



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Specifika ošetřovatelské péče u pacientů s hypotyreózou

Vypracoval: Kristýna Frýzová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o pacienta s hypotyreózou. Hypotyreóza je onemocnění charakterizované sníženou funkcí štítné žlázy jehož následkem je nedostatečné zásobení organismu tyreoidálními hormony. Nejčastější příčiny bývají autoimunitního charakteru, kdy tělo vytváří protilátky proti vlastním strukturám štítné žlázy. Zde vznikají chronické záněty, které žlázu dále porušují. Porucha štítné žlázy může také vzniknout na základě dlouhodobého jodového deficitu. V naší populaci se už v současnosti nevyskytuje, a to díky jodaci soli v padesátých letech minulého století. Hypotyreózu z nedostatku jodu můžeme nalézt v horských oblastech zemí třetího světa, kde je nízký obsah jodu v půdě. Literatura hovoří o navyšující se incidenci nemoci v populaci. Toto může být zkresleno mnoha faktory, jako je např. stárnoucí populace, nárůst autoimunitních chorob, zkvalitnění diagnostických postupů nebo cílené vyhledávání nemoci. Častější je u naší populace hypotyreóza vzniklá postnatálně. S věkem se její incidence zvyšuje a postihuje převážně ženy, u mužů je výskyt značně menší. Rizikovými skupinami obyvatelstva jsou těhotné a kojící ženy, děti a dospívající. Pro plod v době nitroděložního vývoje, pro novorozence i pro kojence je jediným zdrojem jodu matka. Těžký nedostatek jodu u matky může způsobit vážné poruchy ve vývoji mozku dítěte. Vrozené poruchy štítné žlázy jsou dnes vzácné. S těmito fakty bezpochyby souvisí zkvalitňování a zvyšování nároků na ošetrovatelskou péči, která se týká diagnózy hypotyreózy.

Naše práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou představeny základní údaje o problematice tohoto onemocnění, dále obsahuje rozdělení nemoci na jednotlivé vyskytující se formy, příčiny a příznaky nemoci, popisuje způsoby léčby, komplikace, rizikové faktory a prognózu. Teoretická část je zakončena nezbytným představením ošetrovatelské péče o nemocné s hypotyreózou, která nás právě pro tento výzkum nejvíce zajímá.

Východiskem pro výzkumné šetření se staly nejčastější problémy, objevující se v souvislosti s onemocněním štítné žlázy. Pro vytvoření teoretické části jsme použily ověřené literární zdroje, na jejichž základě jsme stanovily proces samotného výzkumu. Výzkumnou část jsme směřovaly do oblastí specifík ošetrovatelské péče pomocí

jednotlivých kategorií, z nichž tyto specifika vyplývají. Pro naše výzkumné šetření byly na základě vybraného tématu stanoveny dva cíle.

Jak napovídá název celé práce, prvním cílem bylo zmapování ošetrovatelské péče o pacienty s hypotyreózou. Nedílnou součástí těchto specifík bylo popsání projevů a problémů nemoci, od kterých se celá ošetrovatelská péče odvíjí. Druhým cílem bylo poukázání na specifické potřeby lidí trpících onemocněním štítné žlázy. Na základě vytyčených cílů jsme utvořily tři výzkumné otázky.

První otázkou bylo zjišťování specifík v ošetrovatelské péči, která se mohou při tomto onemocnění objevit. Druhá otázka se zaměřovala na možné specifické potřeby takto nemocných. Třetí otázkou jsme chtěly zjistit míru informovanosti lidí, které toto onemocnění postihlo. Pro získání odpovědí jsme vybraly kvalitativní sběr dat. Oslovily jsme 8 respondentů, které jsme zastihly na vyšetření u endokrinologického lékaře. S jeho svolením jsme pro účely výzkumu vytvořily polostandardizovaný anonymní rozhovor. Všechny rozhovory se uskutečnily v období od února do března 2013 se zmiňovanými respondenty s hypotyreózou. Tyto rozhovory nám pomohly získat odpovědi na otázky které, jsme si stanovily v naší práci.

První výzkumná otázka se týká specifík ošetrovatelské péče. Naším šetřením seš jako zásadní jeví osobní přístup ošetřujícího personálu k nemocnému jako k individu a bio-psycho-sociálnímu celku. Nutnost holistického přístupu byl v tomto případě onemocnění zřejmý již při zjištění prvních projevů nemoci, od kterých se celé výzkumné šetření a stanovení specifík odvíjelo. Pacienti s hypotyreózou jsou léčeni pomocí substituční terapie ve formě tablet, které samostatně užívají v domácím prostředí. Není proto nutná hospitalizace, nedejde-li ke komplikacím nemoci, které jsou při dnešní úrovni léčby velice vzácné. Jednotlivá specifika péče ze strany sestry se odvíjí od potíží, které u konkrétního pacienta nemoc způsobuje. Tyto potíže se po nastavení léčby u většiny respondentů značně zmírnily, někde vymizely úplně. Díky správnému dávkování léčivého přípravku a spolupráci pacienta s lékařem a ošetřujícím personálem. Projevy nemoci se mohou objevit při neužívání tablet nebo při vystavení nemocného rizikovým faktorům. Právě znalosti těchto oblastí souvisí se specifiky

ošetřovatelské péče a je nezbytné je znát i přes to, že sestry se s pacienty s hypotyreózou setkají v nemocnici pouze v případě, je-li to jejich druhotné onemocnění.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na specifické potřeby pacientů vzniklé onemocněním štítné žlázy. Tyto potřeby se odvíjely nejen od problémů, které respondenti popisovali, ale i od jejich aktuálního zdravotního stavu. V době, kdy jsme s respondenty spolupracovali, byla jejich nemoc již léta ošetřena a svůj zdravotní stav mnozí hodnotili jako téměř normální. Avšak přetrvávaly potřeby pocitu bezpečí, jistoty a lásky. Tyto potřeby pociťovali respondenti zejména v době, kdy projevy nemoci byly nejhorší.

Nutnost být informován o své nemoci se týkala zejména třetí výzkumné otázky, která se zabývala informovaností respondentů o svém onemocnění. Zjišťovaly jsme kdy, jak a od koho informace naši respondenti získávají a zda a proč si aktivně sami nové informace vyhledávají. Z výzkumného šetření vyplývá, že valnou část informací respondenti získali až v průběhu času po diagnostice hypotyreózy. Jsou se získanými informacemi spokojeni. Někteří si nové informace vyhledávají aktivně sami pomocí různých literárních nebo mediálních zdrojů.

Na základě výsledků výzkumného šetření byl vypracován informační materiál, který seznamuje veřejnost se základními informacemi o této nemoci a nejdůležitějšími výsledky našeho výzkumného šetření. Materiál by měl být zveřejněn v čekárnách praktických lékařů.

Abstract

This bachelor thesis is focused on the specifics of the nursing care of patients with hypothyroidism. Hypothyroidism is a disease of the thyroid gland, which is characterized by its reduced function, and its consequence is an insufficient supply of the thyroid hormones to the human body. The most common cause tends to be of the autoimmune nature which is when an organism creates antidotes against its structure thyroid. Here arises chronic inflammation which violates the gland. Thyroid disorder can also arise because of long term iodine deficiency. But it doesn't occur in our society due to the iodation of salt in the fifties of the last century. Hypothyroidism caused by the lack of iodine can be found in the mountainous areas of third world countries where there is low iodine content in the soil. Literature talks about the growing incidence of disease amongst the population, it can be misinterpreted by many factors such as the aging population, growth of autoimmune diseases, diagnostic procedures improvement and by the targeted search for disease. In our population postnatal hypothyroidism is more common. Its incidence grows with age and affects mainly women, men are affected considerably less. High-risk groups of population are pregnant and breastfeeding women, and also children and adolescents. The only source of iodine for the fetus during intrauterine development, newborns, and infants is their mother. The Mother's lack of iodine can cause serious malfunction in the child's brain development. Congenital disorders of thyroid gland are rare nowadays. There is no doubt that improving and increasing demands on nursing care are closely related to these facts.

This work is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part, basic information is introduced about the issues of this disease, the division of disease into its types, causes, symptoms, treatments, complications, risk factors and prognosis. One of the most important parts is also an introduction of the nursing care of patients with hypothyroidism, which is at the end of the theoretical part.

The starting point for our research was the most common problems that appear in connection to thyroid disease. Verified sources were used for the creation of the theoretical part and we set the research itself on their basis. The research was directed to

specific areas of nursing care according to the categories from which these areas derive. Two objectives were set on the basis of our research.

The first objective was to map the specifics of the nursing care of patients with hypothyroidism, as the title of this thesis says. An inseparable part of these specifics was a mapping of symptoms and problems of the disease on which the entire nursing care depends. The other objective was aimed at specific needs of people who suffer from hypothyroidism. Three research questions were made from these objectives. The first research question asked was to find out what specifics can appear in nursing care during hypothyroidism. The second research question focused on the specific needs of such patients. With the third research question we wanted to find and point out the state of awareness of the people who were affected by thyroid disease. We chose qualitative data collection to obtain answers to these questions. We asked eight different respondents who we met at an examination at an endocrinologist and with their permission we created a semi-structured anonymous interview which we used for our research purposes. These interviews with hypothyroidism patients occurred between February and March 2013 and helped us to obtain the answers for the questions that we set in the thesis.

The first research question is dealing with the specifics of nursing care. Research shows that the basic specific of care of patients suffering from hypothyroidism is an attitude of the nursing staff towards the patients as to individual and bio-psycho-social entity. There is an apparent need for a holistic approach in such a case of disease. Patients with hypothyroidism are treated with replacement therapy in the form of tablets which they use at home, because of that no hospitalization is required unless there is any case of complication, even though complications are very rare nowadays. The particular specifics of nurse care are derived from the complications of particular patient's cause of disease. These complications were significantly reduced after an adjustment of the therapy for the majority of patients and sometimes disappeared completely. All of this only because of the right dosage of medicine and cooperation of patients with doctors and nursing staff. Lost manifestation of disease may appear because of not using the tablets or during patient risk factor exposure. It is necessary to

have knowledge of these areas related to the specifics of nursing care even though a nurse and patient with hypothyroidism meet only in the hospital when it is a patient's secondary disease.

The second research question was aimed at the patients' specific needs caused by thyroid disease. These needs were derived from the problems which respondents described and from their actual state of health. When we cooperated with respondents their disease had been treated for years and most of them considered their state of health almost normal. Nevertheless, there persisted needs of safety, confidence and love. Patients used to have such feelings during the worst manifestations of disease.

The need to be informed was also confirmed, corresponding to the third research question which examined how the patients were informed about their illness. We found out when, how and from whom our respondents received information and whether they looked for new information on their own. The research shows that our respondents received most of the information over time after the hypothyroidism diagnosis. They are satisfied with their acquired knowledge. Some of them look actively for new information using various literary or media resources.

Based on the results of this research an informational material (brochure) was created which acquaints the public with basic information about the disease and the most important results of our research. The material should be available in the waiting area at the general practitioner.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Chtěla bych poděkovat za cenné rady a spolupráci mé vedoucí práce Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D. Také děkuji všem, kteří byli ochotní spolupracovat a poskytli nám tak důležité informace pro zpracování této práce. Velký dík patří i mé rodině, která pro mě měla pochopení a po celý čas vytváření této práce se mi snažila pomáhat alespoň psychickou podporou.

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 11 |
| 1. Současný stav..... | 13 |
| 1.1 Definice onemocnění | 13 |
| 1.2 Etiologie onemocnění | 13 |
| 1.2.1 Formy nemoci | 14 |
| 1.2.2 Stadia nemoci..... | 16 |
| 1.3 Příznaky onemocnění..... | 17 |
| 1.4 Diagnostika | 19 |
| 1.5 Léčba | 22 |
| 1.5.1 Užívání léčivého přípravku | 24 |
| 1.6 Komplikace..... | 25 |
| 1.7 Prognóza..... | 27 |
| 1.8 Ošetrovatelská péče o pacienty s hypotyreózou..... | 28 |
| 2. Cíle práce a výzkumné otázky | 31 |
| 2.1 Cíle práce..... | 31 |
| 2.2 Výzkumné otázky..... | 31 |
| 3. Metodika | 32 |
| 3.1 Metodika a technika výzkumu | 32 |
| 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru | 33 |
| 4. Výsledky..... | 34 |
| 4.1..... | 34 |
| 4.2 Vyhodnocení polostandardizovaného rozhovoru..... | 36 |
| 5. Diskuze | 51 |
| 6. Závěr | 57 |
| 7. Seznam použitých zdrojů | 59 |
| 8. Klíčová slova..... | 62 |
| 9. Přílohy..... | 63 |

Úvod

Porucha štítné žlázy charakterizovaná její sníženou funkcí (tzv. hypotyreóza) je onemocněním, které ve svých důsledcích postihuje celý lidský organismus. V mnoha případech může vést nejen k těžkým poruchám zdraví ale i k ovlivnění celkové kvality života člověka. Porucha postihuje především lipidový metabolismus, čímž přispívá ke vzniku aterosklerózy. V některých případech, zejména u nezjištěné a neléčené hypotyreózy, může dojít až ke smrti nemocného.

Ačkoliv bylo toto onemocnění popsáno a definováno již koncem 19. století, nevěnovali mu odborníci tolik pozornosti jako poruše štítné žlázy se zvýšenou funkcí (tzv. hypertyreóza). K jasnému vymezení hypotyreózy a vytvoření diagnostických kritérií došlo až v druhé polovině 20. století, neboť převládal názor, že výskyt tohoto onemocnění je oproti hypertyreóze nižší. Současné vědecké poznatky však prokázaly, že i v zemích s vyřešeným deficitem jódu, patří hypotyreóza společně s autoimunitními tyreoiditidami k nejčastějším onemocněním štítné žlázy. Diagnostika a léčba by měla tvořit tedy důležitou a nezanedbávanou součást klinické praxe endokrinologických lékařů, ve spolupráci s praktiky a specialisty ostatních lékařských oborů. Fakt, že se výskyt hypotyreózy zvýšil, nesporně souvisí nejen se zdokonalením diagnostických postupů a lepšími možnostmi choroby rozpoznat, ale také s obecným nárůstem autoimunitních chorob a stárnutím populace.

Díky moderním vyšetřovacím metodám je dnes možné hypotyreózu rozpoznat a léčit v čas. Jde o poměrně časté onemocnění postihující především ženy kolem padesátého roku života (asi 15 – 20 %). Dá se hovořit o nemoci hromadného výskytu.

Hypotyreóza má několik stádií a forem. Nejčastěji vyskytující se formou je získaná primární klinicky manifestní hypotyreóza, které bude v bakalářské práci věnován největší prostor. Ostatní formy se vyskytují spíše vzácně.

V poslední době se hodně hovoří o tzv. hypotyreóze subklinické. Významnost této nozologické jednotky není však ještě zcela jednoznačně zhodnocena a názory na léčbu a kritéria diagnostiky v této fázi hypotyreózy se značně liší.

