

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecná sestra

KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ S ONEMOCNĚNÍM
ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Ivanická

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Niklová

Jihlava 2023

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Kateřina Ivanická**

Studijní program: Ošetrovatelství

Obor: Všeobecná sestra

Garant studijního oboru: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Kvalita života pacientů s onemocněním štítné žlázy**

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Niklová

Cíl práce: Cílem práce je zjistit kvalitu života pacientů s onemocněním štítné žlázy.

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života pacientů s onemocněním štítné žlázy a jak ovlivňuje pacienty v jejich běžném životě. Teoretická část je zaměřena na charakteristiku onemocnění, příznaky, projevy, možnosti léčby, ošetrovatelskou péči a druhy tohoto onemocnění jako například nádor, zvýšená nebo snížená funkce štítné žlázy.

Praktická část zkoumá pomocí dotazníkového šetření, kvalitu života pacientů s onemocněním štítné žlázy. Výsledky z dotazníků jsou zpracovány ve formě grafů a vždy pod grafem slovně popsány. Cílem práce je zjistit kvalitu života pacientů s onemocněním štítné žlázy, jaký má dopad onemocnění na fyzickou a psychickou oblast.

Klíčová slova

Štítná žláza; kvalita života; ošetrovatelská péče

Abstract

The bachelor's thesis is focused on the quality of life of patients with thyroid disease and how it affects patients in their everyday life. The theoretical part is concentrate on the characteristics of the disease, symptoms, manifestations, treatment options, nursing care and types of this disease, such as tumor, increased or decreased function of the thyroid gland.

The practical part examines the quality of life of patients with thyroid disease using a questionnaire survey. The results from the questionnaires are processed in the form of graphs and they are always described verbally below the graph. The aim of the work is to find out the quality of life of patients with thyroid disease, what is the impact of the disease on the physical and psychological areas.

Keywords

Thyroid gland; quality of life; nursing care

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

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

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

V Jihlavě dne 25. dubna 2023

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Především bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Soně Niklové za odborné vedení, trpělivost a čas, který mi věnovala, za připomínky a rady, které mi v průběhu naší spolupráce poskytla. Dále bych poděkovala všem respondentům, bez kterých by se náš výzkum neobešel. Dík za realizaci výzkumného šetření patří také Nemocnici v Havlíčkově Brodě a endokrinologické ambulanci v Chotěboři.

Obsah

Seznam grafů	7
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Teoretická část	11
1.1 Onemocnění štítné žlázy	11
1.2 Historie	12
1.3 Štítná žláza a její hormony	12
1.4 Druhy onemocnění.....	14
1.5 Rizikové faktory	17
1.6 Příznaky	18
1.7 Diagnostika	18
1.8 Léčba	19
1.9 Pooperační komplikace	21
1.10 Prevence.....	23
1.11 Štítná žláza a gravidita.....	23
1.12 Štítná žláza u dětí	24
1.13 Štítná žláza a diabetes	25
1.14 Stres.....	26
1.15 Ošetrovatelská péče.....	26
1.16 Kvalita života	27
2 Výzkumná část	30
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	30
2.2 Metodika výzkumu.....	30
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	30
2.4 Průběh výzkumu.....	30
2.5 Zpracování získaných dat	30
2.6 Výsledky výzkumu	31
3 Diskuze	48
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	53
Závěr	54
Seznam použité literatury	55
Přílohy.....	57

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů

Graf 2: Věk respondentů

Graf 3: Celkové zdraví

Graf 4: Srovnání zdraví dnes a před rokem

Graf 5: Omezení aktivity při usilovné činnosti

Graf 6: Omezení aktivity při středně namáhavé činnosti

Graf 7: Zvedání nebo nošení běžného nákupu

Graf 8: Vyjít po schodech několik pater

Graf 9: Vyjít po schodech jedno patro

Graf 10: Předklon, shýbání, poklek

Graf 11: Chůze asi jeden kilometr

Graf 12: Chůze po ulici několik set metrů

Graf 13: Chůze po ulici sto metrů

Graf 14: Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci

Graf 15: Omezení běžné činnosti z důvodu zdravotních potíží

Graf 16: Omezení běžné činnosti v důsledku emocionálních potíží

Graf 17: Omezení ve společenském životě v důsledku zdravotních nebo emocionálních potíží

Graf 18: Síla bolesti

Graf 19: Omezení pracovní aktivity v důsledku míry bolesti

Graf 20: Pracovní elán

Graf 21: Nervozita vlivem nemoci

Graf 22: Deprese vlivem nemoci

Graf 23: Klid a pohoda vlivem nemoci

Graf 24: Dostatek energie

Graf 25: Pesimismus a smutek vlivem nemoci

Graf 26: Vyčerpanost vlivem nemoci

Graf 27: Pocit štěstí

Graf 28: Únava vlivem nemoci

Graf 29: Zdravotní a emocionální omezení

Graf 30: Zvýšený pocit náchylnosti na jiná onemocnění

Graf 31: Porovnání svého zdraví se zdravými jedinci

Graf 32: Předpoklad zhoršení svého zdraví

Graf 33: Pocit perfektního zdraví

Seznam zkratek

ATB	antibiotika
CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
EKG	elektrokardiogram
FT4, FT3	volné hormony štítné žlázy
IQ	inteligenční kvocient
KH	kongenitální hypotyreóza
MR	magnetická rezonance
ORL	Otorhinolaryngologické oddělení
PET	pozitrovaná emisní tomografie
rT3	reverzní trijodtyronin
ŠŽ	štítná žláza
T3	trijodtyronin
T4	tyroxin
TPO	tyreoidální peroxidáza
TSH	štítnou žlázu stimulující hormon
USG	sonografické vyšetření
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Kvalita života pacientů s onemocněním štítné žlázy.“ Téma jsem si vybrala, protože se s tímto onemocněním setkávám u několika členů mé rodiny, proto je toto téma mě osobně blízké. Dalším důvodem bylo, že jsem se během své praxe na chirurgickém oddělení setkala s mnoha operačními výkony právě ve spojitosti se štítnou žlázou a potkala jsem tak nespočet pacientek, ale někdy i pacientů, kteří se na tomto oddělení objevili právě kvůli štítné žláze. Chtěla jsem problematiku štítné žlázy více prozkoumat, zjistit v čem onemocnění pacienty může omezovat. Sice doma pozoruji svojí mamku, která chodí pravidelně do endokrinologické ambulance a užívá hormony štítné žlázy ve formě tablet, ale i tak jsem chtěla prozkoumat problematiku více, protože se mě i mé sestry toto onemocnění v budoucnosti také dotkne.

Onemocnění štítné žlázy patří mezi nejčastější endokrinní onemocnění v populaci 6-7 % výskyt. Pokud k tomuto číslu přidáme i část populace, u které se objevuje subklinická forma tohoto onemocnění, skončíme až na 10 %. Je tedy nesmírně důležité prohlubovat znalosti o onemocnění štítné žlázy, jak u odborné veřejnosti, tak ale i u laické veřejnosti, ve formě prevence. Léčba a diagnostika šla v dnešní době kupředu a je dobře dostupná. Problémem je, že k léčbě onemocnění štítné žlázy potřebujeme celoživotní léčbu, pravidelné docházení do endokrinologických ambulancí, kde je zajištěn pravidelný kontakt s lékařem a sledování různých parametrů hormonů, které jsou právě s štítnou žlázou spojeny. Výhoda je, že léčba a celková péče o pacienty s tímto onemocněním není většinou finančně náročná (Zamrazil, 2012).

Pokud se podíváme, jak je to s onemocněním štítné žlázy u nás a jak ve světě, tak celosvětově vede vznik onemocnění z důvodu nedostatku jódu. U nás vznikla kvůli nedostatku jódu v potravě opatření, a to jodizace soli, proto už z toho důvodu tolik onemocnění ŠŽ nevzniká. U nás jsou z klinického hlediska nejdůležitější spíše autoimunitní tyreopatie, jako je Gravesova – Basedowova tyreotoxikóza a chronická autoimunitní thyreoiditida. Onemocnění štítné žlázy se objevuje více často u žen než u mužů. Což nám potvrdily i naše výsledky z dotazníkového šetření (Zamrazil, 2012).

Motivace

Jak už jsem zmínila v úvodu, téma bakalářské práce bylo zvoleno hlavně na základě toho, že v rodině hodně žen tímto onemocněním trpí. Proto mi přišlo toto téma dobré, protože se dozvím více o tomto onemocnění. Abych mohla sesbírat více dat pro svou výzkumnou část, zvolila jsem formu dotazníkového šetření. Bylo mi jasné, že pacienti, kteří se s štítnou žlázou léčí, docházejí na pravidelné kontroly do endokrinologické ambulance, nebudou pociťovat až takovou zhoršenou kvalitu života, ale ne každý to tak musí s tímto onemocněním mít a vnímat. Myslím si, že ač je onemocnění štítné žlázy časté, zvětšit podvědomí o některých informacích není na škodu jak u již nemocných s ŠŽ, tak i u ostatních, kteří mají pro onemocnění rodinou predispozici (jako třeba já) nebo i pro ty co vůbec neví, že je toto onemocnění může postihnout. Nesmíme zapomínat na informovanost a prevenci (dostatek jódu, zdravý životní styl, dostatek odpočinku, při dědičné predispozici docházet na častější preventivní vyšetření, nekouřit, vyhýbat se zbytečnému radioaktivnímu záření, méně stresu).

1 Teoretická část

1.1 Onemocnění štítné žlázy

*„Nemoci štítné žlázy – **tyreopatie** – patří poměrně k častým chronickým onemocněním a k nejčastějším onemocněním endokrinního systému vůbec“ (Mandincová 2011, s. 27).*

I když by se nám to možná nezdálo, štítná žláza, která nám svým tvarem připomíná motýla je velice důležitým orgánem, bez kterého bychom se během života neobešli. Hormony štítné žlázy ovlivňují všechny metabolické procesy a mají významný vliv na všechny orgány v lidském těle. Většinu onemocnění štítné žlázy, pokud jsou odhalena včas, lze vyléčit bez zanechání následků. Na druhou stranu mnoha příznaků a obtíží nemusí souviset právě se štítnou žlázou, ačkoli je pacient nebo lékaři mohou mylně považovat za projev onemocnění štítné žlázy (Jiskra, 2014).

Onemocnění štítné žlázy vyžaduje léčbu a dispenzarizaci. Onemocnění postihuje nejméně 5% populace v ČR, hlavně ženy středního a vyššího věku 10 -15%. Incidence onemocnění, včetně nádorového onemocnění štítné žlázy, má stoupající tendenci (Janíková, Zeleníková 2013). Postižení štítné žlázy se mnohdy vyskytuje v určitých oblastech, kde postihuje velkou část obyvatelstva (můžeme označit jako endemické postižení). Většinou tento výskyt souvisí s nedostatkem jódu. Aby lidé měli lepší příjem jódu, došlo k jodizaci jodlé soli (Mandincová, 2011).

Onemocnění štítné žlázy se může projevit změnou místního nálezu na krku (je změněna velikost, tvar žlázy, případně i její uložení). Může dojít k změně funkce štítné žlázy, ať už se zvětšením nebo bez zvětšení. Dochází i extratyroideálním projevům, mezi které řadíme endokrinní orbitopatii (onemocnění očníce) u které se příznaky tohoto poškození projevují pálením, slzením, pocitem tlaku, snížením zrakové ostrosti, objevuje se exoftalmus (vytlačení oka), zkrácení očních víček, někdy také diplopie. V těžších případech onemocnění může dojít až ke slepotě nemocného. S onemocněním souvisejí i v některých případech kožní a jiné příznaky, které se vyskytují v souvislosti s autoimunitní tyreopatií nebo nejčastěji u Gravesovy choroby. Nedochází k nim na podkladě změněné funkce štítné žlázy, ale jsou projevem příčin, které změnu činnosti vyvolali (Mandincová, 2011).

Klasifikace tyreopatií:

Není zcela sjednocena, existuje jich celá řada, v praxi nejčastěji rozlišujeme:

- *„Vzácné vrozené poruchy (vrozené hypotyreózy)*
- *Difúzní nebo nodózní struma (zvětšená štítná žláza vcelku nebo s uzly)*
- *Hypotyreóza (snížená činnost štítné žlázy)*
- *Hypertyeóza (zvýšená činnost štítné žlázy)*
- *Tyreoiditida (záněty štítné žlázy)*
- *Nádory štítné žlázy“*

(Mandincová, 2011, s. 28)

Většina tyreopatií se projevuje zvětšením štítné žlázy, což nazýváme – strumou. Název struma je odvozen z latiny struo – hromadit se (Jeníková, Zelníková 2013).

1.2 Historie

V dřívějších dobách bylo dobře vidět, jaký má pro nás štítná žláza obrovský význam. Lidé, kteří se narodili bez štítné žlázy nebo trpěli nedostatkem jódu, vypadali vzhledově odlišně, říkalo se jim „kretění“. Často to byli lidé, kteří byli menšího vzrůstu, obtlouští, znetvoření, měli slabou vůli a mysl. Lidé věřili, že u těchto nemocných došlo k chybě v genech a že jde o „geneticky defektní novorozence“ (Rieger, 2019).

V dnešní době víme, že lidé s těmito příznaky, měli všechny potřebné vloh fungovat ve společnosti normálním způsobem, ale nemohli je kvůli nedostatečnému množství hormonů rozvinout. Zázrakem v dávných dobách bylo, když starý léčitel zkusil dětem dát k jídlu ovčí štítnou žlázu a tím došlo k částečnému doplnění potřebných hormonů. Větším úžasem se poté stalo, když lékaři v 19. století začali podávat pomocí injekcí extrakt z štítné žlázy. Děti začaly sílit, růst, byly najednou čilé, pozorné, začaly se řádně účastnit běžného života, což dříve nešlo. Cílenou terapií docházelo k proměně vcelku v normálního, fungujícího jedince (Rieger, 2019).

1.3 Štítná žláza a její hormony

Jód je nezbytný pro tvorbu hormonů štítné žlázy, a proto ho štítná žláza vychytává z krve. Dochází k „zabudování“ jódu do hormonů štítné žlázy. Mezi hormony štítné žlázy patří tyroxin, který označujeme T4, protože obsahuje 4 atomy jódu. Vlastním účinným hormonem je T3, jenž vzniká z T4 odštěpením jednoho atomu jódu pomocí enzymů, které se nazývají dejodázy. Aby dejodáza fungovala správně a proces probíhal jak má, je důležitý dostatečný příjem selenu v potravě (mořské ryby, maso, vnitřnosti, ořechy nebo česnek) (Jiskra, 2014).

Důležitá je regulace funkce štítné žlázy a tvorba hormonů T4 a T3. Vše je regulováno za pomoci *tyreoidálního stimulačního hormonu*, který označujeme TSH. Ke tvorbě TSH dochází v předním laloku podvěsku mozkového (adenohypofýze), k čemuž dochází vlivem hypothalamu a dalších jiných vyšších oblastí mozku. Regulace je pro nás velice důležitá, protože pokud dojde, k poklesu hormonů štítné žlázy v krvi zvýší se produkce TSH v adenohypofýze a v důsledku toho se zvýší tvorba hormonů T4 a T3 ve štítné žláze. Stejně to funguje i naopak. Funkci této regulaci nazýváme – tzv. negativní zpětná vazba. Hormon TSH je pro nás dobrým ukazatelem při primárních poruchách funkce štítné žlázy. Používáme ho tedy k diagnostickým testům, protože se nachází v krvi a je dosti citlivý. Při zvýšené funkci štítné žlázy je TSH snižené, při snížené funkci je naopak TSH zvýšené (Jiskra, 2014).

1.3.1 Účinky hormonů

Hormony štítné žlázy mají vliv na metabolismus živin (cukrů, tuků a bílkovin), ovlivňují i energetickou bilanci organismu, kdy navyšují energetický výdej. Jsou potřebné v dostatečném množství, aby správně fungovaly všechny naše orgány i tkáně organismu po celý život. Svojí roli mají hormony štítné žlázy i při nitroděložním vývoji embrya a plodu, ale také po narození jedince, kdy jsou nezbytné pro správný vývoj mozku. Další účinky hormonů štítné žlázy rozdělujeme na dvě skupiny – oběhové a metabolické, které patří mezi ty nejhlavnější (Jiskra, 2014).

Oběhové účinky

Účinky hormonů štítné žlázy na oběh se objevují jak při jejich nedostatku, tak i nadbytku. Obecně hormony štítné žlázy srdeční činnost zrychlují, dojde-li však k již zmíněnému nadbytku může dojít k poruchám srdečního rytmu. Nejčastější porucha srdečního rytmu je fibrilace síní, která se projevuje pocitem nepravidelné srdeční akce a bušením srdce. V důsledku nedostatku hormonů dochází ke zpomalení srdeční akce, což se projeví zpomalením srdečního pulzu. Ať už máme nadbytek nebo nedostatek hormonů je zde riziko vzniku srdečního selhání (Jiskra, 2014).

Metabolické účinky

Nadměrné množství hormonů štítné žlázy vede k výraznému úbytku hmotnosti (většinou 5 - 10 kg, někdy může i více). Na druhou stranu přibírání na váze (1-5 kg) a obezita nejsou způsobeny důsledkem poruchy funkce štítné žlázy. Pacienti většinou spíše hubnou. Má-li pacient neléčený závažný nedostatek hormonů štítné žlázy, může dojít ke zvýšení hmotnosti v důsledku zadržování tekutin (vody) v těle. Hormony štítné žlázy působí na metabolismus cukrů, kdy jejich nedostatek nebo nadbytek může u diabetiků zhoršit diabetes a způsobit kolísání hladiny cukrů v krvi (dojde tedy ke kolísání glykémie). Nedostatečné množství hormonů štítné žlázy může vést ke zvýšené hladině cholesterolu v krvi, což je významný rizikový faktor pro vznik kardiovaskulárních onemocnění jako např. cévní mozkové příhody, infarkt myokardu (Jiskra, 2014).

Hormony štítné žlázy jsou v dostatečném množství nezbytné pro správnou tvorbu tělesných bílkovin. Tělesné bílkoviny jsou důležité zejména pro vývoj a správné fungování kostí, svalů, nervů a mozku, což platí nejen během nitroděložního vývoje, ale i po narození a celý zbytek života. Pokud dojde k nedostatečnému množství hormonů štítné žlázy v období nitroděložního vývoje, nastává tzv. kretenismus. Nadbytek hormonů štítné žlázy vede k odbourávání tělesných bílkovin. Následkem odbourávání tělesných bílkovin je řídnutí kostí (osteoporóza) a snížení svalové hmoty (Jiskra, 2014).

1.3.2 Změny v laboratorních parametrech

V laboratorních výsledcích se nemusíme setkávat jen s parametry, které jsou změny primárně chorobou štítné žlázy, ale k jejich změně dochází v důsledku jiného celkového onemocnění nebo na podkladě užívaných léků. Mezi nejčastější, které nejsou způsobeny primárně poruchou funkce štítné žlázy, patří zvýšení celkových tyreoidálních hormonů v krvi, nespecifické snížení TSH a syndrom nízkého T3 v krvi (Jiskra, 2014).

Zvýšení celkových tyreoidálních hormonů v krvi

Stav, kdy dojde k zvýšení hormonů štítné žlázy (T4 a T3), zatímco volné hormony (FT4 a FT3) a TSH jsou normální. Tento stav je pouze laboratorní abnormalitou, nepotřebujeme žádnou léčbu a neobjevují se klinické příznaky. S touto situací se nejčastěji setkáváme u žen užívajících estrogeny (hormonální antikoncepci nebo postmenopauzální hormonální substituční terapii) a u žen těhotných (Jiskra, 2014).

Nespecifické snížení TSH v krvi

Bývá spojován s celkovými onemocněními, jako jsou infekce, srdeční selhání, úrazy a podobně. Jedná se spíše o adaptační reakci než o primární poruchu štítné žlázy. Je to mírnější forma

T3 syndromu. Objevuje se u třetiny hospitalizovaných pacientů, ale může se vyskytnout i u pacientů ambulantních, kteří jdou na krevní odběry během akutního onemocnění (např. virové onemocnění, akutní infekce močových cest či cest dýchacích). V momentě, kdy dojde k odstranění (uzdravení) akutního stavu, musí být tento stav podrobně vyšetřen (Jiskra, 2014).

Syndrom nízkého T3

Můžeme se také setkat s výrazy (synonymy) jako je syndrom eutyreoidního nemocného (euthyroid sick syndrome) nebo syndrom netyreoidálního onemocnění (non-thyroidal illness syndrome). Jedná se o celkové přizpůsobení odezvy organismu na zátěž. Vzniká v důsledku závažného celkového onemocnění např. úraz, srdeční selhání, podvýživa, infekce, akutní infarkt myokardu. Příčinou tedy není primární porucha štítné žlázy a není potřeba žádné specifické léčby. Objevuje se přítomnost negativních protilátek proti štítné žláze a na ultrazvuku má štítná žláza normální vzhled. Laboratorní hodnoty zahrnují především sníženou hladinu T3 (FT3), zvýšení tzv. reverzního T3 (rT3), (který se rutinně nevyšetřuje) a snížení hladiny TSH v krvi. S odeznáním základního onemocnění dojde i k normalizaci změn hormonů štítné žlázy v krvi (Jiskra, 2014).

1.4 Druhy onemocnění

1.4.1 Zvětšená štítná žláza (struma)

Strumu považujeme jako viditelnou nebo snadno hmatnou štítnou žlázu. Pojem prostá eufunkční struma, označuje stav, kdy nedošlo k poškození štítné žlázy žádným dalším patologickým procesem. Se zvětšenou štítnou žlázou souvisí často i tvorba uzlů, které má často polovina vyšetřovaných žen a čtvrtina mužů. Vznik je ovlivněn řadou faktorů, ať už zevních nebo vnitřních. Velkou roli pro vznik onemocnění hraje dědičnost (Mandincová, 2011).

V České republice převažuje výskyt zvětšené štítné žlázy především u starší populace, přibližně 5-10 %. Zvětšení štítné žlázy diagnostikujeme pomocí sonografického vyšetření, kdy si všímáme objemu zvětšení. Pokud u žen objem přesáhl 18 ml a u mužů 22 ml, lékař diagnostikuje zvětšenou štítnou žlázu (Zamrazil, 2012). Nejčastější příčinou je nedostatek jódu. Když máme v potravě málo jódu, dojde ke zvětšení štítné žlázy, protože chce svým zvětšením zachytit jód co nejvíce. Dojde-li ke zvýšení přívodu jódu nebo ho organismus už tolik nepožaduje, žláze se zmenší (Mandincová, 2011).

