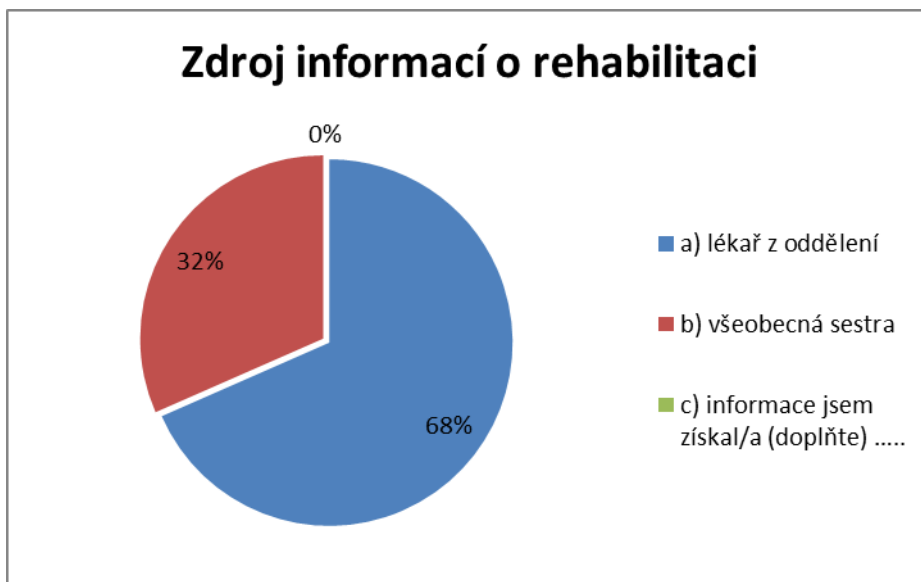


Obrázek 11 - Graf znázorňující informovanost o rehabilitaci v operační den

Třináctá otázka v dotazníku se týkala informovanosti pacientů o tom, jak bude probíhat jejich rehabilitace v den operace, až u nich dojde k nabytí vědomí. 21 respondentům (53 %) nikdo nepodal informace o rehabilitaci. 19 respondentů (47 %) naopak uvedlo, že informování jsou (viz obrázek č. 11).

Otázka č. 14 - Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)

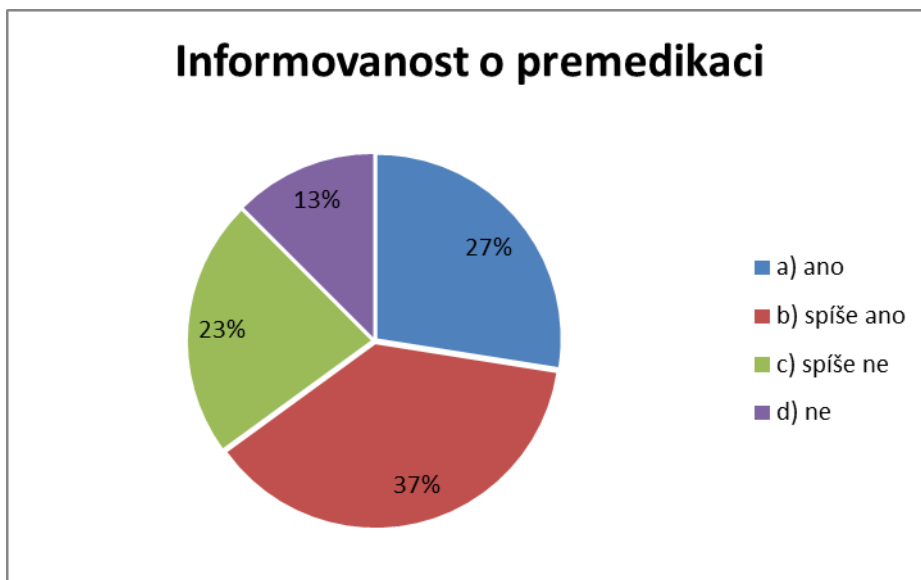


Obrázek 12 - Graf znázorňující informovanost o rehabilitaci

Na otázku č. 14 odpovídali pouze respondenti, kteří u předchozí otázky uvedli, že dostali informace o rehabilitaci, která je čeká po nabytí vědomí – 19 respondentů (100 %). Více než polovina těchto respondentů, tedy 13 (68 %) uvedla, že se o tom, jak bude probíhat jejich rehabilitace po nabytí vědomí, dozvěděli od lékaře z oddělení. VS o této skutečnosti informovala 6 respondentů (32 %). Z jiných zdrojů tuto informaci nezískal nikdo (viz obrázek č. 12).

Otázka č. 15 - Jste informován/a o aplikaci a působení premedikace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

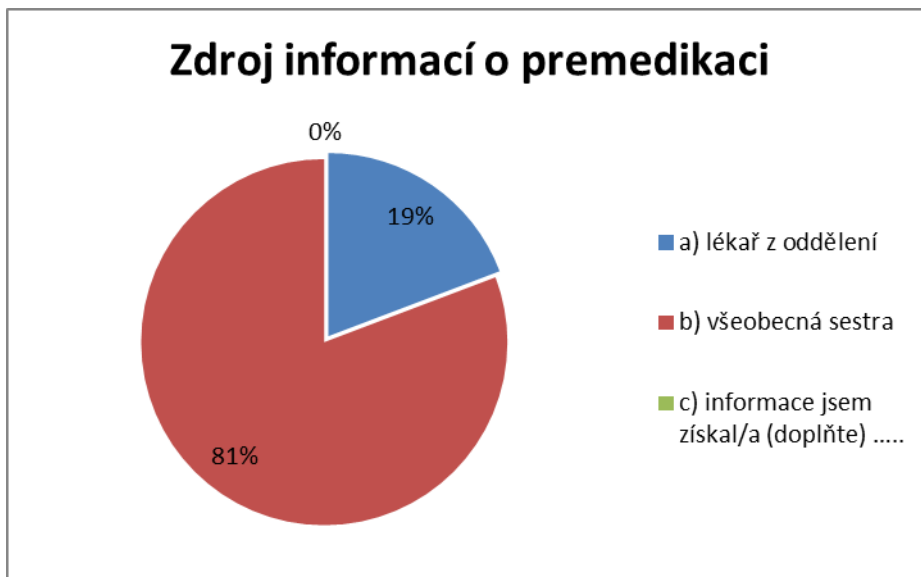


Obrázek 13 - Graf znázorňující informovanost o premedikaci

Otázka č. 15 se týkala premedikace, jejím působením a způsobem aplikace. Více než polovina respondentů (64 %) u této otázky odpověděla kladně. Z toho 11 respondentů (27 %) zvolilo možnost a – ano a 15 respondentů (37 %) možnost b – spíše ano. 9 respondentů (23 %) uvedlo, že o premedikaci spíše informování nejsou. A pouze 5 respondentů (13 %) označilo možnost d – ne (viz obrázek č. 13).

