



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Potřeby pacientů s onemocněním štítné žlázy**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Kateřina Hanusová

**Vedoucí práce:** Mgr. Jitka Doležalová

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Potřeby pacientů s onemocněním štítné žlázy*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2020

.....

Kateřina Hanusová

### **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Jitce Doležalové za její odborné vedení a cenné rady, které mi při psaní práce velmi pomohly. Dále bych chtěla poděkovat všem dotazovaným za jejich ochotu, vstřícnost a věnovaný čas.

# Potřeby pacientů s onemocněním štítné žlázy

## Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá potřebami pacientů s onemocněním štítné žlázy. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Mezi onemocnění štítné žlázy se řadí struma, záněty, nádory, hypotyreóza a hypertyreóza. Práce byla zaměřena na potřeby pacientů s hypotyreózou a hypertyreózou. Uvedená dvě onemocnění se liší ve funkčnosti štítné žlázy, která je u hypotyreózy snižena a u hypertyreózy zvýšená. Obě onemocnění doprovází spousta nespecifických příznaků, které se objevují ve všech systémech. Léčba onemocnění probíhá u hypotyreózy v substituci hormonů štítné žlázy a u hypertyreózy buď také v substituci hormonů, nebo se řeší operativně či pomocí radioaktivního jódu. Léčbu je důležité dodržovat, neboť i u těchto dvou onemocnění může dojít k vystupňování příznaků a k následnému myxedémovému kómatu či tyreotoxické krizi, což jsou život ohrožující stavy.

Teoretická část se zabývá i hierarchií potřeb, protože od těchto znalostí se následně odvíjí ošetrovatelský proces. Nemoc může pacientovy potřeby jistým způsobem ovlivnit a v případě jejich neuspokojování pacient strádá ve fyzické, psychické anebo sociální oblasti.

Praktická část bakalářské práce se věnuje kvalitativnímu výzkumu. Daný výzkum byl tvořen deseti probandy, kteří se léčí buď s hypotyreózou, nebo hypertyreózou. Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, jenž byl použit při komunikaci s probandy trpícími onemocněním štítné žlázy. Rozhovory byly zformulovány na základě stanoveného cíle: zmapovat potřeby pacientů s onemocněním štítné žlázy. Výzkumné šetření probíhalo v domácím prostředí.

Výsledky, které jsme od dotazovaných pomocí rozhovorů získali, byly rozděleny do několika kategorií a následně zpracovány. Dle našeho výzkumu je pro každého pacienta důležitá jiná potřeba. Ráda bych však poznamenala, že některé dotazované se i po nasazení medikace stále potýkají s únavou, kterou se snaží do jisté míry překonávat, ale i tak jsou někdy nuceny únavě podlehnout a jít si během dne odpočinout. Dále bych ráda zmínila i sníženou toleranci teplého prostředí, která se u některých dotazovaných objevila, a i po nasazení medikace u nemocných nevymizela. Nakonec bych ráda podotkla, že dle našeho výzkumu se některé dotazované obávají těhotenství z důvodu jejich nemoci, což je do budoucna nejspíš bude omezovat.

Tato práce poslouží studentům k získání nových informací o daných onemocněních

a mohla by také posloužit jako zdroj informací pro nově diagnostikované pacienty.

**Klíčová slova**

Štítná žláza; hypotyreóza; hypertyreóza; potřeby; pacient; sestra

## **Needs of patients with thyroid disease**

### **Abstract**

This bachelor thesis deals with the needs of patients with thyroid disease. The work is divided into two parts, theoretical and practical. Thyroid diseases include goiter, inflammation, tumors, hypothyroidism and hyperthyroidism. This work is focused on the needs of patients with hypothyroidism and hyperthyroidism. The two diseases differ in thyroid function, which is reduced in hypothyroidism and increased in hyperthyroidism. Both diseases are accompanied by many non-specific symptoms that occur in all systems. The treatment of the disease takes place in hypothyroidism in the replacement of thyroid hormones and in hyperthyroidism either also in the replacement of hormones or it is solved operatively or with the help of radioactive iodine. It is important to adhere to the treatment, as even in these two diseases, symptoms may increase and subsequent myxedema coma or thyrotoxic crisis may occur, which are life-threatening conditions.

In the theoretical part, we also deal with the hierarchy of needs, because the nursing process is derived from this knowledge. The disease can affect the patient's needs in some way and in case of their dissatisfaction, the patient suffers in the physical, mental or social area.

In the practical part of the bachelor thesis we dealt with qualitative research. This study consisted of ten probands treated with either hypothyroidism or hyperthyroidism. The method of semi-structured interview was chosen for data collection, which was used in communication with probands suffering from thyroid disease. The interviews were formulated on the basis of the set goal: To map the needs of patients with thyroid disease. The research was conducted at home.

The results we obtained from the interviewees through interviews were divided into several categories and subsequently processed. According to our research, a different need is important for each patient. However, I would like to note that even after using the medication, some respondents still struggle with fatigue, which they try to overcome to a certain extent, but even so they are sometimes forced to succumb to fatigue and go to rest during the day. I would also like to mention the reduced tolerance of the warm environment, which appeared in some respondents, and even after the use of medication in patients did not disappear. Finally, I would like to point out that, according to our research, some respondents are afraid of pregnancy due to their illness, which is likely to limit them in the future.

This work will serve students to obtain new information about the disease and could also serve as a source of information for newly diagnosed patients.

**Key words**

Thyroid gland; hypothyroidism; hyperthyroidism; needs; patient; nurse

## Obsah

Úvod.....	10
1 SOUČASNÝ STAV .....	11
1.1 Anatomie štítné žlázy.....	11
1.2 Struma.....	11
1.3 Záněty štítné žlázy .....	12
1.4 Nádory štítné žlázy .....	14
1.5 Hypotyreóza.....	15
1.5.1 Diagnostika hypotyreózy .....	17
1.5.2 Terapie hypotyreózy .....	17
1.5.3 Prognóza hypotyreózy .....	18
1.5.4 Myxedémové kóma .....	18
1.6 Hypertyreóza.....	19
1.6.1 Diagnostika hypertyreózy.....	20
1.6.2 Terapie hypertyreózy .....	21
1.6.3 Prognóza hypertyreózy .....	22
1.6.4 Tyreotoxická krize.....	23
1.7 Specifické potřeby .....	23
1.7.1 Vymezení pojmu .....	23
1.7.2 Motivace pro naplnění potřeb.....	24
1.7.3 Maslowova hierarchická teorie potřeb .....	25
1.7.4 Specifické potřeby .....	26
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	28
2.1 Cíl práce.....	28
2.2 Výzkumné otázky .....	28
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ.....	29
3.1 Hypotyreóza.....	29



3.2	Hypertyreóza.....	29
3.3	Potřeba .....	29
3.4	Pacient.....	29
3.5	Sestra/všeobecná sestra.....	29
4	METODIKA VÝZKUMU .....	30
4.1	Výzkumné šetření .....	30
4.2	Výzkumný soubor.....	31
5	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	32
5.1	Identifikační údaje probandů .....	32
5.2	Hypotyreóza – rozpracování kategorií.....	33
5.2.1	Kategorie č. 1 – Základní informace .....	33
5.2.2	Kategorie č. 2 – Samostatné onemocnění.....	34
5.2.3	Kategorie č. 3 – Potřeby a omezení.....	37
5.3	Hypertyreóza – rozpracování kategorií.....	40
5.3.1	Kategorie č. 1 – Základní informace .....	40
5.3.2	Kategorie č. 2 – Samostatné onemocnění.....	41
5.3.3	Kategorie č. 3 - Potřeby a omezení .....	45
6	DISKUZE.....	50
7	ZÁVĚR .....	57
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	58
9	PŘÍLOHY .....	63
10	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	66

## Úvod

Tématem bakalářské práce jsou potřeby pacientů s onemocněním štítné žlázy. Konkrétně se v práci budeme zabývat potřebami pacientů s hypotyreózou a hypertyreózou. Jedná se tedy o sníženou a zvýšenou funkci štítné žlázy. Hlavním důvodem pro výběr tohoto tématu bylo především to, že vznik těchto onemocnění je stále častější a široká veřejnost i postižení nemají dostatečné znalosti o daném onemocnění, a tudíž neberou toto onemocnění za nijak závažné. Bohužel i onemocnění štítné žlázy, konkrétně hypotyreóza i hypertyreóza s sebou nesou jisté komplikace, které mohou při velkém vystupňování vést až ke smrti jedince. Tento fakt, že široká veřejnost nebere tyto onemocnění za nijak závažné, je možná proto, že léčba onemocnění probíhá převážně v substituci hormonů, při níž dojde při správném nasazení léků k normalizaci štítné žlázy. U hypertyreózy spočívá léčba také v substituci hormonů a v případě neúspěchu se volí chirurgická terapie. Široká veřejnost se tedy spíše soustředí na léčbu, která není dle jejich názoru nijak závažná a už se nezajímá o potřeby a změny, které se u nemocných během nemoci vyskytují, a tím pádem i ovlivňují jejich dosavadní život. Zvolené téma mě velmi motivovalo k tomu, abych si prohloubila své znalosti v dané problematice, a zároveň jsem díky němu mohla informovat širokou veřejnost, aby se dozvěděla, jaká úskalí tato onemocnění mohou postiženému způsobit.

Každá nemoc jistým způsobem zasahuje a mění dosavadní život jedince, který tuto změnu vnímá jinak než jeho okolí a rodina. Naším cílem je zmapovat potřeby u jedinců s hypotyreózou i hypertyreózou a zjistit, v jaké oblasti jsou postižení nejvíce omezeni a jaké potřeby jsou pro ně důležité. K dosažení těchto cílů budou použity polostrukturované rozhovory, jež budou s postiženými s hypotyreózou a hypertyreózou uskutečněny.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Anatomie štítné žlázy

Štítná žláza neboli glandula thyroidea je součástí endokrinního systému. Jde o žlázu s vnitřní sekrecí (Zamrazil et al., 2014). Je složena ze dvou laloků, které jsou uloženy po stranách štítné chrupavky. Tyto dva laloky jsou vpředu spojeny příčným můstkem (Rokyta et. al, 2014). Díky tomuto spojení může štítná žláza svým tvarem připomínat písmeno „H“, někdy však také písmeno „U“ či „V“ (Čihák, 2013).

Laloky jsou dále rozděleny na drobné lalůčky, které způsobují hrbolatý povrch žlázy. Tyto lalůčky jsou složeny z tzv. folikulů. Ty jsou vystlány vrstvou epitelových buněk, které produkují hormony štítné žlázy (Rokyta et al., 2014). Produkce hormonů štítné žlázy závisí na přítomnosti jódu v těle. Tudiž je důležité, aby byl dostatečný přísun jódu do těla ze zevního prostředí (Zamrazil et al., 2014), například potravou-především mořské ryby (Navrátil et al., 2008). Následně je koncentrován a redukován na jodované aminokyseliny, které jsou ve formě tzv. koloidu uskladněny a tvoří tak zásobárnu. Do krevního oběhu jsou následně uvolňovány dle potřeb organismu. Vzhledem k této potřebě jódu k produkci hormonů se štítná žláza odlišuje od ostatních endokrinních žláz, které produkují hormony z látek běžně obsažených v organismu. Díky jódu tedy štítná žláza produkuje hormony (trijodthyronin-T3 a thyroxin-T4), které by byly bez přítomnosti jódu neúčinné (Zamrazil et al., 2014).

Tvorba těchto hormonů úzce souvisí s onemocněními štítné žlázy. Mezi tyto onemocnění řadíme strumu, záněty, nádory, hypotyreózu a hypertyreózu (Navrátil et al., 2008).

## 1.2 Struma

Zvětšení štítné žlázy neboli struma se rozlišuje dle funkce na eufunkční, hyperfunkční nebo hypofunkční. Pokud se jedná o eufunkční strumu, znamená to, že zvětšení proběhlo za normální funkce štítné žlázy. Hyperfunkční a hypofunkční struma je zvětšená za přítomnosti zvýšené či snížené produkce hormonů (Navrátil et al., 2008). Dále se struma rozděluje dle struktury na difuzní a uzlovou. U difuzní strumy dochází ke zvětšení celé štítné žlázy nebo k rovnoměrnému zvětšení jednoho laloku. V případě, kdy není dlouhodobě nasazena léčba, dochází k přeměně difuzní strumy na uzlovou. Ta je závažnější a vždy se musí zjišťovat biologická povaha těchto uzlů (Souček et al., 2011).

Typickým příznakem je samotné zvětšení štítné žlázy (Češka et al., 2010). Z počátku je struma difuzní, měkká a bez subjektivních obtíží. Časem však dochází k růstu a vzniku uzlů, což může způsobovat jisté mechanické obtíže, jako je obstrukce dýchacích cest nebo jícnu. Během obstrukce dýchacích cest může docházet k nucení na kašel nebo až k samotnému kašli, dušnosti a někdy je přítomen i inspirační stridor (Souček et al., 2011) (hvízdavý až chraptlavý zvuk při nádechu) (Vokurka et al., 2009). Při obstrukci jícnu dochází nejčastěji k poruše polykání. Diagnostika strumy spočívá v rodinné anamnéze, fyzikálním vyšetření, zejména však pohledem a pohmatem, díky kterým zjistíme velikost a bolestivost štítné žlázy, fixaci k okolí či výskyt uzlů. Dále se může diagnostika opírat o laboratorní vyšetření TSH (thyreotropin), fT3 (volný trijodthyronin) a fT4 (volný thyroxin), které se provádí z důvodu vyloučení poruchy funkce štítné žlázy (Souček et al., 2011). Někdy se provádějí i zobrazovací vyšetření, jako je USG, scintigrafie, CT nebo i MR. U benigní eufunkční strumy není nutná jiná léčba než prozatímní sledování vývoje pomocí USG. Pokud se jedná o progresivní růst, který může následně utlačovat jugulární žíly nebo je zde nejistota biologické povahy až podezření na karcinom, je indikována chirurgická léčba. Ta se volí i v případě estetických důvodů či útlaku průdušnice a jícnu (Češka et al., 2010). Další možností léčby je terapie radiojódem, která má příznivé výsledky v léčbě zejména toxické nodulární strumy, jež způsobuje hyperfunkční zvětšení štítné žlázy (ŞAKI et al., 2015).

### **1.3 Záněty štítné žlázy**

Záněty štítné žlázy neboli tyreoiditidy postihují přibližně 3 % populace. Častěji jsou postiženy ženy ve středním a vyšším věku. Toto onemocnění vzniká na podkladě zevního ozáření, podáním dávky radiojódu či na podkladě různých infekcí, ať už bakteriálních, či virových (Mandincová, 2011). V souvislosti s bakteriální či virovou infekcí se rozlišují záněty na akutní, subakutní a chronické. Akutní tyreoiditida je velmi vzácná (Češka et al., 2010). Jedná se o hnisavý a velmi bolestivý zánět štítné žlázy (Stárka, 2010) vzniklý na podkladě bakteriální příčiny, který se dostane do organismu hematogenní cestou (Češka et al., 2010). V oblasti štítné žlázy se následně objevuje zduření, bolestivost a následně i celkové známky zánětu, jako je zvýšená teplota, zimnice a třesavka (Souček et al., 2011). Ve většině případů vzniká u akutní tyreoiditidy i absces (Stárka, 2010). Diagnostika spočívá ve fyzikálním vyšetření (zejména pohled a pohmat) a v laboratorním vyšetření (Češka et al., 2010), které v přítomnosti zánětu ukáže zvýšenou sedimentaci a vysoké CRP. Dále se může provést biopsie (Stárka, 2010), která se posílá na cytologii a

kultivaci. Pomocí ultrasonografie se zjišťuje přítomnost postižení štítné žlázy. Léčba je zejména antibiotická na základě výsledků kultivace. Při neúspěšné konzervativní léčbě je možná i chirurgická resekce postižené části nebo chirurgická drenáž (Češka et al., 2010).

Subakutní zánět štítné žlázy neboli subakutní tyreoiditida je známá také pod názvem de Quervainova tyreoiditida, granulomatózní či obrovskobuněčná tyreoiditida (Stárka, 2010). Toto onemocnění nejčastěji vzniká na podkladě virové etiologie. Onemocnění může, ale také nemusí souviset s virovým onemocněním horních cest dýchacích (Souček et al., 2011). Projevuje se místním zduřením a bolestivostí, která se vyšetřuje palpačně. Bolest může vystřelovat do oblasti čelisti a ucha (Češka et al., 2010). Dále jsou přítomny celkové projevy virové infekce, jako je únava, schvácenost a zvýšená teplota (Souček et al., 2011). Pokud dojde k postižení významných částí tkáně štítné žlázy, může se objevit i nervozita, pocení a bušení srdce. Základem diagnostiky je fyzikální a laboratorní vyšetření (Češka et al., 2010). Zjišťuje se zejména hladina CRP a sedimentace, která bývá u obou vyšetření zvýšená (Stárka, 2010). Mezi zobrazovací metody řadíme ultrasonografii. Léčba je farmakologická. Začíná se nesteroidními protizánětlivými léky a v případě neustupujících obtíží se nasazují glukokortikoidy. V případě přechodu do hypertyreózy se zahajuje léčba betablokátorů a u přechodu do hypotyreózy léčba preparáty tyroxinu (Češka et al., 2010).

Chronická tyreoiditida neboli chronický zánět štítné žlázy je autoimunitní onemocnění. Hlavní roli zde hraje genetická predispozice, konkrétně vazba na HLA-systém (Souček et al., 2011). Toto onemocnění je také známé pod názvem Hashimotova tyreoiditida či chronická lymfocytární tyreoiditida (Stárka, 2010). Dlouhou dobu probíhá asymptomaticky a k její diagnostice většinou dochází náhodně až ve chvíli, kdy je rozvinuta hypotyreóza, což se stává hlavním projevem onemocnění. Dalším příznakem může být i krátkodobá struma a bolestivost nebo naopak atrofizace či dokonce přestavba štítné žlázy. Mezi diagnostické vyšetření řadíme laboratorní vyšetření protilátek TgAb a TPOAb, které jsou zvýšené. Dalším vyšetřením je i ultrasonografie a vyšetření hormonů TSH a free-T4, kterými se zjišťuje, zda není porušena funkce štítné žlázy. Léčba probíhá v závislosti na diagnostice (Češka et al., 2010). V případě hypotyreózy probíhá léčba v kontrole funkce štítné žlázy a s tím související substituční terapií (Mandincová, 2011). Dále se v případě potvrzení chronické tyreoiditidy zahajuje substituční terapie tyroxinem, a to již při vzestupu TSH nad 4,5mIU/l (Češka et al., 2010).