Máme-li stejnosměrně zvětšenou štítnou žlázu, nazýváme jí *difúzní struma*. Dojde-li k tvorbě jednoho a více uzlů, nazýváme zvětšení jako *uzlové = nodózní struma*. Ke vzniku nodózní strumy dochází v moment, kdy nedochází ke zvětšení celé štítné žlázy, protože nedokáže reagovat již jako celek, ale začnou na zvýšenou spotřebu reagovat jen některé oblasti štítné žlázy. U některých uzlů může postupem času dojít k degenerativním změnám, které postihují funkci vytváření hormonů (hormony se netvoří vůbec). Degenerativní změnu uzlů označujeme jako cysty štítné žlázy. K takovým to změnám uzlů dochází většinou u starších osob. Zvětšená štítná žláza a společně s ní také uzly, mají často za následek utlačování orgánu na krku (mechanický syndrom), zasahovat dále až do mezihrudí (retrosternální struma) nebo se hormony tvoří v jejich zvolené míře, aniž by to právě organismus vyžadoval. V důsledku utlačování orgánu na krku

doprovází nemocné pocit tlaku na krku, často obtíže s polykáním, změna hlasu a dušnost. V některých případech může struma v poklidu růst a být bez projevů (Mandincová, 2011).

Při zvětšené štítné žláze se obvykle doplňuje hormon T4 a jód. Má-li nemocný velkou strumu, která utlačuje okolní orgány, nebo máme obavu ze zhoubného nádoru, přichází na řadu operační léčba. Ženám vadí často struma z hlediska kosmetického. Někdy lze podstoupit léčbu radioaktivním jódem, ta se však v tomto případě používá výjimečně (Mandincová, 2011).

1.4.2 Zvýšená činnost štítné žlázy (hypertyreóza, tyreotoxikóza)

Při hypertyreóze dochází k nadměrné produkci hormonů štítné žlázy. Může docházet k nadměrné tvorbě hormonů nebo k zvýšenému exogennímu příjmu hormonů štítné žlázy. Mezi hypertyreózy patří toxická polynodózní struma, toxický adenom a nejvíce závažná forma zvýšené činnosti štítné žlázy je Gravesova-Besedowova choroba. Gravesova-Besedowa choroba je často doprovázena extratyroidálními projevy (Mandincová, 2011).

Hypertyreózu doprovází pocení, třes končetin, nesnášenlivost tepla, průjmy, tachykardie a další. Psychické příznaky se projevují nejčastěji neklidem, nervozitou, emocionální labilitou, podrážděností, někdy je nemocný nadměrně čilý, i když je unavený, objevuje se lítostivost. Vyskytuje se nesoustředěnost a nespavost. Někdy jsou nemocní dočasně pracovně neschopní nebo žádají o invalidní důchod (Mandincová, 2011).

Tyreotoxická krize patří mezi nejtěžší stupeň hypotyreózy. Objevuje se vzácně a od příznaků obvyklé hypotyreózy se liší vystupňováním příznaků (Mandincová, 2011). Krize může nastat nejen kvůli nedostatečné léčbě hypertyreózy, ale také v důsledku operačního zákroku štítné žlázy. Proto je potřeba dbát na předoperační přípravu pacienta (Janíková, Zeleníková 2013).

Léčba je medikamentózní podáváním tyreostatik, které tlumí funkci štítné žlázy. Další možností je chirurgická léčba, kdy odstraníme štítnou žlázu. Můžeme se setkat s použitím radioaktivního jódu, který sníží aktivitu štítné žlázy (Mandincová, 2011). Při tyreotoxické krizi je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče, kde jsou monitorovány základní životní funkce, podávají se tyreostatika, antipyretika. Vždy jsou podávány betablokátory, jen v případě kontraindikací nepodáváme (Jiskra, 2015).

1.4.3 Snížená činnost štítné žlázy (hypotyreóza)

Hypotyreózu dělíme na vrozenou nebo získanou v průběhu života. Závažnější je vrozená hypotyreóza, ale při včasném odhalení a zvolení správné léčby lze zabránit nevratnému poškození vývoje u novorozenců (Jiskra, 2014). Při hypotyreóze dochází k nedostatečné produkci hormonů štítné žlázy. Vyskytuje se častěji než hypertyreóza, převážně u starších žen. Ke vzniku hypotyreózy dochází z důvodu přítomnosti chronického autoimunitního zánětu (Mandincová, 2011). Mezi další příčiny může patřit stav po ozáření, léčbou některými léky (cytokiny, Amiodaron aj.), nedostatek jodu nebo poškození podvěsku mozkového či hypotalamu nádorem, operací, úrazem aj. Lze říct, že příčinou tohoto onemocnění je poškození štítné žlázy svým vlastním imunitním systémem (Jiskra, 2014). Ke snížení činnosti může dojít, ale také v případě operačního zákroku štítné žlázy nebo je-li nemocnému léčena štítná žláza pomocí radioaktivního jódu. Rozvoj nemoci a výskyt příznaků je pozvolný, takže nemocného na počátku neomezuje. Nemocný tedy nemá důvod proč svůj stav řešit (Mandincová, 2011).

Hypotyreózu doprovází spavost, malátnost, chladná a suchá kůže, zimomřivost, zácpa, bradykardie a další. Psychické příznaky provází pokles duševní aktivity, obtížně se nemocný soustředí, zpomalené reakce a pohyb. Nezvládá tak aktivně běžné úkoly, snaží se je vykonat, ale unavují ho. Nemocný má chmurné myšlenky, je plačtivý. Objevuje se však i nesnášenlivost a podrážděnost (Mandincová, 2011).

U hypotyreózy je důležitá substituční léčba, kdy nahrazujeme chybějící hormony (tyroxiny), které štítná žláza produkuje v nedostatečném množství. Podáváme nejčastěji preparáty s T₄, méně často pak T₃. Může se však objevit také kombinace T₃ s T₄. Důležité je, aby nemocný docházel na pravidelné kontroly k lékaři (Mandincová, 2011). Podáváme tedy léčiva v tabletové formě, jako jsou preparáty Euthyrox a Letrox. Při zahájení léčby u starších pacientů nebo pacientů, kteří mají ještě jiná onemocnění, začínáme léčbu nejprve s minimální dávkou a poté postupně zvyšujeme. Dávka léků se řídí podle hladiny (hodnoty) TSH v krvi. U většin případů dochází k tomu, že cílová hladina (hodnota) odpovídá normálnímu rozmezí. Tyroxin se musí užívat nalačno nejméně 30 minut před jídlem nebo jiným lékem, jinak dojde ke snížení jeho resorpce (Jiskra, 2014).

Neléčím-li sníženou činnost štítné žlázy a nemáme-li dostatek jódu, vedou obě situace společně ke vzniku kretenismu. Onemocnění se projevuje útlumem růstu kostí (proto často malý vzrůst), které vychází z nedostatečného vývoje centrální nervové soustavy (Mandincová, 2011).

1.4.4 Záněty štítné žlázy (tyroiditidy)

V praxi se setkáváme s různými druhy zánětů štítné žlázy, které mohou být způsobeny infekcí, úrazem, zevním ozářením štítné žlázy, podáním léčebné dávky radiojódů a jinými. Záněty způsobené virem či bakterií vznikají často náhle a doprovázejí je jak místní, tak i celkové příznaky. Léčba zánětu probíhá v podobě podání antibiotik, v některých případech punkcí. Při zánětu pacient pociťuje bolest na krku, často působící do zubů či uší. Dochází k zhoršenému pohybu hlavy a polykání. Nemocný se může cítit unaveně, být nervózní. Zánět obvykle doprovází teplota (Mandincová, 2011). Některé subakutní záněty doprovázejí jiné infekční onemocnění, jako jsou infekce horních dýchacích cest. Při této kombinaci mohou vznikat drobné uzlíky na štítné žláze, které nemusí být bolestivé (Zamrazil, 2012).

Pomalý vývoj a často bezbolestný projev je typický pro chronické záněty (mezi ně například patří autoimunitní Hashimotova struma). Chronické záněty mohou mít vliv na činnost štítné žlázy, kdy na počátku dojde k hypertyreóze, později se však rozvíjí hypotyreóza, kterou léčíme dodáním potřebných hormonů štítné žlázy (Mandincová, 2011).

Akutní infekční tyroiditida je onemocnění se kterým se tak často nesetkáme, je poměrně vzácné. Mimořádně vzniká v důsledku chirurgického výkonu na krku, výjimečně pak přechodem infekce z okolí (záněty hltanu, dutiny ústní). V některých případech může být komplikací při punkci štítné žlázy. U nemocného se nemoc projevuje výraznou bolestí na krku, opět stejně jako při chronickém zánětu s obtížemi při polykání. Nemoc doprovází teploty, které se postupně dostávají k obrazu sepse. Léčba probíhá podáním širokospektrých antibiotik, antipyretik, analgetik, dále odsátím hnisu, které by mělo vést k úlevě (Šarapatková, 2013).

1.4.5 Nádory štítné žlázy

Stejně jako se zvýšil nárůst nemocných s onemocněním štítné žlázy, dochází i k zvýšení počtu nádorů štítné žlázy v posledních desetiletích a to po celém světě. Zvýšil se i počet vyšetřování štítné žlázy a i to napomohlo k nárůstu nádorů. Často dochází k zachycení nádoru již na počátku a v kombinaci s pokrokem léčby štítné žlázy bývá prognóza nádoru velmi dobrá (Vlček, Nováková, 2016).

V endokrinologii se setkáváme s malignitou štítné žlázy sice nejčastěji, i tak je celkové procento výskytu u populace přibližně 1%. U pacientů při nádoru štítné žlázy se provádí pravidelné sledování za pomoci sonografického vyšetření. Sonografické vyšetření vyhledává krční metastázy uzlin. Pomocí ultrazvuku můžeme naléznout metastatické uzliny, které nemůžeme nahmatat palpačně (Vlček, 2020).

Rozlišujeme benigní a maligní nádory. Do řad benigních nádorů štítné žlázy patří adenom. Nejčastěji se setkáváme s toxickým adenomem, který je jednou z příčin hypotyreózy. Při maligních nádorech se na krku objevují uzly, což v některých případech vede k nebolestivému zvětšení uzlin v oblasti krku. Maligní nádory se objevují méně často než benigní, ale i tak v dnešní době jejich výskyt narůstá (Mandincová, 2011). Pro správné zvolení léčby u maligních nádorů je důležitá správná diagnostika, tedy odhalení zda se jedná o diferencovaný nádor (folikulární a papilární) nebo nediferencovaný. V případě diferencovaného nádoru, může lékař zvolit léčbu radiojódem, protože tento nádor je schopen jód vychytávat. U nediferencovaného nádoru, nelze tuto metodu zvolit, a proto následuje onkologická léčba. Vznikají metastázy, které se objevují v plicích, ale i v kostech, kde nabírají na velikosti a způsobují tak tyreotoxikózu (Zamrazil, 2012).

Léčba závisí na typu nádorů. Může proběhnout terapie chirurgická, což bývá hlavně u maligních nádorů, dále se provádí léčba radiojódem, chemoterapie nebo zevní ozáření. Podávají se také hormony štítné žlázy, suprafyziologické dávky T4, které utlumí sekreci TSH. U některých typů nádorů a podle pokročilosti se u nemocných zvažuje pracovní neschopnost nebo přechod do invalidního důchodu (Mandincová, 2011). Důležitou součástí je samozřejmě i monitorování nemocného, ať už kontrolujeme stav nemocného po chirurgickém zákroku nebo účinek hormonální léčby. Po chirurgickém zákroku je v některých případech ordinováno podání radioaktivního jódu, za účelem odstranit zbytkovou tkáň žlázy štítné (Vlček, Nováková, 2016).

1.5 Rizikové faktory

Rizikové faktory pro vznik poruch štítné žlázy:

- Porucha štítné žlázy u některého člena rodiny (ať už nyní nebo v minulosti)
- Diagnostika uzlů nebo strumy u některého člena rodiny nebo u pacienta v minulosti
- Nedostatečný příjem jódu, nadbytečný příjem jódu
- Nález pozitivních protilátek proti štítné žláze
- Důsledek léčby jiného onemocnění nebo podáním některých léků (Amiodaron, Lithium, biologická léčba – cytostatika, ozařování)
- Diabetes I. typu u některého člena rodiny nebo u pacienta
- Poruchy imunity (např.: perniciózní anémie, celiakie a další)

(Jiskra, 2014)

1.6 Příznaky

Při onemocnění štítné žlázy dochází ke kombinaci různých funkčních a morfologických změn, které vytvářejí řadu klinických obrazů. Pomocí anamnézy a klinického vyšetření při vyhraněných obrazech hypertyreózy a hypotyreózy vedou k diagnóze. Příznaky nám nemusí přesně určovat hypotyreózu nebo hypertyreózu, ale mohou se i kombinovat. Při vyšetření strumy můžeme zjistit, že nám nečiní žádné potíže, pouze pokud dosáhne větších rozměrů než fyziologicky má, dochází k útlaku okolí a v důsledku takové skutečnosti se objeví příznaky, např. poruchy polykání a dýchání (můžeme zařadit mezi komplikace), často zvětšená struma vadí nemocným, hlavně ženám z kosmetického hlediska, je tedy na místě operační zákrok (Janíková, Zeleníková 2013).

Pokud chceme hovořit o projevech tohoto onemocnění, tak si musíme říct, že se netýká jen určité části těla, ale že se onemocnění projevuje v různých oblastech. Máme tedy různé oblasti změn. Mezi ně patří změny v psychomotorice, hmotnosti, kůži, srdeční činnosti, také se objevuje změna ve vyprazdňování stolice, spánku, řeči. Onemocnění působí na reflexy (zrychluje, zpomaluje), ovlivňuje stav vlasů, nehtů a očí (Slezáková, 2019).

Pro vyjmenování některých příznaků onemocnění štítné žlázy, rozdělíme onemocnění na již zmíněnou hyperfunkční a hypofunkční poruchu:

Hovoříme-li o *hyperfunkci štítné žlázy* (hypertyreóza) objevuje se, neklid, nemocný se tolik nesoustředí, dochází k úbytku hmotnosti, ač má nemocný zvýšenou chuť k jídlu, kůže je teplá a zpocená, tachykardie, někdy i poruchy rytmu, průjem, nespavost, zrychlené reflexy, exoftalmus, mohou být i otoky víček, rychlá řeč, vlasy padají a jsou dost jemné, nehty se lámou.

Při *hypofunkci štítné žlázy* (hypotyreóza) dochází k zvyšování hmotnosti, zpomalení reakcí, kůže je suchá, drsná, bledá a chladná, dochází k zácpě, otoku víček, bradykardie, reflexy jsou většinou snižené, vlasy jsou hrubé a stejně jako nehty mají zpomalený růst (Slezáková, 2019).

Onemocnění štítné žlázy se často projevuje změnami na kůži. Při hypotyreóze je typické ztlustění kůže, suchá pokožka, bledost se žlutavým nádechem a myxedém (prosáknutí kůže). U hypertyreózy bývá kůže zpocená, do růžova a tenčí. Ke stavu kůže spadá i stav vlasů, při hypotyreóze se vlasy lámou a jsou suché, při hypertyreóze jsou vlasy řidší a jemné. U autoimunitních onemocnění štítné žlázy se setkáváme s výskytem urtiky (kopřivka), vitiliga a pemfigu. Některé změny mohou vzniknout důsledkem léčby onemocnění štítné žlázy. Většinou se jedná o alergickou reakci, ke které dojde u jednoho typu tyreostatik a při podání jiného již alergie není (Zamrazil, 2013).

1.7 Diagnostika

Diagnostika onemocnění štítné žlázy má dva hlavní úkoly. Prvním úkolem je funkční diagnostika, pomocí které stanovujeme, zda je funkce štítné žlázy normální, zvýšená nebo snižená. Druhým úkolem je morfologická diagnostika, kdy posoudíme štítnou žlázu z hlediska tvaru, velikosti, charakteru a vztahu k okolí žlázy. Postup diagnostiky vychází z anamnestických údajů – osobních, rodinných, laboratorních testů, fyzikálního vyšetření. V současné době se můžeme setkat s využitím zjednodušené klasifikace WHO, k hodnocení štítné žlázy, kdy označení 0 znamená, že struma není viditelná ani hmatná, 1 znamená, že struma je viditelná, nebo hmatná, nebo obojí varianty (Janíková, Zeleníková, 2013).

Velmi přesnou vyšetřovací metodou je stanovení hladiny hormonů ŠŽ (T4, T3 a TSH), současně se v krvi vyšetří i přítomnost protilátek proti štítné žláze. Reflexní skóre Achillovy šlachy (RAŠ) je nespecifický ukazatel pro hodnocení účinků hormonů na tkáň. Pohyby nohou jsou zpomalené při hypotyreóze a zrychlené při hypertyreóze. Místní projevy na krku lékař vyšetřuje vizuální kontrolou, tedy pohledem (aspekce) a pohmatem (palpace), v některých případech zvolí krční vyšetření (Mandincová, 2011).

Zobrazovací metody dělíme na kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní nám pomáhají při diagnóze tvaru a velikosti štítné žlázy, její lokalizace, jaký mají vztah k okolním tkáním. Kvalitativní nám ukazuje funkční změny a biologickou aktivitu. Nejvíce se k těmto vyšetřením používá CT, USG, MR. Výhodou radionuklidového vyšetření je, že nám neposkytuje pouze informace anatomických údajů o žláze, ale přináší nám informace i o její činnosti (Janíková, Zeleníková, 2013).

Provádí se také sonograficky řízená aspirační biopsie za pomoci tenké jehly. Pomocí tenké jehly se odeberou buňky z cílové oblasti na cytologické vyšetření. Tato metoda je základní metodou při diagnostice onemocnění štítné žlázy, protože pomocí biopsie tenkou jehlou se lépe diagnostikují uzlíkovité strumy (Jeníková, Zeleníková 2013). Histologické vyšetření štítné žlázy se provádí při operaci než při punkci. Metoda PET (pozitronová emisní tomografie) nebo již zmíněné CT a MR vyšetření se používají spíše ve specifických případech (Mandincová, 2011).

1.8 Léčba

I když onemocnění štítné žlázy dobře reaguje na léčbu, je nutné zdůraznit, že vyžaduje celoživotní dispenzarizaci a většinou i léčbu. Při zvolení adekvátní léčby dochází obvykle k okamžité úlevě od psychických a dalších symptomů. U nemocí štítné žlázy se setkáváme s různými druhy onemocnění, některé mají lehčí průběh, jiné jsou závažnější. Stejně onemocnění může probíhat jako těžko zjiitelná abnormalita, jindy zase jako těžké onemocnění. U pacientů s dysfunkcí štítné žlázy je důležitá dostatečná a kvalitní výživa a při hypotyreóze má pacient omezené množství tuků a glycidů (Mandincová, 2011).

Jaký způsob léčby u pacienta proběhne, ovlivňuje mnoha faktorů. Často dochází k úpravě životního stylu (životosprávy), podávání různých medikamentů, někdy také hospitalizace na interním, chirurgickém oddělení nebo na oddělení nukleární medicíny (Mandincová, 2011).

1.8.1 Medikamentózní (konzervativní) léčba

Léčbu jsem již popsala u druhů onemocnění štítné žlázy, ale pouze pro přehled.

Hypotyreóza – substituční léčba, doplnění chybějících hormonů formou tablet, preparáty obsahující látku levotyroxinu (Letrox, Euthyrox), dávkování pod kontrolou endokrinologa.

Hypertyreóza/tyreotoxikózy – můžeme dělit na tři fáze:

- V první fázi se podávají léky (tyreostatika), které sníží ve štítné žláze tvorbu hormonů. Často se společně s tyreostatiky podávají betablokátory, léky, které zklidňují srdeční činnost (Concor, Vasocardin aj.). Betablokátory podáváme jen v případě, že nejsou z nějakého důvodu kontraindikovány, (např. bradykardie, hypotenze)

- V druhé fázi přichází na řadu záření. Záření o vysokých energetických paprscích má za úkol zničit rakovinné buňky, které jsou ve štítné žláze.
- Ve třetí fázi dojde k použití definitivního řešení – operace nebo léčba pomocí radiojodu (Libová, Balková, Jankechová, 2019).

1.8.2 Chirurgická léčba

Rozsah výkonu, který bude prováděn na štítné žláze, je indikován po zvážení biologické povahy onemocnění, jak moc je postižení štítné žlázy rozsáhlé, myslíme na celkový zdravotní stav nemocného a jaké máme vůbec možnosti pooperační péče (Janíková, Zeleníková 2013).

Chirurgický výkon se nejčastěji zvažuje z důvodu že: pacientovi je nalezen uzel, kdy může signalizovat možnou rakovinu štítné žlázy, došlo již k diagnostické rakovině štítné žlázy, pacient má již zmíněný uzel nebo strumu, utlačují okolí a dochází tak k lokálním příznakům – útlak průdušnice, poruchy a potíže s dýcháním, polykáním a viditelný útvar, který může kosmeticky vadit. Čtvrtým důvodem k operaci je struma nebo uzlina, kvůli kterým dochází k zvýšenému množství hormonů štítné žlázy – Gravesova choroba, toxická struma nebo toxický uzlík. Dochází tak k příznakům, které ke zvýšené produkci patří (AMERICAN THYROID ASSOCIATION®, 2017).

S operačním výkonem štítné žlázy se v dnešní době setkáváme často, a proto většinou tento výkon nepřináší pro pacienta vážná rizika. V minulosti byla největší obava z poškození zvrtného nervu (chraptot při mluvení) nebo z poškození příštítných tělísek (nízká hladina kalcia v krvi, vede ke křečím). K větším komplikacím dochází, pokud se výkon z nějakého důvodu odkládá. Struma bývá poté větší a v důsledku toho dojde i k rozsáhlejšímu výkonu (Jiskr, 2014).

Mezi nejčastější výkony na štítné žláze patří:

- Hemityreoidektomie (HTE) – chirurgický výkon, kdy dojde k odstranění jednoho laloku (lobus pyramidalis a isthmus).
- Lobektomie (LOB 1. dx/ 1. sin) – dochází k odstranění jednoho laloku, ale ponecháme druhý lalok a isthmus.
- Totální tyreoidektomie (TTE) – odstranění celé štítné žlázy, tedy obou laloků. V dnešní době tento výkon provádíme nejčastěji (80-90% operačních výkonů na štítné žláze).
- Subtotální tyreoidektomie (STE) – jedná se o odstranění štítné žlázy, kdy ponecháme část (2-4 mm) zdravé tkáně při horním pólu, vždy jen na jedné straně. S tímto typem výkonu se v současné době již nesetkáváme, výkon se neprovádí. Tento způsob operace byl prováděn z důvodu snížení nebo zamezení poranění zvrtného nervu a vzniku rizik. Proto se ponechávala zdravá tkáň v blízkosti zvrtného nervu do hrtanu.
- Bloková krční disekce – při výkonu dochází k odstranění krčních lymfatických uzlin (LU), společně se provádí s TTE u některých z maligních onemocnění štítné žlázy (např. papilární karcinom se zvětšenými LU).

(Slezáková, 2019)

Operační výkon provádí chirurg v celkové anestezii pacienta. Pacient opouští nemocnici obvykle 4. nebo 5. den. Druhý den po výkonu, zahajujeme substituční léčbu hormony štítné žlázy. Substituce tyroxinem nám pomáhá předcházet rozvoji pooperační hypotyreózy. Operační rána se většinou zhojí 7-10 den po zákroku. Po operačním výkonu, musí pacient docházet na pravidelné kontroly na endokrinologii a to po celý život. Dojde-li k odstranění celé štítné, probíhá celoživotní léčba tyroxinem. Léčba tyroxinem znamená, že pacient si bude 1x denně

brát preparáty Letrox nebo Euthytox. Tablety těchto preparátů jsou dobře snášeny (Jiskra, 2014).