Otázka č. 16 - Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)

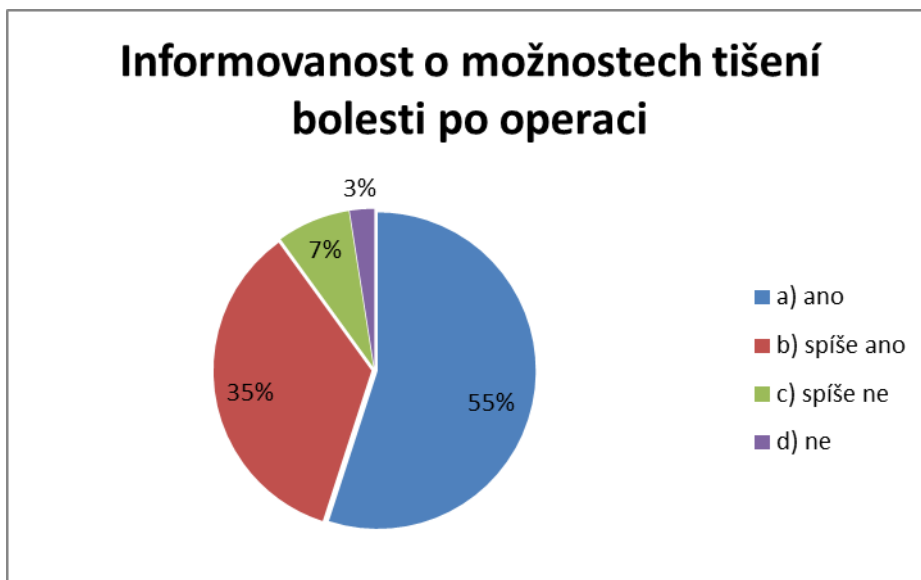


Obrázek 14 - Graf znázorňující zdroj informací o premedikaci

Na otázku č. 16 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že byly informování o aplikaci a působení premedikace, která jim bude podávána. Tedy ti, kteří označili odpověď a – ano nebo odpověď b – spíše ano. Z těchto 26 respondentů (100 %) bylo více než $\frac{3}{4}$, tedy 21 respondentů (81 %) informováno o premedikaci od VS z oddělení. Pouze 5 respondentů (19 %) uvedlo, že získali informace o aplikaci a působení premedikace před operací od lékaře. Nikdo (0 %) nezvolil možnost c (viz obrázek č. 14).

Otázka č. 17 - Jste informován o možnostech tišení bolesti po operaci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

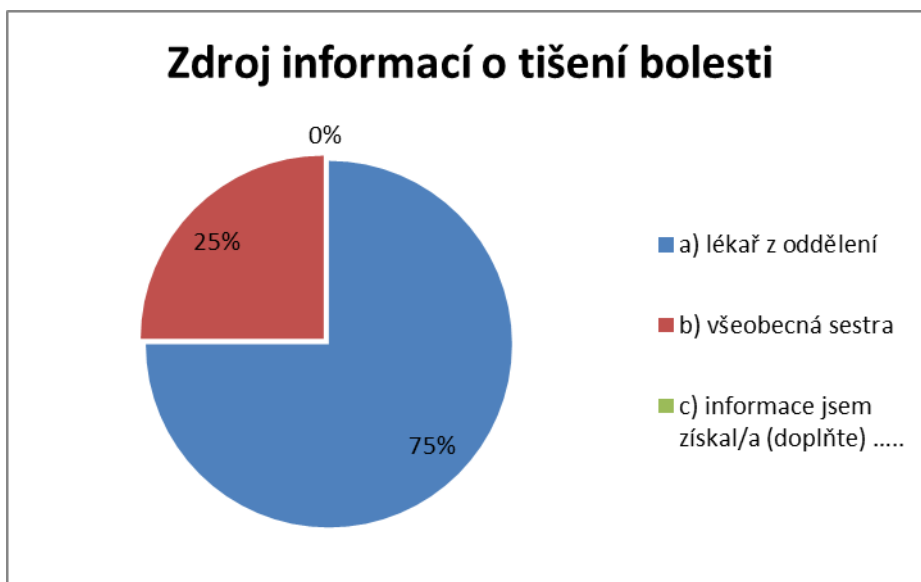


Obrázek 15 - Graf znázorňující informovanost o možnostech tišení bolesti

V otázce číslo 17 (viz obrázek č. 15) byli respondenti tázáni, jestli jim byla poskytnuta informace o možnostech tišení bolesti po operaci. Více než polovina, tedy 22 respondentů (55 %) označila možnost a – ano. O něco menší počet – 14 respondentů (35 %) zvolil b – spíše ano. Ze zbylého počtu dotázaných 3 (7 %) označili c – spíše ne. A pouze jeden člověk (3 %) uvedl, že informovaný není (možnost d – ne).

Otázka č. 18 - Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)



Obrázek 16 - Graf znázorňující zdroj informací o možnostech tišení bolesti

Na otázku č. 18 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli možnost a – ano či možnost b – spíše ano, tedy 36 respondentů (100 %). $\frac{3}{4}$, 27 respondentů (75 %) se o možnostech, jak lze bolest po operaci tišit dozvědělo od lékaře. Zbývá čtvrtina, 9 respondentů (25 %) získala informace od VS z oddělení. Možnost c tedy ne zvolil nikdo (viz obrázek č. 16).

Otázka č. 19 - Byl/a jste informován/a o prvním pooperačním vstávání z lůžka?

