

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S HYPERTYREÓZOU**

Bakalářská práce

VERONIKA SMAŽÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Smažáková Veronika
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:


Ošetřovatelský proces u pacienta s hyperthyreózou

The Nursing Process in a Patient with Hyperthyroidism

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 5. 2015

.....

ABSTRAKT

SMAŽÁKOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s hypertyreózou*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha. 2014. Počet stran 49.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s hypertyreózou. Práce popisuje problematiku onemocnění štítné žlázy se zaměřením na zvýšenou funkci a je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá charakteristikou, etiologií, příznaky, diagnostikou, léčbou onemocnění a specifiky ošetrovatelské péče.

V praktické části je rozpracován ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky, která se dlouhodobě léčí s hypertyreózou a je hospitalizována na interním oddělení se zhoršením stavu. Praktická část obsahuje medicínský management, situační analýzu a nejčastější ošetrovatelské diagnózy spojené s onemocněním.

Cílem práce je upozornit na problematiku a závažnost tohoto onemocnění a přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o nemocné s hypertyreózou.

Klíčová slova

Hypertyreóza. Onemocnění štítné žlázy. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient.

ABSTRACT

SMAŽÁKOVÁ, Veronika. *The Nursing Process in a Patient with Hyperthyroidism*. The College of Nursing, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Hana Belejová, PhD. Prague. 2014. 49 pages.

The theme of bachelor thesis is the nursing process in a patient with hyperthyroidism. The bachelor thesis describe the issue of thyroid diseases with a focus on hyperthyroidism and is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part deals with the characteristics, etiology, symptoms, diagnosis, treatment of diseases and specifics of nursing care.

The practical part is developed nursing process for a specific patient who was treated with a long-term hyperthyroidism and is hospitalized in the internal medicine department with a health deterioration. The practical part includes medical management, situational analysis and the most frequent nursing diagnoses associated with the disease.

The goal of this bachelor thesis is highlight the issue and the severity of the disease and to contribute to the improvement of nursing care for patients with hyperthyroidism.

Keywords

Hyperthyroidism. Thyroid disease. Nursing care. Nursing process. Patient.

PŘEDMLUVA

Nemoci štítné žlázy se v populaci vyskytují poměrně běžně. Postihují ženy i muže, mladé i starší. Výskyt může ovlivnit rodinná dispozice, ale není to podmínkou. Někdy se „poblázní“ imunita. Upřímně řečeno, mohou potkat každého z nás. Existuje mnoho odborných publikací na tato témata. Co mne ale překvapilo je to, že o hypertyreóze není mnoho informací pro ošetrovatelský personál. Přitom se ošetrovatelský personál během své praxe s pacientem s hypertyreózou často potká.

Tato bakalářská práce vznikla ve snaze srozumitelně a stručně vysvětlit problematiku hypertyreózy pro studenty ošetrovatelství a všeobecné sestry v praxi. Poskytne náhled na onemocnění jak po stránce teoretické, tak i praktické. Zaměřuje se na časté ošetrovatelské diagnózy u nemocných s hypertyreózou.

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování paní PhDr. Haně Belejové, PhD. za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady, trpělivost a čas věnovaný při konzultacích. Dále chci poděkovat spolupracovníkům interního oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. za užitečné rady a rodině za podporu při studiu a při psaní bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	8
SEZNAM ZKRATEK	9
SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ	10
ÚVOD.....	12
1 ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY.....	13
1.1 Rozdělení tyreopatií.....	13
2 HYPERTYREÓZA.....	16
2.1 Etiologie a patogeneze	16
2.2 Klinický obraz.....	17
2.3 Diagnostika	19
2.4 Terapie	20
2.5 Hypertyreóza a těhotenství	21
2.6 Hypertyreóza v dětství.....	22
2.7 Tyreotoxická krize	23
2.8 Prognóza	23
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S HYPERTYREÓZOU.....	25
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S HYPERTYREÓZOU.....	29
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	58
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace štítné žlázy dle WHO	19
Tabulka 2 Identifikační údaje	29
Tabulka 3 Vitální funkce při přeložení z jednotky intenzivní péče	29
Tabulka č 4 Léková anamnéza	30
Tabulka č 5 Posouzení zdravotního stavu ze dne 24. 02. 2015	32
Tabulka č 6 Aktivity denního života	35
Tabulka č 7 Posouzení psychického stavu	39
Tabulka č 8 Posouzení sociálního stavu	41
Tabulka č 9 Biochemie	45
Tabulka č 10 Hematologie	45
Tabulka č 11 Sesterská diagnóza č. 1	47
Tabulka č 12 Sesterská diagnóza č. 2	48
Tabulka č 13 Sesterská diagnóza č. 3	50
Tabulka č 14 Sesterská diagnóza č. 4	51
Tabulka č 15 Sesterská diagnóza č. 5	52
Tabulka č 16 Sesterská diagnóza č. 6	53
Tabulka č 17 Sesterská diagnóza č. 7	54

SEZNAM ZKRATEK

ECHO vyšetření srdce – echokardiografie je ultrazvukové vyšetření srdce

EKG – elektrokardiogram, zobrazuje elektrickou aktivitu srdce

GB choroba – Gravesova Basedowova choroba, autoimunitní onemocnění štítné žlázy

ŠŽ – štítná žláza

TgAb – protilátky proti štítné žláze, tzv. proti tyreoglobulinu

TPOAb – protilátky proti štítné žláze, tzv. tyreoidální peroxidáze

TRAK – protilátky proti TSH receptoru

TSH – tyreotropin, hormon hypofýzy

T 3 – trijodtyronin, hormon štítné žlázy

T 4 – tyroxin, hormon štítné žlázy (fT4 – volný tyroxin)

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adenom – benigní nádor ze žlázového epitelu

Agranulocytóza – pokles granulocytů (druh bílých krvinek) v krvi

Amiodaron – antiarytmikum, slouží k úpravě srdečního rytmu

Anaplastický nádor – zhoubný nádor, jehož histologická struktura připomíná nezralou, embryonální tkáň

Anikterické – bez zežloutnutí

Arytmie – porucha srdečního rytmu

Autoimunitní – imunitní odpověď organismu na vlastní složky

Benigní – nezhoubný

Betablokátory – léky zklidňující srdeční činnost

Cyanóza – namodralé zbarvení kůže při nedostatečném okysličování krve

Delirium – kvalitativní porucha vědomí charakterizovaná náhle vzniklou změnou chování, poruchou pozornosti

Dilatace – rozšíření, roztažení, zvětšení

Diplopie – dvojité vidění

Hypoxie – snížený obsah kyslíku ve tkáních

Ejekční frakce – ukazatel funkce a výkonnosti srdce (podíl objemu krve vypuzené při jednom srdečním stahu k množství krve před stahem)

Endokrinní orbitopatie – chronické oční onemocnění spojené nejčastěji s autoimunitní reakcí proti štítné žláze, charakterizované zánětem, který postihuje všechny struktury orbity

Endokrinní systém – soustava žláz s vnitřní sekrecí, které vylučují hormony

Eufunkce – správná funkce, bez poruchy

Exoftalmus – vystoupení (vysunutí) oka z očnice

Fibrilace síní – nejčastější nepravidelný srdeční rytmus

Folikul – měchýřek

Graefeho příznak – při pohledu dolů se víčko opožďuje za bulbem a mezi horním okrajem duhovky a víčkem dojde k obnažení skléry

Hepatosplenomegalie – abnormální zvětšení jater a sleziny

Hyperfunkce – zvýšená funkce

Hypermetabolismus – zrychlený metabolismus

Hypofunkce – snížená funkce

Léčba radiojodem – léčebné podání radioaktivního izotopu jodu

Leukopenie – snížení počtu bílých krvinek v krvi

Maligní – zhoubný

Mánie – porucha projevující se rozjařenou, okolnostem nepřiměřenou náladou, provázenou hyperaktivitou

Neutropenie – snížení počtu neutrofilních bílých krvinek v krvi

Palpitace – bušení srdce

Prolaps – výhřez

Protruze – vysunutí dopředu, vytlačení, vyklenutí

Regurgitace – zpětné proudění krve

Retrakce očního víčka – stažení, zkrácení (víčka pokrývají menší část oka)

Struma – zvětšená štítná žláza

Tachykardie – zrychlená srdeční činnost

Tyreoidektomie – chirurgické odstranění štítné žlázy

Tyreoiditida – nesourodé záněty štítné žlázy

Tyreopatie – chorobné postižení štítné žlázy

Tyreostatika – léky snižující tvorbu hormonů štítné žlázy

Tyreotoxická krize – dochází k vystupňování příznaků hypertyreózy, ohrožuje pacienta na životě

ÚVOD

Hypertyreóza neboli tyreotoxikóza je jednou z nejvíce se vyskytujících chorob štítné žlázy. Na první pohled nemusí vypadat příliš nebezpečně, na rozdíl od kardiovaskulárních chorob a nádorů, ale je to mylná představa. Hypertyreóza je skrytou hrozbou. Pokud je včas odhalena, je obvykle dobře léčitelná a nezanechává trvalé následky. Bohužel za určitých okolností, například při neléčeném onemocnění, při spontánní progresi nemoci nebo po diagnostických vyšetření, se může projevit vystupňovaná hypertyreóza, takzvaná tyreotoxická krize. Tento stav může ohrozit i život nemocného. Z pohledů endokrinologů se jedná o nejzávažnější formu z chorob štítné žlázy. V minulosti byla tyreotoxická krize častou komplikací po operaci na štítné žláze. Nyní se díky důkladné diagnostice a léčbě, vyskytuje poměrně málo.

Ke zpracování bakalářské práce jsme si vybrali problematiku hypertyreózy. V posledních letech počet nemocných s hypertyreózou mírně narůstá, především vlivem autoimunitních poruch. Domníváme se, že tomuto tématu není věnována přílišná pozornost, kterou si zaslouží.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na teoretickou a praktickou. Teoretická část přibližuje čtenářům základní charakteristiku, příznaky, diagnostiku, léčbu hypertyreózy a specifika ošetrovatelské péče. Součástí teoretické části je stručné nastínění přehledu chorob štítné žlázy, vysvětlení podstaty tyreotoxické krize a problematika hypertyreózy v dětství a těhotenství. Praktická část se zaměřuje na ošetrovatelský proces u pacientky s hypertyreózou, u které z důvodu vysazení předepsané medikace došlo ke zhoršení stavu. Byla nutná následná hospitalizace na interním oddělení, kde došlo k rozvoji tyreotoxické krize. Obsahem praktické části je také medicínský management, situační analýza, rozpracování ošetrovatelských diagnóz a doporučení pro praxi.

Cílem bakalářské práce je interpretovat specifické ošetrovatelské problémy u pacientky s hypertyreózou a snaha o přiblížení dané problematiky.

Tato práce by měla být zdrojem informací především pro zdravotnické pracovníky, ale může být také vhodná pro širokou veřejnost.

1 ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Choroby štítné žlázy (odborně tyreopatie) patří mezi onemocnění chronické povahy. V běžné populaci se vyskytují poměrně často a jsou nejčastějším onemocněním endokrinního systému. V České republice podle posledních výzkumů postihují 5 % obyvatelstva a jejich počet mírně narůstá. Objevují se více u žen než u mužů a výskyt s věkem stoupá. Mezi nejběžnější tyreopatie patří autoimunitní choroby, záněty a nádory štítné žlázy a choroby z nedostatku jodu. Pro správnou funkci štítné žlázy je nepostradatelný jod. V polovině minulého století byla v České republice zavedena jodizace jodlé soli a proto u nás choroby štítné žlázy z nedostatku jodu nejsou příliš obvyklé. (ZAMRAZIL et al., 2007), (ZAMRAZIL et al., 2014).

V zemích, kde je nedostatečný příjem jodu patří tyreopatie k nemocem s hromadným výskytem. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvedla, že globálně je nedostatkem jodu ohrožena více než čtvrtina obyvatelstva. Nejčastěji se jedná o horské oblasti v Asii, ve Střední Africe a v Alžírsku. Důležitý je také přísun jodu v těhotenství, jeho nízký příjem může ohrozit vyvíjející se plod. (JISKRA, 2014).

1.1 Rozdělení tyreopatií

Klasifikace chorob štítné žlázy v literaturách není jednotná. Objevuje se několik možností rozdělení, například podle patologicko-anatomických změn, nebo podle funkčních změn. Záleží vždy na zaměření literatury a samotném autorovi. Toto rozdělení může být použito jako zjednodušená klasifikace.