1.8.3 Léčba pomocí radioaktivního jodu (radiojodu)

Využití radioaktivního jodu u onemocnění štítné žlázy, bylo použito už v 50. letech minulého století a použití této metody je bezpečné. Používá se v léčbě především zhoubných nádorů, ale objevuje se i u nezhoubných onemocnění štítné žlázy. Metoda je šetrná a proto v některých případech nahrazuje operaci např.: u nezhoubných uzlů štítné žlázy nebo při GB chorobě (Gravesova-Basedowova). Především v USA bývá tato metoda preferovaná při léčbě nezhoubných onemocnění ŠŽ před operací.

Aplikací radiojodu dochází k „vnitřnímu“ ozáření ŠŽ za použití izotopu jodu I, který se následovně vychytává v buňkách štítné žlázy po užití tablety. Záření zničí tyto buňky, zmenší tvorbu hormonů a dochází i ke zmenšení samotné žlázy. Vzhledem k tomu, že radiojód je absorbován hlavně štítnou žlázou, dojde k minimálnímu ozáření jiných orgánů. Oproti použití CT vyšetření nebo běžného rentgenového vyšetření je u této metody ozáření mnohonásobně nižší. U léčby radiojodem není čeho se obávat, výjimečně se objevuje nevolnost nebo zvracení. Někdy dochází při zvýšené činnosti ŠŽ k zhoršení příznaků, které s touto poruchou souvisí (např. pocení, zrychlený tepové frekvence a další). Někteří pacienti musí léčbu opakovat víckrát, jiní potřebují naopak po této léčbě doplnit část hormonů ŠŽ v podobě tablet. Ve světě je běžnější poskytnutí léčby radiojodem ambulantně, u nás se více setkáváme s léčbou při hospitalizaci. V některých nemocnicích v České republice se snaží zavést formu ambulantního provedení (např. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze), pro pacienta to znamená návštěvu na oddělení nukleární medicíny, kde absolvuje tři návštěvy. Při návštěvě první je pacientovi podána potřebná diagnostická dávka radiojodu, den druhý je pacient změřen za pomoci scintilační kamery v ambulanci. Další návštěva bývá za týden, kdy dojde k podání terapeutické dávky. Radiojód pacienti polykají ve formě kapslí. Ošetřující lékař musí svého pacienta informovat o určitých pravidlech, které by měl určitou dobu po podání radiojodu dodržovat. Pacient je nedodržuje jen kvůli své bezpečnosti, ale také kvůli svému okolí. Ozáření po radiojodu je nízké, i tak musíme chránit okolí proti radiační zátěži. Je nežádoucí, aby muži počali dítě do čtyř měsíců po léčbě a ženy by neměly otěhotnět alespoň do šestého měsíce po aplikaci. Aplikace radiojodu je v některých případech zakázaná, neměl by být podáván těhotným a kojícím ženám, dětem a mladistvým do 18 let, u těžší endokrinní orbitopatie a dalších (Jiskra, 2012).

Potom co podáme pacientovi radiojód, funkce štítné žlázy se postupně snižuje, obvykle do šesti měsíců po léčbě, někdy však i o mnoho let později. Z tohoto důvodu musí pacient docházet na celoživotní kontroly na endokrinologii, kdy se první kontrola provádí 4-6 týdnů od podání radiojodu (Jiskra, 2012)

1.9 Pooperační komplikace

U každého operačního výkonu mohou nastat pooperační komplikace, které jsou pro operovanou oblast specifické. U štítné žlázy se především setkáváme s poraněním nervus laryngeus recurrens, pooperačním krvácením a hypokalcemií. Jelikož se ve většině případů jedná o běžný operační výkon štítné žlázy, dochází jen zřídka k závažnějším a rozsáhlejšími komplikacím.

Poranění nervus laryngeus recurrens (zvrtný nerv) – pokud dojde k poranění pouze jedné strany, projeví se tato komplikace jako chrapot, dojde-li k poranění obou stran, hrozí pacientovi dušení, kdy je nutné provést tracheostomii.

Pooperační krvácení – krvácení je pro nás závažné již při nahromadění 50-100 ml krve v operačním poli, kdy hematoma přímým tlakem tlačí na tracheu a larynx, může dojít k edému laryngu a objevuje se možnost i vagové smrti (k té dochází v důsledku krvácení do mediastina, nejčastěji po operaci retrosternální strumy).

Hypokalcemie – projevuje se většinou 1.-5. pooperační den, je to častá komplikace po totální tyreoidektomii. Klinický projev hypokalcemie může být přechodný, vyvolaný operačním traumatem, přechodnou poruchou prokrvení příštítných tělísek nebo hypotermií. Při mírné hypokalcemii pacienti pociťují brnění v akrálních částech těla, jako jsou ruce, nohy nebo rty. Mohou se objevit i křeče, kdy je hypokalcemie výraznější. Závažnou komplikací je trvalá hypokalcemie, která byla způsobena v důsledku iatrogenního poškození – došlo k odstranění všech příštítných tělísek.

Mezi komplikace, které se nevyskytují tak často patří, poranění nervus laryngeus superior, porucha hojení operační rány, dále se může objevit chylózní píštěl nebo tyreotoxická krize.

Poranění nervus laryngeus superior – v důsledku poranění dojde ke změně výšky hlasu, většinou v případě jednostranného poškození, u oboustranného poškození dojde k poškození aspirace.

Poruchy hojení operační rány – nekróza, zvrásněná kůže, někdy hypertrofie jizvy, keloidy.

Chylózní píštěl – setkáme se s ní u rozsáhlých retrosternálních strum, někdy i při blokových krčních disekcích. Vzniká jako důsledek poškození ductus lymphaticus dexter vpravo nebo ductus thoracicus vlevo v průběhu operačního zákroku, většinou se tato komplikace objeví časně po zákroku jako neprůhledná tekutina mléčného charakteru přítomná v obsahu drénu. Ne tak často se stává, že vytéká tekutina přímo z operační rány. Je to ojedinělá komplikace.

Tyreotoxická krize – k jejímu vzniku může dojít jako komplikace po operaci štítné žlázy pro tyreotoxikózu. Vzniká náhle, život ohrožující zhoršení onemocnění, je způsobeno hyperfunkcí štítné žlázy. Vzniká kvůli zvýšenému uvolnění hormonů štítné žlázy. Projevuje se jako hypertenze, pocity horka, tachykardie, psychomotorický neklid, pocity horka, opocení. Abychom zabránili tyreotoxické krizi, je důležitá důsledná příprava před operací, podáváme Karbimazol, kortikoidy.

Při operacích velkých retrosternálních strum může dojít k pneumotoraxu. Někdy se může objevit infekce a porucha polykání. Hlavně ženám může vadit kosmetická změna, která je způsobena operační ranou. V některých případech není jen vnitřní krvácení, ale může se objevit krvácení z rány. Jedna z nejzávažnějších je však komplikace nazývaná laryngospasmus, která vede k dušení (Slezáková, 2019).

1.10 Prevence

Důležitý krok v prevenci komplikací nebo samotného onemocnění je přiměřený přísun jódu. Nejlepší přísun jódu je přirozenou cestou, tedy v potravě. Je důležité do svého jídelníčku zapojit dostatek mléčných výrobků a minimálně dvakrát do týdne mořské produkty. Dnes máme výhodu jodizované soli, která nám napomáhá s lepším příjmem v potravě. Negativní vliv nemá jenom nedostatek jódu, ale někdy i nadbytečný příjem. Je tedy nutné nic nepřehánět, ale ani nezanedbávat. Ženy, které plánují těhotenství a mají některý z rizikových faktorů, jako například: věk nad 30 let, mají diabetes 1. typu nebo autoimunitní chorobu, uzly ve štítné žláze nebo stromu a jiné, by měly mít ještě před početím vyšetřenou štítnou žlázu (Jiskra, 2014).

Ať už v prevenci žen, které chtějí otěhotnět nebo i u ostatních lidí je v prevenci důležité samovyšetření krku (prohmatáním krku a nadklíčku). Pokud narazíme na nějaký podezřelý útvar je na místě konzultovat to s lékařem. Ne každá změna na štítné žláze je dobře hmatná, proto je dobré při sebemenším podezření provést ultrazvuk štítné žlázy. Vyhneme se tak riziku větších komplikací. Součástí prevence onemocnění štítné žlázy a to hlavně zhoubných nádorů hraje svojí roli i množství ionizujícího záření, kterému se za svůj život občas vystavíme. Proto je důležité vždy rentgenové nebo CT vyšetření indikovat v případech, kde je to opravdu nutné a zvolit správnou dávku záření, tak abychom pacientovi neuškodili. Lékař by měl být od pacienta informován o své léčbě se štítnou žlázou (Jiskra, 2014).

1.11 Štítná žláza a gravidita

Pro ženy hrají hormony štítné žlázy výraznou roli při početí, ale ovlivňují i průběh těhotenství. Potřebujeme správné množství hormonů, které jsou podstatné pro správný vývoj plodu, zdraví dítěte i pro dospělého člověka. Mnoho studií prokázalo vazbu onemocnění štítné žlázy a gravidity, kdy zejména při hypotyreóze dochází k porodním komplikacím anebo k negativnímu dopadu na psychomotorický vývoj novorozence (Límanová, 2015).

Plod je ohrožen v důsledku nedostatečného zásobení tyroxinem (T4) a má negativní dopad na vývoj a diferenciaci jeho nervového systému. Podle studií které proběhly v České republice, se ukázalo, že 4 % žen bez příznaků poruchy funkce štítné žlázy, trpí v těhotenství nedostatečnou funkcí (hypotyreózou) a 8-10 % postihne porucha funkce během těhotenství nebo až po porodu (Zamrazil, Límanová, 2012)

V graviditě dochází ke zvýšení spotřeby jódu na nejméně 250 ug za den, proto je potřeba (a doporučuje se) jeho suplementace. Je dobré, pokud dochází ke zvýšení příjmu jódu ještě před otěhotněním, třeba v situacích kdy žena plánuje otěhotnět. Plod je od 12.-17. týdne zcela závislý na mateřském tyroxinu, i po tomto období je přísun nezbytný. (Zamrazil, Límanová, 2012). Tyroxin je velice významný pro možnost otěhotnění a jeho přiměřenou hladinu potřebujeme právě i v prvních týdnech těhotenství. Ovlivňuje průběh těhotenství, tak i správný vývoj plodu. Dojde-li k nedostatečné dodávce tyroxinu, hlavně v 1. trimestru dochází k řadě negativních dopadů na vývoj mozkové tkáně plodu. Objevují se zhoršené neurokognitivní funkce, pokles IQ, zhoršený psychomotorický vývoj, v extrémním případě může dojít až k mentální retardaci dítěte (Zamrazil, Límanová 2012).

Při zdravé a správně fungující štítné žláze, dokáže sama žláza reagovat na zvýšené nároky a zajistí tak potřebné množství T4 pro plod. Od 5.-6. týdne se začínají u plodu vyvířet folikulární buňky,

poté v období 10. -12. týdne dochází k formování 2 laloků štítné žlázy. I přesto je plod stále závislý na dodávce tyroxinu po dobu první třetiny gravidity, poté se stane závislým pouze částečně (Límanová, 2015).

Diagnostika

Pro diagnostiku, ať už aktuální nebo potencionální poruchy je důležitá anamnéza, laboratorní a klinická vyšetření. Významným faktorem je pro nás pozitivní rodinná anamnéza, kdy však příznaky poruchy štítné žlázy mohou zakrýt příznaky gravidity a projev poruchy se stává asymptomatický (Límanová, 2015). V graviditě je důležité laboratorní posouzení funkce štítné žlázy. Stanovuje se hladina TSH, anti-TPO a fT4. Normy pro ženy v graviditě jsou odlišné od ostatní populace a liší se mírně pro jednotlivé období gravidity (Zamrazil, Límanová 2012).

Hypothyreóza v graviditě

Ať už neléčená nebo špatně substituovaná hypothyreóza zvyšuje riziko pro matku i plod. Jako substituční léčba se používá výhradně l-tyroxin. Ženy léčící se s hypothyreózou, obvykle navyšují od 5.-6. týdne gravidity dávku tyroxinu. Žena musí docházet na pravidelné kontroly s úpravou dávky l-tyroxinu. Je samozřejmé, že o substituční léčbě a množství dávky musí rozhodovat endokrinolog (Zamrazil, Límanová 2012).

Hypertyreóza v graviditě

Hypertyreóza je vzácná, ale pokud jí nebudeme léčit, průběh gravidity ohrozí. Příznaky jsou poměrně typické a jsou hodně podobné jako u netěhotných, kdy se objevuje pocení, hypertenze, nepřibírání na váze, tachykardie, psychická labilita, někdy i patrná struma. Jediný příznak, se kterým se v období gravidity setkáváme opravdu vzácně je endokrinní oftalmopatie. Pro zdravý plod je potřeba i tak podávat tyreostatika v nejnižší možné dávce (Zamrazil, Límanová 2012).

1.12 Štítná žláza u dětí

Onemocnění štítné žlázy je nejčastější endokrinní poruchou v dětství a dospívání. Mezi vrozené neonkologické tyreopatie, které se objevují v pediatrické praxi, patří například kongenitální hypothyreóza. U dětí se můžeme setkat také s autoimunitními onemocněními štítné žlázy, strumou nebo s deficitem jódu (Al Taji, Hníková 2014).

Kongenitální hypothyreóza vrozená porucha štítné žlázy, která se projevuje sníženou činností nebo afunkcí. Příčiny dělíme na permanentní a tranzientní. Mezi příčiny permanentní patří dyshormonogenze (kdy chybí nebo je nedostatek enzymů, které potřebujeme pro syntézu tyreoidálních hormonů) nebo dysgeneze (aplazie, ektopie, hypoplazie). A mezi příčiny tranzientní patří příčiny ze strany matky, kdy v těhotenství došlo k těžkému deficitu jódu nebo má matka autoimunitní tyreopatii (Filáková, 2013). Jelikož dochází k transplacentárnímu přenosu hormonů štítné žlázy z matky na plod, objevuje se u novorozence, který má KH většinou protrahovaná žloutenka. U KH bez léčby dochází k nástupu příznaku pozvolně, většinu ve 2-3 měsíci života. Mezi příznaky tohoto období bez léčby patří např. nezájem při krmení, novorozenec neprospívá, dochází k obstipacím, poruše termoregulace, umbilikální hernie, anémie a další. Později dochází k poruše růstu, sluchu nebo psychomotorické retardaci. V čase, kdy lze vidět úplný obraz KH je bohužel již nezvratně poškozena CNS z důvodu nedostatku hormonů ŠŽ. Důležitý je novorozenecký screening KH. U novorozenců kde by mohlo dojít

k neprovedení screeningu (dětí migrantů, domácí porody) se provádí screening, který je založený na detekci zvýšené hladiny TSH. Pomocí ultrazvukového vyšetření lékaři zjišťují, zda se jedná o strumu nebo poruchu vývoje ŠŽ (Al Taji, Hníková 2014). Léčba by měla být zahájena nejlépe do 14 dnů po narození, podává se L-tyroxin. Dávky L-tyroxinu se liší dle věku (Filáková, 2013).

Za akutní *záněty* štítné žlázy u dětí mohou nejčastěji traumata nebo mikroby. Tvoří se bolestivé uzle ve štítné žláze, nechybí známky zánětu, teplota. Po laboratorní stránce je funkce štítné žlázy v normě. Žádné projevy ani změna hodnot, která by poukazovala na autoimunitní proces. Léčba pomocí antipyretik a ATB, v některých případech chirurgické odstranění hnisu. S *nádory* štítné žlázy se u dětí nesetkáme, pokud ano, tak vzácně (Filáková, 2013).

1.13 Štítná žláza a diabetes

Štítná žláza a diabetes mellitus (převažuje zejména II. typ) patří mezi onemocnění, která ve vyspělé civilizaci silně narůstají a jsou nejen zdravotním problémem, ale ovlivňují svojí přítomností také oblast sociální a společenskou. Z různých výzkumů dnes víme, že u diabetiků se objevuje onemocnění štítné žlázy častěji (přibližně 10-15%), než u nediabetiků (5-7%). Víme, že u žen (ať už s diabetem nebo bez) bývá onemocnění štítné žlázy častější. Nejvíce se u nich objevují autoimunitní záněty. U mužů, se setkáváme spíše s eufunkční strumou (Sazbó, 2013).

U onemocnění diabetes mellitus a onemocnění štítné žlázy se klinický obraz a laboratorní nálezy mohou překrývat, objevovat se podobné příznaky a objektivní nálezy, které jsou si podobné nebo stejné u těchto nemocí. Důsledkem dochází ke ztížení včasné diagnostiky onemocnění štítné žlázy u pacientů s diabetes mellitus (Zamrazil, 2012).

U diabetiků se často vyskytuje eufunkční struma štítné žlázy, což převažuje hlavně u pacientů vyššího věku. Její vznik je ovlivněn nedostatkem jódu v období dospívání a rané dospělosti. Dnes se nejvíce setkáváme u diabetiků s autoimunitními onemocněními štítné žlázy, především s chronickou autoimunitní tyreoiditidou anebo tyreotoxikózou Graves-Basedowova typu, která je méně častá. Četnost jiných onemocnění štítné žlázy, se u diabetiků ve srovnání s běžnou populací nezvyšuje (Sazbó, 2013).

Důležitá je přesná a včasná diagnóza, pomocí které zvolí lékař správnou a cílenou léčbu. Používáme tedy jak medikamentózní léčbu, tak i radikální chirurgické postupy. Často zapomínáme na léčbu radiojódem, která leží na pomezí dvou zmíněných variant (Zamrazil, 2012). Setkáváme se tedy se stejnými druhy léčby, které jsou již zmíněné v předešlém textu.

Onemocnění štítné žlázy u diabetiků vyžaduje prakticky stejnou léčbu jako u lidí bez porušené glukózové tolerance. Strategie léčby se však může často lišit. Diabetici s poruchami štítné žlázy trpí více na různé, mnohdy závažnější metabolické poruchy. Dochází i ke komplikacím v kompenzaci diabetu. To platí i u poruch lipidogramu při subklinické nebo lehčí formě hypotyreózy. V důsledku častého výskytu postižení oběhového systému aterosklerózou je na počátku tolerance léčby hormony štítné žlázy obvykle snížena, podáváme tedy nižší dávky a postupně zvyšujeme. Je důležité provádět zvyšování za sledování klinického stavu a EKG vyšetření. Někdy se sledují i jiné oběhové parametry. I když nemáme závažnou formu tyreotoxikózy, je pouze lehčí, zhoršuje se výrazně glukózová tolerance (tzn. kompenzace diabetu). Je nutné co nejrychleji potlačit metabolickou aktivitu tyreotoxikózy, což může způsobit přechodnou úpravu glukózové tolerance. U pacientů, kteří jsou diabetici a mají onemocnění

štítné žlázy, se na léčbě a potřebných kontrolách podílí specialista se znalostmi jak v endokrinologii, tak i v diabetologické problematice nebo musí fungovat spolupráce mezi endokrinologem a diabetologem. Zapomínat nesmíme na včasné odhalení onemocnění štítné žlázy u těhotných žen s diabetem, u nich je diagnostika obzvláště důležitá (Zamrazil, 2012).

1.14 Stres

Vyznačuje se adaptivním narušením homeostázy. Akutní stres zvyšuje šanci na přežití, trvá minuty až hodiny, dochází k aktivizaci sympatiku, vyplavení adrenalinu a zapojí se i osa hypotalamus – hypofýza – nadledviny, mobilizují se tak energetické rezervy našeho těla a pozadu nezůstává ani kardiorepirační systém. Tento proces napomáhá zvládnout a přežít situace bezprostředního ohrožení. U onemocnění štítné žlázy se setkáváme spíše s chronickým stresem, který trvá několik týdnů až roky. U chronického stresu nejde o přežití, dochází tak k aktivizaci dlouhodobějších mechanismů, jako je neurohumorální a imunitní. Během chronického stresu dochází k různým změnám, ať už v imunitním systému, tak právě i v endokrinním a dalším. Působením tohoto stresu vzniká řada různých onemocnění, kdy v případech štítné žlázy vznikají autoimunitní onemocnění štítné žlázy. Při onemocnění štítné žlázy se můžeme s chronickým stresem často setkat a to hlavně u pacientů s hypotyreózou. Pacienti s hypotyreózou mají tento typ stresu často zapsán v anamnéze. V důsledku chronického stresu dochází ke snížení funkce štítné žlázy (Kostiuk, 2018).

Autoimunitní onemocnění štítné žlázy vzniká často kombinací poškození imunitního systému a chronického stresu. Změny v hormonech štítné žlázy mají spojitost s poškozením některých složek v imunitním systému. Autoimunitní onemocnění štítné žlázy je jedno z nejčastějších autoimunitních chorob. Toto onemocnění postihuje kolem 5 % populace, především ženy. Svou roli při vzniku zde mají i ženské pohlavní hormony (Kostiuk, 2018).

1.15 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče u pacientů se štítnou žlázou nese určitá specifika, ať už v operační léčbě nebo léčbě na standardním oddělení bez operačního zákroku. Pacient, u kterého je plánován operační zákrok, přijde na standardní chirurgické nebo případně ORL oddělení. Předoperační příprava je v mnoha ohledech stejná – lékař vysvětlí pacientovi celý výkon, odpoví na jeho otázky, seznámí ho s možnými komplikacemi (u operace ŠŽ hrozí poranění příštítných tělísek nebo zvrtného nervu), jaká bude poloha pacienta v průběhu zákroku, jaká bude péče o operační ránu aj. (Janíková, Zeleníková, 2013).

Před operací štítné žlázy se provádí endokrinologická příprava (dny až týdny před operací). Sestry úloha je posouzení pacienta po subjektivní a objektivní stránce (posoudí tyto údaje). Věnuje pozornost stavu dýchacího, vylučovacího, kardiovaskulárního systému, hmotnosti pacienta, kvalitě hlasu a jeho emočnímu stavu. Kvalita hlasu se posuzuje a zaznamenává z důvodu možného poškození nervu při operaci. Největší pozornost je kladena hlavně na příznaky, které jsou spojené s poruchou funkce štítné žlázy i ty je nutné řádně posoudit. Jako před každým operačním zákrokem je na místě psychická příprava. Poloha během operace je vleže na zádech se záklonem hlavy, trup bývá zdvižen o 20-30 stupňů. Pacient je v celkové anestezii, dýchací cesty jsou zajištěny pomocí endotracheální intubace. K dezinfekci operačního

pole se používají přípravky, které neobsahují jód např. Sterilium. Nesmí se používat přípravky obsahující jód u pacientů s onemocněním ŠŽ. Během operace probíhá monitorace vitálních funkcí a EKG (Janíková, Zeleníková, 2013).