- a) ano
- b) ne

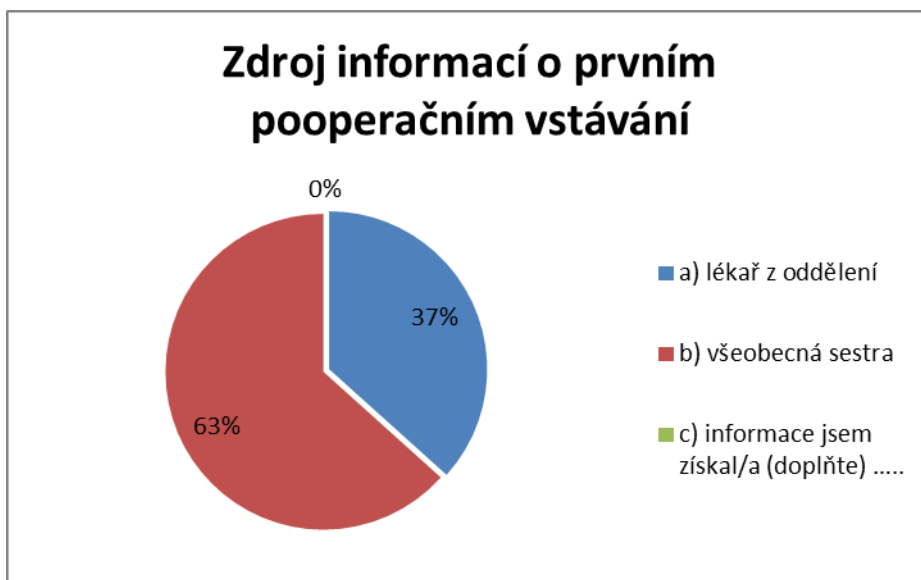


Obrázek 17 - Graf znázorňující informovanost o prvním pooperačním vstávání z lůžka

Otázka č. 19 se týká první vertikalizace (vstávání) po operaci. Většině, 30 - ti respondentům (75 %) tyto informace byly sděleny. Zbýlých 10 (25 %) respondentů nebylo od nikoho informováno o tom, jak bude probíhat první vstávání po operaci (viz obrázek č. 17).

Otázka č. 20 - Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)



Obrázek 18 - Graf znázorňující zdroj informací o 1. pooperačním vstávání

Na dvacátou otázku v dotazníku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že byli o prvním pooperačním vstávání z lůžka informováni – 30 respondentů (100 %). Z toho většinu, 19 respondentů (63 %) o problematice prvního vstávání z lůžka poučila VS z oddělení. 11 respondentů (37 %) informoval lékař. Variantu c – informace jsem získal (doplňte) ne zvolil nikdo (viz obrázek č. 18).

Otázka č. 21 - Víte, jak bude u Vás zajištěna hygienická péče včetně vyprazdňování po operaci až do 6 hodin následujícího dne?

- a) ano
- b) ne

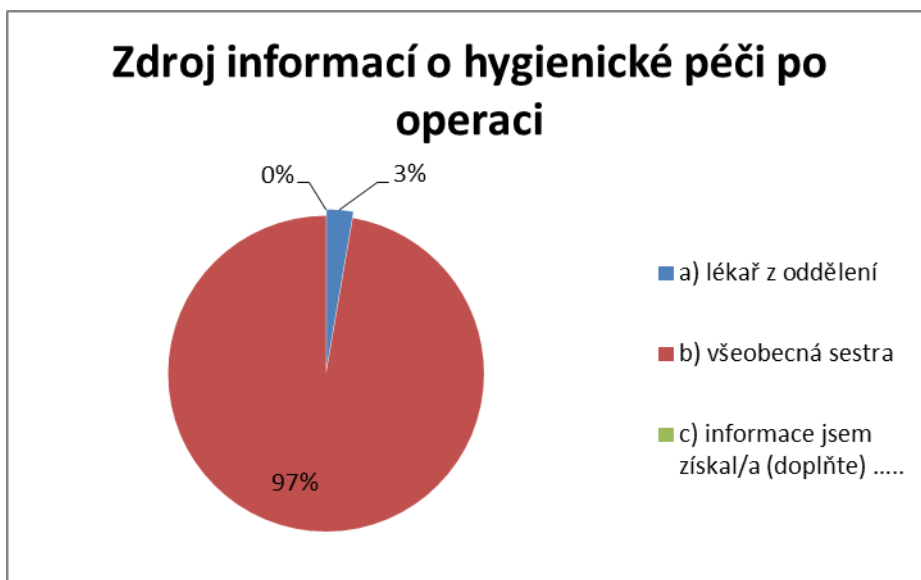


Obrázek 19 - Graf znázorňující informovanost o pooperační hygienické péči

Dvacátá první otázka v dotazníku se týká zajištění hygienické péče u pacientů po operaci (až do 6 hodin následujícího dne). Většina (92 %) respondentů ví, jak u nich bude hygienická péče včetně vyprazdňování probíhat. Pouze 3 respondenti (8 %) uvedli, že nevědí, jak u nich bude hygiena následujících několik hodin po operaci probíhat (viz obrázek č. 19).

Otázka č. 22 - Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)



Obrázek 20 - Graf znázorňující zdroj informací o hygienické péči po operaci

Na dvacátou druhou otázku v dotazníku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce označili možnost a – ano, tedy souhlasili s tím, že byli o hygienické péči po operaci informováni, jedná se o 37 respondentů (100 %). Téměř všechny, 36 respondentů (97 %) o hygienické péči informovala VS z oddělení. Pouze 1 respondent (3 %) uvedl možnost a – lékař z oddělení. Žádný z respondentů nevedl možnost c (viz obrázek č. 20).

Otázka č. 23 - Jaké informace byste ještě chtěl/a doplnit?

Poslední otázka dotazníku byla otevřená a respondenti tak měli možnost sami napsat, jaké informace týkající se předoperačního a pooperačního období by ještě potřebovali případně doplnit. Žádný ze 40 dotázaných (100 %) u této otázky nic nevedl.

9 Diskuze

V rámci výzkumu bakalářské práce bylo provedeno dotazníkové šetření, prostřednictvím kterého jsem získala data pro vyhodnocení stanovených cílů a výzkumných otázek.