Struma

Jakékoliv zvětšení štítné žlázy se nazývá strumou. Může být patrná při fyzikálním vyšetření (pouhým pohledem nebo palpačně) nebo zjištěná pomocí ultrazvuku. Struma může být difúzní, kdy štítná žláza je rovnoměrně zvětšená nebo nodózní. U nodózní strumy se na štítné žláze nachází jeden uzel nebo mnohačetné uzly. Podle funkce a její změny je struma rozlišena na eufunkční, hypofunkční a hyperfunkční.

Příčiny vzniku jsou různé. Projevuje u jodového deficitu, při zánětech štítné žlázy, u autoimunitních onemocnění štítné žlázy a u nádorů, výjimečně při zvýšeném příjmu strumigenů v potravě. (STÁRKA et al., 2007).

Klinický obraz je různorodý. Samotné zvětšení nemusí způsobit potíže. Při zvětšování nebo při tvorbě uzlů vyvolává obtížné polykání, tlak na krku, dušnost a někdy změny hlasu.

Léčba je závislá na příčině. Pokud nevyvolává žádné potíže, je benigní a pacientovi nevádí ani po kosmetické stránce, není třeba strumu léčit. Jinak se využívá chirurgického řešení. (STÁRKA, 2010).

Hypotyreóza

Hypotyreóza se projevuje z nedostatku hormonů štítné žlázy. Může být vrozená nebo se objeví v průběhu života. U vrozené hypotyreózy dochází ke zpomalení vývoje a růstu dítěte, projevuje se mentální retardace. V dospělosti nedostatek hormonů štítné žlázy způsobuje celkové zpomalení metabolismu.

Mezi příčiny hypotyreózy se řadí autoimunitní záněty, snížený přívod jodu, léčba radiojodem nebo odstanění štítné žlázy. Léčba spočívá v substituci hormonu tyroxinu. (GREENSPAN et al., 2003).

Hypertyreóza

Zvýšená tvorba hormonů štítné žlázy je nejčastěji způsobena autoimunitním onemocněním – Gravesovou-Basedowovou chorobou nebo toxickou strumou. Štítná žláza tvoří hormony ve velké míře a metabolismus se zrychlí.

Léčba je konzervativní, kdy se podávají tyreostatika nebo radioaktivní jod, nebo chirurgická, při které se odstraní část nebo celá štítná žláza. (MANDINCOVÁ, 2011).

Záněty štítné žlázy

Neboli tyreoiditidy jsou velmi nesourodou skupinou vznikající z různých příčin.

Akutní záněty vznikají náhle, po virovém nebo bakteriálním onemocnění v dutině ústní. Projevují se místním zarudnutím a celkovými příznaky zánětu. Léčí se podáním antibiotik.

Subakutní tyreoiditidy probíhají několik měsíců, navazují na zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Projevují se bolestivostí a zvětšením štítné žlázy a celkovými příznaky zánětu. Léčba zahrnuje podávání salicylátů.

Chronické záněty štítné žlázy jsou plíživé, často bez typických projevů zánětu. Příčinou je obvykle autoimunitní porucha. Štítná žláza může být zvětšená, někdy dochází k destrukci štítné žlázy. Léčba je individuální. (ŠAFRÁNKOVÁ et al., 2006).

Nádory štítné žlázy

Nejčastěji se objevují benigní nádory štítné žlázy, tzv. adenomy. Folikulární adenom je nejčastější, vychází z epitelových buněk štítné žlázy. Léčba je chirurgická z důvodu utlačování průdušnice.

Maligní nádory jsou poměrně vzácné. Jsou různě agresivní. Nejzhoubnějším nádorem je anaplastický nádor. Maligní nádory se projevují vznikem uzlu na krku doprovázené zvětšením místních uzlin. Léčba je individuální, zahrnuje chirurgickou intervenci, léčbu radiojodem, ozáření, chemoterapii a někdy léčbu hormonální. (MANDINCOVÁ, 2011).

2 HYPERTYREÓZA

Hypertyreóza je stav, při kterém štítná žláza produkuje nadbytečné množství tyreoidálních hormonů (T3 a T4). Tyto hormony jsou uloženy uvnitř folikulů a v případě potřeby se uvolňují do krevního řečiště. U hypertyreózy se hormony uvolňují ve vyšší míře, tkáň jsou vystaveny vysoké hladině hormonů a následně dochází ke zrychlení metabolismu a klinickým změnám. Jejich nadprodukce je vyvolána patologickými změnami ve štítné žláze. (BRUNOVÁ et al., 2009), (WOLFSON et al., 2009).

Vyskytuje se i subklinická forma. Subklinická hypertyreóza je často náhodně zjištěná laboratorním vyšetřením nebo sonografií. Klinicky může být asymptomatická nebo jsou příznaky velmi mírné.

Nejtěžším stavem u hypertyreózy je tzv. tyreotoxická krize. Projevuje se vystupňovanými příznaky hypertyreózy, psychickými změnami, horečkou, srdečním selháváním a srdeční arytmií. (MANDINCOVÁ, 2011).

2.1 Etiologie a patogeneze

Jde o onemocnění různé etiologie. Převážně se jedná o patologické změny přímo ve štítné žláze. Mezi nejčastější příčiny patří autoimunitní zánět, toxický adenom a nodózní toxická struma.

Jsou i další méně časté příčiny, které stojí za povšimnutí. Užívání amiodaronu, tj. antiarytmikum obsahující jod, může způsobit hypertyreózu. Zde se jedná o nežádoucí účinek léku. Před zahájením podávání amiodaronu by měla být prozkoumaná rodinná a osobní anamnéza na přítomnost tyreopatií a odebrána laboratoř na hladinu TSH a hormonů štítné žlázy. Hypertyreózu nebo dokonce až tyreotoxickou krizi může vyvolat podání jodové kontrastní látky při rentgenových vyšetřeních. Také nadměrný exogenní příjem hormonů štítné žlázy může způsobit hypertyreózu. Tato situace není častá. Pokud je nemocný endokrinologem pravidelně sledován, je příjem hormonů dle laboratorních hodnot regulován. (JISKRA, 2009),

Velmi vzácná je centrální hypertyreóza. Vzniká na podkladě adenomu hypofýzy, který ve zvýšené míře produkuje TSH. (DRBALOVÁ, 2012).

Autoimunitní onemocnění

Graves-Basedowova choroba je autoimunitní zánět postihující štítnou žlázu. Přesná příčina GB choroby není dosud detailně objasněna. Je ale známo, že imunitní systém patologicky produkuje protilátky proti TSH receptoru (TRAb, TRAK). TSH neboli tyreotropin je hormon hypofýzy, který podněcuje uvolňování a tvorbu hormonů štítné žlázy. Protilátky tento receptor ve zvýšené míře stimulují a následně dochází k hyperfunkci. (KRŠEK, 2011).

GB choroba se objevuje v jakémkoliv věku a je hlavní příčinou hypertyreózy u nemocných mladších 40-ti let. Pokud jde o pohlaví, vyskytuje se častěji u žen než u mužů. Také rodinná dispozice u GB choroby hraje důležitou roli. Stresové situace mohou také ovlivnit spuštění GB choroby, ale přesná souvislost není zatím vyjasněna. (LÍMANOVÁ, 2006).

Toxický adenom (Plummerova choroba)

Je nezhoubný nádor štítné žlázy. Pod jeho vlivem štítná žláza funguje nezávisle na potřebách organismu a autonomně ve zvýšené míře produkuje hormony. Projevuje se hyperfunkcí ŠŽ. Výskyt je zaznamenán obvykle u starších osob.

Nodózní toxická struma

Jedná se o uzlovou strumu, ve které jeden nebo více uzlů začnou autonomně tvořit hormony štítné žlázy. Uzly tedy přestanou spolupracovat a vážne zpětná vazba s potřebami organismu. (STÁRKA, 2010).

2.2 Klinický obraz

Klinické příznaky jsou rozmanité, individuální a liší se podle příčiny a výše nadprodukce hormonů. Hormony štítné žlázy jsou nadbytečně tvořeny a cílové buňky na ně odpovídají zrychleným metabolismem (hypermetabolismem).

- Neuropsychické a nervosvalové příznaky

Nemocní se cítí podráždění, nervózní. Pociťují vnitřní napětí a chvění celého těla. Stěžují si na nespavost, špatné ovládání pocitů a emoční labilitu. Objevuje se svalová slabost, snadná unavitelnost, jemný třes prstů, někteří nemocní udávají třes jazyka. Při dlouhodobě neléčené hypertyreóze se příznaky mohou podobat mánii nebo deliriu a může být stanovena mylná psychiatrická diagnóza (KRŠEK, 2011).

- Kožní příznaky

Kůže nemocných je jemná, teplá a opocená. Vlasy jsou špatné kvality, jemné, mastí se a vypadávají. Nehty se vykazují zvýšenou lomivostí a třepí se.

Štítná žláza může být na první pohled zvětšená, ale není to podmínkou.

- Oční příznaky

Pacienti s hypertyreózou mají na první pohled zvýšený lesk očí, trpí retrakcí horního víčka, mrkání je méně časté a pomalé. Může být patrný třes očních víček. Bývá pozitivní Graefeho příznak. (BRUNOVÁ et al., 2009).

U GB choroby se u některých nemocných projevuje endokrinní orbitopatie. Postižená je očnice, v některých případech asymetricky. Nemocní udávají pálení, řezání a slzení očí. Dochází ke zvětšení objemu vaziva, které vytlačuje oční bulbus vpřed a vzniká exoftalmus. Mohou se poškodit okohybné svaly a zhoršit pohyblivost bulbů. Objevuje se diplopie a otoky víček. (KRŠEK, 2011).

- Kardiovaskulární příznaky

Hormonální dysbalance ovlivňuje i kardiovaskulární systém. Nemocný subjektivně vnímá nepravidelný nebo rychlý tep, někdy pocit „zastavení srdce“. Tachykardie, palpitace a arytmie akce paří mezi obvyklé příznaky hypertyreózy. Nemocný navštíví kardiologa s pocitem, že trpí onemocněním srdce. Fibrilace síní je diagnostikována až u 20 % nemocných s hypertyreózou. U neléčené hypertyreózy bývají příznaky srdečního selhávání, projevuje se dušností a otoky dolních končetin. (KOLÁŘ et al., 2009).

- Gastrointestinální příznaky

Zvýšená střevní motilita způsobuje větší frekvenci stolice, někdy se jedná o průjmy. Z důvodu hypermetabolismu i přes zvýšenou chuť k jídlu ubývají na váze nebo se váha nemění.

- Hormonální příznaky

Hormonální příznaky nejsou příliš časté. U žen se vyskytuje porucha menstruačního cyklu, nepravidelný cyklus a problémy s početím. U mužů se snižuje libido. (LÍMANOVÁ, 2006).

2.3 Diagnostika

Diagnostika hypertyreózy je závislá na klinickém stavu nemocného. Opírá se o subjektivní obtíže, které přivedou nemocného k lékaři a objektivní nález.

Jako u každého onemocnění je důležité získat důkladnou anamnézu, obsahující kompletní údaje o nemocném. Anamnéza se zaměřuje především na předchozí onemocnění štítné žlázy, výskyt tyreopatií v rodině a stresové situace.

Fyzikální vyšetření

K diagnostice se využívá především vyšetření pohmatem a pohledem. Za normálních okolností při běžném postavení hlavy není štítná žláza viditelná ani hmatná. ŠŽ lze nahmatat v oblasti nad jugulární jamkou, pod štítnou chrupavkou a před průdušnicí. Pohmatem lze zjistit velikost, symetričnost, konzistenci, citlivost na dotek a pohyblivost. Velikost se zjišťuje v klidu a při polknutí. U GB choroby jde většinou o měkkou, symetricky zvětšenou strumu. Při poslechu lze slyšet pulzaci. (CHROBÁK et al., 2007).

U hypertyreózy je struma častým příznakem, ale není podmínkou. Využívá se klasifikace dle WHO, která má několik stupňů, tab. 1.

Tabulka 1 Klasifikace štítné žlázy dle WHO

Stupeň	Viditelnost štítné žlázy
0	štítná žláza není viditelná ani hmatná
1 A	struma je hmatná a viditelná pouze při záklonu hlavy
1 B	struma je hmatná a viditelná při běžném postavení hlavy
2	struma je hmatná a viditelná na vzdálenost několika metrů

Zdroj: Astl J., 2013, str. 67

Laboratorní vyšetření

Základním pilířem diagnostiky je vyšetření hladiny hormonů štítné žlázy, hormonu TSH a protilátek proti TSH receptoru v krvi. TSH je nejcitlivějším ukazatelem. Pokud je jeho hodnota snižená a hodnoty tyreoidálních hormonů jsou zvýšené, je diagnostikována hypertyreóza. U subklinické formy je základním kritériem snižená hladina TSH, tyreoidální hormony jsou v normě. Za normálních okolností se

protilátky proti TSH v krvi nenacházejí. U GB choroby jsou přítomny. Jejich nepřítomnost ale nevylučuje GB chorobu, někdy se protilátky objeví až v průběhu onemocnění, a proto je důležité později odběr zopakovat. (STÁRKA, 2010), (ZIMA, 2007).

Zobrazovací metody

Ultrazvukové vyšetření štítné žlázy posoudí její velikost, povahu, stupeň prokrvení, zobrazí uzly a zjistí její přesnou lokalizaci. Při podezření na toxický adenom a k doplňujícímu vyšetření GB choroby se využívá scintigrafické vyšetření ŠŽ, které pomocí vychytávání radiofarmaka, nejčastěji izotopu technecia, objektivizuje poruchu funkce a stavbu ŠŽ. Potencionální tachykardie a nepravidelnou srdeční akci, nejčastěji fibrilaci síní, zobrazí elektrokardiogram. (ASTL, 2013), (SOVOVÁ et al., 2004).

Oční vyšetření

Při výskytu endokrinní orbitopatie se spolupracuje s oftalmologem. Posuzuje se zarudnutí spojivek, otok víček, protruze a pohyblivost bulbů a orientačně se vyšetří vizus. Sonografie zhodnotí postižení očních svalů. Endokrinní orbitopatie obvykle při kompenzaci GB choroby vymizí, i přesto je nutná pravidelná kontrola u oftalmologa. (BRUNOVÁ et al., 2009).

2.4 Terapie

Léčba má dvě fáze. První fází je **iniciální zklidnění**. Jejím cílem je normalizovat funkci štítné žlázy. Podávají se tyreostatika, která snižují tvorbu tyreoidálních hormonů. K dispozici je thiamazol a propylthiouracyl. Nejčastěji je indikován thiamazol, pouze pokud se projeví jeho nesnášenlivost je podáván propylthiouracyl. Účinek tyreostatik nastupuje až za 2–3 týdny. Hladiny hormonů jsou během léčby monitorovány. Při kardiálních potížích se podávají betablokátory. Psychofarmaka se doporučují u psychických změn. Během první fáze dochází k ústupu potíží. (STÁRKA, 2010), (MARTÍNKOVÁ, 2007).

Při užívání tyreostatik je nutné mít na paměti nežádoucí účinky. Objevují se kožní příznaky (mírné až úporné svědění), svalové příznaky (bolesti svalů), krevní příznaky (leukopenie, neutropenie, vzácně agranulocytóza) a gastrointestinální příznaky (dyspepsie, zvýšení jaterních enzymů). Sleduje se hladina krevního obrazu a jaterní

testy. Příznaky mohou po několika dnech ustoupit, anebo se zhoršují. Doporučuje se snížit dávka, změna tyreostatika nebo jiná možnost terapie. (BRUNOVÁ, 2008).

Druhou fází je tzv. **definitivní řešení**, které nastupuje po normalizaci funkce štítné žlázy. Na výběr jsou tři možnosti: dlouhodobé podávání tyreostatik, chirurgická léčba a léčba radiojodem. U nemocných, kteří mají mírné příznaky, se obvykle využívá dlouhodobá terapie tyreostatiky.

U pacientů, u kterých se projeví nesnášenlivost léčby a vážné vedlejší účinky tyreostatik se zaměřuje terapie na zbylé dvě možnosti. U GB choroby ve většině případů tyreostatická terapie nestačí a musí se zvolit chirurgická léčba nebo léčba radiojodem. Chirurgická léčba se často využívá u hypertyreózy na podkladě uzlů. Chirurgicky se odstraní část nebo celá štítná žláza. U totální tyreoidektomie je nutná doživotní substituce tyroxinem. Operace se provádí v celkové anestézii po předchozím předoperačním vyšetření. Po operaci je nutné monitorování zdravotního stavu. Komplikace jsou díky moderním technikám minimální, např. chrapot z poškození zvratných nervů, křeče po odstranění příštítných tělísek, porucha dýchání při otoku, zvýšení teploty a krvácení, ale je nutné na ně myslet. (ASTL, 2013), (LAZÚROVÁ et al., 2014).

Terapie radiojodem je populární především v zahraničí. U nás se endokrinologové přiklání k chirurgickému řešení. Pouze u nemocných kde je riziko podstoupit operaci vysoké, je zvolena terapie radiojodem. Ta spočívá v per orálním příjmu jodu ve formě kapslí nebo roztoku. Štítná žláza shromažďuje z krve jod a využívá jej k výrobě hormonů. Při užívání radioaktivního jodu je tkáň štítné žlázy ozářena a tím je postupně snížena její činnost. Radiojod se nesmí podávat u těhotných a kojících žen, u dětí do 18 let a u těžké endokrinní orbitopatie (může dojít k zhoršení jejího průběhu). (MANDINCOVÁ, 2011), (LÍMANOVÁ, 2006).

Hypertyreóza je onemocnění, které je možné vyléčit. Je ale nutná doživotní dispenzarizace u endokrinologa. Strategii léčby a rozsah výkonu koordinuje endokrinolog, avšak definitivní rozsah operace je v rukou chirurga.

2.5 Hypertyreóza a těhotenství

Neléčená hypertyreóza je v těhotenství závažným problémem, vede ke komplikacím ze strany matky i plodu. V některých případech může vést k poruše vývoje plodu, k předčasnému porodu, nebo k potratu. Z těchto důvodů je na začátku

gravidity součástí preventivní prohlídky i vyšetření štítné žlázy. V rámci screeningu je s prvním krevním odběrem v těhotenství (kolem 10. týdne) vyšetřena hladina TSH a protilátky proti receptoru TSH. Pokud je diagnostikována zvýšená funkce štítné žlázy, je nutná léčba tyreostatiky. Dávky se mění podle klinického stavu a laboratorních výsledků. V léčbě se obvykle pokračuje i po porodu. Po ukončení kojení je třeba zvolit jednu z možností definitivního řešení. U žen plánující další otěhotnění, by mělo být zvažováno chirurgické řešení, protože je zde riziko zhoršení choroby v průběhu těhotenství. (JISKRA, 2014), (BRUNOVÁ et al., 2009).

2.6 Hypertyreóza v dětství

U **vrozené hypertyreózy** se jedná o transplacentárně přenesené protilátky matky, které aktivují štítnou žlázu plodu a následně novorozence, aby ve zvýšeném množství tvořila tyreoidální hormony. Novorozenec neprospívá, trpí nespavostí a řídkými stolicemi, je hypertenzní a tachykardické. Objevuje se exoftalmus a hepatosplenomegálie. Diagnostika se zaměřuje především na hodnoty TSH, hormonů ŠŽ a protilátek proti TSH receptoru v krvi. Následuje léčba tyreostatiky a popřípadě betablokátory na úpravu kardiálních příznaků. Délka léčby je individuální, záleží na laboratorních výsledcích a zdravotním stavu novorozence. V riziku jsou novorozenci matek, které trpí GB chorobou. Endokrinologové nedoporučují těhotenství u žen, které nemají onemocnění kompenzované. (AL TAJI, 2014).

Vznik **získané hypertyreózy** v dětství je obvykle spojen s juvenilní Graves- Basedowovou chorobou. Podstata autoimunitního onemocnění je stejná jako u nemocných, kteří GB chorobou onemocněli v dospělosti. Imunitní systém tvoří protilátky proti receptoru TSH, což způsobuje nadprodukcí hormonů štítné žlázy. Příznaky jsou obdobné jako u dospělých, dítě navíc neprospívá. Záchyt je v rukou praktických lékařů pro děti a dorost. Diagnóza se opírá o vysokou hladinu hormonů ŠŽ, sníženou hladinu TSH a přítomnost protilátek proti TSH receptoru v krvi. Obvyklá léčba je konzervativní - podáváním tyreostatik. Pokud se objeví komplikace, je druhou volbou chirurgická léčba. (KALVACHOVÁ, 2011), (AL TAJI, 2014)

2.7 Tyreotoxická krize

„Tento život ohrožující stav je pouze vystupňováním neléčeného základního onemocnění buď při spontánní progresi choroby, nebo častěji po působení zevních vlivů, jako jsou všechny stresové mechanismy, zejména operace a náročná diagnostická vyšetření a také po zátěži vysokým množstvím jodu (rtg kontrastní metody, amiodaron atd.).“ (ZAMRAZIL et al., 2007, s. 47).

Tyreotoxická krize má v podstatě vystupňované příznaky hypertyreózy. Projevuje se psychickými změnami, např. neklidem, zmateností a deliriem, tachykardií a palpitací. Častá je tachypnoe, slabost, subfebrilie nebo febrilie, průjmy, výrazné pocení a teplá kůže. Tento stav může být zaměněn s psychickým onemocněním nebo s podezřením na vliv omamných látek. (BRUNOVÁ et al., 2009).

Laboratorně jsou hladiny tyreoidálních hormonů vysoké, hladina TSH je snižena. Z nespecifických změn dochází ke zvýšení hladiny jaterních testů a kardiálních markerů. Při rozvoji dehydratace se projevuje minerálová dysbalance. Na EKG je patrná tachykardie a případná arytmie. (ZAMRAZIL et al., 2007).

Nemocný je hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Léčba je individuální. Intravenózně nebo přes nasogastrickou sondu se několikrát denně podávají vysoké dávky tyreostatik. Za 3–5 hodin následuje terapie jodem. Základním krokem je vytvoření dočasné blokády ve štítné žláze pomocí vysokých dávek jodu, tzv. lugolizací. Lugolův roztok je 10 % roztok jodidu draselného a 1 % roztok jodu, který se aplikuje intravenózně nebo sondou. Tím se utlumí tvorba tyreoidálních hormonů. Podpůrná léčba se zaměřuje na úpravu vnitřního prostředí, dále se podávají betablokátory, neuroleptika, kortikoidy a antibiotika.

Po ústupu tyreotoxické krize se vysadí jod a snižuje se dávka tyreostatik dle laboratorních hodnot. Po stabilizaci stavu se určí definitivní řešení hypertyreózy, tj. chirurgická léčba nebo léčba radiojodem. (ZAMRAZIL et al., 2007), (KRŠEK, 2011).

2.8 Prognóza

Pokud je hypertyreóza včas zachycená a stanoví se správná léčba, je prognóza příznivá. U GB choroby je léčba zdlouhavá a často komplikovaná endokrinní orbitopatií. Závisí ale na řadě faktorů. Především záleží na současném stavu organismu,

zejména kardiovaskulárního systému, zda se vyskytnou přidružená onemocnění, na věku nemocného a na jeho trpělivosti a spolupráci v léčbě.

Neléčená hypertyreóza může přejít do tyreotoxické krize, která ohrožuje nemocného na životě. Zde je prognóza i při zahájení léčby nejistá.

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S HYPERTYREÓZOU

Výběr oddělení kde bude nemocný přijat, závisí na aktuálním stavu nemocného a plánu jeho terapie. Pacient je ve většině případů přijímán k dovyšetření a nastavení terapie na standardní interní oddělení. V případě, že se lékař rozhodne k chirurgickému řešení hypertyreózy, je pacient hospitalizován na chirurgickém oddělení. Pokud se při přijetí diagnostikuje tyreotoxická krize, nebo se projeví během hospitalizace, je pacient přeložen na jednotku intenzivní péče nebo na metabolickou jednotku. Po stabilizaci stavu je pacient přeložen zpět na standardní lůžkové oddělení.

Příjem nemocného

Při přijetí je s pacientem formou rozhovoru odebrána ošetřovatelská anamnéza, která je písemně zaznamenána. Zhodnotí se riziko pádu, riziko dekubitů dle Nortonové, základní nutriční screening a Barthelův test základních všedních činností. Sestra pacienta seznámí s právy pacientů a řádem oddělení. Výběr pokoje závisí na možnostech daného oddělení. Vzhledem k příznakům onemocnění je ideální volbou menší pokoj s co nejmenším počtem pacientů.