S problematikou štítné žlázy a jejích nemocí jsem se již setkala, a to díky onemocnění v rodině. Matka musela následkem hypotyreózy podstoupit chirurgický zákrok vedoucí k odstranění štítné žlázy. V důsledku osobních zkušeností a nedostatečného povědomí o endokrinních onemocněních, jsem si zvolila toto téma pro svou bakalářskou práci. Věřím, že díky teoretickému zpracování odborné literatury i následnému výzkumnému šetření, dokáži lépe pochopit nejen funkci endokrinních žláz v rámci lidského těla, ale i život lidí trpících jejich poruchou. (30)

1. Současný stav

1.1 Definice onemocnění

Hypotyreóza je onemocnění vzniklé v důsledku nedostatečného či nulového tvoření hormonů, které jsou potřebné pro správnou funkci celého organismu. Jedná se o nedostatečné zásobení thyroidalních hormonů, podmíněné nejčastěji poruchou funkce štítné žlázy (periferní forma) a méně častěji vzniká z poruchy hypotalamo-hypofyzární regulace (centrální forma). Nejčastější příčiny bývají autoimunitního charakteru (chronická lymfocytární tyreoiditida). V užším slova smyslu se hovoří o Hashimotově tyreoiditidě. Onemocnění, které pojmenoval a popsal japonský chirurg Dr. Hashimoto ve své práci publikované v roce 1912. V dnešní době ji považujeme za jednu z velmi významných, orgánově specifických autoimunitních chorob. Postihovány bývají ve většinovém zastoupení ženy, a to často v období klimakteria. Zánět vzniká z důvodu špatně a agresivně působícího imunitního systému člověka, kdy místo ochrany dochází k destrukci vlastních buněk ve štítné žláze. Doslova je ničena a následně není schopna zajišťovat požadované množství tyreoidálních hormonů. Ani v dnešní době není medicína natolik vyspělá, aby dokázala tento ničivý proces zcela zastavit. Řešení proto zůstává v doplňování chybějících hormonů prostřednictvím léků. Dalšími nezanedbatelnými příčinami jsou operativní odstranění štítné žlázy a léčba zářením. Nedostatečné množství hormonu štítné žlázy způsobuje zpomalení metabolismu buněk, čímž následně dochází ke zpomalení veškerých tělesných funkcí a objevují se typické příznaky jako je únava, snížená energie, problémy s pamětí, suchá kůže atd. (více viz kapitoly 1.3). (5, 24, 28, 30, 4)

1.2 Etiologie onemocnění

Nejčastější příčinou primární hypotyreózy je v České Republice postižení štítné žlázy na podkladě chronického autoimunitního zánětu (chronická lymfocytární tyreoiditida). Jedná se o stav, při němž imunitní systém člověka vytváří protilátky vůči vlastním strukturám štítné žlázy a tím ji poškozuje. (5, 30, 15, 28)

Porucha štítné žlázy může vzniknout rovněž na základě dlouhodobého jodového deficitu. Hypotyreóza způsobená nedostatkem jodu se v současnosti objevuje například v horských oblastech zemí třetího světa, kde je nízký obsah jodu v půdě. V naší populaci se díky jodaci soli v padesátých letech minulého století příliš nevyskytuje. (8, 9, 30, 28)

Rizikovými skupinami obyvatelstva jsou těhotné a kojící ženy, děti a dospívající. Pro plod v době nitroděložního vývoje, pro novorozence a kojence je jediným zdrojem jodu matka. Těžký nedostatek jodu u matky může způsobit vážné poruchy ve vývoji mozku dítěte. Vrozené poruchy štítné žlázy jsou dnes sice vzácné, přesto je v ČR povinný novorozenecký screening pro případnou včasnou diagnostiku a následnou léčbu. (28, 11, 30)

Další častou příčinou onemocnění bývají léčebné zákroky. Především se jedná o chirurgické odstranění štítné žlázy (tyreoidektomie). Dále vysoké dávky tyreostatik, léky ovlivňující imunitní systém (interferony), lithium, amiodaron. Ozáření oblasti krku, ale také mediastina nebo hrudníku v rámci onkologické léčby. Hypotyreóza způsobená nadbytečným přísunem jodu při některých vyšetření za pomoci kontrastní látky nebo po léčbě tyreotoxikózy radiojódem. (12, 21, 30)

1.2.1 Formy nemoci

Primární hypotyreóza

Primární neboli periferní forma hypotyreózy je charakterizována nedostatečnou činností samotné štítné žlázy. Její funkce se snižují na podkladě různých podnětů a procesů, čímž vzniká deficit tyreoidálních hormonů. Následně dochází k nízké saturaci hormonů v krvi a v periferních tkáních, což přispívá k dalšímu poškozování ostatních orgánů a tkání. Hypotyreóza patří do tzv. systémově autoimunitních chorob. Primární hypotyreóza může být vrozená nebo postnatálně vzniklá. (2, 26, 16, 12)

Vrozená primární hypotyreóza se objevuje jen vzácně, asi u 1 z 3000 až 5000 novorozenců. V případech, kdy přechází z krevního oběhu matky do krve plodu TSH blokuující protilátky nebo tyreostatika, vzniká pouze tzv. přechodná hypotyreóza. Příčinou trvalého onemocnění novorozeného dítěte může být patologické uložení žlázy

společně s poruchou její funkce. Klinické projevy poruchy jsou velmi slabé nebo nejsou vůbec. Dítě narozené s porušenou funkcí štítné žlázy mívá známky opožděného vývoje. Jeho kůže je suchá, trpí plynatostí a zácpou a je velmi klidné a spavé. Neléčená vrozená hypotyreóza v krátké době způsobí nevratnou a závažnou poruchu mentálního vývoje dítěte, osifikaci a narušení růstu dítěte. V České Republice je povinný novorozenecký screening prováděný v pátém dni života dítěte. Při pozitivním či nejasném výsledku se vyšetření opakuje, aby k případnému zahájení substituční terapie došlo včas a byl tak zachován normální vývoj dítěte. (2, 26, 16, 12)

Asi u 0,5 % populace vzniká hypotyreóza v postnatálním období. S věkem se její incidence zvyšuje a postihuje převážně ženy v poměru 4,1 na 1000 obyvatel za rok. U mužů je incidence 0,6 na 1000 obyvatel za rok. Při laboratorním šetření jsou zjištěny zvýšené hodnoty TSH a pokles hladiny FT4. Hladina T3 je snižena pouze u těžších forem hypotyreózy, jinak je normální. (15, 26, 16, 12)

Centrální hypotyreóza

V případě centrální formy hypotyreózy je samotná štítná žláza funkční. Kvůli poruchám ve vyšších etážích, v nadřazených hypotalamo – hypofyzárních regulacích však není štítná žláza dostatečně stimulována. Je porušena funkce hypofýzy (sekrece TSH) nebo porucha v tvorbě hypotalamického působku (TRH), stimulans pro tvorbu a sekreci TSH. (2, 26, 16, 12)

Nejčastějšími příčinami získané centrální hypotyreózy jsou nádory (adenom, meningeom, kraniofaryngeom atd.), léčba nádorů radioterapií, stavy po intrakraniálních operacích, úrazy, příčiny vaskulární (ischémie, krvácení), infekce aj. Tyto příčiny lze lokalizovat vyšetřením pomocí nukleární magnetické rezonance. V populaci ČR je zastoupena asi v 0,005% a v incidenci nejsou pohlavní rozdíly. Centrální hypotyreóza může být získaná či vrozená, i když tato forma je ale velice vzácná. Příčinou vrozené centrální hypotyreózy mohou být anatomické změny (pituitární hypoplazie, septo-optická dysplazie, aj.) nebo genetické mutace na TRH receptoru. (2, 26, 16, 12)

Laboratorní vyšetření vykazují sníženou hladinu FT4, hladina TSH a T3 je zpravidla v normálu, výjimečně mírně snižena. Dále se vyšetřuje vzestup TSH po

podání TRH. Ten buď nenastává nebo je ve stavu podobném eutyreóze. Dále se může objevit snížené množství gonadotropinů, ACTH, snížená hodnota glykemie aj. Klinické příznaky nejsou nápadné. Není přítomna struma, kůže je chladná a suchá, avšak bez prosáklého podkoží. Další příznaky jsou obdobné jako u periferní formy hypotyreózy. Léčba spočívá v řešení základního onemocnění, v jehož důsledku vzniká hypotyreóza. (22, 30)

1.2.2 Stadia nemoci

Hypotyreóza a její klinický obraz se rozvíjí různě rychle. Snížená funkce způsobená autoimunitní tyreoiditidou, se vyvíjí pomalu a nenápadně. Je to proces probíhající i mnoho let. Rychlý nástup příznaků bývá po chirurgickém zákroku na štítné žláze, zejména po jejím totálním odstranění. Zde se první potíže dostavují do 3 až 6 týdnů. Po částečném odstranění žlázy se mohou potíže objevit až za řadu let. Hypotyreóza se dělí na subklinické a klinicky manifestní stádium. (2, 26, 16, 12)

Subklinická hypotyreóza

Laboratorním projevem subklinické hypotyreózy je mírné zvýšení hladiny TSH, přičemž hladiny tyreoidálních hormonů (T4, FT4, T3, FT3) zůstávají v referenční normě. Někdy je hladina TSH také v normě a abnormálně se zvyšuje pouze po podání TRH. Pacienti jsou z pravidla bez obtíží nebo se jedná o nespecifické problémy snadno zanedbatelné či přiřazované k jiným onemocněním. U části nemocných mohou být příznaky podobné těm, které sledujeme u manifestní hypotyreózy. Jsou jimi zejména zvýšená únava, spavost, zimomřivost, snížená výkonnost a změny v psychice. U většiny lidí bývají klinické příznaky negativní. (2, 26, 16, 12)

Klinicky manifestní hypotyreóza

Laboratorním projevem klinicky manifestní hypotyreózy je zvýšená koncentrace TSH a snížená hladina FT4, společně s klinickými příznaky nemocného. U některých pacientů je symptomatologie velice výrazná, ačkoliv laboratorní hodnoty nejsou až tak specifické a hladiny hormonů jsou změněny jen o něco málo nad hranici normálu. Na

druhé straně jsou i pacienti s hodnotami výrazně změněnými, u nichž klinické projevy nejsou zřejmé. Není úplně jasné, jaké důvody v těchto rozdílech hrají roli, ale pravděpodobný je zejména vliv věku. Mladí jedinci lépe snášejí změny způsobené hormony štítné žlázy než lidé staří. (2, 26, 16, 12)

1.3 Příznaky onemocnění

V důsledku snížené funkce štítné žlázy vzniká metabolická dysfunkce postihující prakticky veškeré funkce lidského organismu. Výskyt objevujících se potíží a jejich složení je závislé na rychlosti a vývoji choroby a na velikosti deficitu tyreoidálních hormonů. U většiny lidí postižených tímto onemocněním se jednotlivé příznaky dostavují za různě dlouhou dobu, z počátku spíše velmi nenápadně. Vyvíjejí se postupně během řady let. Jejich symptomatologie je nespecifická. S klasickými příznaky těžké a dlouhotrvající neléčené hypotyreózy bychom se neměli v zemích s rozvinutým zdravotním systémem již setkávat. Hlavní příznaky hypotyreózy se dají dělit na subjektivní potíže, které nám pacient sdělí a na klinické pozorovatelné projevy. (19, 29,30)

Subjektivní potíže

Nemocní si stěžují na spavost, zpomalenost, útlum psychické i tělesné výkonnosti. Mají problémy s pamětí, hlavně se všípivostí a trpí poruchou soustředění. Jsou zimomřiví, netolerují chlad a v létě se výrazně méně potí. Stěžují si na chladnou suchou kůži, řidnutí ochlupení, vypadávání vlasů a změny na kůži. Okolí si všímá změn hlasu, neboť nemocní často trpí chrapotem. Někdy dochází ke snížení úrovně sluchu. Nemocní mohou pociťovat tlak na krku, i když štítná žláza není zvětšená. Dochází k tomu v době probíhající AIT. Pacienti udávají přírůstky na váze, ale také sníženou chuť k jídlu. Časté jsou problémy s obstipací a plynatostí. Objevuje se pocit ztuhlých svalů a stěhovavé bolesti svalů a kloubů bez předchozí příčiny. Někdy bolesti přecházejí až do křečových stavů. Někteří nemocní mluví o parestézii aker a přítomnosti syndromu karpálního tunelu. Ženy trápí problémy s menstruačním cyklem. Převážně uvádějí menoragii nebo oligomenoreu. Dochází ke snížení libida a plodnosti. (19, 29,30, 2)

Objektivní potíže

Pacienti působí celkově zpomaleným dojmem. Zjišťujeme zpomalené pohyby. Všímáme si pomalejších řečových a psychických projevů. Poruchy paměti jsou zřetelné například při zjišťování anamnestických údajů, s čímž mívají tito nemocní obvyklý problém. Dochází ke změnám hlasu, který je hlubší a hrubší, někdy přetrvává chrapot. Jednou z potíží je také makroglosie se zřetelnými otlaky od zubů. Zvětšený jazyk způsobuje horší artikulaci. U některých osob se objevuje zhoršení sluchu. Nemocní s hypotyreózou bývají depresivní. Mohou méně projevovat nervozitu či podrážděnost. Působí dojmem, že je jim okolí lhostejné, jsou neteční a bez zájmu. Nemocní mají chladnou, suchou až hrubou kůži, u některých i se silným svěděním. Nejnápadnější a typické jsou změny na kůži předloktí, známé jako tzv. Charvátův příznak plechového předloktí. Dochází totiž k nahromadění hydrofilních glykosaminoglykanů a tím k tuhému prosáknutí podkoží. Později může mít kůže v důsledku poruchy přeměny karotenů na vitamin A nažloutlou barvu připomínající pomeranč. V obličeji jsou patrné otoky víček a oblastí kolem očí. Otoky přetvářejí vzhled a výraz obličeje nemocných. Někteří autoři tento facies přirovnávají k „ospalému eskymákovi“. Chladná a suchá kůže je na celém těle a do tuhého prosáknutého podkoží nelze vmáchnout důlek. Vlasy ztrácí na kvalitě, jsou jemné, suché, lomivé a bez lesku. Řídne ochlupení nejčastěji viditelné na laterální části obočí. Hmotnostní přírůstek nebývá vysoký, patrný je u pacientů s nadváhou v premorbidním období. (5, 28, 2, 30)

Na krku většinou nezjistíme zvětšení štítné žlázy. Častěji je naopak patrná jizva po thyroidektomii. Pacient dýchá mělce a pomalu. Při rozvinuté formě hypotyreózy bývá prokázána přítomnost hydrotoraxu, a to převážně na pravé straně. Poslechem slyšíme tišší srdeční ozvy a na periferních tepnách palpujeme slabě hmatné pulzace. Srdeční frekvence má tendenci k bradykardii. Klesá systolický objem a vzniká snížení minutového objemu (MV). Adaptací na pokles MV je vzestup tlaku diastolického a tím zmenšení rozdílu mezi tlakem diastolickým a systolickým. Echografické vyšetření i v začátcích hypotyreózy může zjistit perikardiální výpotek. (5, 28, 2, 30)

1.4 Diagnostika

Prvním základním krokem při diagnóze, a to nejen u onemocnění štítné žlázy, je kvalitní a podrobná anamnéza. Slovo anamnéza pochází z řeckého slova anamnesis (rozpomínání, vzpomnutí). Jedná se o zjišťování souboru informací z předchorobí pacienta. Analyzujeme zdravotní stav pacienta z minulosti i stav současný. Při přímé anamnéze získáváme informace od pacienta formou rozhovoru. Není-li pacient v některých případech schopen komunikace nebo jedná-li se o dítě, informace sbíráme od doprovodu. Rozsah informací, které aktuálně zjišťujeme, se řídí dle akutnosti stavu či potřebami v dané situaci a oboru. Pro vytvoření diagnózy hypotyreózy je potřeba sledovat rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, příznaky současného onemocnění, fyzikální vyšetření, celkový nálezný a výsledky laboratorních a pomocných vyšetření. (7, 9, 10, 30)

Rodinná anamnéza

Poskytuje informace, zda u někoho v rodině se již vyskytlo nebo vyskytuje onemocnění štítné žlázy. Pátrá se zejména po autoimunitních chorobách. Zajímá nás výskyt onemocnění diabetem všech typů a některé geneticky podmíněné choroby. (24, 20, 30)

Osobní anamnéza

V osobní anamnéze pátráme po onemocněních, se kterými se sám pacient setkal. Zjišťujeme prodělané infekční choroby, které by mohly vyvolat autoimunitní procesy. Získáváme informace o prodělaných nádorových onemocněních a jejich léčbě. Zejména nás zajímá ozařování krku, hrudníku a mediastina. Ptáme se na veškerou medikaci, která by mohla ovlivnit štítnou žlázu přímo (např. lithium, amiodaron) či nepřímo (imunomodulancia, interferony). Zajímají nás různá virová a jiná onemocnění. (14, 24, 20, 30)

Příznaky současného onemocnění

Při příchodu pacienta v první řadě vyslechneme jaké má subjektivní potíže. Zejména se soustředíme na udávání celkové změny nálady, zvýšenou únavnost, pocity

zimomřivosti, sklon k zácpě a časté stěhovavé bolesti svalů a kloubů. Hypotyreóza se často vyvíjí během řady let a jednotlivé příznaky tak mohou být opomíjeny nebo přiřazovány k projevům jiných nemocí, na které je pacient léčen. Jedná se tedy o nescifické zavádějící informace, ve kterých by měl zkušený lékař rozpoznat právě soubor projevů ukazujících na poruchu štítné žlázy. Jednoznačným vodítkem k určení diagnózy hypotyreózy by mohlo být, léčí-li se pacient tyreostatiky, radiojodem nebo prodělal-li tyreoidektomii. (14, 24, 20, 30)