Výsledky mého výzkumného šetření jsem srovnávala s výsledky bakalářských prací autorek Novákové (2010), která se ve své práci zabývá pooperačními komplikacemi u pacientů s onemocněním ŠŽ a Kuběnové (2012), která zjišťovala informovanost pacientů v souvislosti s operací ŠŽ. Dále také s výsledky diplomové práce Urbaníkové (2014), která se ve své práci zabývá způsoby edukace v perioperačním období.

Výzkumná otázka č. 1: Znají respondenti název své diagnózy a plánovaný výkon před přijetím do nemocnice?

Výzkumná otázka č. 1 se váže na dotazníkové otázky č. 3 a 4.

Z výzkumu vyplývá, že respondenti znají název své diagnózy (viz obrázek č. 1, s. 34), uvedlo tak 40 respondentů (100 %). Nejčastější diagnózou je u sledovaného vzorku respondentů před operací nodózní struma, celkem tuto diagnózu označilo 15 respondentů (38 %). Druhá nejčastější diagnóza je dle výzkumu karcinom štítné žlázy, operaci podstupuje kvůli karcinomu 9 respondentů (23 %). Pouze o dva méně, 7 respondentů (18 %) uvedlo jako svou diagnózu Hashimotovu tyreoiditu. 4 respondenti (10 %) uvedli jako svou diagnózu eufunkční struma a stejný počet, 4 respondenti (10 %) toxický adenom. Gravesonova – Basedowova choroba postihla pouze 1 respondenta (3 %). Výsledky této dotazníkové otázky bohužel nelze srovnat s jinými zdroji.

Z grafu (viz obrázek č. 2, s. 35) je patrné, že všichni respondenti (100 %) vědí, jaký operační výkon je u nich plánován. U pacientů je nejčastěji prováděna totální thyreidektomie, tento druh operačního výkonu uvedlo 23 respondentů (57 %). Z výzkumu dále vyplývá, že druhým nejčastějším operačním výkonem je lobektomie, tedy odstranění pouze jednoho laloku štítné žlázy. Tento operační výkon byl plánován u 16 respondentů (40 %). Pouze 1 pacient (3 %) uvedl jinou možnost a dopsal do otevřené odpovědi, že je u něj plánováno odstranění uzliny (metastázy) na krku. V tomto případě se výsledky liší od výzkumu Novákové (2015), která ve své práci uvádí, že až 96 % respondentů podstoupilo totální thyreidektomii a zbylé 4 % respondentů lobektomii.

Výzkumem bylo prokázáno, že všichni respondenti před plánovanou operací znají název své diagnózy a vědí, jaký operační výkon je u nich plánován.

Výzkumná otázka č. 2: Mají respondenti dostatek informací o předoperační ošetrovatelské péči?

Výzkumná otázka č. 2 vychází z odpovědí na dotazníkové otázky č. 5, 9, 11 a 15.

Ačkoli v otázce č. 5, „*Jste (dle Vašeho názoru) dostatečně informován/a o operačním výkonu a ošetrovatelské péči související s plánovanou operací?*“, všichni respondenti (100 %) uvedli, že jsou dostatečně informováni (viz obrázek č. 3, s. 36), další dotazníkové otázky odhalily určité nedostatky v některých oblastech. Což zřejmě souvisí s tím, že jejich odpovědi směřovaly pouze k operaci (operačnímu výkonu), nikoli i k ošetrovatelské péči. Ačkoliv Nováková (2015) neuvádí 100% informovanost, také její pacienti byli většinou informováni (94 %).

V dotazníkovém šetření nejhůře dopadla oblast informovanosti o důvodu přiložení bandáží, kde pouze 18 respondentů (45 %) z celkového počtu 40 respondentů (100 %) uvedlo, že informováni jsou (viz obrázek č. 7, s. 40). Oproti tomu Kuběnová (2012) ve své práci uvádí, že většina, 65 % respondentů je u důvodu přiložení bandáží informována.

O aplikaci a působení premedikace bylo informováno 26 dotázaných (64 %), z toho 15 respondentů (37 %) zvolilo možnost b – spíše ano, z čehož lze vyvodit, že podání informací u těchto respondentů nebylo dle jejich názoru kompletní (viz obrázek č. 13, s. 46). Nejlépe byli respondenti informováni o dietním režimu před operací – lačnění v den operace. V tomto případě 39 respondentů (97 %) uvedlo, že jsou o dietním režimu a lačnění informováni (viz obrázek č. 9, s. 42). Velmi podobný výsledek uvedla ve své práci také Kuběnová (2012), kdy naprostá většina pacientů (96 %) v dotazníku označila, že jsou informováni o lačnění před operací.

Touto výzkumnou otázkou bylo prokázáno, že nejhůře jsou respondenti informováni o důvodu přiložení bandáží. O aplikaci a působení premedikace byla informována více než polovina respondentů. A většina respondentů uvedla, že jsou informováni o dietním režimu a lačnění.

Výzkumná otázka č. 3: Jsou respondenti před operací dostatečně informováni o ošetrovatelské pooperační péči?

Výzkumná otázka č. 3 se váže k dotazníkovým otázkám č. 7, 13, 17, 19 a 21.

Informovanost respondentů v oblasti možných komplikací, ke kterým by mohlo dojít je dle dotazníkového šetření dostatečná, všech 40 respondentů (100 %) uvedlo, že je seznámeno

s komplikacemi, které by mohly po operaci nastat (viz obrázek č. 5, s. 38). Také Nováková (2015) ve své práci uvádí, že všichni dotázaní (100 %) jsou s možnými komplikacemi seznámeni.

U otázky č. 13, zda-li respondenti vědí, jak u nich bude probíhat rehabilitace v den operace po nabytí vědomí, 21 respondentů (53 %) z celkového počtu 40 respondentů (100 %), uvedlo, že je v této oblasti nikdo neinformoval (viz obrázek č. 11, s. 44). Naopak o tom, jaké budou mít po operaci možnosti v oblasti tišení bolesti, většina respondentů (90 %) informována byla (viz obrázek č. 15, s. 48). Výsledky této dotazníkové otázky lze srovnat s výzkumem Urbaníkové (2014), její pacienti měli ohodnotit body od 0 do 5 (0 – nejméně, 5 – nejvíce), jak jsou spokojeni s množstvím podaných informací ze strany zdravotnického personálu v oblasti tišení bolesti. Autorka uvádí, že 32 pacientů zvolilo 5 bodů, 34 pacientů 4 body, 16 respondentů 3 body, 2 respondenti 2 body a stejně tak 2 respondenti 1 bod.