Poloha a pohybový režim

Pohybový režim se řídí aktuálním zdravotním stavem pacienta. Z důvodu svalové slabosti a snadné unavitelnosti je nutný dostatek klidu na lůžku. Po zlepšení stavu má nemocný volný pohybový režim.

Pohybový režim po operaci: Nultý den po operaci je doporučen pouze pohyb v rámci lůžka, nemocný je uložen do Fowlerovy polohy. První pooperační den se nacvičuje vertikalizace a chůze po pokoji. Od třetího pooperačního dne má pacient rozvolněn pohybový režim.

Během tyreotoxické krize pacient dodržuje klidový režim na lůžku. Na lůžku vykonává aktivní a pasivní cviky dle zdravotního stavu. Sestra pacientovi dopomáhá v oblasti sebeobsluhy. Po stabilizaci stavu se pohybový režim postupně rozvolňuje. (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Monitorace

Sestra sleduje fyziologické funkce pacienta, jimiž jsou puls, krevní tlak, dýchání a tělesná teplota. Také se zaměřuje na psychický stav, výživu a vyprazdňování. U hypertyreózy má pacient sklon k tachykardii, může se objevit arytmie, porucha ve vyprazdňování, nervozita nebo psychická rozladěnost. Správně zvolenou léčbou tyto projevy vymizí. Je důležité mít na paměti možný vznik tyreotoxické krize a její příznaky, tj. tachykardie, arytmie, tachypnoe, subfebrilie, průjmy a změny psychického stavu. Při zjištění odchylky od normálních hodnot fyziologických funkcí je informován lékař. Sestra plní jeho ordinace a sleduje efekt.

Pokud je pacient po tyreoidectomii jsou monitorovány možné pooperační komplikace, tj. křeče, dušnost, chraptot, krvácení a příznaky infekce.

Hygienická péče

Pocit čistoty je pro člověka jednou ze základních potřeb. Sestra zhodnotí pacientovou úroveň soběstačnosti a dle jeho stavu dopomáhá při hygieně. Sestra nesmí zapomenout, že hygiena je velmi intimní situace. K nemocnému přistupuje ohleduplně a taktně.

Pacient se zvýšeně potí, proto je nutná častá výměna ložního a osobního prádla. Sestra dbá na dostatečnou hygienu i v oblasti konečníku jako prevence vzniku opruzenin. Pozornost se zaměřuje také na pravidelnou hygienu vlasů a nehtů. Nehty se ošetřují přípravky na zlepšení stavu nehtů a jejich okolí. U exoftalmu dochází k vysušování bulbu, dle ordinace lékaře se aplikují oční kapky.

Péče o jizvu po tyreoidectomii má svá specifika. Sestra sleduje okolí rány, bolestivost a krvácení. Třetí pooperační den se provádí první převaz, při kterém sestra asistuje lékaři. Stehy jsou odstraněny 7. – 10. den po operaci. Jizva se musí pravidelně ošetřovat krémem. S masážemi jizvy se začíná pátý pooperační den a doporučuje se pokračovat minimálně půl roku. (ŠAMÁNKOVÁ et al., 2011), (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Výživa

Výživa patří k základním biologickým potřebám člověka. Vyvážené stravování je nezbytné pro dobrou funkci organismu. Během nemoci význam výživy stoupá. U hypertyreózy je zrychlený metabolismus. Lékař ordinuje výživnou dietu (č. 11).

Pokud je pacient v nutričním riziku, kontaktuje se nutriční terapeut. Monitoruje se i dostatečná hydratace. Sestra sleduje příjem stravy a hmotnost.

Výživa po operaci: Nultý den nic per os. Podává se infúzní terapie dle ordinace lékaře. Po dvou hodinách se ověřuje polykací reflex podáním několika doušek vody. První den je povolena čajová dieta (0S). Druhý pooperační den je ordinována dieta kašovitá (č. 1). Pokud pacient kašovitou stravu toleruje, přechází se na racionální stravu (č. 3) nebo na dietu, kterou pacient dodržoval. (KAPOUNOVÁ, 2007).

Vyprazdňování

Pacienti mají sklon k průjmům. Sestra monitoruje množství, charakter, barvu stolice a příměsí. Hodnotí stav hydratace a sleduje bilanci tekutin. Podává medikaci dle ordinace lékaře. Vše zaznamenává do dokumentace. Ošetrovatelská péče se liší dle možností pacienta. Nultý den po operaci a v akutní fázi tyreotoxické krize vyprazdňování pobíhá na lůžku do podložní mísy. Dle potřeby sestra zajišťuje nezbytnou hygienickou péči, dbá na hygienu konečníku a předchází vzniku opruzenin a dekubitů.

Spánek a odpočinek

„Nemocný člověk má větší potřebu odpočinku a spánku než člověk zdravý. Každé somatické i psychické onemocnění je provázeno zvýšenou únavou. Nemocný potřebuje více energie na zvládnutí denních aktivit, týkajících se sebek péče, na návrat k normálnímu zdravotnímu stavu.“ (TRACHTOVÁ, 2006, s. 69)

Spánek chrání organismus před přetížením. Pacienti s hypertyreózou udávají nespavost. Obvykle z důvodu vnitřního napětí. Sestra se snaží zajistit vhodné prostředí na pokoji ke spánku a odpočinku. Sestra zjistí, zda má nemocný nějaké zvyklosti před spaním. Pacient má dle potřeby vyvětraný pokoj, upravené a čisté lůžko, zavřené dveře a šero na pokoji. Dle ordinace lékaře se podávají hypnotika, sedativa či anxiolytika. Sestra sleduje jejich účinek.

Psychické potřeby

Sestra věnuje zvýšenou pozornost psychice nemocného. Pacient je labilní, střídají se nálady, může trpět úzkostí. Spolupráce s pacientem nebývá jednoduchá. Sestra se snaží předcházet konfliktním situacím, musí být trpělivá, klidná a ohleduplná.

Nevyhýbá se rozhovorům s pacientem, věnuje dostatek času na komunikaci, vyslechne jej. Umožňuje kontakt s blízkými a sociální oporu. (VENGLÁŘOVÁ, 2006).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S HYPERTYREÓZOU

Ošetřovatelský proces je metoda, pomocí které se poskytuje ošetřovatelská péče. Ošetřovatelský proces se skládá z pěti na sebe navazujících kroků. Všechny kroky jsou systematicky seřazeny, úzce spolu souvisí a vzájemně se ovlivňují. Jednotlivé kroky jsou u každého pacienta individualizovány.

- 1. Posuzování.** Zahrnuje získávání, ověřování a třídění informací o nemocném po stránce bio-psycho-socio-spirituální. Údaje se získávají mnoha způsoby, např. přímo od pacienta, jeho rodiny či přátel, z dostupné zdravotnické dokumentace nebo pozorováním nemocného sestrou. Posuzování začíná vstupním rozhovorem a trvá po celou dobu hospitalizace.
- 2. Diagnostika.** V tomto kroku se pomocí získaných informací o nemocném stanovují ošetřovatelské diagnózy. Zaměřují na potřeby pacienta a subjektivní a objektivní příznaky. Každá diagnóza sděluje aktuální nebo potenciaální ošetřovatelský problém, který se bude řešit.
- 3. Plánování.** Na základě zjištěných problémů se stanoví postupy, které vedou k dosažení očekávaného výsledku. Sestra úzce spolupracuje s pacientem a využívá veškeré zpracované informace o nemocném, aby mohla stanovit intervence pro zmírnění problémů pacienta a reálné cíle.
- 4. Realizace.** Naplánované ošetřovatelské intervence se v tomto kroku realizují. Vykonávají se ošetřovatelské činnosti za účelem zmírnění pacientových problémů a dosažení stanovených cílů.
- 5. Hodnocení.** Poslední fáze se zaměřuje na hodnocení efektu stanovených intervencí. Hodnotí se cíle, zda byly splněny. Pokud ano, sestra ukončuje ošetřovatelské činnosti, které byly s problémem spojeny. Pokud se očekávaný výsledek nedostavil, pátrá se po příčině a ošetřovatelský proces musí být přehodnocen a upraven. (SYSEL et al., 2011).

Tabulka 2 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M. B.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1974	Věk: 40
Rodné číslo: 74xxxx/xxxx	Číslo pojišťovny: 111
Bydliště: Frýdek - Místek	Příbuzný: matka
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: analytik
Stav: svobodná	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 24. 2. 2015	Typ přijetí: překlad
Oddělení: interní oddělení III.	Ošetřující lékař: MUDr. H. J.

Zdroj: dokumentace

Hlavní medicínská diagnóza: E059 Tyreotoxikóza – Graves Basedovova choroba

Vedlejší medicínská diagnóza: I480 Paroxysmální fibrilace síní

Tabulka 3 Vitální funkce při přeložení z jednotky intenzivní péče

TK: 120/85 torrů	Výška: 171 cm
P: 100/min nepravidelný	Hmotnost: 71 kg
D: 20/min	BMI: 24,28
TT: 36,6 °C	Pohyblivost: mírně omezená dušností
Stav vědomí: při vědomí, GCS 15	SpO₂: 94 %

Zdroj: dokumentace

Nynější onemocnění:

Pacientka s hypertyreózou byla původně hospitalizována na interním oddělení I. kardiologii s narůstajícími otoky dolních končetin, dušností, s palpitacemi a diagnostikovanou symptomatickou fibrilací síní a srdečním selháním. Chronickou medikace spontánně vysadila před půl rokem, užívá jen homeopatika. Druhý den hospitalizace se rozvinula tyreotoxická krize. Pacientka byla po večeri neklidná, zmatená, opocená, dušná a tachykardická. Po domluvě s lékařem JIP přeložena na jednotku intenzivní péče. Po stabilizaci stavu byla nemocná přeložena na interní

oddělení III. K vypracování ošetřovatelského procesu bylo vybráno období péče na interním oddělení III. od 24. 02. do 28. 02. 2015., a to od přeložení z jednotky intenzivní péče do propuštění do domácí péče.

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientkou, lékařská a sesterská překladová zpráva, rozhovor s kolegyněmi, fyzikální pozorování sestrou.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka hypofunkce štítné žlázy, dědeček hyperfunkce štítné žlázy

Osobní anamnéza:

- **Překonané a chronické onemocnění:** od roku 2005 léčena pro GB chorobu
- **Hospitalizace a operace:** v 6 letech hospitalizována na dětském oddělení pro bronchitidu
- **Úrazy:** neguje
- **Transfúze:** doposud ne
- **Očkování:** pouze povinná očkování
- **Alergie:** neguje
- **Gynekologická anamnéza:** menarché od 14 let, cyklus nepravidlený, 1x ročně dochází na gynekologickou prohlídku

Léková anamnéza při přeložení z JIP:

Tabulka č 4 Léková anamnéza

Název léku	Forma podání	Síla	Dávkování	Skupina
Propycil	tbl	150 mg	8:00 – 14:00 – 20:00 – 02:00	tyreostatikum
Digoxin	tbl	0,125 mg	1 – 0 – 0	kardiotonikum

Coryol	tbl	6,25 mg	1 – 0 – 1/2	beta blokátor
Furon	tbl	40 mg	1 – 0 – 0	diuretikum
Kalium chloratum	tbl	500 mg	1 – 1 – 1	draslík
Warfarin	tbl	5 mg	0 – 1 – 0	antikoagulancia
Prednison	tbl	20 mg	1 – 0 - 0	glukokortikoid
Frontin	tbl	0,5 mg	0 – 0 - 1	anxiolytikum
Omeprazol	cps	20 mg	1 – 0 – 0	inhibitor protonové pumpy

Zdroj: dokumentace

Abúzus:

- **Alkohol:** neguje
- **Kouření:** neguje
- **Drogy:** neguje
- **Káva:** 1 šálek o víkendu

Sociální anamnéza:

- **Stav:** svobodná
- **Vztahy:** bydlí s přítelem v bytě, pravidelně se schází s matkou, s otcem se moc nevidá (rodiče se rozvedli, když byla malá), je jedináček, s přáteli se stýká pravidelně
- **Záliby:** jóga, zdravý životní styl, cestování, španělština

Pracovní anamnéza:

- **Vzdělání:** středoškolské, nyní studuje prvním rokem vysokou školu v oboru mezinárodní politika
- **Pracovní zařazení:** analytik
- **Vztahy na pracovišti:** dobré
- **Ekonomické podmínky:** vyhovující

Spirituální anamnéza:

- Bez vyznání

Tabulka č 5 Posouzení zdravotního stavu ze dne 24. 02. 2015

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Občas trpím bolestmi hlavy, ale nic hrozného. Momentálně mírnou bolest pociťuji, asi tím stresem a změnou.“	Hlava: Normocefalická, pohyb neomezen, na pohmat nebolestivá, bez známek traumatu, zvýraznění žil v oblasti čela. Oči: Exoftalmus, bulby anikterické, středem, správná fotoreakce. Uši, nos: Bez sekrece. Dutina ústní: Bez povlaku, sliznice dutiny ústní růžová, jazyk středem, vlastní chrup. Krk: Zvýšená náplň krčních žil, štítná žláza hmatná, pulzace karotid symetrická.
Hrudník a dýchací systém	„Nikdy jsem neměla problémy s dýcháním, maximálně když jsem byla nachlazená. Ale poslední dobou, asi tak dva měsíce, pociťuji dušnost. Například	Hrudník je symetrický. Klidově eupnoe, při řeči a chůzi lehce dyspnoe. Saturace 94 % bez oxygenoterapie. Poslechově je dýchání

	když jdu do schodů nebo do kopce. Ale cítím, že už je to trošku lepší. Když se dýchání zhorší, dám si kyslíkové brýle a je mi lépe. Bolesti na hrudi jsem nikdy neměla“	čisté. Frekvence 20 dechů za minutu.
Srdečně-cévní systém	„K lékaři jsem šla, protože jsem často pociťovala bušení srdce a všimla jsem si, že mi otékají nohy a přibrala jsem. Od té doby, co mi dáváte ty léky, je mi lépe i otoky ustupují.“	Akce srdeční nepravidelná, rychlá. Frekvence 100/minutu. Krevní tlak 120/85 torrů. Těstovité otoky do výše kolen bilaterálně. Periférie prokrvené.
Břicho a gastrointestinální trakt	„Chuť k jídlu mám normální. Jsem vegetariánka. Mám sklon k průjmům. Za den mám stolici 3x a více“	Břicho palpačně měkké, nebolestivé, peristaltika přítomná. Játra ani slezina nehmatná. Stolice nepravidelná, řidší konzistence.
Močovo-pohlavní systém	„S močením problém nemám. Na JIP mi zavedli cévku, ale dnes ráno ji vytáhli. Močit jsem už byla.“	Genitál ženský. Dnes na JIP extrakce permanentního katétru. Po vytažení PMK byla 2x močit, bez dysurických potíží. Vedena bilance tekutin. Na WC dán džbánek na sledování diurézy – poučena. Bilance tekutin vyrovnaná.

Kosterně-svalový systém	„Pocit'uji svalovou slabost, jsem více unavená. Občas jsem si zacvičila, ale teď na to nemám energii.“	Poloha aktivní, konstituce astenická. Chůze je schopná na kratší vzdálenost samostatně bez použití kompenzačních pomůcek. Po delší vzdálenosti je unavená a musí si odpočinout. Páteř bez patologických změn, kosterní aparát bez deformit. Klouby volně pohyblivé, bez patologie, Přítomný lehký třes horních končetin.
Nervově-smyslový systém	„Potíže se zrakem ani sluchem nemám. Co mě ale trápí, je takové vnitřní napětí a nespavost.“	Při vědomí, spolupracuje, orientovaná místem časem a osobou. Potíže se zrakem, sluchem, čichem, hmatem neevidovány. Chut' k jídlu zachována. Bez známek poruch paměti. Místy při rozhovoru nervózní.
Endokrinní systém	„Asi deset let se léčím se štítnou žlázou. Před pár měsíci jsem vysadila léky. Bylo mi dobře a nemám ráda chemii v těle, netušila jsem, že dělám velkou	Struma hmatná, viditelná při běžném postavení hlavy, nebolestivá. Dle posledních výsledků (ze dne 24. 2. 2015): Snížená hladina TSH,

	chybu. Maminka se léčí dlouhá léta na hypofunkci. Dědeček má hyperfunkci. Na endokrinologii jsem nebyla asi dva roky.“	tyreoidální hormony a protilátky zvýšené.
Imunologický systém	„Nemám žádnou alergii, nemocná moc nebývám.“	Afebrilní. Lymfatické uzliny nezvětšeny. Alergie neudává, v dokumentaci nezaznamenány.
Kůže a její adnexa	„Třepí se mi nehty a mám nateklé nohy. Jiné kožní problémy nemám, jsem bez jizev.“	Kožní turgor přiměřený. Kůže bledšího koloritu, bez známek cyanózy, ikteru. Bilaterální otoky dolních končetin do výše kolen. Vlasy jemné, některé konečky nehtů roztřepené. Bez defektů. Bez invazivních vstupů.

Tabulka č 6 Aktivity denního života

Popis aktivit denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Jsem vegetariánka od svých 30 let. Stavuji se pravidelně. Mým největším hříchem jsou sladkosti.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Nemocniční strava mi příliš nechutná. Velký	Po domluvě s lékařem a nutričním terapeutem

		výběr stravy pro vegetariány zde není.“	objednána dieta vegetariánská výživná. Sní téměř celé porce. Chuť k jídlu dobrá. Pacienta se dožaduje možnosti výběru stravy. Nutriční terapeut denně dochází a tvoří spolu jídelníček na následující den. Váha: 71 kg Výška: 171 cm BMI: 24,28
Příjem tekutin	Doma	„Pitný režim dodržuji. Denně vypiju 1,5 až 2 litry tekutin. Preferuji zelené čaje a neperlivou vodu. Občas si dám minerálku. Alkohol nepiju.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Momentálně můžu vypít za den maximálně 1,5 litru. Mám to nařízené. Dodržuji to.“	Vedena bilance tekutin, denně váha. Restriktci tekutin do 1,5 litru dodržuje. Popijí nemocniční čaj a neperlivou vodu. Problémy neudává.
Vylučování moče	Doma	„S močením problém nemám.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Musím močit do džbánu, počítá se	Ráno na JIP extrakce močového katetru. Poté

		množství. Zvládám to samostatně.“	močila spontánně, bez dysurických potíží. Na WC dán džbánek – poučena o nutnosti sledování diurézy. Sociální zařízení má na pokoji.
Vylučování stolice	Doma	„Poslední dobou mám sklon k průjmovité stolici. Za den jdu klidně i 4x.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Trochu se to uklidnilo. Dnes jsem zatím byla jen jednou.“	Dopoledne 1x řídká stolice, bez příměsí. Zapsáno do dokumentace.
Spánek a bdění	Doma	„Moc dobře nespím. Zkoušela jsem všemožné triky na nespavost. Když konečně zaspím, tak se během noci i dvakrát probudím. V průměru spím asi 6 hodin denně. Léky jsem doma nezkoušela.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Tady chodím spát stejně jako doma po 22 hodině. Od té doby, co mám na večer tabletku na spaní je to mnohem lepší a do hodiny usnu. V noci se občas probudím, ale to bude cizím prostředím.“	Každý večer vyžaduje lék na spaní. Dle ordinace lékaře podáván Frontin 0,5 mg s efektem. Musí mít zhasnuté světlo, zatažené žaluzie a klid na pokoji. Při noční obhlídce pokoje

			většinou spí.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Každé ráno jsem si zacvičila a večer po práci si našla chvilku na jógu, která mi vždy pročistila hlavu. Poslední dobou jsem ale ztratila energii a elán. Zároveň jsem při jakékoliv zvýšené aktivitě byla dušnější.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Pozoruji, že nejsem ve své dřívější formě. Ale celkově se cítím o trochu lépe. Dušnost je menší. Procházím se pomalu po chodbě a zkouším i schody.“	Každé ráno provádí aktivní cviky na lůžku. Během dne se prochází po chodbě, někdy s návštěvou.
Hygiena	Doma	„Sprchovat se chodím jednou denně. O víkendu si najdu čas na koupel. Pravidelně pečuji o pleť a tělo hydratačními přípravky. Dvakrát denně si myji zuby.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Každé ráno se osprchuji a provedu základní péči o pokožku a zuby.“	Pacientka provádí hygienu pravidelně každé ráno. Je samostatná, dopomoc nevyžaduje.
Samostatnost	Doma	„Jsem samostatná.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Vše zvládám sama,	Soběstačná ve všech

		nepotřebuji od nikoho pomoc.“	všedních činnostech.
--	--	-------------------------------	----------------------

Tabulka č 7 Posouzení psychického stavu

Popis psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí	„Jsem při vědomí.“	Při vědomí, spolupracuje.
Orientace	„Jmenuje se M. B. Dnes je 24. 2. 2015, je úterý. Jsem ve Frýdecké nemocnici na interním oddělení.“	Orientovaná místem, časem, osobou.
Nálada	„Náladu mám celkem dobrou. Konečně mě přeložili z JIP, cítila jsem se tam jako v akváriu. Dneska mi na vizitě řekli, že do konce týdne snad konečně půjdu domů. Takže jsem ráda.“	Pacientka je komunikativní, pozitivně naladěna. Je ráda, že je přeložena na standardní oddělení, kde má trochu soukromí.
Paměť - staropaměť	„S pamětí nemám žádný problém. Vybavím si dobře zážitky z minulosti. Na výpadky paměti jsem snad ještě mladá.“	Vybavuje si dobře vzpomínky z minulosti.
Paměť - novopaměť	„Nové věci si pamatuji dobře. Začala jsem zase chodit do školy, takže trénuji paměť.“	Pamatuje si vše, co se stalo v poslední době.
Myšlení	„S myšlením problém nemám.“	Kladené otázky chápe, odpovídá adekvátně.

Temperament	„Testy ukazují, že jsem sangvinik. Asi mě to vystihuje.“	Je společenská, hovorná a optimisticky naladěná. Projevuje se mírný egocentrismus. Nejlépe pacientku vystihuje sangvinik.
Sebehodnocení	„Jsem celkem sebekritická. Nerada dělám chyby. Pokud nějakou udělám, snažím se ji napravit. Na druhou stranu, jsem jenom člověk. Kdo nechybuje?“	Nelze hodnotit.
Vnímání zdraví	„Vážím si zdraví. Snažím se zdravě stravovat a mít dost pohybu.“	Uvědomuje si důležitost zdraví. Chápe svůj zdravotní stav.
Vnímání zdravotního stavu	„Chápu, proč jsem takhle dopadla. Budu se snažit vše napravit abych byla zase zdravá.“	Pacientka si uvědomila, že udělala chybu, když vysadila doporučenou medikaci.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Udělala jsem chybu. Zdraví máme přece jedno a takhle si ublížit. Věřím, že to budu mít brzo za sebou.“	Reaguje na nemoc realisticky. Doufá, že se vrátí brzo do běžného života bez velkých následků.
Reakce na hospitalizaci	„Těším se už domů, chybí mi můj život. Ale jsem ráda, že jsem se nakonec rozhodla do nemocnice přijít. Pomohli mi.“	Uvědomuje si nutnost hospitalizace. Ale má pocit, že je v nemocnici už dlouho.
Adaptace na onemocnění	„Chápu, že jsem nemocná a je třeba se dlouhodobě	Adaptace na nemoc je přiměřená. Pacientka

	léčit. Věřím, že se najde konečné řešení mých problémů.“	doufá, že lékaři brzo zvolí definitivní řešení choroby a bude zdravá.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Doma jsem se začala bát, že možná i umřu. Během krátké doby jsem měla tolik zdravotních problémů. Na popud matky jsem šla do nemocnice. Teď se cítím mnohem lépe. Můj zdravotní stav se každým dnem zlepšuje.“	Pacientka přiznává, že se bála smrti. Nyní je optimisticky laděná. Vidí naději na uzdravení a kvalitní život.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„V nemocnici jsem ležela jednou. Bylo mi šest a měla jsem zánět průdušek. Ale nepamatuji si na nic špatného. Byli na mě hodní.“	Předchozí hospitalizace proběhla bez poškození pacientky.

Tabulka č 8 Posouzení sociálního stavu

Popis sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Komunikace mi nedělá problém. Ráda si popovídám.“	Pacientka je komunikativní. Povídá si se spolupacienty i s personálem na oddělení.
	Neverbální	„Při komunikaci	Pacientka udržuje oční kontakt, sedí

		používám gesta.“	klidně. Při rozhovoru používá přiměřeně gesta.
Informovanost	O onemocnění	„Lékaři mě o všem informovali.“	Pacientka je srozuměna o onemocnění, prognózách a rekonvalescenci.
	O diagnostických metodách	„Před každým vyšetřením mi lékař a sestra vysvětlí jejich podstatu. Ptají se, zda rozumím a mám nějaké otázky.“	Před každým vyšetřením je poučena personálem o důvodu, provedení a případných komplikací vyšetřovacích metod. Má možnost kladení otázek.
	O léčbě a dietě	„Budu užívat pravidelně léky a navštěvovat lékaře dle doporučení. Dietu mi lékař nenařídil.“	Pacientka je dostatečně informována. Chápe nutnost dodržování doporučených postupů v léčbě.
	O délce hospitalizace	„Pokud se bude můj zdravotní stav nadále zlepšovat, mám slíbeno jít do konce týdne domů.“	V plánu je brzká dimise.
Sociální role a jejich ovlivnění	Primární (role související s věkem)	„Jsem žena a mám 40 let.“	Pohlaví ženské, 40 let.

nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	a pohlavím)		
	Sekundární (role související s rodinou a společenskými funkcemi)	<p>„Jsem svobodná a bezdětná. Bydlím s přítelem. Mám mnoho přátel, se kterými se snažím často vidat. Každý den mám tady nějakou návštěvu. Díky internetu jsem s okolím v kontaktu i v nemocnici.“</p>	<p>Přítečkyně, dcera, kamarádka, zaměstnankyně.</p>
	Terciální (role související s volným časem a zálibami)	<p>„Ve volném čase chodím pravidelně na jógu, španělštinu a studuji. Také velice ráda cestuji. Přítel mi donesl do nemocnice všechny moje lekce španělštiny a nějaké učivo, takže si každý den něco zopakuji tady na pokoji.“</p>	<p>Ve volném čase má pacientka dostatek zálib. Během hospitalizace musela své role omezit.</p>

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Kontrolní dvanáctisvodové EKG

AS nepravidelná - fibrilace síní, tepová frekvence 100/minutu, bez známek akutní ischemie.

ECHO vyšetření srdce

Levá komora srdeční mírně dilatovaná, bez hypertrofie stěn, celkově nižší kinetika. Ejekční frakce 45 %. Aortální chlopeň trojcípá, bez významné vady. Mitrální chlopeň s prolapsem předního cípu, lehká mitrální regurgitace. Trikuspidální chlopeň s lehkou regurgitací. Pravá komora srdeční mírně dilatovaná, snížená systolická funkce.

Doporučení: Terapie tyreotoxikózy. Snaha o restituci sinusového rytmu. Kardiologická dispenzarizace.

Endokrinologické vyšetření

Pacientka dlouhodobě léčená s dg. GB chorobou. Cca před půl rokem vysadila medikaci a přešla na homeopatika. Nyní přijata pro srdeční selhání s fibrilací síní, později rozvoj tyreotoxické krize.

Subjektivně již bez výrazných potíží. Štítná žláza hmatná, nebolestivá. Otoky v regresi. Dýchání čisté. Výrazný exoftalmus.

Laboratoř: Snížená hladina TSH, tyreoidální hormony a protilátky zvýšené.

Dle sono štítné žlázy: štítná žláza zvětšená, bez uzlu, velikost: vlevo 20x26x42 mm, vpravo 20x30x48 mm.

Doporučení: Pokračovat v zavedené terapii, v plné dávce Propycil, betablokátory dle tolerance. Vzhledem k těžké endokrinní orbitopatii pokračování v léčbě kortikoidy. Další kontrola na endokrinologii za měsíc. Do plánu kontrolní ECHO a následná léčba radioaktivním jodem.

Oční vyšetření

Pacientka s výrazným symetrickým exoftalmem v rámci neléčené GB choroby. Subjektivně občas pocit suchého oka, jinak bez očních potíží.

Pasivně úplně nedovře oční štěrbinu, patrný srpek bělma, aktivně dovře. Bulby volné, hybné všemi směry. Bez diplopie. Rohovka intaktní, zornice volná, reaguje obleněně, duhovka s lehce dilatovanými cévami, čočka in situ a čirá.

Doporučení: Zavedená terapie tyreopatie. V rámci exoftalmu pokračovat s terapií kortikoidy. Oční kontrola za půl roku.

Odebrány kontrolní krevní odběry: dne 24. 02. 2015

Tabulka č 9 Biochemie

Název	Výsledek	Referenční hodnoty
Glukóza	4,08 mmol/l	3,50–5,60 mmol/l
Na (sodík)	140 mmol/l	136–145 mmol/l
K (draslík)	3,94 mmol/l	3,6–5,4 mmol/l
Cl (chloridy)	99 mmol/l	97–108 mmol/l
Urea	6,3 mmol/l	2,3–6,7 mmol/l
Kreatinin	49 mmol/l	44,0–100,0 mmol/l
fT4	28,4 pmol/l	12–23 pmol/l
TSH	0,1 mU/l	0,3–5 mU/l
TgAb	106,04 kU/l	0,0–100,0 kU/l
TPOAb	300,22 kU/l	0,0–50,00 kU/l
TRAK	4,38 IU/l	0,0–2,0 IU/l

Zdroj: dokumentace

Tabulka č 10 Hematologie

Název	Výsledek	Referenční hodnoty
Hematokrit	0,39 %	0,37–0,47 %
Hemoglobin	116 g/l	120–162 g/l
Leukocyty	$5,9 \times 10^9/l$	$3,9–9,4 \times 10^9/l$
Erytrocyty	$4,97 \times 10^{12}/l$	$4,5–6,3 \times 10^{12}/l$
Trombocyty	$150 \times 10^9/l$	$150–300 \times 10^9/l$
Protrombinový čas - INR	1,44 s	0,8–1,2 s

Zdroj: dokumentace

Konzervativní léčba:

Dieta: B – vegetariánská výživná

Pohybový režim: II., volný – po oddělení

Medikamentózní léčba: per os: Propycyl 150 mg tbl (8:00 - 14:00 - 20:00 - 02:00), Digoxin 0,125 mg tbl (1-0-0), Coryol 6,25 mg tbl (1-0-1/2), Furon 40 mg tbl (1-1-0), Kalium chloratum 500 mg tbl (1-1-1), Warfarin 5 mg tbl (0-1-0), Prednison 20 mg tbl (1-0-0), Frontin 0,5 mg tbl (0-0-1), Omeprazol 20 mg cps (1-0-0).

Oxygenoterapie: dle potřeby 2l/min.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Dne 24. 02. 2015 přeložena z jednotky intenzivní péče 40 letá pacientka, po proběhlé tyreotoxické krizi. Pacientka při vědomí, orientovaná, spolupracuje, dyspnoická při řeči a chůzi, udává mírné bolesti hlavy – dle VAS 2 (analgetika nevyžaduje). Na první pohled patrný výrazný symetrický exoftalmus, viditelná struma, otoky dolních končetin a lehký třes horních končetin. Bez invazivních vstupů. Uložena na dvojlůžkový pokoj se sociálním zařízením. Poučena o právech a povinnostech pacienta, seznámená s domácím řádem oddělení. Sestrou vypsána ošetrovatelská anamnéza, zhodnocena rizika. Pro dušnost napojena oxygenoterapie přes kyslíkové brýle s průtokem 2l/min dle ordinace lékaře. Pacientka telemetricky monitorována. Fyziologické funkce měřeny v pravidelných intervalech a dokumentovány. Při přeložení z JIP - TK 120/85 torrů, puls 100/min nepravidelný, dech 20/min, TT 36,6 °C, saturace 94 %.

Pacientce byl na JIP extrahován permanentní katétr, při přijetí na oddělení močila spontánně, bez dysurických potíží. Dán urologický čaj. Vedena bilance tekutin, na WC dán džbánek, pacientka poučena o nutnosti sledování příjmu a výdeje tekutin a o restrikci tekutin do 1,5 litru za den. Toto doporučení dodržuje. Bilance tekutin po celou dobu hospitalizace sledována. V den přeložení je příjem 1400 ml a výdej 1350 ml. Každý den měřeny obvody dolních končetin, vážena, dolní končetiny se bandážují. V den přeložení jsou změřeny tyto hodnoty – levé stehno 61 cm, pravé stehno 60,5 cm, levé lýtko 43 cm, pravé lýtko 43 cm, levý kotník 33 cm, pravý kotník 33,5 cm. Váha 71 kg. Pacientka má sklon k průjmovitým stolicím – během dne i 4x. Během hospitalizace se dbá na dostatečný energetický příjem stravy, vede se nutriční protokol a probíhá konzultace s nutriční terapeutkou.

Pacientka je při vykonávání běžných denních činností často unavená, stěžuje si na nedostatek energie, během dne musí odpočívat. Hygienu provádí samostatně, dopomoc nevyžaduje.

Psychický stav pacientky je kolísavý. Střídá se nervozita a psychická pohoda. Udává pocit vnitřního napětí. Snaha o zajištění psychické podpory. Má dlouhodobé problémy se spánkem, před spaním vyžaduje hypnotika.

Během hospitalizace je sledován celkový stav pacientky.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ a jejich uspořádání dle priorit

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Zvýšený objem tělesných tekutin v souvislosti se snížením srdečního výdeje projevující se otoky dolních končetin, přibíráním na hmotnosti a nižší diurézou.
2. Nedostatečné dýchání z důvodu srdečního selhávání projevující se dušností při námaze, zkráceným dechem a nižší saturací.
3. Únava z důvodu zrychlení metabolismu a zvýšených energetických nároků projevující se nedostatkem energie a ospalostí během dne.
4. Narušený spánek v souvislosti s hospitalizací a změnou zdravotního stavu projevující se únavou během dne, neschopností usnout a buzením se v noci.
5. Psychická nerovnováha způsobená zvýšenou stimulací centrální nervové soustavy projevující se nervozitou, podrážděností a změnou nálad.
6. Akutní bolest hlavy v souvislosti se změnou biorytmu projevující se slovním vyjádřením a stupněm č. 2 na škále VAS.
7. Porucha vyprazdňování stolice následkem zrychlení metabolismu projevující se častými průjmovitými stolicemi.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

8. Riziko vzniku krvácivých projevů z důvodu antikoagulační terapie.
9. Riziko poruchy výživy způsobené zrychleným metabolismem.
10. Riziko poruchy sebepřijetí z důvodu změny vzhledu – exoftalmus, struma, příbytek na váze.
11. Riziko pádu v souvislosti s únavou.

Tabulka č 11 Sesterská diagnóza č. 1

Zvýšený objem tělesných tekutin v souvislosti se snížením srdečního výdeje projevující se otoky dolních končetin, přibíráním na hmotnosti a nižší diurézou.
Cíl: Regrese otoků dolních končetin, úbytek na hmotnosti, zlepšení diurézy.
Priorita: Střední.

<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dojde ke zmenšení otoků dolních končetin – po dobu hospitalizace. ▪ U pacientky se neobjeví přibírání na váze – po dobu hospitalizace. ▪ Dojde k úbytku hmotnosti o 2 kg – po dobu hospitalizace. ▪ Diuréza bude převyšovat příjem tekutin – do 24 hodin.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukuj pacientku o nutnosti dodržování restrikce tekutin do 1,5 litru za den (sestra). ▪ Sleduj bilanci tekutin (sestra). ▪ Denně sleduj váhu pacientky a měř obvody dolních končetin (sestra, ošetřovatel). ▪ Podávej medikaci dle ordinace lékaře (sestra). ▪ Přilož bandáže na dolní končetiny dle ordinace lékaře (sestra).
<p>Realizace:</p> <p>Pacientce jsou každý den měřeny obvody dolních končetin na poznačených místech. Pravidelně se váží. Hodnoty jsou zapsány do dokumentace. Sleduje se bilance tekutin a její dodržování pacientkou. Diuretika jsou podávána dle ordinace lékaře. Pravidelně se dolní končetiny bandážují a kontroluje se jejich funkčnost.</p>
<p>Hodnocení za 48 hodin:</p> <p>Cíl byl splněn. Dochází k postupnému zmenšování otoků dolních končetin (přes lýtko o 1,5 cm, přes kotník o 1 cm), úbytek váhy o 1,5 kg. Pacientka vypije denně maximálně 1,5 litrů tekutin. Výdej moči je vyšší než příjem tekutin. Diuretickou terapii pacientka toleruje. Bandáže jsou funkční.</p> <p>V plánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.</p>

Tabulka č 12 Sesterská diagnóza č. 2

Nedostatečné dýchání z důvodu srdečního selhávání projevující se dušností při námaze, zkráceným dechem a nižší saturací.

<p>Cíl: Zlepšit dýchání, hodnota saturace kyslíku bude v normě.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ U pacientky dojde k úpravě dýchání do půl hodiny od výskytu prvních potíží. ▪ Pacientka bude eupnoická – po dobu hospitalizace. ▪ Saturace kyslíkem neklesne pod 95 % - po dobu hospitalizace. ▪ U pacientky se neobjeví cyanóza a další příznaky hypoxie – po dobu hospitalizace.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podávej kyslíkovou terapii dle ordinace lékaře (sestra). ▪ V pravidelných intervalech sleduj saturaci kyslíku a hodnoty zapisuj do dokumentace (sestra). ▪ Pozoruj pravidelně dechovou frekvenci a hodnoty dokumentuj (sestra). ▪ Doporuč pacientce vhodnou polohu při vzniku dušnosti (sestra). ▪ Zajisti větrání pokoje a dostatek čerstvého vzduchu (sestra, ošetřovatel). ▪ Všímej si prokrvení a zbarvení akrálních částí těla (lékař, sestra, ošetřovatel). ▪ Při jakékoliv změně ihned informuj lékaře (sestra, ošetřovatel).
<p>Realizace:</p> <p>V pravidelných intervalech sledována dechová frekvence, saturace kyslíku a prokrvení akrálních částí těla. Hodnoty hlášeny lékaři a zapisovány do dokumentace. Dle potřeby pacientky aplikována oxygenoterapie přes kyslíkové brýle s průtokem 2l/min. Pacientka poučena sestrou o vhodné poloze při vzniku dušnosti nebo při usínání. Pokoj dle potřeby vyvětrán.</p>
<p>Hodnocení za 24 hodin:</p> <p>Cíl byl splněn částečně. Pacientka udává subjektivně zlepšené dýchání. V klidu dušnost neudává. Po námaze místy dušnost přetrvává. V případě pocitu dušnosti vyžaduje inhalaci kyslíku přes kyslíkové brýle, poté dýchání vždy zlepšeno. Saturace kyslíkem se drží kolem 95–98 %.</p>

Je potřeba v naplánovaných intervencích nadále pokračovat.

Tabulka č 13 Sesterská diagnóza č. 3

Únava z důvodu zrychlení metabolismu a zvýšených energetických nároků projevující se nedostatkem energie a ospalostí během dne.
Cíl: Zmírnit únavu, zvýšení energie.
Priorita: Střední.
Výsledná kritéria: <ul style="list-style-type: none">▪ Pacientka nebude verbalizovat únavu – po dobu hospitalizace.▪ Má dostatek energie na běžné denní činnosti – po dobu hospitalizace.▪ Pacientka má dostatečný energetický příjem potravy – po dobu hospitalizace.
Plán intervencí: <ul style="list-style-type: none">▪ Zajisti dostatek odpočinku během dne (sestra, ošetřovatel).▪ Zajisti klidné prostředí (sestra, ošetřovatel).▪ Sleduj příjem stravy (sestra).▪ Zajisti nutričního terapeuta (sestra).▪ Pouč pacientku o vhodných aktivitách (sestra).
Realizace: <p>Pacientka je poučena o vhodných aktivitách během dne. Kdykoliv během dne má možnost na odpočinek. Vybrán klidný pokoj s jednou spolupacientkou. Zajištěn klid na pokoji, dostatek čerstvého vzduchu, možnost vyvětrání pokoje dle potřeby. Zajištěna nutriční terapeutka, která spolu s pacientkou volí vhodnou stravu, která dostatečně pokryje energetické výdaje. Sleduje se příjem potravy a množství se zaznamenává do nutričního protokolu.</p>
Hodnocení za 48 hodin: <p>Cíl byl splněn částečně. Pacientka volí vhodné aktivity během dne. Klidné prostředí je zajištěno. Dle potřeby odpočívá na pokoji. Příjem stravy je dostatečný, sní téměř celé porce. Stále ale verbalizuje únavu i během běžných činností.</p>

V plánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.

Tabulka č 14 Sesterská diagnóza č. 4

Narušený spánek v souvislosti s hospitalizací a změnou zdravotního stavu projevující se únavou během dne, neschopností usnout a buzením se v noci.
Cíl: Zlepšení spánku, pacientka bude po probuzení odpočatá. Priorita: Střední.
Výsledná kritéria: <ul style="list-style-type: none">▪ Pacientka bude schopna večer usnout – do 48 hodin.▪ Pacientka zná a dodržuje spánkovou hygienu – do 6 hodin.▪ Pro spánek budou během hospitalizace vytvořeny optimální podmínky.▪ Pacientka v noci spí aspoň 6 hodin nerušeným spánkem – po dobu hospitalizace.▪ Pacientka bude po spánku verbalizovat, že je odpočatá – po dobu hospitalizace.
Plán intervencí: <ul style="list-style-type: none">▪ Sleduj kvalitu a délku spánku, zjisti návyky před spaním (sestra).▪ Informuj pacientku o spánkové hygieně (sestra).▪ Komunikuj s pacientkou o jejích obavách (sestra).▪ Snaž se přiměřeně aktivizovat pacientku během dne (sestra, ošetřovatel).▪ Zajisti vhodné prostředí pro spánek a odstaň rušivé podněty (sestra, ošetřovatel).▪ Sleduj, zda pacientka verbalizuje odpočinití po spánku (sestra, ošetřovatel).▪ Informuj lékaře o poruše spánku (sestra).▪ Pokud je to nezbytné, podej dle ordinace lékaře hypnotika (sestra).
Realizace: <p>Pacientka je informována o vhodné spánkové hygieně (od 17 hodiny nepít nápoje s obsahem kofeinu, vynechat večer těžká jídla, neřešit před spaním důležitá témata,</p>

<p>nespat během dne). Snaží se být během dne dostatečně aktivní. Před spaním zajištěno vhodné prostředí na usínání – vyvětraný pokoj, upravené a čisté lůžko, zavřené dveře, šero a klid na pokoji. Vypnutá televize. Dle potřeby podána hypnotika.</p>
<p>Hodnocení za 48 hodin:</p> <p>Cíl byl splněn částečně. Pacientka nadále vyžaduje před spaním hypnotika. Spánek je kvalitní, v noci se nebudí. Spí více než 6 hodin. Po probuzení udává, že se cítí již lépe, ale není úplně odpočatá.</p> <p>Je potřeba v naplánovaných intervencích nadále pokračovat.</p>

Tabulka č 15 Sesterská diagnóza č. 5

<p>Psychická nerovnováha způsobená zvýšenou stimulací centrální nervové soustavy projevující se nervozitou, podrážděností a změnou nálad.</p>
<p>Cíl: Zlepšit psychický stav, pacientka sdílí své emoce.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientka zná příčiny změny psychického stavu – do 6 hodin. ▪ Bude zajištěna psychická podpora – po dobu hospitalizace. ▪ Pacientka dovede popsat svůj stav, bude vědět na koho se obrátit v případě potřeby – po dobu hospitalizace. ▪ Pacientka má podporu v rodině – po dobu hospitalizace.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zajisti dostatek informací o onemocnění, především o příznacích onemocnění (lékař, sestra). ▪ Poskytni psychickou podporu pacientce (lékař, sestra). ▪ Dostatečně komunikuj s pacientkou, vyslechni ji (lékař, sestra). ▪ Zajisti podporu rodiny (lékař, sestra).
<p>Realizace:</p>

<p>Pacientce je vysvětlena podstata onemocnění. V průběhu hospitalizace je personál pacientce k dispozici. Je zajištěná dostatečná komunikace s pacientkou, personál aktivně naslouchá. Pacientka má soukromí při kontaktu s rodinnými příslušníky. Rodina je informována o potřebné podpoře pacientky.</p>
<p>Hodnocení za 48 hodin:</p> <p>Cíl byl splněn. Pacientka chápe, že změna psychického stavu je způsobena onemocněním. Získala dostatek informací o své nemoci. Pacientka komunikuje a spolupracuje s personálem. Sděluje zmírnění vnitřního napětí a nervozity díky možnosti promluvit si a také díky podpoře rodiny. Při návštěvě rodiny bylo zajištěno soukromí.</p> <p>Je potřeba v naplánovaných intervencích nadále pokračovat.</p>

Tabulka č 16 Sesterská diagnóza č. 6

<p>Akutní bolest hlavy v souvislosti se změnou biorytmu projevující se slovním vyjádřením a stupněm č. 2 na škále VAS.</p>
<p>Cíl: Pacientka nebude pociťovat bolesti hlavy.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientka je informovaná o hodnocení bolesti dle VAS, umí stupnici používat – do 1 hodiny. ▪ Pacientka zná metody zmírňující bolest – do 1 hodiny. ▪ Při vzestupu bolesti je nabídnuta možnost podání analgetika dle ordinace lékaře – po dobu hospitalizace. ▪ Pacientka pociťuje úlevu od bolesti – do 1 hodiny.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vysvětlí pacientce škálu bolesti VAS (sestra). ▪ Sleduj projevy bolesti (sestra, ošetřovatelka). ▪ Sleduj a v pravidelných intervalech zaznamenávej rozsah a lokalizaci bolesti,

<p>zjistí intenzitu, charakter, délku trvání a faktory, které bolest zhoršují (sestra).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zajisti pohodlí a úlevové metody (sestra, ošetřovatelka). ▪ V případě potřeby podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj její účinky (sestra).
<p>Realizace:</p> <p>Pacientce je vysvětlena škála VAS, dle které určuje stupeň bolesti. Je poučena o dostatku pohodlí, úlevových metodách a možnosti využít analgetickou terapii. Sledují se projevy bolesti. Během hospitalizace je pravidelně bolest hodnocena a zapisována do dokumentace. V případě podání analgetik se sleduje jejich účinek a fyziologické funkce.</p>
<p>Hodnocení za 24 hodin:</p> <p>Cíl byl splněn částečně. Patientka chápe stupnici VAS, je schopna určit stupeň bolesti. Vyhledává úlevovou polohu v leže na zádech, vaří si bylinkový čaj a pokládá si na čelo studený zábal, analgetika odmítá po dobu celé hospitalizace. Patientka udává zmírnění bolesti o stupeň.</p> <p>V plánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.</p>

Tabulka č 17 Sesterská diagnóza č. 7

<p>Porucha vyprazdňování stolice následkem zrychlení metabolismu projevující se častými průjmovitými stolicemi.</p>
<p>Cíl: Zmírnění průjmovitých stolic, prevence vzniku dehydratace a malnutrice.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientka je informována o příčině vzniku průjmů – do 6 hodin. ▪ Dojde k úbytku průjmovitých stolic o polovinu – po dobu hospitalizace. ▪ Patientka je poučena o sledování frekvence, charakteru a množství stolice – do 6 hodin. ▪ Patientka má zajištěné soukromí – po dobu hospitalizace.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientka není dehydratovaná a v malnutrici – po dobu hospitalizace.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informuj pacientku o příčině vzniku průjmů (lékař, sestra). ▪ Vysvětli pacientce nutnost sledování frekvence, charakteru a množství stolice (sestra). ▪ Sleduj a pravidelně zaznamenávej frekvenci, charakter a množství stolice (sestra). ▪ Sleduj bilanci tekutin a známky dehydratace (sestra). ▪ Sleduj příjem stravy, zajisti nutriční terapeutku (sestra).
<p>Realizace:</p> <p>Pacientka je seznámena s příčinou vzniku průjmů. Je poučena o nutnosti sledování frekvence, charakteru a množství stolice. Pravidelně se do dokumentace tyto informace zaznamenávají. Sleduje se bilance tekutin, známky dehydratace a příjem stravy. Zajištěna nutriční terapeutka, která hodnotí příjem stravy.</p>
<p>Hodnocení za 48 hodin:</p> <p>Cíl byl splněn částečně. Průjmy jsou v mírné regresi. Pacientka je informována o příčině vzniku průjmů a chápe to. Pacientka dodržuje pitný režim (omezení tekutin do 1,5 litru za den), nejeví známky dehydratace. Příjem stravy je dostatečný, malnutricí netrpí.</p> <p>V plánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.</p>

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Při přeložení z JIP byla pacientka při vědomí, orientovaná a spolupracovala. Hospitalizaci zvládala relativně dobře, na standardním oddělení se cítila lépe, měla více soukromí. S pacientkou byl navázán dobrý vztah. Pacientka měla zájem aktivně se zapojit do procesu. V rámci ošetrovatelské péče došlo v průběhu hospitalizace ke zlepšení stavu, i přesto pacientku čeká definitivní řešení onemocnění, a to terapie radioaktivním jodem. Pacientka byla poučena o svém zdravotním stavu, o režimových

opatření a nutné dispenzarizaci v endokrinologické ambulanci. Dne 28. 02. 2015 byla ošetřujícím lékařem propuštěna do domácí péče.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zkušeností, které jsme získali při ošetřování pacientky s GB chorobou a zpracováním ošetřovatelského procesu, jsme shrnuli doporučení a opatření, která jsou určena pro ošetřovatelský personál, pacienta, jeho rodinu a blízké.

Doporučení pro ošetřovatelský personál:

- Zajímat se o problematiku tohoto onemocnění.
- Znat projevy, diagnostiku a léčbu onemocnění.
- V rámci svých kompetencí a znalostí poskytnout pacientovi dostatek informací.
- Motivovat pacienta k denním aktivitám a dodržování opatření spojené s nemocí.
- Věnovat pozornost potřebám pacienta.
- Zaznamenávat a hodnotit zdravotní stav pacienta.
- Přistupovat k pacientovi holisticky, akceptovat ho jako bio-psycho-socio-spirituální bytost.
- Empatický a individuální přístup.
- Navázat kladný vztah s pacientem vybudovat si u pacienta důvěru, dát mu prostor na vyjádření svých obav, pocitů a přání, poskytnout pacientovi psychickou podporu.
- Být připraven na psychickou nerovnováhu pacienta, zachovat klid.

Doporučení pro pacienta:

- Pečovat o své zdraví a psychickou pohodu.
- Chodit na preventivní prohlídky.
- Užívat léky dle doporučení lékaře.

- Získat dostatek informací o onemocnění, spolupracovat se zdravotníky, podílet se na rozhodování při léčbě.
- Důvěřovat zdravotnickému personálu, nebát se svěřit se svými obavami.
- Brát své onemocnění jako součást života a mluvit o něm.
- Aktivně se zapojovat do denních aktivit, ale umět i odpočívat.
- Nepodceňovat příznaky zhoršení zdravotního stavu.
- Vyhledat při potížích lékařskou pomoc.

Doporučení pro rodinu:

- Informovat se o onemocnění a poznat co vše obnáší.
- Být oporou pro svého blízkého.
- Být připraven na změny nálad.
- Podpořit blízkého v navrácení do běžného života.
- Podílet se na jeho uzdravení.
- Nepodceňovat zdravotní stav svého blízkého.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na problematiku hypertyreózy, se zaměřením na ošetrovatelskou péči a specifické problémy, se kterými se pacient potýká. Hypertyreóza je po hypotyreóze nejčastějším onemocněním endokrinního systému. Během své praxe se ošetrovatelský personál ne jednou s těmito pacienty setká. A proto je dobré vědět, co zvýšená funkce štítné žlázy obnáší a jaký má dopad na pacienta a jeho okolí.

Bakalářská práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část stručně seznamuje čtenáře s nemocemi štítné žlázy, se kterými se v běžné populaci setkáváme. Poté se soustřeďuje na samotnou hypertyreózu a snaží se srozumitelnou formou vysvětlit podstatu onemocnění, její příznaky, diagnostiku a léčbu. Zaměřuje se i na problematiku hypertyreózy v dětství a těhotenství. V práci je také podkapitola věnovaná tyreotoxické krizi, která může nemocného ohrozit na životě. Součástí teoretické části jsou samozřejmě specifika v ošetrovatelské péči u pacientů s hypertyreózou.

V praktické části je popsán ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky s hypertyreózou. Hypertyreóza byla nemocné diagnostikovaná v roce 2005. Lékaři zvolili konzervativní postup v léčbě a pacientka užívala tyreostatika. Před půlrokem spontánně na radu „léčitele“ vysadila léky a užívala pouze homeopatika. Postupně docházelo ke zhoršení zdravotního stavu a nemocná byla hospitalizována na kardiologii se srdečním selháním, fibrilací síní a dekompenzovanou hypertyreózou. Na oddělení došlo k rozvoji tyreotoxické krize a následně byla pacientka hospitalizována na JIP. Po zlepšení zdravotního stavu byla pacientka přeložena na standardní lůžkové interní oddělení. Ošetrovatelský proces byl sestaven během hospitalizace na interním oddělení. Podle priorit se zvolily sesterské diagnózy a následně kompletně vypracovaly. Poslední část obsahuje doporučení pro praxi – pro ošetrovatelský personál, pacienty a jejich blízké.

Cíl práce se podařilo splnit. Věříme, že tato práce může být zdrojem cenných informací pro studenty zdravotnických oborů, pro sestry v praxi, tak i pro širokou veřejnost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AL TAJI, E. *Tyreopatie v dětství a adolescenci* [online]. 2014. [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/03/04.pdf>
- ASTL, J. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-7345-358-9.
- BRUNOVÁ, J. *Diagnostika a terapie poruch funkce štítné žlázy – část II* [online]. 2008. [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/09/09.pdf>
- BRUNOVÁ, J. a J. BRUNA. *Klinická endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-190-5.
- DRBALOVÁ, K. *Subklinické tyreopatie* [online]. 2012. [cit. 2015-01-25]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/04/04.pdf>
- GREENSPAN, F. S. a J. D. BAXTER. *Základní a klinická endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 2003. ISBN 80-86022-56-0.
- CHROBÁK, L. et al. *Propedeutika vnitřního lékařství*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1309-0.
- JISKRA, J. *Poruchy štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3301-5.
- JISKRA, J. *Tyreopatie po amiodaronu* [online]. 2011. [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14381-tyreopatie-po-amiodaronu>
- KALVACHOVÁ, B. *Štítná žláza v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost*. [online]. 2011. [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2011/02/05.pdf>
- KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-604-5.
- KRŠEK, M. *Endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-687-8.

- LAZÚROVÁ, I. a J. PAYER et al. *Štandardné diagnostické a terapeutické postupy v endokrinológii*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2014. ISBN 978-80-812-6089-6.
- LÍMANOVÁ, Z. pořadatelka. *Štítná žláza*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-400-8.
- MANDINCOVÁ, P. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.
- MARTINKOVÁ, J. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.
- NĚMCOVÁ, J. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 2. doplněné vydání. Plzeň: Maurea, 2014. ISBN 978-80-902876-9-3.
- SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.
- SOVOVÁ, E. a J. ŘEHOŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1009-9.
- STÁRKA, L. *Endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-328-8.
- STÁRKA, L. et al. *Pokroky v endokrinologii*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-129-5.
- SYSEL, D., BELEJOVÁ, H. a O. MASÁR. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-263-0001-4.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
- TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-324-4.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
- WOLFSON, A. B. et al. *Clinical practise of emergency medicine*. 5. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. ISBN 978-0-7817-8943-1.

ZAMRAZIL, V. a J. ČEŘOVSKÁ. *Jod a štítná žláza*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3302-2.

ZAMRAZIL, V. a T. PELIKÁNOVÁ. *Akutní stavy v endokrinologii a diabetologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-478-2.

ZIMA, T. *Laboratorní diagnostika*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-726-2372-3.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rešerše	I
Příloha B – Schválení sběru informací	II
Příloha C – Štítná žláza	III
Příloha D – Štítná žláza pod RTG	IV



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě

Prokešovo nám. 9

728 00 Ostrava

tel.: +420 596 118 881

fax.: +420 596 138 322

email: msvk@svkos.cz

www.svkos.cz

Číslo rešerše:	III-7446
Název rešerše:	Ošetřovatelský proces u pacienta s hypertyreózou
Jazykové omezení:	čeština, slovenština, angličtina
Časové omezení:	2004-2014

Příloha B – Schválení sběru informací

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Dušková 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Smažáková Veronika	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s hypertenzí	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace Pracoviště: Interní oddělení III.	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Hana Belejová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <i>Belej</i> <input type="radio"/> nesouhlasím <i>podpis</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <i>podpis</i>	

v. s. *F-M* dne *13.2.2015*

[Handwritten Signature]
podpis studenta

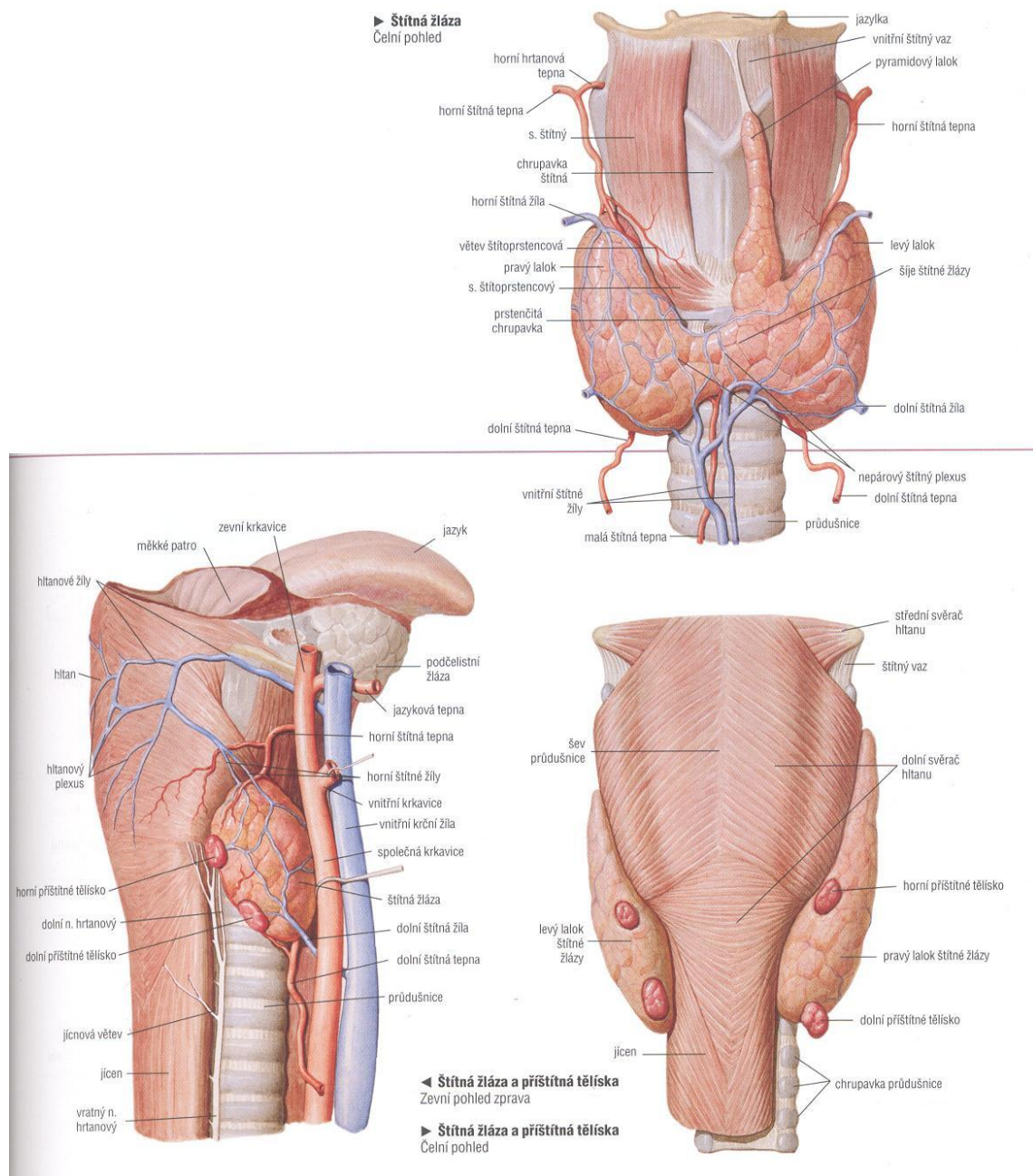
13-02-2015

Jarmila Dostálová
[Handwritten Signature]

Mgr. Jarmila Dostálová

NEMOCNICE
ve Frýdku-Místku, p. o. 22
DIČ CZ00534188 IČ. 00534188
náměstek pro OP

Příloha C – Štítná žláza



Zdroj: http://www.stitnazlaza.estranky.cz/img/original/17/stitna_zlaza.jpg

Příloha D – Štítná žláza pod RTG



Zdroj: <http://endokrinologie-obezitologie.cz/cs/clanky/tema1/vysetrovaci-postupy-pri-onemocneni-stitne-zlazy/>