## 1.4 Nádory štítné žlázy

Nádory štítné žlázy se dělí na maligní a benigní (Mandincová, 2011). Na jejich vzniku se podílí několik rizikových faktorů, jako je například nedostatek jódu, radioaktivní záření, autoimunitní onemocnění štítné žlázy, odstranění štítné žlázy jako součást léčby jiného onemocnění a také genetická dispozice (Hronovská, 2012). Benigní nádory, zejména toxický adenom, mohou být z funkčního hlediska jednou z příčin hypertyreózy. Maligní nádory neboli karcinomy jsou druhým nejčastějším nádorem endokrinních žláz. Obvykle se tyto nádory projevují vznikem uzlu na krku nebo nebolestivým zvětšením místních uzlin (Mandincová, 2011). Dle anatomické struktury se dělí karcinomy na diferencované a nediferencované (Hronovská, 2012).

Do diferencovaných karcinomů řadíme karcinomy papilární a folikulární, kdy jsou jejich buňky stimulované TSH (Češka et al., 2010) a stále mají schopnost vychytávat jód (Stárka, 2010). Léčba spočívá v totální tyreoidektomii a při postižení lymfatických uzlin i v odstranění metastáz. Dále následuje radioablace zbytků metastáz nebo štítné žlázy (Češka et al., 2010).

Dalším zástupcem zhoubných nádorů je nediferencovaný anaplastický karcinom (Češka et al., 2010), který se řadí do skupiny nejagresivnějších lidských nádorů. Tento typ nádoru škodí pacientovi hlavně svým lokálním růstem (Stárka, 2010). Léčba probíhá za pomoci chemoterapie a zevního ozáření. V případě, kdy jde o paliativní léčbu z důvodu uvolnění dýchacích a polykacích cest, se volí chirurgická léčba (Souček et al., 2011).

Stanovení správné diagnózy se opírá především o klinický obraz. Dále se pak provádí ultrasonografické vyšetření štítné žlázy, které však nedokáže dodat dostatečné informace o zhoubnosti daného útvaru. Pro zjištění zhoubnosti daného útvaru se používá tzv. FNAB s cytologickým vyšetřením, které rozliší jednotlivé typy karcinomů od sebe (Souček et al., 2011).

Po léčbě všech těchto nádorů se užívá tzv. supresní terapie. Jejím cílem je náhrada hormonů štítné žlázy, kdy je pacient uveden do mírné hypertyreózy tak, aby byly hodnoty TSH potlačeny pod 0,1 mIU/l. Dále se v rámci pooperační péče sledují hodnoty tyreoglobulinu, které se v případě recidivy budou zvyšovat (Češka et al., 2010).

## 1.5 Hypotyreóza

Hypotyreóza neboli snížená funkce štítné žlázy vzniká v důsledku nedostatečné produkce hormonů štítné žlázy. Častěji se tato nemoc vyskytuje u žen ve vyšším věku (Mandincová, 2011). Hypotyreóza může být buď vrozená, která vzniká nedostatečným zásobením matky jódem během těhotenství, nebo získaná, ke které dojde v průběhu života jedince (Jiskra, 2014). K získané formě dochází nejčastěji z důvodu chronické lymfocitární tyreoiditidy (Mandincová, 2011) - Hashimotovy tyreoiditidy. Toto onemocnění je autoimunitní a dochází při něm k ničení štítné žlázy, kdy je tělo přesvědčeno, že se jedná o něco, co je tělu „cizí“. Tento autoimunitní zánět tedy vede k poruše tvorby hormonů, čímž následně dochází ke snížené funkci štítné žlázy – hypotyreóze (Jiskra, 2014). Hypotyreóza je tedy onemocnění, které je vyvolané nízkou hladinou tyreoidních hormonů (Vörösová et al., 2011). Jedná se o soubor příznaků, který je touto sníženou sekrecí hormonů způsoben nebo je vyvolán nedostatečným působením těchto hormonů na tkáň (Češka et al., 2010). Štítná žláza se následkem nemoci může zvětšit, zůstat stejná nebo i naopak zmenšit, a tím pádem nemusí být při vyšetření hmatná (Jiskra, 2014).

Hypotyreóza má mnoho příčin. Lze je dělit na periferní, jež jsou vyvolány z poruchy funkce štítné žlázy, a na centrální, které bývají závislé na funkci hypothalamo-hypofyzární regulace (Stárka, 2010). Mezi periferní neboli primární příčiny řadíme chronickou lymfocitární tyreoiditidu, která je nejčastější. Dále do primárních příčin spadá stav po totální tyreoidektomii nebo terapii radiojódem, nedostatek či nadbytek jódu, stavy po léčích, novorozenecká hypotyreóza a další (Češka et al., 2010 a Jiskra, 2014). K méně častým příčinám patří sekundární (hypofyzární) příčiny, k nimž se vztahuje izolovaný nebo kombinovaný hypopituitarismus. Velmi vzácná je dysfunkce hypotalamu, která souvisí s terciálními příčinami. Těm společně se sekundárními přísluší název sekundární (centrální) příčiny (Češka et al., 2010).

Hypotyreózu doprovází celá řada nespecifických příznaků, které nejsou typické pouze pro toto onemocnění, ale může nastat i k asymptomatický průběh onemocnění (Češka et al., 2010). Příznaky přicházejí zpravidla pozvolna a jejich nástup je značně individuální (Souček et al., 2011). Projevují se v důsledku sníženého zásobení tkání hormony štítné žlázy, a tím pádem se příznaky objevují prakticky ve všech systémech (Kršek, 2011). Mezi celkové příznaky řadíme únavu a zimomřivost. Dále pak dochází ke

zpomalení metabolických pochodů a k mírnému vzestupu hmotnosti. Přítomna je také mírná hypercholesterolemie. U pacientů s již dříve přítomnou poruchou metabolismu lipoproteinů může v důsledku hypotyreózy vzniknout závažná hyperlipoproteinémie (Češka et al., 2010). Dalšími příznaky jsou chladná a suchá kůže, prosáknutí a otoky kůže a podkoží (Jiskra, 2014). Pokud k tomuto prosáknutí dojde v obličeji, následuje hypomimika a pacient má výraz tzv. oteklého eskymáka. Prosáknutí horních a dolních končetin se pak říká myxedém (Souček et al., 2011). Dále může následkem suché pokožky docházet i k tvorbě lupů. Vlasy bývají řídké (Vörösová et al., 2011) a suché, což má za následek i jejich vypadávání (Češka et al., 2010). Typické bývá i zpomalení reflexů, například RAŠ neboli prodloužený reflex Achillovy šlachy (Souček et al., 2011). U hypotyreózy dochází ke zpomalené přeměně karotenů na vitamin, což má za následek nažloutlé zabarvení kůže. Co se týká sexuality, u mužů se vyskytuje pokles libida a potence a u žen poruchy menstruačního cyklu (Jiskra, 2014). Typická je metroragie (Češka et al., 2010), což znamená krvácení z dělohy mimo menstruační cyklus (Vokurka et al., 2009). Pacienti s hypotyreózou mají sklon i k nechutenství a zácpě (Vörösová et al., 2011), která může vést až ke vzniku ileu (Češka et al., 2010). Hypotyreóza má vliv i na kardiovaskulární systém. Objevuje se snížená srdeční frekvence (Vörösová et al., 2011) a snížení srdečního výdeje. U těžké hypotyreózy se může objevit i perikardiální výpotek (Češka et al., 2010). V některých případech se mohou dostavit i příznaky typické pro selhávání srdce (Vörösová et al., 2011). Přítomna je i dyslipidémie a vzhledem k metabolickým změnám se zvyšuje riziko předčasného vzniku aterosklerózy. U těžké hypotyreózy se objevuje mělké a zpomalené dýchání. V extrémních případech může docházet až k respirační insuficienci. Hypotyreóza má vliv i na renální funkci, při níž se snižuje glomerulární filtrace a zhoršuje se schopnost odstraňovat přebytečnou vodu z těla ven. Některé příznaky mohou mít neurologický charakter, jako jsou například poruchy paměti, soustředěnosti a celkové zpomalení psychomotorického tempa, které může vést až k apatii či depresi (Češka et al., 2010). Pacienti často mohou na okolí působit dojmem, že jsou jak ve zpomaleném filmu (Vörösová et al., 2011). Přítomna je u těžší formy i svalová slabost až křeče či parestzie. Dále může být patrné zhrubnutí hlasu nebo chrapot. U těžké hypotyreózy dochází k anémiím, které vznikají z kombinovaných příčin. Přítomna je i dysfunkce trombocytů, která se projevuje zvýšenou krvácivostí (Češka et al., 2010).



### **1.5.1 Diagnostika hypotyreózy**

V první řadě se odebírá osobní a rodinná anamnéza. Zjišťují se stravovací návyky, kvalita spánku, cvičení a stres. Dále se zjišťují prodělané nemoci, očkování či rodinný výskyt nějaké endokrinologické nemoci. Důležitá je také informovanost o lécích, které pacient v současné době užívá (Vörösová et al., 2011).

Základním vyšetřením pro potvrzení hypotyreózy je laboratorní vyšetření, kdy se zjišťují sérové koncentrace TSH a free-T4 (Souček et al., 2011). Hodnoty TSH se pohybují v rozmezí 0,3-5 mIU/l a free-T4 9-22 pmol/l. Je zde rozdíl mezi centrální a periferní hypotyreózou, kdy u periferní dochází k poklesu koncentrací free-T4 a zvýšením TSH oproti centrální, kdy ke zvýšení TSH nedochází (Češka et al., 2010), ale naopak dochází ke snížení nebo žádné změně (Stárka, 2010). Je-li díky těmto testům podezření na periferní hypotyreózu díky těmto testům, potvrzuje se dále diagnóza za pomoci jednorázového vyšetření sérových protilátek proti tyreoglobulinu (TgAb) a tyreoidální peroxidáze (TPOAb), které potvrdí diagnózu svým zvýšením (Kršek, 2011). Pokud se jedná o nejasný případ, doplní se ještě vyšetření celkového (TT3) nebo volného trijodtyroninu (FT3 = free-T3), který bude mít u centrální hypotyreózy nižší hodnoty oproti normálu (Jiskra, 2014). K diagnostice hypotyreózy se používají i některé zobrazovací metody. Nejčastěji se jako první aplikuje ultrasonografie (USG), díky níž se zjišťuje velikost, stavba a zásobení štítné žlázy krví (Češka et al., 2010). Mezi další vyšetřovací metody u laboratorního obrazu centrální hypotyreózy patří i CT a MR hypothalamo-hypofyzární oblasti pro zjištění tumoru (Kršek, 2011). Tyto zobrazovací metody se využívají i u velkých strum, které zasahují až za hrudní kost (Češka et al., 2010).

### **1.5.2 Terapie hypotyreózy**

Léčba hypotyreózy spočívá v substituci hormonů pomocí preparátů, které obsahují T3 a T4 nebo pomocí kombinovaných preparátů (Češka et al., 2010). Tyto preparáty se do organismu dodávají ve formě tablet (Jiskra, 2014). Periferní i centrální hypotyreóza se téměř vždy léčí substitucí levothyroxinu (Kršek, 2011). Mezi zástupce patří Letrox nebo Euthyrox, které se dodávají do těla v celkové dávce 50-150 µg denně (Souček et al. 2011). Tato dávka je pouze orientační a na přesném dávkování závisí mnoho dalších faktorů. Jedním z nich je věk pacienta, kdy se mladším pacientům může podat skoro plná dávka, zatímco u starších a jinak nemocných pacientů musíme začínat od nejnižší dávky, která

se může postupně zvyšovat (Jiskra, 2014). Většinou se ale léčba zahajuje nižší dávkou, která se dle laboratorních výsledků dále upravuje (Souček et al., 2011) na základě výsledků hodnot TSH v krvi do té doby, dokud nejsou cílové hodnoty v zóně normy (Jiskra, 2014). V této substituční terapii hormony je velmi důležité dodržovat zásady dávkování (Češka et al., 2010). Léky by se měly užívat jedenkrát denně ráno minimálně 20 (Kršek, 2011) až 30 minut před snídaní a ostatními léky, neboť hrozí snížená resorpce. Tyroxin lze však alternativně užívat i na noc, a to alespoň 4 hodiny po posledním jídle (Jiskra, 2014).

V případě substituce těchto hormonů je důležité, aby se pacienti vyvarovali potravinám a lékům obsahující železo a lékům snižujícím žaludeční kyselost, které by snižovaly resorpci. Kontrola TSH a úprava dávkování se provádí po 4-6 týdnech, protože se dříve, než za tuto dobu sérová hodnota TSH v krvi neprojeví (Jiskra, 2014).

### **1.5.3 Prognóza hypotyreózy**

Prognóza hypotyreózy je při včasném rozpoznání a následné substituční terapii, která postupně upraví klinické příznaky, příznivá (Češka et al., 2010). Však v případě neléčené hypotyreózy by mohlo dojít k progresi příznaků až k život ohrožujícímu myxedémovému kómatu, které by mohlo následně vyústit ve smrt (Kršek, 2011).

### **1.5.4 Myxedémové kóma**

Jedná se o velmi těžký, život ohrožující stav, kdy je zapotřebí intenzivní péče (Češka et al., 2010). Tento stav vzniká kvůli kritickému nedostatku tyreoidálních hormonů, k němuž dochází u pacientů s neléčenou nebo nedostatečně léčenou hypotyreózou (Souček et al., 2011). Je charakteristický vystupňovanými příznaky hypotyreózy. Příčinou může být hypotermie pacienta (Ševčík et al., 2014), nežádoucí reakce na různé léky, například hypnotika či sedativa, alkohol a například i operace (Souček et al., 2011). Klinický obraz se projevuje slabostí, letargií a může vyústit až v kóma. Pacient může mít hypoglykémii, mělké dýchání a sníženou teplotu (Češka et al., 2010). Dále je přítomna bradykardie, otoky dolních končetin a víček, hypotenze a další příznaky typické pro hypotyreózu (Ševčík et al., 2014). Diagnostika se určuje pomocí klinických projevů a laboratorního vyšetření, které poukáže na zvýšenou hladinu TSH (Souček et al., 2011) a velmi nízké koncentrace free-T4, nízkou hladinu glykémie nebo také i hypercholesterolémií. Pacienti jsou léčeni na jednotce intenzivní péče, kde jsou monitorovány jejich životní funkce. Probíhá zde i kontrola respiračních funkcí, kvůli možnému selhávání, a případně je

pacient převeden na umělou plicní ventilaci (Češka et al., 2010). Pacient je postupně zahříván a hydratován (Ševčík et al., 2014) a jsou mu podávány vysoké počáteční dávky levotyroxinu (Souček et al., 2011). Léky se podávají převážně intravenózně nebo rozdrcené pomocí nasogastrické sondy. Dále se parenterálně podávají i vysoké dávky hydrokortizonu, kvůli možné adrenokortikální insuficienci (Češka et al., 2010). Prognóza je v tomto případě nejistá. Myxedémové kóma je život ohrožující stav, který má vysokou mortalitu (Kršek, 2011).

## **1.6 Hypertyreóza**

Hypertyreóza neboli zvýšená funkce štítné žlázy je charakteristická nadprodukcí hormonů štítné žlázy, které působí na tkáň organismu (Češka et al., 2010). Toto onemocnění se dělí na 2 formy, které jsou rozděleny dle příčin vzniku. První formu tvoří primární (periferní) příčiny (Souček et al., 2011), mezi něž patří toxická polynodózní struma (Češka et al., 2010) nebo toxický adenom (Slezáková et al., 2010). Ty se objevují u strašících osob a projevují se uzly na štítné žláze (Jiskra, 2014). Nejčastější periferní příčina je však Gravesova-Basedowova choroba (Češka et al., 2010), s níž se nejvíce potýkají mladí lidé (Jiskra, 2014). Tato choroba je autoimunitní a produkuje povzbuzující protilátky proti TSH čidlu. Dalšími příčinami mohou být tyreoiditidy, folikulární karcinom, jódbasedow (hypertyreóza vyvolána podáním většího množství jódu), thyreotoxicosis factitia (hypertyreóza vyvolána zvýšeným příjmem hormonů) (Vokurka et al., 2009, Češka et al., 2010) a další. Druhou formu tvoří centrální (sekundární) příčiny, u kterých dochází k poškození hypofýzy (Souček et al., 2011). Do této skupiny se řadí adenom hypofýzy, který produkuje TSH, a hypofyzární rezistence na hormony štítné žlázy (Jiskra, 2014).

Hypertyreóza se projevuje v různých systémech. Dochází při ní ke zrychlení motility střev, čímž se vyskytuje i častější vyprazdňování, které může vyústit až v průjem. Typické je hubnutí. V těžších případech může dojít následkem průjmů nebo nauzey a zvracení až k anorexii (Češka et al., 2010). Pouze ve vzácných případech se objevuje vzestup váhy, jenž je způsoben pocitem hladu, které mohou přejít až v tzv. „vlčí hlad“ (Jiskra, 2014). Dále se objevuje snížená tolerance tepla, a proto dochází ke zvýšenému pocení (Kršek, 2011). Kůže bývá teplá a jemná (Vörösová et al., 2011). Vlasy a nehty jsou nekvalitní, vlasy řádnou a vypadávají. Také jsou přítomny poruchy potence u mužů (Jiskra, 2014) a menstruačního cyklu u žen, kdy je časté velmi slabé nebo krátké krvácení

během menstruace (hypomenorea) a dále i porucha rytmu menstruace, kdy krvácení přichází v delších intervalech než 31 dnů (oligoamenorea) (Vokurka et al., 2009, Češka et al., 2010). Viditelný je také klidový třes na prstech rukou a očních víčkách. Dochází ke zrychlenému psychomotorickému tempu (Češka et al., 2010), neklidu, nespavosti a nervozitě (Vörösová et al., 2011). Může připomínat až obraz manické poruchy. Pacienti bývají často snadno unavitelní a pociťují svalovou slabost. Typická bývá i zrychlená srdeční činnost (Češka et al., 2010), která nastává i během spánku (Vörösová et al., 2011), bušení srdce a srdeční arytmie (Jiskra, 2014), nejčastěji však fibrilace síní (Perušičová, 2014). K tomu se někdy může přidat i zrychlené dýchání či pocity dušnosti, jež mohou vznikat spíše z kombinace několika příčin. Při hypertyreóze dochází po delší době ke zvýšení kostního vstřebávání, jejímž důsledkem je osteopenie (Češka et al., 2010) či osteoporóza (Souček et al., 2011). Hlas u pacientů s těžší hypertyreózou bývá zvýšený a chvěje se, čemuž se říká tremolo. Dále bývá diagnostikován Dalrymplův příznak, kdy se horní víčko zkracuje, Kocherův příznak, což znamená zírání či upřený pohled (Češka et al., 2010), a Graefeho příznak, kdy při pohledu dolů horní víčko zaostává a je viditelná skléra (Kršek, 2011). Pacienti mohou mít i pocit cizího předmětu v oku a může být odhalena i světloplachost (Vörösová et al., 2011).

### **1.6.1 Diagnostika hypertyreózy**

Při příchodu pacienta se v první řadě odebírá osobní a rodinná anamnéza. Zjišťují se prodělané nemoci, očkování, současná medikace či genetická dědičnost nějakého endokrinologického onemocnění. Dále se zjišťují i stravovací návyky pacienta, jeho tělesná aktivita, kvalita spánku či stres (Vörösová et al., 2011).