Dále 30 pacientů (75 %) bylo informováno o první vertikalizaci (vstávání) po operaci (viz obrázek č. 17, s. 50). Kuběnová (2012) uvádí ve svém výzkumu velmi podobný výsledek, a to, že informováno bylo 67 % respondentů.

Informovanost v oblasti hygienické péče včetně vyprazdňování po operaci hodnotila většina, 37 respondentů (92 %) rovněž kladně (viz obrázek č. 19, s. 52).

Z výzkumného šetření je patrné, že většina respondentů je o pooperační ošetrovatelské péči dostatečně informována.

Výzkumná otázka č. 4: Z jakých zdrojů získali respondenti nejvíce informací?

Výzkumná otázka č. 4 vychází z odpovědí na dotazníkové otázky č. 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 a 22. Tato výzkumná otázka se mi zdála velmi důležitá, bohužel výsledky, až na dvě dotazníkové otázky nelze srovnat s jinými zdroji.

Obecně o plánovaném výkonu a péči, která s výkonem souvisí, se jedincům dostalo nejvíce informací od lékaře ze specializované ambulance (57 %), druhou nejčastější odpovědí bylo, že byli informováni od lékaře z oddělení (28 %), na kterém budou plánovanou operaci podstupovat (viz obrázek č. 4, s. 37). K podobným výsledkům došla ve své práci také Urbaníková (2014), která ve svém výzkumu uvádí, že informace o periperační péči získali respondenti nejčastěji od lékařů (67 %).

O komplikacích, které s operačním výkonem souvisí, opět respondenty nejvíce informovali lékaři, stejný počet – 19 respondentů (48 %) uvedlo lékaře ze specializované ambulance

a lékaře z oddělení (viz obrázek č. 6, s. 39). Téměř stejné výsledky uvádí ve své práci také Nováková (2015), 44 % respondentů v jejím dotazníkovém šetření informoval o operačním výkonu lékař ze specializované ambulance.

O důvodu přiložení bandáží, pokud vůbec informováni byli, informovala respondenty ve většině případů VS z oddělení, celkem tuto možnost označilo 15 respondentů (83 %) z 18 respondentů (100 %), kteří informováni o této problematice byli (obrázek č. 8, s. 41).

O dietním režimu před operací více než $\frac{3}{4}$ respondentů (85 %) informoval lékař z oddělení (viz obrázek č. 10, s. 43). Stejně tak o problematice v oblasti rehabilitace v operační den po nabytí vědomí informoval nejčastěji lékař – uvedlo tak 13 respondentů (68 %) z 19 (100 %), kteří o tomto informováni byli (viz obrázek č. 12, s. 45).

O aplikaci a působení premedikace respondenty ve většině případů informovala VS z oddělení, tuto možnost uvedlo 21 respondentů (81 %; viz obrázek č. 14, s. 47). Většina pacientů (90 %) byla také informována o tom, jaké mají možnosti v oblasti tišení bolesti po operaci a $\frac{3}{4}$, 27 respondentů (75 %) získalo tuto informaci také od VS z oddělení (obrázek č. 16, s. 49).

Většina, 30 respondentů (75 %) byla o první vertikalizaci z lůžka informována a více než polovina z nich (63 %) získala tuto informaci od VS z oddělení (viz obrázek č. 18, s. 51), která pacienty také informovala ve 39 případech (97 %) o tom, jak bude probíhat jejich hygienická péče včetně vyprazdňování po operaci (obrázek č. 20, s. 53).

Dle výzkumu lze tedy říci, že nejčastěji pacienti získávají informace od lékaře nebo od VS.

Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, do jaké míry jsou respondenti informováni o své nemoci, dále zmapovat informovanost respondentů o bezprostřední předoperační péči u operace ŠŽ a také zmapovat informovanost respondentů o pooperační péči. Důležitou informací bylo také, od koho pacienti informace nejčastěji získávali.

Na základě údajů získaných z dotazníkového šetření jsem došla k několika závěrům. Všichni pacienti uvádějí, že jsou informováni o operačním výkonu a ošetrovatelské péči související s plánovaným výkonem. Právě tento údaj se v dalším šetření ne vždy prokázal. 100% je informovanost týkající se znalosti své diagnózy a operačního výkonu, respondenti zde také odpovídají, že tuto informaci získali převážně od lékařů ze specializované ambulance nebo oddělní, což jsem také předpokládala. Edukace v oblasti ošetrovatelské péče nebyla VS vždy předána v dostatečné míře. Udivilo mě, že je velmi nízká informovanost od VS v oblasti důvodu přiložení bandáží před operací. Také více než polovina respondentů uvedla, že neví, jak u nich bude probíhat rehabilitace v den operace po nabytí vědomí.

Hlavním přínosem práce je zjištění, ve kterých oblastech předoperační a pooperační péče má edukace VS nedostatky. Po dohodě budou výsledky bakalářské práce předány vrchní sestře na oddělení ORL ve fakultní nemocnici, kde byl výzkum proveden.

Posledním cílem bylo vytvořit edukační materiál pro pacienty před operací ŠŽ. Tedy za výstup mé bakalářské práce lze považovat nejenom zjištění a prezentaci některých nedostatků VS v edukaci pacientů před operací ŠŽ (viz obrázek č. 7, s. 41) ale i edukační materiál vlastní tvorby, který může pomoci VS s informovaností pacientů před operací ŠŽ.

Závěrem doporučuji pro možný další výzkum s touto problematikou rozdělit pacienty ještě podle toho, zda je to první operace v jejich životě nebo již v minulosti nějaký operační výkon podstoupili. Až během zpracování dat ve výzkumné části jsem zjistila, že právě tato informace mohla ovlivnit výsledky dotazníkového šetření a to z důvodu, že některé informace mohli pacienti již znát z předchozího pobytu v nemocnici.

Použitá literatura

ASTL, Jaromír. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy.* 2., rozšíř. vyd. Praha: Maxdorf, 2013, 252 s. Jessenius. ISBN 978-807-3453-763.