Po zákroku je péče podobná, jako u jiných operací. Pacient je přeložen na dospávací pokoj, kde je pod kontrolou anesteziologa. Když se pacient probudí do plného vědomí a dýchání je bezproblémové, následuje přeložení na standardní lůžkové chirurgické oddělení. V některých případech může být potřeba intenzivního sledování pacienta z různých důvodů (vyšší věk, výskyt komplikací během anestezie, závažná interní onemocnění), pacient je v takových případech předán na JIP (Janíková, Zeleníková, 2013).

Pacienta sledujeme prvních 24 hodin z důvodu možných závažných komplikací (komplikace, ke kterým může dojít, jsem již zmínila výše) a chirurgických rizik. Rána po operačním výkonu bývá sterilně kryta. Sleduje se rozvoj šoku a možné krvácení, kterého si můžeme povšimnout na sterilním krytí rány. Krvácení do rány je důležité sledovat, protože v jeho důsledku dochází k útlaku dýchacích cest. Krvácení se objeví většinou do 12 hodin po výkonu. Pacienti po operaci štítné žlázy mají často zaveden 1-2 drény, nejčastější je Redonův drén. O typu drénu rozhoduje lékař, sestra kontroluje, zda je drén funkční (podtlak, barva, množství, vzhled a charakter obsahu v drénu), všímá si okolí drénu, případných známek infekce. Redonův drén je fixován stehem a odstraňuje se druhý pooperační den. Po operačním zákroku, dochází často ke změně hlasu z důvodu otoku, který vznikl v důsledku endotracheální intubace. Hlas by se měl navrátit sám do původního stavu během 24-48 hodin, pokud tomu tak není, je nutné vyšetření funkce hlasivek na ORL. Při diagnostice jednostranné parézy hlasivek, dojde buď k poruše trvalého charakteru, nebo je to stav, který se spontánně upraví. Při trvalém poškození napomáhá zlepšení kvality hlasu hlasová rehabilitace (Jeníková, Zeleníková, 2013).

Péče o bolest je stejná jako u jiných zákroků a měla by do 24-48 hodin odeznít. Musíme dbát na vyprazdňování (po každé operaci), kdy po operačním zákroku dohlédneme, zda se pacient vymočí spontánně do 6-8 hodin po operaci. Pečujeme o výživu pacienta, většinou 2-4 hodiny po zákroku podáme pacientovi čaj. První operační den dostává pacient stravu označenou dieta číslo 1 a sestra sleduje bilanci tekutin. Poté přechází na stravu normální, kterou měl před zákrokem a bilance tekutin se již nesleduje, jen pokud by pacient měl s příjmem tekutin problém (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.16 Kvalita života

Přemýšlíme-li nad pojmem kvalita života, znamená to pro nás vyjádření nějaké hodnoty nebo jakosti. Většina lidí si v běžné komunikaci spojí pojem kvalita s pozitivním výrokem kvalitní, tedy že je dobrý. V odborném jazyce používáme však tento pojem nejen pro popis pozitivních aspektů života, ale i pro ty, které jsou pro život negativní. Kvalitu života je velice těžké definovat, protože každý jedinec vidí kvalitu svého život jinak. Při hodnocení kvality života, ať už jeho míry nebo to jestli je kvalitní či nikoli, porovnáváme naši žádoucí a očekávanou úroveň existence, často i porovnání s životem dalších jedinců. Důležité jsou fyziologické funkce, oblast dosažení životních cílů, analýza prožívání pohody a životního štěstí. Kvalitu života velkou mírou ovlivňuje zdravotní stav (zdraví a nemoc) (Gurková, 2011).

Kvalita života není zkoumaná pouze v medicíně a ošetřovatelství, ale také v pedagogice, sociologii, psychologii, ekonomii a dalších. Samozřejmě se každá věda na kvalitu života zaměřuje jinak, má jiný úhle pohledu a používá i jiné techniky měření. Je však dobré si uvědomit, kde všude se kvalita odráží a zkoumá. Kvalitu života a její vývoj lze mapovat ve třech základních souvislostech: socioekonomické, zdravotní a psychologické. Sociální vědy iniciovaly výzkum kvality života na přelomu 60. a 70. let 20. století. Hodnocení kvality života bylo hlavně ve vztahu ke společnosti (Gurková, 2011). Výzkum zahrnoval především ekonomické a sociální ukazatele kvality života – ukazatele blahobytu. Mezi ně patří příjem a materiální zabezpečení, politická svoboda a nezávislost, právní jistota, zdravotní péči a sociální spravedlnost (Džuka, 2004).

Kvalita života je bezpochyby spojována se zdravotním stavem. To do jaké míry se kvalita života při změně zdravotního stavu změní, ovlivňuje řada faktorů, nejen samotná choroba. Mezi faktory patří životní podmínky, osobnost pacienta, choroba a její léčba, emoční složka (nálada), tělesná složka (např. projevy choroby), sociální složka (kontakt s rodinou nebo přáteli), chování nebo mentální složka (např. koncentrace, schopnost spolupráce) (Salajka, 2006).

Měření kvality života

Kvalitu života nelze popsat nezávisle na jedinci, nemůžeme vytvořit jen náš objektivní popis, jak jedince funguje, jaký je jeho zdravotní stav nebo jaké jsou jeho životní podmínky. Chceme-li kvalitu života použít jako nějaké měřítko, musíme zapojit i subjektivní aspekty. Hodnocení kvality života probíhá v běžné komunikaci neformální obyčejnou otázkou „Jak vám dnes je?“. Pacient nám sdělí své subjektivní pocity, někdy si můžeme povšimnout i objektivního projevu (např. při bolesti). Formální měření bývá často pomocí dotazníkového šetření. U obou typů je důležité mít na paměti, že nikdy nedokážeme zachytit všechny oblasti, které do celkové kvality spadají. To neznamená, že by měření kvality ztrácelo na důležitosti. Každá získaná informace je cenná, např. při zjišťování, jak kvalitu života ovlivnila nemoc nebo zvolená léčba mohou být i drobné údaje důležité pro zdravotní personál, tak i pro nemocného (Salajka, 2006).

Metod, pomocí kterých měříme kvalitu života, máme několik. Dle Křivohlavého (2001) lze metody měření kvality rozdělit na tři základní skupiny. První metoda, je metoda *objektivní*, kdy kvalitu života *hodnotí druhá osoba*. Druhá metoda, je metoda subjektivní, kdy kvalitu života hodnotí *sám hodnocený jedinec*. Třetí metoda, je metoda *smíšená*, kombinace první a druhé metody.

1.16.1 Kvalita života u onemocnění štítné žlázy

Kvalitu života sledujeme u řad nemocí stejně jako u štítné žlázy, kde se snažíme metodami měření hodnotit, jaký má vliv nemoc na kvalitu života, jaký je efekt léčby nebo zjišťujeme efekt zvolených intervencí. Nutné je zdůraznit, že často dochází k rozporu při výzkumu kvality, kdy nemocný vnímá své zdraví jinak, než jeho lékař, partneři či příbuzní. Důležité je i uvědomění toho, že i po léčbě často přetrvávají různé symptomy, které mohou kvalitu do jisté míry ovlivňovat. V některých oblastech kvality života se pacient nemusí cítit v takové pohodě, jako dříve (Mandincová, 2011).

U pacientů, kteří se dosud s tyreopatií neléčí, dochází k ovlivnění kvality života řadou různých symptomů, které onemocnění doprovázejí. Nejčastějším problémem je únava, kvůli které pak

dochází k omezení aktivity, na kterou byl pacient zvyklý (snížená výkonnost). Kvalita je zhoršená také v sociální a emoční oblasti (Mandincová, 2011).

V některých současných studiích u pacientů s onemocněním štítné žlázy dochází k nedostatečné charakteristice typu tyreopatie a nesprávnému užívání pojmů, které jsou základní. Menší množství studií zkoumají kvalitu života ve správném slova smyslu. Problémem hodnocení kvality života, často bývá záměna hodnocení za měření přítomnosti a nepřítomnosti symptomů. Kvalita života bývá nesprávně popisována jako zdravotní stav, psychický stav nebo pohoda. Lidé se špatným zdravotním stavem nemusí cítit kvalitu života jako zhoršenou. Taková nedorozumění v pochopení pojmů může vést k nesprávným až zavádějícím výsledkům výzkumu (Mandincová, 2011).

Metody k měření kvality u štítné žlázy

V literatuře se můžeme setkat s použitím dvou typů metod – obecné metody a metody specifické pro dané onemocnění. Obecná metoda má výhodu, že jí lze použít pro větší množství diagnóz pro vzájemné porovnání, což může být i nevýhodou, protože nedochází k uvědomění si všech relativních aspektů jednoho určitého onemocnění. U onemocnění štítné žlázy se vnímání zdraví nebo zdravotního stavu měří pomocí, Short Form 36 Health Survey (SF-36), Symptom Checklist-90 (SCL-90), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) aj., k samotnému měření kvality života se používá Quality of Life Index (QLI) a také WHO-Quality of Life (WHOQoL). Pokud jde o specifické dotazníky, nejsou použitelné pro všechny typy onemocnění štítné žlázy, ale každý dotazník se specializuje jen na určitý typ onemocnění (hypotyreóza, hypotyreóza, karcinom a další), větší část specifických dotazníků se zabývá hodnocením symptomů. Důležitější jsou sebehodnotící (nebo sebesozovací) dotazníky, kterými se měří zdravotní stav a kvalita života (Mandincová, 2011).

2 Výzkumná část

Výzkumná část popisuje průběh výzkumu, metodiku výzkumné práce, věnuje se charakteristice respondentů a prostředí, ve kterém výzkum probíhal. Důležitou součástí je zpracování získaných dat a výsledků výzkumu.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem práce je zjistit kvalitu života pacientů s onemocněním štítné žlázy.

Výzkumné otázky:

1. Jaký dopad má onemocnění štítné žlázy na život pacienta ve fyzické oblasti?
2. Mají pacienti s onemocněním štítné žlázy problémy v psychické oblasti?
3. Vnímají pacienti své zdraví s tímto onemocněním za celkově dobré?

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část mé bakalářské práce byla zvolena metoda kvantitativní tedy za použití dotazníkového šetření. Použit byl standardizovaný dotazník SF-36 (Health Related Quality of Life), jak už ze samotného názvu vyplývá, obsahuje celkem 36 položek, které jsou rozčleněny do osmi zdravotních oblastí např. fyzické zdraví, fyzické a emoční omezení, všeobecné vnímání vlastního zdraví a další. Použitý dotazník obsahuje 13 otázek. V úvodu dotazníku je pacient seznámen se skutečností, že je dotazník zcela anonymní a zjištěná data budou využita pouze pro mou bakalářskou práci.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazníky vyplnili ženy a muži různé věkové kategorie, kteří se léčí s onemocněním štítné žlázy. Výzkum probíhal v Nemocnici Havlíčkův Brod p. o., na lůžkových odděleních a v endokrinologické ambulanci v Chotěboři.

2.4 Průběh výzkumu

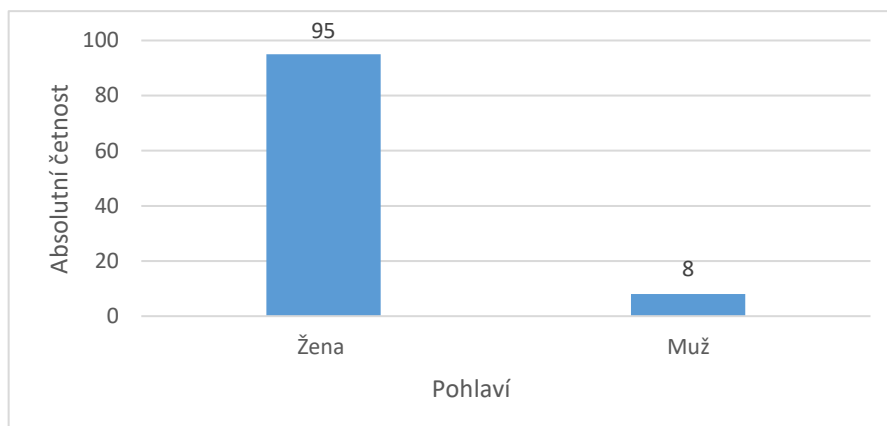
Zahájení výzkumu předcházelo potvrzení žádosti o umožnění výzkumného šetření. Žádost jsme podali do Nemocnice Havlíčkův Brod p. o., kde nám žádost schválila náměstkyně ošetrovatelské péče PhDr. Lada Nováková, PhD. a do endokrinologické ambulance v Chotěboři (Endokrinologie Vysočina s.r.o.), kde nám žádost potvrdila MUDr. Mgr. Sylvie Špitálníková, Ph.D. Samotný sběr dat probíhal v období prosinec 2022 do března 2023. Rozdáno bylo 105 dotazníků a vrátilo se nám vyplněných 103. Dotazníky nám tedy vyplnilo 103 respondentů léčící se s onemocněním štítné žlázy.

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována do grafů pomocí programu Microsoft Office Excel 2013 a úprava standardizovaného dotazníku proběhla v programu Microsoft Office Word 2013.

2.6 Výsledky výzkumu

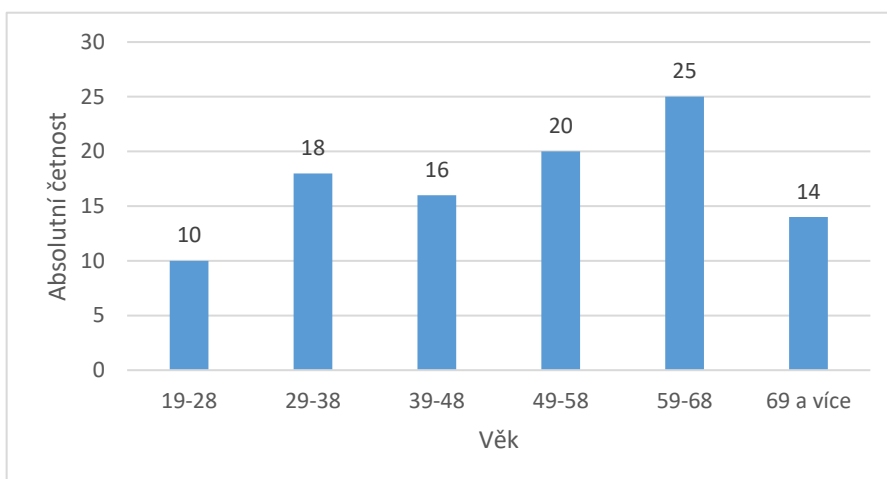
Otázka č. 1: Pohlaví respondentů



Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 1 znázorňuje pohlaví respondentů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili. Z celkového počtu 103 respondentů, dotazník vyplnilo 95 žen (92,23 %) a 8 mužů (7,77 %).

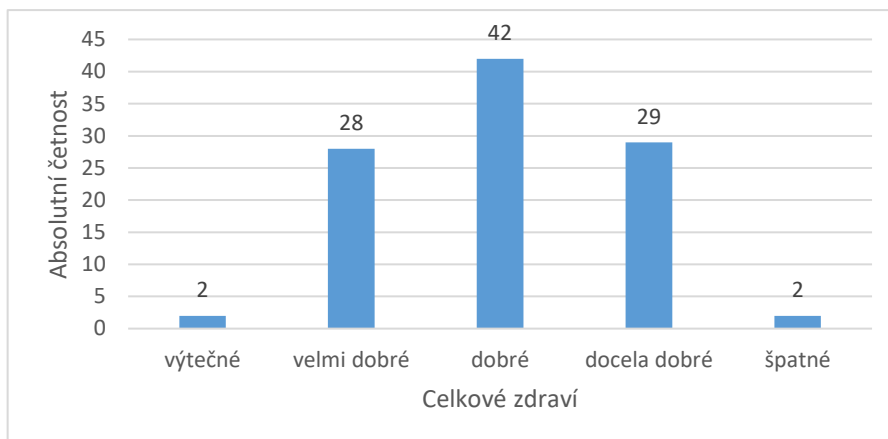
Otázka č. 2: Věk respondentů



Graf 2 Věk respondentů

Graf 2 znázorňuje věk respondentů. Ve věku 19-28 let bylo 10 respondentů (9,71 %), 29-38 let bylo 18 respondentů (17,48 %), 39-48 let bylo 16 respondentů (15,53 %), 49-58 bylo 20 respondentů (19,42 %), 59-68 let bylo 25 respondentů (24,27 %), 69 a více bylo 14 respondentů (13,59 %).

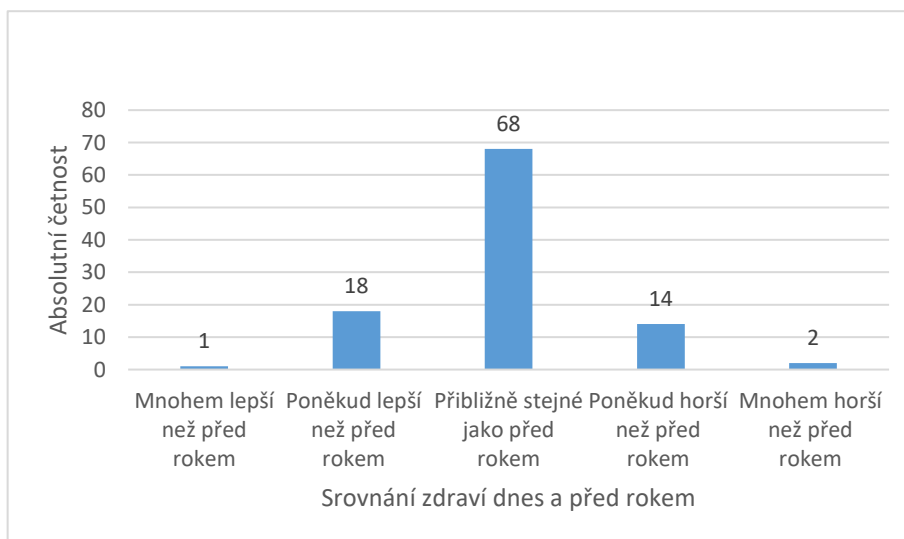
Otázka č. 3: Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově?



Graf 3 Celkové zdraví

Graf 3 znázorňuje, jak respondenti vnímají své zdraví. 2 respondenti (1,94%) hodnotí své zdraví jako výtečné. 28 respondentů (27,18 %) hodnotí jako velmi dobré a 42 respondentů (40, 78%) za dobré. Docela dobré vnímá 29 respondentů (28, 16 %), pouze 2 respondenti (1,94 %) vnímají své zdraví jako špatné.

Otázka č. 4: Jak byste hodnotil/a své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

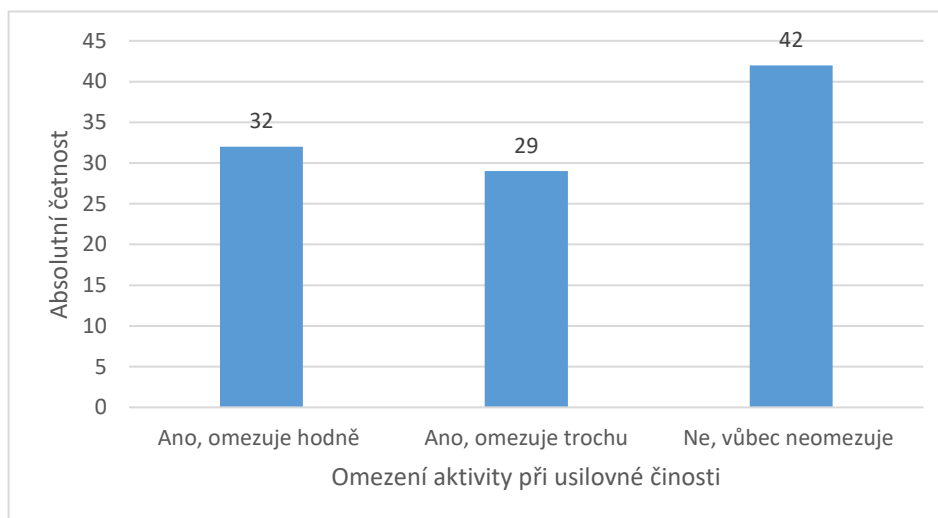


Graf 4 Srovnání zdraví dnes a před rokem

Graf 4 znázorňuje hodnocení respondentů svého zdraví dnes ve srovnání před rokem. 1 respondent (0,97 %) hodnotí své zdraví, jako mnohem lepší než v předchozím roce, dále 18 respondentů (17,48 %) vnímá, jako poněkud lepší než před rokem. U 68 respondentů (66,02 %) nedošlo k žádné změně a proto hodnotí jako přibližně stejné jako před rokem. 14 respondentů (13,59 %) vnímá zhoršení, hodnotí tedy jako poněkud horší než před rokem, 2 respondenti (1,94 %) uvádí své zdraví jako mnohem horší než před rokem.

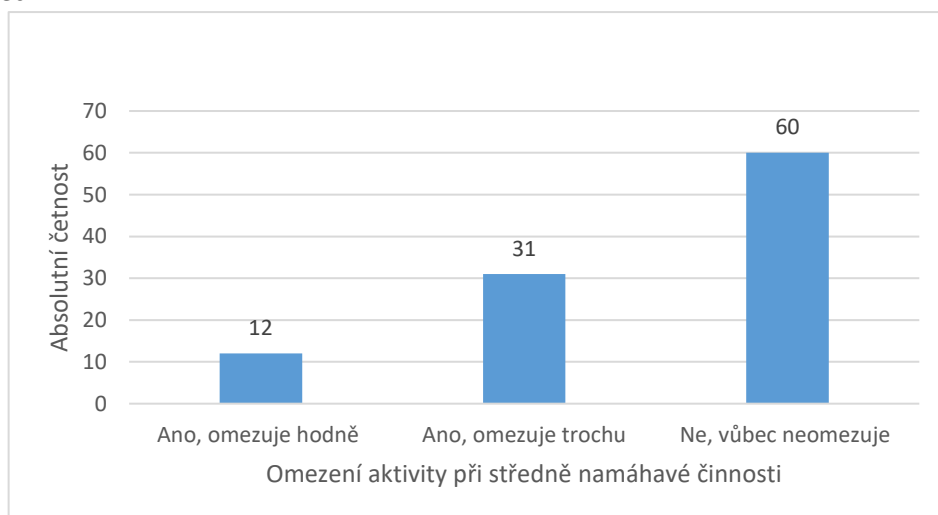
Otázka č. 5: Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

Otázka č. 5 obsahuje deset podotázek, které jsou zaměřené na běžné denní aktivity, jenž mohou respondenti vykonávat. Výsledky těchto podotázek nalezneme v grafech 5 až 14.