Fyzikální vyšetření

Lékař pacienta vyšetřuje pohmatem krku kvůli možnému výskytu tzv. strumy (zvětšená štítná žláza). Při onemocnění hypotyreózou bývá však nález ve většině případů negativní. U pacientů po tyreoidektomii je viditelná jizva na krku. Hlavně starší pacienti na tuto skutečnost někdy zapomínají a prodělaní operace nesdělí. Po celkovém objektivním vyšetření pacienta si všímáme změn na kůži. Kůže je chladná, suchá a zhrubělá. Patrné bývá prosáknuté podkoží a zřetelné otoky víček. Při rozhovoru pozorujeme pomalejší řeč, zhrubělý a hlubší hlas a snahu o nepřirozenou artikulaci. Při vyšetření dutiny ústní pozorujeme zvětšení jazyka s impresemi od chrupu. Součástí běžného vyšetření je měření krevního tlaku, kde pátráme po bradykardií a snížení rozdílu systolického a diastolického tlaku. (14, 24, 20, 30)

Tyreoidální funkce

Základní diagnostickou metodou je sledování tyreoidální funkce pro prokázání periferní hypotyreózy jde laboratorní průkaz zvýšené hladiny TSH (thyroid stimulating hormone) a snížené koncentrace volného tyroxinu (FT4) v krvi. Podle potřeby je možné doplnit o vyšetření T3 nebo FT3. Normální hodnoty TSH se pohybují v rozmezí 0,35 – 4,9 mU/l. Hodnota FT3 je od 2,63 – 5,70 pmol/l a FT4 je mezi 9,0 - 19,0 pmol/l. V jednotlivých laboratořích se mohou tyto hodnoty mírně lišit, proto vyšetřující laboratoř uvádí pouze referenční rozmezí. Tyroxin (T4) je při hypotyreóze pod hranicí normy. Pokles trijódtyroninu (T3) je znatelný až v pokročilejších stádiích. Přesnější, než sledování hladin T4 a T3, je hodnocení free T3 a T4, tedy jejich volné frakce, protože

nejsou ovlivňovány vazbou na transportní bílkoviny jako celkové T3 a T4. (14, 24, 20, 30)

Antityroidální protilátky

Nedílnou součástí vyšetření hormonů štítné žlázy je vyšetření na přítomnost protilátek vůči tyreoidální peroxidáze (TPO Ab) a vůči tyreoglobulinu (Tg) v séru. Tyto protilátky se totiž vyskytují u 90% pacientů postižených autoimunitní tyreoiditidou, a jak již bylo výše zmíněno, AIT je nejčastější příčinou vedoucí ke snížené funkci štítné žlázy. Jistým důkazem AIT je právě přítomnost uvedených protilátek a rovněž typický obraz z ultrasonografického vyšetření. Je nutno zdůraznit, že přítomnost protilátek nevyovídá o funkčnosti žlázy. (14, 24, 20, 30)

Krevní lipidy a jiné

Velmi často se v souvislosti s hypotyreózou vyskytují poruchy v lipidogramu, zvýšení celkového cholesterolu (hypercholesterolemie) a triacylglycerolů. LDL-cholesterol je v nepoměru k HDL - cholesterolu, jehož hladina se obvykle výrazně nemění. Glykemie má převážně fyziologické hodnoty. Může se objevovat nižší glykemie nalačno a plochá OGTT křivka. Hladiny kortizonu jsou v normálu, zpomalená je sekrece a metabolismus. Dochází ke zvýšení hladiny nonadrenalinu oproti normálním hodnotám adrenalinu. U mladých žen se často objevuje porucha sekrece gonadotropinu, a tím chybějící ovulace. Poruchy menstruačního cyklu mohou souviset také s vyšší hladinou prolaktinu (PRL). V krevním obraze se často vyskytuje anémie. Především se jedná o anémii makrocytární, normochromní, megaloblastickou, výjimečně o mikrocytární právě při menoragiích. Častý je vzestup hladiny enzymů v séru. Zejména se zvyšují hodnoty ALT (alaninaminotransferázy), AST (aspartátaminotransferázy) a CK (kreatinkinázy). Dále se může objevit zvýšené množství kreatininu či hyponatrémie. (14, 24, 20, 30)

Pomocná vyšetření

Reflex Achillovy šlachy Jako ukazatel periferního účinku hormonů štítné žlázy se používá neinvazivní vyšetření časového průběhu reflexu Achillovy šlachy (RAŠ). Při

hypotyreóze je reflex prodloužený obvykle na 400ms. U těžké hypotyreózy dosahuje hodnot až 600 ms.

Elektrokardiogram. Elektrokardiografické vyšetření má typický obraz bradykardie. Objevuje se snížená Voltáž (vln P, T a QRS komplexu). Vlny T jsou v pozdějších fázích ploché, invertované nebo zcela negativní. Mohou se vyskytovat komorové extrasystoly.

Ultrasonografie. Ultrasonografické vyšetření štítné žlázy je základní, dostupnou, nenáročnou a bezpečnou vyšetřovací metodou v tyreoidologii. Poskytuje kvalitní informace nejen o velikosti, uložení a struktuře, ale také o vztahu štítné žlázy ke svému okolí. Prokáže retenci tekutiny v perikardiální dutině a zpomalenou pohyblivost stěn srdečních komor. Tzv. Dopplerovským USG je vyšetřována hemodynamika nebo-li průtok krve cévami štítné žlázy. Snížený bývá minutový objem a rychlost průtoku arteriemi. Pod kontrolou USG se dále provádí punkce štítné žlázy potřebné k dalším vyšetřením. Obraz štítné žlázy pod USG bývá rozdílný v závislosti na příčině. U nemocných se sníženou funkcí žlázy se často vyskytuje hypoplazie laloku štítné žlázy, svažštělá žláza po předchozí léčbě hypertyreózy radiojódem nebo stav po totální či subtotální tyreoidektomii. Při probíhající autoimunitní tyreoiditidě nacházíme typickou hypoechogenitu. Štítná žláza je malá s nehomogenním parenchymem a nerovnými okraji. Hypoechogenita a přítomnost protilátek TPO je důkazem pro atrofické tyreoiditidy. Vzácně je nález zcela fyziologický při prokázaném snížení tyreoidálních hormonů. (18, 24)

1.5 Léčba

Hypotyreóza má různou etiologii. Podstata její léčby je ale stejná. Jedná se o dodání chybějícího hormonu, tedy o tzv. substituční terapii tyreoidálními hormony. Pacienti s hypotyreózou se léčí v domácím prostředí. Verifikaci diagnózy a léčbu provádí endokrinolog, u kterého jsou pacienti dispenzarizováni. Nejčastěji užívanými preparáty jsou ty s obsahem L – thyroxinu (například Euthyrox, Letrox). (10, 16, 17)

Při optimálních fyziologických podmínkách, normální sekreci T4 a předpokládané resorpci 80% (viz níže), by se dalo hovořit o plné substituční dávce

hormonů tj. 100 mikrogramů na den. Dávka L – thyroxinu sloužící pro dosažení a udržení eutyreózy se však u každého jedince může lišit. Obvykle se plně substituční dávka pohybuje v rozmezí 100 – 150 mikrogramů za den. (17, 13, 2)

Stavu eutyreózy pomocí hormonální léčby se musí dosahovat postupně. Dávky hormonů se zvyšují pomalu a plynule, protože adaptace a hormonální stabilita nastupuje pomalu. Zvyšování dávek by mělo být po 5 – 6 týdnech asi o 25 %. Při léčbě je potřeba nezapomínat, že hormony výrazně zvyšují nároky na organismus, na spotřebu kyslíku a živin. Srdce zvyšuje svou činnost a při nekontrolovaném podání velké dávky hormonů je srdce ohroženo akutní nedostatečností okysličenou krví. Nepřiměřeně vysoké dávky také prokazatelně vedou k dalším zdravotním komplikací jako je osteoporóza, arytmie, dysfunkce levé komory srdeční a další. (24, 12, 16, 30)

Nežli dojde k zahájení terapie, je nezbytné zohlednit několik podstatných faktorů, které jsou měřítkem pro nastavení správné léčby. Jedná se například o celkový stav organismu, přidružené choroby, věk pacienta, závažnost či délku trvání onemocnění. (30)

U mladých, jinak zdravých jedinců, kteří nemají známky kardiovaskulárního onemocnění, u náhle vzniklé hypotyreózy například po chirurgickém odstranění štítné žlázy nebo po léčbě radiojódem při hypertyreóze, zahajujeme léčbu dávkou cca 50 – 75 mikrogramů T4 na den. Tuto dávku postupně navyšujeme zpravidla za 3 – 4 týdny. K utvoření optimální koncentrace hormonů sloužící k udržování stavu eutyreózy dochází asi za 2 – 3 měsíce. U starších osob, kde je předpoklad déletrvající pozvolna vzniklé hypotyreózy a u pacientů polymorbidních, je prvotní dávka hormonů nízká, asi 25 mikrogramů na den. Množství je navýšeno nejdříve za 4 týdny, a to dvojnásobně. (2, 26, 25, 30)

Rizikovými jsou pacienti s kardiovaskulárním onemocněním, zejména pak s ischemickou chorobou srdeční a aterosklerózou. Těmto pacientům se nepodává normální substituční dávka a léčba se zahajuje velmi nízkou koncentrací hormonů, zhruba v dávce 12,5 mikrogramů na den. Navyšování dávek u těchto pacientů musí být velmi opatrné a pomalé. Často se musí zastavit na rozhraní mezi hypotyreózou a eutyreózou. (2, 26, 25, 30)

Součástí substituční terapie je pravidelné systematické monitorování pacientů, které má přispět nejen k nastavení léčby a zjištění její účinnosti, ale také k předcházení komplikacím z nevhodně aplikované léčby. Po zahájení terapie se u mladých jedinců provádí kontrola stavu v intervalech 4 - 6 týdnů. U starších osob a hlavně u osob s kardiovaskulárními chorobami musí být kontroly častější. Jedná se o laboratorní vyšetření parametrů TSH, volného tyroxinu, lipidogramu, RAŠ atd. Sleduje se celkový klinický a zdravotní stav včetně subjektivních a objektivních potíží pacienta. Změny parametrů mívají různou dynamiku. Zpravidla nejdříve klesá TSH, objevuje se cholesterolemie a nakonec se mění RAŠ společně s ústupem kožních změn. U pacientů s KVO je nutná spolupráce s kardiologem, který provádí pravidelnou kontrolu EKG, pátrá po známkách ischemie, změnách srdečního rytmu či jiných oběhových potížích. Po stabilizaci dávky je možné intervaly mezi kontrolami prodloužit na 6 – 12 měsíců. U starších a rizikových osob zůstávají kontroly častější, samozřejmě vše závisí na celkovém zdravotním stavu pacienta. Substituční terapie hormony štítné žlázy je zpravidla celoživotní záležitostí, pravidelné kontroly zůstávají po celou dobu léčby. (13, 24, 12, 30)

1.5.1 Užívání léčivého přípravku

Při léčbě hypotyreózy se užívají preparáty podávané ve formě tablet. Ke vstřebávání tyreoidálních hormonů dochází zpravidla bez problémů. Odhaduje se, že procento resorbované účinné látky tyroxinu je okolo 70 – 80% podané dávky. Ke snížení vstřebávání však může docházet při užívání tablet současně s různě složenou potravou. Resorpci snižují také některé léky, především antacida, preparáty železa, kalcia, některá antiepileptika, antibiotika a pryskyřice. Ke špatné absorpci tablet přispívají rovněž onemocnění zažívacího traktu, jako jsou například celiakie a atrofická gastritida. (13, 30)

Doporučuje se podávat tyroxin nalačno. S odstupem nejméně 30 minut před jídlem a alespoň 2 hodin po jídle. Vzájemná interakce s většinou lékových skupin není potvrzena, přesto je ale výhodnější a lékaři doporučováno užívání tyroxinu odděleně od ostatní medikace. Nejvhodnější denní dobou pro užívání je ráno po probuzení, neboť lze

předpokládat, že bude tableta užita nalačno a zároveň si tím člověk vytvoří důležitý stereotyp pro udržování požadované dávky. (2, 25)

Mohou však nastat situace, kdy léčba hypotyreózy standardním způsobem užití perorálních tablet není možná. Děje se tak například při souběžném výskytu některých závažných onemocnění či stavech, které vylučují tento způsob užití (např. hypotyreózní koma). V praxi lze tablety s tyreoidálními hormony rozdrtit a aplikovat je běžným způsobem gastrickou sondou nebo mikroklyzmatem. Ve světě existují preparáty, které jsou určeny k parenterálnímu podání. Jejich biologický poločas je ale velmi krátký a není možné je skladovat po dobu delší než několik týdnů. Tyto preparáty nejsou však v České Republice registrované. Ve velmi vzácných případech, kdy jsou potřebné, mají lékaři možnost tento preparát pro pacienta získat individuálně. (2, 25, 30)

1.6 Komplikace

Myxedémové kóma

Hypotyreózní (myxedémové) kóma je stav těžké hypotyreózy vzniklý selháním kompenzačních mechanismů nebo v důsledku vystupňování příznaků do život ohrožujícího stavu. Tento stav vyžaduje intenzivní a erudovanou péči na specializovaných metabolických jednotkách. (5, 27, 25)

Provokujícím momentem vzniku kómatu obvykle bývají stresové vlivy, jakými jsou: operační výkon, úrazy, embolie, cévní mozková příhoda, závažná celková onemocnění, infekce (infekce močových cest, bronchopneumonie, chřipka), některé léky (psychofarmaka, narkotika, sedativa, anestetika, hypnotika, diuretika), alkohol a často opakované celkové prochlazení organismu. (14, 27, 25)

Klinicky se myxedémové kóma projevuje vystupňováním základních příznaků choroby. Stupňuje se slabost, únava, spavost, apatie. Pacient může být obluzený, někdy i zmatený. Postupně se objevují poruchy vědomí až upadnutí do kómatu. Varovným znakem u nemocných je bradykardie a pokles tělesné teploty pod 35 °C (měřeno v konečniku nebo v ústech). Snižuje se krevní tlak. Dochází k hypoventilaci, dýchání je pomalejší a povrchní. Objevuje se obraz respirační insuficience. Kvůli retenci tekutin vzniká hydrotorax, hydroperikard, ascites. Následuje snížení srdeční činnosti. Na EKG

jsou patrné sinusové bradykardie a různé typy blokad vedení a nízká voltáž. Vzniká porucha motility gastrointestinálního traktu s následným ileem. Neodchází moč. Laboratorně je prokázána vysoká koncentrace TSH a snížení sérové koncentrace FT4 a T3, elevace transamináz a dalších enzymů. Z respiračního selhání vzniká hypoxémie, hyperkapnie, na kterou organismus už nedokáže adekvátně reagovat. Následkem retence tekutin se objevuje hyponatremie. Ostatní laboratorní známky jsou podobné stavu těžké hypotyreózy. Častěji se vyskytují rovněž hypoglykemie, hypochloremie a anémie. (27,3, 23, 25)

Léčba se zahajuje dodáním chybějících hormonů. Doporučuje se podávání tyroxinu v iniciální dávce 100 - 500 mikrogramů na den. Podle celkového zdravotního stavu pacienta se následující dny dávka upravuje. Protože v České republice není forma přípravku vhodná pro parenterální aplikaci, podává se tyroxin přes gastrickou sondu. Pravděpodobná nadledvinová nedostatečnost se kompenzuje podáváním hydrokortizonu v dávce 300 miligramů na den, což je rozděleno ještě do tří samostatných dávek. Další infuzní terapie spočívá v podávání roztoku glukózy, která slouží k úpravě hypoglykemie, podávání krystaloidních roztoků potřebných ke zvýšení krevního volumu a v úpravě hypotenze a hypertonického roztoku (NaCl), aby se předešlo závažným poruchám mozkové činnosti. Při respirační insuficienci je nutné zahájit podpůrnou či řízenou ventilaci. Preventivně se podávají antibiotika a v některých případech se přistupuje k podání transfúze plné krve. Tělesnou teplotu je nutné zvýšit, ale musí se dbát na to, aby ohřívání bylo pomalé a nedošlo tak k vazodilataci cév a následnému kolapsu. (1, 27, 25)

Nejčastějšími pacienty, kteří se dostanou do hypotyreózního kómatu, jsou staří lidé a polymorbidní osoby. Toto je nutné brát v potaz především při volbě velikosti iniciální dávky tyroxinu. Celkový průběh akutní terapie musí být postupný a velice opatrný. Pro případnou včasnou reakci na často se vyskytující arytmie je prováděno monitorování EKG, dále se sleduje CŽT, krevní plyny, iontogram, hematokrit, diuréza a další laboratorní hodnoty. (14, 27, 25)

1.7 Prognóza

Jak již bylo zmíněno, hypotyreóza je skoro ve všech případech stav trvalý. Takový, který vyžaduje léčbu a sledování stavu pacientů po celou dobu jejich života. K vyléčení dochází jen vzácně, a to pouze u případů přechodné hypotyreózy způsobené například předávkováním tyreostatiky nebo po léčbě radiojódem. Ale i tak platí nutnost trvalé dispenzarizace. (6, 30, 18)

Neléčená hypotyreóza významně ovlivňuje kvalitu života jedince. Způsobuje závažné poruchy v období vývoje. Postihuje nervovou soustavu a následný psychomotorický vývoj dítěte. U žen snižuje fertilitu. Ohrožuje průběh těhotenství a správný vývoj plodu. Změny metabolismu výrazně zvyšují riziko aterosklerózy a zkracují délku života. Může dojít až ke zhoršení stavu v takové míře, kdy se pacient dostává prohlubujícím se onemocněním do hypotyreózního kómatu. Hypotyreózní kóma má v dnešní době prognózu lepší, ale i tak existuje 45% pravděpodobnost úmrtí. Po správně zvolené, zvládnuté a ničím nekomplikované substituční terapii, se dá hovořit o pacientech jako o relativně vyléčených. Je-li tomu tak, pacient není nijak omezen v žádných tělesných nebo psychických činnostech. Je schopen provádět téměř jakékoliv běžné aktivity v práci i mimo ni. Kvůli opožděné reakci organismu na změny okolní teploty je přesto doporučeno vyhýbat se činností v extrémních tepelných podmínkách. Ženy nejsou ohroženy poruchou fertility ani poruchou vývoje plodu v době těhotenství. Vše však záleží na kvalitě poskytované léčby a na spolupráci mezi pacientem a multidisciplinárním týmem lékařů. (28, 30, 18)

I přesto, že je možná včasná diagnostika i následná kvalitní a velmi úspěšná léčba, mnoho lidí postižených hypotyreózou není na toto onemocnění léčeno. Důvodem je zanedbání ze strany lékařů ale i ze strany samotných pacientů. Lidé mizí z pravidelné dispenzarizace i přesto, že byli upozorněni na nutnost léčby a pravidelné kontroly stavu. Stává se, že po nastolení eutyreózního stavu a vymizení klinických příznaků, mají pacienti tendenci substituční léčbu vysadit. Netrvá ale dlouho a pacienti se vracejí se stejnými problémy jako před zahájení léčby. V horším případě se s probíhajícím hypotyreózním kómatem stávají klienty jednotek intenzivní péče. (1, 6, 28, 30)

1.8 Ošetrovatelská péče o pacienty s hypotyreózou

K hospitalizaci nemocného s hypotyreózou dochází jen při náhlém zhoršení zdravotního stavu, při výskytu komplikací či jiných obtíží ohrožujících pacienta na životě (např. myxedémové kóma). V těchto případech je pacient hospitalizován na oddělení jednotek intenzivní péče. Díky dobré úrovni substituční léčby se však s těmito komplikacemi setkáme jen velmi vzácně. (24, 30)

Základem léčby hypotyreózy je substituční léčba hormony štítné žlázy. Je nutné, aby pacient tyto léky užíval pravidelně. Úkolem sestry je zajistit pravidelnou aplikaci ordinovaných hormonů v závislosti na pacientových stereotypch v jejich užívání. Většina pacientů užívá tabletky L-thyroxinu ráno nalačno, jak mají doporučeno od lékaře. Je-li medikamentózní léčba zahájena v době hospitalizace, je pro sestru důležité vědět, že nástup účinku tyroxinu nastává pomalu, a že k úpravě stavu následkem hormonální léčby dochází v průměru dle nastavení dávky asi po 2 týdnech. Ke změnám koncentrace v séru pak až za další dva týdny. (24, 20, 30)

Po celou dobu hospitalizace setra sleduje celkový stav pacienta. Pečlivě si všímá klinických projevů hypotyreózy a bedlivě hlídá zda se tyto příznaky nehorší. U pacientů se zvládnutou substituční terapií hypotyreózy mohou být objektivní příznaky nepatrné, nespecifické či žádné. Proto je důležité, aby sestra znala projevy pacientů způsobené porušenou funkcí štítné žlázy a dokázala včas tento stav detekovat. Zejména, aby rozpoznala varovné signály vedoucí ke vzniku hypotyreózního kómatu. Pravidelně se proto sledují vyšetřované laboratorní hodnoty, fyziologické funkce a další parametry vypovídající o zdravotním stavu nemocného. (2, 18, 24, 20)

Psychosociální potřeby

Pacienti s hypotyreózou mívají projevy psychické a emocionální lability, jsou depresivní, mohou být přehnaně plačtivý, ztrácí zájem o okolí. Jsou celkově pomalejší v myšlení a komunikaci. Špatně se soustředí a neudrží dlouho pozornost. Od sestry se očekává empatické cítění, ohleduplnost a trpělivost. Na pacienta je důležité mluvit pomalu a srozumitelně, veškeré informace několikrát opakovat a zpětnou vazbou zkontrolovat, zda pochopil a ví, co se od něho žádá. Jsou-li emocionální projevy

výrazné, můžeme taktně upozornit další pacienty na pokoji, aby se též snažili být ohleduplní a předešli tak vzniku zbytečných konfliktů. (24, 20, 30)

Vyprazdňování

Po zhodnocení úrovně soběstačnosti v oblasti vyprazdňování moče a stolice, sledujeme zejména možné poruchy vyprazdňování stolice. Vyprazdňování je u pacientů pravidelně kontrolováno a zaznamenáváno, neboť právě pacienti s hypotyreózou mívají sklon k obstipacím. (24, 20)

Výživa

Nejprve je u pacienta posouzen stav výživy a následně je zahájena dieta dle doporučení lékaře. Pacienti mívají sníženou chuť k jídlu, ale i přesto mohou, i když nepatrně, přibírat na váze. Je vhodné zvolit dietu s omezeným přísunem sacharidů a tuků, a naopak s dostatečným obsahem bílkovin, vitamínů a vlákniny a jodu. (24, 20)

Péče o hygienu

Aktuální zdravotní stav pacienta určuje potřebnou míru pomoci s osobní hygienou. I když je pacient soběstačný a schopný provádět úkony s tím spojené samostatně, sestra by měla sledovat, nakolik se péči o tělo věnuje, případně mu dopomoci a citlivě edukovat v případě, je-li v této dovednosti nedůkladný. Je nutné brát v potaz, že pacient se snadno unaví a i tato běžná činnost se pro něj stává náročnou.

Sestra má za úkol pacientovi zajistit dostatečně teplou vodu a místnost, ve které může osobní hygienu provádět. Zvýšená pozornost patří pokožce, na které se snadno dělají otlaky či bolestivé ragády. Z tohoto důvodu je vhodné ji pravidelně promazávat a chránit před poškozením. (24, 20)

Spánek a odpočinek

Kvalitu spánku hodnotí sestra na základě rozhovoru, ale také pozorováním pacienta v době hospitalizace. Úkolem sestry je zajistit vhodné a klidné prostředí pro dostatek odpočinku i spánku. Bere se v potaz větší únavnost těchto pacientů a tím i

častější potřeba odpočinku během dne. Nemělo by docházet ke zbytečnému narušování spánkových návyků pacienta a je-li zimomřivý, je mu zajištěn dostatek přikrývek. (24, 20)

Domácí péče

Nejdůležitější pro pacienta je, aby byl dostatečně informován o nutnosti pravidelného a správného užívání léků a pravidelných kontrol u svého lékaře. Je potřeba jej dostatečně poučit o příznacích a varovných signálech vedoucích ke vzniku komplikací, aby mohl včas vyhledat lékařskou pomoc. Pacienti se vzdělávají v oblasti životosprávy i pracovní schopnosti jeli změněná. Pacienta je nutno rovněž poučit o pravděpodobném průběhu léčby a zdůraznit, že ve většině případů je hypotyreóza trvalý stav vyžadující celoživotní dispenzarizaci a substituci hormonů. (24, 20)

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče u klienta s hypotyreózou.
2. Zjistit specifické potřeby klientů s hypotyreózou.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů s hypotyreózou?
2. Jaké specifické potřeby mají klienti s hypotyreózou?
3. Jak jsou klienti s hypotyreózou informováni o své nemoci?

3. Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Empirická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativním výzkumným šetřením, které pracuje s malým souborem respondentů. Tuto metodu jsme zvolily na základě cílů a výzkumných otázek, které jsme si stanovily. Ke sběru dat byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor, ten obsahující 28 základních otázek určených našim respondentům (viz příloha 1). Tyto otázky jsme během rozhovorů přetvářely a případně doplňovaly podle průběhu a odpovědí respondentů. Rozhovory probíhaly jednotlivě. Všichni dotazovaní byli seznámeni s účelem výzkumu a ujištění o stoprocentní anonymitě. Všichni respondenti s tímto rozhovorem a následným zpracováním pro účely naší bakalářské práce souhlasili.

V rozhovoru jsme se nejprve zaměřovaly na identifikační údaje, ujistily jsme se že respondenti se opravdu léčí pro hypotyreózu a začaly jsme probírat jejich život před nemocí až do současnosti.

Otázky byly zaměřeny na příčinu, příznaky a prvotní problémy, které se objevily ještě před zjištěním nemoci. Dále jsme zjišťovaly jak nemoc probíhala po zaléčení. Ptaly jsme se na průběh léčby, užívání léků, na omezení a celkové projevy nemoci v jejich životech. Velkou část rozhovoru jsme také věnovaly získávání informací o této nemoci a přístupu ošetřujícího personálu. V dalších otázkách jsme se ptaly na možné specifické potřeby, které se vyskytly v souvislosti s touto chorobou.

Z rozhovorů byly zpracovány výsledky, které jsme formou kategorizací dat uspořádaly a snažily se tak vystihnout nejvíce zmiňované a pro náš výzkum nejdůležitější informace. Výsledky jsme pro názornost doplnily o některé přímé citace respondentů, tyto jsou v textu označeny kurzívou. Citace a veškerá získaná data byla upravena do spisovné češtiny. Věty které neobsahovaly důležité informace, byly vyškrtnuty (viz příloha 3). Výsledky byly nakonec shrnuty v diskuzi bakalářské práce. Rozhovory probíhaly od února do března 2013.

3.2 *Charakteristika zkoumaného souboru*

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 8 respondentů, kteří se dlouhodobě léčí s onemocněním štítné žlázy (hypotyreózou). Jednalo se o sedm žen a jednoho muže. Tito respondenti docházejí do endokrinologické ordinace v Českých Budějovicích.

4. Výsledky

4.1

Výzkumný soubor tvořila jedna skupina respondentů léčících se pro hypotyreózu.

Respondent č.1 byla žena ve věku 52 let. Uvedla, že první problémy pociťovala již v roce 1991. K diagnóze hypotyreózy došlo až v roce 2000, kdy byla po kolapsu v práci hospitalizována na ARO. K prvnímu zlepšení stavu došlo asi v roce 2005. Pacientka musela podstoupit operaci, při které jí odstranili celou štítnou žlázu. V současné době se cítí mnohem lépe. Respondentka má přiznaný poloviční invalidní důchod, dříve pracovala ve strojírenském průmyslu. V mládí prodělala boreliózu, léčila se pro mastopatii, helicobaktera pilory a dodnes se léčí s onemocněním páteře. V současné době užívá léky na hypotyreózu, vysoký krevní tlak, srdeční arytmie, zvýšený cholesterol, léky na žaludek, dále se léčí s poruchou zraku a depresemi.

Respondentka č.2 byla žena ve věku 28 let. Nemoc štítné žlázy jí zjistili v jedenáctém roce života, kdy ji matka přivedla k dětskému lékaři kvůli rychlejšímu a většímu tělesnému vzrůstu oproti dívčíným vrstevníkům. Lékař tehdy po vyšetření zjistil abnormální hodnoty hormonů štítné žlázy a pacientku odeslal k dalšímu vyšetření k endokrinologickému lékaři. Zde se potvrdila porucha štítné žlázy s její sníženou funkcí. Sama respondentka nikdy nepociťovala žádné problémy.

Respondentka č.3 byla žena ve věku 60 let. Od roku 1983 se léčila s hypertyreózou. Diagnózu hypotyreózy jí zjistili o tři roky déle, kdy pacientka porodila a začaly se objevovat obtíže. Po návštěvě praktika byla odeslána k endokrinologovi, který novou diagnózu potvrdil a začal pacientku léčit substituční terapií. K ustálení nemoci a zmírnění potíží došlo podle respondentky asi v roce 1987.

Respondentka č.4 byla žena ve věku 63 let, uvedla, že první potíže se začaly objevovat po porodu v roce 1980. O rok později zjistil praktický lékař snížené hodnoty hormonů štítné žlázy a doporučil ženě kontrolu u endokrinologa. Endokrinologický lékař nasadil léčbu podáváním hormonů formou tablet, ale ani po delší době se

zdravotní stav nelepšil. Respondentce štítnou žlázu odoperovali, teprve poté se začala cítit lépe. Dnes je v plném invalidním důchodu kvůli zdravotním potížím způsobeným poruchou štítné žlázy a jejími následky. Dříve pracovala jako administrativní pracovnice.

Respondentka č.5 byla také žena, letos jí bylo 40 let. Léčila se od devatenácti let pro hyperfunkci štítné žlázy. Tato porucha byla zjištěna na základě pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře. Nikdy předtím se s ničím neléčila, prodělala běžná dětská onemocnění a zdravotní problémy v době před diagnostikou ani poté nepociťovala. Respondentka uvedla problémy s otěhotněním, které trvaly necelých šest let. Po porodu se začaly objevovat první projevy nemoci. Po vyšetření endokrinolog konstatoval přechod z hypertyreózy na hypotyreózu štítné žlázy a nastavil novou léčbu. Nastalé projevy nemoci se u respondenty značně zmírnily.

Respondent č.6 probíhal s mužem, který letos oslavil 69. narozeniny. V dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Vzpomíná si na vyšetření z dětství, kdy byly všechny děti z vesnice testovány na možný nedostatek jodu. V tu dobu byl ještě zdrav. Respondent se léčí srdečním onemocněním, má implantovaný kardiostimulátor, dále se léčí s dnou a varixi na dolních končetinách. Poruchu štítné žlázy objevil praktický lékař poté, co respondentovi na krku nahmatal bulky. Muž je aktivní sportovec. Nyní je již ve starobním důchodu, dříve pracoval jako konstruktér.

Respondentka č. 7 je žena ve věku 26 let. V současné době je na mateřské dovolené, dříve pracovala jako prodavačka. Léčila se s běžnými dětskými chorobami a s trombózou v dolních končetinách. Nemoc štítné žlázy jí lékaři diagnostikovali v patnácti letech poté co měla problémy s menstruací, únavou a bolestmi hlavy. Problémy se po nastavení léčby upravily, kromě poruch menstruačního cyklu.

Respondentka č.8 byla žena ve věku 36 let. Dnes má šestiletou holčičku, pracuje ve firmě na kompletaci kabelových svazků. Dříve pracovala ve výrobě obuvi. Za svůj dosavadní život prodělala běžná dětská onemocnění a hypotyreózu, se kterou se léčí od svých devatenácti let. V současné době nemá žádné zdravotní potíže.

4.2 Vyhodnocení polostandardizovaného rozhovoru

Seznam kategorií a podkategorií

| Kategorie | Podkategorie |
|------------------------|---|
| 1. NEMOC | A) První příznaky B) Průběh nemoci C) Léčba, dispenzarizace |
| 2. GENETICKÉ DISPOZICE | A) Role genetiky B) Výskyt v rodině |
| 3. INFORMOVANOST | A) Před nemocí B) Po nemoci C) Komunikace |
| 4. ZHORŠUJÍCÍ FAKTORY | |
| 5. OMEZENÍ, NÁSLEDKY | A) Fyzické B) Psychické C) Sociální |
| 6. POTŘEBY, HODNOTY | |

1. NEMOC

A) První příznaky

Většina dotazovaných respondentů udávala jako první projev svého onemocnění, nadměrnou únavu. Té si začali všimnout v době, kdy ještě neuvažovali o možném zdravotním problému, nadměrnou únavu. Mnozí z nich prožívali v tomto období, kdy je zvýšená únava provázela, často buď fyzické nebo psychické vyčerpání, nebo svůj stav brali jako běžnou součást života. Respondentka č.1: *„Měla jsem opravdu velké problémy. Kromě toho všeho byla ale nejhorší ta únava, neustále jsem byla tolik*

vyčerpaná a to i když jsem v podstatě vůbec nic nedělala. Ta únava přišla asi ještě před tím, než jsem začala mít problémy s očima“.