BRUNOVÁ, Jana. Diagnostika a terapie poruch funkce štítné žlázy. *Medicina pro praxi* [online]. 2008, 5(6) [cit. 2017-05-28]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2008/06/05.pdf>. ISSN 1803-5310.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie* 2. 3., uprav. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie člověka.* 1. vyd. V Praze: České vysoké učení technické, 2013, 213 s. ISBN 978-80-01-05249-5.

FIALA, Pavel et al. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů.* 2. vyd. Praha: Karolinum, 2008, 173 s. ISBN 978-80-246-1491-5.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium.* 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

KUBĚNOVÁ, Eva. *Informovanost pacientů v souvislosti s operací štítné žlázy.* Zlín, 2012. 78 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce MUDr. Tomáš Miča.

LÍMANOVÁ, Zdeňka. *Štítná žláza.* 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 371 s. ISBN 80-7262-400-8.

MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve.* 1. vyd. Martin: Osveta, 2009, 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.

MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 123 s. ISBN 978-80-247-3811-6.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi.* 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010, 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů.* 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 222 s. ISBN 978-80-247-3918-2.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie.* 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009, 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

NEMCOVÁ, Jana et al. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve.* 1. vyd. Martin: Osveta, 2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

NOVÁKOVÁ, Michaela. *Pooperační komplikace u pacientů s onemocněním štítné žlázy.* Pardubice, 2015. 59 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Alena Dvořáčková.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství.* 2., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky.* 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 216 s. ISBN 978-80-247-1777-7.

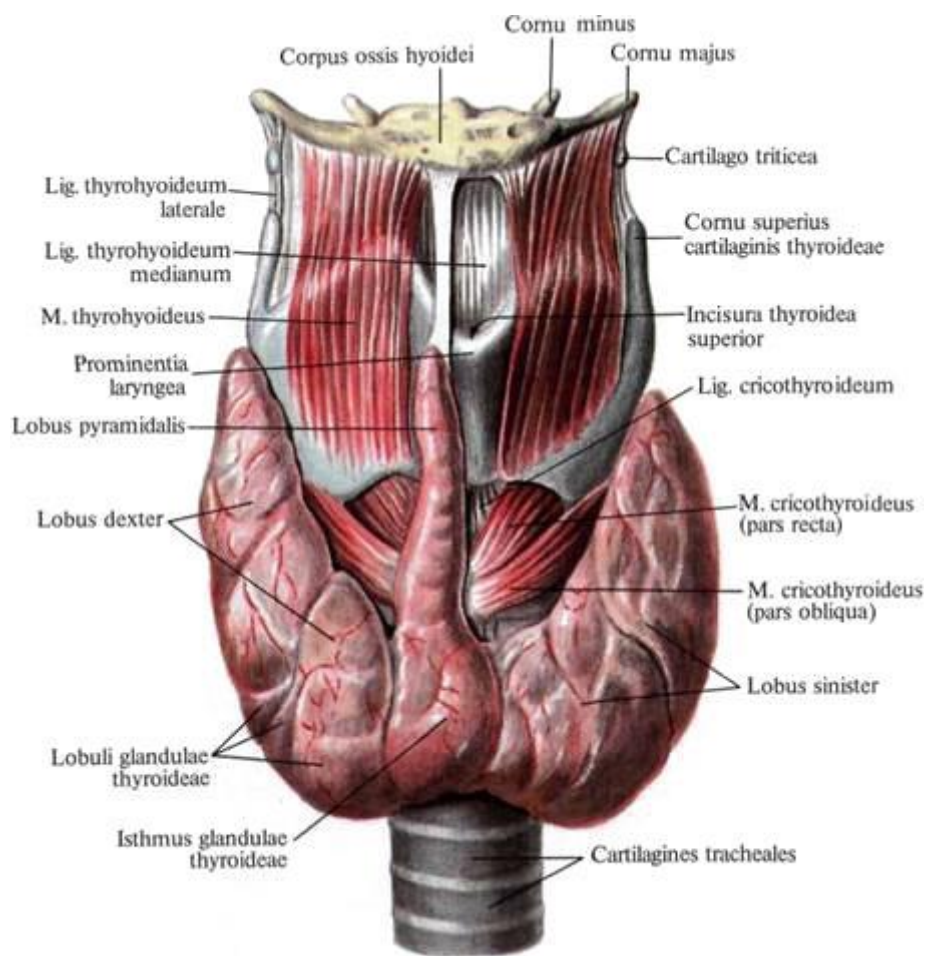
URBANÍKOVÁ, Ivana. *Způsoby edukace o perioperačním období u pacientů ve zdravotnických zařízeních.* Pardubice, 2014. 89 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Přílohy

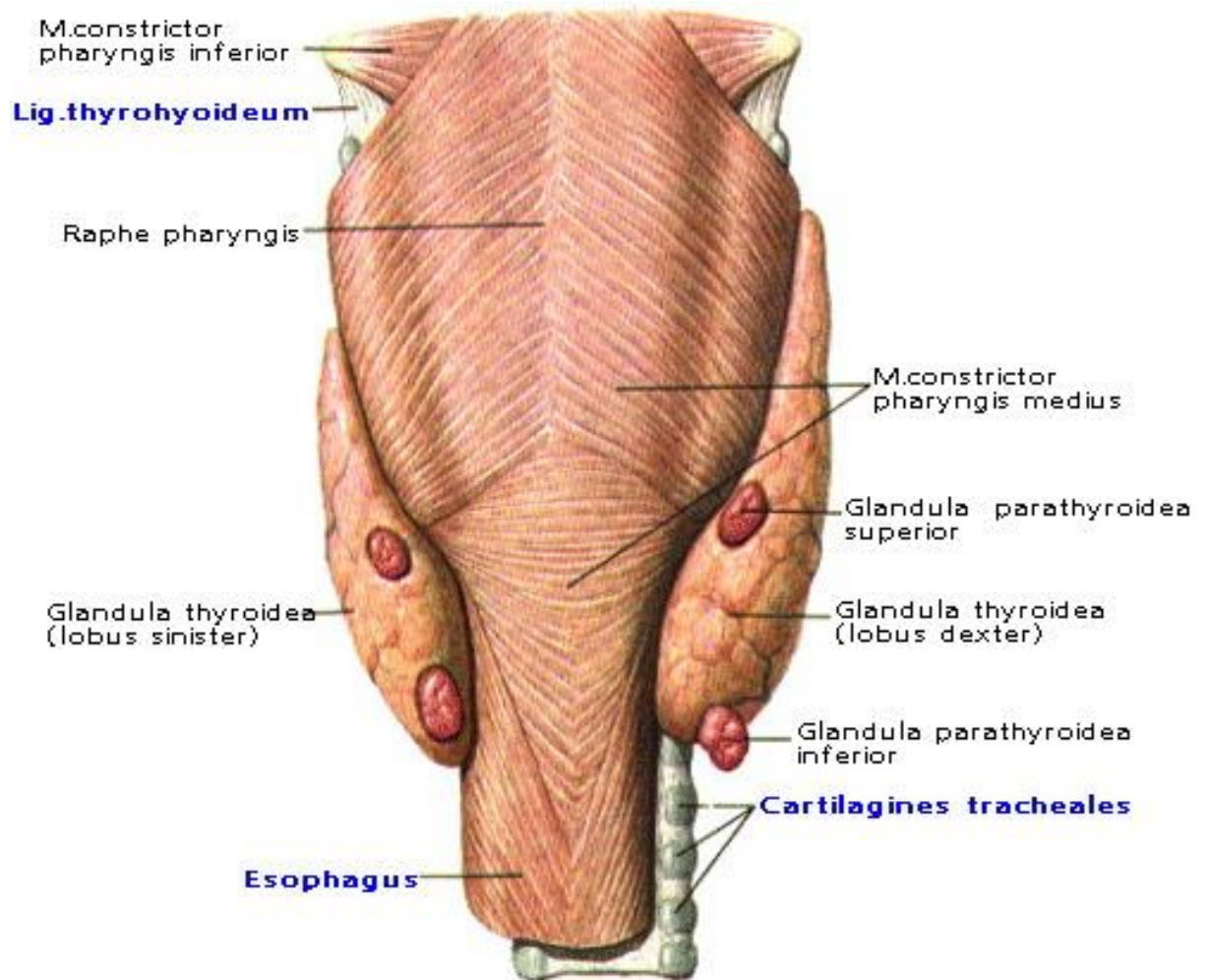
Příloha A – <i>Štítná žláza</i>	63
Příloha B – <i>Příštítná tělíska</i>	64
Příloha C – <i>VAS bolesti</i>	65
Příloha D – <i>Dotazník</i>	66
Příloha E – <i>Edukační letáček</i>	71

Příloha A – Štítná žláza



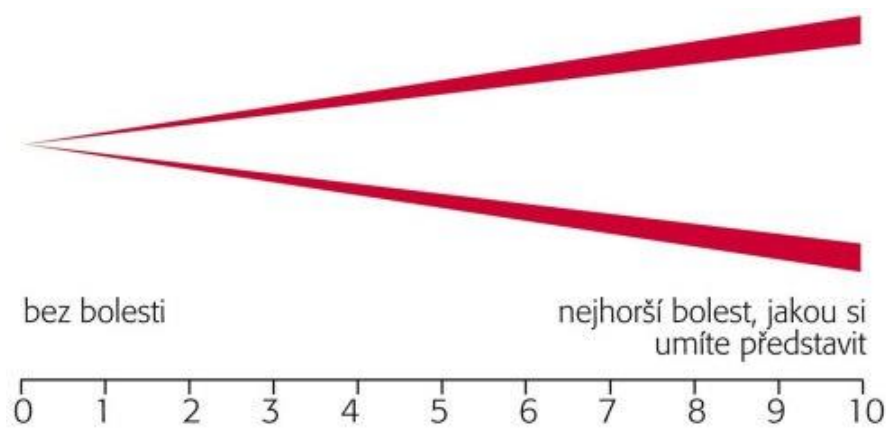
Zdroj: <http://spina.pro/anatomy/vnutrennosti/dykhatelnaja-sistema/gortan/>

Příloha B – *Příštítná tělíska*



Zdroj: <http://4medical.in/wp-content/uploads/2012/09/zhelezi.jpg>

Příloha C – VAS bolesti



Zdroj: <http://www.dama.cz/zdravi/naplast-pri-lecbe-bolesti-8498>

Příloha D – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Hořínková a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V rámci své bakalářské práce jsem si vybrala téma „**Edukace pacientů před operací štítné žlázy**“. A proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění **anonymního** dotazníku, který bude podkladem pro vypracování praktické části mé bakalářské práce. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte prosím pouze jednu odpověď.

Děkuji Vám za Váš čas a pravdivé odpovědi.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 a více let

3. Znáte název své diagnózy?

- a) nodózní struma (zvětšení štítné žlázy s přítomností uzlů)
- b) eufunkční struma (zvětšení štítné žlázy s dostatečnou produkcí hormonů)
- c) tyreotoxikóza (hypertyreóza, zvýšená činnost štítné žlázy)
- d) Gravesonova – Basedowova choroba (jedna z forem zvýšené funkce štítné žlázy)
- e) toxický adenom (nezhoubný nádor štítné žlázy)
- f) Hashimotova tyreoiditida (autoimunitní onemocnění štítné žlázy)
- g) karcinom štítné žlázy (nádor štítné žlázy)
- h) jiný název (doplňte)
- i) neznám název své diagnózy

4. Jaký operační výkon je u vás plánován?

- a) totální tyreidektomie (odstranění celé štítné žlázy)
- b) lobektomie (odstranění jednoho laloku štítné žlázy)
- c) subtotální tyreidektomie (odstranění štítné žlázy s ponecháním 2 – 4 mm zdravé tkáně štítné žlázy)
- d) jiná operace (doplňte)
- e) neznám název operačního výkonu

5. Jste (dle Vašeho názoru) dostatečně informován/a o operačním výkonu a ošetrovatelské péči související s plánovanou operací?

- a) ano
- b) ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“ (pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“ pokračujete na otázku č. 7).

6. Od koho (nebo kde) jste získal/a nejvíce informací o plánovaném výkonu a péči související s výkonem? (můžete uvést více odpovědí)

- a) od lékaře ze specializované ambulance
- b) od lékaře z oddělení
- c) od všeobecné sestry
- d) z letáků, brožur, ...
- e) z internetu
- f) z jiných zdrojů (doplňte)

7. Jste seznámen/a s komplikacemi, které s plánovaným výkonem souvisí (např. chrapot, porucha polykání, brnění prstů na ruku,...)?

- a) ano
- b) ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“ (pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“ pokračujete na otázku č. 9).

8. Kdo Vám poskytl nejvíce informací o komplikacích, které s výkonem souvisí?

- a) lékař ze specializované ambulance
- b) lékař z oddělení
- c) všeobecná sestra
- d) informace jsem získal/a z letáků, brožur, ...
- e) informace jsem získal/a z internetu
- f) informace jsem získal/a z jiných zdrojů (doplňte)

9. Informoval Vás někdo o důvodu přiložení bandáží (elastických obinadel či elastických punčoch) na dolní končetiny před operací?

- a) ano
- b) ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“ (pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“ pokračujete na otázku č. 11).

10. Kdo Vám poskytl nejvíce informací o důvodu přiložení bandáží?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)

11. Jste informován/ a o dietním režimu před operací – lačnění v den operace?

- a) ano
- b) ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“ (pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“ pokračujete na otázku č. 13).

12. Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)

13. Informoval Vás někdo o rehabilitaci v operační den (po nabytí vědomí)?

- a) ano
- b) ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“ (pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“ pokračujete na otázku č. 15).

14. Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)

15. Jste informován/a o aplikaci a působení premedikace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“ nebo „spíše ano“ (pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“ nebo „spíše ne“ pokračujete na otázku č. 17).

16. Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)

17. Jste informován/a o možnostech tišení bolesti po operaci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“ nebo „spíše ano“ (pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“ nebo „spíše ne“ pokračujete na otázku č. 19).

18. Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)

19. Byl/a jste informován/a o prvním pooperačním vstávání z lůžka?

- a) ano
- b) ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“ (pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“ pokračujete na otázku č. 21).

20. Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)

21. Víte, jak bude u Vás zajištěna hygienická péče včetně vyprazdňování po operaci až do 6 hodin následujícího dne?

- a) ano
- b) ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“ (pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“ pokračujete na otázku č. 23).

22. Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) lékař z oddělení
- b) všeobecná sestra
- c) informace jsem získal/a (doplňte)

23. Jaké informace byste ještě chtěl/a doplnit?

.....

INFORMACE PRO PACIENTY PŘED OPERACÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY



Obrázek 1 - Štítná žláza (zdroj: <https://www.modrykonik.cz/>)

PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

- 6 – 8 hodin před operací musíte být lačný/á (zpravidla od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit)
- Ráno v den operace provedete celkovou hygienu. Muži musí mít oholený krk a horní část hrudníku (v případě potřeby Vám s oholením pomůže zdravotnický personál)
- Cca 0,5 – 1 hodinu před operací Vám bude podána premedikace (léky potlačující strach a rozrušení - příprava na anestezii a operační výkon), po jejíž aplikaci již nesmíte vstávat z lůžka
- Před odvozem na operační sál Vám sestra přiloží bandáže na dolní končetiny (z důvodů prevence tromboembolické nemoci)



Obrázek 2– Bandáže DK (zdroj: <http://www.lecbarany.cz/produkty/kompresivni-terapie/putter-verband>)

POOPERAČNÍ PRŮBĚH

- Po operaci budete přeložen/a na dospávací pokoj, kde Vám budou monitorovány životní funkce. Po nabytí vědomí (cca za 2 hodiny) budete převezen/a na standardní oddělení
- V oblasti pod operační ránu budete mít zavedený Redonův drén, který odvádí sekret z rány. (jedná se o hadičku a sběrnou nádobku, kterou sestry budou kontrolovat). Tento drén Vám bude odstraněn pravděpodobně 1. – 2. pooperační den
- Může se stát, že budete po operaci pociťovat bolest v operační ráně. Pokud se tak stane, neváhejte si přivolat zdravotnický personál, který Vám bude dle potřeby podávat léky proti bolesti
- O možnosti popíjení tekutin Vás bude informovat sestra. Zpravidla budete moci malé množství tekutin přijímat za 2 - 4 hodiny po operaci
- Veškerá hygienická péče (včetně vyprazdňování) bude u Vás po operaci probíhat (až do 1. pooperačního vstávání) na lůžku s dopomocí zdravotnického personálu
- Od prvního pooperačního dne budete dostávat dietu č. 1 (kašovitou stravu), protože se Vám může hůře polykat. Poté budete postupně přecházet na Vaši běžnou stravu
- Nevstávejte po operaci z lůžka! Poprvé budete po operaci vstávat s dopomocí sestry, a to nejčastěji až 1. pooperační den



Obrázek 3 – Redonův drén (zdroj: <http://oschir.jfmed.uniba.sk/HCH2-4-2-A.php>)

OPERAČNÍ RÁNA A PÉČE O JIZVU

- První převaz rány se provádí zpravidla za 24 – 48 hodin po operaci
- Stehy se odstraňují 7. – 10. pooperační den
- Po odstranění stehů je doporučeno ránu 2x denně promaštovat a nejlépe 5x denně po dobu 3 minut masírovat (jizvu masírujte zlehka tlakovými krouživými pohyby)

DÉLKA HOSPITALIZACE A PROPUŠTĚNÍ

- Pokud nenastanou žádné komplikace, budete domů propuštěn/a 3. – 5. pooperační den
- Po operačním výkonu máte nárok na „Pracovní neschopnost – neschopenku“
- Nezapomeňte navštívit Vašeho praktického lékaře a endokrinologa (lékař specialista pro onemocnění štítné žlázy)

Edukační leták vznikl jako výstup bakalářské práce na téma „Edukace pacientů před operací štítné žlázy“ pod Fakultou zdravotnických studií, Univerzity Pardubice.

Autor: Hořínková Kristýna, email: st42069@student.upce.cz

Použité zdroje:

JANÍKOVÁ, Eva et al. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

MARKALOUS, Bohumil a Marie GREGOROVÁ. *Nemoci štítné žlázy: otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Triton, 2007, 197 s. ISBN 978-80-7254-961-0.

PLÍVOVÁ, Lenka a Dagmar VAVŘICHOVÁ. *Ošetrovatelská péče o nemocné po strumektomii*. [online]. [cit. 2017-06-03]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-nemocneho-po-strumektomii-291140>.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.