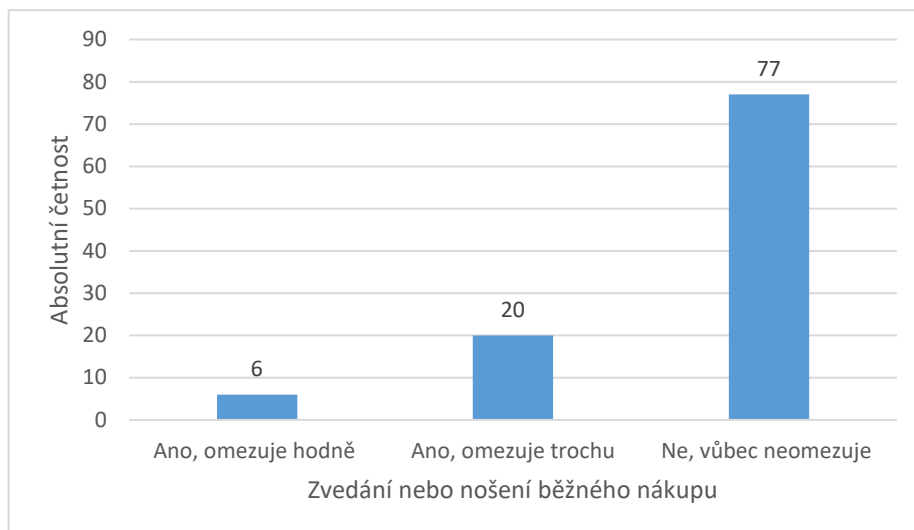
Graf 5 Omezení aktivity při usilovné činnosti

Graf 5 znázorňuje odpovědi respondentů na různé usilovné činnosti, jako je běh, zvedání těžkých předmětů nebo provozování náročných sportů. 32 respondentů (31,07 %) uvedlo, že je jejich onemocnění v těchto činnostech omezuje hodně. 29 respondentů (28,15 %) uvedlo, že jsou omezení trochu. 42 respondentů (40,78 %) uvedlo, že je onemocnění vůbec neomezuje v těchto činnostech.



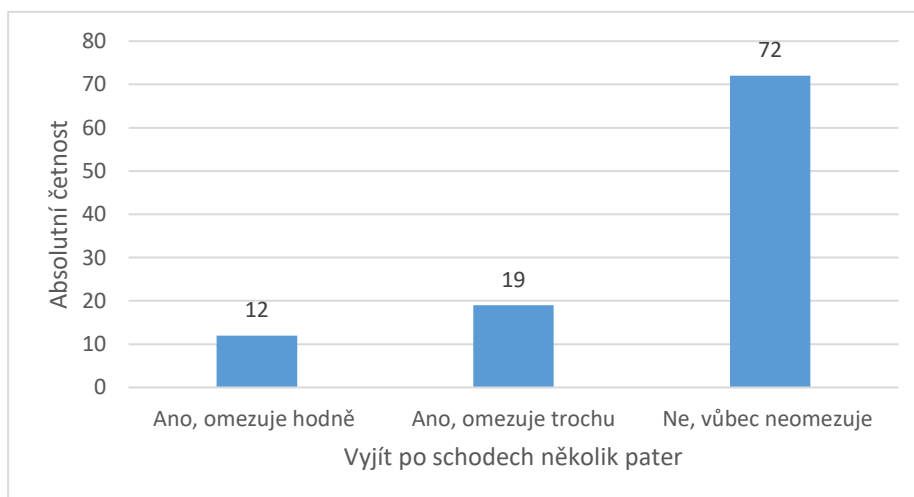
Graf 6 Omezení aktivity při středně namáhavé činnosti

V grafu 6 je uvedeno, jak respondenty omezuje zdraví při středně namáhavé činnosti jako je posouvání stolu, luxování, hraní kuželek a jízda na kole. 12 respondentů (11,65 %) uvedlo, že je jejich zdraví při takových činnostech omezuje hodně. 31 respondentů (30,10 %) jejich zdraví omezuje trochu a 60 respondentů (58,25 %) neomezuje vůbec.



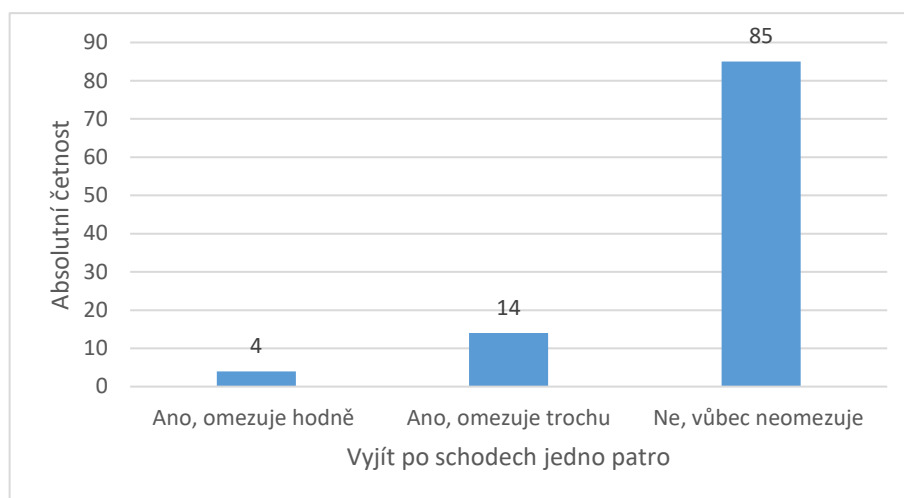
Graf 7 Zvedání nebo nošení běžného nákupu

Graf 7 ukazuje, jak respondenty jejich zdraví omezuje při zvedání nebo nošení běžného nákupu. 6 respondentů (5,83 %) uvedlo, že jsou při této činnosti omezeni hodně. 20 respondentů (19,42 %) omezuje trochu a 77 respondentů (74,75 %) neomezuje zdraví vůbec.



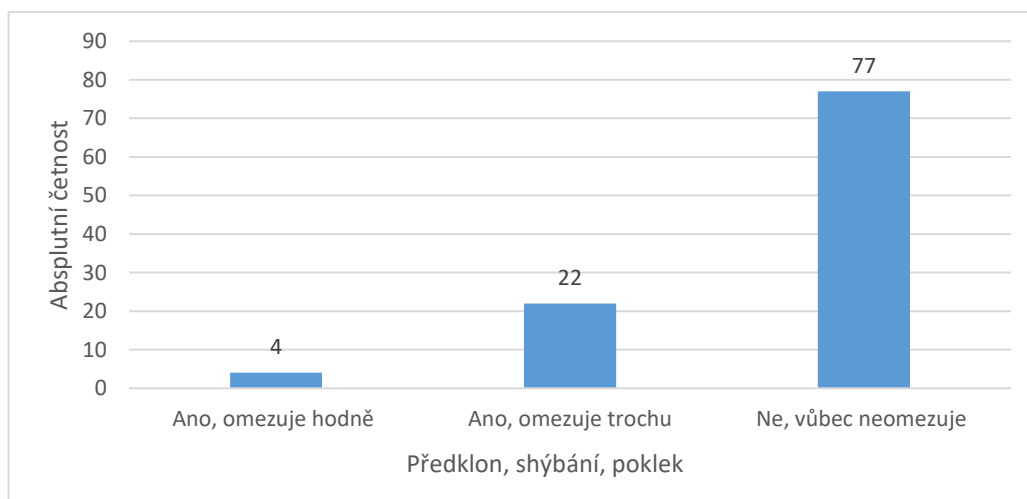
Graf 8 Vyjít po schodech několik pater

Graf 8 ukazuje, jak respondenty omezuje jejich zdraví při vyjítí po schodech několik pater. 12 respondentů (11,65 %) uvedlo, že je zdraví omezuje hodně. 19 respondentů (18,45 %) uvedlo, že je jejich zdraví při této činnosti omezuje trochu a 72 respondentů (69,90 %) neomezuje zdraví vůbec.



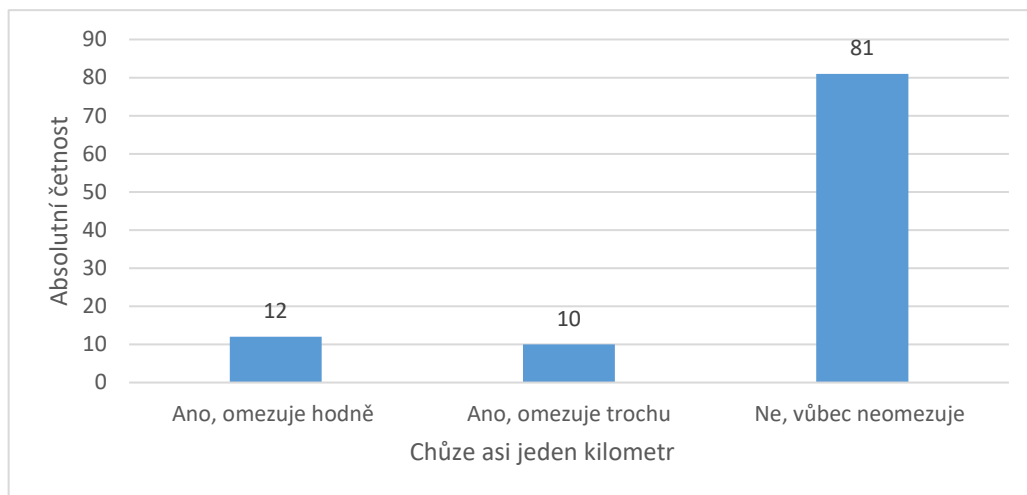
Graf 9 Vyjít po schodech jedno patro

V grafu 9 je popsáno, jak respondenty omezuje jejich zdraví při vyjití jednoho patra po schodech. 4 respondenti (3,88 %) uvedli, že je zdraví omezuje v této činnosti hodně. 14 respondentů (13,59 %) uvedlo, že je jejich zdraví omezuje trochu a 85 respondentů (82,53 %) neomezuje zdraví vůbec.



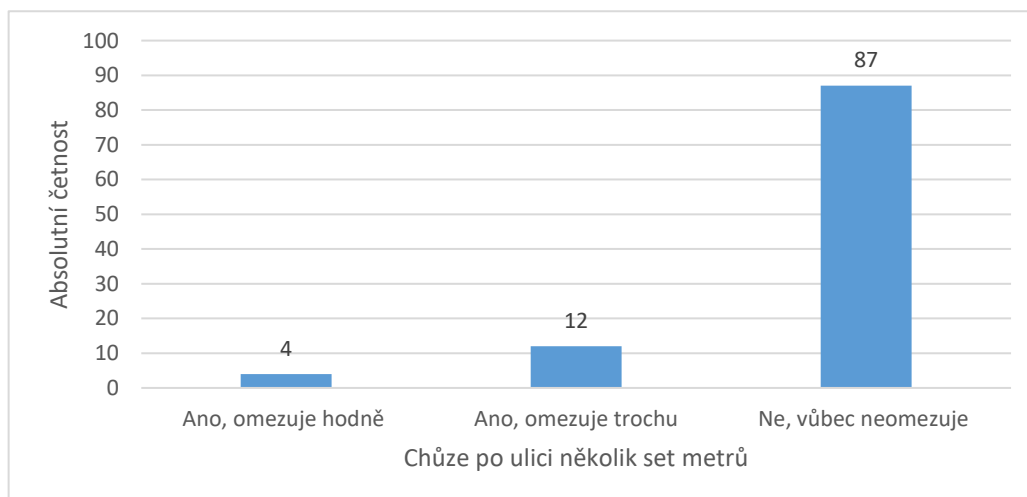
Graf 10 Předklon, shýbání, poklek

Graf 10 znázorňuje omezení v činnostech, jako je předklon, shýbání a poklek. 4 respondenti (3,88 %) uvedli, že jsou omezeni hodně. 22 respondentů (21,36 %) uvedlo, že jsou v těchto činnostech svým zdravím omezeni trochu a 77 respondentů (74,76%) vůbec neomezuje.



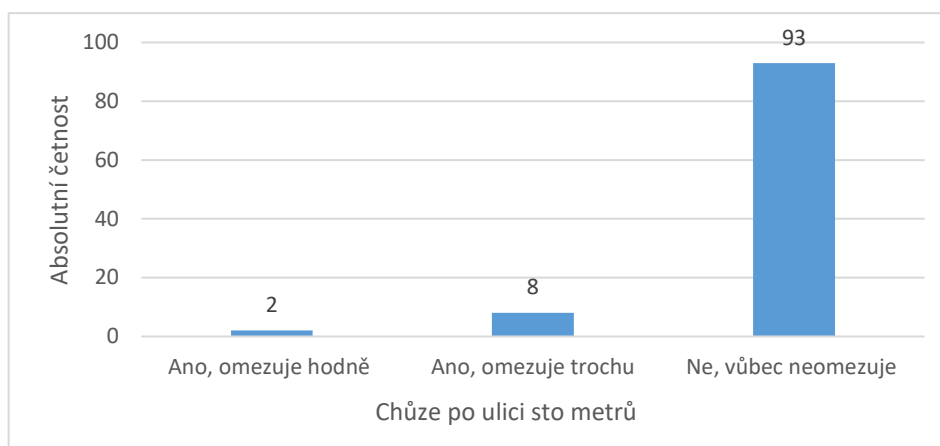
Graf 11 Chůze asi jeden kilometr

V grafu 11 je uvedeno omezení respondentů v oblasti chůze a to především v chůzi asi jeden kilometr. 12 respondentů (11,65 %) uvedlo, že je jejich zdraví omezuje hodně a 10 respondentů (9,71 %) omezuje trochu. 81 respondentů (78,64 %) zdraví vůbec neomezuje.



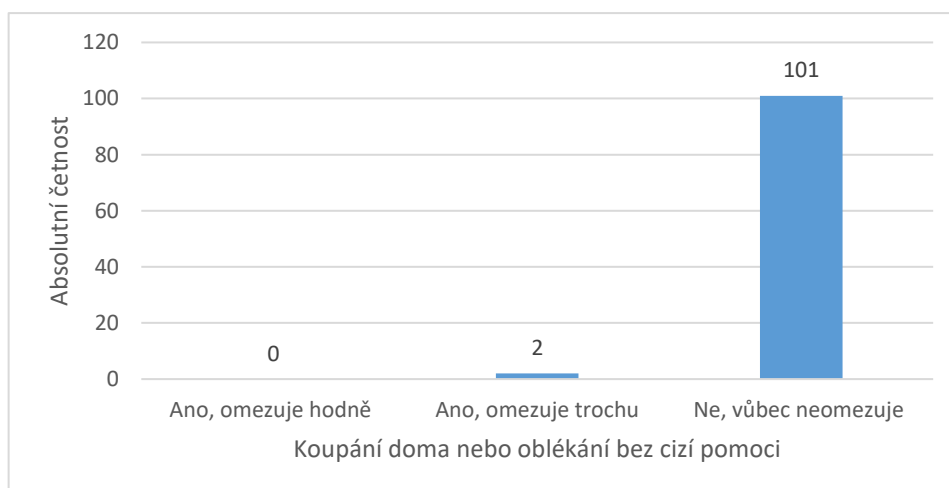
Graf 12 Chůze po ulici několik set metrů

Graf 12 vyjadřuje, jak respondenty omezuje chůze po ulici několik set metrů. 4 respondenty (3,88 %) omezuje zdraví hodně, 12 respondentů (11,65 %) omezuje trochu. 87 respondentů (84,47 %) uvedlo, že nejsou svým zdravím omezeni vůbec.



Graf 13 Chůze po ulici sto metrů

Graf 13 ukazuje, jak jsou respondenti svým zdravím omezeni při chůzi sto metrů po ulici. Pouze 2 respondenti (1,94 %) uvedli, že je zdraví omezuje v této aktivitě hodně. 8 respondentů (7,77 %) omezuje zdraví trochu a 93 respondentů (90,29 %) neomezuje zdraví vůbec.

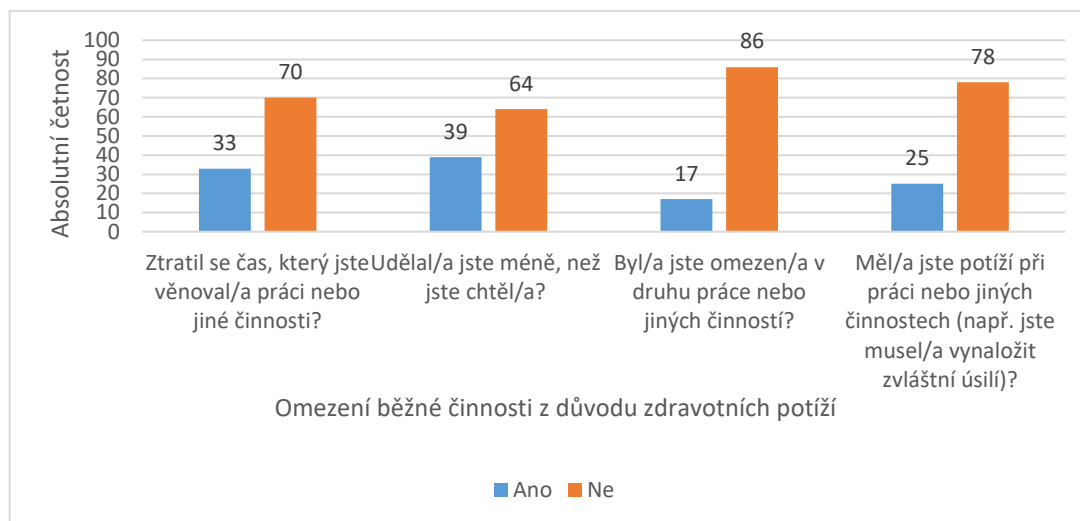


Graf 14 Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci

Graf 14 znázorňuje, jak moc jsou respondenti omezeni svým zdravím při koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci. Z grafu je zřejmé, že nikoho zdraví neomezuje natolik, aby aktivitu sám bez pomoci nezvládl (0 respondentů). 2 respondenti (1,94 %) uvedlo, že je zdraví omezuje trochu. 101 respondentů (98,06 %) neomezuje zdraví vůbec.

Otázka č. 6: Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

Otázka č. 6 obsahuje čtyři podotázky. Výsledky podotázky jsou znázorněny v grafu 15.

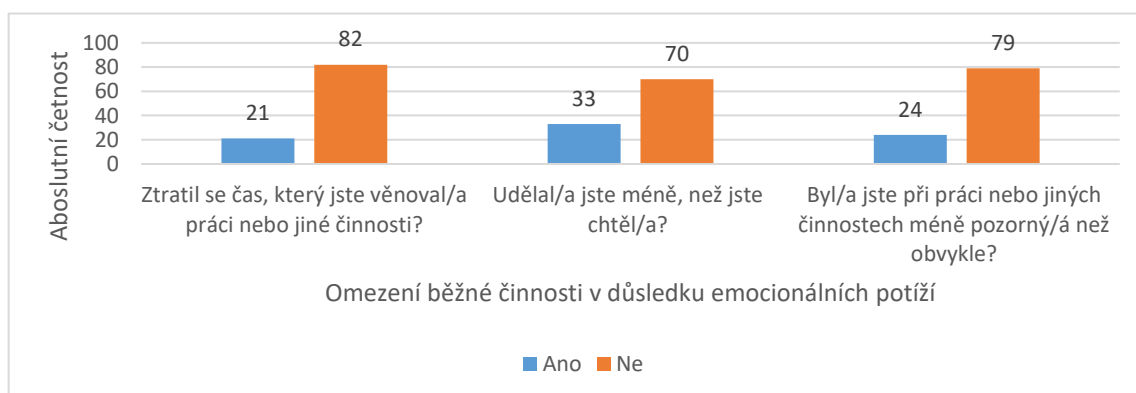


Graf 15 Omezení běžné činnosti z důvodu zdravotních potíží

Z grafu 15 lze vyčíst, zda respondenty omezovali zdravotní potíže při práci nebo při běžných denních činnostech. 33 respondentů (32,04 %) uvedlo, že došlo ke zkrácení času při práci nebo jiné činnosti. Naopak 70 respondentů (67,96 %) uvedlo, že čas, který věnovali práci, nebo jiné činnosti nezkrátil. 39 respondentů (37,86 %) vlivem zdravotního stavu udělali méně práce, než chtěli. 64 respondentů (62,14 %) udělalo stejně práce jako dříve. 17 respondentů (16,50 %) odpovědělo, že díky svému zdraví byli omezeni při práci nebo jiných činnostech. 86 respondentů (83,50 %) nebylo zdravotními potížemi omezeno. 25 respondentů (24,27 %) pocítilo potíže při práci nebo jiných činnostech. 78 respondentů (75,73 %) potíže při práci nebo jiných činnostech nemělo.

Otázka č. 7: Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese či úzkosti)?

Otázka č. 7 obsahuje tři podotázky. Výsledky podotázek jsou znázorněny v grafu 16.

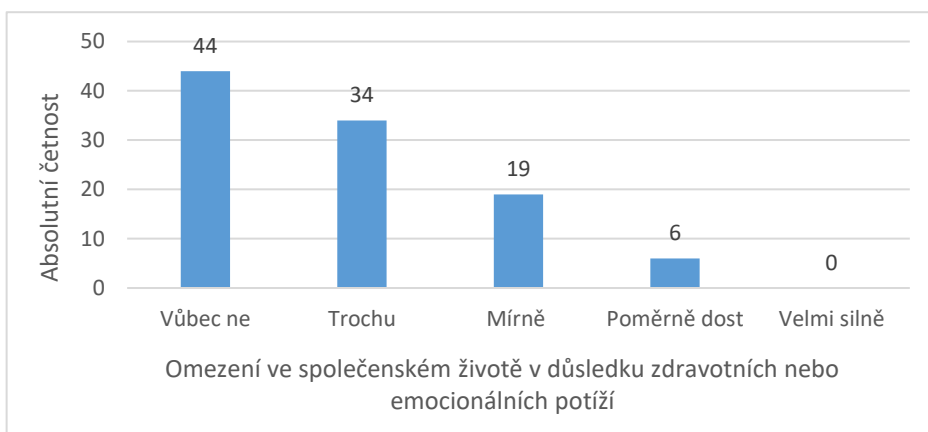


Graf 16 Omezení běžné činnosti v důsledku emocionálních potíží

Graf 16 se věnuje problémům při práci nebo při běžných denních činnostech, které vznikly kvůli emocionálním potížím. 21 respondentům (21,39 %) se zkrátil čas věnovaný práci nebo jiné

činnosti. 82 respondentům (79,61 %) se čas kvůli emocionálním potížím nezkrátil. 33 respondentů (32,04 %) uvedlo, že udělalo méně, než chtěli. 70 respondentů (67,96 %) neovlivnily emocionální potíže. 24 respondentů (23,30 %) uvedlo, že měli sníženou pozornost. 79 respondentů (76,70 %) uvedlo, že jejich pozornost při práci nebo jiných činnostech ovlivněna nebyla.