Dva z respondentů se před zvratem do hypofunkce štítné žlázy se léčili pro hyperfunkci štítné žlázy. Některé problémy, které se u nich nově objevily, přisuzovali nejen tomuto onemocnění, ale i těhotenství. U obou respondentek se totiž určité nové projevy objevily právě po porodu. Respondentka č.3: „*Po porodu to všechno začalo, problémy se spánkem, neustálá nezvladatelná únava“.* Podobně odpověděla i respondentka č.5, která uvedla, že kdyby se nesnažila otěhotnět, tak by se na to pravděpodobně ani nepřišlo, protože nepocítovala žádné potíže. „*To, že jsem nemohla otěhotnět, jsem si myslela, že je kvůli té hyperfunkci štítné žlázy, na kterou jsem se léčila původně a pak po porodu jsem si zase myslela, že je to kvůli rozházeným hormonům z toho těhotenství. Když jsem porodila, byla jsem neustále hrozně unavená, ze začátku jsem si myslela, že je to normální, že to chce jen čas než si zvyknu na život s miminkem, ale bylo to snad čím dál tím horší, pak už to bylo divné“.* Stejně jako respondentky č.3 a č.5, respondentka č.4 spojovala své problémy s poporodní dobou. „*Po porodu jsem byla každý den hrozně unavená, cítila jsem se unavená snad i když jsem spala, celé dny mě urputně bolela hlava, kolikrát jsem měla pocit, že mi vylezou oči z důlku“.*

Dvě respondentky při rozhovoru uvedly také neurčité potíže týkající se únavy, obě si ale dle jejich slov tento problém uvědomily až po zjištění nemoci. Respondentka č.8 „*Byla jsem pořád hrozně unavená, ale myslela jsem si, že je to tak nějak normální, že prostě jsem taková od přírody, že potřebuji víc spánku než ostatní“.* Respondentka č.7 odpovídala podobně: „*Neměla jsem žádné projevy, občas jsem si připadala víc unavená než ostatní, ale nepřišlo mi to nijak závažné, nebo jako nějaký problém. Uvědomila jsem si to spíš, až když jsem se začala léčit, protože mi zjistili, že jsem nemocná, ale vlastně jsem se začala cítit lépe i co se týká té únavy“.*

Během rozhovorů jsme od dotazovaných zjistily mnoho příznaků, které je provázely v době před, ale i po zjištění nemoci. Kromě nejčastějších problémů s nespavostí, únavou a suchou pokožkou zmiňovali respondenti zejména změny nálad, pocity vnitřního napětí, třes, zimomřivost a noční pocení, dále také změny na váze, snížení chuti k jídlu, střevní potíže. V neposlední řadě bušení srdce, migrény, poruchy

zraku, paměti, menstruace a fertility. Respondentka č.4: „*Připadala jsem si jak stařena jak jsem se pořád třásla*“. Respondentka č.3: „*Nemohla jsem vůbec spát, přes den jsem byla fyzicky i psychicky úplně vyčerpaná. Neustále jsem se třásla, hlavně ruce ale někdy jsem se klepala celá. Když už jsem v noci usnula, budily mě silné křeče v nohou. Hodně snadno jsem se rozrušila jen z úplných maličností. Cítila jsem silné psychické vypětí a srdce mi kolikrát bušilo i když se nic nedělo. Hodně se mi střídaly nálady, ale nešlo s tím vůbec nic dělat. Kolikrát jsem se rozbrečela jen tak. Do toho mi ještě začaly hodně padat vlasy, kůži jsem měla na celém těle suchou a někde popraskanou až do krve*“.

Zbylí dotazovaní neudávali obtíže, které by pociťovali před tím, než jim byla zjištěna porucha funkce štítné žlázy. Respondentka č.2 ani po objevení poruchy štítné žlázy nepociťovala jakékoli problémy, které by podle ní souvisely se touto chorobou. „*Nikdy jsem žádné potíže neměla*“. Stejně tak respondent č. 6 nevedl jakékoli projevy nemoci, kterých by si sám všiml. „*Nic mi nebylo, krom toho, že mi manželka říkala, že hrozně tloustnu, ale tak to je taková normální věc. Nenapadlo by mě říct, že když někdo víc ztloustne, hlavně v mém věku, tak že je nemocný a na štítnou žlázu mi přišli, až když mi obvodní doktorka našla na krku ty bulky*“. U některých příznaky rychle vymizely, nebo se alespoň zmírnily po nasazení substituční léčby. U některých se léčba v průběhu času musela měnit.

B) Průběh nemoci

Po rozpoznání nemoci a nasazení substituční léčby se u respondentů, kteří měli již nějaké zjevné vnější projevy nemoci, se začal jejich zdravotní stav postupně upravovat.

Dva respondenti při rozhovoru neudávali příznaky nemoci před jejím zjištěním. Respondent č. 6 uvedl abscesy na krku, které objevil praktický lékař při preventivní prohlídce, díky které se onemocnění hypotyreózou zjistilo. Abscesy byly odstraněny a respondentovi zahájena substituční léčba hormony štítné žlázy. Další projevy nemoci respondent nemá. Respondentka č.2: „*Neměla jsem žádné problémy před ani po, kromě toho že jsem byla o něco vyšší než ostatní holky v mém věku*“. U čtyřech našich respondentů se po nastavení léčby pomocí hormonálních tablet se začal celkový

zdravotní stav, který potvrzují i svými subjektivními pocity, brzy zlepšovat. V průměru do roka byli všichni z těchto respondentů schopni říct, že je jim mnohem lépe, nebo že už se cítí zdraví jako u respondentky č.8: „*Mám o něco víc kil, ale nejsem zase obézní, třeba to ani není kvůli té nemoci, jen jsem od té doby o něco zestárla a taky po porodu, že ano. Cítím se opravdu dobře. Myslím, že díky těm tabletkám jsem v podstatě zdravý člověk*“. U respondenty č.3 se nejprve stav nelepšil, ale po změně léků zlepšení přišlo. „*Asi za třičtvrtě roku jsem byla už v pořádku, cítila jsem se ve všech směrech lépe. Akorát ta přibraná kila na váze mi zůstala*“ .

U dvou zbývajících respondentek nebyl průběh léčby po zjištění hypothyreózy ideální, trvalo roky, než mohly konstatovat jisté změny k lepšímu. Obě tyto respondentky byly pro zhoršující se zdravotní potíže nuceny podstoupit celkové odstranění štítné žlázy. Až poté se začaly objevovat příznivé účinky léčby. Jejich stav byl ale natolik vážný, že projevy nemoci, které nám popisovaly při našem rozhovoru, jim ustoupily jen některé, a některé se o něco málo zmírnily. Respondentka č.1: „*Mohu říct že, to, jak se cítím teď a to, jak to vypadalo předtím, se nedá srovnat. Mám problémy, se kterými se už nic nedá dělat, ale nemůžu říct, že by se můj zdravotní stav zlepšil*“.

C) Léčba, dispenzarizace

Všichni respondenti uvedli, že je u nich nutná trvalá substituční léčba hormonů štítné žlázy a díky tomu trvalá celoživotní dispenzarizace. Všichni dotazovaní chodí na pravidelné kontroly ke svému endokrinologovi. Respondentka č.7: „*Chodím na kontroly pravidelně, dávám si na to pozor, protože mě paní doktorka upozorňovala na to, že je důležité to neustále sledovat, že se požadavky těla na příjem hormonů mohou měnit a je pak třeba brát silnější prášky*“. Pouze dva respondenti si na pravidelné kontroly endokrinologický lékař v současné době zve jednou za rok. Ostatní jsou vyšetřováni každého půl roku. Pět respondentů uvedlo nějaké změny v dávkování tablet. Někteří zmiňovali změny na začátku léčby, u některých respondentů se dávkování hormonů mění pravidelně například v zimním období. Respondenti č.5 a č.3 se v tomto shodují a uvádějí, že jim lékařka pravidelně navyšuje dávku přijímaných

hormonů prostřednictvím tablet, a to v zimním období. Respondentka č.4: „ *V zimě mi lékařka pokaždé předepisuje větší množství hormonů, prý je to normální, že zima na hodně lidí působí jako veliký stres a to tělo má větší nároky na příjem hormonů*“. I v případě těhotenství, jako u respondentky č.8, je potřeba navýšit množství hormonů v podávaných tabletách. Všichni respondenti uvedli pravidelnost v užívání tablet na štítnou žlázu. Všichni je užívají ráno nalačno, tak, jak jim to doporučil endokrinologický lékař. Respondentka č.5: „*Léky беру ráno, ještě před tím než se nasnídám, doktorka mi říkala, že takto je mám brát. Ani mi to nevadí, už jsem si na to zvykla*“.

Všichni respondenti popisovali průběh vyšetření u endokrinologa obdobně. Shodli se, že při každém vyšetření je lékař zváží, změří krevní tlak, odebere krev na hladinu hormonů, dále si prohlíží kůži, třes a oči, pohmatá krk a dá prostor pacientům vyjádřit své subjektivní pocity. Respondentka č.8 ještě uvedla, že jí její lékař při každé prohlídce kontroluje štítnou žlázu ultrazvukem.

2. GENETIKA

A) Role genetiky

Onemocnění štítné žlázy je podle většiny dotazovaných podmíněné geneticky. Shodují se na tom, že výskyt v rodině má velký vliv na vznik nemoci u nich, nebo dalších členů jejich rodiny. Potvrzuje to naše šetření, kdy při dotázání na to, zda v jejich rodině se také někdo léčí s touto nemocí, odpovědělo sedm z osmi dotazovaných, že ano, a v některém případě to bylo i u více lidí z jednoho sourozeneckého vztahu. Respondentka č.1: „ *Vím určitě, že jedna moje sestra má také hypotyreózu a ještě moje druhá sestra má také něco se štítnou žlázou, ale nejsem si úplně jistá, jestli má sníženou nebo zvýšenou funkci, ale myslím si že sníženou*“.

B) výskyt v rodině

Nejčastěji respondenti hovořili o stejné nemoci u svých sourozenců. Respondentka č.2: „ *Ano, i moje sestra má nemocnou štítnou žlázu, stejně jako já*“.

Respondentka č.4: „*Akorát nechápu, že moje sestra má taky hypotyreózu, ale jí na to přišli náhodou a nikdy neměla vůbec problémy jako já*“. Kromě nemoci vyskytující se v okruhu sourozenců uvedli i další příbuzné. Respondentka č.7: „*V mé rodině má sníženou funkci štítné žlázy i moje matka a babička ji také měla. Nejdřív ji našli mně, pak matce a pak babičce, ale jen já navštěvuji specialistu*“. Respondentka č.8: „*Mám to zděděné po svojí matce, ta to měla také*“.

Pouze jeden z respondentů, se kterými jsme vedly rozhovor, uvedl, že v jeho rodině nikdo touto nemocí netrpí. Respondentka č.5: „*Nevím, proč jsem zrovna já takto nemocná, nevím o tom, že by v naší rodině byl někdo takto nemocný. Dokonce mám i prababičky a ani jedna kromě takových těch stařeckých nemocí nikdy nijak zvlášť nebyla nemocná*“.

3. INFORMOVANOST

A) Míra informovanosti před zjištěním nemoci

Míra informovanosti respondentů před diagnostikováním onemocnění byla značně malá. Čtyři z dotazovaných respondentů na tuto otázku odpovídali obdobně a to tak, že před tím o této nemoci nevěděli vůbec nic a nikdy o ní neslyšeli. Respondentka č.4 uvedla: „*Předtím, než mi tohle zjistili, tak jsem asi o tom ani nikdy neslyšela o nějaké štítné žláze a nemocích, který mohou z toho být*“. Podobně hovořila i respondentka č.2: „*Nevím, nepamatuji si, že bych o tom někdy něco slyšela*“. Dva respondenti se ještě před onemocněním přímo s hypotyreózou léčili pro poruchu štítné žlázy s její zvýšenou funkcí (hypertyreóza) a uvedli, že nebýt tohoto onemocnění, pravděpodobně by se o nemocích štítné žlázy nic nedozvěděli. Respondentka č.5: „*Nevím, možná jsem o tom slyšela někde v televizi jestli to dávali, nebo tak, ale nijak víc jsem o tom nepřemýšlela. Hlavně kdybych neměla tu štítnou žlázu nemocnou už před tím tou první poruchou a neonemocněla zase tímhle, tak bych se k takovým informacím asi nedostala*“. Dva zbývající respondenti o možné poruše štítné žlázy v dřívějšku již slyšeli. Respondent č.6 uvedl, že si vzpomíná na preventivní vyšetření právě na poruchu štítné žlázy z jeho dětství, kvůli nedostatku jodu. Respondentka č.1 hovořila o jistých

informacích z doby před nemocí, které nabyla prostřednictvím časopisů a z doslechu ze svého okolí. I přes to, že kromě jednoho respondenta se stejná nemoc objevila v rodině dotazovaných, nikdo o této nemoci nic nevěděl. Odpovědi se i v tomto případě značně shodovaly. Respondentka č.7: „*Věděla jsem, že moje maminka má nemocnou štítnou žlázu, ale to je vše, nijak jsem se na to nevyptávala*“. Respondentka č.3: „*Vlastně jsem o tom ani nic nevěděla i když to má i moje sestra, věděla jsem jen že bere prášky na štítnou žlázu*“.

B) Míra informovanosti po zjištění nemoci

Informace, které jsou nemocným sdělovány v rámci lékařské prohlídky, nejsou nijak rozsáhlé, jak uvádí někteří pacienti. Většina pacientů je ale považuje za dostačující. Respondentka č.2: „*Na začátku mi toho moc neřekli, ale to protože jsem byla ještě malá, mluvili spíše s matkou, která mě k doktorovi přivedla. Později jsem tam už začala chodit sama a ty informace jsem získala*“. Tři respondenti uvedli, že si žádné nové informace sami aktivně nevyhledávají. Stačí jim to, co jim lékař již sdělil a myslí si, že jsou tyto informace dostačující. Získávání dalších nových informací prostřednictvím internetu, televize, nebo odborné literatury využívají mnozí respondenti z důvodu vlastní zvědavosti, ne proto, že by měli pocit nedostatečných informací od lékaře. Respondentka č.3 „*Doktorka mi toho říkala hodně a i když jsem se třeba na něco zeptala, tak mi vždycky ochotně odpověděla*“. Sedm z osmi respondentů uvedli spokojenost co se týká aktivní edukace a poskytování informací ze strany zdravotníků, konkrétně hovořili o endokrinologickém lékaři, který jim informace sděloval. Respondentka č. 1 uvedla, že s informacemi, které získala od endokrinologa, je spokojená a připadají jí dostatečné, ale co se týká ostatních lékařů, kterým jako pacientka prošla rukama v době, kdy začala mít problémy, až do doby, co se po dlouhé době dostala k endokrinologovi, tak ty byly naprosto nedostačující.

Všichni dotazovaní uváděli jako prvního poskytovatele důležitých informací svého endokrinologického lékaře. Respondent č.6: „*Praktický lékař mi něco o té nemoci samozřejmě říkal, ale myslím si, že ty podstatné věci jsem se dozvěděl až tady u endokrinologa, ten má přeci jen větší přehled o těchhle nemocích, ne*“. I respondentka

č.3 uvedla, že nejvíce těch informací, které podle ní a pro ni jsou důležité, získala od endokrinologa. „*Tak poslal mě tam obvodní lékař, ale nejvíc jsem se dozvěděla od paní doktorky tady*“. I v tom případě, kdy u některých respondentů první vyšetření a zmínku o možné poruše štítné žlázy ukázal praktický lékař, i jeho někteří uvádějí jako poskytovatele informací. I když ve většině případů ne s aktivním přístupem, ale až poté, co je poslal k endokrinologovi a pacienti se začali ptát. Respondentka č.7: „*Můj obvodní lékař mi jen psal prášky, jinak mě moc nesledoval, něco málo mi řekl, ale měla jsem správný pocit, že bude vhodnější vyhledat odbornou pomoc. Tak jsem se registrovala k endokrinologovi a ten mi to pořádně všechno vysvětlil, co a jak*“.

U šesti respondentů přišel na poruchu štítné žlázy praktický lékař. U čtyř z nich to bylo na základě potíží, se kterými k lékaři přišli. U dvou se na poruchu přišlo náhodně na základě preventivní prohlídky praktickým lékařem. Respondentka č.7 se začala léčit pro hypotyreózu díky svému gynekologovi. „*Já jsem se dostala k endokrinologovi díky svému gynekologovi, byla jsem velice překvapená, jak aktivně vyhledával, kde by mohl být problém. Co vím od ostatních holek, které měly také podobné problémy jako já, tak s nimi se jejich gynekolog moc nezabýval, ani jim třeba vůbec nebral krev*“. Respondentka č.1 prošla velmi dlouhou dobu od prvních potíží po vhodnou léčbu a při našem dotazování ohledně získávání informací od zdravotnického personálu se až rozčílila nad tím jak špatně s ní lékaři zacházeli, natož aby jí dali nějaké informace. Respondentka ale uvedla, že od doby, co se po hospitalizaci na ARO dostala ke svojí endokrinoložce, je vše jinak. „*Jediná paní doktorka tady mi byla schopná říct co mi vlastně je a co s tím budeme dělat*“. Respondentka č.2: „*Myslím si, že za čas, co se s touto nemocí léčím, mi lékařka řekla vše co jsem chtěla nebo měla o nemoci a léčbě vědět, ale občas se taky kouknu třeba na internetu, když tam na něco takového narazím, je to zajímavé. Nedávno jsem narazila na konverzaci skupiny lidí, kteří se taky léčí s hypotyreózou a sdělují si tam svoje problémy, které mají kvůli této nemoci. I tak se o tom člověk dozví víc, hlavně když třeba já jsem žádné problémy neměla, tak vidím, jak bych na tom mohla být, kdyby se na to v dětství nepřišlo a zavčasu se to neléčilo*“.

C) Komunikace s lékařem

Všichni respondenti byli poučeni o nutnosti trvalé léčby a trvalého celoživotního sledování. Ochota a kvalitní spolupráce pacientů s ošetřujícím personálem je na prvním místě. Tohoto názoru jsou všichni naši respondenti. Respondentka č. 4: „*Myslím si, že je nejdůležitější s lékařem komunikovat, protože i přes to, že vyčte nějaké hodnoty hormonů z krve, nemyslím si, že je úplně stoprocentně popisuje to, jak se momentálně cítíte, proto se i sama lékařka vždycky ptá jak mi je, jak se mám a jestli se to nějak změnilo i když mi řekne, že ty hormony mám v krvi pořád stejně*“

Úprava životosprávy je také v tomto případě na místě, jak jsme se z rozhovorů dozvěděly. Jedná se o obecné zásady racionální výživy a v případě těhotenství o zvýšený příjem jodu. Respondent č.3 „*Mám problémy s váhou a čím jsem starší, tím je to horší. A to jsem přitom byla celé mládí úplně vychrtlá, dlouhou dobu jsem se snažila držet redukční dietu, ale nemělo to na mě žádné účinky. Myslím si, že i kdybych nejedla vůbec, tak už nezhubnu. Pani doktorka mi říkala, že je to složité, že mi špatně funguje tělesný metabolismus a je složité určit, která dieta by mi pomohla, ale říkala, že bych se alespoň měla snažit jíst pravidelně, často a po malých dávkách*“. Respondenti se shodují v tom, že by jistě bylo vhodné dodržovat zásady doporučené výživy, ale i přes doporučení lékaře tomu nevěnují tolik pozornosti. „*Pan doktor říkal, že bych se měla více zajímat o to jak se stravuji, že i to významně působí nejen na fyzickou stránku člověka, ale na tu psychickou. A hlavně to zmiňoval kvůli tomu, jak si nastavím denní režim, abych se vyvarovala některým stresovým situacím*“. Respondent č. 6 také hovořil o tom jak ho jeho lékař edukoval v oblasti výživy „*Ano, říkal mi to, ale víte já už jsem starý na to, abych měnil zajeté koleje. Myslím si, že bych z toho byl víc nemocný, kdybych musel jíst tu zdravou výživu.*“

Ženy jsou poučovány o důležitosti včasné informace lékaři o nastalém těhotenství, lépe ještě o těhotenství do blízké budoucnosti plánovaném, aby bylo možné zahájit včasnou úpravu léčby, popřípadě životosprávy. Respondentka č.8: „*Měla jsem problémy otěhotnět, ale poté, co jsem o tom informovala svého endokrinologa, který mi hned upravil léčbu, jsem zanedlouho otěhotněla*“. Respondentka č.7 dbala na rady lékaře a plánované těhotenství konzultovala se svým ošetřujícím lékařem. „*Těhotenství*

jsem měla plánované, a protože už dříve mi lékař říkal jak je důležité v době těhotenství upravit a sledovat léčbu, ihned poté, co jsem se rozhodla mít dítě, jsem šla na konzultaci k endokrinologovi“.

Lékař již při diagnostice hypotyreózy od pacienta zjišťuje veškerá onemocnění, která mohou být pro hypotyreózu komplikujícím faktorem: například diabetes, kardiovaskulární onemocnění, autoimunitní choroby, ale také užívané léky a prodělané léčebné zákroky. S tím souvisí edukace v oblasti informací pacienta. Například v případě, kdy jiný specialista zahájí léčbu, která by mohla zhoršit průběh hypotyreózy, v tu chvíli je nutné, aby sám pacient byl s těmito riziky srozuměn a byl schopen sám aktivně upozornit na svou léčbu s hypotyreózou. A aby opačně informoval o změnách zdravotního stavu, případně léčbě u jiného lékaře, svého endokrinologa. Respondent č.6: *„Pan doktor z endokrinologie mi říkal, že je důležité, abychom spolupracovali s mým kardiologem, protože mám problémy se srdcem a léčba v tomhle případě musí být víc sledovaná“.*

Respondenti uváděli důležitost dodržování pravidelného denního režimu, zejména v ranních hodinách, kdy si všichni dotazovaní berou pravidelně své léky na štítnou žlázu. Respondentka č.8: *„ Naučila jsem se brát prášky každý den ve stejnou hodinu, v podstatě hned jak vstanu. Tak přes týden je to jednoduché, to vstávám do práce pořád stejně a na víkendy jsem si už taky zvykla. Sice vstávám brzo, ale aspoň toho stihnu přes den víc udělat. Je to lepší,aspoň pak nemusím přemýšlet jestli jsem si ho vzala nebo ne. Je lepší v tom mít systém a každodenní rutinu, než si ho brát když si vzpomenu. Každopádně mě na to upozorňoval i doktor, ten mi doporučil brát si ho vždy ráno a hlavně nalačno“.* Všichni respondenti uvedli, že berou léky na štítnou žlázu ráno nalačno tak, jak jim to doporučil jejich lékař. Respondentka č.1 to má ještě o něco složitější kvůli užívání léků na žaludek, které si musí brát jako první a nalačno. *„Beru ráno ještě léky na žaludek, které se musí brát taky ráno a taky nalačno, a protože by se neměly míchat s ostatníma, tak si ho беру velmi brzo k ránu, ale stejně většinou vstávám na záchod v noci, tak si ho rovnou vezmu, abych když pak vstanu do práce mohla vzít Letrox“.* Respondentka č.2 a náš jediný muž respondent č.6 kterému je 69 let, ti dva jediná aktivně sportují. Ostatní se shodli na tom, že mají co dělat, když přijdou z práce a

ještě se musí postarat o rodinu. Tak jim ani nezbyvá moc času a hlavně žádná energie. Respondentka č.7: „*Malému je rok a já jsem s ním na mateřské. Dřív jsem si občas vyjela na kole, ale teď ne, teď na to nemám čas*“. Respondentka č.3: „*Mám na krku důchod, z práce jsem hrozně udřená, a když přijdu domů, čekají tam na mě tři vnoučata, protože moje děti bydlí hned vedle nás. Tak si umíte představit, kolik času mi asi zbývá na nějaké sportování, Hlavně jsem už stará a ne moc fit, kolikrát mám problém vyjít jen schody do baráku*“. Je pochopitelné, že mnozí nemají časové nebo fyzické možnosti k aktivnímu sportování, ale přiznávají, že alespoň přiměřený aktivní pohyb jim lékař doporučoval. Respondentka č.4: „*Pani doktorka mi říkala, že by bylo vhodné, abych alespoň chodila na delší procházky, když už víc nezvládnou. A měla pravdu, když jdu ven, cítím se o něco lépe, než když jsem doma. To pořád jen spím a čím víc spím, tím jsem víc unavená. Víím, že trochu je to kvůli té nemoci, ale je samozřejmé, že vyspat se z toho nemůžu. Poslední dobou jsem začala zase pracovat na zahrádce, což je vlastně taky takový sport trochu*“. Co se týká spánku, většina dotazovaných se snaží přizpůsobit jejich aktuální potřebě. Někteří ale chodí do práce a po práci mají povinnosti ještě doma, takže se alespoň snaží chodit spát co nejdříve. Respondentka č.1: „*Přes noc spím v průměru tak šest hodin, přes týden chodím do práce a po práci, když je čas, tak si jdu taky lehnout. Mám zkrácený pracovní úvazek, ale i přes to jsem kolikrát tak unavená, že nejsem ani schopná se najíst*“.

K edukaci ze strany ošetřujícího personálu patří také upozornění na vlivy vnějších teplot na stav nemocného. Pro naše respondenty není vhodné zdržovat se nebo pracovat na místech s extrémními teplotami. U dotazovaných nebyla potřeba měnit své zaměstnání kvůli hypotyreóze, kromě dvou respondentů. V tom případě to nebylo z důvodu velkých změn teplot, ale z nedostatku fyzické schopnosti. Lékaři také naše respondenty upozorňovali na možné problémy v některých ročních obdobích a zejména při přechodu teplot, a dále na případy ohrožení v době, kdy by se respondenti chtěli vydat někam do cizích krajín, kde je čeká extrémní změna teploty. Respondentka č.5:

„*Jednou jsem uvažovala o možnosti práce v cizině v tropických krajích. Konzultovala jsem to s doktorem, protože jsem chtěla vědět zda by se mě tam ujal nějaký místní endokrinolog, který by mě léčil. Pan doktor mě upozorňoval na potenciální problém při*

přesunu do země, kde bude úplně jiné podnebí a teplota, že to velice působí na tělo. Říkal, že bych si tam měla vyhledat lékaře co nejdříve, pokud se tam rozhodnu pracovat“.

4. ZHORŠUJÍCÍ FAKTORY

Tři respondenti uvedli skutečnost, že nemají žádné vnější potíže nebo problémy, o kterých by mohli říct, že jsou zapříčiněny hypotyreózou. Tudíž si ani nejsou vědomi čehokoli, co by to mohlo zhoršovat. Tito respondenti tedy neudávají žádný zhoršující faktor. Respondentka č. 7 uvedla : *„Nemám žádné problémy, takže mi to ani nemá co zhoršovat. Hlavně si myslím, že by to bylo velice špatné, kdybych se nezačala včas léčit a nebrala tyhle léky“.*

Nejčastějšími faktory, které respondenti, u kterých se objevily zdravotní potíže, uváděli, byly zejména stresové situace. Dále změny počasí, také běžné nemoci jako je chřipka, angína nebo průjmová onemocnění. Respondentka č.3: *„O hodně hůře zvládám běžná onemocnění, měla jsem třeba jen chřipku a byla jsem úplně na umření. Bylo mi špatně a ještě se mi zhoršily ty problémy, co už mám od hypotyreózy. Doktorka mi to ale říkala, že tyhle nemoci můžou působit na to moje onemocnění štítné žlázy a že se často zhoršují projevy i po vyléčení chřipky a trvá to déle než u jiných zdravých lidí“.* Dva respondenti tyto věci dávali do společné souvislosti. Nehodnotili to jako jednotlivé věci, ale jako vzájemné a současně působící jevy. Respondentka č. 3 uvedla: *„Je to tak celkově ze stresu, ale nemyslím tím jen stres v práci třeba, ale i když jsem nemocná, mám chřipku, nebo třeba jen změny ročního období, když se rapidně mění počasí a podobně. V takovýchto chvílích je mi vždycky hůř. A potvrzuje to i doktorka, pokaždé v období října a listopadu mi navyšuje dávku léků“.* Respondentka č. 4 hovořila zejména o stresu v souvislosti s psychickým vypětím. Stejně tak i respondentka č. 1 uváděla, že jsou pro ni i běžné stresové situace, které jiný zdravý člověk zvládne bez problémů, velmi náročné. Většina dotazovaných se shodla na tom, že stres obecně je velkým impulzem pro zhoršení nemoci. Respondentka č.8: *„ Řekla bych, že stres*

působí špatně úplně na všechno a hlavně na lidi, co jsou nemocní. Někdy mi připadá, že stres a nemoc je totéž“.

5. OMEZENÍ, NÁSLEDKY

A) Fyzické

Při výzkumném šetření jsme se ptaly na nemoci a poruchy zdraví vzniklé následkem hypotyreózy. Polovina respondentů uvedla, že nemoc štítné žlázy jim způsobila nevratná poškození zraku. Respondentka č. 1 : *„Vím,že nejsem úplně slepá, ale rozhodně jsem to ve svém věku nemusela mít, je to těžké, nedá se to léčit a postupně se to jen zhoršuje“.*

Z poruch fertility, tedy problémy s otěhotněním, obviňovaly nemoc štítné žlázy tři respondentky. Všechny ale nakonec zdárně otěhotněly a porodily zdravé děti. Dvě z těchto žen se už před snahou otěhotnět léčily s hypertyreózou a myslely si, že problém souvisí s tímto. Respondentka č. 8 měla hypotyreózu již zjištěnou a sama aktivně při potížích otěhotnět hledala odpovědi u svého endokrinologa.

Dva respondenti také uvedli, že si myslí, že určitý podíl na jejich kardiovaskulárním onemocnění má také určitě štítná žláza. Respondenti č.2 a č.7 žádné zdravotní následky způsobené onemocněním štítné žlázy neuvedli.

B) Psychické

Tři respondenti se museli léčit pro deprese zapříčiněné právě poruchou štítné žlázy. Nikdo z nich si toto onemocnění dlouhou dobu nepřipouštěl, dokud jim nebylo diagnostikováno odborníkem, který jim nasadil léčbu. Často zmiňované byly změny nálad, nesoustředěnost, apatičnost, výbušnost, emoční i citové poruchy.

Respondentka č.4: *„ Bylo to hrozné, už dávno předtím jsem měla deprese a nevěděla jsem to, všechno jsem dávala za vinu manželovi“.* Velké změny psychického stavu provázely většinu z dotazovaných. A byly to změny nejen na tělesném podkladu, způsobené špatným fungováním štítné žlázy.

C) Sociální

Všichni dotazovaní se shodli na tom, že díky zjištění nemoci a adekvátní léčbě hypotyreózy se jejich život rozhodně zlepšil, ať už se jedná o zdravotní stav nebo jejich sociální status. I přes mnohé poruchy ve zdraví se teď lépe mohou soustředit na život a nejsou natolik omezováni potížemi, vyvolanými nedostatkem hormonů. Tyto potíže jsou u většiny z nich natolik zmírněny nebo úplně eradikovány, že mohou žít jako jiní víceméně zdraví jedinci. U některých jsou změny ve zdravotním stavu bohužel horší, ale i tito respondenti jsou nyní schopni žít kvalitnější život než dříve, kdy nebylo jasné, co je postihlo za onemocnění. Respondentka č.4: *„Myslím, že teď se mám dobře. Jediné, co mi zhoršilo kvalitu života, je neschopnost vykonávat svojí práci. Musím pobírat invalidní důchod, ze kterého bych se sama neživila. Ale naštěstí v mém případě to není problém, protože mám partnera, který se o mě i moje děti stará dobře. Takže není nic co by mi sházelo“*. Nebýt léčby, mnozí z těchto nemocných by měli velké až život ohrožující problémy.

6. POTŘEBY A HODNOTY

Při našem rozhovoru s respondenty jsme se také ptaly na jejich specifické potřeby a hodnotový systém. Zejména na to, jak se tyto dvě věci měnily nebo byly ovlivněny samotnou nemocí. Většina respondentů odpovídala velmi stručně. Vyjmenovali nám konkrétně, které hodnoty jsou pro ně nejdůležitější. Nejčastěji bylo zmiňováno zdraví, láska a štěstí. Mnozí z nich uvedli, že se jejich hodnotový systém nezměnil, od doby, kdy onemocněli. Ale někdy, když si vzpomenou na strasti z dob největších potíží, měli zejména velkou potřebu mít rodinné zázemí. Člověka, který by byl pro ně oporou, chápal, ale i respektoval například jejich nepřiměřené citové a emocionální projevy. Většina respondentů uvedla, jako první potřebu mít kvalitního lékaře. Lékaře, který se jim věnuje a snaží se dělat vše pro to, aby mohli vést co nejkvalitnější způsob života, aby se necítili omezení. Za celou dobu léčby všichni respondenti uvedli, že nejvíce potřebují mít rodinu, která jim bude oporou v těžkých chvílích života. Potřeby bezpečí, lásky, sounáležitosti a uznání jsou pro naše respondenty potřeby na prvním místě.

Všichni respondenti vyjadřovali také potřebu být informován, a to i v době, kdy ještě nevěděli o své nemoci. Respondentka č.4: „*Kdybych o té nemoci měla nějaké informace ještě předtím, jistě bych mohla lépe hodnotit to, co se semnou dělo a dřív vyhledat lékaře*“. Některé zmiňované potřeby vyplývaly z fyzických omezení, kdy kvůli onemocnění nemohli respondenti vykonávat svoje zaměstnání, nebo koníčky. Respondentka č. 1 uváděla, že kvůli nemoci si uvědomila, jak samozřejmě je pro ostatní například luštění křížovek, nebo četba. V jejím případě je v tomto omezena, kvůli poruše zraku. Někteří vyjadřovali potřebu být fyzicky zdatnější, mít možnost sportovat, nebo se aktivně zapojovat do venkovních aktivit se svojí rodinou. Další neméně důležitou potřebou, je být soběstačný. Všichni se shodovali, že je pro ně důležité být natolik zdrav, aby se mohli bez problémů postarat o sebe a své blízké.

5. Diskuze

V této bakalářské práci se věnujeme onemocnění štítné žlázy, které je charakterizované její sníženou funkcí a především se zde zajímáme o specifika při ošetřování lidí s touto chorobou. V rámci našeho výzkumného šetření jsme oslovily osm pacientů s touto nemocí. Byl vytvořen koncept pro polostandardizovaný rozhovor, který jsme použily k výzkumnému šetření s našimi vybranými respondenty. Rozhovory s respondenty se uskutečnily přímo v prostorech ordinace endokrinologického lékaře poté co pacient byl vyšetřen.

Při rozhovorech s pacienty jsme se zaměřovaly na anamnézu zejména související s onemocněním štítné žlázy, na průběh onemocnění, léčbu a obtíže vzniklé onemocněním hypotyreózou. Zjišťovaly jsme genetický potenciál, zhorčující faktory, které negativně působí na jejich onemocnění. Zkoumaly jsme vliv na kvalitu života a omezení, která jim nemoc přinesla. Také proces získávání informací a ošetřování. Specifika ošetřovatelské péče a největší úskalí nemocných jsme stanovovali právě zohledňováním těchto oblastí výzkumu u nemocných léčících se s hypotyreózou.

Dvořák (2002) ve své knize považuje správnou přítomnost a fungování hormonů štítné žlázy za nejdůležitější regulační systém lidského organismu, který ovlivňuje stálost vnitřního prostředí. Tato je podmínkou života našeho organismu. Chyba v tomto mechanismu značně ovlivňuje veškeré pochody v lidském těle a způsobuje tak mnoho až život ohrožujících problémů jak můžeme potvrdit i z našeho výzkumného šetření. Toto potvrzuje výpověď respondentek č.1 a č.4, které byly hospitalizovány kvůli komplikacím a vystupňování projevů onemocnění. Hypotyreóza je v současné době onemocnění, které by se dalo zahrnout do skupiny nemocí, charakterizované hromadným výskytem. Dvořák (2002) výskyt je velký, incidence nemoci se s věkem zvyšuje, jsou ohroženy i děti a dospívající jedinci. Postihuje především ženy. Jsou ohroženy nenarozené děti matek s poruchou štítné žlázy a je třeba u nich sledovat hodnoty hormonů štítné žlázy v době těhotenství a adekvátně na to reagovat vhodnou léčbou, jak vyplývá i z výsledků výzkumu. U novorozenců se v České republice dělá povinný screening a v případě pozitivního nálezu je ihned zahájena léčba. Větší

incidence hypotyreózy v naší populaci nesporně souvisí se zdokonalením diagnostických postupů a kladením důrazu na prevenci. Souvisí ale také s nárůstem autoimunitních chorob a stárnoucí populací. Prevence je v tomto případě značně zanedbávána i přes to, že v mnoha případech stačí pouze jednoduchý krevní test. Ten by i při nejasných hodnotách měl být varovným signálem pro lékaře, kteří by pacientovi měli začít věnovat víc pozornosti a měli možnost tak chorobu ihned rozpoznat a léčit bez toho aby, nemocní na sobě pocítili patologické zdravotní změny. Hypotyreóza je nemoc, která nemusí dlouhá léta vykazovat žádné vnější projevy. Klinický obraz se u každého rozvíjí různě rychle. Snížená funkce štítné žlázy, způsobená nejčastější příčinou této nemoci, tedy autoimunitní tyreoiditidou, se vyvíjí velmi pomalu a nenápadně. V některých případech nemusí ani dojít k žádným nápadným vnějším projevům nemoci, které by netušící lidi alarmovaly, jak uvádí Zamrazil (2007). I při našem výzkumném šetření se potvrdilo, že mnozí před diagnózou hypotyreózy ani nevěděli, že se s nimi něco děje, že by mohli být nemocní. Někteří naši respondenti byli svou diagnózou překvapeni poté, co jim ji sdělil praktický lékař, provádějící preventivní vyšetření právě na hodnoty štítné žlázy. Jiní naši respondenti uváděli jisté změny ve zdraví, ale že by to mohl být projev nemoci, to si neuvědomovali. I proto jsme se zajímaly o faktory zhoršující průběh onemocnění, protože právě tyto faktory mohou být spouštěčem projevů nemoci u lidí, žijících s nemocí štítné žlázy bez diagnózy a bez problémů. V některých případech, zejména u starších osob, může neléčená hypotyreóza společně se zmíněným stresovým faktorem spustit život ohrožující proces. Markalous a Gregorová (2007) ve své knize popisují jako významnou příčinu hypotyreózu jodový deficit. Tato příčina je významná, ale při porovnání s ostatní literaturou lze konstatovat, že pro naši zemi neaktuální. Vavrejšnová a Zamrazil (2003): konstatují, že po jodaci soli, se již u nás porucha v důsledku nedostatku jodu nevyskytuje. Existují ale jisté rizikové skupiny obyvatel, u i kterých se tato příčina může uplatnit a to zejména u těhotných žen a dětí, Kostikuj (2009).

Práce s literaturou byla pro naše výzkumné šetření velice složitá. Mnohé práce se zabývají hypotyreózou pouze z medicínského hlediska, jak uvádí Zamrazil (2007). I přes substituční léčbu, kdy pacienti s hypotyreózou pouze pravidelně jedenkrát denně

užívají tabletu s chybějícími hormony, dochází na kontroly k endokrinologickému lékaři a není třeba o tyto nemocné pečovat za hospitalizace, je překvapující, jak je opomíjena pozornost k subjektivním příznakům samotných pacientů. Tito pacienti právě i na základě svých potíží mohou spolupracovat se svým lékařem a adekvátně regulovat svou léčbu. Přes to, že není pacientů, kteří by výhradně s hypotyreózou byli hospitalizováni, je důležité si uvědomit ucelenost ošetrovatelské péče. Pacient, o kterého se sestra v nemocnici stará například se zlomeninou nohy, může být léčen pro onemocnění štítné žlázy. Současně by sestra v takovém případě měla znát specifika této nemoci aby mohly být subjektivní problémy nemocných správně přiřazeny a zvládnuty. Je tedy nutná kvalitní a ucelená ošetrovatelská péče.

Hypotyreóza je onemocnění charakterizované sníženou funkcí štítné žlázy a díky tomu i sníženým přísunem hormonů do lidského organismu. Její nejčastější příčinou jsou chronické autoimunitní záněty, při kterých imunitní systém člověka vytváří protilátky proti vlastním strukturám štítné žlázy. Tím ji poškozuje jak popisuje Jiskra (2011). Tato informace se nám výzkumem nepotvrdila. Mnozí dotazovaní svou příčinu onemocnění neznali. Předpokládáme, že jedná li se podle literatury o nejčastější příčinu tohoto onemocnění, pravděpodobně to bude i příčina u většiny našich respondentů. Informace o příčině, ale zejména informace o incidenci hypotyreózy v populaci by měla být v popředí zkoumání tak, aby se jí mohlo předcházet ještě před započítím autoimunitních pochodů. Co se týká výskytu v populaci, nemůžeme naším šetřením prokázat či vyvrátit tvrzení autorů, kteří o tomto problému hovoří ve svých publikacích. A to není cílem naší práce. Cílem naší práce je zjistit především specifika ošetrovatelské péče v rámci onemocnění štítné žlázy.

Z výzkumného šetření jsme jednoznačně mohly stanovit nejčastěji vyskytující se problém související s hypotyreózou. Jedná se o únavu, jak popisuje i Jiskra (2011). Únava a nevykonnost se objevovala i u těch respondentů, kteří jiné problémy vzniklé následkem nemoci nevedli. Únava je problém, který zasahuje do všech sfér běžného života a může ovlivňovat kvalitu života takto nemocných. Pro ošetřující sestru je v tomto případě důležité znát daný problém, pracovat s pacientem v případě, že je hypotyreóza pouze druhotné onemocnění, musí brát v potaz možné projevy této nemoci.

Sestra by neměla pacienty zbytečně přetěžovat. Měla by respektovat jejich spánkové rituály i během dne. Únava souvisí také s poruchami spánku, které naši respondenti udávali. Neustálá únava si s sebou nese řadu problémů, které takto nemocné pacienty omezuje v každodenním životě. Sestra by v rámci ošetrovatelské péče měla pacienta informovat o možnostech relaxace a techniky zvládnání běžných činností i přes sníženou výkonnost pacientů.

Dalším velkým problémem, který naši respondenti uváděli, byly velké a časté výkyvy nálad. To potvrzuje Zamrazil (2007). Je důležité, aby tyto poruchy, kdy pacienti mohou trpět jistými citovými a emocionálními změnami, byly sestry schopny detekovat a správně s pacienty komunikovat. Role sestry je důležitá, je nutné pacienty sledovat a případně předcházet možným stresujícím situacím. Tyto by mohly jejich psychický stav ještě zhoršit. Výzkumné šetření potvrzuje tvrzení autorů v psychické labilitě. Je způsobena přímo poruchou štítné žlázy, je značně ovlivněna i informovaností pacientů a přístupem zdravotnického personálu. Právě informace o nemoci jsou pro mnohé pacienty tisícím faktorem a poruchy v náladovosti se tak dají zvládat lépe. Naše dvě respondentky, u kterých se hypotyreózu rozvinula více než u ostatních se shodly na tom, že dostatek informací v prvopočátku léčby o poruchách souvisejících s náladou, způsobených nemocí, by vedl alespoň k částečné a vědomé regulaci nemoci.

První výzkumná otázka se zabývala specifiky ošetrovatelské péče o nemocné s hypotyreózou. Při našem výzkumném šetření jsme se zajímaly o nejčastější nebo nejhůře snesitelné problémy objevující se právě kvůli onemocnění štítné žlázy. S tím souvisela i omezení a změny kvality života nemocných. Respondenti uváděli celou řadu problémů, ale ve většině případů je nehodnotili jako limitující faktor pro běžný každodenní život. Soustředily jsme se na proces celé nemoci před diagnostikou i po ní, abychom si mohly udělat ucelený pohled na vývoj problémů a účinnosti léčby. Z výzkumného šetření jasně vyplývá, že u respondentů, kteří neměli problémy ještě před diagnostikou nemoci, se problémy neobjevily ani poté a cítí stále stejnou zdravotní úroveň. Respondenti, kteří již měli problémy před zjištěním a zahájením léčby, začali na dodání hormonů štítné žlázy pozitivně reagovat všichni a jejich zdravotní stav se u každého postupem času buď srovnal, anebo se potíže zmírnily na

takovou úroveň, kdy už se nemocný necítil omezen. Potvrzuje to shodu autorů odborné literatury, ze které jsme vycházely. U správně léčené hypotyreózy je ve většině případů možné podáváním hormonů štítné žlázy nastolit úplnou eutyreózu. Nemocný je v podstatě vyléčen a jeho tělo funguje tak, jako by žádnou poruchu nemělo, popisuje Zamrazil (2007). Již bylo zmíněno, o ošetrovatelské péči se v literatuře zřídka kdy dočtete. I v případě, kdy autoři popisují výjimečný stav hypotyreózy ve stádiu myxedémového kómatu, tedy v případě, kdy je již nutná hospitalizace nemocného a s tím ošetrovatelská péče sestry, jsme se o těchto specifických nedočetly, anebo jen velice stroze. Protože jsme se chtěly zaměřit v naší práci právě na tato specifika, bylo důležité soustředit se na nemoc jako takovou. Na její příčiny, projevy a léčbu. Nejdůležitější bylo zjistit od respondentů jejich subjektivní pocity a projevy nemoci, které je po celou dobu provázely, nebo stále provází. Základem léčby hypotyreózy je podávání hormonů štítné žlázy ve formě tablet. Na první pohled se zdá být léčba jednoduchá, ale správné nastavení a dávkování léčby je individuální a trvá někdy i řadu měsíců, než se ta správná cesta nalezne. To je ale úkolem lékaře. Sestra má za úkol zajistit ošetrovatelskou péči a v tomto případě klást důraz na projevy nemoci a možná rizika. Má být pro pacienta oporou, empaticky vnímat jeho problémy a dbát na psychickou pohodu.

V druhé výzkumné otázce jsme se zaměřovaly na specifické potřeby našich respondentů. můžeme konstatovat, že většina těchto potřeb vychází z fyzických následků nemoci. Jedná se především o potřebu být soběstačný ve všech sférách života, moci se postarat o sebe a své blízké tak, aby únava a nevykonnost nebyla omezujícím faktorem. U respondentů, kteří kvůli nemoci mají porušený zrak, se vyskytovala potřeba být schopen vykonávat běžné činnosti, koníčky jako i třeba četba a to bez výrazného omezení. Například u respondentky č.1 hrozilo odebrání řidičského průkazu v době, kdy onemocnění očí bylo v akutní fázi. U respondentky č.4 tato porucha zapříčinila ztrátu zaměstnání. Naše dotazované ženy vyjadřovaly, že pro ně bylo důležité vědět, že kvůli nemoci nebudou mít problémy otěhotnět a porodit zdravé děti. Z výsledků je patrné, že onemocnění štítné žlázy v mnoha případech respondenty může omezovat v provozování jakýchkoli běžných aktivit, ať už se jedná o sport, zaměstnání, práce v domácnosti, nebo

v sociálních kontaktech. Avšak výsledky naší práce ukazují, že v případě včasné diagnostiky a správné léčby sami respondenti o sobě konstatovali, že se cítí jako zdraví a specifické potřeby, které by vznikly v důsledku onemocnění nepocítují.

Třetí výzkumná otázka se zabývala informovaností respondentů. Z výzkumného šetření je patrné, že o nemoci štítné žlázy před zahájením léčby mnozí nevěděli skoro nebo vůbec nic. A to i přes to, že se tato nemoc vyskytuje v jejich rodinách a u blízkých příbuzných. Informace, které pacienti získávají od lékaře a zdravotnického personálu, jsou pro ně nezbytné jak z hlediska kvality léčby, tak z důvodů psychického uvědomění. Pro pacienty jsou informace něco jako základna léčby, od kterých se mohou opřít a samostatně tak ovlivnit nebo přizpůsobit své jednání. S tím se shodujeme s Markalousem a Gregorovou (2007). Respondenti uvedli, že jim informace průběžně sděloval endokrinologický lékař, případně praktický lékař. Od nemocných jsme zjišťovaly faktory, které negativně působí na průběh jejich onemocnění. Někteří respondenti tyto faktory byli schopni popsat i ze své vlastní zkušenosti, kdy jim jejich lékař měnil léčbu v souvislosti s těmito faktory. Nejčastěji se zde objevovaly situace, kdy je pacient vystaven změnám počasí a dalším stresovým situacím, které takto nemocní snáší hůře. Někteří respondenti neuváděli žádné omezující faktory ze své zkušenosti, ale byli si vědomi toho, že je lékař na tyto situace upozorňoval.

6. Závěr

Porucha štítné žlázy charakterizovaná její sníženou funkcí je onemocněním, které ve svých důsledcích postihuje celý lidský organismus. V mnoha případech může vést nejen k těžkým poruchám zdraví ale i k ovlivnění celkové úrovně života člověka. V některých případech, zejména u nezjištěné a neléčené hypotyreózy, může dojít až ke smrti nemocného. Hypotyreóza se často nemusí klinicky projevovat. Tento bezpříznakový stav onemocnění ohrožuje zejména těhotné ženy a zdraví jejich nenarozeného dítěte, na které významnou měrou onemocnění působí i přesto, že žena neví, že je nemocná.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče, specifické potřeby u pacientů s hypotyreózou a míru informovanosti o svém onemocnění. Na počátku výzkumného šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky. Výzkumná otázka č.1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů s hypotyreózou? Výzkumná otázka č.2: Jaké specifické potřeby mají klienti s hypotyreózou? Výzkumná otázka č.3: Jak jsou klienti s hypotyreózou informováni o své nemoci? Na všechny tyto otázky jsme hledaly odpovědi z výpovědí našich respondentů. Každá nemoc má svá specifika, co se týká ošetřování takto nemocných lidí a u hypotyreózy to není jinak. Výzkumné šetření nám potvrdilo nejčastěji se vyskytující problémy, které vyplývají z onemocnění tak, jak jsme uváděly v teoretické části práce. Jedná se o únavu, fyzickou nevykonnost, změny nálad, zimomřivost, pocení, změny na kůži a další neméně podstatné, které nám respondenti sdělili. Dále nás zajímaly faktory, které právě tyto projevy zhoršují nebo vyvolávají. Nejčastěji to byly velké změny počasí, nebo ročního období a prožívání velkého stresu. Veškerá tato tvrzení jsou důležitá pro poskytování efektivní a kvalitní ošetrovatelské péče u pacientů s hypotyreózou. Z výsledků výzkumu jsme se dozvěděly nejzávažnější obtíže pacientů, omezení v životních potřebách a denních činnostech, úroveň informovanosti ale i genetickou zátěž a specifické potřeby pacientů s hypotyreózou. Z výsledků práce byly shrnuty základní poznatky o hypotyreóze a vytvořen informační materiál (viz příloha 2), který by měl sloužit nejen jako popis a informace o nemoci, ale jako povzbuzení k prevenci a péči o své zdraví. Měl by být

přínosem pro pacienty, ale především veřejnosti, která se s onemocněním nesetkala, nebo o něm nemají žádné informace. Celá práce by mohla být využita jako výukový materiál v problematice hypotyreózy.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BLAHOŠ, Jaroslav a Otakar BLEHA. *Endokrinologie: knižnice praktického lékaře*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1988, 464 s., E 8935. E 8935a.
2. BRUNOVÁ, Jana. Diagnostika a terapie poruch funkce štítné žlázy. Část 1. *Medicína pro praxi*, 2008, Roč. 5, č. 6, s. 254-257. ISSN:1214-8687.
3. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 470 s. ISBN 80-247-0143-1.
4. *Diagnostické problémy a zvláštnosti chorob ve stáří : VI. celostátní kongres s mezinárodní účastí*. [S.l. : s.n.] , 2000. Nestr. . ISBN 80-238-5968-4.
5. DVOŘÁK, Josef. *Štítná žláza a její nemoci : poučení pro nemocné*. 1. vyd. Praha : Serifa , 2002 . 138 s. . ISBN 80-902859-1-0.
6. *Endokrinologie*. Vyd. 1. . Praha : Triton , 2010 . 231 s. . (Lékařské repetitorium, sv. č. 1) . ISBN 978-80-7387-328-8.
7. GRÝCOVÁ, Jana. Nemoci štítné žlázy. TOP MORAVIA HEALTH s.r.o. *Top Moravia Health: Diagnostické a léčebné centrum* [online]. 2013 [cit. 2013-02-27]. Dostupné z: <http://www.tmhklinika.cz/cz/poradna-a-odborne-informace/nemoci-stitne-zlazy.php>
8. HAHN, Aleš. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 390 s. ISBN 978-802-4705-293.
9. HYBÁŠEK, Ivan a Jan VOKURKA. *Otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 426 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-1019-1.
10. HYBÁŠEK, Ivan. *Ušní, nosní a krční lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999, 220 s. ISBN 80-726-2017-7.
11. JISKRA, Jan. Poruchy funkce štítné žlázy a kardiovaskulární riziko. [online]. s. 10 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/18996>
12. JISKRA, Jan. Racionální diagnostika a léčba nemocí štítné žlázy. Část 1. *Medicína pro praxi*, 2010, Roč. 7, č. 4, s. 167-172. (www.medicinapropraxi.cz)

13. JISKRA, Jan. *Poruchy štítné žlázy: praktický přehled nejen pro laickou veřejnost*. Praha: Mladá fronta, 2011, 46 s. Lékař a pacient. ISBN 978-802-0424-563.
14. KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a doplň. vyd. Praha: Galén, 2011, 1174 s. ISBN 978-807-2627-059.
15. KOBRLOVÁ, Jitka. Kardiální manifestace hypotyreózy. *Kasuistiky v diabetologii*, 2005, Roč. 3, č. 4, s. 29-31 . ISSN: 1214-231X
16. KOSTIUK, Pavel. Hypotyreóza – příčiny, diagnostika, léčba. *Medi news*, 2009, Roč. 2009, č. 11, s. 24. ISSN: 1213-9866.
17. MARIE NEJEDLÁ, Hana Svobodová. *Ošetrovatelství III: pro 3. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 978-807-3330-309.
18. MARKALOUS, Bohumil, GREGOROVÁ, Marie. *Nemoci štítné žlázy : otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny* . 3., aktualiz. a rozš. vyd. . Praha : Triton , 2007 . 197 s. . ISBN 978-80-7254-961-0.
19. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 302 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4715-216.
20. NEUWIRTH, Jiří a Greta FIFERNOVÁ. *Ošetrovatelství II pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Informatorium, 1996, 205 s. ISBN 80-854-2788-5.
21. POTLUKOVÁ, Eliška a Jan JISKRA. ENDOCARE S.R.O. *Endokrinologie: obezitologie* [online]. 2011 [cit. 2013-02-27]. Dostupné z: <http://endokrinologie-obezitologie.cz/cs/clanky/tema1/vysetrovaci-postupy-pri-onemocneni-stitne-zlazy/>
22. ROKYTA, Richard. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 359 s. ISBN 80-858-6645-x.
23. SLAMĚNÍK, Marek. Těžká hypotyreóza s elevací tumor markerů u polymorbidní pacientky. *Interní medicína pro praxi*, 2004, č. 8, s. 418-419.
24. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, Nejedlá, Marie. *Interní ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4717-777.

25. VAVREJNOVÁ, Věra – Zamrazil, Václav. Hypotyreóza – diagnóza a léčba. Postgraduální medicína, 2003, Roč. 5, č. 2, s. 189-195. ISSN: 1212-4184.
26. VAVREJNOVÁ, Věra – Zamrazil, Václav. Nemoci štítné žlázy u diabetes mellitus. Postgraduální medicína, 2003, Roč. 5, č. 2, s. 221-227. ISSN: 1212-4184.
27. ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 335 s. ISBN 978-802-4720-999.
28. ZAMRAZIL, Václav, Václav HOLUB a Petr KASALICKÝ. *Endokrinologie*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003, 127 s. Vnitřní lékařství, sv. 3. ISBN 80-725-4380-6.
29. ZAMRAZIL, Václav. Štítná žláza: nemoci. In: *Zdraví a Zdravotnictví: zdravotní rádce* [online]. 2003 [cit. 2013-02-27]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=2237>
30. ZAMRAZIL, Václav. *Hypotyreóza : průvodce ošetřujícího lékaře* . Praha : Maxdorf , 2007 . 119 s. . (Jessenius, Sv. 20) . ISBN 978-80-7345-111-0.

8. Klíčová slova

Hypotyreóza

Sestra

Pacient

Ošetrovatelská péče

Informace

9. Přílohy

Přílohy vázané

Příloha 1 Polostandardizovaný rozhovor

Příloha 2 Informační materiál

Přílohy volné

Příloha 3 CD s přepsanými rozhovory respondentů

Příloha 1 Polostandardizovaný rozhovor

1. Máte onemocnění štítné žlázy charakterizované její sníženou funkcí? (hypotyreóza)
2. Kolik je vám let?
3. Jaké je vaše zaměstnání současné i minulé?
4. Jaké choroby jste prodělala doposud?
5. Máte i jiné onemocnění se kterým se trvale léčíte?
6. Kdy vám diagnostikovali onemocnění štítné žlázy?
7. Jaký lékař? (praktický, endokrinolog, jiný...)
8. Jakým způsobem se přišlo právě na toto onemocnění, co vás přimělo jít k lékaři?
9. Měla jste nějaké další potíže fyzické nebo psychické, které si myslíte že souvisely s poruchou štítné žlázy, nebo které vás dovedli k lékaři?
10. Chodíte pravidelně na kontroly k endokrinologovi? Jak často a jak to vyšetření probíhá?
11. Užíváte nějaké léky na onemocnění štítné žlázy? Jaké a jaké množství?
12. Znáte správné užívání tohoto léku?
13. Mění vám lékař dávku nebo druh léku?
14. Jak probíhal začátek po zjištění nemoci, co se týká vyšetření a první indikace léků?
15. Za jak dlouho léčba začala fungovat?
16. Jak jste celou situaci s nově objeveným onemocněním vnímala?
17. Byla jste někdy hospitalizovaná, zejména konkrétně kvůli štítné žláze?
18. Měla jste problémy s otěhotněním, nebo v těhotenství?
19. Jak vaši nemoc vnímá vaše okolí?
20. Máte pocit že ve svých blízkých, rodině máte oporu a pochopení?
21. Jak se vnímáte vy sama, to že jste nemocná?
22. Cítíte, nebo cítila jste nějaké omezení kvůli své nemoci? Ovlivňuje to kvalitu, způsob vašeho života?
23. Jaké a jak vnímáte své hodnoty. Změnily se kvůli nemoci?
24. A co potřeby? vznikly kvůli nemoci nějaké specifické?

25. Myslíte si, že máte o svém onemocnění dostatek informací?
26. Znáte příčinu poruchy štítné žlázy?
27. Vyhledáváte si někdy informace sama?
28. Je ještě něco co by jste mi chtěla sdělit?

HYPOTYREÓZA

Nejčastější onemocnění v ordinacích endokrinologického lékaře

Obsah

- Co je hypotyreóza?
- Jaké jsou nejčastější příčiny?
- Jak se onemocnění projevuje?
- Jak se onemocnění diagnostikuje?
- Jak se hypotyreóza léčí a jaká je prognóza?
- Důležité informace?

Co je hypotyreóza?

- Jde o onemocnění štítné žlázy, které je charakterizované nedostatečným zásobením lidského organismu hormony štítné žlázy. Ve smyslu hypotyreózy se nejedná pouze o špatnou funkci žlázy, ale především o následky jejího působení.

Jaké jsou nejčastější příčiny?

- Hypotyreóza může mít mnoho příčin. Tyto příčiny se dělí na dvě základní skupiny, ze kterých prvotní příčina vychází.

Centrální hypotyreóza

- Samotná štítná žláza je funkční, není ale dostatečně stimulována, kvůli poruchám ve vyšších etážích. Je porušená funkce hypofýzy.

Nejčastějšími příčinami získané centrální hypotyreózy jsou nádory, léčba nádorů radioterapií, stavy po intrakraniálních operacích, úrazy, ischemie, krvácení, infekce aj. V populaci ČR je zastoupena asi v 0,005% a v incidenci nejsou pohlavní rozdíly. Centrální hypotyreóza může být získaná či vrozená. Tato forma je velice vzácná.

Primární hypotyreóza

- Primární neboli periferní hypotyreóza je charakterizována nedostatečnou činností samotné štítné žlázy. Její funkce se snižují na podkladě různých podnětů a procesů, čímž vzniká deficit tyreoidálních hormonů. Následně dochází k poškození ostatních orgánů a tkání. Může být vrozená nebo postnatálně vzniklá. Vrozená primární hypotyreóza se objevuje jen vzácně, asi u 1 z 3000 až 5000 novorozenců. Dítě narozené s porušenou funkcí štítné žlázy mívá známky opožděného vývoje. Jeho kůže je suchá, trpí plynatostí a zácpou a je velmi klidné a spavé. Neléčená vrozená hypotyreóza v krátké době způsobí nevratnou a závažnou poruchu mentálního vývoje dítěte, osifikaci a narušení růstu dítěte. V České Republice je povinný novorozenecký screening prováděný v pátém dni života dítěte. Při pozitivním či nejasném výsledku se vyšetření opakuje, aby k případnému zahájení substituční terapie došlo včas a byl tak zachován normální vývoj dítěte. Asi u 0,5 % populace vzniká hypotyreóza v postnatálním období. S věkem se její incidence zvyšuje a postihuje převážně ženy v poměru 4,1 na 1000 obyvatel za rok. U mužů je incidence 0,6 na 1000 obyvatel za rok.

Nejčastější příčinou primární získané hypotyreózy je v současné době v ČR postižení štítné žlázy chronickým autoimunitním zánětem. V těle dochází k pochodům, kdy vlastní imunitní systém člověka vytváří a napadá struktury štítné žlázy. Dále poruchu může způsobit

- *léčebné zákroky (odstranění štítné žlázy)*
- *dlouhodobý jodový deficit*
- *vysoké dávky tyreostatik*
- *léky ovlivňující imunitní systém (interferony)*
- *lithium, amiodaron*
- *ozáření krku v rámci onkologické léčby*
- *vyšetření s kontrastní látkou*

Jak se onemocnění projevuje?

- hypotyreóza a její klinický obraz se projevuje různě rychle. Snížená funkce způsobená autoimunitní tyreoiditidou se vyvíjí pomalu a nenápadně. U některých lidí se dlouhá léta nemusí objevit žádné příznaky i po laboratorním prokázání hypotyreózy

Příznaky

- *únava, spavost, zpomalenost, útlum psychické i tělesné výkonnosti, poruchy paměti, všípivosti, soustředění, časté změny nálad, zimomřivost, netolerance chladu, noční pocení, chladná a suchá kůže, prosáknutí až otoky kůže a podkoží, vypadávání vlasů, řídnutí ochlupení, změna výšky a kvality hlasu, často chrapot, porucha sluchu, nárůst tělesné váhy, snížená chuť k jídlu, časté problémy se zácpou a plynatostí, ztuhlost svalů, stěhovavé bolesti svalů a kloubů, křeče, poruchy menstruačního cyklu, snížení libida a plodnosti, zpomalení srdeční činnosti.*

Jak se onemocnění diagnostikuje?

- Prvním základním krokem pro diagnózu je kvalitní, podrobná anamnéza. Tedy to co lékaři sami sdělíte.
- Poté co lékaři sdělíte své problémy vás lékař prohlídne, prohmatá vám krk, změří krevní tlak a odebere krev. Vyšetření krve a klinické příznaky jsou základním principem diagnostiky hypotyreózy. Z krve se vyšetřují hladiny hormonů a případně protilátky. Po pozitivním nálezu vám lékař doporučí kontrolu u endokrinologického lékaře. Zde je vyšetření obdobné. Odebrání krve, doplněné o pomocná vyšetření zejména ultrazvukem, také EKG a případně i reflex Achillovy šlachy. Jedná se o neinvazivní vyšetření, která by měla být dostačující k stanovení diagnózy a následné léčby.

Jak se hypotyreóza léčí a jaká je prognóza?

- Dlouhodobě neléčená hypotyreóza, má závažné zdravotní důsledky a může vést i k smrti. Naopak, jeli toto onemocnění včas diagnostikováno a správně léčeno (léčba je obvykle doživotní), nezanechává žádné následky a dochází ke kompletní úpravě, vymizení všech projevů nemoci. Léčba hypotyreózy spočívá v dodání chybějících hormonů do lidského těla. Zpravidla se jedná o užívání jedné tablety denně v domácím prostředí. Pokud je léčba správně nastavena a pacient dodržuje léčebný režim dochází

v podstatě k stavu eutyreózy (pomocí léků se dosáhne stavu, jako kdyby štítná žláza fungovala normálně).

Důležité informace

- **Nebojte se přijít ke svému lékaři, když vás něco trápí.**
- **Příznaky nemoci jsou rozmanité a mohou být spojovány s jiným onemocněním.**
- **Nemoc může probíhat bezpříznakově.**
- **V případě výskytu nemoci v rodinně upozorněte svého lékaře.**
- **Není povinností lékaře vyšetřovat štítnou žlázu preventivně.**
- **Pokud o vyšetření stojíte, zeptejte se svého praktického lékaře.**
- **Pokud plánujete těhotenství, nebo jste již těhotná a ve vaší rodinně je výskyt této nemoci, neváhejte požádat o vyšetření.**
- **Pokud se již léčíte s onemocněním štítné žlázy, dbejte na všech pokynů a doporučení lékaře.**

Seznam použitých zdrojů:

31. ZAMRAZIL, Václav. *Hypothyreóza : průvodce ošetřujícího lékaře* . Praha : Maxdorf , 2007 . 119 s. . (Jessenius, Sv. 20) . ISBN 978-80-7345-111-0.
32. MARKALOUS, Bohumil, GREGOROVÁ, Marie. *Nemoci štítné žlázy : otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny* . 3., aktualiz. a rozš. vyd. . Praha : Triton , 2007 . 197 s. . ISBN 978-80-7254-961-0.
33. JISKRA, Jan. *Poruchy štítné žlázy: praktický přehled nejen pro laickou veřejnost*. Praha: Mladá fronta, 2011, 46 s. Lékař a pacient. ISBN 978-802-0424-563.