Základním vyšetřením při podezření na hypertyreózu je laboratorní vyšetření, kdy se zjišťují sérové koncentrace free-T4 a TSH (Češka et al., 2010). Pokud je TSH normální, lze periferní hypertyreózu vyloučit. Pokud je ale TSH snižené, doplňuje se i vyšetření free-T4 (Jiskra, 2014), které bude při potvrzení periferní hypertyreózy zvýšené. U centrální hypertyreózy jsou hodnoty free-T4 zvýšené a TSH normální nebo zvýšené. V případě, kdy je podezření na tzv. T3 tyreotoxikózu, vyšetřuje se i sérová koncentrace free-T3. V tomto případě dochází k chorobné produkci hormonu T3 více než T4. T3 tyreotoxikóza je nejčastěji spojena s toxickým adenomem a je relativně vzácná. Pokud je podezření na autoimunitní původ tyreotoxikózy (Gravesovu-Basedowovu chorobu), doplňuje se vyšetření ještě o koncentrace TSAb (Češka et al., 2010). Základní

zobrazovací metodou je ultrasonografie. Dále se vyšetření může doplnit o izotopové vyšetření neboli scintigrafii, která se volí v případě nálezu uzlů či při podezření na toxickou polynodózní strumu a toxický adenom (Kršek, 2011, Češka et al., 2010). Toto vyšetření by mělo být nejlépe prováděno ještě před zaléčením pacienta tyreostatiky v období hypertyreózy. Mezi ostatní zobrazovací metody se řadí CT, MR a scintigrafie s radioaktivním jódem, které se používají spíše ve zvláštních případech jako je například retrosternální struma (Češka et al., 2010).

## **1.6.2 Terapie hypertyreózy**

Terapie hypertyreózy spočívá ve farmakologické, ale i v chirurgické terapii nebo v léčbě pomocí radioaktivního jódu (Češka et al., 2010). Částečně se léčba hypertyreózy liší i dle příčiny a o jejím průběhu rozhoduje endokrinolog (Jiskra, 2014).

### *1.6.2.1 Farmakologická terapie*

Základem farmakologické léčby jsou léky zvané tyreostatika, které snižují funkci štítné žlázy tím, že blokují oxidaci jódu (Kršek, 2011). K dispozici jsou látky propylthiouracil a methimazol (Češka et al., 2010) neboli thiamazol (Jiskra, 2014), jehož zástupce tvoří Thyrozol tbl. a Favistan amp. (Češka et al., 2010). Tyreostatika jsou používána jako počáteční léčba k úpravě funkce štítné žlázy, než se nasadí konečná léčba (Souček et al., 2011). Počáteční dávka tyreostatik se volí dle vážnosti a příznaků tyreotoxikózy. Perorální dávka se pohybuje v rozmezí 10-80 mg methimazolu denně (Češka et al., 2010). Pokud je pacient na thiamazol alergický nebo je to žena ve třetím trimestru těhotenství, podává se propylthiouracil. Ten má však více nežádoucích účinků, mezi které významně patří poškození jater (Jiskra, 2014). Podává se v denní dávce v rozmezí 150-800 mg (Češka et al., 2010). Po 4-6 týdnech by mělo dojít k úpravě štítné žlázy, kdy se štítná žláza postupně normalizuje do eufunkčního stavu (Souček et al., 2011). Během podávání tyreostatik se mohou vyskytovat i jisté nežádoucí účinky, do nichž se běžně zařazuje erytém obličeje, zvýšená teplota, bolest ramenního kloubu a svědění. Během této terapie se mohou objevovat i život ohrožující nežádoucí účinky, jako jsou hepatopatie a agranulocytóza. Léčení pacienti jsou edukováni, aby sledovali možné nežádoucí účinky a v případě jejich projevení vyhledali lékaře (Češka et al., 2010). U většiny pacientů jsou z počátku indikovány i léky zvané betablokátoři (Souček et al., 2011), které potlačují jisté subjektivní příznaky. Jde zejména o tlumení palpitace a úpravu srdeční frekvence (Češka et al., 2010).

### *1.6.2.2 Chirurgická terapie*

Nejčastější definitivní metodou léčby se u nás v rámci chirurgické léčby volí tyreoidektomie. Totální tyreoidektomie se volí v případě, kdy se jedná o toxickou polynodózní strumu či o Gravesovu-Basedowovu chorobu spojenou s klinicky významnou orbitopatií. Další metodou chirurgické terapie je lobektomie s odstraněním postiženého laloku, která se volí u pacientů s toxickým adenomem (Češka et al., 2010). V rámci této terapie jsou s tyreoidektomií spojeny i jistá pooperační rizika. Mezi tyto rizika patří například poranění nervus laryngeus recurrens (Slezáková et al., 2010) nebo pooperační hypoparatyreóza (Astl, 2013), které se na zkušených pracovištích objevují zcela ojediněle (Češka et al., 2010). K dalším se vztahuje i hypokalcémie, dyfonie a pooperační hematoma. Tyto komplikace jsou však spíše dočasněho charakteru (Frank et al., 2020).

### *1.6.2.3 Terapie radioaktivním jódem*

Terapie radiojódem se využívá jako možnost léčby u pacientů s hypertyreózou (Toft, 2019). U nás se však upřednostňuje u pacientů s vysokým rizikem chirurgického výkonu. Jednorázová aplikace přesně vypočítané příslušné dávky radioaktivního jódu postačí u většiny pacientů, avšak u ostatních je zapotřebí aplikace v několika dávkách. Po 2-6 měsících po aplikaci dochází k normalizaci. Do té doby je ale zapotřebí kontrolovat funkci štítné žlázy medikamentózně, a i později pacienty sledovat v pravidelných intervalech kvůli možnosti pozdního rozvoje hypertyreózy (Češka et al., 2010).

## **1.6.3 Prognóza hypertyreózy**

Prognóza závisí na formě a příčině hypertyreózy. U Gravesovy-Basedowovy choroby často dochází k opakování relapsů a remisí, kterou může komplikovat přítomnost endokrinní orbitopatie. V případě neléčené hypertyreózy by se jednalo o život ohrožující onemocnění, jež by mohlo způsobovat i různé komorbidity, například kardiologické (Češka et al., 2010). Pokud se však jedná o léčenou hypertyreózu, je prognóza příznivá (Souček et al., 2011).

#### **1.6.4 Tyreotoxická krize**

Jedná se o těžký, život ohrožující stav, kdy dochází k vystupňování příznaků hypertyreózy (Češka et al., 2010). Tento akutní stav je zapříčiněn vysokou hladinou thyroideálních hormonů (Ševčík et al., 2014). Obvykle nastává v případě neléčené hypertyreózy nebo u těžších forem hypertyreózy. Příčinou tohoto stavu může být jakýkoliv chirurgický výkon, jiné onemocnění, například diabetes mellitus, různá traumata nebo terapie radiojódem (Češka et al., 2010). Klinický obraz je charakterizovaný nervozitou, silným pocením (Vörösová et al., 2011) a vysokou horečkou, nevolností až zvracením či průjmy, což může mít za následek až dehydrataci (Ševčík et al., 2014). Typická je i náhlá dušnost a tachykardie. Často bývá přítomna i fibrilace síní. Pacienti mohou mít i kvantitativní poruchy vědomí jako jsou sopor či kóma (Vörösová et al., 2011). Diagnostika se určí, dle již zmíněných klinických projevů a dle laboratorních výsledků, které se obvykle významně neliší od běžných laboratorních výsledků hypertyreózy (Češka et al., 2010). Dále mohou být přítomny i jiné nespecifické laboratorní odchylky, jako je například hyperglykémie, hypokalémie, nízká hladina cholesterolu, leukocytóza a mohou se vyskytovat i vyšší hladiny aminotransferáz (Ševčík et al., 2014). Léčba probíhá na jednotce intenzivní péče, kde se monitorují vitální funkce a acidobazická rovnováha (Češka et al., 2010). Podávají se tyreostatika v dávkách 40-80 mg intravenózně, nebo perorálně nadrcené či za pomoci nazogastrické sondy (Souček et al., 2011) a v některých případech se dají podávat i rektálně (Češka et al., 2010). Léčba probíhá také pomocí betablokátorů a kortikoidů. U srdečního selhání a arytmií je zapotřebí antikouagulační léčba. Febrilie se řeší podáváním paracetamolu a fyzikálním chlazením. Podávají se rovněž širokospektrá antibiotika, sedativa a nutná je i rehydratace pacienta (Souček et al., 2011). Prognóza je nejistá, jedná se o život ohrožující stav (Kršek, 2011).

### **1.7 Specifické potřeby**

#### **1.7.1 Vymezení pojmu**

Termín potřeba lze definovat jako stav nějakého nedostatku či nadbytku něčeho, co jednotlivce odchyľuje od jeho životního optima (Zacharová, 2017). Dále by se dala potřeba definovat jako něco, co je pro člověka a organismus nezbytné a užitečné (Tóthová et al., 2014). Dokud není daná potřeba uspokojena, povzbuzuje jedince vykonávat takovou činnost, která slouží k jejímu uspokojení (Zacharová, 2017). Uspokojování

potřeb velmi úzce souvisí i se zachováním a kvalitou života jedince (Šamánková et al., 2011). Dalo by se říct, že toto neustálé uspokojování různých potřeb je vlastně náplní života člověka (Zacharová et al., 2011).

Potřeby se rozlišují na primární a sekundární (Plevová et al., 2011). Uspokojování primárních potřeb je pro jedince nezbytné k životu. V případě, že jsou primární potřeby uspokojeny, mohou se začít uspokojovat sekundární potřeby, které jsou pro každého jedince individuální a uspokojením těchto potřeb se stává život jedince příjemnějším (Zacharová, 2017). V případě, kdy dojde k neuspokojení některé z potřeb, můžou u jedince nastat některé psychické či somatické potíže, například neklid či poruchy spánku a vyprazdňování. Tyto potíže se mohou dále stupňovat a postupně vyústit ve stres, distres, pocit frustrace, deprivace až deprese. Jedinec pocíťuje vztek nebo zklamání z neuspokojení potřeb a vyjadřuje ho agresí, která může být namířena na okolí i na sebe samého (Šamánková et al., 2011). Z hlediska kvality a kvantity se i některé z potřeb jedince v průběhu života mění (Trachtová et al., 2013). Každý jedinec své potřeby uspokojuje jiným způsobem. Tento způsob uspokojování může probíhat buď žádoucím, nebo nežádoucím způsobem (Tóthová et al., 2014). Žádoucím způsobem uspokojování se myslí takové uspokojování potřeb, které neškodí jedinci ani jeho okolí a dosahování uspokojení dané potřeby probíhá v mezích zákona. Uspokojování nežádoucím způsobem znamená, že jedinec k dosažení uspokojení některé potřeby uškodil některé osobě, porušil zákon nebo se choval v rozporu se socio-kulturními hodnotami (Trachtová et al., 2013).

Při uspokojování potřeb se objevují jisté bariéry. Bývají jiné u jedinců, kteří jsou zdraví, a jiné u jedinců, u nichž je přítomna nějaká choroba. Mezi tyto bariéry patří osobní (pocit nedůvěry), psychická (sympatie či antipatie), jazyková (volení nevhodných a nesrozumitelných slov), fyziologická bariéra (tělesný diskomfort), bariéra z prostředí (nemocniční prostředí) a neporozumění sdělovanému. Všechny tyto bariéry mohou narušovat uspokojování potřeb, a tím pádem i spokojenost jedince (Šamánková et al., 2011).

### **1.7.2 Motivace pro naplnění potřeb**

Motivace je vnitřní psychický proces, který vychází z nějaké potřeby. Jde o hybnou sílu, která podněcuje jedince k určitému chování a jednání. Tato síla je spolu se schopností jedince překonávat překážky při uspokojování potřeb velmi důležitá. Mezi motivací a silou a odvahou při naplňování potřeb je přímá úměrnost (Šamánková et al.,



2011). Motivace se při uspokojování lidských potřeb může dělit na vědomou a nevědomou. Při uspokojování potřeb mohou tyto dva druhy působit odděleně, ale mohou se i kombinovat a společně se na něm podílet (Trachtová et al., 2013). V závislosti na motivaci vznikají motivy, které jsou příčinami chování jedince, jejichž cílem je dosažení dané potřeby (Plevová et al., 2011). S motivací souvisí tzv. motivační napětí. To vzniká z potřeb neboli z organismu jedince jako reakce na nějaký nedostatek. Potřeby jedince a s nimi i motivace závisí na socio-kulturních vlivech prostředí, ve kterém jedince žije. U příslušníků jiných zemí a kultur jsou jiné sociální a kulturní potřeby, avšak biologické potřeby jsou všem stejné, liší se pouze jejich způsob uspokojování. Na tom se dále podílí i způsob výchovy a hierarchie hodnot. (Trachtová et al., 2013).

### **1.7.3 Maslowova hierarchická teorie potřeb**

Tuto hierarchickou teorii potřeb uvedl v roce 1943 americký psycholog Abraham Maslow, který je toho názoru, že hierarchická konstrukce je vytvořena na základě dvou hlavních skupin potřeb. Jedna skupina představuje odstranění určitého nedostatku a druhá dosažení bytí (Šamánková et al., 2011). Jeho hierarchie potřeb zdůrazňuje propojení psychologie a filozofie. Hierarchicky uspořádaný systém motivů je pro každého jedince individuální a seřazen dle naléhavosti, neboť určité motivy jsou pro daného jedince silnější a důležitější než ostatní. Potřeby se dělí na nižší a vyšší, kdy předpokladem k uspokojení vyšších potřeb je uspokojení nižších potřeb (Trachtová et al., 2013). Tuto hierarchii potřeb představuje jakási pyramida potřeb, kde jsou potřeby seřazeny dle důležitosti (Šamánková et al., 2011). Základním stavebním kamenem jsou fyziologické potřeby (Mastiliaková, 2014), které vyjadřují potřeby organismu. Do této skupiny patří například potřeba spánku nebo potřeba vyprazdňování. Pokud jsou tyto potřeby narušeny, ovlivňuje to celkové chování a jednání jedince (Trachtová et al., 2013). Jestliže jsou uspokojeny fyziologické potřeby, nastupují potřeby bezpečí a jistoty (Šamánková et al., 2011). V této skupině potřeb se jedinec snaží vyvarovat ohrožení, strachu a úzkosti a dosáhnout spolehlivosti a důvěry (Trachtová et al., 2013). Třetí skupinu představují potřeby lásky, přijetí a sounáležitosti (Šamánková et al., 2011), kdy má jedinec potřebu být milován a milovat, nebýt osamocen, pocíťovat náklonnost a sounáležitost (Trachtová et al., 2013). Dalšími potřebami jsou potřeby úcty a uznání (Šamánková et al., 2011), kdy má jedinec potřebu být uznáván či pochválen za určitý výkon, potřebu respektu, důvěry a získání prestiže v určité sociální skupině (Trachtová et al., 2013). Na samém vrcholu

pyramidy jsou potřeby seberealizace (Mastiliaková, 2014), kdy má jedinec potřebu realizovat sám sebe, své schopnosti a tendence (Trachtová et al., 2013).

#### **1.7.4 Specifické potřeby**

Co se týká specifických potřeb, sestra by měla pomáhat pacientům uspokojovat jejich aktuální potřeby, a z toho důvodu dosahovat i jejich maximální tělesné, psychické i sociální pohody. V tomto ohledu je výhodou pro sestru ošetrovatelský proces, díky kterému zná sestra pacienta lépe, a tím pádem i snáze chápe jeho chování i příčiny jeho chování (Kudlová, 2016).

##### *1.7.4.1 Specifické potřeby u pacientů s hypotyreózou*

Pacienti s hypotyreózou by měli být uloženi na pokoji co neblíže zdroji tepla a co nejdále od okna. Pacienti často trpí zimomřivostí, proto by se mělo dbát zejména na teplé oblečení, případně by sestra poskytla přikrývku navíc (Vörösová et al., 2011). Pacienti s hypotyreózou bývají často velmi unavení (Češka et al., 2010), a tak by se sestra měla snažit zajistit co nejvhodnější prostředí pro spánek. Prostor a práce sester, které je spojené s brzkým ranním buzením, a celkový harmonogram nemocnice často narušují kvalitu spánku (Trachtová et al., 2013). Dále by se sestra u pacientů s hypotyreózou měla zaměřit na příjem potravy, neboť pacienti často trpí zvýšeným sklonem k obezitě nebo také nechutenstvím (Češka et al., 2010). Pacienti také mnohdy trpí zácpou, která vzniká nedostatečným příjmem tekutin, nevhodnou dietou či nepravidelnými stravovacími návyky. Tudíž by sestra měla dbát na energeticky vyváženou stravu v klidném prostředí, s dostatkem času a s dostatečným množstvím tekutin za den (Trachtová et al., 2013). V případě obezity by pacienti měli ve stravě omezit cukry a tuky, popřípadě i nasadit redukční či diabetickou dietu (Vörösová et al., 2011). Je důležité, aby sestra frekvenci stolice sledovala a pravidelně zaznamenávala (Trachtová et al., 2013). Dále pacienti trpí zhoršenou svalovou výkonností (Češka et al., 2010). Sestra by pro pacienta měla zajistit bezpečný doprovod na různá vyšetření, případně zajistit vozík či přesun pacienta na vyšetření na lůžku. Velmi důležité je sledovat příznaky hypotyreózy a jejich změny hlásit ihned lékaři, kvůli možnosti vzniku myxedémového kómatu. Velkou pozornost by sestra měla věnovat péči o kůži, kdy je dobré kůži promašťovat různými hydratačními krémy a v případě ragád ošetřit kůži dle ordinace lékaře. Pacienti mívají zpomalené myšlenkové pochody, sestra musí tedy pacientovi podávat informace jasně, stručně a srozumitelně. Také může některé podstatné informace i několikrát zopakovat pro lepší zapamatování.

Důležité je především pravidelné podávání léků dle ordinace lékaře, kontrola jejich účinků a vedlejších projevů, jako je například bušení srdce nebo průjem. Sestra by dále měla zjistit informovanost pacienta a jeho nejbližších o dané chorobě a případně je edukovat. Hlavní podstatou edukace je pravidelnost v užívání léků dle ordinace lékaře (Vörösová et al., 2011).

#### *1.7.4.2 Specifické potřeby u pacientů s hypertyreózou*

Pacient by měl být na pokoji uložen co nejbližže oknu, aby mohl často větrat. V pokoji by měla být zajištěna optimální vlhkost, neboť při zvýšené vlhkosti se u pacienta projevuje nesnášenlivost tepla. Pokud nejsou pacienti na pokoji sami, musí se informovat ostatní spolupacienti o labilitě a neurotických projevech hypertonií jako prevence různých sporů. Pacienti s hypertyreózou mají sníženou svalovou činnost, proto je důležité, aby sestra zajistila doprovod pacienta na vyšetření, event. vozík či přesun pacienta na vyšetření na lůžku (Vörösová et al., 2011). Při hypertyreóze často dochází ke zvýšenému pocení, avšak bez horeček (Trachtová et al., 2013). Z tohoto důvodu by pacienti měli být informováni o důkladnější a častější hygieně, nejlépe sprchování vlažnou vodou. Vzhledem k častějšímu vyprazdňování stolice by sestra měla pacienta edukovat o dostatečném pitném režimu, který by měl činit přibližně 3 l/24 hod. (Vörösová et al., 2011). Dále jsou s problematikou vyprazdňování spojeny i změny na kůži v oblasti análního otvoru, které by se mohly rozšířit až na oblast hráze a hýždí. Je důležité, aby sestra i pacient těmto oblastem věnovali zvláštní pozornost. Sestra by dále měla sledovat počet stolic za den, jejich kvalitu a pravidelně je zaznamenávat (Trachtová et al., 2013). Dále by pacienti měli zcela vyloučit energetické nápoje a černou kávu, a naopak zvýšit konzumaci bílkovin a vitamínů A, C a skupiny B. Je nutné, aby sestra sledovala fyziologické funkce, EKG a při zhoršení stavu či zhoršení subjektivních příznaků informovala lékaře. Předepsané léky musí sestra podávat v pravidelných intervalech a dle ordinace lékaře a sledovat možné nežádoucí účinky či vedlejší projevy (Vörösová et al., 2011). Musí pravidelně kontrolovat krevní obraz pacienta, pro možný vznik agranulocytózy, která by u tyreostatické léčby mohla nastat (Češka et al., 2010). Sestra by dále měla zjistit informovanost pacienta a jeho rodiny o dané chorobě a případně ho edukovat či vytvořit individuální edukační plán (Vörösová et al., 2011).

## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

K této práci byl stanoven tento cíl:

Cíl 1: Zmapovat potřeby pacientů s onemocněním štítné žlázy.

### **2.2 Výzkumné otázky**

V souvislosti s cílem byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Otázka č. 1: Jaké potřeby mají pacienti s hypofunkcí štítné žlázy?

Otázka č. 2: Jaké potřeby mají pacienti s hyperfunkcí štítné žlázy?

## **3 OPERACIONALIZACE POJMŮ**

### **3.1 Hypotyreóza**

Hypotyreóza je snížená funkce štítné žlázy. Toto onemocnění je vyvolané nízkou hladinou tyreoidních hormonů (Vörösová et al., 2011). Jedná se o soubor příznaků, který je touto sníženou sekrecí hormonů způsoben nebo je vyvolán nedostatečným působením těchto hormonů na tkáň (Češka et al., 2010).

### **3.2 Hypertyreóza**

Hypertyreóza představuje zvýšenou funkci štítné žlázy, která je charakteristická zvýšenou koncentrací hormonů v krevním oběhu (Češka et al., 2010).

### **3.3 Potřeba**

Potřebu lze definovat jako stav nějakého nedostatku či nadbytku něčeho, co jednotlivce odchyluje od jeho životního optima. Dokud není daná potřeba uspokojena, povzbuzuje jedince vykonávat takovou činnost, která slouží k jejímu uspokojení (Zacharová, 2017).

### **3.4 Pacient**

Pacient je fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby (Zákon č. 372/2011 Sb.).

### **3.5 Sestra/všeobecná sestra**

Všeobecná sestra je fyzická osoba, která vykonává činnosti dle této vyhlášky a zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

## 4 METODIKA VÝZKUMU

### 4.1 Výzkumné šetření

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část je psána pomocí dostupných tištěných nebo elektronických zdrojů ať už českého, či zahraničního původu. V empirické části se práce zaměřuje na výzkumné šetření a výsledky výzkumu. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu, která pro svůj výsledek nepotřebuje statistické údaje a umožní tazateli zkoumat daný problém více do hloubky.

Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, který byl použit při komunikaci s probandy trpícími onemocněním štítné žlázy, konkrétně s hypotyreózou a hypertyreózou. Tento typ rozhovoru obsahuje seznam otázek, které se mohou případně vynechat nebo naopak i doplnit a různě upravovat dle dané situace a konkrétní odpovědi.

Rozhovor byl sestaven z 28 otázek (viz příloha č. 1), které byly tvořeny tak, aby umožnily dosáhnout stanoveného cíle práce a zodpověděly výzkumné otázky. Otázky z rozhovoru byly následně rozděleny na 3 kategorie a několik podkategorií, které pomohly při zpracování dat (viz tabulka č. 1). Probandi byli před rozhovorem informováni o jeho anonymitě a o počtu otázek i délce rozhovoru. První kategorie se zaměřuje na základní informace o probandovi a skládá se ze 4 podkategorií, které zjišťují věk, začátek nemoci, zaměstnání či studium a jiná onemocnění. Druhá kategorie se už blíže dotazuje na samostatné onemocnění a v podkategoriích se řeší informace o nemoci, projev onemocnění a léčbu. Poslední neboli třetí kategorie se věnuje konkrétním potřebám a omezením, které nemoc probandům způsobila. Podkategorie jsou rozděleny na fyzické, psychické či emocionální a sociální potřeby. Poslední otázka rozhovoru je vytvořena z důvodu doplnění některých informací probandem, na které se tazatel nezeptal a proband by je rád zmínil. Otázky v rozhovoru byly tvořeny z poznatků z použité literatury v teoretické části. U některých probandů byly určité otázky vynechány, neboť na ně odpověděli v předešlých otázkách či se jich vůbec netýkaly. Po domluvě s probandy byly veškeré rozhovory zaznamenávány písemným záznamem a následně přepsány do elektronické podoby v Microsoft Word programu. Během rozhovoru byli někteří probandi více otevření, tudíž odpovídali rozsáhleji a někteří byli naopak méně otevření a jejich odpovědi byly tedy daleko stručnější. Sběr dat se pohyboval v rozmezí třiceti minut

až hodiny a půl dle rozsáhlosti probandových odpovědí. Výzkum probíhal v měsíci červnu a byl zpracován pomocí techniky otevřeného kódování a metodou tužka a papír.

## 4.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 10 osob s onemocněním štítné žlázy, konkrétně 5 s hypotyreózou (viz tabulka č. 2) a 5 s hypertyreózou (viz tabulka č. 3). Výběr těchto probandů byl záměrný a všichni byli členové jedné endokrinologické ambulance. Ve výzkumném souboru jsou zastoupeny převážně ženy a pouze 2 muži, kteří se po jednom objevují v obou skupinách. Probandi se pohybují ve věkové kategorii od 14 do 57 let. Nejčastější věkové obsazení kolísá mezi 20. a 30. rokem života. U dvou bylo onemocnění diagnostikováno v útlém věku mezi 4-7. rokem. U dalších šesti došlo k diagnostice v období dospívání a rané dospělosti. A u zbylých dvou se dospělo k diagnostice až ve střední dospělosti. Všichni probandi odpovídali sami až na jednoho, konkrétně jednu dívku ve věku 14 let, která trpí onemocněním od 4 let a nebyla by schopna na všechny otázky sama zodpovědět. Z tohoto důvodu byla u rozhovoru přítomna i matka, která odpovědi případně doplnila.

*Tabulka č. 1 Seznam kategorií*

Kategorie	Podkategorie	Otázky
<b>Základní informace</b>	Věk	Otázka č.1
	Začátek nemoci	Otázka č.2
	Zaměstnání/studium	Otázka č.3
	Jiná onemocnění	Otázka č.4
<b>Samostatné</b>	Informace o nemoci	Otázky č.5-8
<b>Onemocnění</b>	Projev onemocnění	Otázka č.9
	Léčba	Otázky č.10-14
<b>Potřeby a omezení</b>	Fyzické	Otázky č.15-21
	Psychické	Otázky č.22-24
	Sociální	Otázky č.25, 26
	Doplňující otázka	Otázky č.27, 28

(Zdroj: vlastní)

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 5.1 Identifikační údaje probandů

*Tabulka č. 2 Identifikační údaje probandů s hypotyreózou*

Označení	Věk	Pohlaví	Nemoc	Ostatní onemocnění	Zahájení léčby	Zaměstnání/studium
<b>R1</b>	21	Muž	Hypotyreóza	Alergie (prach, pyl)	Od 18	Student
<b>R2</b>	29	Žena	Hypotyreóza	Žádné	Od 22	Obchodní zástupce
<b>R3</b>	30	Žena	Hypotyreóza	Polycystický vaječník, endometrióza,	Od 15	Operátorka Callcentra
<b>R4</b>	48	Žena	Hypotyreóza	Žádné	Od 40	Sekretářka
<b>R5</b>	14	Žena	Hypotyreóza	Žádné	Od 4	Student

(zdroj: vlastní šetření)

Tabulka č. 2 charakterizuje dotazované probandy, kteří se léčí s hypotyreózou. Výzkumný soubor tvoří 4 ženy a jeden muž. Probandi budou dále uváděni pod značením R1 – R5. Tabulka č. 2 znázorňuje věk probandů, s jakou nemocí se léčí, jestli mají nějaké další nemoci, od kolika let se s hypotyreózou léčí a jaké je jejich zaměstnání či zdali studují.



**Tabulka č. 3 Identifikační údaje probandů s hypertyreózou**

Označení	Věk	Pohlaví	Nemoc	Ostatní onemocnění	Zahájení léčby	Zaměstnání/studium
<b>P1</b>	52	Žena	Hypertyreóza	Dříve chronické angíny, psychiatrická diagnóza, ulcerózní kolitida	Od 38	Invalidní důchod
<b>P2</b>	26	Žena	Hypertyreóza	Dříve porucha imunity	Od 20	Student/učitel
<b>P3</b>	29	Muž	Hypertyreóza	Žádné	Od 29	Skladník
<b>P4</b>	22	Žena	Hypertyreóza	Alergie (pyl, zvířecí srst)	Od 17	Student
<b>P5</b>	57	Žena	Hypertyreóza	Celiakie, glaukom, ekzém	Od 7	Účetní

(zdroj: vlastní šetření)

Tabulka č. 3 představuje dotazované probandy, kteří se léčí s hypertyreózou. Výzkumný soubor tvoří tedy 4 ženy a jeden muž. Probandi budou dále uváděni pod značením P1 – P5. Tabulka č. 3 popisuje věk probandů, s jakou nemocí se léčí, jestli mají nějaké další nemoci, od kolika let se s hypertyreózou léčí a jaké je jejich zaměstnání či zdali studují.

## 5.2 Hypotyreóza – rozpracování kategorií

### 5.2.1 Kategorie č. 1 – Základní informace

Dotazovaný R1 je muž, konkrétně student Farmaceutické fakulty v Hradci Králové. S hypotyreózou se léčí od svých 18 let. Jak sám uvádí, dlouhodobě se léčí pouze s alergií: „Mimo hypotyreózu se léčím dlouhodobě ještě s alergií, a to na prach a pyl“ (R1). Další dotazovaná je 29letá žena, která se s hypotyreózou léčí od 22 let. V současné době pracuje jako obchodní zástupce a jiné nemoci neuvádí. Třetí dotazovaná pracuje jako operátorka callcentra. S hypotyreózou se léčí od svých 15 let. V minulosti prodělala polycystický vaječník, endometriózu a v současné době chodí stále na kontroly z důvodu epilepsie typu absence. Dotazovaná R4 je žena pracující jako sekretářka, která se s hypotyreózou léčí od svých 40 let. Jiné nemoci neuvádí. Poslední dotazovaná R5 je žena, konkrétně mladá 14letá dívka, která se s hypotyreózou léčí od 4 let. V současné době studuje na základní škole a s ničím jiným se neléčí.

### 5.2.2 Kategorie č. 2 – Samostatné onemocnění

První otázka z této kategorie se týkala informovanosti nemocných o hypotyreóze. Každý z dotazovaných má nějaké informace o této nemoci, někdo méně rozsáhlé, někdo více. „*Jedná se o sníženou funkci štítné žlázy, způsobenou nedostatečnou sekrecí hormonů v hypofýze nebo hypothalamu*“ (R1). „*Myslím si, že mám veškeré informace o této nemoci. Jde přeci o mě a moje zdraví*“ (R2). Dotazovaná R3 má pouze základní informace, které se dají dohledat na internetu, jak sama odpověděla: „*Spíše jen základní, které se běžně dají dohledat na internetu*“ (R3). „*Je to snížená činnost štítné žlázy, která je způsobená nedostatkem hormonů*“ (R4). Dotazovaná R5 je z dotazovaných nejmladší, ale na svůj věk má dobré znalosti: „*Vím, že může být zvýšená nebo snížená funkce, a to může souviset s váhou člověka a také, že pokud neberete vhodné prášky nebo je neberete vůbec, tak se nemoc ještě zhorší a může se projevat častou únavou*“ (R5). Dotazovaní R1 a R5 byli informováni od praktického lékaře a endokrinolog následně informace doplnil. „*Už praktický lékař mi podal dosti širokou škálu informací a na endokrinologii vše doplnil*“ (R1). „*Myslím, že nám to s mamkou říkal dětský lékař na kontrolní prohlídce, ale přesně si to nepamatuju. Endokrinoložka mamce pak vše vysvětlila*“ (R5). Dotazovaná byla o své nemoci také dostatečně informována od svého lékaře: „*Ano, lékař mi vše vysvětlil. Když mi něco nebylo jasné, zeptala jsem se*“ (R2). Dotazované R3 a R4 byly o svém onemocnění základně informované od lékaře a své vědomosti dále doplňují pomocí internetového vyhledávání. „*O nemoci mám informace od endokrinoložky a z internetu. Myslím, že jsem dobře informovaná*“ (R4). Dotazovaná R3 toto vyhledávání využívá převážně z důvodu, že jí je trapné, se po tolika letech dotazovat svého lékaře. „*V 19 jsem neměla pocit, že bych potřebovala více informací, když se nejednalo o nic vážného. Teď zpětně ale vidím, že bych více informací uvítala. Jednou za pár let mi lékařka dá nějakou brožuru. Ale také je pravda, že se jí na nic sama aktivně neptám. Mám pocit, že po tolika letech léčby, bych měla mít informací dost a je mi pak trapné se lékařky dotazovat. Hledám tedy spíše na internetu*“ (R3). Co se týče dědičnosti, tak u dotazovaných R2 a R3 se nikdo další s touto nemocí v rodině nevyskytuje. U dotazované R4 je dále nemocný i její syn a teta a u dotazovaného R1 jeho matka. „*V naší rodině stejným onemocněním trpí starší syn asi od 18 let a sestra mojí mámy, která byla kvůli zvětšené štítné žláze operována*“ (R4). „*Ano, moje máma*“ (R1). Dotazovaná R5 byla ještě nedávno jediná v rodině s touto nemocí, avšak pár týdnů zpátky byl diagnostikován i její mladší bratr. „*Nedávno byla nemoc objevena u mého mladšího brásky. Je mu 10*“

(R5). Další otázka v rozhovoru se týkala informovanosti dotazovaných o možnostech léčby. Dotazovaní R1 a R5 mluvili o léčbě pomocí léků. „*Léčivý přípravek Letrox, který vlastně od diagnostiky užívám. Alespoň tedy v mém případě*“ (R1) „*Vím pouze o lécích*“ (R5). Dotazovaná R2 navíc zmínila možnost doplnění jódu. „*Braní léků a jinak doplnění jódu, takže dlabat 3x v týdnu ryby*“ (R2). Další dotazované R3 a R4 se zmínily i o léčbě pomocí operace. „*Znám pouze způsob léčby pomocí léků, tuším, že ve složitějších případech se musí přistoupit k operaci*“ (R3). „*Vím o léčbě léky a případně i operace*“ (R4). Další otázka v rozhovoru se zaměřuje na projev onemocnění a příznaky, které dotazovaní pociťovali před diagnostikou jejich nemoci. Dotazovaný R1 například žádné projevy onemocnění neměl. Na jeho nemoc se přišlo náhodně při preventivní prohlídce z výsledků krevních testů. „*Prakticky žádné příznaky jsem nepociťoval, ale když jsem přecházel od dětského ke klasickému praktickému lékaři, tak si paní doktorka při vstupním vyšetření všimla nízké hladiny TSH a obratem jsem byl poslán na endokrinologii*“ (R1). Podobně to probíhalo i u dotazované R3 a R4, které navíc pociťovaly i únavu. „*V 15 mi na základě preventivní kontroly doporučila léčbu dětská lékařka, léčena jsem byla dva roky. Následně na vysoké škole (v 19 letech) jsem se cítila stále unavená, našla jsem tedy specialistu, kam chodím dodnes*“ (R3). „*Před stanovením diagnózy praktickou lékařkou jsem nepostřehla žádné závažné příznaky, vše bylo zjištěno z krevních testů při preventivní prohlídce. Zpětně si uvědomuji některé příznaky nemoci – nespavost, náladovost, únava*“ (R4). Dotazované R2 a R5 se shodují na nárůstu váhy a u dotazované R2 i nárůst ochlupení. „*Všimla jsem si, že mi hodně vypadávají vlasy, došlo k výraznému nárůstu ochlupení a váhy*“ (R2). „*Mamka říkala, že jsem jako malá najednou hodně přibrala, a přitom jsem jedla pořád stejně a všude běhala, takže nikdo nechápal, jak to, že tak přibírám*“ (R5). Dále se otázky v rozhovoru zaměřují na léčbu. Všichni dotazovaní mimo R3 užívají od začátku léčby jeden lék, a to Letrox. U dotazovaných R2 a R5 nebyla během léčby změněna dávka. „*Beru Letrox 50 ráno nalačno, aby měl ten správný účinek*“ (R2). „*Beru každý ráno Letrox minimálně půl hodiny před snídaní. Je důležité, abych ho brala pravidelně a nezapomínala*“ (R5). „*Od začátku беру stejný lék i dávku*“ (R2). Dále u dotazovaných R1 a R4 byla změněna dávka v průběhu léčby, jak sami uvádějí: „*Užívám Letrox 100, jednou denně. Musí se brát nalačno. Při diagnostice mi byl nasazen Letrox 150, po cca půl roce na kontrole byl nasazen slabší Letrox 100*“ (R1). „*Po stanovení diagnózy mi byl předepsán Letrox, který musím užívat ráno nalačno asi ½ hodiny před jídlem. O Letroxu si myslím, že obsahuje hormon štítné žlázy a že dorovnává jeho hladinu v mém těle. V průběhu užívání byl*

postupně zvýšen z Letroxu 50 na Letrox 100“ (R4). Poslední dotazovaná R3 užívala ze začátku léčby Jodid, který byl časem nahrazen Euthyroxem: „Mé hodnoty z krve jsou lehce mimo normál. Od 15 do 17 jsem užívala Jodid 100, od 19 do loňského roku jsem užívala 1x denně Euthyrox 50. V loňském roce mi lékařka dávku upravila na 5x týdně Euthyrox 75 a 2x týdně 50. Neměla jsem žádné problémy ani nedošlo k nějakým změnám ve výsledcích z krve, dávka byla upravena prý proto, že jsem v produktivním věku, a kdybych se rozhodla mít dítě, aby mé tělo bylo lépe připraveno na těhotenství“ (R3). U nikoho z dotazovaných, kterým byla v průběhu léčby měněna medikace, nedošlo k žádným fyzickým či psychickým změnám, avšak u dotazované R4 došlo k nárůstu váhy po celkovém nasazení medikace, které nemá jistou příčinu, jak sama dotazovaná uvádí: „Po nasazení léčby jsem zaznamenala nárůst hmotnosti asi 6-8 kg, ale ve stejnou dobu jsem si nechala zavést nitroděložní tělíčko Mirenu a nejsem si jistá, která změna a který hormon způsobil nárůst hmotnosti“ (R4). Další otázka se ptá na konkrétní léčbu dotazovaného a četnost a průběh návštěv dotazovaného u odborného lékaře. Léčba všech těchto dotazovaných probíhá pouze ambulantně a k hospitalizaci u nikoho dojít nemuselo. „Léčba probíhala bez hospitalizace, kontroly ze začátku jednou za půl roku, momentálně už pouze jednou ročně, užívání léků“ (R1). „K hospitalizaci nedošlo. Dostala jsem pouze léky a pak šla ke specialistovi, který mi vše vysvětlil“ (R2). „Poprvé jsem došla za lékařkou, popsala, že se cítím stále unavená, poslala mě na testy a od té doby beru léky. Léčba je stále stejná a 1x ročně jdu na kontrolu. Vždy jsem bez obtíží, tedy jen dostávám recepty“ (R3). Návštěva dotazovaných u endokrinologa probíhá jednou až dvakrát za rok, kde provede lékař preventivní odběr krve a zkontroluje daný stav dotazovaných. „Při mé léčbě chodím jen na kontrolní prohlídky; jednou za půl roku chodím na kontrolu a pomocí ultrazvuku mi zkontrolují krk a jednou za rok mi i odeberou krev“ (R5). „Na začátku léčby jsem navštívila odbornou doktorku, ta udělala vyšetření krve, vyšetření pohmatem a myslím rentgen, k hospitalizaci nedošlo. Momentálně 2x do roka navštívím endokrinoložku, která mi odebere krev a zkontroluje krk“ (R4). U dotazované R3 se během kontroly lékařka zajímá i o budoucí těhotenství a od toho se i odvíjí změna dávky léků. „Na kontrolu chodím jednou ročně, protože můj stav není nijak vážný. Vždy týden před termínem jdu na laboratorní odběr krve, při kontrole mi pak lékařka řekne, že výsledky jsou v pořádku, a zeptá se, zda mám nějaké obtíže. Odpovídám vždy, že ne, a pokaždé následuje otázka, zda plánuji těhotenství v blízké době – odpovídám také, že ne. I přesto mi lékařka upravila dávku kvůli budoucímu těhotenství. Dále mi vždy změří tlak a promne mi kůži na ruce. Návštěva u lékaře mi zabere cca 5 minut“ (R3).

### 5.2.3 Kategorie č. 3 – Potřeby a omezení

Tato sekce otázek se zaměřuje na fyzické, psychické a sociální potřeby dotazovaných s hypotyreózou, které byly nemocí narušeny.

#### 5.2.3.1 Fyzické

Co se týče fyzických potřeb, tak u dotazovaného R1 k žádným změnám nedošlo. Dotazovaný má pouze problémy se suchou pokožkou, s kterou se potýká již od dětství, a používá na ni různé hydratační masti, jak sám uvádí: *„Suchou kůži mám vlastně skoro od dětství až doted' a používám na to různé hydratační masti a podobně. U vlasů ani nehtů jsem změny nepozoroval“* (R1). Další dotazovaná R3 měla velké problémy s únavou, které ji následně donutily navštívit lékaře, u kterého se poté dozvěděla diagnózu hypotyreózy. *„Byla jsem často hodně unavená. Nic jiného si nevybavuji“* (R3). Tyto problémy se však po nasazení léčby zlepšily. *„Po nasazení medikace únava trochu ustoupila“* (R3). S únavou se potýkala i dotazovaná R5, u které navíc došlo i nárůstu hmotnosti. *„Vím jen, že jsem přibrala, jak už jsem říkala. Víc si nepamatuji. Mamka také říkala, že si pamatuje pouze na to, že jsem najednou hodně přibrala a nikdo nevěděl proč. Také jsem byla unavená, i když jsem byla vyspalá. Občas mě i bolí hlava a nevím proč“* (R5). Po nasazení medikace se váha srovnala, ale únava bohužel ne. *„Jak už jsem říkala, váha se srovnala sama medikací, mamka mě ale navíc i brala na dlouhé procházky, abych měla více pohybu“* (R5). Dotazovaná R2 se kromě nárůstu hmotnosti potýkala i se zhoršením kvality vlasů a nehtů: *„Nárůst váhy a velké vypadávání vlasů“* (R2). Tyto problémy se po nasazení medikace také srovnaly: *„Když se nasadily léky, tak se váha postupně začala srovnávat, ale na svou původní váhu jsem se zpět nedostala; vlasy mi hodně padaly, ale teď už je to lepší“* (R2). S problémy se suchou kůží, zhoršenou kvalitou vlasů a nehtů se potýkala i dotazovaná R3. Tyto problémy u ní však nastaly v době, kdy došlo ke změně antikoncepce, a ustaly opět po další změně v antikoncepci. Není tedy zcela jasné, zda se jednalo o problém pouze v antikoncepci, nebo šlo o souhru okolností. *„V roce 2016 a 2017 (celkem asi 7 měsíců) jsem brala jinou antikoncepci než do té doby a vlasy byly sušší a lámavější, nehty se mi také více lámaly, kůži jsem měla opravdu suchou. Se změnou antikoncepce tyto problémy ale zmizely. Řešila jsem problém se suchou kůží pouze tělovými krémy, ale někdy jsem měla pocit, že bych se musela mazat několikrát denně. Na vlasy jsem si koupila nějaký výživový olej (mám kudrnaté vlasy, tedy běžně suché) a co se týká nehtů, neřešila jsem nijak“* (R3). S kvalitou vlasů a nehtů se

potýkala i poslední dotazovaná R4. „*Projevilo se u mě zhoršení kvality nehtů i vlasů a vypadávání vlasů*“ (R4). Po nasazení léků se kvalita vlasů i nehtů zlepšila, avšak došlo k nárůstu hmotnosti. Ve stejnou dobu bylo dotazované zavedeno nitroděložní tělísko, tudíž není zcela jasné, z jakého konkrétního důvodu tento nárůst nastal. „*Jak už jsem říkala, po nasazení léků jsem přibrala několik kilo, ale nehty i vlasy se léčbou srovnaly; ale jak už jsem také říkala, nevím, z čeho konkrétně to bylo*“ (R4). Tento nárůst hmotnosti se dotazovaná snažila vyřešit různými druhy cvičení, jak sama uvádí: „*V podstatě celoživotně se věnuji sportu, v různých intenzitách kombinuji běh (3-6 km), jógu od září do května a domácí cvičení asi ½ hodiny, Tabata...asi 5 aktivit za týden, nabraná kila od začátku léčby se mi ale již nepovedla úplně shodit*“ (R4). Další otázka se zaměřuje na zimomřivost dotazovaných. U dotazovaných R1 a R2 se tento symptom nedostavil, avšak u dotazované R4 se objevila zimomřivost přes den, a naopak pocení v noci: „*Uvědomuji si zimomřivost přes den, ale naopak pocení v noci*“ (R4). Dotazovaná R3 je dle odpovědi zimomřivá stále a není si vědoma, že by s nemocí došlo k nějakému výraznějšímu projevu. „*Zimomřivá jsem stále, tehdy asi zvýšená nijak nebyla*“ (R3). Dotazovaná R5 je naopak celý život otužilá a tento problém se jí vůbec netýkal: „*Myslím, že takový problém jsem nikdy neměla. Mamka říká, že jsem prý otužilá, nikdy mi není zima*“ (R5). Dále se rozhovor soustředil na problémy s pohyblivostí. Nikdo z dotazovaných však žádný takový problém neměl. Dotazovaná R5 uvedla pouze problém s popadáváním dechu: „*S pohyblivostí asi ne, ale občas jsem měla pocit, že nemůžu popadnout dech*“ (R5).

#### 5.2.3.2 Psychické

Tato sekce otázek se zaměřuje na psychický či emocionální stav dotazovaných v průběhu léčby i před ní. Dotazovaní R1 a R5 však žádné psychické či emocionální problémy neměli. Další dotazovaná R3 měla pocity zbytečnosti a byla ve velkém stresu. Tyto problémy však přikládala a stále přikládá spíše problémům v zaměstnání, neboť po změně zaměstnání vše ustalo: „*Nevybavuji si žádné změny před diagnostikou. Emocionální či psychické změny se u mě objevily na začátku roku 2017, kdy jsem měla náročné zaměstnání a byla jsem pod velkým tlakem, byl to pro mě velký stres. Měla jsem velice blízko k syndromu vyhoření, měla jsem pocity zbytečnosti. Byla jsem k sobě velmi kritická a měla jsem v tomto období hodně černé myšlenky. Na základě velkého stresu a pracovního přetížení u mě došlo ke dvěma jakýmsi výpadkům, kvůli kterým nyní docházím na neurologii a jsem vedena jako epileptický pacient. Po změně zaměstnání tyto problémy zmizely*“ (R3). Dotazované R2 a R4 se potýkaly s plačtivostí. Dotazovaná R2 navíc

pociťovala velmi depresivní stavy: „*Ano, měla jsem velmi depresivní stavy a často jsem plakala*“ (R2). Kromě plačtivosti byla dotazovaná R4 i velmi úzkostlivá a lítostivá: „*Před diagnostikou jsem byla velmi úzkostlivá, plačtivá a lítostivá*“ (R4). U obou dotazovaných se psychický stav po nasazení medikace výrazně zlepšil. „*Psychika se výrazně zlepšila*“ (R2). „*Po nasazení léků se můj psychický stav zlepšil*“ (R4). Dále se u dotazované R4 ve stejné době objevil nástup klimakteria, kterému své změny v psychice také přisuzovala. „*V té době jsem vstupovala do období klimakteria. Nejsm si tedy úplně jistá, co přesně tyto změny způsobovalo*“ (R4).

### 5.2.3.3 Sociální

Tato sekce otázek sleduje sociální potřeby a změny dotazovaných vzhledem k nově objevené nemoci. První otázka se zaměřuje na reakci rodiny a okolí na nově zjištěnou nemoc. U dotazovaných R2-R4 se nemoc v rodině ani okolí nijak neřešila. Dotazovaná R4 uvedla: „*Rodina ani v zaměstnání nijak moje onemocnění neřešili. Správně léčená nemoc podle mě není nijak vážná*“ (R4). Stejného názoru je i dotazovaná R3. „*Nepovažují to za žádnou vážnou nemoc, alespoň v mém případě, nemluvíme o ní*“ (R3). Dotazovanému R1 s touto nově objevenou nemocí dost pomohla matka, které tato nemoc byla diagnostikována již dříve. „*Máma měla nemoc diagnostikovanou dříve než já, takže už v podstatě věděla, o co se jedná, tudíž to bylo poměrně poklidné*“ (R1). Dotazované R5 taktéž pomohla se zvládnutím této diagnózy matka, neboť dotazovaná byla v době zjištění dané nemoci ve velmi útlém věku. „*Mamka mi hodně pomohla. Byla jsem malá a nevěděla jsem, o co se jedná. Postupně mi vše vysvětlila. Že budu muset brát pořád léky a že na ně nesmím zapomínat*“ (R5). Další otázka se zajímala o vliv na studium či zaměstnání danou chorobou. Mimo dotazovanou R2 se nikdo s takovýmto problémem nepotýkal. „*Vůbec ne. Jak už jsem říkala, moje práce je v kanceláři a toto onemocnění mi v jeho vykonávání nijak nezabraňuje*“ (R4). Dotazovaná z důvodu nemoci a s ní související depresí často zanedbávala práci: „*Kvůli depresím jsem často práci zanedbávala*“ (R2). Poslední dvě otázky číslo 27 a 28 se zabývají omezením nějakých potřeb a dotazovaní mohli uvést případný vlastní názor na danou problematiku. U dotazovaných R2 a R3 žádná omezení nenastala. Dotazovaná R3 navíc doplnila: „*Myslím si, že díky relativně malým odchylkám od normálu v mém případě by ani nevadilo, kdybych kdysi lékaře nevyhledala. Problémy žádné nepociťuji, zimomřivost a únava je celkem běžná i u zbytku populace bez tohoto onemocnění. Možná bych lékaře však vyhledala právě kvůli těhotenství. Mám v těle větší procento tuku, než by k mé postavě*

*bylo vhodné, kvůli pohybové neaktivitě mám i méně svalové hmoty“ (R3). Dotazovaní R1, R4 a R5 se shodují, že jediný problém je pro ně nezapomínat na každodenní užívání léků. „Nemusel jsem nic omezovat, snad jenom, že nesmím ráno zapomenout vzít si prášek“ (R1). „Nejsem zrovna vzorný pacient, takže jediné, co mi dělá velký problém, je nezapomínat na léky“ (R4). Dotazovaná R5 navíc uvedla, že se stále potýká s únavou a bolestmi hlavy. „Neřekla bych. Jen musím brát pravidelně léky, ale nijak mě to neomezuje. Občas mě ale bolí hlava a jsem unavená, někdy i ve škole, ale snažím se to překonat. Občas si jdu po škole chvíli lehnout“ (R5). Dále se dotazovaná zmínila i o důležitosti zapojení ryb do svého jídelníčku v souvislosti s jejím onemocněním. „Jen bych možná ráda zmínila, že bych měla jíst více ryb, abych doplnila jód.“ (R5).*

## **5.3 Hypertyreóza – rozpracování kategorií**

### **5.3.1 Kategorie č. 1 – Základní informace**

Dotazovaná P1 je žena v invalidním důchodu, která se s hypertyreózou léčí od svých 38 let. *„Léčím se od svých 38 let. Za tu dobu jsem měla 3 ataky této nemoci“ (P1). Kromě hypertyreózy jí byla ve 28 letech diagnostikována ulcerózní kolitida, jejíž léčbu kortikoidy odmítla, a využívala 2 roky pouze alternativní metody, jakou jsou makrobiotika a cvičení jógy, které mělo pozitivní výsledky ve formě výrazného zmenšení zánětlivého ložiska. Tato nemoc ji obtěžuje jen v případě porušení diety. „Odmítla jsem léčbu kortikoidy a léčila se alternativě makrobiotiky a cvičením jógy. Po dvou letech se ložisko zánětu výrazně zmenšilo a potíže mám pouze při porušení diety“ (P1). O rok později se začala léčit na psychiatrickém oddělení kvůli depresivním stavům a úzkostem. Do svých 33 let trpěla chronickými angínami, které se následně musely řešit operačním odstraněním krčních mandlí, což mělo pozitivní výsledky a potíže odezněly. Druhá dotazovaná P2 je studentkou navazujícího magisterského studia učitelství odborných předmětů, při kterém současně pracuje jako učitelka odborných předmětů na střední škole cestovního ruchu. S hypertyreózou se léčí od 20 let. „Hypertyreóza mi byla zjištěna ve 20 letech. Na endokrinologii mi bylo následně potvrzeno, že se jedná o Gravesovu-Basedowovu chorobu“ (P2). Dříve se léčila na imunologii pro poruchy imunity, kdy jí byly podávány injekce gamaglobulinu. Třetí dotazovaný P3 je muž, kterému byla nemoc diagnostikována teprve nedávno. „Zvýšená funkce štítné žlázy mi byla diagnostikována nedávno, takže by se dalo říct, že se léčím tak necelé 2 měsíce“ (P3). Pracuje jako skladník a s ničím jiným se neléčí. Dotazovaná P4 je žena, která se s hypertyreózou léčí od 17 let.*



Z počátku užívala léky, ale časem se její stav začal zhoršovat a v roce 2018 musela podstoupit totální tyreoidektomii. Momentálně je na trvalé medikaci, která ji nahrazuje činnost štítné žlázy. „U mě zpočátku fungovalo brát prášky, bohužel se to časem zhoršovalo, a tak jsem v říjnu roku 2018 podstoupila operaci v Motole. Štítnou žlázu mi odstranili“ (P4). Dotazovaná je studentkou Vyšší odborné školy zdravotnické v Liberci, kde studuje obor diplomovaná dětská sestra. Při škole si brigádně přivydělává jako vedoucí v CinemaCity Liberec. Mimo hypertyreózu se léčí pouze s alergií na pyl a zvířecí srst. Poslední dotazovanou P5 je 57letá žena, která pracuje jako účetní. S akutním stádiem hypertyreózy se léčila od svých 7 let. Tato léčba trvala až do jejích 14. V současné době je pouze hlídána v endokrinologické ambulanci, kam pravidelně chodí na kontroly. „V dětství jsem se léčila od 7 do 14 let. Nyní jsem hlídána v endokrinologické ambulanci z důvodu celiakie, kam chodím na pravidelné kontroly“ (P5). Dále trpí glaukomem, ekzémem a celiakií.

### 5.3.2 Kategorie č. 2 – Samostatné onemocnění

Informovanost nemocných o jejich chorobě není u všech dotazovaných stejná. Dotazovaní P1, P2 a P4 jsou o svém onemocnění dostatečně informováni: „Řekla bych, že jsem o tomto onemocnění dobře informovaná“ (P4), avšak u P3 a P5 tomu tak není. „Informace mám poměrně rozsáhlé. Víím, že se jedná o onemocnění štítné žlázy. Znáím příznaky a nyní jsem již schopná je u sebe rozeznat“ (P1). Další dotazovaná dokonce uvedla daleko rozsáhlejší odpověď: „Onemocnění štítné žlázy je přílišná nebo nedostatečná produkce hormonů štítné žlázy. Obecně se udává, že léčba snížené funkce štítné žlázy je menší zlo, a tak se kromě medikace u zvýšené činnosti štítné žlázy (např. Propycil 50) často přistupuje k operaci a následné medikaci (např. Letrox 50). Příznaky hypertyreózy se pojí se zvýšeným srdečním tepem, špatnou kvalitou vlasů a nehtů, psychickou úzkostí a neklidem, nízkou váhou, „vypouknutím“ očí, otokem nohou, návaly horka a únavou“ (P2). Dotazovaná P5 v době problémů informovaná nebyla. Až teď v dospělosti o tom nějaké základní informace má. „V době problémů jsem o tomto onemocnění žádné informace neměla. Nyní už mám aspoň základní“ (P5). Dotazovaný P3 ví o nemoci zatím také jenom základy. „Vím jen to, že se štítná žláza může zvětšovat a zmenšovat, a to asi ovlivňuje její funkci. Pak ještě víím, že se dá zhubnout i přibrat“ (P3). Dotazované P1, P2 a P4 byly informovány o jejich chorobě lékařkou, která je dostatečně informovala. „Ano, byla jsem o všem informována mou endokrinoložkou“ (P4). Lékařka jim sdělila informace o lécích, dietě i klidovějšímu režimu. „Ano, lékařka

*mě poučila o potřebě brání léků, o dietě bez jódu, potřebě klidovějšího režimu. Měla jsem se sledovat a navštívit lékaře v případě jakýchkoli nežádoucích změn“ (P1). Další dotazovaná si informace o její nemoci doplnila vyhledáváním na internetu. „Pokud mám „chuť“, sama vyhledávám zahraniční články. V ČR není výzkum a jeho výstupy příliš dostupný. Osobně se zajímám třeba o doporučené stravování při daném onemocnění“ (P2). Dotazovaná P5 informována v době nemoci nebyla, neboť to její matka nepovažovala za důležité. „Mamka si myslela, že to není potřeba. Byla jsem malá“ (P5). Další dotazovaný P3 se léčí s hypertyreózou teprve krátce a informace od lékařky má zatím jen základní. „Vím jen, že musím brát prášky a chodit na kontroly, a jak už jsem říkal, že se dá přibrat a zhubnout“ (P3). Co se týče dědičnosti, tak dotazovaní P1, P2, P4 a P5 mají ve své rodině někoho, kdo se s onemocněním štítné žlázy léčil nebo stále léčí. Většinou se jedná o matky nebo babičky, které se léčily s hypotyreózou. U dotazované P4 se léčila matka, teta i babička z matčiny strany: „Ano, moje mamka, teta (mamky sestra) a babička (mamky matka) trpí hypotyreózou. Já jediná mám hypertyreózu“ (P4). U dotazované P5 se léčila pouze matka: „Moje mamka měla hypotyreózu“ (P5). A u dotazované P1 se léčila matka s hypotyreózou a babička s hypertyreózou: „Má matka se léčila s hypotyreózou, která se u ní projevila kolem 55 roku. Taktéž její matka, moje babička se léčila pro změnu s hypertyreózou“ (P1). U dotazované P2 se s nemocí štítné žlázy léčila prababička, avšak nebylo možné zjistit, s jakým konkrétním druhem tohoto onemocnění: „Z vyprávění rodinných příslušníků vím, že poruchu štítné žlázy měla má prababička. O nikom dalším nevím“ (P2). U dotazovaného P3 není známo, že by se v jeho rodině léčil někdo s takovýmto onemocněním: „Pokud vím, tak nikdo“ (P3). Dále byla zjišťována informovanost o možnostech léčby. Dotazovaní P3 a P5 ví pouze o léčbě pomocí léků. „Vím jenom o práškách“ (P3). „Vím jen o léčbě pomocí léků“ (P5). Dotazovaní P1, P2 a P4 jsou naproti tomu informováni i o operativním řešení nemoci. „Onemocnění se dá léčit medikací, v krajním případě operativním odstraněním štítné žlázy“ (P1). Dotazovaná P2 je o operativním řešení informována, avšak k tomuto řešení zatím přistoupit nechce: „Mé onemocnění je typické tím, že odchází a přichází, jak se mu zlíbí. Strídavě jsem tedy na medikaci – podle průběžných krevních testů. Do budoucna zmínila má lékařka variantu operace (odstranění štítné žlázy). S touto variantou a následnou doživotní medikací zatím smířená nejsem, a tak čekám, jak se onemocnění bude dál chovat. Četla jsem také o terapii radiojódem, údajně ale nepomáhá všem. Mně tato varianta nabídnuta nebyla.“ (P2). Dotazovaná P4 je informována jak o možnosti brání léků, tak o operativním řešení, neboť prošla oběma variantami. „U mě zpočátku fungovalo*

brát prášky, bohužel se to časem zhoršovalo, a tak jsem v říjnu roku 2018 podstoupila operaci v Motole. Štítnou žlázu mi odstranily“ (P4). Další otázka v rozhovoru byla zaměřena na projev onemocnění a příznaky, které se u dotazovaných objevily na samém počátku onemocnění ještě před diagnostikou nemoci. Všichni dotazovaní kromě P2 se shodují na výrazném poklesu hmotnosti. „Rychle jsem zhubnul. Za tři týdny asi 15 kg dole. Bylo mi to divný, tak jsem zašel za obvodákem a ten mi vzal krev, prohmatal krk a pak mi řekl, že podle výsledků mám zvýšenou funkci štítné žlázy“ (P3). Dotazované P1, P2, P4 a P5 se navíc shodují i s problémy se spánkem a únavou. „Nemohla jsem v noci vůbec spát, hodně jsem jedla, a přitom ubývala na váze. Už jsem byla zoufalá z naprostého nedostatku spánku, tak jsem šla na kontrolu k doktorce. Z odběrů krve se zjistilo, že mám zvýšenou funkci štítné žlázy“ (P4). „Únava, zadýchávání, zvětšená štítná žláza.“ (P5). Dále se dotazované P1 a P2 shodují na tlukotu srdce či zrychleném tepu. „Onemocnění se u mě projevilo výrazným poklesem hmotnosti, pocením, hyperaktivitou, podrážděností, problémy se spánkem, tlukotem srdce (jako kdyby bylo srdce až v krku) a padáním vlasů. K lékaři mě přiměla jít matka, která si všimla dříve než já poklesu hmotnosti, změn nálad a jako pacientka s hypotyreózou příznaky u mě rozeznala“ (P1). „Jediný příznak, který jsem na sobě pociťovala, byl zrychlený tep srdce z nevysvětlitelných důvodů. Večer, když jsem usínala, srdce mi tlouklo tak rychle a silně, že mi tepalo v uších. Dokud jsem nenavštívila endokrinoložku na základě výsledků z krevních testů, příliš jsem se nepozorovala. Později jsem si subjektivně přiřadila k onemocnění i příznaky další, jako otoky nohou, únava, šimrání v krku (oblast štítné žlázy) nebo bolesti při menstruaci (vždy se bolesti zhorší, pokud zrovna neberu léky a hodnoty v krvi se změny), vnitřní neklid, třes rukou, pocit úzkosti, padání vlasů a třepení nehtů“ (P2). Další otázka se týkala oblasti léčby, konkrétně léků, které dotazovaní užívali či stále užívají a jaké o tomto léku mají za informace. Všichni se shodují, že užívali Thyrozol. „Užívala jsem Thyrozol. Vím, že je důležité dodržovat dávky předepsané lékařem“ (P1). „Beru Thyrozol 10 mg a bisoprolol mylan. Vím, že je musím brát pravidelně“ (P3). „Nyní léky neužívám, ale dříve jsem užívala Thyrozol“ (P5). Dotazovaná P2 však s tímto druhem léku měla problémy a musel jí být nasazen jiný. „Užívám Propycil 50. Dávkování mi lékařka upravuje vždy na základě výsledků z krevních testů. Původně jsem měla Thyrozol, ten mi neseseděl, trpěla jsem pocitem nadýmání. Jelikož při mém onemocnění více dostupných variant léků není, nebylo moc na výběr, lékařka předepsala Propycil a u něj jsem zůstala. Pokud se hodnoty v krvi dostanou do normálu, lékařka mě pouze monitoruje a já zůstávám bez medikace. Tento

postup se při mé léčbě už dvakrát opakoval. Naposledy jsem byla bez medikace asi rok a půl, než se hodnoty zhoršily a byl mi znovu nasazen Propycil“ (P2). Další dotazované P4 užívat léky nestačilo a byla kvůli zhoršujícímu se stavu nucena přistoupit k operaci a v současné době užívá léky na hypotyreózu. „Užívám Euthyrox 125, každé ráno nalačno. Nejlépe 20 minut po užití bych neměla jíst. Nahrazují mi funkci štítné žlázy. Zpočátku jsem užívala léky na snížení funkce štítné žlázy, a to Thyrozol, a nyní užívám Euthyrox (tedy na zvýšení)“ (P4). Dotazovaný P3 užívá léky zatím krátce a prozatím k žádné změně nedošlo: „Beru je zatím krátce, takže k žádné změně zatím nedošlo.“ (P3). Avšak u ostatních došlo ke změně v dávce dle výsledků jejich krve. „Jak už jsem říkala, dávkování mi lékařka upravuje vždy na základě výsledků z krevních testů. Nejvíc tablet jsem měla na začátku léčby (pokud se dobře pamatuji, bylo to 2-2-2). Nyní pouze 1-0-1. Dvakrát mi byly v minulosti tablety vysazeny úplně“ (P2). Další dotazovaná odpověděla: „nejdříve jsem užívala větší dávky, posléze se dávky snižovaly, až byly léky vysazeny. Nyní nemusím brát žádné“ (P1). Dotazované P4 byly léky několikrát během léčby před operací měněny. V současné době, kdy užívá léky na hypotyreózu, k žádné změně nedošlo. „Dávka Euthyroxu i množství zůstalo stejné. Na dávky a množství léků, co jsem užívala před operací, si bohužel nevzpomenu, doktorka mi je několikrát upravovala“ (P4). Dotazovaná P5 užívala léky v dětském věku a na dávkování si bohužel nepamatuje: „Po dobu léčby jsem užívala jeden druh léku, dávkování si ale nepamatuji“ (P5). Změna medikace u nikoho z dotazovaných neměla vliv na fyzický či psychický stav. Další otázka z rozhovoru se zaměřuje na konkrétní léčbu probandů, která se až na jednu dotazovanou P4 obešla bez hospitalizace. „Léky jsem brala cca 7 let. K hospitalizaci nedošlo“ (P5). „Ne, hospitalizace nebyla potřeba. Prostě jen obvodák, endokrinolog a prášky“ (P3). Další dotazované odpověděly: „Léčba v mém případě probíhala ambulantně. Navštěvovala jsem odborného lékaře. Při první atace nemoci jsem medikaci užívala rok, než se hladina thyroxinu vrátila do normálu. V dalších dvou případech jsem léky užívala zhruba půl roku“ (P1). „Léčba probíhala a probíhá stále na základě aktuálních výsledků z krevních testů. Podle mé lékařky je Gravesova-Basedowova choroba nevyzpytatelná, a proto je potřeba neustále hodnoty z krve monitorovat a příslušnou medikaci upravovat. Hospitalizovaná jsem kvůli tomu ale nikdy nebyla“ (P2). Jak už je zmíněno výše, dotazovaná P4 hospitalizaci jako jediná z dotazovaných podstoupila: „Docházela jsem pravidelně na kontroly. Stav se postupně zlepšoval a dávky se snižovaly, ovšem pak se stav zase zhoršil. Moje endokrinoložka to vyřešila zvýšením dávky léků. Bohužel když se stav zhoršil podruhé, tak mi doporučila operaci štítné žlázy, kterou jsem podstoupila.

*Celkem jsem strávila v nemocnici 4 dny“ (P4). Co se týče návštěv u endokrinologa, dotazovaná P5 navštěvuje endokrinologa jedenkrát ročně: „Jedenkrát ročně navštěvuji endokrinologa. Odeberou mi krev a vyšetří krk“ (P5). Dotazovaný P3 navštívil endokrinologa zatím pouze jednou, neboť mu byla nemoc diagnostikována teprve nedávno, jak už je zmíněno výše: „Endokrinologa jsem zatím navštívil pouze jednou, kde mi odebral krev a prohmatal krk. Jinak jsem byl u obvodního lékaře a ten udělal skoro to samé, a navíc mi ještě zkontroloval oči a změřil tlak“ (P3). Dotazované P1 a P2 odpověděly, že se jejich návštěva u endokrinologa odvíjí od výsledků jejich krve a současného stavu: „V době, kdy nemoc propukla a byla aktivní, jsem navštěvovala lékaře jednou za měsíc, dvakrát za sebou. V prvním týdnu jsem byla zvážena, sestra mi udělala EKG vyšetření a odebrala krev. V následujícím týdnu jsem byla na konzultaci s lékařem. Zde jsem se dozvěděla, jaký je můj momentální stav, lékařka provedla vyšetření a podle potřeby mi byly sníženy, nebo zvýšeny dávky léků“ (P1). „Krevní testy nyní cca 1x za 5 týdnů, kontrola včetně ultrazvuku 2x ročně. Když se hodnoty v krvi stabilizují, snižuje se i frekvence mých návštěv u lékařky. Pokud jsem objednaná pouze na krev, odběr provádí sestřička v ordinaci. Jsem-li objednaná na kontrolu, lékařka provede zápis do karty – ptá se na změny, prohlíží si mé zornice, hledá případný otok nohou a kontroluje pohledem i pohmatem velikost štítné žlázy na krku. Poté někdy provede ultrazvuk, kontroluje velikost strumy a případné změny. V případě potřeby napíše recept a domluvíme se na příští návštěvě“ (P2).*

### **5.3.3 Kategorie č. 3 - Potřeby a omezení**

Tato sekce otázek se zaměřuje na fyzické, psychické a sociální potřeby dotazovaných s hypotyreózou, které byly nemocí narušeny.

#### *5.3.3.1 Fyzické*

Jak už je zmíněno výše, tak všichni dotazovaní mimo P2 měly problémy s hubnutím a nízkou váhou. „Určitě jsem pozorovala velký váhový úbytek, i když jsem dost jedla“ (P4). Dále se dotazované P1, P2, P4 a P5 shodují na nedostatku spánku a únavě, jak už je také zmíněno výše. Dotazovaná P5 měla navíc zvětšenou štítnou žlázu: „Nízká váha a zvětšená štítná žláza“ (P5). Dále se dotazované P1 a P2 shodují na tlukotu srdce a P3 dokonce zmínil vysoký krevní tlak: „Bušení srdce, jak už jsem již zmiňovala a občasný třes rukou“ (P2). „Zhubnul jsem, motala se mi hlava a měl jsem vysoký tlak“ (P3). Dále stojí za zmínku zvýšené pocení, které se ve velké míře objevilo u P1 a P4: „Zvýšené

*pocení u mě bylo každopádně. Několikrát denně jsem se musela převlékat. V noci jsem se budila v úplně promočené posteli a musela jsem třeba i dvakrát za noc převlékat ložní prádlo. Ale nijak jsem to neřešila. Přičítala jsem to psychickým problémům a zvýšenému stresu“ (P1). „Zvýšené pocení jsem pozorovala určitě a nemohu se ho zbavit ani teď po operaci“ (P4). U dotazovaných P2 a P3 se zvýšené pocení v takové míře neprojevovalo. „Občasně jsem cítila návaly horka, ale nijak jsem to neřešila“ (P2). „Ano, občas jsem se potil, ale nepřikládal jsem to nějakému onemocnění. Bral jsem to tak, že se potí každý“ (P3). Dotazovanou P5 tento příznak nejspíš minul nebo si na něj alespoň nevzpomíná: „Myslím, že ne, přesně si nepamatuji“ (P5). Další otázka v rozhovoru se týkala kvality vlasů, nehtů a celkově kůže. Dotazované P1, P2 i P5 se shodují na zvýšené lámavosti nehtů. Dále se dotazované P1 a P5 shodují na suché kůži: „Ano, nehty se mi hodně lámaly a měla jsem velmi suchou kůži“ (P5). U dotazovaných P1 a P2 se i velmi zhoršila kvalita vlasů a docházelo i k vypadávání. „Jak už jsem říkala, zaznamenala jsem padání vlasů. Na druhou stranu mi i velmi rychle rostly, stejně tak nehty. Kůže byla velmi suchá“ (P1). Dotazované P2 se mění kvalita vlasů dle hodnot krve a momentální medicace: „Ano, rozhodně. Při opakovaném vysazení léků, když jsem měla hodnoty v normě. Vždy poznám na zvýšeném vypadávání vlasů, že se hodnoty zhoršily, aniž bych znala výsledky z krevních testů. Vlasy vždy napoví. Stav vlasů se vždy lepší, jak se lepší hodnoty v krvi. Zkoušela jsem vitaminy, šampony. Doporučit mohu propolisový šampon a vitaminy Renovix. Nehty mám velmi třepivé. Při stresové situaci se pak lámou. Záchrana jsou laky na nehty na zpevnění“ (P2). U dotazovaných P3 a P4 ke změně v kvalitě vlasů, nehtů či kůže nedošlo. Co se týče problémů s pohyblivostí, nikdo kromě P5 tento příznak nepociťoval. Dotazovaná P5 pouze zmínila bolesti kolen. U všech dotazovaných došlo po nasazení léčby ke zlepšení těchto problémů, ať už s váhou, únavou nebo kvalitou vlasů.*

### 5.3.3.2 Psychické

Co se týče psychických změn, tak jsou u dotazovaných velmi individuální. U dotazovaného P3 například k žádným psychickým či emocionálním změnám nedošlo jak před diagnostikou, tak ani po následné terapii: „Nepřišlo mi. Cítím se pořád stejně“ (P3). Oproti tomu, u dotazované P1 došlo k velkým depresivním stavům a úzkostem, které vygradovaly až v pokus o sebevraždu. Dotazovaná však uvádí, že depresemi a úzkostmi trpěla již dříve. Dle jejích slov se to díky hypertyreóze ještě více vystupňovalo: „Depresivními stavy a úzkostmi jsem trpěla ještě před diagnostikou hypertyreózy. V

tomto období se můj stav zhoršil natolik, že jsem se 2x v průběhu dvou měsíců pokusila o sebevraždu. Kromě depresivních stavů se u mě výrazně zvýšila podrážděnost. Trpěla jsem záchvaty vzteku i agresivity“ (P1). Další dotazované P2 a P5 se shodují, že se u nich projevoval vnitřní neklid a u P2 dokonce nervozita. „Neklid a nespavost, na kterou doted' beru léky Cipralex“ (P5). „Nervozita, vnitřní neklid. Řešila jsem to jógou. Pokud jsem nebyla vystavena vysoce stresové situaci, dalo se to zvládnout“ (P2). Další dotazovaná P4 měla pocity roztržitosti a plačtivosti, jak sama říká: „Byla jsem více roztržitá a plačtivá“ (P4). Dotazované tyto nové pocity přikládaly různým stavům. Dotazovaná P1 přikládala svůj zhoršený psychický stav i příznaky hypertyreózy složité životní situaci a psychiatrické diagnóze: „Změny nálad jsem přičítala zhoršení psychického stavu v souvislosti se složitou životní situací. Většinu mého dětství i dospělého života se u mě psychická nepohoda projevovala somaticky. Přičítala jsem symptomy onemocnění štítné žlázy především zhoršenému psychickému stavu. V období, kdy se u mě onemocnění projevilo, jsem procházela velmi těžkým životním obdobím. Měla jsem na starosti dvě děti, jako samoživitelka jsem byla ve složité finanční situaci. Vykonávala jsem práci, kde byly pouze noční směny. Tomu jsem přičítala únavu. Rozešla jsem se se svým partnerem. Uvažovala jsem i o předčasném nástupu klimakteria“ (P1). Dotazovaná P2 je však názoru, že její reakce na stresové situace byly zatím v mezích míry a při nějaké malé stresové situaci jako je v jejím případě například zkouška, zcela přirozené: „Nejlepší je vyhýbat se stresorům, což se vždy nedaří. Pokud jsem ve stresu, myslím, že vnitřní neklid nebo náladovost budu pociťovat i bez souvislosti s mým onemocněním. Pokud mě čeká například zkouška ve škole, ve stresu jsem, i když jsem na medikaci. Jinak nepodléhám stresu, snažím se vše řešit racionálně. Reakce těla na stresovou zátěž mi připadá normální. Pokud bych měla úzkosti ve vyšší míře a bez příčin, asi bych se nad tím zamyslela, ale to jsem nepociťovala“ (P2). Další dotazovaná P4 přisuzovala své emocionální změny pouze únavě, než jí byla diagnostikována hypertyreóza a došlo jí, jaká byla skutečná příčina. „Přisuzovala jsem to velké únavě, později mi došlo, že to bylo způsobené onemocněním“ (P4). Dotazovaná P5 byla v době těchto problémů malá a nikdo s ní tyto změny neřešil: „Byla jsem dítě a nikdo to se mnou neřešil“ (P5).

### 5.3.3.3 Sociální

Tato sekce otázek se týkala sociálních změn vzhledem k této nově objevené nemoci. První otázka se zaměřila na reakci rodiny a okolí na hypertyreózu. U dotazovaných P2 a P5 nebyla reakce okolí ani rodiny nijak významná. „*Nijak významně*“ (P2). U dotazované P5 se tato situace také nijak významně neřešila, neboť byla dotazovaná v dětském věku: „*Nijak to se mnou neřešili. Prý jsem na to byla malá*“ (P5). U dotazovaného P3 byla reakce rodiny překvapivá, ale zároveň byli rádi, že se dozvěděli, co se vlastně děje a mohli příznaky přiřadit danému onemocnění: „*Řekl bych, že je to dost překvapilo, ale byli rádi, že se přišlo na to, co mi je. Rodiče si totiž všimli, že jsem zhubnul, tak mě poslali k doktorovi, že jim to nepřijde normální*“ (P3). Pro dotazovanou P4 byla rodina velkou oporou. Vždy, když se necítila dobře, ji rodina do ničeho nenutila. „*Podpořili mě, kdykoli jsem se necítila dobře, tak mě mamka nenutila jít do školy*“ (P4). Dotazovaná P1 měla u svého okolí nejmenší pochopení. Jak sama odpověděla: „*Vzhledem k tomu, že jsem celkový fyzický i psychický kolaps řešila sebevraždou, neměla jsem u svého bližšího okolí příliš pochopení. Všichni mě považovali za blázna. O onemocnění štítné žlázy se toho také příliš neví a málokdo je informován natolik, aby si uvědomoval jeho závažnost. Širší okolí o mně šířilo fámy, že jistě beru drogy, protože jsem tolik zhubla*“ (P1). Další otázka se zaměřuje na to, zdali daná choroba ovlivnila zaměstnání či studium dotazovaných. U dotazovaných P3 a P5 k žádnému ovlivnění studia ani zaměstnání nedošlo, zatímco u dotazovaných P1 a P4 ano. Dotazovaná P1 musela kvůli dané nemoci a psychiatrické diagnóze vyloučit ze svého života noční směny a razantně změnit svůj životní styl: „*Přestala jsem pracovat na nočních směnách. Jinak jsem vzhledem ke své životní situaci žádná omezení nemohla udělat. Pracovala jsem jako servírka, doma se starala o domácnost a dvě děti. Přesto jsem zapracovala na tom, abych ze svého života vyloučila co možná nejvíce stresu a osob, které mi stres přinášely*“ (P1). Dotazovaná P4 kvůli dané nemoci, především kvůli operaci, hodně zameškala ve škole, ale naštěstí vše dohnala. „*Operace omezila mé studium, musela jsem dohnat pár měsíců na Vyšší odborné škole a do práce si sehnat náhradu na 6 týdnů. Naštěstí jsem vše dohnala*“ (P4). Dotazovaná P2 sice občas pociťuje větší únavu, ale snaží se, aby ji nemoc v konání běžných denních povinností neovlivňovala: „*Pociťuji větší únavu. Někdy mám pocit úzkosti, což je samozřejmě stresem například ze zkoušky zesíleno. Pokud mám běžný režim, práce-domácnost-koníčky, cítím se dobře. Vlastně i má lékařka je často překvapená, když jí hlásím, že je mi fajn, ale tak to zkrátka cítím*“ (P2). Otázky číslo 27 a 28 se zabývají



omezením určitých potřeb, které mohly nastat v souvislosti s daným onemocněním a na vlastní názor probanda na dané onemocnění, zdali má něco na doplnění k rozhovoru. U dotazovaných P3 a P5 k žádným omezením nějakých potřeb nedošlo, ani neměli nic na doplnění. „*Nemám asi nic, co bych doplnil*“ (P3). Dotazovaná P4 se kvůli danému onemocnění omezila ve stravování, jak sama uvádí: „*Omezila jsem jenom hodně slaná jídla, a jak mi bylo doporučeno i jídlo s obsahem jodu (ryby)*“ (P4). Dále dotazovaná doplnila, že se kvůli trvalé medikaci do budoucna obává těhotenství, stejně jako dotazovaná P2. „*Zatím žádné omezení nepociťuji, jenom se trochu obávám, že budu mít problém otěhotnět, ale to budu řešit až v budoucnu*“ (P4). Jak už je zmíněno výše, dotazovaná P2 se snaží, aby ji nemoc a s ní spojená únava nijak neovlivňovala. Jediné, čeho se obává, je v budoucnu těhotenství a s ním spojená rizika: „*I přes to, že bývám unavená, dokážu se přemoci a při práci nebo sportu únavu překonám a činnost zvládnou. Samozřejmě je snazší vykonávání činností „zajetých“, protože když se jedná o automatickou činnost, nevyžaduje tolik pozornosti a tolik mě neunavuje. Ničeho jsem se ale na úkor mého onemocnění nevzdala. Zatím jsem rodinu neplánovala, ale do budoucna mě v tomto směru mé onemocnění do jisté míry omezuje a přináší rizika, což mě trápí*“ (P2). U poslední dotazované P1 došlo v souvislosti s onemocněním k velké nesnášenlivosti teplého prostředí: „*V souvislosti s onemocněním jsem nebyla schopna pobývat déle na slunci. Dříve jsem se ráda opalovala a vydržela pobývat na slunci i dlouhé hodiny. Stejně tak jsem nemohla navštěvovat saunu, jak jsem tomu činila dříve. Celkově se u mě vyvinula silná nesnášenlivost teplého prostředí*“ (P1). Dále dotazovaná velmi razantním způsobem změnila svůj životní styl nejen kvůli hypertyreóze ale i kvůli psychiatrické diagnóze. „*V souvislosti s onemocněním štítné žlázy jsem velmi razantně změnila životní styl a také přistupovala mnohem zodpovědněji k léčení svých psychických potíží. Vzhledem k dramatickému vyvrcholení psychických potíží (sebevražda) jsem byla nucena uvědomit si, že jsem opravdu psychicky nemocná a musím k nemoci zodpovědně přistupovat. Domnívám se, že onemocnění hypertyreózou, které se cyklicky vracelo, mělo vždy silnou souvislost s mým psychickým stavem, množstvím stresu a fyzickou zátěží. Všimla jsem si, že jedna z atak nemoci přišla poté, co jsem pracovala, jako telefonní operátorka a prakticky 8 hodin denně mluvila. Dodnes stále trpím nesnášenlivostí horka a horkého počasí*“ (P1).

## 6 DISKUZE

Bakalářská práce se zaměřuje na potřeby pacientů se sníženou a zvýšenou funkcí štítné žlázy. V rámci rozhovoru jsme se zaměřili i na informace o nemoci a změny či omezení, které nemocí u dotazovaných vznikly. Pro skupinu dotazovaných jsme zvolili kvalitativní výzkumnou metodu pomocí polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha č. 1). Všem dotazovaným byly kladeny stejné otázky, které vycházely z několika kategorií a podkategorií, které jsou názorně rozděleny v tabulce č. 1 a dále přehledně rozpracovány. Všichni dotazovaní však nezodpověděli všechny otázky, neboť se jich daná otázka netýkala či na ni už odpověděli v předešlých otázkách. Během rozhovoru s dotazovanými jsme se kromě potřeb, informací o nemoci a změn či omezení zaměřili i na základní informace o daném probandovi. Ptali jsme se na věk, zaměstnání, jiné nemoci, s jakou konkrétní formou nemoci se léčí a od kolika let se léčí. Výzkumu se účastnilo 10 osob, které tvořilo 8 žen a pouze 2 muži. Dotazovaní se pohybovali ve věkové kategorii 14-57 let. Nejčastější věkové obsazení se pohybovalo v rozmezí 20-30 let. Dotazovaní byli rozděleny na dvě skupiny dle formy onemocnění.

V této části diskuze se zaměříme na hypotyreózu. První kategorie se týkala základních informací. Mandincová (2011) uvádí, že hypotyreóza se častěji vyskytuje u žen ve vyšším věku, což se potvrdilo pouze u jedné dotazované R4. U ostatních dotazovaných se nemoc projevila okolo 20let, u jedné dotazované R5 dokonce ve 4 letech. V našem výzkumu se objevuje s hypotyreózou pouze jeden muž R1, který se s hypotyreózou léčí od 18let, což do tvrzení Mandincové (2011) nespadá.

V další kategorii jsme se zaměřili na samostatné onemocnění. Nejprve jsme se zaměřovali na informovanost dotazovaných o hypotyreóze. Dle Mandincové (2011) je hypotyreóza snížená funkce štítné žlázy, která vzniká nedostatečnou produkcí hormonů štítné žlázy, což v našem výzkumu někteří dotazovaní také uvedli jako definici. Dvě dotazované však pouze uvedly, že si myslí, že jsou o svém onemocnění dostatečně informovány. Dále nás v této kategorii zajímalo, jaké mají dotazovaní podvědomí o možnostech léčby. Kršek (2011) uvádí, že léčba spočívá v substituci levothyroxinu. Mezi zástupce patří Letrox a Euthyrox (Souček et al., 2011). Toto tvrzení nám potvrdili všichni dotazovaní, neboť všichni užívají tyto preparáty. U některých došlo ke změně v dávce těchto přípravků dle jejich aktuálních laboratorních hodnot, jak také uvádí Souček a kolektiv (2011) ve své publikaci. Dotazovaní užívají léky jedenkrát denně ráno nalačno

minimálně 30 minut před snídaní, jak ve své publikaci uvádí Kršek (2011) a jsou o důležitosti tohoto pravidelného užívání všichni dostatečně informováni. Dle Součka a kolektivu (2011) probíhá léčba tohoto onemocnění převážně ambulantně a k hospitalizaci dochází pouze v případě myxedémového kómatu, které se u dotazovaných neprojevovalo. Dále jsme se v rozhovoru zaměřovali na četnost návštěv u lékaře a postup vyšetření. Dle Součka a kolektivu (2011) spočívá základní vyšetření v laboratorních hodnotách krve. Jak uvádí Jiskra (2014) dle hodnot krve se následně nasazuje či případně upravuje medikace. Tyto tvrzení nám dotazovaní potvrdili. Při každé kontrole u endokrinologa podstupují kontrolní odběr krve. Některým je i kontrolována štítná žláza, a to buďto pohmatem nebo kontrolním ultrazvukem.

Dále jsme se v rozhovoru zaměřili na projev onemocnění a potřeby dotazovaných. Souček a kolektiv (2011) uvádí, že nástup příznaků hypotyreózy je u každého zcela individuální, což náš výzkum potvrzuje. U některých dotazovaných měla hypotyreóza asymptomatický průběh, jak uvádí Češka a kolektiv (2010). Jedním z probandů s asymptomatickým průběhem je dotazovaný R1, u kterého se na nemoc přišlo náhodou během preventivní prohlídky, a žádné příznaky u sebe nepozoroval. Další dvě dotazované R3 a R4 u sebe zpočátku také nepozorovaly žádné příznaky, než došlo ke stanovení diagnózy. Po stanovení si však zpětně R4 uvědomovala některé příznaky jako je náladovost, plačtivost a únava. S únavou se potýkala i dotazovaná R3, která před stanovením diagnózy také žádné příznaky nepozorovala. U dotazovaných R2 a R5 došlo před stanovením diagnózy k nárůstu hmotnosti, což uvádí jako jeden z příznaků Češka a kolektiv (2010). Po nasazení medikace se jejich váha opět vrátila do normálu. Oproti tomu dotazovaná R4 uvádí, že u ní došlo ke krátkodobému nárůstu hmotnosti až po nasazení medikace. Zároveň však uvádí, že v té době si nechala zavést nitroděložní tělíčko, tudíž není jisté, čemu daný nárůst hmotnosti přičíst. Mezi další příznaky patří suchá kůže, jak uvádí ve své publikaci Kršek (2011). S tímto problémem se potýkala dotazovaná R3, která musela pokožku několikrát denně mazat různými hydratačními krémy. V souvislosti se suchou pokožkou jsme se dotazovali i na kvalitu vlasů a nehtů, která je dle Češky a kolektivu (2010) zhoršená. Toto tvrzení nám ve výzkumu potvrdily dotazované R2, R3 a R4. Dotazované měly daleko sušší vlasy a hodně se jim lámaly, u některých dokonce vypadávaly. Dotazovaná R2 však navíc uvádí, že jí zároveň s vypadáváním vlasů výrazně rostlo ochlupení. Dotazované se dále potýkaly i s velmi zhoršenou kvalitou nehtů, kdy se nehty často lámaly a třepily. Dále Češka a kolektiv

(2010) uvádí, že se mezi celkové příznaky řadí zimomřivost, což se v našem výzkumu zcela nepotvrdilo. U dotazovaných se mimo R4 tento příznak neobjevil. Dotazovaná R4 uvedla ve svém případě zimomřivost, avšak pouze přes den. V noci se u ní naopak projevovalo pocení. Dále se mezi příznaky dle Češky a kolektivu (2010) řadí mělké zpomalené dýchání, které nikdo z dotazovaných mimo R5 neuvedl. Dotazovaná R5 tento příznak také přímo nepotvrzuje. V rozhovoru však uvedla, že měla občasné problémy s nadechnutím.

Co se týče psychických změn, tak Frýzová (2014) ve svém výzkumu uvádí, že se u dotazovaných vyskytovaly změny nálad, nesoustředěnost, citové poruchy a deprese. V našem výzkumu jsme došli k obdobným výsledkům. U dotazované R4 také docházelo ke změnám nálad, úzkostem a plačtivosti. Další dotazovaná R2 se kromě plačtivosti potýkala i s depresemi. Z odpovědí dotazovaných jsme se však dozvěděli, že tyto emoční změny byly po nasazení medikace zlepšeny.

Dále jsme se v rozhovoru zaměřovali i na sociální změny. První otázka se zaměřovala na reakci rodiny a okolí. Pro většinu dotazovaných nebyla tato diagnóza nijak závažná a rodina ani okolí na tuto nemoc nijak zvlášť nereagovali. Pro dotazovaného R1 a pro dotazovanou R5 byla po stanovení diagnózy matka velkou oporou. U dotazovaného R1 se matka léčila s danou nemocí dříve, tudíž měla o nemoci už nějaké informace. Dotazované R5 byla stanovena diagnóza ve 4 letech a podpora rodiny byla v tomto věkovém období daleko důležitější. S důležitostí podpory rodiny se setkala ve svém výzkumu i Kovářová (2018). Další otázka se zaměřovala na ovlivnění studia či zaměstnání dotazovaných kvůli nově vzniklé nemoci. Kovářová (2018) uvádí, že většina dotazovaných díky onemocnění neměla v práci energii a také se potýkala s únavou, která je v zaměstnání ovlivnila. V našem výzkumu se s tímto problémem nikdo nepotýkal. K ovlivnění v zaměstnání došlo pouze u dotazované R2, a to z důvodu deprese, kvůli které práci často zanedbávala. V posledních dvou otázkách měli dotazovaní možnost vyjádřit se k danému onemocnění a říct, zda u nich byly omezeny nějaké potřeby. Dotazovaní R1, R4 a R5 se shodují, že jediný problém, který jim toto onemocnění způsobilo je nezapomínat užívat pravidelně léky. Dotazovaná R5 dále doplnila, že se stále potýká s bolestmi hlavy a únavou, která ji jistým způsobem omezuje a musí si jít občas po škole odpočinout. Dále se i zmínila o důležitosti jezení ryb pro doplnění jódu.

Další část diskuze se zaměří na hypertyreózu. V první kategorii jsme se zaměřili na základní informace. V této kategorii jsme se stejně jako u hypotyreózy zabývali věkem, druhem onemocnění, zaměstnáním či studiem, jinými nemocemi a od kolika let se dotazovaní s danou nemocí léčí. Jiskra (2014) uvádí, že nejčastější příčinou hypertyreózy je Gravesova-Basedowova choroba, která je nejčastější příčinou u mladých lidí. Toto tvrzení potvrzuje dotazovaná R2, která se s hypertyreózou léčí od 20let a byla jí diagnostikována Gravesova-Basedowova choroba.

V druhé kategorii jsme se zaměřili na samostatné onemocnění a ptali jsme se probandů, jaké mají o nemoci informace. Češka a kolektiv (2010) uvádí, že hypertyreóza je zvýšená funkce štítné žlázy, která je charakteristická nadprodukcí hormonů štítné žlázy. S obdobnou definicí jsme se setkali i u dotazované P2. Dotazované P1 a P4 pouze odpověděly, že si myslí, že jejich vědomosti jsou poměrně rozsáhlé. To však neplatilo pro dotazovanou P5, která touto nemocí trpěla jako dítě a o dané nemoci nebyla dostatečně informována. Nějaké základní informace má až dnes. Dotazovaný P3 si onemocnění štítné žlázy a s ním spojenou zvýšenou či sníženou funkci pojí se zvětšováním či zmenšováním štítné žlázy a dále i s přibíráním a hubnutím. Dále jsme se v rozhovoru zajímali, zdali jsou dotazovaní informováni o druzích léčby. Češka a kolektiv (2010) uvádí ve své publikaci jako možnosti léčby hned tři varianty. Hypertyreóza se může léčit buďto farmakologicky, chirurgicky nebo radioaktivně. Naši dotazovaní P3 a P5 jsou informováni pouze o terapii farmakologické. Dotazovaní P1 a P4 mají své vzdělání o nemoci doplněné ještě o terapii chirurgickou, neboť jedné z nich se dokonce přímo týkala. A poslední dotazovaná P2 má informace nejrozsáhlejší, neboť je informována i o terapii radiojódem. Co se týče farmakologické léčby, Kršek (2011) uvádí, že základem farmakologické léčby jsou tyreostatika. Tyto léky dle Součka a kolektivu (2011) slouží jako počáteční léčba k úpravě štítné žlázy před nasazením konečné terapie. V našem výzkumu většina dotazovaných užívala či stále užívá thiamazol, jehož zástupce tvoří Thyrozol. Tento lék však neseď všem pacientům. K dispozici je dále na trhu dle Jiskry (2014) propylthiouracil neboli Propycil. Ten užívá dotazovaná P2, neboť s Thyrozolem nebyla spokojená. Jiskra dále uvádí, že tento druh léku má více nežádoucích účinků jako je například poškození jater, což dotazovaná v rozhovoru také zmínila. S tímto nežádoucím účinkem dle svých slov bohužel ale nemůže nic dělat. Dle Součka a kolektivu (2011) se dávka léků upravuje dle výsledků krve až do normalizace štítné žlázy do eufunkčního stavu. Toto tvrzení nám dotazovaní ve svých odpovědích také

potvrdili. U dotazované P1 a P2 došlo ke změně léků několikrát dle výsledků krve. Dotazovaný P3 se s nemocí zatím léčí krátkou dobu, tudíž ke změně zatím nedošlo. Další dotazované P4 užívání léků nepostačilo a byla nucena podstoupit totální tyreoidéktomii. Poslední dotazovaná P5 byla v době problémů dítě a na změnu v dávkování si bohužel nevzpomíná. Léčba tohoto onemocnění probíhá ambulantně a v případě operace se nemocní musí i hospitalizovat (Češka et al., 2010). V našem výzkumu byla z důvodu operace hospitalizována dotazovaná P4, která podstoupila totální tyreoidéktomii. Ostatní dotazovaní chodí pouze na ambulantní kontroly.

Dále jsme se v rozhovoru zaměřili na projev onemocnění a potřeby dotazovaných. Češka a kolektiv (2010) uvádí, že u hypertyreózy je typické zrychlené psychomotorické tempo a motilita, čímž může docházet k hubnutí. Mimo dotazovanou P2 se v našem výzkumu toto tvrzení potvrdilo. U ostatních dotazovaných došlo před diagnostikou k výraznému poklesu hmotnosti. Kyriacou (2019) uvádí, že v 10 % případů dochází i k přibírání na váze. Toto tvrzení se však v našem výzkumu nepotvrdilo. Dále se u dotazovaných P1 a P4 objevilo zvýšené pocení, které jako jeden z příznaků uvádí ve své publikaci Kršek (2011). Tato snížená tolerance tepla u obou dotazovaných přetrvává dál i po nasazení léčby. Mezi další příznaky dle Jiskry (2014) patří zhoršená kvalita vlasů i nehtů, která se u dotazovaných P1, P2 a P5 také potvrdila. Dotazovaná P5 dále i uvedla, že se potýkala se suchou pokožkou. Toto tvrzení je však v rozporu s tvrzením Vörösové a kolektivu (2011), která uvádí, že kůže nemocných s hypertyreózou je teplá a jemná. Dále však Vörösová a kolektiv (2011) uvádí jako jeden z příznaků únavu, která se mimo P3 objevila spolu s poruchami spánku u všech dotazovaných. U některých dotazovaných po nasazení medikace únava ustoupila a u některých bohužel ne. Únavu a poruchy spánku uvádí ve svém výzkumu i Kovářová (2018), avšak tyto příznaky se v jejím výzkumu týkají pacientů s hypotyreózou. Dále se u dotazovaných P1, P2, P3 a P5 objevovaly kardiovaskulární příznaky. Mezi tyto příznaky se dle Vörösové a kolektivu (2011) řadí zrychlená srdeční činnost, která se objevuje i během spánku a s kterou souhlasí dotazované P1 a P2. Dotazovaný P3 tyto příznaky doplnil i o zvýšené hodnoty krevního tlaku. K těmto příznakům se dle Češky a kolektivu (2010) může přidat i zrychlené dýchání a pocity dušnosti, s kterými souhlasí dotazovaná P5. Ta měla často problémy se zadýcháváním. Češka a kolektiv (2010) dále také uvádí jako jeden z příznaků viditelný klidový třes rukou a očních víček. S tímto klidovým třesem rukou souhlasí dotazovaná P2, která navíc i doplňuje bolesti při menstruaci.

Co se týče psychický změn, tak Vörösová a kolektiv (2011) uvádí, že mezi další příznaky patří nespavost, nervozita a neklid. Mimo dotazovaného P3 se u všech dotazovaných objevily poruchy spánku. U dotazované P5 dokonce přetrvaly dodnes a užívá na ně i příslušnou medikaci. Dále dotazovaná P5 pociťovala před diagnostikou vnitřní neklid stejně jako dotazovaná P2, která svou odpověď na psychické změny doplnila ještě o nervozitu. Nervozitu a dále i úzkost uvádí ve svém článku Cherney (2018). Úzkostmi před diagnostikou trpěla dotazovaná P1, která se dlouhodobě léčila na psychiatrickém oddělení a před stanovením diagnózy a nasazením příslušné léčby se její psychické problémy ještě zhoršily. Dále také trpěla depresemi, agresivitou a měla návaly vzteku. Hage a Azar (2012) ve svém výzkumu uvádějí, že pacienti s poruchami štítné žlázy jsou k rozvoji příznaků deprese náchylnější. Další dotazovaná P4 doplnila náš výzkum ještě o roztržitost a plačtivost, která ji v začátcích onemocnění doprovázela.

Dále jsme se v rozhovoru zaměřovali i na sociální změny. První otázka se zaměřovala na reakci rodiny a okolí. Autorky Mandincová (2011) a Gurková (2017) se shodují na tom, že opora rodiny je pro nemocného velmi důležitá. Pro některé rodinné příslušníky dotazovaných nebyla tato diagnóza nijak závažná, a tudíž na ni nějak zvlášť nereagovali. U dotazovaného P3 pociťovala rodina úlevu, neboť se přišlo na příčiny náhlého hubnutí. Dotazovanou P4 rodina podpořila a nenutila ji chodit do školy, když byla velmi unavená. S velkým nepochopením se setkala dotazovaná P1, neboť její stav vyústil až v pokus o sebevraždu. Jak už je zmíněno výše, dotazovaná P1 se dlouhodobě léčí na psychiatrii a léčila se již dříve, než jí byla diagnostikována hypertyreóza. Dotazovaná trpěla velkými depresemi a úzkostmi, což vedlo k psychickému kolapsu, který skončil pokusem o sebevraždu. Dotazovaná se tím pádem setkala s velkým nepochopením její situace a musela čelit i pomluvám, které byly spojeny s užíváním drog. Další otázka se týkala zaměstnání či studia. Ptali jsme se, zdali museli dotazovaní v souvislosti s hypertyreózou učinit nějaká omezení v rámci jejich studia či zaměstnání. Dotazovaní P3 a P5 žádná omezení učinit nemusela. Další dotazovaná P2 bývá stále často unavená, ale snaží se svou únavu překonávat a nenechává nemoc, aby ji ovlivňovala život. Dotazovaná P4 kvůli hospitalizaci zameškala spoustu hodin ve škole a musela za sebe hledat náhradu i do práce, což jí v určité míře způsobilo problémy, avšak naštěstí vše dohnala. Poslední dotazovaná P1 skončila kvůli nemoci, a hlavně kvůli svému psychickému kolapsu, na nočních směnách a snažila se vyhýbat stresu. Díky tomuto kolapsu si však uvědomila, že by měla ke své psychiatrické diagnóze a dále i

k hypertyreóze přistupovat zodpovědněji. Dále dotazovaná zmínila, že stále trpí nesnášenlivostí horka, která ji omezuje, neboť dříve se ráda opalovala a navštěvovala sauny. Dotazované P2 a P4 se ke jich nemoci v posledních dvou otázkách také vyjádřily. Shodují se na tom, že jejich nemoc je do budoucna bude omezovat v založení rodiny, což je trápí.



## 7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala potřebami pacientů s onemocněním štítné žlázy. Na začátku práce jsme si stanovili cíl a výzkumné otázky, které nám k dosažení cíle dopomohly. Cíl této práce byl: Zmapovat potřeby pacientů s onemocněním štítné žlázy. Na základě tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První otázka byla: Jaké potřeby mají pacienti s hypofunkcí štítné žlázy? Jako druhou otázku jsme stanovili: Jaké potřeby mají pacienti s hyperfunkcí štítné žlázy? Cíl této práce byl splněn. Zmapovali jsme potřeby pacientů s hypotyreózou i hypertyreózou a zjistili, v jakých potřebách jsou pacienti nejvíce omezeni a v jakých nikoli.

Na základě výsledků výzkumného šetření jsme z rozhovorů zjistili, že pro každého pacienta je důležitá jiná potřeba vzhledem k ovlivnění jeho života danou nemocí, neboť nemoc ovlivňuje pacienta ve všech jeho systémech. Nejčastěji jsme se setkali s únavou, která některé dotazované ovlivňovala před diagnostikou ale i následně po ní a ovlivňuje je dodnes. Dále se někteří dotazovaní zmínili i o budoucích problémech s těhotenstvím, které by pro ně nebo jejich budoucího potomka mohlo být riskantní. Některé dotazované s hypertyreózou, konkrétně P1 a P4, se také zmínily o zvýšeném pocení a nesnášenlivosti horka, která je provázela před diagnostikou onemocnění a mají s ní problémy dodnes, což je v jistých situacích omezuje. Dotazovaná P1 se dříve ráda opalovala a chodila do sauny, což teď kvůli nesnášenlivosti horka nemůže provozovat. Další potřeby byly individuální dle preference daného jedince.

Dle mého názoru je široká veřejnost opravdu málo informovaná o daných onemocněních a kvůli tomu bohužel nemá pro nemocné takové pochopení. Myslí si, že léčba spočívá pouze v užívání léků, což pro nemocné není nijak zvlášť omezující, ale už si neuvědomuje, jaké komplikace či jaká omezení tyto onemocnění mohou způsobit, a tím znepříjemňovat nemocnému život.

Tato práce může posloužit studentům zdravotnických škol k doplnění si vzdělání v dané problematice. Dále by mohla i posloužit jedincům s hypotyreózou nebo hypertyreózou, kteří nemají dostatek znalostí o své nemoci.

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ASTL, J., 2013. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf. 252 s. ISBN 978-80-7345-358-9.
2. ČEŠKA, R. et al., 2010. *Interna*. Praha: Triton. 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.
3. ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. 3. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
4. FRANK, E., D., PARK J. S., WATSON, W., CHONG, E., YANG, S., SIMENTAL, A., A., 2020. *Total thyroidectomy: Safe and curative treatment option for hyperthyroidism* [online]. In: [cit. 2020-07-01]. DOI: 10.1002/hed.26148. ISSN 10433074. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/hed.26148>
5. FRÝZOVÁ, K., 2014. *Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hypotyreózou* [online]. [cit. 2020-07-29]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D. Dostupné z: [https://theses.cz/id/ttjkgh/Bakalsk\\_prce-Kristna\\_Frzov.pdf](https://theses.cz/id/ttjkgh/Bakalsk_prce-Kristna_Frzov.pdf)
6. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.
7. HAGE, M., P., AZAR, S., T., 2012. *The Link between Thyroid Function and Depression*. *Journal of Thyroid Research* [online]. 1-8 [cit. 2020-08-06]. DOI: 10.1155/2012/590648. ISSN 2090-8067. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/jtr/2012/590648/>
8. HRONOVSKÁ, L., 2011. *Nádory štítné žlázy: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha. 12 s. ISBN 978-80-260-2004-2.

9. CHERNEY, K., 2018. *Symptoms and Diagnosis of Hyperthyroidism*. Everyday Health [online]. [cit. 2020-07-30]. Dostupné z: <https://www.everydayhealth.com/hyperthyroidism/guide/symptoms/>
10. JISKRA, J., 2014. *Poruchy štítné žlázy: praktický přehled nejen pro laickou veřejnost*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. 48 s. ISBN 978-80-204-3301-5.
11. KOVÁŘOVÁ, L., 2018. *Potřeby nemocných s hypotyreózou* [online]. [cit. 2020-08-05]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Vladimír Koutecký. Dostupné z: [file:///C:/Users/Uzivatel/Documents/Bakal%C3%A1%C5%99ka/kov%C3%A1%20ov%C3%A1\\_2018\\_dp.pdf](file:///C:/Users/Uzivatel/Documents/Bakal%C3%A1%C5%99ka/kov%C3%A1%20ov%C3%A1_2018_dp.pdf).
12. KRŠEK, M., 2011. *Endokrinologie*. Praha: Galén. 97 s. ISBN 978-80-7262-687-8.
13. KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 133 s. ISBN 978-80-7454-600-6.
14. KYRIACOU, A., KYRIACOU, A., MAKKRIS, K., C., SYED A., A., PERROS, P., 2019. *Weight gain following treatment of hyperthyroidism—A forgotten tale*. Clinical Obesity [online]. 9(5) [cit. 2020-07-30]. DOI: 10.1111/cob.12328. ISSN 1758-8103. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cob.12328>
15. MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6.
16. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

17. NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
18. PERUŠIČOVÁ, J., 2014. *Diabetes mellitus a endokrinologie: průvodce pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. 118 s. ISBN 978-80-7345-400-5.
19. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
20. ROKYTA, R., MAREŠOVÁ, D., TURKOVÁ, Z., 2014. *Somatologie: učebnice*. 6. vyd. Praha: Wolters Kluwer. 260 s. ISBN 978-80-7478-514-6.
21. ŞAKI, H., CENGİZ, A., YÜREKLI, Y., 2015. *Effectiveness of Radioiodine Treatment for Toxic Nodular Goiter. Molecular Imaging and Radionuclide Therapy* [online]. **24**(3), 100-104 [cit. 2020-07-01]. DOI: 10.4274/mirt.48378. ISSN 21461414. Dostupné z: [http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_1408/MIRT-24-100.pdf](http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_1408/MIRT-24-100.pdf)
22. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
23. SOUČEK, M., ŠPINAR, J., VORLÍČEK, J. et al., 2011. *Vnitřní lékařství. 2. díl*. Praha: Grada Publishing. Rozsah: s. 807-1577. ISBN 978-80-247-2110-1.
24. STÁRKA, L., 2010. *Endokrinologie*. Praha: Triton. 232 s. ISBN 978-80-7387-328-8.
25. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

26. ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
27. TOFT, D., J., 2019. *Radioactive Iodine Therapy for Hyperthyroidism Is Associated with Increased Solid Cancer Mortality*. *Clinical Thyroidology* [online]. **31**(8), 326-329 [cit. 2020-07-07]. DOI: 10.1089/ct.2019;31.326-329. ISSN 2329-9711. Dostupné z: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/ct.2019;31.326-329>
28. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace: v moderní ošetrovatelské praxi*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. 226 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
29. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
30. VOKURKA, M., HUGO, J., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.
31. VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2011. *Ošetrovatelský proces v internom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 240 s. ISBN 978-80-8063-358-5.
32. Vyhláška č. 55/2011 Sb. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, 2011. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

33. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
34. ZACHAROVÁ, E. et al., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory: v moderní ošetrovatelské praxi*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
35. Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
36. ZAMRAZIL, V., ČEŘOVSKÁ, J., 2014. *Jod a štítná žláza: optimální přívod jodu a poruchy z jeho nedostatku*. Praha: Mladá fronta. 51 s. ISBN 978-80-204-3302-2.

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha č. 1 – Polostrukturovaný rozhovor s probandy

Příloha č. 2 – CD s rozhovory

## Příloha č. 1

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Od kolika let se léčíte s hypertyreózou (zvýšená činnost štítné žlázy) / hypotyreózou (snížená činnost štítné žlázy)?
- 3) Jaké je Vaše zaměstnání, případně jestli studujete, tak jakou školu?
- 4) Léčíte se dlouhodobě s nějakým onemocněním **mimo** hyper/hypotyreózu?
- 5) Jaké máte informace o hyper/hypotyreóze?
- 6) Byl/a jste o Vašem onemocnění dostatečně informován/a?
- 7) Je ve Vaší rodině někdo se stejným onemocněním?
- 8) Víte, jakým způsobem se dá toto onemocnění léčit?
- 9) Jakým způsobem se u Vás onemocnění projevilo, respektive jaké příznaky Vás donutily navštívit lékaře?
- 10) Jaké užíváte léky a co o jejich užívání víte?
- 11) Došlo v průběhu užívání léků k nějaké změně v množství/dávce?
- 12) Pokud ano, měla změna medikace nějaký vliv na fyzický či psychický stav?
- 13) Jak konkrétně probíhala Vaše léčba? Došlo kvůli danému onemocnění k hospitalizaci, případně z jakého konkrétního důvodu a na jak dlouho?
- 14) Jak často navštěvujete svého endokrinologa a jak tato návštěva probíhá?
- 15) K jakým fyzickým změnám došlo ještě před diagnostikou Vašeho onemocnění?
- 16) K jakým fyzickým změnám došlo následně po nasazení léčby?
- 17) Pocítil/a jste u sebe před diagnostikou Vašeho onemocnění zvýšenou zimomřivost/pocení, případně jak jste tento problém řešil/a?
- 18) Změnila se s Vaší nemocí kvalita vlasů, nehtů nebo celkově kůže, případně jak a jaké přípravky Vám na určité problémy pomáhaly?
- 19) Pociťoval/a jste nějaké problémy s pohyblivostí, případně jaké?
- 20) Jak se v průběhu léčby měnila Vaše váha?



- 21) Jak jste tento pokles či přibývání řešil/a?
- 22) K jakým psychickým/emocionálním změnám došlo ještě před diagnostikou Vašeho onemocnění a jak jste tyto změny řešil/a?
- 23) Pokud ano, došlo po nasazení léčby ke zlepšení těchto změn?
- 24) Jak jste na tyto změny reagoval/a? Přikládal/a jste je nějakému onemocnění/ špatnému období nebo něčemu jinému?
- 25) Jak na Vaše onemocnění reagovala rodina či okolí?
- 26) Ovlivnilo dané onemocnění nějakým způsobem Vaše zaměstnání či studium? Pokud ano, jak?
- 27) Došlo v souvislosti s onemocněním k nějakým omezením určitých potřeb, případně k jakým?
- 28) Doplnil/a byste ještě něco k našemu rozhovoru? Někaké omezení určitých potřeb nebo unikátní příznak, který u Vás nastal?

## 10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

TSH = thyreotropní hormon

T3 = trijodtyronin

T4 = tyroxin

fT3 = free-T3 = volný trijodtyronin

fT4 = free-T4 = volný tyroxin

USG = ultrasonografie

CT = computer tomography = počítačová tomografie

MR = magnetická rezonance

CRP = C-reaktivní protein

HLA-systém = Human Leukocyte Antigen = lidský leukocytární antigen

TgAb = thyreoglobulin

TPOAb = tyreoidální peroxidáza

tzv. = tak zvaný

FNAB = fine needle aspiration biopsy = aspirační biopsie tenkou jehlou

RAŠ = reflex Achillovy šlachy

TT3 = celkový trijodtyronin

TSAb = thyroid stimulating antibody = protilátka stimulující štítnou žlázu

event. = eventuálně

l/24 hod. = litr za 24 hodin

EKG = elektrokardiografie