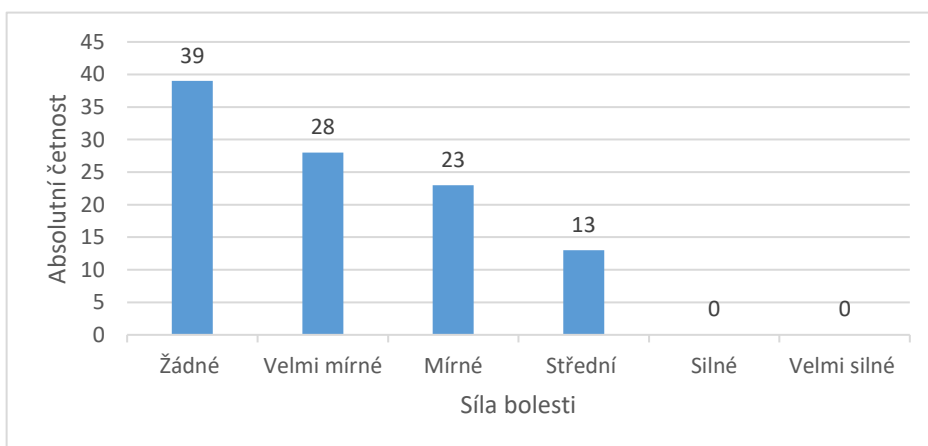
Otázka č. 8: Uvedte, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?



Graf 17 Omezení ve společenském životě v důsledku zdravotních nebo emocionálních potíží

V grafu 17 je popsáno, do jaké míry respondenty omezují jejich emocionální a zdravotní potíže v jejich společenském životě. 44 respondentů (42,72 %) odpovědělo, že je zdravotní nebo emocionální potíže neomezovaly vůbec. 34 respondentů (33,01 %) jsou omezeni pouze trochu. 19 respondentů (18,45 %) pociťují mírné omezení. 6 respondentů (5,82 %) uvedlo, že jsou omezeni poměrně dost. Nikoho z našich respondentů neomezují velmi silně (0 respondentů) zdravotní a emocionální potíže spojené s tímto onemocněním.

Otázka č. 9 Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?

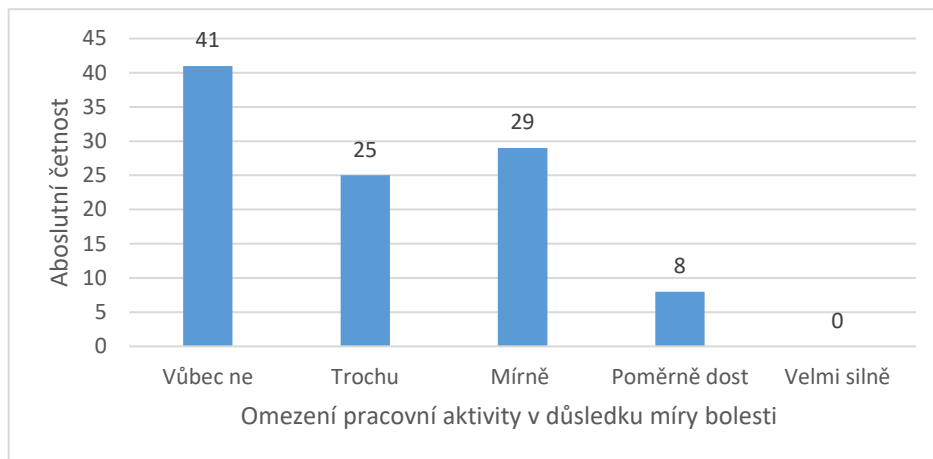


Graf 18 Síla bolesti

Z grafu 18 je zřejmé, že 39 respondentů (37,86 %) netrpí bolestí. 28 respondentů (27,18 %) uvedlo, že měli v posledních 4 týdnech pouze velmi mírné bolesti a 23 respondentů (22,34 %) mělo mírné bolesti. U a zbylých 13 respondentů (12,62 %) se objevily střední bolesti. Silné

(0 respondentů) a velmi silné bolesti (0 respondentů) nikdo z dotazovaných v posledních 4 týdnech v důsledku onemocnění neměl.

Otázka č. 10: Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

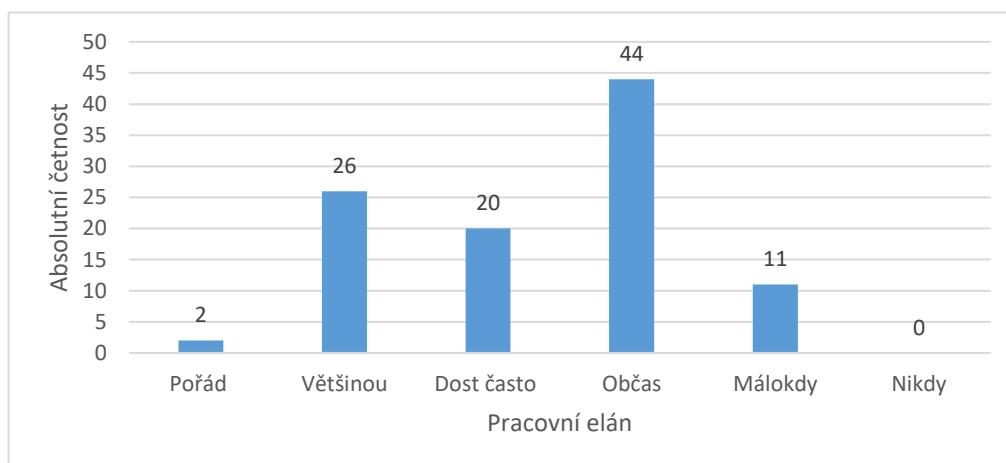


Graf 19 Omezení pracovní aktivity v důsledku míry bolesti

Z grafu 19 vyplývá, že 41 respondentům (39,81 %) nebránily bolesti vůbec. 25 respondentům (24,27 %) jejich bolesti bránily trochu a 29 respondentům (28,15 %) mírně. 8 respondentům (7,77 %) bolesti bránily v práci poměrně dost. Z dotazovaných nikomu bolesti nebránily v jejich práci velmi silně (0 respondentů).

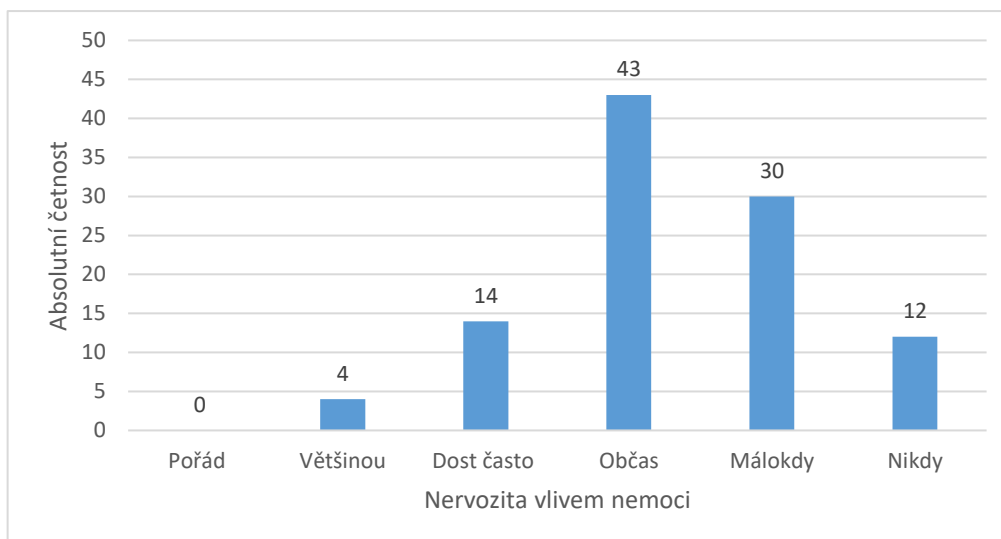
Otázka č. 11: Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a?

Otázka č. 11 obsahuje devět podotázek, které jsou zaměřeny na pocity respondentů v posledních 4 týdnech. Odpovědi na tyto podotázky jsou uvedeny v grafech 20 až 29.



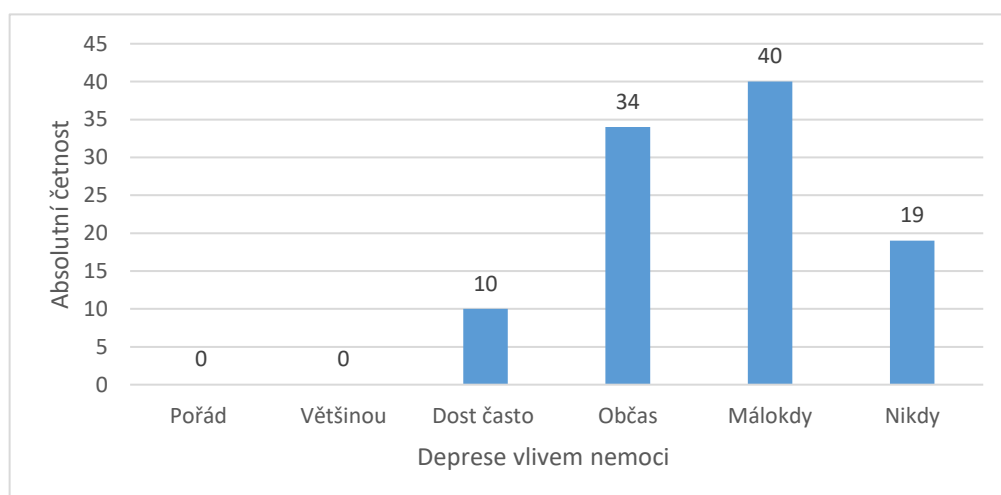
Graf 20 Pracovní elán

Graf 20 uvádí, zda se naši respondenti cítili v posledních 4 týdnech plni elánu. 2 respondenti (1,94 %) se cítili plni elánu pořád. 26 respondentů (25,24 %) mělo elán většinou, 20 respondentů (19,42 %) mělo pracovní elán dost často. 44 respondentů (42,72 %) mělo elán občas. Málokdy mělo elán 11 respondentů (10,68 %) a bez elánu, tedy nikdy 0 respondentů.



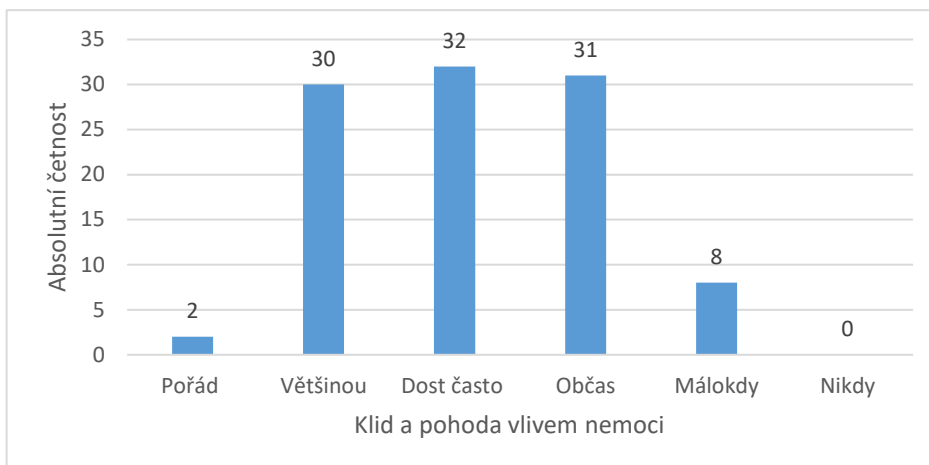
Graf 21 Nervozita vlivem nemoci

Graf 21 ukazuje, jak často se respondenti cítili nervózní. Nikdo z našich respondentů nebyl nervózní pořád. 4 respondenti (3,88 %) byli nervózní většinou. Dost často bylo nervózních 14 respondentů (13,59 %). 43 respondentů (41,75 %) odpovědělo, že nervózní byli občas. Málokdy trpělo nervozitou 30 respondentů (29,13%) a nikdy nezažilo nervozitu vlivem nemoci 12 respondentů (11,65 %).



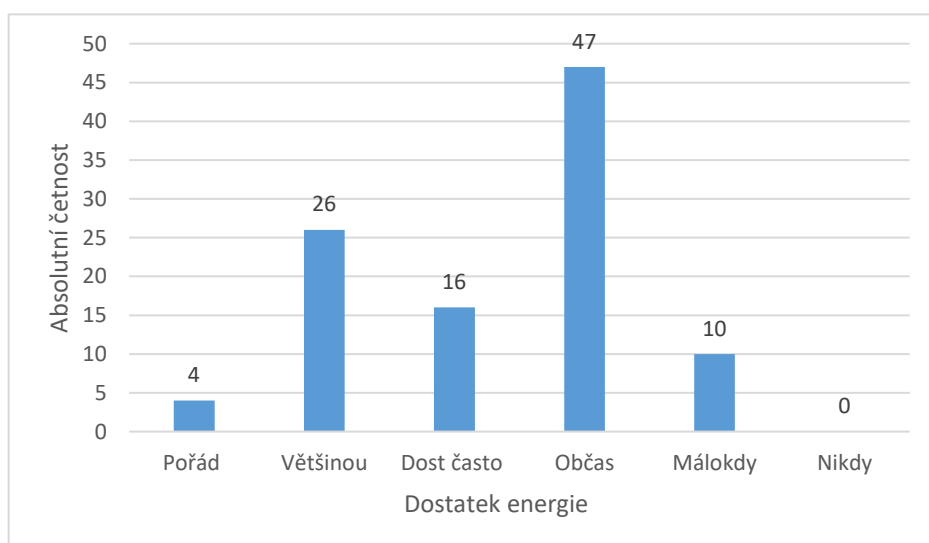
Graf 22 Deprese vlivem nemoci

Graf 22 znázorňuje, jak často trpěli respondenti silnými depresemi, tak že je nemohlo nic rozveselit. Žádný z tázaných neměl depresi pořád nebo většinou (0 respondentů). Dost často mělo depresi 10 respondentů (9,71 %). 34 respondentů (33,01 %) trpělo depresí občas. Málokdy mělo depresi 40 respondentů (38,83 %) a 19 respondentů (18,45 %) netrpělo depresí nikdy.



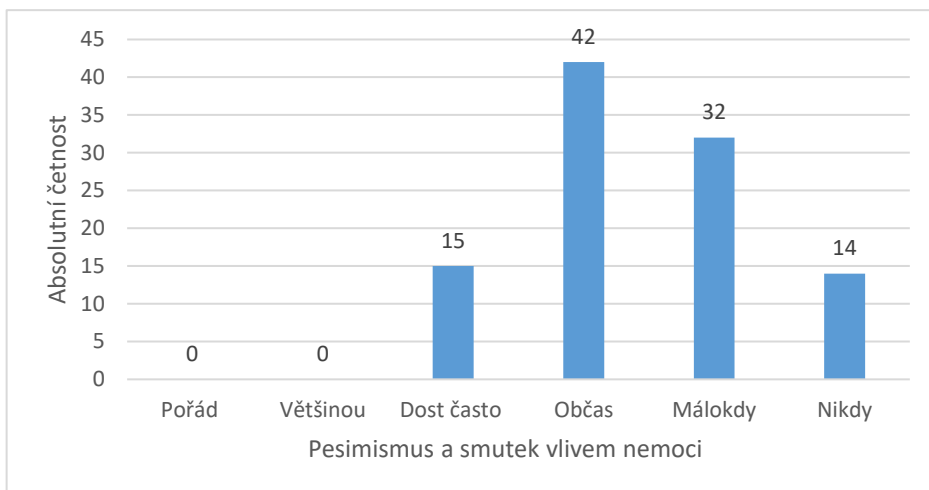
Graf 23 Klid a pohoda vlivem nemoci

V grafu 23 je vidět, jak často respondenti pociťovali klid a pohodu v posledních 4 týdnech. 2 respondenti (1,94 %) uvedli, že cítili klid a pohodu pořád, většinou se cítilo v klidu 30 respondentů (29,12 %). Dost často uvedlo pocit klidu a pohody 32 respondentů (31,07 %). Občas vnímalo klid a pohodu 31 respondentů (30,10 %). 8 respondentů (7,77 %) uvedlo, že pociťují klid a pohodu málokdy. Žádný z tázaných neuvedl, že by nikdy neměl pocit klidu a pohody z důvodu nemoci (0 respondentů).



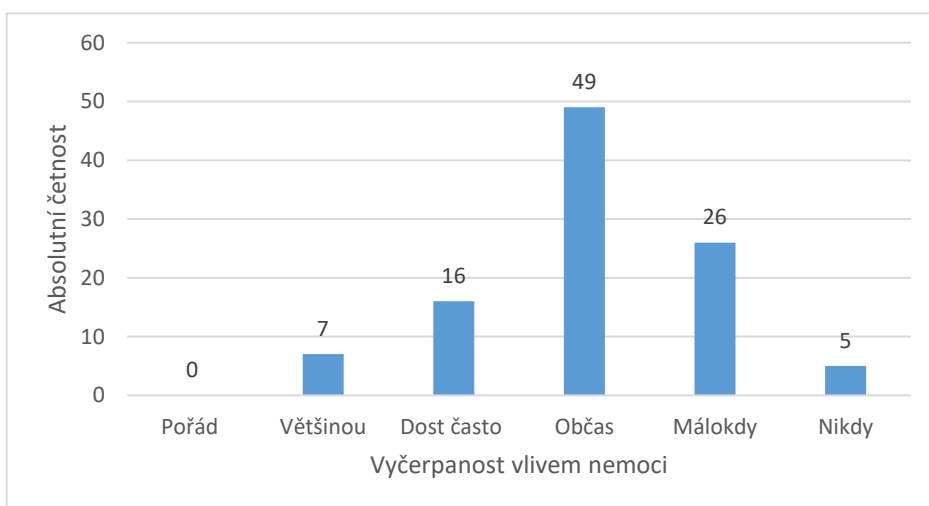
Graf 24 Dostatek energie

Graf 24 sleduje, jak často se cítili respondenti plni energie v posledních 4 týdnech. 4 respondenti (3,88 %) se cítili plni energie pořád. 26 respondentů (25,25 %) uvedlo, že byli plni energie většinou. Dost často pociťovalo dostatek energie 16 respondentů (15,53 %). 47 respondentů (45,63 %) uvedlo, že byli plní energie občas. 10 respondentů (9,71 %) pociťovalo být plni energie málokdy. Z tázaných nikdo neuvedl, že by vůbec nepociťovali dostatek energie (0 respondentů).



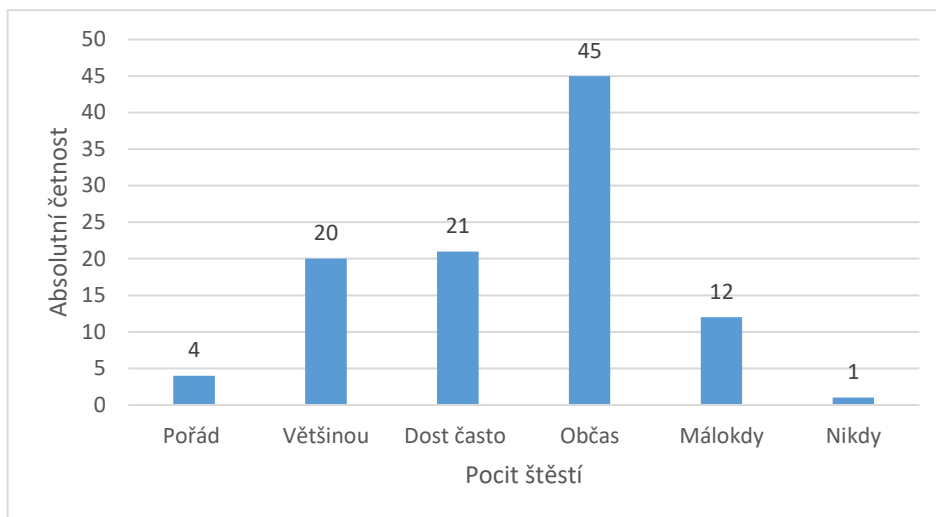
Graf 25 Pesimismus a smutek vlivem nemoci

V grafu 25 je popsáno, jak často respondenti pociťovali pesimismus a smutek z důvodu nemoci. Nikdo z dotazovaných nepociťoval pesimismus a smutek pořád ani většinou (0 respondentů). Dost často pociťovalo pesimismus a smutek 15 respondentů (14,56 %). 42 respondentů (40,78 %) uvedlo, že pociťovali pesimismus a smutek občas. Málokdy trpělo pesimismem a smutkem 32 respondentů (31,07 %) a 14 respondentů (13,59 %) nikdy nepociťovali pesimismus a smutek.



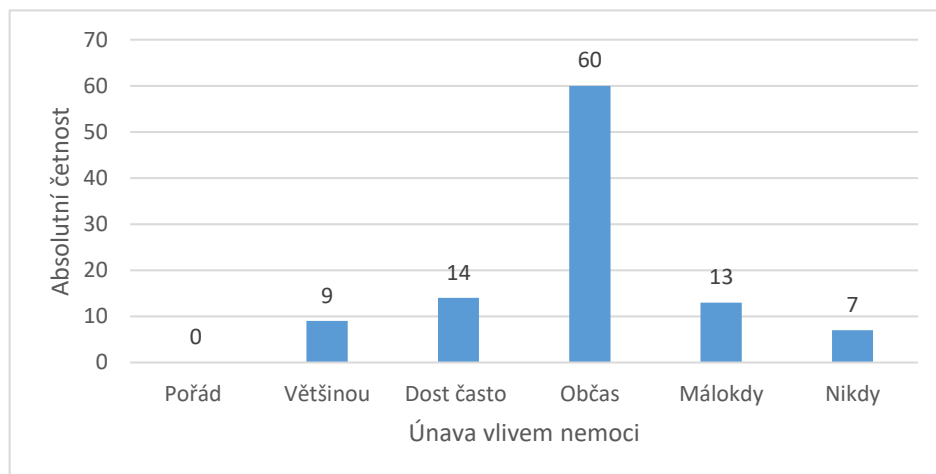
Graf 26 Vyčerpanost vlivem nemoci

Graf 26 znázorňuje, jak často se respondenti cítili vyčerpaní z důvodu nemoci. Nikdo z našich dotazovaných (0 respondentů) neměl pocit vyčerpanosti pořád v předešlých 4 týdnech. Většinou se cítilo vyčerpano 7 respondentů (6,80%). Dost často cítilo vyčerpaní 16 respondentů (15,53 %). Občas pociťovalo vyčerpanost 49 respondentů (47,57 %). 26 respondentů (25,25 %) uvedlo, že pocit vyčerpanosti pociťovali málokdy. 5 respondentů (4,85 %) nebylo vyčerpano nikdy.



Graf 27 Pocit štěstí

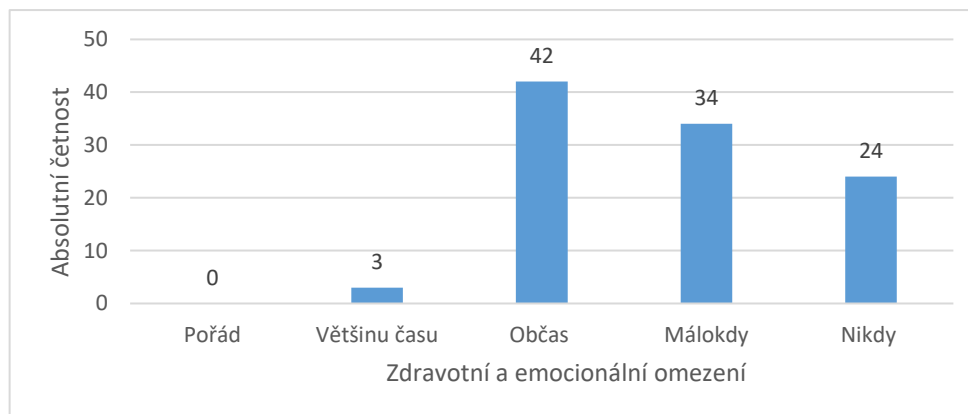
Z grafu 27 je patrné, jak často se cítili respondenti šťastni v posledních 4 týdnech. 4 respondenti (3,88 %) se cítili šťastni pořád. 20 respondentů (19,42 %) uvedlo, že byli šťastni většinou. Dost často prožívalo pocit štěstí 21 respondentů (20,39 %). 45 respondentů (43,69 %) se cítilo šťastně občas a málokdy 12 respondentů (11,65 %). Nešťastný, se cítil pouze 1 respondent (0,97 %).



Graf 28 Únava vlivem nemoci

Z grafu 28 vyplývá, jak často se cítili respondenti unaveni z důvodu nemoci. Z tázaných nebyl nikdo unavený za poslední 4 týdny pořád. Většinou se cítilo být unaveno 9 respondentů (8,74 %). Dost často pociťovalo únavu 14 respondentů (13,59 %). 60 respondentů (58,25 %) uvedlo, že se cítili unavení občas. Unavenost málokdy uvedlo 13 respondentů (12,26 %). Nikdy nebylo unaveno 7 respondentů (6,80 %).

Otázka č. 12: Uvedte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných, atd.)?

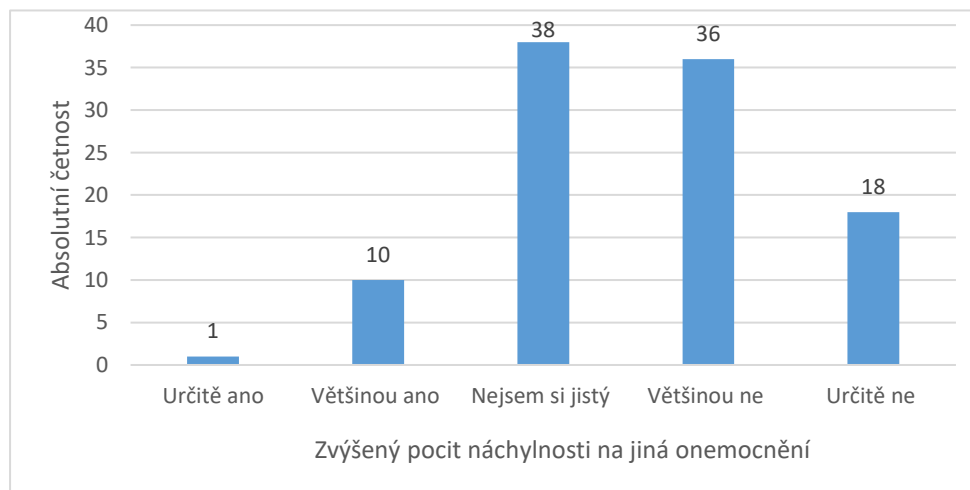


Graf 29 Zdravotní a emocionální omezení

Graf 29 ukazuje, jak dotazovaným bránily zdravotní a emocionální obtíže v jejich společenském životě v posledních 4 týdnech. Žádnému z dotazovaných nebránily obtíže pořád, tedy 0 respondentů (0). 3 respondenti (2,91 %) uvedli, že je omezují zdravotní a emocionální obtíže většinu času. 42 respondentů (40,76 %) uvedlo, že jim obtíže bránily občas. 34 respondentů (33,01 %) odpovědělo, že jim obtíže bránily málokdy a 24 respondentům (23,30 %) odpovědělo nikdy.

Otázka č. 13: Zvolte, prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

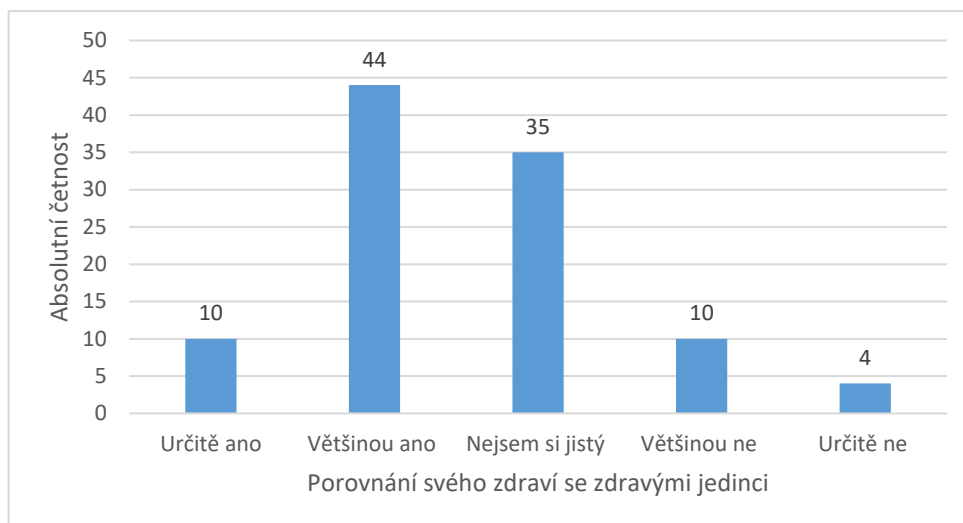
Otázka č. 13 obsahuje čtyři podotázky, které jsou zaměřené na vnímání vlastního zdraví. Výsledky těchto podotázek nalezneme v grafech 30 až 33.



Graf 30 Zvýšený pocit náchylnosti na jiná onemocnění

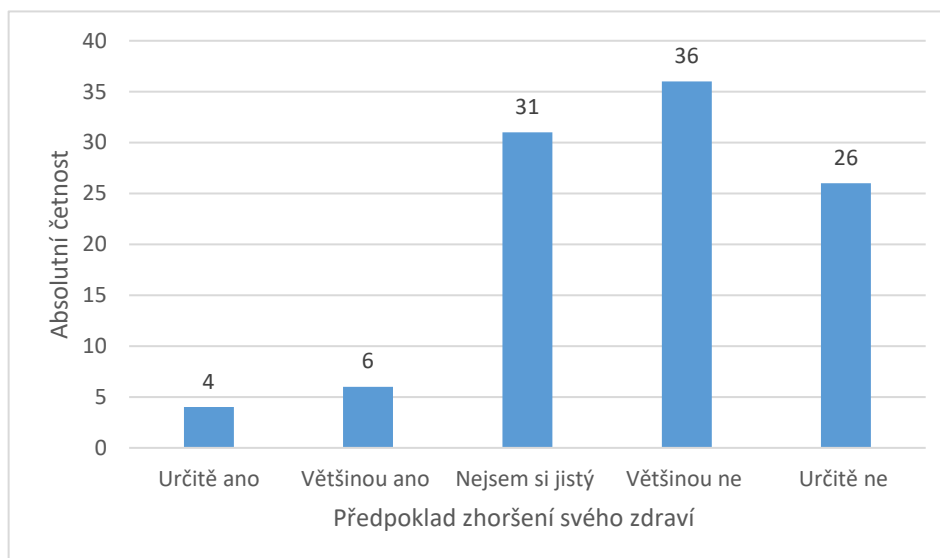
V grafu 30 je uvedeno, jestli si respondenti myslí, že onemocní jakoukoliv nemocí poněkud snadněji než ostatní lidé. 1 z respondentů (0,97 %) uvedl, že určitě ano. 10 respondentů (9,70 %) odpovědělo, že většinou ano. 38 respondentů (36,89 %) si nejsou jistí, zda by z důvodu jejich

onemocnění mohli být více náchylní na jiná. 36 respondentů (34,95 %) uvedlo, že většinou ne. 18 respondentů (17,48 %) zvolilo odpověď, že určitě ne.



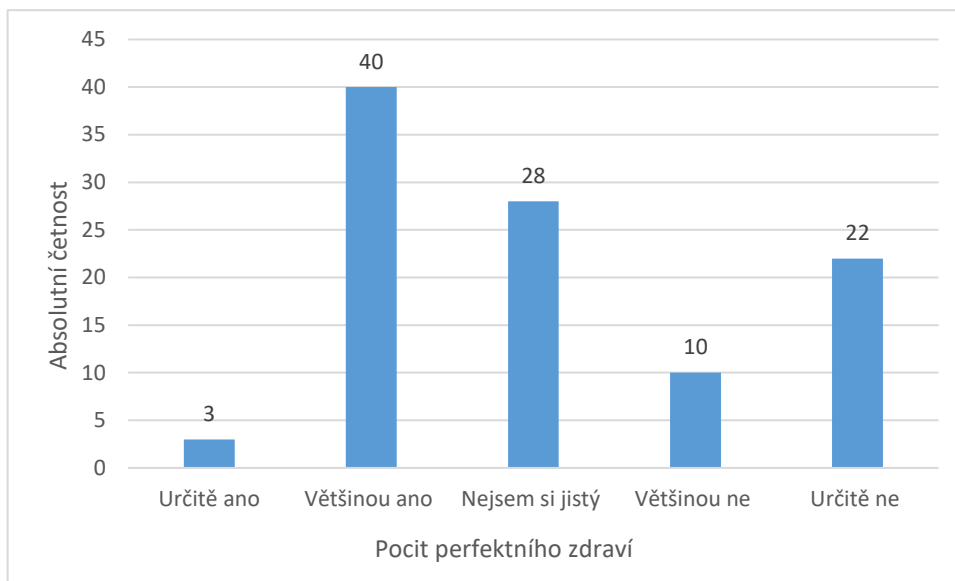
Graf 31 Porovnání svého zdraví se zdravými jedinci

V grafu 31 respondenti hodnotili, zda se cítí stejně zdraví jako kdokoli jiný. 10 respondentů (9,70 %) uvedlo, že určitě ano. Odpověď většinou ano zvolilo 44 respondentů (42,74 %). 35 respondentů (33,98 %) si není jistých. 10 respondentů (9,70 %) uvedlo odpověď většinou ne a 4 respondenti (3,88 %) určitě ne.



Graf 32 Předpoklad zhoršení svého zdraví

Graf 32 zobrazuje, jestli respondenti očekávají zhoršení svého zdraví. 4 respondenti (3,88 %) uvedli, určitě ano a 6 respondentů (5,83 %) uvedlo většinou ano, očekávají tedy zhoršení svého zdraví z důvodu nemoci. Zhoršením si není jisto 31 respondentů (30,10 %). Většinou ne zvolilo odpověď 36 respondentů (34,95 %). Určitě ne uvedlo odpověď 26 respondentů (25,24 %).



Graf 33 Pocit perfektního zdraví

Graf 33 popisuje, zda respondenti pociťují, že je jejich zdraví perfektní. 3 respondenti (2,91 %) uvedli odpověď určitě ano. 40 respondentů (38,84 %) zvolilo většinou ano. 28 respondentů (27,18 %) si nejsou jistí. Většinou ne odpovědělo 10 respondentů (9,71 %). 22 respondentů (21,36 %) uvedlo, že jejich zdraví není určitě perfektní.

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak ovlivňuje onemocnění štítné žlázy kvalitu života pacientům, kteří toto onemocnění mají. Abychom našeho zvoleného cíle dosáhli, použili jsme standardizovaný dotazník SF-36. Dotazník obsahoval 36 otázek, z toho dvě otázky byly zaměřené na věk a pohlaví respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 95 žen (92,23 %) a 8 mužů (7,77 %), kteří se léčí s onemocněním ŠŽ. Nejvíce respondentů nám vyplnilo dotazníky ve věku 59-68 let, dohromady 25 (24,27 %). Pro zjištění kvality života u pacientů, kteří mají onemocnění štítné žlázy, jsme zvolili tři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka: Jaký dopad má onemocnění štítné žlázy na života pacienta ve fyzické oblasti?

K první výzkumné otázce se vztahovaly ve standardizovaném dotazníku dvě otázky a to otázka č. 5, která obsahovala deset podotázek na různé činnosti, které v běžném dni respondenti mohou vykonávat a poté otázka č. 6. V otázce č. 5 respondenti odpovídali, jestli je jejich zdraví v některých z činností omezovalo hodně, trochu nebo vůbec. Od respondentů jsme se dozvěděli, že je nejvíce omezují usilovné činnosti, jako je běh, zvedání těžkých předmětů a provozování náročných sportů. 32 respondentů (31,07 %) odpovědělo, že jsou omezování hodně, 29 respondentů (28,15 %) pociťuje omezení trochu a 42 respondentů (40,78 %) neomezuje vůbec. Štolfová (2019) ve výzkumné části své bakalářské práci uvedla, že 29 respondentů (29 %) bylo v těchto aktivitách omezeno hodně, 43 respondentů (43 %) omezeno trochu a 28 tázaných (28 %) nebylo omezeno vůbec. V porovnání vychází, že tázaní z výzkumu Štolfové (2019) cítí v těchto aktivitách více omezení než naši respondenti. Další podotázka byla zaměřena na středně namáhavou činnost, jako je posunování stolu, luxování, hraní kuželek a jízda na kole. 12 respondentů (11,65 %) uvedlo, že je tyto činnosti omezují hodně, 31 respondentů (30,10 %) omezují trochu a 60 respondentů (58,25 %) neomezují vůbec. Štolfová (2019) uvedla, že 7 respondentů (7 %) zvolilo odpověď, že jsou v středně namáhavých činnostech omezeni hodně, 40 respondentů (40 %) trochu a zbylých 53 respondentů (53 %) nejsou vůbec. Když srovnáme výsledky, vychází, že lišíme pouze mírně. Při zvedání nebo nošení běžného nákupu pociťuje omezení 6 respondentů (5,83 %), 20 respondentů (19,42 %) omezují tyto aktivity trochu a 77 respondentů (74,75 %) uvedlo, že je neomezují vůbec. V této podotázce se naše výsledky velice shodují s výzkumem Štolfové (2019). Ta uvedla, že omezeno hodně je 9 respondentů (9 %), lišíme se tedy o 3 tázané (2,91 %), 21 respondentů (21 %) pouze trochu, lišíme se pouze o 1 tázaného (0,97 %) a 70 (70 %) není omezeno vůbec, zde se lišíme o 7 tázaných (6,80 %). Vyjít po schodech několik pater omezuje hodně 12 respondentů (11,65 %), 19 respondentů (18,45 %) omezuje pouze trochu a 72 respondentů (69,90 %) uvedlo, že je tato aktivita neomezuje vůbec. Co se týká vyjít po schodech jedno patro, to pacienty hodně neomezuje, akorát 14 respondentů (13,59 %) uvedlo, že je tato aktivita omezuje trochu. V porovnání výzkumných otázek týkajících se vyjít po schodech několik pater nebo jedno patro je hned na pohled zřejmé, že naši respondenti v těchto aktivitách nepociťují takové omezení, jako respondenti z výzkumu Štolfové (2019). Její respondenti uvedli, že při vyjítí po schodech několik pater je omezeno hodně 19 respondentů (19 %), trochu 35 tázaných (35 %) a vůbec 46 (46 %). Při vyjítí jednoho patra je omezeno hodně 6 respondentů (6 %), trochu omezeno 26 respondentů (26 %) a vůbec 68 tázaných (68 %). Při aktivitách jako je předklon, shýbání a poklek odpověděli pouze 4 respondenti (3,88 %), že jsou omezeni hodně, 22 respondentů (21,36 %) omezuje trochu

a 85 respondentů (74,76 %) neomezuje vůbec. U porovnání šesté podotázky, jsou výsledky poměrně podobné, Štolfové u této výzkumné otázky vyšlo, že 7 respondentů (7 %) je omezeno hodně, 25 respondentů (25 %) pociťuje omezení pouze trochu a zbylých 68 respondentů (68 %) není omezeno vůbec. Musíme brát samozřejmě v úvahu, že v našem výzkumu máme o 3 respondenty více. Při chůzi na jeden kilometr uvedlo 12 respondentů (11,65 %), že jsou omezeni hodně, zbytek již není touto aktivitou tolik omezen. Zde jsme se ve výzkumu shodli hlavně při odpovědi, že jsou respondenti omezeni hodně, nám i Štolfové (2019) odpovědělo 12 tázaných (12 %). Dále Štolfové odpovědělo 28 respondentů (28 %), že jsou omezeni trochu a 60 vůbec (60 %). Opět se cítili naši respondenti méně omezeni. Zbytek otázek na aktivity jako je chůze po ulici několik set metrů, chůze po ulici sto metrů a koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci, respondenty už tolik neomezuje, stejně jako ve výzkumu Štolfové (2019).

Vychází tedy, že naše respondenty zdraví omezuje v činnostech během dne přeci jen o trochu méně, než respondenty kterých se tázala ve své práci Štolfova (2019).

Otázka č. 6 se skládá ze čtyř podotázek. Podotázky byly zaměřeny na problémy, které se objevily v posledních 4 týdnech při práci nebo běžné denní činnosti. Respondenti na tyto otázky odpovídali ano nebo ne. Po zhlednutí všech čtyř otázek lze vyčíslit, že větší převahu měla odpověď ne. 33 respondentů (32,04 %) uvedlo, že se jim čas kvůli zdravotním potížím zkrátil, naopak 70 respondentů (67,96 %) uvedlo, že se jim čas nezkrátil. 39 respondentů (37,76 %) uvedlo, že udělali méně práce, než chtěli. 64 respondentů (62,14 %) neudělal méně práce. 17 respondentů (16,50 %) bylo při určité práci omezeno z důvodu zdravotních potíží, ale 86 respondentů (83,50 %) nebylo při práci kvůli zdraví omezeno. Potíže při práci nebo jiných činnostech uvedlo 25 respondentů (24,27 %) a 78 respondentů (35,73 %) bylo bez potíží.

I tuto otázku jsme porovnali s výzkumem Štolfové (2019). Stejně jako v našem výzkumu, tak i zde převládala více odpověď ne. V první podotázce, která se týkala ztráty času věnovaného práci nebo jiné činnosti z důvodu zdravotních potíží, vyšla absolutní shoda. Odpověď ano zvolilo 30 respondentů (30 %) a ne 70 respondentů (70 %). V druhé podotázce jestli tázaní udělali z důvodu nemoci méně, než chtěli, se odpovědi respondentů v práci naší a Štolfové (2019) lišili. U Štolfové uvedlo 46 respondentů (46 %), že udělali méně, než chtěli. Naopak 54 tázaných (54 %) udělalo tolik, kolik chtělo. Ve zbylých podotázkách se nadále lišíme. Třetí podotázka se týkala omezení při práci nebo jiné činnosti a čtvrtá zjišťovala, zda mají respondenti kvůli svému zdraví potíže při práci nebo jiných činnostech. Omezení při práci ve výzkumu Štolfové uvedlo 30 respondentů (30 %), naopak 70 bylo bez omezení. Potíže při práci pocítilo o pár respondentů více a to 38 (38 %), bez potíží bylo 62 respondentů (62 %). Lze tedy říct, že jsem se ve výzkumu v některých otázkách buď o více, nebo méně respondentů lišili. K absolutní shodě došlo pouze v první podotázce.

Janišová (2017) se ve svém výzkumu věnovala zdravotníkům, kteří mají onemocnění štítné žlázy. Ve svém dotazníkovém šetření se ptala právě těchto lidí, zda je omezuje toto onemocnění v práci (tedy ve fyzické oblasti). 70 respondentů (66 %) uvedlo odpověď ne, 25 respondentů (23,6 %), že nepociťují omezení při práci. 11 respondentů (10,4 %) neví, zda je jejich onemocnění při práci omezuje.

Dle našeho dotazníkového šetření nemá onemocnění štítné žlázy velký dopad na život pacienta ve fyzické oblasti. Většina tázaných uváděla kladné odpovědi, pouze při usilovné činnosti více respondentů pocítilo větší omezení. I ve výzkumu Janišové (2017) vyšlo, že zdravotnický personál

onemocnění při jejich práci neomezuje. V porovnání s výzkumem Štolfové (2019) více respondentů uvedlo omezení v některých z činností, kdy byla odlišnost od našeho výzkumu větší, menší, ale i minimální. Však i přes odlišné odpovědi lze říct, že většina dotazovaných nebyla omezena v práci nebo denních činnostech.

Druhá výzkumná otázka: Mají pacienti s onemocněním štítné žlázy problémy v psychické oblasti?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 7, 8, 11.

Otázka č. 7 obsahovala 3 podotázky, kde jsme se respondentů tázali, zda je jejich emocionální potíže omezovaly při práci nebo při běžných denních činnostech v posledních 4 týdnech. 21 respondentů (20,39 %) uvedlo, že u nich došlo ke ztrátě času, který věnovali práci a jiným činnostem. Naopak 82 respondentů (79,61 %) neztratilo čas, který práci věnovali. 33 respondentů (32,04 %) udělalo méně práce, než chtělo z důvodu emocionálních potíží. 70 respondentů (67,96 %) neudělalo méně práce, než chtěli. Sníženou pozornost z důvodu emocionálních potíží uvedlo 24 respondentů (23,30 %) a 79 respondentů (76,70 %) odpovědělo, že neměli problém s pozorností.

V porovnání s výzkumem Štolfové (2019) se nejvíce shodujeme v podotázce zaměřené na ztrátu času věnované práci nebo jiné činnosti, kde 26 respondentů (26 %) uvedlo, že ztratili dobu pro práci. 74 respondentů (74 %) se doba pro práci nezkrátila. Zde jsme si byli výsledky nejbližší podobní. V dalších podotázkách se rozchází naše výsledky více. Sice převažují stejně jako v našem výzkumu odpovědi ne, ale ve výzkumu Štolfové (2019) je více respondentů, kteří zvolili odpověď ano, než u našich respondentů. Méně práce, než chtělo v posledních 4 týdnech, udělalo 41 respondentů (41 %) z důvodu emocionálních potíží. Avšak 59 respondentů (59 %) emocionální potíže v tomto směru neovlivnili. Sníženou pozornost mělo 34 respondentů (34 %). 66 respondentů (66 %) pokles pozornosti kvůli emocionálním potížím nemělo.

Otázka č. 8 byla zaměřena na to, do jaké míry bránily emocionální potíže respondenty ve společenském životě v rodině, mezi přáteli, sousedy anebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech. 44 respondentů (42,72 %) uvedlo, že nebyli vůbec omezeni. 34 respondentů (33,01 %) bylo omezeno trochu. Mírné omezení pocítilo 19 respondentů (18,45 %) a 6 respondentů (5,82 %) uvedlo, že bylo ve společenském životě omezeno poměrně dost. Štolfová (2019) zjistila, že 48 respondentům (48 %) vůbec nebránili zdravotní nebo emocionální potíže ve společenském životě, 28 respondentům (28 %) bránily trochu. U 6 respondentů (6 %) bránily tyto potíže trochu, 16 respondentům (16 %) poměrně dost a velmi silně u 2 respondentů (2 %).

V otázce č. 11 respondenti odpovídali na otázky týkající se jejich pocitů v posledních 4 týdnech. 2 respondenti (1,94 %) uvedli, že měli pocit elánu pořád. 26 respondentů (25,24 %) mělo elán většinou. 20 respondentů (19,42 %) uvedlo odpověď dost často. Elán pociťovalo občas 44 respondentů (42,72 %) a málokdy 11 (10,68 %) z dotazovaných. Nervozitu vnímali 4 respondenti (3,88 %). Dost často cítilo nervozitu 14 respondentů (13,59 %). 43 respondentů (41,75 %) uvedlo, že byli nervózní občas a 30 respondentů (29,13 %) málokdy. 12 respondentů (11,65 %) uvedlo, že nikdy. Depresi, kdy nešlo respondenty rozveselit, cítilo 10 respondentů (9,71 %) dost často. 34 respondentů (33,01 %) uvedlo občas. Málokdy mělo takovou depresi 40 respondentů (38,83 %) a 19 respondentů (18,45 %) nepocítili nikdy takovou depresi. Klid a pohodu za poslední 4 týdny pociťovali 2 respondenti (1,94 %), většinou 30 respondentů

(29,12 %), dost často uvedlo 32 respondentů (31,07 %), Občas pociťovalo klid a pohodu 31 respondentů (30,10 %), málokdy uvedlo 8 respondentů (7,77 %). Žádný z respondentů neuvedl odpověď nikdy. Pocit dostatku energie měli pořád 4 respondenti (3,88 %). Většinou pociťovalo dostatek energie 26 respondentů (25,25 %) a dost často 16 respondentů (15,53 %). 47 respondentů (45,63 %) uvedlo, že mělo pocit energie občas a málokdy 10 respondentů (9,71 %). Pocit pesimismu a smutku v posledních 4 týdnech mělo 15 respondentů (14,56 %) dost často a občas 42 respondentů (40,78 %). U 32 respondentů (31,07 %) se takové pocity objevili málokdy a 14 respondentů (13,59 %) netrpělo těmito pocity nikdy. Pocitem vyčerpáním netrpěl žádný z respondentů pořád. Většinou cítilo vyčerpání 7 respondentů (6,80 %) a 16 respondentů (15,53 %) dost často. Občas uvedlo 49 respondentů (47,57 %) a málokdy 26 respondentů (25,25 %). Nikdy netrpělo pocitem vyčerpání 5 respondentů (4,85 %). Pocit štěstí pořád měli 4 respondenti (3,88 %) v posledních 4 týdnech. Šťastných většinou bylo 20 respondentů (19,42 %) a dost často 21 respondentů (20,39 %). Občas pocit štěstí uvedlo 45 respondentů (43,69 %) a málokdy 12 respondentů (11,65 %). Nikdy se necítil šťastný v posledních 4 týdnech jen 1 (0,97 %) z našich respondentů. Pocit únavy v posledních 4 týdnech mělo většinou 9 respondentů (8,74 %) a dost často 14 respondentů (13,59 %). Nejvíce respondentů tedy 60 (58,25 %) uvedlo odpověď občas. 13 respondentů (12,26 %) zvolilo odpověď málokdy a zbylých 7 respondentů (6,80 %) nemělo pocit únavy nikdy.

Benáková (2011) zjišťovala, jak pacienti s maligními onemocněními štítné žlázy zažívají negativní emoce (úzkosti, deprese, napětí) oproti pacientům s uzlovou strumou. Víme totiž, že u hypofunkce štítné žlázy, vlivem nedostatku hormonů, často dochází k ovlivnění nálady a snižuje se emoční prožívání. U pacientů s maligním onemocněním ŠŽ dochází k psychické náročnosti z důvodu zjištění onkologické diagnózy, proto u těchto pacientů dochází víc k depresím, úzkostem a dalším změnám nálady. Z výzkumu, kde se Benáková ptala na pocit obav, napětí, podráždění a deprese vyšlo, že velkými depresemi trpí více lidí s karcinomem štítné žlázy, přesněji 26 % a s nodózní strumou 7 %. Z celku této otázky vychází, že převažuje pacientů, kteří měli depresi pouze trochu anebo vůbec.

V porovnání s dopadem onemocnění štítné žlázy na fyzickou oblast, je více postižena oblast psychická.

Třetí výzkumná otázka: Vnímají pacienti své zdraví s tímto onemocněním za celkově dobré?

K třetí výzkumné otázce se vztahuje v dotazníku otázka č. 3, kde respondenti hodnotili své zdraví. 2 respondenti (1,94 %) zhodnotili své zdraví jako výtečné. Jako velmi dobré ohodnotilo své zdraví 28 respondentů (27,18 %). 42 respondentů (40,78 %) uvedlo, že je jejich zdraví dobré. Jako docela dobré zvolilo odpověď 29 respondentů (28,16 %). 2 respondenti (1,94 %) pociťují své zdraví jako špatné. V porovnání s bakalářskou prací Štolfové (2019) jsou výsledky při hodnocení svého zdraví dosti podobné. Velmi podobný výsledek se objevil u odpovědi, kdy 40 respondentů uvedlo, že vnímají své zdraví jako dobré. Dále Štolfová (2019) uvedla, že 22 respondentů hodnotilo své zdraví, jako velmi dobré a 25 respondentů jako docela dobré. V těchto odpovědích se naši respondenti až tak moc nelišili. Malá odlišnost byla však v hodnocení zdraví, jako výtečné nebo naopak špatné. Ve výzkumu Štolfové uvedlo 6 respondentů své zdraví za výtečné a 7 respondentů zvolilo odpověď špatné. Lze tedy říct, že velká shoda vznikla v hodnocení respondentů, kteří vnímají své zdraví jako dobré.

Naším výzkumem jsme zjistili, že většina pacientů hodnotí své zdraví jako dobré. Pouze 2 respondenti (1,94 %) uvedli, že je jejich zdraví špatné. Z výzkumu tedy vyplývá, že pacienti vnímají své zdraví za celkově dobré.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Protože onemocnění štítné žlázy v populaci stále narůstá, je velice důležité dostávat toto onemocnění do podvědomí a rozšiřovat informace nejen u pacientů, ale i u široké veřejnosti. Důležitou součástí je prevence. Nesmíme zapomínat, že štítná žláza je pro naše tělo jeden z nejdůležitějších orgánů, který ovlivňuje funkce v našem organismus. Aby naše štítná žláza dobře fungovala a nedošlo k jejímu poškození, je důležitý pravidelný přísun jódu, který doplníme stravou. Zdrojem jódu jsou mořské ryby, vejce, zelenina jako je třeba brokolice, květák nebo pórek, ale také v minerální vodě. Je tedy důležité myslet na svůj jídelníček. Jak už jsme v naší práci zmínili, onemocnění štítné žlázy z důvodu nedostatku jódu zmírnilo opatření, kterým byla jodizace soli, a to hlavně u nás, ale celosvětové statistiky stále upozorňují na jeho nedostatek. Nesmíme v prevenci zapomínat na budoucí maminky, u kterých je přísun jódu a zdravá štítná žláza velice důležitá, nejen pro ně, ale i pro jejich plod. Jako další prevence pro všechny se často uvádí zdravý životní styl (nekouřit, nepít tolik alkoholu), odpočinek a omezení stresu.

Na co bychom neměli zapomínat, je včasná diagnostika, proto jsou důležité nejen pravidelné kontroly, ale také domácí samovyšetření. Včasnou diagnostikou stejně jako u jiných onemocnění odhalíme onemocnění včas, zahájíme léčbu a léčba může být díky brzkému zachycení méně náročná. Často nám kvalita našeho zdraví ukáže, jak moc a hlavně dobře o sebe dokážeme pečovat. Pokud se o sebe až tak nestaráme, nevnímáme varovné signály prvních symptomů, můžeme tak opomenout na první nenápadné příznaky onemocnění štítné žlázy. Mezi první signály může patřit zhoršená pleť, zhoršená kvalita nehtů a vlasů. Doporučuje se již zmíněné domácí samovyšetření, kdy si člověk sám může prohmatat krk v oblasti štítné žlázy, většinou nahmatáme zvětšení v oblasti štítné žlázy nebo uzly. Při objevení nějaké bulky, uzlů, zvětšení či asymetrie je dobré navštívit lékaře.

S onemocněním štítné žlázy nesmíme zapomínat na pravidelné docházení do endokrinologické ambulance, kam chodí nemocní na pravidelné kontrolní odběry krve, kde lékař sleduje hladinu hormonů štítné žlázy. Pokud jsou pacienti pravidelně sledováni a dodržují léčbu, kterou lékař zvolil, zlepší se jejich kvalita zdraví i života. Pacienti by měli být svým lékařem edukováni, ať už slovně nebo ve formě edukačních materiálů např. letáky. Velmi důležité je dodržovat užívání léků. Na to lékaři kladou velký zřetel a dávku léků upravují na základě hladiny hormonů ŠŽ v krvi.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak onemocnění štítné žlázy ovlivňuje kvalitu života pacientů s tímto onemocněním. V teoretické části byla popsána charakteristika onemocnění, příznaky, projevy, možnosti léčby, ošetrovatelská péče a popsány druhy onemocnění štítné žlázy.

Ve výzkumné části jsme si na základě zvoleného cíle stanovili tři výzkumné otázky. Na úvod praktické části nechybí metodika výzkumu, charakteristika vzorku respondentů, popis průběhu výzkumu a způsob jakým jsme zpracovali data. Zjištění potřebných informací a určení odpovědí na výzkumné otázky jsme provedli pomocí dotazníkového šetření. Vybrali jsme si standardizovaný dotazník SF-36 (Short Form – 36 dotazník kvality života). Výsledky jsou znázorněny v grafech. Pod grafy jsou výsledky slovně popsány. V diskuzi jsou uvedeny odpovědi na všechny tři výzkumné otázky společně s porovnáním s jinými pracemi.

První výzkumná otázka měla za úkol zjistit, jaký dopad má onemocnění štítné žlázy na života pacienta ve fyzické oblasti. Z odpovědí našich respondentů jsme se dozvěděli, že cítí omezení při usilovné činnosti (běh, zvedání těžkých předmětů, náročný sport) a trochu i při středně namáhavé činnosti (luxování, jízda na kole). V denních činnostech například jako je nošení nákupu, chůze do několika pater, shýbání nebo krátkodobá chůze necítí znační část respondentů žádné omezení. Většina respondentů nebyla pracovně omezena ani vlivem bolesti, pouze 8 % respondentů uvedlo, že v posledních 4 týdnech bylo omezeno poměrně dost. Lze tedy říct, že onemocnění štítné žlázy pacienty ve fyzické oblasti ve většině denních činností neomezuje vůbec, pouze při namáhavějších činnostech.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, zda mají pacienti s onemocněním štítné žlázy problémy v psychické oblasti. Více jak polovina respondentů uvedla, že jim jejich emocionální potíže nebránily při práci nebo běžné denní činnosti. Při otázkách týkajících se pocitů nemocných se při pocitech nervozity, pesimismu, vyčerpání a únavy objevovala nejvíce odpověď občas. Pocit pesimismu a smutku mělo občas 41 % respondentů a dost často 15 %. Pocity únavy měla občas více jak polovina respondentů 58 %. Téměř 41 % respondentů bránily občas emocionální nebo zdravotní potíže ve společenském životě. U většiny respondentů tedy dochází k ovlivnění v psychické oblasti. U některých však v minimálním množství.

Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, jestli vnímají pacienti své zdraví s tímto onemocněním za celkově dobré. 41 % respondentů hodnotí své zdraví jako dobré. Více jak přes polovinu respondentů tedy 66 % uvedlo, že se srovnáním před rokem hodnotí své zdraví jako přibližně stejné. 4 % respondentů očekává, že se jejich zdraví určitě zhorší. 43 % tázaných uvedlo, že jejich zdraví je určitě nebo většinou perfektní.

Zjistili jsme tedy pomocí našeho výzkumu, že onemocnění štítné žlázy má u pacientů dopad na fyzickou oblast pouze při usilovné činnosti, v některých případech i v středně namáhavé, ale jinak nejsou většinou v běžných činnostech omezeni. Více ovlivňuje pacienty onemocnění v psychické oblasti, co se týká pocitů nervozity, pesimismu nebo únavy. Většina pacientů vnímá své zdraví jako dobré. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života pacientů s onemocněním štítné žlázy, cíl byl splněn.

Bakalářská práce mi pomohla prohloubit znalosti o onemocnění štítné žlázy a také mi pomohlo naučit se více pracovat s odbornou literaturou.

Seznam použité literatury

- AL TAJI, Eva a Olga HNÍKOVÁ. Tyreopatie v dětství a adolescenci. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, 134-137 [cit. 2023-02-18]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/03/04.pdf>
- AMERICAN THYROID ASSOCIATION. Thyroid Surgery [online]. 2017, 2017, 1 [cit. 2023-02-18]. Dostupné z: <http://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/ThyroidSurgery.pdf>
- BENÁKOVÁ, Miluše. *Kvalita života pacienta s karcinomem štítné žlázy* [online]. Hradec Králové, 2011 [cit. 2023-04-16]. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy Hradec Králové. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/110176>.
- DŽUKA, J. Kvalita života a subjektivní pohoda – teorie a modely, podobnost a rozdíly. In *Psychologické dimenze kvality života*. Prešov. Ed. J. Džuka. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2004.
- FILÁKOVÁ, Naděžda. Štítná žláza u dětí. *Vox pediatrica*. 2013, roč. 13, č. 10, s. 20-21. ISSN 1213-2241. Dostupné také z: http://www.detskylekar.cz/files/show-node-file?attachment_id=6775&node_id=18373
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JANIŠOVÁ, Denisa. *Míra výskytu onemocnění štítné žlázy u zdravotnických povolání* [online]. Jihlava, 2017 [cit. 2023-04-10]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/48831/thema/5345>.
- JISKRA, Jan. Akutní stavy v tyreologii. *Kardiologická revue – Interní medicína*. 2015, roč. 17, č. 2, s. 172-177. ISSN 2336-288x. Dostupné také z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2015-2/akutni-stavy-v-tyreologii-52121>
- JISKRA, Jan. Poruchy štítné žlázy: Praktický přehled nejen pro laickou veřejnost. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3301-5.
- KOSTIUK, Pavel. Chronický stres, štítná žláza a imunita. *Biotherapeutics*. 2018, č. 1, s. 10-12. ISSN 1805-1057. Dostupné také z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory//casopisy/BT%201-2018/10%20Stres.pdf>
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001
- LIBOVÁ, Ľubica, Hilda BALKOVÁ a Monika JANKECHOVÁ. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing, 2019, 168 s. ISBN 978-80-271-2466-4.
- LÍMANOVÁ, Zdeňka. Štítná žláza a gravidita – souhrn důležitých poznatků. *Vnitřní lékařství*. 2015, roč. 61, č. 10, s. 862-887. ISSN 0042-773X. Dostupné také z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2015/10/06.pdf>

- MANDINCOVÁ, Petra. Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 123 s. ISBN 978-80-247-3811-6.
- RIEGER, Berndt. Štítná žláza: rovnováha pro tělo a duši. Vydání první. Praha: Euromedia, 2019. 182 s. ISBN 978-80-7549-912-7.
- SALAJKA, František. Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1306-3.
- SABÓ, Marcela. Štítná žláza a diabetes mellitus z pohledu diabetologa. *Medicina pro praxi* [online]. 2013, (10/2), 3 [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/02/03.pdf>
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetrovatelství v chirurgii I: přepracované a doplňkové vydání. 2. vydání. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-2900-8.
- ŠARAPATKOVÁ, Hana. Záněty štítné žlázy. *Medicina pro praxi*. 2013, roč. 10, č. 8-9, s. 291-293. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: [med_8,9_13.indd](#) (medicinapropraxi.cz)
- ŠTOLFOVÁ, Pavla. *Kvalita života pacienta s onemocněním štítné žlázy* [online]. Jihlava, 2019 [cit. 2023-04-10]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <http://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/53391/thema/7230>.
- VLČEK, Petr a Dana NOVÁKOVÁ. Karcinomy štítné žlázy – současné léčebné postupy. *Vnitřní lékařství*. 2016, roč. 62, Suppl 3, s. 115-120. ISSN 0042-773X. Dostupné také z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2016/90/22.pdf>
- VLČEK, Petr. Novinky v léčbě karcinomu štítné žlázy – pohled endokrinologa. *Onkologie*. 2020, roč. 14, č. 4, s. 182-186. ISSN 1802-4475. Dostupné také z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2020/04/08.pdf>
- ZAMRAZIL, Václav. Kožní změny u onemocnění štítné žlázy. *Česká dermatovenerologie*. 2013, roč. 3, č. 2, s. 103-105. ISSN 1805-0611. Dostupné také z: <https://docplayer.cz/1931675-Ceska-dermatovenerologie.html>
- ZAMRAZIL, Václav. Onemocnění štítné žlázy v klinické praxi. *Medical tribune*. 2012, roč. 8, č. 20, s. C3. ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <https://www.tribune.cz/archiv/onemocneni-stitne-zlazy-v-klinicke-praxi/>
- ZAMRAZIL, Václav. Diabetes a štítná žláza. 1. vyd. Praha: Medica Healthworld, 2012. 30 s. ISBN 978-80-904002-8-3.

Přílohy

Příloha A Dotazník

Příloha B.1 Žádost o umožnění výzkumného šetření v Nemocnici Havlíčkův Brod

Příloha B.2 Žádost o umožnění výzkumného šetření v Endokrinologické ambulanci Chotěboř

Příloha A

Vážená(ý) paní, pane,

jmenuji se Kateřina Ivanická a jsem studentkou VŠPJ Jihlava, obor všeobecná sestra. Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma: „Kvalita života pacientů s onemocněním štítné žlázy“. Z důvodu zjištění potřebných informací se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku, týkající se právě této problematiky. Dotazník je anonymní a veškeré informace budou použity pro vytvoření mé bakalářské práce. Prosím o zaškrtnutí pouze jedné Vámi zvolené odpovědi. Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

1. Pohlaví:

☐ žena ☐ muž

2. Věk:

☐ 19 – 28 ☐ 49 – 58
☐ 29 – 38 ☐ 59 – 68
☐ 39 – 48 ☐ 69 a více

3. Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

výtečné	velmi dobré	Dobré	docela dobré	špatné
☐	☐	☐	☐	☐

4. Jak byste hodnotil/a své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

Mnohem lepší než před rokem ☐
Poněkud lepší než před rokem ☐
Přibližně stejné jako před rokem ☐
Poněkud horší než před rokem ☐
Mnohem horší než před rokem ☐

5. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a) usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	☐	☐	☐
b) středně namáhavé činnosti jako je posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	☐	☐	☐
c) zvedání nebo nošení běžného nákupu	☐	☐	☐
d) vyjít po schodech několik pater	☐	☐	☐
e) vyjít po schodech jedno patro	☐	☐	☐
f) předklon, shýbání, poklek	☐	☐	☐
g) chůze asi jeden kilometr	☐	☐	☐
h) chůze po ulici několik set metrů	☐	☐	☐
i) chůze po ulici sto metrů	☐	☐	☐
j) koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	☐	☐	☐

6. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

	ANO	NE
a) Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	☐	☐
b) Udělal/a jste méně, než jste chtěl/a?	☐	☐
c) Byl/a jste omezen/a v druhu práce nebo jiných činností?	☐	☐
d) Měl/a jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např. jste musel/a vynaložit zvláštní úsilí)?	☐	☐

7. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese či úzkosti)?

	ANO	NE
a) Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	☐	☐
b) Udělal/a jste méně, než jste chtěl/a?	☐	☐
c) Byl/a jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný/á než obvykle?	☐	☐

8. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?

vůbec ne	trochu	mírně	poměrně dost	velmi silně
☐	☐	☐	☐	☐

9. Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?

žádné	velmi mírné	mírné	střední	silné	velmi silné
☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

vůbec ne	trochu	mírně	poměrně dost	velmi silně
☐	☐	☐	☐	☐

11. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech.

U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.

Jak často v posledních 4 týdnech...

	pořád	většinou	dost často	občas	málokdy	nikdy
a) jste se cítil/a pln/a elánu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) jste byl/a velmi nervózní?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) jste pociťoval/a klid a pohodu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) jste byl/a pln/a energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f) jste pociťoval/a pesimismus a smutek?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g) jste se cítil/a vyčerpán/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h) jste byl/a šťastný/á?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i) jste se cítil/a unaven/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

pořád	většinu času	občas	málokdy	nikdy
☐	☐	☐	☐	☐

13. Zvolte, prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

	určitě ano	většinou ano	nejsem si jist	většinou ne	určitě ne
a) zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než ostatní lidé	☐	☐	☐	☐	☐
b) jsem stejně zdrav/a jako kdokoliv jiný	☐	☐	☐	☐	☐
c) očekávám, že se mé zdraví zhorší	☐	☐	☐	☐	☐
d) mé zdraví je perfektní	☐	☐	☐	☐	☐

Příloha B.1.

Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.

Husova 2624

580 01 Havlíčkův Brod

Žádost o umožnění dotazníkového šetření v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

Vážená paní náměstkyně,

Obracím se na Vás s prosbou o povolení dotazníkového šetření, které bych chtěla uskutečnit v Nemocnici Havlíčkův Brod, k účelu vypracování mé bakalářské práce na téma Kvalita života u pacientů s onemocněním štítné žlázy. Zavazuji se zachováním mlčenlivosti a veškeré získané informace budu využívat pouze k vypracování své bakalářské práce. Použité dotazníky budou anonymní.

Děkuji za Vaše vyjádření

Kateřina Ivanická

Student Prezenční formy studia, všeobecná sestra

Vysoká škola Polytechnická Jihlava

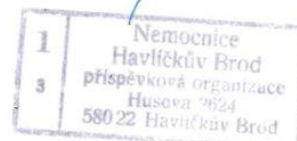
.....
Vyjádření:

- ☒ souhlasím
- ☐ nesouhlasím

Dne 9/11 2022

Razítko:

Lada Nováková
PhDr. Lada Nováková, Ph.D.



Příloha B.2.

M centrum Chotěboř

Endokrinologie Vysočina s.r.o

Legii 1851, 583 01 Chotěboř

Žádost o umožnění dotazníkového šetření v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

Vážená paní doktorko,

Obracím se na Vás s prosbou o povolení dotazníkového šetření, které bych chtěla uskutečnit k účelu vypracování mé bakalářské práce na téma Kvalita života u pacientů s onemocněním štítné žlázy. Zavazuji se zachováním mlčenlivosti a veškeré získané informace budu využívat pouze k vypracování své bakalářské práce. Použité dotazníky budou anonymní.

Děkuji za Vaše vyjádření

Kateřina Ivanická

Student Prezenční formy studia, všeobecná sestra

Vysoká škola Polytechnická Jihlava

Vyjádření:

- ☒ souhlasím
- ☐ nesouhlasím

Dne 19. 12. 2022

MUDr. Mgr. Sylvie Špitálníková Ph.D.

Razítko:

