

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO LÉČBĚ KARCINOMU
ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Bakalářská práce

Autor práce: Hana Komínková

Vedoucí práce: Mgr. Silvie Štěpánková

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Hana Komínková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Kvalita života pacientů po léčbě karcinomu štítné žlázy
Vedoucí práce:	Mgr. Silvie Štěpánková
Cíl práce:	Zjistit kvalitu života pacientů po léčbě karcinomu štítné žlázy.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života pacientů po léčbě karcinomu štítné žlázy. Za cíl si stanovuje zodpovězení tří výzkumných otázek vztahujících se k sebepéči, psychickému stavu a společenskému kontaktu pacientů. V první části jsou předloženy teoretické základy léčby tohoto onemocnění a hodnocení kvality života. V empirické části byla kvalitativní metodou pomocí rozhovoru s respondenty získána data u 4 pacientů. Ze získaných dat byly vyvozeny závěry, z nichž vyplývá, že schopnost sebepéče nemusí být u těchto pacientů omezena, na rozdíl od psychického stavu a společenského kontaktu, které jsou onemocněním a následnou léčbou poznamenány. Na závěr práce jsou navržena konkrétní opatření, která by mohla zmírnit zatížení pacientů po léčbě.

Klíčová slova

karcinom; kvalita života; onkologická léčba; štítná žláza

Abstract

The bachelor's thesis addresses the quality of life of patients after treatment of thyroid cancer. It aims to answer three research questions related to self-care, psychological state, and social contact of patients. In the first part, the theoretical fundamentals of the treatment of this disease and the assessment of quality of life are presented. In the empirical part, data were collected from 4 patients using a qualitative method by interviewing the respondents. The collected data were used to draw conclusions suggesting that the ability to self-care may not be limited in these patients, in contrast to psychological status and social contact, which are affected by the disease and subsequent treatment. The paper concludes by suggesting specific measures that could relieve patients' difficulties after treatment.

Keywords

cancer; cancer treatment; quality of life; thyroid gland

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila 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**“).

Byla jsem seznámena 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 pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, 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 vědoma 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 jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 18. dubna 2024

.....

Podpis studentky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Silvii Štěpánkové za vedení, trpělivost a čas, který mně věnovala. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Luboši Boučkovi za odborné rady, které mně poskytl v souvislosti s onemocněním karcinomu štítné žlázy. V neposlední řadě musím poděkovat respondentům, kteří se zúčastnili kvalitativního výzkumu a byli ochotni odpovídat na otázky. Moje poděkování patří také rodině za trpělivost a vstřícnost, kterou se mnou měli.

Obsah

Seznam tabulek.....	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod.....	10
Motivace.....	11
1 Teoretická část.....	12
1.1 Kvalita života.....	12
1.1.1 Modely a hodnocení kvality života.....	13
1.2 Štítná žláza (glandula thyreoidea).....	14
1.2.1 Stavba štítné žlázy.....	14
1.2.2 Funkce štítné žlázy.....	14
1.2.3 Hormony štítné žlázy.....	15
1.3 Diagnostické metody.....	15
1.3.1 Fyzikální vyšetření.....	15
1.3.2 Laboratorní vyšetření.....	16
1.3.3 Sonografie krku.....	16
1.3.4 Scintigrafie (funkční vyšetření).....	16
1.3.5 Počítačová tomografie.....	16
1.3.6 Nukleární magnetická rezonance.....	17
1.3.7 RTG vyšetření.....	17
1.3.8 Pozitronová emisní tomografie.....	17
1.3.9 Tenkojehlová biopsie.....	17
1.4 Nádory štítné žlázy.....	17
1.4.1 Incidence karcinomu štítné žlázy.....	17
1.4.2 Rizikové faktory pro vznik nádorů štítné žlázy.....	18
1.4.3 Benigní nádory štítné žlázy.....	18
1.4.4 Maligní nádory štítné žlázy.....	19
1.4.5 TNM klasifikace.....	19
1.5 Léčba karcinomů štítné žlázy.....	20
1.5.1 Chirurgická léčba.....	20
1.5.2 Léčba radiojodem.....	20
1.5.3 Hormonální substituce.....	21
1.5.4 Chemoterapie.....	21
1.6 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.....	21
1.6.1 Bolest.....	21

1.6.2 Jistota a bezpečí.....	21
1.7 Péče o psychiku onkologicky nemocného.....	22
1.8 Fáze nádorového onemocnění podle příznaků.....	22
2 Praktická část.....	24
2.1 Kvantitativní versus kvalitativní výzkum.....	24
2.1.1 Kvantitativní výzkum.....	24
2.1.2 Kvalitativní výzkum.....	24
2.1.3 Smíšený výzkum.....	24
2.2 Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	25
2.3 Metodika výzkumu.....	25
2.4 Charakteristika vzorku respondentů.....	25
2.5 Průběh výzkumu.....	26
2.6 Zpracování získaných dat.....	27
2.7 Výsledky výzkumu.....	27
2.7.1 Respondent č. 1 (R1).....	27
2.7.2 Respondent č. 2 (R2).....	29
2.7.3 Respondent č. 3 (R3).....	31
2.7.4 Respondent č. 4 (R4).....	33
2.8 Analýza a interpretace výsledků.....	35
3 Diskuze.....	40
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	42
Závěr.....	43
Seznam použité literatury.....	44

Seznam tabulek

Tab. 1: Pohlaví respondentů.....	25
Tab. 2: Věk respondentů.....	25
Tab. 3: Rodinný stav respondentů.....	26
Tab. 4: Diagnóza respondentů.....	26
Tab. 5: Léčba respondentů.....	26
Tab. 6: Struktura rozhovoru.....	27
Tab. 7: Osobní hygiena.....	35
Tab. 8: Pohyb po domácnosti.....	35
Tab. 9: Úklid domácnosti.....	35
Tab. 10: Vaření.....	36
Tab. 11: Oblékání.....	36
Tab. 12: Nakupování.....	36
Tab. 13: Cestování dopravními prostředky.....	36
Tab. 14: Spánek.....	37
Tab. 15: Chůze do schodů.....	37
Tab. 16: Chůze.....	37
Tab. 17: Psychický stav.....	37
Tab. 18: Pocit štěstí.....	38
Tab. 19: Pesimismus a smutek vlivem nemoci.....	38
Tab. 20: Psychická únava vlivem nemoci.....	38
Tab. 21: Styk s rodinou a přáteli.....	38
Tab. 22: Komunikace s úřady.....	39
Tab. 23: Výlety s rodinou.....	39
Tab. 24: Zaměstnání.....	39
Tab. 25: Bolest.....	39

Seznam zkratek

CNS	centrální nervový systém
CT	výpočetní tomografie (<i>computed tomography</i>)
PET	pozitronová emisní tomografie
R	respondent
T3	trijodthyronin
T4	thyroxin (tetrajodthyronin)
TNM	klasifikace užívaná pro staging nádorů (tumor, nodus, metastázy)
TSH	thyreotropní hormon
USG	ultrazvukové vyšetření (ultrasonografie)
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava

Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života po léčbě karcinomu štítné žlázy. Toto téma bylo zvoleno na základě osobní zkušenosti s touto nemocí vzhledem k opakovanému výskytu v rodině autorky.

Další důvod se nabízí, neboť karcinom štítné žlázy má v naší populaci stoupající incidenci, a s tím souvisí dlouholetá praxe autorky na interní klinice, kde se s touto nemocí stále častěji setkává.

Ze strany autorky byl zájem tuto problematiku více prozkoumat a zjistit, jaká je kvalita života po léčbě karcinomu štítné žlázy. Důraz byl kladen na oblast každodenních činností, na sociální interakci a zda nemoc ovlivňuje psychiku nemocného.

Sběr dat probíhal formou rozhovorů v domácím prostředí respondentů.

Práce se skládá ze dvou částí. První část je část teoretická. Zde se zabýváme diagnostikou, léčbou, rizikovými faktory, ošetrovatelským procesem v péči o nemocného s diagnózou karcinom štítné žlázy a dotkneme se psychiky nemocného.

V empirické části se snažíme vysvětlit rozdíl mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem a jejich kombinaci. Pokračujeme analýzou dat, kde se snažíme srozumitelně vést rozhovory se čtyřmi respondenty a vše převést do jednoduchých tabulek pro větší přehlednost.

Poté následuje návrh řešení pro praxi, kde výzkum přináší několik poznatků, kterými, jak si trouláme tvrdit, kdyby se společnost řídila, zlepšila by se kvalita života po léčbě.

Motivace

Jak již bylo zmíněno v úvodu, toto téma jsem si zvolila z důvodu četnosti výskytu v naší rodině.

Z tohoto důvodu mně přišlo vhodné se o toto onemocnění více zajímat a pokusit se do něho podrobněji nahlédnout. Respondentům jsem vysvětlila, k jakému účelu rozhovory povedu a že se nemusí bát zneužití rozhovorů. Všichni respondenti souhlasili.

Abych získala co nejpodrobnější informace, rozhodla jsem se pro rozhovory v domácím prostředí respondentů, jelikož jsem se domnívala, že právě takový přístup bude vhodný za účelem budování důvěry mezi tazatelem a respondentem.

Nemůžeme také zapomínat na informovanost, o což jsem se také po každém rozhovoru snažila.

Jsem ráda, že jsem si toto téma zvolila a získala větší přehled o tomto tématu.

1 Teoretická část

1.1 Kvalita života

V praxi i teorii ošetrovatelství se stále častěji setkáváme s pojmem kvalita života. Nejčastějším objektem hodnocení je sám život. Kromě života jednotlivce můžeme hodnotit život skupin, společnosti nebo populace. Pojem kvalita života se v běžné populaci většinou pojí s pozitivním hodnocením (kvalitní ve smyslu dobrý). V odborném jazyce se kvalita života používá na popis pozitivních i negativních aspektů života. V literatuře se setkáváme se základním rozlišením – objektivní a subjektivní. Kvalita života se nedá definovat jako něco všeobecně závazného, je to pojem formální (Gurková 2011).

Člověk trpící nějakým typem chronického onemocnění vnímá kvalitu života o něco hůře, než člověk zdravý (Dvořáčková 2012).

Problematika kvality života se zkoumá zejména v medicíně, ošetrovatelství, sociologii, psychologii, pedagogice a příbuzných oborech. Koncept kvality života v jednotlivých vědních disciplínách získal své nezastupitelné místo. Jedním ze způsobů, jak objasnit pojem kvality života v ošetrovatelství je analyzovat vývoj jeho využití. V souvislosti s vývojem kvality života se uvádí tři metodologické přístupy k individuální kvalitě života: psychologický, sociologický a medicínský (Gurková 2011).

Výzkum kvality života byl v rámci zdravotní péče započat v sedmdesátých letech dvacátého století. Na počátku osmdesátých let byly nejčastěji používány generické nástroje měření zdravotního stavu. V souvislosti s kritikou generických nástrojů zdravotního stavu nastává tvorba nástrojů specifických. Jejich tvorba vzešla ze spolupráce zdravotnických profesionálů a odborníků z oblasti psychologie (Gurková 2011).

Celkové posouzení kvality života vychází z objektivních a subjektivních aspektů kvality života daného jedince. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků fyzického zdraví jednotlivce, zatímco subjektivní se týká jeho subjektivní pohody a spokojenosti se životem. V souvislosti s kvalitou života má také významnou úlohu proces adaptace. Zde máme vysvětlení, proč je důležité odděleně měřit subjektivní a objektivní kvalitu života. Díky adaptaci může být prožívání kvality života nezávislé od tělesných aspektů zdravotního stavu (Gurková 2011).

Měříme-li kvalitu života, často dochází k jejímu dělení na menší části, např. domény, dimenze a indikátory. Pro účely měření se nejčastěji užívají pojmy doména a indikátor. I když máme rozdílné definice, existuje shoda v tom, že kvalita života představuje soubor rozmanitých domén a jejich indikátorů (Gurková 2011).

V ošetrovatelství byly modely kvality života v převážné většině vytvořeny na základě kvalitativních výzkumů v populaci pacientů s onkologickými chorobami. V ošetrovatelské literatuře je kvalita života nejčastěji rozdělená do pěti domén: tělesná pohoda, psychická pohoda, sociální vztahy, somatické aspekty a spiritualita. Nejznámějším ošetrovatelským modelem je model Padilly a Granta (1985), který specifikuje vztahy mezi čtyřmi kategoriemi

proměnných: doménami kvality života, ošetrovatelskými intervencemi, kognitivně-emočními změnami a osobnostními charakteristikami (Gurková 2011).

Kvalita života v ošetrovatelství je nejčastěji definována prostřednictvím celkové životní spokojenosti. Specifickou charakteristikou posuzování kvality života v ošetrovatelství je perspektiva pacienta (Gurková 2011).

1.1.1 Modely a hodnocení kvality života

Pokud chceme hodnotit kvalitu života, musíme si pojmenovat účel hodnocení a určit populaci, u které bude kvalita života posuzována (diagnostická skupina, druh terapie). Také si musíme stanovit kritéria hodnocení. Využijeme modely, které nám pomůžou vymezit koncepty. Ty jsou logicky propojené s kvalitou života. Modely můžeme dle Gurkové (2011) rozdělit do čtyř kategorií:

1. Hierarchické, které strukturují kvalitu života.
2. Interakční, které znázorňují vztahy mezi kvalitou života a jejími determinanty.
3. Prediktivní, které jsou využitelné při srovnání kvality života pacientů.
4. Modely založené na významu, kde kvalita života je viděna z pohledu pacienta.

Dále můžeme rozlišit mezi celkovou kvalitou života (celková spokojenost se životem) a kvalitou života v jednotlivých oblastech (Gurková 2011).

Vycházíme-li z definice kvality života, můžeme konstatovat, že kvalita života je definována zejména jako subjektivní fenomén a zdravotní stav je vymezen jako prediktor kvality života. Kvalita života je nejčastěji spojována se spokojeností ve specifických oblastech života. Z toho důvodu bychom neměli zdravotní stav používat k měření kvality života (Gurková 2011).

Současné výzkumy ukazují, že kvalita života posuzována samotným pacientem je podstatně rozdílná od té, jakou u něho předpokládají zdravotníci nebo rodina. Zdravotničtí pracovníci kladou např. větší důraz na fyzické aspekty (Gurková 2011).

Často dochází k rozporu při výzkumu kvality, kdy nemocný své zdraví vnímá jinak než lékař, partner nebo příbuzný. Musíme si uvědomit, že i po léčbě mohou přetrvávat různé symptomy ovlivňující kvalitu života. Pacient se v některých oblastech života nemusí cítit jako dříve (Mandincová 2011).

Vzhledem k tomu, že o kvalitu života začíná být čím dál větší zájem, naskytá se možnost přehodnotit terapeutické metody v medicíně a zároveň nalézt novější metody pro lepší léčbu (Mühlpachr 2017).

Kvalita života je latentní proměnná. Na měření se používají indikátorové nebo kauzální proměnné. Tyto pojmy se používají především v rámci statistického strukturálního modelu vztahů (Gurková 2011).

Při měření kvality života by každý nástroj měl obsahovat tři základní prvky:

1. Oblasti, na které můžeme život rozdělit, např. rodinná.
2. Kritéria, na jejichž základech můžeme rozlišit vyšší a nižší úroveň kvality života.
3. Důležitost s rozlišením na vyšší a nižší (Gurková 2011).

Podle výše uvedeného jsou nástroje měření kvality života založené na modelu potřeb. Zároveň musíme zdůraznit skutečnost, že potřeby jsou nejdůležitější oblastí kvality života (Gurková 2011).

V ošetrovatelství a medicíně se ukazatel kvality života nejčastěji využívá při hodnocení efektivnosti léčby. Při tomto hodnocení si položíme otázky, jaké nástroje u pacientů s daným onemocněním můžeme použít a na jakém základě můžeme vybrat vhodný nástroj pro výzkum (Gurková 2011).

Při výběru vhodného nástroje měření kvality života musíme vycházet z těchto kritérií:

- obsah nástroje,
- cílová skupina,
- cíle a typ intervence,
- vlastnosti nástroje (Gurková 2011).

Závěrem musíme konstatovat, že definující znaky kvality života (vztah ke zdraví, kulturní zázemí) byly zakomponovány do mnohých modelů a teorií kvality života. Zachycení jedinečnosti lidské zkušenosti jako je kvalita života představuje výhodu nástrojů pro měření (Gurková 2011).

1.2 Štítná žláza (glandula thyroidea)

Štítná žláza patří mezi endokrinní žlázy, tj. žlázy s vnitřní sekrecí. Látky, které produkují, se nazývají hormony (Grim a Fejfar 2011).

1.2.1 Stavba štítné žlázy

Štítná žláza je uložena ve viscerálním oddílu krku, má pravý a levý lalok, které uprostřed spojuje můstek – istmus. Oba laloky mají hruškovitý tvar. Horní pól žlázy se nachází ve středu výšky štítné chrupavky. Nejčastější poloha istmu je mezi druhým a čtvrtým prstencem trachey (Zeman a Krška 2014).

Štítná žláza spolu s nadledvinou tvoří dva orgány, které jsou na poměrnou jednotku v těle, nejvíce zásobeny krví. Zajišťují to čtyři hlavní tepny – dvě arteriae thyroidea superiores a dvě arteriae thyroidea inferiores (Zeman a Krška 2014).

1.2.2 Funkce štítné žlázy

Úlohou štítné žlázy je tvorba hormonů thyroxinu (T4) a trijodthyroninu (T3) folikulárními buňkami a kalcitoninu parafolikulárními buňkami. Správná funkce štítné žlázy závisí na dostatku jodu v potravě a nepoškozená regulační činnost hypothalamo-hypofyzární osy (Zeman a Krška 2014).

Na aktivním transportu a vychytávání jodidu do folikulární buňky má hlavní podíl thyreotropní hormon (TSH) hypofýzy. TSH také ovlivňuje tvorbu hormonů štítné žlázy. Jedním z hlavních úkolů thyreoidních hormonů je vliv na syntézu proteinů, která je důležitá pro normální růst a vývoj organismu. Určité množství hormonu T3 je potřebné při sekreci růstového hormonu.

Thyroxin se uplatňuje při buněčném dýchání, ovlivňuje metabolismus a syntézy tuků. Thyreoidní hormon ovlivňuje kardiovaskulární systém (Zeman a Krška 2014).

Kromě výše uvedeného vyžadují určité množství thyreoidních hormonů všechny fyziologické funkce v organismu. Pokud hormon chybí, postupně vede k útlumu všech procesů a ke smrti (Zeman a Krška 2014).

1.2.3 Hormony štítné žlázy

Hypofýza (nadřazené centrum pro řízení funkce štítné žlázy) produkuje thyreotropin (TSH), jehož hlavní funkcí je stimulace růstu folikulárního epitelu, což má za následek zvyšování syntézy hormonů štítné žlázy. Sekrece thyreotropinu je regulována hypotalamickým thyreoliberinem (TRH) (Karlíková a Topolčan 2013).

Sekreci TRH, TSH a hormonů štítné žlázy významně mění vlivy jako jsou emoce, stav imunitního systému, chronický stres, stav výživy, a především i jiné hormony: somatostatin, adrenotropin, prolaktin, dopamin, kortikoidy, inzulin, estrogeny a androgeny (Karlíková a Topolčan 2013).

Syntéza hormonů štítné žlázy probíhá z mono- a diiodthyroninů navázaných na vazebnou bílkovinu thyroglobulin (TBG). Oba hormony obsahují dvě molekuly aminokyseliny tyrozinu, ale liší se počtem navázaných atomů jodu. Triiodthyronin (T3) má 3 atomy jodu, thyroxin (T4) má 4 atomy jodu. Po uvolnění vazby na thyroglobulin jsou hormony secernovány do krve. V krvi jsou navázány na transportní bílkoviny, avšak část jich je ve formě tzv. free (volných) hormonů FT3 a FT4 (Karlíková a Topolčan 2013).

1.3 Diagnostické metody

Hlavním přínosem diagnostiky v současné době je včasné zjištění nemoci, díky kterému se zvyšuje naděje na přežití. Vzhledem k pokroku v histologickém vyšetření můžeme přesně určit druh nádorového bujení a tím cíleně zaměřit léčbu (Astl 2013).

1.3.1 Fyzikální vyšetření

Jako první v řadě zmíníme vyšetření pohledem. V současnosti se využívá zjednodušená klasifikace WHO:

- **0:** struma není viditelná ani hmatná,
- **1:** struma je viditelná nebo hmatná nebo obojí (Astl 2013).

Zvětšení uzlin může být patrné pohledem v případě rozsáhlejšího postižení nebo v pokročilejší fázi při metastazování. V porovnání s jinými karcinomy roste karcinom štítné žlázy pomaleji a daří se ho včas odhalit (Astl 2013).

Dalším důležitým vyšetřením je vyšetření pohmatem. Pohmat je jeden ze základních vjemů při diagnostice onemocnění štítné žlázy. Štítnou žlázu nahmatáme v oblasti nad jugulární jamkou a pod chrupavkou štítnou a před průdušnicí. Pohledem nemusí být patrná. Lze nahmatat drobné uzly (strumy, malé karcinomy). Pohmatem, za současného polykání, lze odlišit postižení štítné žlázy od jiných zduření orgánů na krku. Prohmatáním všech míst na krku můžeme zjistit

přítomnost uzlin. Můžeme také změřit obvod krku a využít ho jako ukazatel dynamiky u obrovských a maligních strum (Astl 2013).

Nakonec uvedeme vyšetření poslechem. Auskultací můžeme diagnostikovat fenomény při zvýšené vaskularizaci tkáně. Také změna hlasu může znamenat onemocnění štítné žlázy (Astl 2013).

Doplňující vyšetření u nemocných s nedoslýchavostí a současným nálezem na štítné žláze je vyšetření audiologické. Toto vyšetření se provádí v tiché komoře, kde sestra do sluchátek pouští tóny o frekvencích 0,5, 1, 2 a 4 kHz. Pacient přitom signalizuje, které tóny slyší (Vlček et al. 2017).

1.3.2 Laboratorní vyšetření

Mezi základní vyšetření z krve patří hladina TSH, T3 a T4. K funkčním vyšetření patří obrat jodu tzv. jodurie, akumulace radioaktivního T3, dále test TRH a perchlorátový test. V současnosti se již vyšetřují i nádorové markery genetickým stanovením RET protoonkogenu a jeho mutací. Tento test se již dnes považuje za standardní vyšetřovací metodu (Astl 2013).

1.3.3 Sonografie krku

Základní výhodou sonografie je její neinvazivnost. Jde i o ekonomicky nenáročnou a efektivní metodu. Sonografií zjistíme strukturu a uspořádání parenchymu štítné žlázy. Dále lze sonografií zjistit vztah k okolním orgánům, její přesnou lokalizaci a velikost. Také můžeme zjistit další patologie nebo prorůstání tumoru. Při sonografii lze zavést punkční jehlu a odebrat biopsii ze štítné žlázy nebo lymfatických uzlin. Sonografie se také používá přímo při operaci, kdy se chirurg naviguje v případech uzlinového postižení (Astl 2013).

1.3.4 Scintigrafie (funkční vyšetření)

Scintigrafie patří mezi nejčastější vyšetření štítné žlázy, hned po sonografii. Jde o akumulaci radioaktivního jodu ve štítné žláze. Používáme ji jak při diagnostice, tak i jako pooperační při zobrazení metastáz. Nově je využívána jako peroperační scintigrafie u radiačně navigované chirurgie (Astl 2013).

1.3.5 Počítačová tomografie

CT vyšetření je využíváno u nálezů velkých strum a maligních nádorů. Při CT vyšetření můžeme potvrdit nebo naopak vyvrátit prorůstání tumorů štítné žlázy do sousedních orgánů (hrtan, průdušnice). Toto vyšetření indikujeme i při nálezů strumy. CT vyšetření se provádí i před chirurgickým zákrokem k posouzení operability, ale také k určení rozsahu výkonu. Pokud není možné nález dostatečně posoudit ze sonografie, tak i v tomto případě indikujeme CT vyšetření (Astl 2013).

1.3.6 Nukleární magnetická rezonance

NMR patří mezi doplňující vyšetření, které může poskytnout informace o postižení orgánů sousedících se štítnou žlázou, zejména maligní onemocnění. Nejčastěji v případech recidivy zhoubných nádorů, jazykové strumy či akcesorní strumy (Astl 2013).

1.3.7 RTG vyšetření

RTG vyšetření se provádí pouze u jazykové strumy a jinak se raději volí CT vyšetření (Astl 2013).

1.3.8 Pozitronová emisní tomografie

V onkologické diagnostice spíše výjimečně používáme PET, při pátrání po recidivě zhoubných nádorů štítné žlázy. Vyšetření se provádí s aplikací 18F-fluorodeoxyglukózy (FDG), což je analog glukózy (Kopečková 2019).

1.3.9 Tenkojehlová biopsie

Materiál se získává invazivní metodou, kdy se odebere buněčný materiál. Cytologií zjistíme biologickou povahu tkáně a určíme původ tkáně. Tato metoda má nezastupitelné místo vzhledem k určení další terapie pacienta. Punkci můžeme provádět pod ultrazvukem, kde přesně odebereme vzorek z podezřelé oblasti. Takto odebraný materiál natřeme na podložní sklíčko, necháme zaschnout a pošleme k vyšetření, které provádí specializovaný patolog (Astl 2013).

1.4 Nádory štítné žlázy

Nádory štítné žlázy patří mezi vzácnější onemocnění, i když incidence v posledních letech stoupá. Jejich diagnostika a léčba je soustředěna v několika centrech České republiky (Kopečková 2019).

Nádory štítné žlázy jsou většinou asymptomatické, projevují se rezistencí na krku, která bývá nebolestivá, tuhé konzistence. Nádory štítné žlázy můžeme rozdělit na diferencované a nediferencované. Mezi diferencované řadíme papilární a folikulární karcinom a jejich prognóza je příznivá. Mezi nediferencované patří medulární a anaplastický karcinom a jejich prognóza je nepříznivá (Češka et al. 2015).

V roce 2030 se očekává, že karcinom štítné žlázy ve světě dosáhne 310 tisíc. V České republice je očekávaný nárůst přes 1000 nových případů ročně. Karcinom štítné žlázy nepatří mezi diagnózy, které vyvolávají svou incidencí velkou pozornost. Trend dokládá převažující výskyt u žen. Ionizující záření je hlavním rizikovým faktorem vzniku karcinomu štítné žlázy u dětí v zasažených oblastech Ukrajiny po havárii jaderné elektrárny (Geryk et al. 2011).

1.4.1 Incidence karcinomu štítné žlázy

U tohoto nádoru se na incidenci podílí jak genetické faktory, životní prostředí, tak i styl života. Vyšší výskyt pozorujeme u žen a také je ovlivněna věkem. V současné době pozorujeme záchyt

častěji i u mladších ročníků. Na této skutečnosti se částečně podílí nové diagnostické možnosti (Kopečková 2019).

1.4.2 Rizikové faktory pro vznik nádorů štítné žlázy

Známe řadu rizikových faktorů, ale jejich role zatím není úplně vyjasněna. Tyto faktory můžeme rozdělit na vnější a vnitřní (Kopečková 2019).

Jako první můžeme uvést faktory vnějšího prostředí:

1. Radiace: expozice ionizujícím zářením zvyšuje riziko malignity štítné žlázy, nejčastěji po ozáření bývá diagnostikován papilární karcinom.
2. Příjem jodu: pro funkci štítné žlázy je jod nezbytným stopovým prvkem, z nedostatku jodu bývá spíše diagnostikován folikulární karcinom.
3. Strava a životní styl: jde-li o vliv potravin na vznik karcinomu, tak studie mají nejednoznačné výsledky, dle zkoumání mají negativní vliv na vznik karcinomu brukvovité zeleniny a vysoká spotřeba masa.
4. Kouření: zde nebyla prokázána souvislost se vznikem karcinomu štítné žlázy (Kopečková 2019).

Dále jsou to faktory vnitřního prostředí:

1. Nodosity: častým nálezem ve štítné žláze jsou uzly, většina z nich je benigního původu.
2. Rodinná anamnéza: podle posledních studií bylo vyhodnoceno, že riziko anamnézy je u papilárních a folikulárních karcinomů.
3. Inzulin: mezi rizikové faktory můžeme zařadit i inzulin, významné studie se shodují, že metabolické poruchy, které souvisí s rezistencí na inzulin, mohou být spojené se zvýšeným rizikem karcinomu.
4. Autoimunitní onemocnění: nejčastějším onemocněním v dospělosti je Hashimotova tyreoiditida, ale výsledky, zda tato nemoc má souvislost s karcinomem štítné žlázy, jsou rozporuplné.
5. Reprodukční faktory: nová zjištění ukazují, že hormonální faktory mají vliv na vznik papilárního karcinomu (Kopečková 2019).

1.4.3 Benigní nádory štítné žlázy

Folikulární adenom je ohraničený nádor bez známek invaze. Je tvořen folikulárními buňkami štítné žlázy. Varianty folikulárního adenomu jsou:

1. Hyperfunkční, při hyperfunkci štítné žlázy.
2. Folikulární adenom s papilární hyperplazií, vyskytuje se převážně u dětí.
3. Lipoadenom, obsahuje zralou tukovou tkáň.
4. Folikulární adenom s bizarními jádry, nejčastěji vzniká po léčbě (Kopečková 2019).

Hyalinizující trabekulární nádor je makroskopicky ohraničený, solitární nebo opouzdřený uzel různé velikosti (Kopečková 2019).

Folikulární nádory s nejistým maligním potenciálem jsou dobře ohraničené folikulární léze štítné žlázy s nejistým invazivním růstem nádorových buněk do pouzdra nádoru (Kopečková 2019).

1.4.4 Maligní nádory štítné žlázy

Nejčastějším nádorem štítné žlázy je papilární karcinom, který je nejméně invazivní. Patří mezi maligní nádory a vychází z folikulárních buněk štítné žlázy. Tento nádor může vzniknout u dospělých, ale i u dětí. Při makroskopickém vyšetření nacházíme tužší, bělavý uzel ve štítné žláze, průměr asi 3 cm. Nekrózy obvykle nenacházíme. Mikroskopicky vidíme u klasického papilárního karcinomu papilární struktury. Pro tento nádor je typická invaze do lymfatických cév než krevních. Nejčastěji postihuje tento nádor ženy ve věku 25–45 let (Kopečková 2019).

Dalším zástupcem nádorů štítné žlázy je folikulární karcinom, který vychází z folikulárních buněk štítné žlázy a jedná se o nádor maligní. Většinou je opouzdřený a jeho růst je invazivní. Nacházíme ho spíše u starších pacientů. Na krku vidíme nebolestivou masu (Kopečková 2019).

U makroskopického vyšetření je nádor opouzdřený vazivovým pouzdrem, někdy je patrná invaze přes pouzdro. U folikulárního karcinomu je důležitý invazivní růst a podle něho dělíme nádory do tří skupin:

- minimálně invazivní,
- opouzdřený s angioinvazí,
- široce invazivní (Kopečková 2019).

Folikulární karcinom se šíří krevní cestou – metastazuje hematogenně. Nejčastěji metastazuje do plic a kostí. Tumor i metastázy většinou dobře akumulují jod, avšak s věkem tato schopnost klesá. Z tohoto důvodu folikulární karcinom je agresivnější a hůře léčitelný než karcinom papilární (Kopečková 2019).

V neposlední řadě popisujeme medulární karcinom, což je nádor maligní a vychází z C-buněk. Ze všech maligních nádorů štítné žlázy tvoří asi 3 %. Většinou jsou to nádory sporadické. Jedná se o nebolestivé zvětšení štítné žlázy. Velikost nádorů je různá, od několika milimetrů až po celý lalok. Nádor může být i vrozený (Kopečková 2019).

Rozlišujeme formu sporadickou a familiární. Sporadická forma je častější, agresivnější a vyskytuje se více u starších osob. Oproti tomu familiární forma se častěji objevuje v mladším věku. Nádor nejčastěji metastazuje do plic, kostí a jater (Kopečková 2019).

Anaplastický karcinom je maligní nádor, vysoce agresivní, vyskytující se zejména u žen staršího věku. Makroskopicky nacházíme nádor tuhý, fixovaný k okolí. Roste rychle a na řezu jsou vidět četné nekrózy. Nádor vychází z epitelových buněk a je pro něj charakteristická invaze do okolí s postižením kůže, dýchacích cest a časně vzdálené metastázy (mozek, kostra, plíce) (Kopečková 2019).

1.4.5 TNM klasifikace

TNM klasifikace patří mezi nejrozšířenější systémy při stanovení diagnózy zhoubných nádorů. Popisuje rozsah nádoru a popřípadě jeho šíření do okolí. Písmena ve zkratce značí stupeň velikosti tumoru, zvětšení místních lymfatických uzlin a přítomnost metastáz (Astl 2013).

T – primární nádor:

- T1: nádor menší než 2 cm, omezen na štítnou žlázu,
- T2: nádor větší než 2 cm, ale menší než 4 cm, omezen na štítnou žlázu,
- T3: nádor větší než 4 cm, omezen na štítnou žlázu nebo s minimálním šířením,
- T4a: nádor se šíří mimo pouzdro štítné žlázy a postihuje měkké tkáně, larynx, tracheu, jícen,
- T4b: nádor postihuje cévy mediastina nebo obrůstá arteria carotis (Astl 2013).

N – regionální uzliny (krční a mediastinální):

- NX: nelze hodnotit regionální uzliny,
- N0: v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy,
- N1a: stejnostranné metastázy,
- N1b: oboustranné metastázy (Astl 2013).

M – vzdálené metastázy:

- MX: vzdálené metastázy nelze hodnotit,
- M0: nejsou vzdálené metastázy přítomny,
- M1: vzdálené metastázy jsou přítomny (Astl 2013).

1.5 Léčba karcinomů štítné žlázy

Léčba karcinomu štítné žlázy vyžaduje spolupráci endokrinologa, onkologa a chirurga, nejlépe specializovaného na hlavu a krk. Léčba karcinomu štítné žlázy má dobrý průběh a nízkou úmrtnost, přesto vyžaduje celoživotní sledování (Vlček et al. 2017).

1.5.1 Chirurgická léčba

U folikulárního, papilárního a medulárního karcinomu je základním předpokladem totální tyreoidektomie. Při hmatných uzlinách se provádí lymfadenektomie. Jedná-li se o anaplastický karcinom, tak první volbou je ozáření s chemoterapií. Chirurgický zákrok má spíše paliativní efekt, např. uvolnění dýchacích či polykacích cest (Kopečková 2019).

1.5.2 Léčba radiojodem

Radiojod se podává pacientům za účelem radioeliminace pooperačních zbytků štítné žlázy. V časně fázi tohoto onemocnění je možné zničit radiojodem vzdálené metastázy a přispět k úspěšnosti léčby. U léčby radiojodem známe i některé kontraindikace. Je to období těhotenství, kojení, při metastázách do CNS, útlum kostní dřeně a při léčbě plicních metastázách. V dnešní době je snaha podávat co nejmenší dávku radiojodu při maximálním účinku. Většinou je léčba radiojodem dobře tolerována, i když vedlejší účinky mohou nastat. Mezi dočasné vedlejší účinky patří poradiační zánět štítné žlázy, lokální otok či gastritida. Mezi dlouhodobé vedlejší účinky patří nejčastěji útlum kostní dřeně (Vlček et al. 2017).

1.5.3 Hormonální substituce

Po operaci štítné žlázy je zapotřebí podávat substituční hormonální terapii, většinou v podobě levotyroxinu. Tato terapie se musí podávat již celoživotně. Známé faktory, které mohou ovlivnit zdravotní stav nemocného, např. rozvoj osteoporózy, srdeční arytmie, fibrilace síní a jiné. Při této léčbě musíme tuto skutečnost brát v úvahu (Vlček et al. 2017).

1.5.4 Chemoterapie

Při léčbě karcinomu má chemoterapie malou účinnost. Indikuje se pouze u anaplastického karcinomu. Slabé výsledky se ukazují u medulárního karcinomu (Vlček et al. 2017).

1.6 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

Potřeby nemocného jsou základem ošetrovatelské péče. Musíme klást důraz na holistický přístup, vidět nemocného nejen jako somatický problém, ale i psychosociálně. Každý člověk je jedinečný a má své potřeby. Potřeba je něco, co člověk potřebuje ke svému životu. Dlouhodobé neuspokojování potřeb může vést až k nemoci. Potřeby máme fyziologické, psychologické a sociální. Máme řadu faktorů, které narušují uspokojování potřeb a je to např. nemoc, naše osobnost, vztahy a okolnosti (Trachtová 2018).

1.6.1 Bolest

„Bolest je nepříjemný pocit, její intenzita a charakter určuje ráz podnětu a nervové zásobení příslušné oblasti. Bolest je ryze subjektivní zážitek a existuje vždy, kdykoli nemocný říká, že bolest má.“ (Jirásek 1961)

Při a po léčbě karcinomu musíme klást velký důraz na potřebu odstranění nebo zmírnění bolesti.

Bolest je důležitá jako varovný signál, přivádí nemocného k lékaři. Bolest rozlišujeme na akutní a chronickou. Akutní bolest pomáhá přežít, má obranný charakter. Chronická bolest trvá většinou měsíce a nemá ochranný význam. U nádorového onemocnění je typická chronická bolest (Trachtová 2018).

Při hodnocení bolesti se musíme ptát na lokalizaci, kvalitu a intenzitu bolesti. Každý člověk je individuální a bolest toleruje jinak. Také to záleží na mnoha faktorech např. věk, nemoc, pohlaví, denní rytmus. Nemocný také musí mít dostatek informací o postupu při odstraňování a zmírňování bolesti. Léčbu bolesti můžeme rozdělit na farmakologickou, chirurgickou a v poslední době se čím dál víc lidí přiklání k alternativní léčbě např. akupunktura (Trachtová 2018).

1.6.2 Jistota a bezpečí

Další, neméně důležitou potřebou při léčbě a po léčbě karcinomu je jistota a bezpečí. Ať už se jedná o absenci v práci, zameškání učiva, nemožnost postarat se o své blízké, to vše nám bere pocit jistoty a bezpečí (Trachtová 2018).

Tyto potřeby patří mezi základní potřeby v životě. Několik faktorů ovlivňuje tyto potřeby:

- věk a vývojové stádium,
- nemoc,
- psychicko-duchovní faktory,
- sociálně-kulturní faktory,
- faktory životního prostředí (Trachtová 2018).

Musíme si uvědomit, že nemoc a pobyt v nemocnici utvářejí pocit nebezpečí. Pokud chceme nemocnému ulehčit navrácení jistoty a bezpečí, snažíme se nemocného podporovat, mluvíme klidně, pomalu a dáme najevo empatie (Trachtová 2018).

1.7 Péče o psychiku onkologicky nemocného

V současné době slýcháváme pojem *psychoonkologie*, který můžeme zařadit na pomezí onkologie, psychologie, sociologie a endokrinologie. V některých zemích se již stává samostatným oborem. Zabývá se psychologií nemocného, u kterého bylo diagnostikováno nádorové onemocnění. Na psychický stav nemocného má vliv jeho osobnost před onemocněním. Při rozhovoru s nemocným teprve zjistíme, kolik z jeho chování přísluší stresové situaci (Dostálová 2016).

Povahy lidí můžeme rozdělit do tří skupin:

1. Lidé, kteří žijí minulostí.
2. Lidé, kteří jsou zaměřeni na budoucnost.
3. Lidé žijící výhradně přítomností.

Mladí lidé jsou většinou zaměřeni na budoucnost a obvykle lépe snášejí léčbu. Naopak starší lidé žijí více minulostí a užívají si vzpomínek. Lidé zaměřeni na přítomnost hůře snášejí léčbu, ale pokud se jim udělá lépe, přítomnost si užívají (Dostálová 2016).

Recentně existují internetové portály zaměřené na pomoc lidem s nově diagnostikovaným karcinomem nejen štítné žlázy v nastalé obtížné životní situaci, mnohdy nabízeny i zdravotnickými zařízeními, která mají tyto pacienty ve své péči (Masarykův onkologický ústav Brno 2023).

1.8 Fáze nádorového onemocnění podle příznaků

Bezpříznakové období může trvat několik měsíců či let a nemocný k této problematice zaujímá spíše neutrální postoj. Poté máme období prvních příznaků. Toto období je druhá fáze. Ty mohou být objektivní, např. příměs krve, bulka nebo vrásky na kůži. Naproti tomu subjektivní příznaky v počátku nebývají nebo jsou slabé (Dostálová 2016).

V období rozvinutých příznaků přichází pacient kvůli lékařskému pochybení nebo ze svého zanedbání. V této fázi jsou již zjevné obtěžující potíže a u většiny nemocných bývá znatelná úzkost a strach. Jen minimum nemocných má apatii (Dostálová 2016).

Nyní přichází na řadu období léčby. Léčebné zásahy bývají náročné, ať už jsou to operace, radioterapie nebo chemoterapie. Tyto metody jsou doprovázeny nepříjemnými stavy, např. nauzeou nebo zvracením (Dostálová 2016).

V období remise přichází zlepšení, ale může přetrvávat deprese. Přichází naděje a šťastnější pohled do budoucnosti. Na závěr musíme konstatovat, že dobrý psychický stav má vliv na kvalitu života. Psychický stav můžeme ovlivnit takovým způsobem, že to má výrazný dopad na léčbu (Dostálová 2016).

Na závěr můžeme konstatovat, že udržení kvality života pacientů je jedním z primárních léčebných cílů v onkologické péči (Effinger a Link 2016).

2 Praktická část

2.1 Kvantitativní versus kvalitativní výzkum

Potřebujeme-li se rozhodnout, který výzkum použít, vždy musíme definovat výzkumný problém a výzkumné otázky. Rozhodnutí by nemělo předcházet stanovení výzkumného plánu. V poslední době stále častěji můžeme pozorovat kombinaci obou metod, jde o tzv. smíšenou strategii (Hendl 2016).

2.1.1 Kvantitativní výzkum

U kvantitativního výzkumu vytvoříme hypotézu a následně ověřujeme statistickými metodami. Nejvíce používáme tzv. dedukci, tzn. že ještě před začátkem výzkumu známe postup, jak budeme data interpretovat. V tomto výzkumu pracujeme nejčastěji s daty číselnými, tedy pořadovými. Je nutné, abychom používali měření, která jsou validní a reliabilní. Charakteristické u tohoto výzkumu je, že můžeme mluvit o tzv. reduktivním zkoumání, tzn. že můžeme námi zkoumanou realitu omezit. Zde si nemůžeme být jisti, jestli respondenti správně pochopili otázku. Určujícím znakem u kvantitativního výzkumu je, že se snaží postihnout sociální trendy větších rozměrů. Výhodou u tohoto výzkumu je, že pracujeme s přesnými daty, výsledky jsou nezávislé na výzkumníkovi, máme možnost testovat teorie a zobecňovat výsledky na populaci. K nevýhodám patří redukcionismus, výsledky mohou být příliš obecné a abstraktní pro přípravu aplikací (Švaříček a Šedová 2014).

2.1.2 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum se liší od kvantitativního výzkumu tím, že sběr dat je rozprostřen do široka. Hypotézy nestanovujeme předem. Převládá zde spíše indukce, poté, až nasbíráme dostatečné množství dat. Kvalitativní výzkum se také nazývá pružný nebo emergentní – sběr dat by měl mít dlouhodobý charakter. Cílem tohoto procesu je, že své závěry prozkoumáváme. Také si musíme při tomto výzkumu dávat pozor na transparentnost. Výhodou tohoto výzkumu je, že jevy zkoumáme v celé jejich šíři. Můžeme zjistit více vzájemných souvislostí, zohlednit lokální podmínky, získat podrobné informace a detailní popis případů. Nevýhodou výzkumu je, že nemůžeme výsledky zobecnit a provádět predikce. Časově je sběr dat mnohem náročnější. Nakonec musíme připustit, že výsledky jsou více ovlivnitelné výzkumníkem a jeho názory (Balboud 2015).

2.1.3 Smíšený výzkum

Pokud porovnáme oba výzkumy, zjistíme, že se vzájemně doplňují a z toho důvodu používáme smíšené výzkumné projekty. Výsledky z tohoto výzkumu zvyšují obecnost výsledků. K nevýhodám tohoto výzkumu patří velké náklady, také klade vysoké požadavky na výzkumníky. Nakonec musíme konstatovat, že někteří odborníci odmítají kombinaci těchto dvou postupů (Hendl 2016).

2.2 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem práce je zjistit kvalitu života po léčbě karcinomu štítné žlázy. Výzkumné otázky, které jsme si stanovili:

1. Jak nemoc a její léčba ovlivnila kvalitu života při sebezpečí?
2. Jak nemoc a její léčba ovlivnila psychický stav pacienta?
3. Jak nemoc a její léčba ovlivnila život v sociální oblasti?

2.3 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část této bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu za použití rozhovoru a pozorování. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Kritériem pro výběr byla diagnóza, souhlas respondenta s rozhovorem a ubezpečení, že zjištěná data budou použita jen v této bakalářské práci.

Rozhovor byl rozčleněn na tři části. První část byla zaměřena na každodenní činnosti. Druhá část rozhovoru byla orientována na psychický stav respondenta a třetí část se zaměřila na oblast sociální, tj. komunikace s rodinou, přáteli a lidmi v běžném životě.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů

Osloveno bylo pět respondentů, z toho jeden musel být dlouhodobě hospitalizován a jeho stav nedovolil výzkum provést. Z tohoto důvodu máme rozhovor u čtyř účastníků výzkumu. U tří respondentů se jednalo o papilární karcinom štítné žlázy a u jednoho respondenta byl diagnostikován folikulární karcinom. Rozpětí doby, která uplynula od léčby, je čtyři až patnáct let. Respondenti byli vybráni a osloveni na interním oddělení, kde autorka práce pracuje.

Tab. 1: Pohlaví respondentů

Respondent	Pohlaví
R1	žena
R2	muž
R3	žena
R4	žena

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 1 znázorňuje pohlaví respondentů, kteří se výzkumu účastnili.

Tab. 2: Věk respondentů

Respondent	Věk
R1	60
R2	62
R3	54
R4	73

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 2 znázorňuje věk respondentů, kteří se výzkumu účastnili.

Tab. 3: Rodinný stav respondentů

<i>Respondent</i>	<i>Rodinný stav</i>
R1	vdaná
R2	ženatý
R3	vdaná
R4	vdova

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 3 znázorňuje rodinný stav respondentů.

Tab. 4: Diagnóza respondentů

<i>Respondent</i>	<i>Diagnóza</i>	<i>Let od diagnózy</i>
R1	papilární karcinom štítné žlázy	5
R2	folikulární karcinom štítné žlázy	10
R3	papilární karcinom štítné žlázy	4
R4	papilární karcinom štítné žlázy	15

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 4 udává, s jakou diagnózou se respondenti léčili a kolik let uplynulo od diagnostikování onemocnění.

Tab. 5: Léčba respondentů

<i>Respondent</i>	<i>Tyreoidektomie</i>	<i>Radiojod</i>	<i>Substituce levotyroxinem</i>
R1	■	■	■
R2	■	■	■
R3	■	■	■
R4	■	■	■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 5 znázorňuje, které léčebné postupy byly použity u jednotlivých respondentů.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal od srpna 2023 do ledna 2024. Rozhovory byly uskutečněny u respondentů v jejich domácím prostředí po předchozí telefonické domluvě.

Nejdříve proběhlo představení se a vysvětlení, za jakým účelem jsem je navštívila. Respondenti měli možnost se k některé otázce vrátet a nebo ji úplně vynechat, pokud měli problém se k ní vyjadřovat. Návštěvy probíhaly v příjemné atmosféře a průměrně trvaly asi 2 hodiny.

Detailní struktura rozhovoru je uvedena v tabulce č. 6.

Tab. 6: Struktura rozhovoru

Ovlivnění kvality života při sebedpěči	
	Osobní hygiena
	Pohyb po domácnosti
	Úklid domácnosti
	Vaření
	Oblékání
	Nakupování
	Cestování dopravními prostředky
	Spánek
	Chůze do schodů
	Bolest
	Chůze
Ovlivnění kvality života v sociální oblasti	
	Styk s rodinou
	Styk s přáteli
	Výlety s rodinou a dovolená
	Komunikace s úřady
	Zaměstnání
Ovlivnění kvality života po psychické stránce	
	Psychický stav
	Pocit štěstí
	Pesimismus a smutek vlivem nemoci
	Psychická únava vlivem nemoci

Zdroj: vlastní výzkum

2.6 Zpracování získaných dat

Data byla získána metodou kvalitativního výzkumného šetření za použití polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly nahrány na mobilní telefon a po zpracování údajů vymazány. Získaná data byla zpracována formou tabulek pomocí programu Microsoft Word 2021.

2.7 Výsledky výzkumu

2.7.1 Respondent č. 1 (R1)

Žena, věk 60 let, diagnostikována papilární karcinom štítné žlázy před 5 lety, žije s manželem v bytě na vesnici, 2 dcery dospělé, žijí samostatně.

Prvním léčebným zákrokem po diagnostice karcinomu u respondentky č. 1 byla tyreoidektomie s následnou léčbou radioaktivním jodem. Poté následuje celoživotní substituce levotyroxinem.

Začínáme rozhovor otázkami vztahujícími se k první výzkumné otázce, tedy jak nemoc a její léčba ovlivnila kvalitu života při sebepéči.

Osobní hygienu zvládá respondentka sama, v této oblasti je zcela soběstačná, říká: *„Pomoc v tomto případě nepotřebuji, zatím.“*

Pohyb po domácnosti zvládá úplně sama, jen některé dny: *„Když,“* jak říká, *„mě chytnou záda, tak zůstávám ležet nebo se snažím přesunout do křesla.“* V této dny pomáhá respondentce manžel.

Na otázku stran úklidu domácnosti odpovídá: *„O úklid domácnosti se dělíme s manželem, uklízí ten, kdo se cítí ten den lépe.“*

Respondentka sama vaří, snaží se v jeden den uvařit více, aby zbylo i na další den nebo do mrazáku, dodává: *„Dříve mě vaření a pečení bavilo, teď už ne.“*

Stran oblékání: *„Žádnou pomoc nepotřebuji, obléknu se bez problémů.“*

Co se týče nakupování, lehčí nákupy zvládá sama, ve vesnici mají obchůdek, na větší nákupy jezdí s manželem autem. *„Někdy si zajedu sama do města autobusem, mrknout po obchodech,“* dodává.

Respondentka neřídí auto, k lékaři jezdí autobusem, nebo, když se necítí dobře, ji zaveze manžel autem a říká: *„manžel se koukne do obchodů, aby byl v obraze.“*

Od stanovení diagnózy karcinomu štítné žlázy spí respondentka špatně. Dlouho do noci nemůže usnout a dle jejích slov, když konečně usne, tak se za dvě hodiny probudí a cítí, že je vyspaná. Některé dny užije hypnotikum, ale snaží se ho nebrat každý den, aby, dle jejích slov: *„nebyla závislačka.“*

Na otázku chůze do schodů respondentka odpovídá, že bydlí v bytě, který se nachází v prvním patře. Do prvního patra jde bez komplikací, nezadýchává se. *„Při chůzi do druhého patra se již začínám zadýchávat,“* dodává.

Ptáme se, zda respondentka zvládne ujít jeden kilometr? Odpovídá, že zvládá, chodí na dlouhé procházky s kamarádkou nebo manželem.

Pokračujeme dotazem vztahujícími se ke druhé výzkumné otázce, tedy jak nemoc a její léčba ovlivnila psychický stav respondentky.

Respondentka říká: *„Jsou dny, kdy mě vůbec nic nebaví, jsem bez nálady, do ničeho se mně nechce, ale pak přijde den, kdy se těším, že půjdu na zahradu, něco udělám a pak sednu do altánu a budu užívat sluníčka.“*

Na otázku, jestli zažívá pocit štěstí, odpovídá: *„Právě ty chvíle na zahradě, když je hezky, sejdem se jako rodina, přijedou dcery nebo se sejdem s přáteli, zažívám pocit štěstí.“*

Ptáme se na pesimismus a smutek vlivem nemoci, respondentka odpovídá: *„Ano, jsou dny, kdy vidím vše černě a bojím se, že se nemoc vrátí, v tu chvíli jsem pesimistická,“* uzavírá.

Psychická únava vlivem nemoci: *„Je pravda, že od té doby, co jsem onemocněla, cítím únavu, do ničeho se mně nechce, říkám si, jestli to má cenu, něco ještě dělat, nevím.“*

Nakonec se dostáváme k oblasti třetí výzkumné otázky, tedy jak nemoc a léčba ovlivnily život v sociální oblasti.

Ohledně styku s rodinou respondentka odpovídá: *„Máme dvě dcery a ty se snaží každých 14 dní za námi přijet nebo my někdy jedeme za nimi do města. Oba s manželem máme tři sourozence a většinou se setkáme všichni několikrát za rok u někoho z nás např. na svátky, pouť nebo kulatiny.“*

Styk s přáteli respondentka komentuje takto: *„V úzkém kruhu máme dvě rodiny, se kterými se pravidelně scházíme. Nejlepší je to od jara do podzimu, všichni máme zahradu s altánkem, tam se sejdem, venku chlapi udělají oheň, opékáme a do noci vše probereme,“* směje se.

Na téma výletů s rodinou a dovolené: *„Na výlety jezdíme minimálně dvakrát za rok. Jednou na prodloužený víkend s dcerami. Ony vždy něco vymyslí a naplánují, podruhé to je jednodenní výlet s důchodci tady ve vesnici. Bývá to nějaký tematický výlet většinou po České republice. Na dovolenou jezdit nemůžu, nezvládla bych několikahodinovou cestu autobusem ani letadlem. Trpím bolestmi páteře a tlaky do hlavy, ale nestěžuji si.“*

Stran komunikace s úřady respondentka říká: *„Nesnáším to, ale zvládnu to. Pokud to jde, pošlu to vyřídit manžela, ale když musím, tak sednu na autobus nebo mě zaveze do města manžel.“*

Respondentka je vystudovaná zahradnice a před nemocí pracovala ve velkoobchodě s květinami, říká: *„Po léčbě jsem musela jít do invalidního důchodu, nezvládla jsem každé ráno vstávat ve čtyři hodiny, jet hodinu autobusem, pak ještě tramvají a v práci být minimálně osm hodin a většinou v chladu. Moc ráda bych byla mezi lidmi, ale nešlo to, věřte mně.“* Bylo vidět, že jí to mrzí.

Shrnutí

Na závěr můžeme shrnout, že respondentka je v běžném životě soběstačná. Nepotřebuje pomoc s hygienou, nákupy ani úklidem domácnosti. Sama je schopna si vše zařídit, setkává se s přáteli, zvládá i krátké dovolené. Respondentka musela odejít do invalidního důchodu, což ji viditelně mrzí. Psychický stav udává jako střídavé nálady, ale sklon k depresím nemá.

2.7.2 Respondent č. 2 (R2)

Muž, věk 62 let, diagnostikován folikulární karcinom štítné žlázy před 10 lety, žije s manželkou v domě na vesnici, 2 dospělé dcery.

Při stanovení diagnózy karcinomu byla respondentovi č. 2 provedena tyreoidektomie, Poté následovala léčba radioaktivním jodem. Celoživotně již musí užívat levotyroxin.

Rozhovor začínáme otázkami na téma, jak nemoc a její léčba ovlivnila kvalitu života při sebezpečí.

Osobní hygiena: Respondent trpí extrémní obezitou a ta má za následek, že je zcela závislý na manželce. *„Do sprchového koutu dojdu jen s chodítkem a manželka mně pomáhá vysvléct, osprchovat i obléct.“*

Pohyb po domácnosti: Respondent říká: *„Samostatně nejsem schopen udělat ani krok, jsem zcela závislý na chodítku. Celý den sedím v křesle, u sebe mám močovou lahev a když je plná, tak s pomocí chodítka ji zajdu vylít, ale přiznám se, že někdy to nezvládnou a musím požádat manželku.“*

Úklid domácnosti: *„O úklidu z mé strany nemůže být ani řeč, dům uklízí manželka a dcera, která přijíždí každý víkend a pomáhá nám.“*

Při otázce na vaření se respondent usměje a říká: *„Vaření je mým velkým koníčkem, z velké části vařím jen já. Kuchyň mám uzpůsobenou, abych mohl při vaření sedět, stát bych nezvládl.“*

Oblékání: *„Bez pomoci manželky se neobléknu, ani nevysvěču. Ráno mně musí manželka nasadit ponožky, obout boty, prostě absolutně všechno.“*

Nakupování: Respondent se smutně podívá a říká: *„Jak rád bych si zajel do obchodů a nakoupil, ale nezvládnou to.“*

Cestování dopravními prostředky: Respondent není schopen cestovat veřejnou dopravou z důvodu nepohyblivosti, sám říká: *„Pořídil jsem si auto uzpůsobené pro mě, ale stejně je to velký problém, jen například dostat se do toho auta. Jdu v chodítku, manželka mně musí asistovat, abych se vůbec dostal z domu, je to prostě špatné,“* dodává.

Spánek je další velký problém pro respondenta, spí špatně: *„V noci jsem měl apnoe, tak mně pořídili strojek, který mně pomáhá, abych se v noci nedusil, ale stejně se mně spí špatně, všude Vám to překáží, představte si, že spíte s chobotem,“* smutně se usměje.

Ptáme se, zda je schopen ujít po rovině určitou vzdálenost, odpovídá: *„V chodítku jsem schopen dojít na terasu a pár kroků po zahradě, tak to odhaduji na 50 metrů.“*

Při otázce, zda je schopen chůze do schodů, ptá se: *„To myslíte vážně, vždyť vidíte, že nejsem schopen sám udělat krok, tak jak bych mohl s chodítkem jít do schodů?“* ptá se.

Pokračujeme k otázkám ohledně psychického stavu respondenta.

Respondent říká: *„Šíleně mě to štve, nic mě nebaví, když si představíte, že máte spoustu vědomostí a nikdo o ně nestojí, nikdo se nepřijde poradit, raději bych se neviděl.“* Respondent na mě působí depresivně, manželce odpovídá vztekle. Kladu otázku a ptám se na antidepressiva, odpovídá: *„Jo, píšou mně nějaké léky na náladu, ale já to moc neberu, myslím Deprex se to jmenuje.“*

Ohledně otázky na pocity štěstí odpovídá: „Šťastný nejsem, spíše nešťastný.“

„Pesimismus zažívám každý den a stále,“ odpovídá na naši otázku, jestli je pesimistický vlivem nemoci.

Pokládáme otázku na téma psychická únava vlivem nemoci. „Jsem vyčerpaný, stále na to, jak jsem dopadl, musím myslet,“ odpovídá.

Styk s rodinou: „Dcery jezdí většinou každý víkend, ta mladší je svobodná a o víkendu nám zde pomáhá uklidit, něco na zahradě atd. Starší dcera má dvě holčičky, a to je moje radost, když přijedou. Mám sourozence, dříve jsem je navštěvoval, teď už nemůžu, ale oni jezdí sem, většinou na pouť a třeba na Dušičky nebo Vánoce.“

Ohledně styku s přáteli respondent odpovídá: „Měl jsem kámoše, tady z vesnice, kolegy z práce, ale s mým stavem vše skončilo. Když Vy za nimi nejdete, tak vlastně oni postupně přestanou chodit za Vámi, je to smutné, ale je to tak,“ uzavírá respondent.

Stran výletů s rodinou a dovolené říká: „Dříve jsme na výlety jezdili, když ještě holky byly doma, ale jen po Česku, teď, když už bysme mohli se ženou jezdit na dovolené do zahraničí, tak nemůžu vůbec nikam,“ smutně se zadívá.

Komunikace s úřady: „Komunikaci zvládám, vždyť jsem celý život vše zařizoval, stavěli jsme dům, skoro celý jsem ho postavil sám, ale teď osobně nevyřídím nic, když to jde, vykomunikuji to telefonem, jinak vyřizuje dcera s plnou mocí.“

Respondent je vyučený truhlář, říká: „Pracoval jsem v továrně na výrobu hudebních nástrojů, ke konci jako mistr výroby. Po léčbě rakoviny jsem musel jít do invalidního důchodu. Nevládal jsem brzké vstávání a každý den jezdit autobusem do krajského města. Samozřejmě mě i zmáhala osmihodinová pracovní doba, kde většinu času jsem stál na nohou.“ Vše povídal se smutkem ve tváři.

Shrnutí

Respondent je zcela závislý na druhé osobě, v tomto případě na manželce. Nevládne se sám osprchovat, chodit často na WC a nevládne si po sobě ani uklidit a už vůbec uklidit domácnost. Nezajde si nakoupit a nevládne ani chůzi do schodů. Sám si nikam nezajede, do auta se dostane s velkými potížemi za pomoci druhé osoby. S úřady komunikuje jen po telefonu.

Je patrné, že po psychické stránce na tom není dobře. Respondent je vzteklý, netrpělivý, ve špatné náladě, depresivní. Dle jeho slov má naordinovaná antidepressiva, které však nebere pravidelně, což zrovna u této léčby je zcela zásadní, protože při nepravidelnosti nemají účinek.

V sociální oblasti se styk s rodinou omezil jen na jedno místo, a to u respondenta doma, jinak to není možné. Dále bylo vidět, že odchod do invalidního důchodu byl pro respondenta smutná část života.

Na základě našeho pozorování se ukazuje, že z velké části za nesoběstačnost lze vinit extrémní obezitu, a ne karcinom štítné žlázy.

2.7.3 Respondent č. 3 (R3)

Žena, věk 54 let, diagnostikován papilární karcinom štítné žlázy před 4 lety, žije s manželem v domě na vesnici, 3 děti, 2 dcery žijí samostatně, syn bydlí s nimi.

I v tomto případě při stanovení karcinomu štítné žlázy byla indikována tyreoidektomie s následnou léčbou radioaktivního jodu. Samozřejmě je substituce levotyroxinem.

Začínáme otázkami na téma, jak nemoc a její léčba ovlivnila kvalitu života při sebezpečí.

Osobní hygiena: Respondentka působí energicky, plná elánu. Sama říká: *„Tak to ještě zvládnou, ani si neumím představit, že by mě musel někdo umývat“*, směje se.

Pohyb po domácnosti: Respondentka bydlí s manželem a synem ve velkém domě, v přízemí se pohybuje bez problémů samostatně, říká: *„Teď jsme se přestěhovali s ložnicí z prvního patra do přízemí, chodit stále po schodech nahoru a dolů mě už zmáhálo.“*

Úklid domácnosti: *„Zatím zvládám sama, ale už mě to zmáhá, přemýšlím o nějaké pomoci, že by přišla jednou za čas uklidit, ale manžel nechce ani slyšet, tak uvidím, jak dlouho to ještě budu zvládat,“* uzavírá.

Vaření: *„Vaření zvládám, ale složitý oběd už je pro mě náročný a také nevařím každý den, někdy se odbydu, syn má oběd ve škole a manžel v práci.“*

Oblékání: *„Obléknu se sama, dříve jsem se zajímala o módu a ani teď mně není úplně lhostejná.“*

K nakupování respondentka říká: *„Ve vesnici máme Jednotu, tak chodím nakupovat sama, vezmu tolik, abych nákup unesla. Jednou za měsíc manžel ve městě udělá větší nákup, někdy jedu s ním.“*

Cestování: *„Když je potřeba, tak sednu na autobus, ale zbytečně nikam nejezdím a auto neřídím.“*

Ke spánku respondentka říká: *„Tak to naštěstí si nemůžu stěžovat, všude slyším, jak lidi nemůžou spát, já lehnu a spím, tak to je dobrý.“*

Chůze do schodů: *„Chůze do schodů mně začíná dělat problémy, zadýchávám se, musím na podestě se zastavit, tak jsme se úplně přestěhovali do přízemí, abych chůzi do schodů co nejvíce omezila.“*

Chůze po rovině nečiní naší respondentce žádné potíže. *„Po rovině to je úplně v pohodě, chodíme na procházky třeba do lesa, tak jeden kilometr určitě zvládám.“*

Pokračujeme dotazy na téma, jak nemoc a její léčba ovlivnila psychický stav pacienta.

Respondentka říká: *„Musím říct, že se cítím celkem v pohodě. To samozřejmě neplatilo, když mně oznámili diagnózu, to jsem myslela, že je konec, ale postupem času se to lepšilo a teď psychické problémy nemám. To víte, že člověk někdy je našťvaný na celý svět, ale to má někdy přece každý,“* uzavírá.

Klademe otázku, jestli se cítí šťastná, odpovídá: *„Takto jsem o tom nikdy nepřemýšlela, ale asi ano, přežila jsem to, jsem vyléčená, tak co je víc?“* ptá se.

Při otázce, jestli cítí pesimismus, odpovídá: „*Někdy na mě přijdou myšlenky, že se nemoc může vrátit, ale snažím se něčím se zaměstnat a přestat na to myslet.*“

Pokládáme otázku, jestli cítí psychickou únavu vlivem nemoci: „*Moc ne, snažím se stále něco dělat a nepřipouštět si to.*“

Nakonec se ptáme na téma sociálního kontaktu.

Styk s rodinou: „*Syn ještě studuje, tak bydlí s námi, obě dcery jsou už vdané, bydlí mimo, ale často za námi jezdí. Také jsem už dvojnásobná babička a z toho čerpám hodně energie. Jsou to taková moje zlatíčka,*“ dodává. Sourozence prý nemá a zdá se, že toto téma chce rychle přejít.

Styk s přáteli: „*Mám dvě kamarádky tady ve vesnici, s kterými se pravidelně scházíme, sedneme do altánu na zahradě, dáme vínko a je nám fajn.*“ Na respondentce je vidět, že si to umí užít a je spokojená.

Výlety s rodinou a dovolené: Při otázce na dovolenou se zamyslí a říká: „*Na dovolenou do ciziny nejezdíme, spíše jen výlety po Česku, ale vlastně nevím, proč nejezdíme na dovolenou, vždyť na pár dní bych to určitě zvládla, musíme to probrat*“ a spiklenecky na mě mrká.

Komunikace s úřady: „*V naší rodině úřední záležitosti vždy vyřizoval manžel a i teď je vyřizuje. Nejráději mu dám plnou moc, abych nikam nemusela, ale samozřejmě jsem schopná úřední záležitosti vyřídit i sama,*“ uzavírá.

Zaměstnání: Respondentka je vyučená švadlena a dříve pracovala jako švadlena. Po léčbě karcinomu štítné žlázy musela do invalidního důchodu. „*Největší problém mně dělalo být ohnutá k šicímu stroji, protože jsem měla z toho tlaky do hlavy a neustále závratě. Samozřejmě velký problém byl i dennodenní dlouhé dojíždění do města, když jsou dny, kdy Vám fakt není dobře,*“ dodává.

Shrnutí

Respondentka je soběstačná v péči o sebe. Zvládá hygienu, úklid, nakoupit a uvařit. Zvládne chůzi, jen schody jí začaly dělat potíže.

Po psychické stránce je na tom dobře, nemá sklon k depresím a výkyvy nálad má jako každý jiný člověk.

V sociální oblasti problém nemá, stýká se s přáteli i s rodinou. Respondentka musela odejít do invalidního důchodu, ale zdá se, že jí to až tak velký psychický problém nedělá.

2.7.4 Respondent č. 4 (R4)

Žena, věk 73 let, vdova, diagnostikován papilární karcinom štítné žlázy před 15 lety, žije na vesnici v domku se synem.

I když u respondentky č. 4 uběhlo již 15 let od stanovení diagnózy, postup léčby byl stejný jako u předešlých respondentů. Prvním krokem bylo provedení tyreoidektomie. Poté následovala léčba radioaktivním jodem se substituční terapií levotyroxinem, která probíhá již celoživotně.

Rozhovor začínáme otázkami vztahujícími se k ovlivnění kvality života při sebezpečí nemocí a následnou léčbou.

Osobní hygiena: Respondentka potřebuje pomoc při všech činnostech. „Každý všední den přijíždí paní z Charity, pomůže mně obléct, about, umýt a uvaří něco teplého, např. kávu nebo kakao. Snídani mám již připravenou od syna, dá to na stůl, než odjede do práce. O víkendu nikdo nejedí, o vše se postará syn.”

Pohyb po domácnosti: „Udělám pár kroků sama v chodítku, ale snažím se moc nechodit, když jsem tady sama, bojím se, že když bych spadla, tak zůstanu ležet a nikdo mně v té chvíli nepomůže.”

Úklid domácnosti: Respondentka není schopna si doma uklidit: „Uklízí syn, ale to víte, není to ono, chlap, ale říkala jsem mu, ať sežene nějakou paní na úklid, ale bydlíme na vesnici, to se špatně shání, ve městě by to bylo jednodušší,” uzavírá.

Vaření: „Vaření nezvládám, nedokážu vůbec stát u linky, mohla bych sedět, ale musela bych k tomu mít přizpůsobenou linku, nemám kam dát nohy. Obědy mně vozí z družstva a pak přijde zase ta paní z Charity, oběd mně ohřeje a dá na stůl.”

Oblékání: Respondentka se zamyslí a povídá: „Nedokážu si dát ponožky a about boty a vlastně už nedokážu asi nic. Ráno mě obléká paní z Charity a večer mě ukládá ke spaní syn” a podívá se na mě smutně.

Nakupování: „No tak to vůbec, vždyť mě vidíte, nakupuje syn, jezdí do práce autem, tak cestou se někde staví a nakoupí. Mně už je to vlastně jedno, co koupí, nechám to na něm, já už moc nemám chuť a téměř necítím, co jím,” říká.

Cestování: „Já už nikam nejedím, do auta už se nedostanu, když potřebuji k doktorovi nebo do nemocnice, tak přijede sanitka, jinak nic.”

Spánek: Respondentka spí špatně, říká: „Jsou noci, kdy vůbec nespím nebo si to alespoň myslím. Někdy nemůžu usnout, a když usnu, tak jsem za dvě hodiny vyspaná, v nejlepším případě spím do čtyř, víc to nejde. Slyším, že to tak staří lidé mají, tak si vůbec nemyslím, že to má souvislost s tou rakovinou, prostě jsem stará” a podívá se z okna.

Chůze do schodů: „Schody v domě nejsou, a i kdyby byly, tak je jasné, že je nezvládnou.”

Po rovině naše respondentka zvládá jen pár kroků a v chodítku, jinak nic.

Dostáváme se k otázkám na psychický stav respondentky.

„Abych pravdu řekla, já ani nevím, je to už dávno. Určitě jsem z toho byla špatná, ale pak když mně řekli, že to bude dobré, tak jsem se s tím nijak netrápila. Dnes tady celé dny jen sedím a čekám na smrt” a podívá se na mě.

Při otázce na štěstí říká: „Štěstí, to fakt nevím, co to je.”

Respondentka se cítí osaměle a zažívá neustálý smutek.

Na otázku psychická únava z nemoci neodpovídá, jen přikyvuje.

Pokračujeme k otázkám na sociální kontakt.

Styk s rodinou: „Mám syna, který bydlí se mnou, manžel před pár lety zemřel, tak jsem tady celé dny sama. Nikam nedojdu, tak už nikoho nemůžu navštívit. Ještě loni za mnou chodil bratr na kus řeči, ale o svátcích zemřel a už nemám nikoho. Mrzí mě, že nemám vnoučata, to by byla jiná,” uzavírá respondentka.

Styk s přáteli: Respondentka se na mě podívá a říká: „*Prosím Vás, jací přátelé, když nikam nemůžete zajít a stejně, v našich letech už skoro nikdo nežije,*“ dodává.

Výlety s rodinou a dovolené: Při této otázce se usměje a říká: „*Na dovolenou a výlety jsme nikdy nejezdili, víte, to dřív nebylo jak dnes, ale samozřejmě, že je jasné, že nikam nejezdím, když nikam nedojdu*“ a přestane se usmívat.

Komunikace s úřady: „*Vše za mě vyřizuje syn, někdy se zde objeví paní ze sociálky s nějakými papíry a já to jen podepíši.*“

Zaměstnání: Respondentka dříve pracovala v zemědělském družstvu ve vesnici, má základní vzdělání a říká: „*Celý život jsem pracovala na poli nebo se starala o hospodářská zvířata, takže když jsem onemocněla, nešlo to pracovat na slunci, v mrazu, vlhku a musela jsem jít do invalidního důchodu. Kdyby ta nemoc přišla o něco déle, tak už bych šla do normálního důchodu.*“

Shrnutí

Respondentka je nesoběstačná a závislá na pomoci jiných lidí, ať už na synovi nebo na pracovnících z Charity. Nevládne se sama umýt, obléct ani uvařit. Nedokáže zajít nakoupit, ani sama se nepohybuje po bytě. Pokud potřebuje k lékaři, musí pro ni přijet sanitka. S přáteli se nestýká, z rodiny v blízkém kontaktu je jen se synem, který s ní bydlí. Manžela již nemá. Po léčbě nemohla pracovat, šla do invalidního důchodu, ale nebyla tam dlouho, brzy poté šla do důchodu starobního.

Z našeho pozorování vyplývá, že celkový stav respondentky z velké části není zapříčiněn karcinomem štítné žlázy, ale vysokým věkem.

2.8 Analýza a interpretace výsledků

Výsledky výzkumu byly pro lepší přehlednost zaznamenány do tabulek.

Tab. 7: Osobní hygiena

Respondent	Soběstačnost	Částečná závislost	Úplná závislost
R1	■		
R2			■
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 7 znázorňuje stupeň závislosti v osobní hygieně. Hodnocena byla na škále soběstačnost, částečná závislost a úplná závislost. Dva respondenti byli zcela soběstační a dva jsou závislí na druhé osobě.

Tab. 8: Pohyb po domácnosti

<i>Respondent</i>	<i>Zvládá sám/sama</i>	<i>Zvládá s chodítkem</i>	<i>Nezvládá</i>
R1	■		
R2		■	
R3	■		
R4		■	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 8 ukazuje, kdo se pohybuje po domácnosti samostatně a kdo samostatně chůzi nezvládá. Dva respondenti zvládají chůzi bez jakékoli pomoci, zbylí dva zvládají pohyb v chodítku.

Tab. 9: Úklid domácnosti

<i>Respondent</i>	<i>Zvládá samostatně</i>	<i>Zvládá částečně</i>	<i>Nezvládá</i>
R1	■		
R2			■
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 9 znázorňuje, kdo je schopen úklidu domácnosti. Dva respondenti bez problému úklid domácnosti zvládají a 2 zcela nezvládají.

Tab. 10: Vaření

<i>Respondent</i>	<i>Zvládá samostatně</i>	<i>Zvládá s dopomocí</i>	<i>Nezvládá</i>
R1	■		
R2		■	
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 10 nám ukazuje, kdo je schopen si sám uvařit. Zde máme respondenta č. 2, který je schopen si sám uvařit s pomocí druhé osoby, respondent č. 4 vůbec nezvládá a 2 zvládají uvařit bez pomoci.

Tab. 11: Oblékání

<i>Respondent</i>	<i>Zvládá samostatně</i>	<i>Zvládá s dopomocí</i>	<i>Nezvládá</i>
R1	■		
R2		■	
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 11 znázorňuje oblékání. Dva respondenti zvládají se obléct samostatně, respondent č. 2 s pomocí druhé osoby a respondent č. 4 se obléct nezvládá.

Tab. 12: Nakupování

<i>Respondent</i>	<i>Zvládá samostatně</i>	<i>Zvládá částečně</i>	<i>Nezvládá</i>
R1	■		
R2			■
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 12 ukazuje, kdo je jak schopen si nakoupit. Dva respondenti zvládají běžný nákup, 2 nezvládají vůbec.

Tab. 13: Cestování dopravními prostředky

<i>Respondent</i>	<i>Zvládá</i>	<i>Zvládá s obtížemi</i>	<i>Nezvládá</i>
R1	■		
R2		■	
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 13 znázorňuje, kdo zvládá cestování dopravními prostředky. Respondent č. 2 zvládá jízdu autem, byť s obtížemi vzhledem k extrémní obezitě. Respondenti č. 1 a 3 zvládají jízdu dopravními prostředky, respondent č. 4 nezvládá cestování vůbec.

Tab. 14: Spánek

<i>Respondent</i>	<i>Spí kvalitně</i>	<i>Spí přerušovaně</i>	<i>Spí s hypnotiky</i>
R1			■
R2		■	
R3	■		
R4		■	

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 14 je popsáno, jakou mají respondenti kvalitu spánku. Respondent č. 3 uvádí, že spí kvalitně, 2 respondenti mají přerušovaný spánek a respondent č. 1 užívá hypnotika.

Tab. 15: Chůze do schodů

<i>Respondent</i>	<i>Zvládá</i>	<i>Zvládá s dopomocí</i>	<i>Nezvládá</i>
R1	■		
R2			■
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 15 ukazuje, jak respondenti zvládají chůzi do schodů. Dva respondenti vůbec nezvládají a 2 zvládají bez pomoci.

Tab. 16: Chůze

<i>Respondent</i>	<i>Zvládá</i>	<i>Zvládá v chodítce</i>	<i>Nezvládá</i>
R1	■		
R2		■	
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 16 nám ukazuje, jak respondenti zvládají chůzi po rovině. Respondenti č. 1 a 3 zvládají ujít jeden kilometr i více, respondent č. 2 zvládne ujít 50 metrů v chodítku a respondent č. 4 nezvládne chůzi vůbec.

Tab. 17: Psychický stav

<i>Respondent</i>	<i>Vyrovnaný</i>	<i>Apatický</i>	<i>Depresivní</i>
R1	■		
R2			■
R3	■		
R4		■	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 17 znázorňuje psychický stav. Dva respondenti popisují svůj stav jako vyrovnaný, jen někdy se špatnou náladou, respondent č. 2 je depresivní a č. 4 apatický.

Tab. 18: Pocit štěstí

<i>Respondent</i>	<i>Pocituje štěstí</i>	<i>Spíše nešťastný</i>	<i>Bez pocitu štěstí</i>
R1	■		
R2		■	
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 18 popisuje, kdo se cítí být šťastný. Respondenti č. 1 a 3 se cítí být šťastnými, respondent č. 2 se cítí být spíše nešťastným a respondentka č. 4 neví, co to štěstí je.

Tab. 19: Pesimismus a smutek vlivem nemoci

<i>Respondent</i>	<i>Neustále</i>	<i>Občas</i>	<i>Neudává</i>
R1		■	
R2	■		
R3		■	
R4	■		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 19 znázorňuje pesimismus a smutek. Respondenti č. 1 a 3 se cítí občas smutně, č. 2 a 4 se tak cítí neustále.

Tab. 20: Psychická únava vlivem nemoci

<i>Respondent</i>	<i>Neustále</i>	<i>Občas</i>	<i>Minimálně</i>
R1		■	
R2	■		
R3			■
R4	■		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 20 zobrazuje, že psychickou únavu prožívají v podstatě všichni respondenti, byť každý s jinou četností.

Tab. 21: Styk s rodinou a přáteli

<i>Respondent</i>	<i>Udržuje vztahy</i>	<i>Jen v domácnosti</i>	<i>Neudrží</i>
R1	■		
R2		■	
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 21 ukazuje, jak se respondenti stýkají s rodinou a přáteli. Dva respondenti se stýkají neomezeně, respondent č. 2 se stýká jen u něho doma a respondent č. 4 vztahy žádné neudrží.

Tab. 22: Komunikace s úřady

<i>Respondent</i>	<i>Zvládá osobně</i>	<i>Zvládá telefonicky</i>	<i>Nezvládá</i>
R1	■		
R2		■	
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 22 popisuje komunikaci s úřady. Respondenti č. 1 a 3 komunikaci s úřady zvládají, respondent č. 2 zvládá komunikaci po telefonu a respondent č. 4 komunikaci nezvládá vůbec.

Tab. 23: Výlety s rodinou

<i>Respondent</i>	<i>Zvládá</i>	<i>Zvládá s dopomocí</i>	<i>Nezvládá</i>
R1	■		
R2			■
R3	■		
R4			■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 23 znázorňuje, kdo zvládá výlety s rodinou. Respondenti č. 1 a 3 výlety zvládají a respondenti č. 2 a 4 výlety nezvládají.

Tab. 24: Zaměstnání

<i>Respondent</i>	<i>Pracuje</i>	<i>Invalidní důchod po léčbě</i>	<i>Přechod do starobního důchodu</i>
R1		■	■
R2		■	■
R3		■	
R4		■	■

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 24 nám ukazuje, kdo musel odejít po léčbě do invalidního důchodu. Všichni respondenti museli odejít do invalidního důchodu, ale respondentům č. 1, 2 a 4 se překloupil důchod ve starobní, respondent č. 3 je stále v invalidním důchodu.

Tab. 25: Bolest

<i>Respondent</i>	<i>Generalizovaná bolest</i>	<i>Lokalizovaná bolest</i>	<i>Spíše bez bolesti</i>
R1		■	
R2	■		
R3			■
R4	■		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 25, která popisuje bolest, nám znázorňuje, kdo trpí bolestí a v jakém rozsahu. Respondenti č. 2 a 4 trpí generalizovanou bolestí, respondent č. 1 trpí lokalizovanou bolestí a respondent č. 3 bolestmi spíše netrpí.

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života po léčbě karcinomu štítné žlázy. Důvodem byla vlastní zkušenost s tímto onemocněním, protože se ve větší míře objevilo v rodině autorky. Pro dosažení cílů jsme zvolili tři výzkumné otázky. Výzkumné šetření bylo provedeno metodou kvalitativního výzkumu za využití polostrukturovaných rozhovorů s respondenty. Celkem byly uskutečněny čtyři rozhovory s lidmi, kterým byl diagnostikován karcinom štítné žlázy a poté prošli léčbou karcinomu. Výzkumu se zúčastnili tři ženy a jeden muž.

Jelikož jsme v literatuře nedohledali totožné zadání tématu, zvolili jsme svým zaměřením příbuzné práce, a to bakalářskou práci Kvalita života při onemocnění štítné žlázy (Ivanická 2023) a bakalářskou práci Kvalita života pacientů s karcinomem štítné žlázy (Benáková 2011).

První výzkumná otázka: Jak nemoc a její léčba ovlivnila kvalitu života při sebepéči?

K první výzkumné otázce se vztahovala doména hygiena, kde dva respondenti jsou úplně soběstační a dva zcela závislí na okolí. V porovnání s Ivanickou (2023), kde jsou všichni respondenti soběstační.

V doméně pohyb po domácnosti 2 respondenti uvedli, že pohyb po domácnosti zvládají, 1 zvládá s chůzí a 1 vůbec ne, zatímco dle Ivanické (2023) všichni zvládají samostatně.

Úklid domácnosti 2 respondenti zvládají a 2 nezvládají.

Při otázce na vaření jsme zjistili, že 1 respondent zvládá uvařit, ale musí u toho sedět, druhý vůbec nezvládá a 2 nemají s vařením žádný problém.

V doméně oblékání jsou 2 respondenti zcela nezávislí, jeden zvládá s dopomocí a jeden vůbec nezvládá. Porovnáme-li s Ivanickou (2023), nikoho oblékání neomezuje, aby se nezvládl obléct.

Nakupování nejsou schopni dva respondenti a dvěma nečiní nákup žádné potíže. Ivanická (2023) udává, že 75 % respondentů není v nakupování omezeno.

V doméně cestování 2 respondenti zvládají cesty hromadnou dopravou, 1 zvládá řídit auto, ale má potíže se vůbec do auta dostat. Jedna respondentka cestování vůbec nezvládá; potřebuje-li k lékaři, přijíždí pro ni sanitka.

Ptáme-li se na spánek, 1 respondentka odpovídá, že spí dobře, druhá odpovídá, že spí špatně a někdy si vezme hypnotikum, třetí respondent musí spát s dýchacím přístrojem kvůli noční apnoe. Čtvrtá respondentka prý téměř nespí.

Chůze do schodů 2 respondenti zvládají, 2 nikoliv. Dle Ivanické (2023) schody nečinily potíže 82 % respondentů.

Dle našeho šetření má dopad na kvalitu života při sebepéči zejména extrémní obezita a vysoký věk, což jsou faktory, které významně zhoršují kvalitu života v této oblasti u našich respondentů. Pokud člověk onemocní papilárním karcinomem štítné žlázy v dobré tělesné kondici, v dalším životě nemusí být nutně zhoršena kvalita života ve fyzické oblasti.

Odpověď na otázku č. 1: Nemoc a její léčba zásadně nezhoršila kvalitu života při sebepéči.

Druhá výzkumná otázka: Jak nemoc a její léčba ovlivnila psychický stav pacienta?

Ve druhé výzkumné otázce jsme se ptali respondentů, jak se cítí po psychické stránce.

Respondent č. 1 uvedl, že je hodně ovlivněn počasím, má sklon ke změně nálad, ale nemá sklon k depresím. Respondent č. 2 trpí depresemi, antidepresiva neužívá pravidelně a v tom případě nemůžou pomoci. Respondent č. 3 nemá výrazné psychické problémy, někdy mívá špatnou náladu.

Respondent č. 4 si kvůli vysokému věku psychickou stránku neuvědomuje, říká, že čeká na smrt.

Dle našeho šetření respondent č. 2 trpí depresemi, ostatní udávají spíše změnu nálad. Podle Ivanické (2023) žádný z tázaných neměl depresi, stejně tak Benáková (2011) dochází ke stejnému závěru, nikdo neměl deprese ani úzkosti.

Při otázce na pesimismus a smutek vlivem nemoci naši respondenti byli rozděleni přesně na půl. Občas pociťují pesimismu 2 respondenti a stále také 2 respondenti. V porovnání s Ivanickou (2023), kde stále nepociťuje pesimismus nikdo, občas a dost často polovina respondentů, málokdy a nikdy pak druhá polovina respondentů. Domníváme se, že pro relevantní srovnání by bylo zapotřebí provést kvantitativní výzkum. Z našeho zkoumání vyplývá, že všichni respondenti byli nějakou měrou psychicky zatíženi.

Odpověď na otázku č. 2: Nemoc a její léčba ovlivňuje psychický stav pacienta.

Třetí výzkumná otázka: Jak nemoc a léčba ovlivnila život v sociální oblasti?

Ve třetí výzkumné otázce jsme se zaměřili na oblast sociální, zajímalo nás začlenění respondentů po léčbě do společnosti.

První doména se týkala styku s rodinou a přáteli. První respondent uvádí, že se stýká s rodinou i přáteli, navštěvují se navzájem a v této oblasti není omezen. Respondent č. 2 se stýká s rodinou, ale musí to být doma. S přáteli se nestýká. Respondent č. 3 se stýká s rodinou i přáteli, někdy doma a někdy jedou děti nebo přátele navštívit. Respondent č. 4 se nestýká již s nikým, pokud nepočítáme syna, se kterým společně bydlí.

Ve druhé doméně bylo za cíl zjistit, jak zvládají komunikaci s úřady. Respondenti č. 1 a 3 zvládají komunikaci bez problémů, respondent č. 2 je schopen komunikovat po telefonu a respondent č. 4 není schopen žádné komunikace s úřady.

Výletů s rodinou jsou schopni respondenti č. 1 a 3, respondenti č. 2 a 4 toho schopni nejsou.

U domény zaměstnání se ukázalo, že všichni respondenti museli odejít do invalidního důchodu. Zde se můžeme pozastavit nad tím, zda se respondenti shodují nad důvody, proč museli odejít do invalidního důchodu. Určitě je problém brzkého vstávání a cestování hromadnou dopravou, pobyt na slunci, nebo naopak ve velkém chladu, dlouhé stání a nemožnost si sednout a odpočinout.

Odpověď na otázku č. 3: Nemoc a její léčba má vliv na sociální interakce ve společnosti.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Karcinom štítné žlázy v populaci poslední dobou narůstá, z toho důvodu je zapotřebí dostat toto téma co nejvíce do podvědomí lidí. Důležitou součástí je prevence. Štítná žláza je pro náš organismus velice důležitý orgán, jak jsme již ukázali v teoretické části. Dnes již víme, že zdravý životní styl se na kvalitě života podílí z 50 %. Jen dalších 15 % se připisuje genetice a 10–15 % životnímu prostředí (Kopečková 2019). Z toho je patrné, že více než 50 % máme ve svých rukou. Jako první, možná nejdůležitější, je třeba zmínit potřebu nekouřit a nepít alkohol. Dalším, neméně důležitým aspektem je eliminovat stres a nejlépe se mu úplně vyhnout.

V našem případě, u respondenta č. 2 vidíme, jaký problém způsobila extrémní obezita, z toho důvodu jako další prevenci uvádíme prevenci obezity a mnohonásobně varujeme před extrémní obezitou.

Na co bychom neměli zapomínat, je včasná diagnostika, kam patří samovyšetření krku, kdy si můžeme nahmatat bulku nebo uzlík. Také musíme zpozornět u změny kvality vlasů a změnách na kůži. Tuto diagnózu většinou provází vyšší únavnost.

V návrhu pro praxi se musíme zmínit o tématu invalidního důchodu, kde vidíme možná řešení a kde jako společnost zaostáváme. Naši respondenti se shodovali na tom, že jako největší problém spatřovali brzké vstávání a ranní přepravu hromadnou dopravou. Další problém, který shodně zmiňovali, je práce v extrémních podmínkách, např. na přímém slunci, v extrémním chladu a podobně. V neposlední řadě se jedná o práci ve stoje, nemožnost si pracovat dle svých možností. Zde se nabízí několik řešení, která by předešla odchodu do invalidního důchodu.

V prvé řadě zde stojí za zmínku home office neboli práce z domova. Byť u některých profesí taková forma práce není myslitelná, například u respondentky č. 3 by práce z domu možná byla. Pracovala by dle momentálního zdravotního stavu a pokud by plný úvazek nezvládala, nabízel by se zde úvazek zkrácený, doplněný částečným invalidním důchodem.

Další možností by byl zkrácený úvazek, například respondenti č. 1 a 2 by do práce přijížděli na devátou hodinu, jelikož panovala shoda právě v tom ohledu, že časně vstávání byl po léčbě karcinomu největší problém.

Třetí možnost vidíme v přeřazení v rámci jednoho zaměstnavatele na jinou funkci, a to u respondentky č. 4. V rámci družstva existovala možnost přeřadit respondentku z venkovního prostředí do přidružené výroby, kde by mohla pracovat v sedě a v teple.

Výsledkem uvedených návrhů by byl stav, kdy by do invalidního důchodu mohlo přecházet mnohem méně lidí, což by mohlo ulevit jak pacientům, tak státnímu sociálnímu systému.

Po léčbě karcinomu štítné žlázy nesmíme zapomínat na pravidelné kontroly v endokrinologické ambulanci, kam pacienti docházejí pro zjištění hladiny hormonů štítné žlázy. Také by měli být edukováni lékařem o důležitosti užívání léků jak slovně, tak pomocí letáčků. Udržování správné hladiny hormonů a minerálů má též významný vliv na kvalitu života po léčbě.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak karcinom štítné žlázy a následná léčba ovlivňují kvalitu života po léčbě karcinomu štítné žlázy.

V teoretické části byla popsána diagnostika, léčba, rozdělení nádorů, péče o nemocného v ošetrovatelském procesu a péče o psychiku.

V praktické části jsme popsali metody výzkumu a stanovili jsme si cíl se třemi výzkumnými otázkami. Vybrali jsme kvalitativní výzkum pomocí rozhovorů se čtyřmi respondenty. Rozhovory se uskutečnily doma u respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulkách, pod tabulkami jsou výsledky popsány.

V diskuzi jsou uvedeny odpovědi na všechny tři výzkumné otázky a porovnány s jinými pracemi. Jak jsme již uvedli v diskuzi, shodné téma, které jsme zvolili, nebylo zatím zpracováno v dostupné literatuře, pro srovnání výsledků jsme tedy použili témata blízka.

První výzkumná otázka měla za úkol zjistit kvalitu života při sebepéči. Zjistili jsme, že v tomto výzkumu můžeme rozdělit respondenty na polovinu, přičemž ti, u nichž v této oblasti ke zhoršení kvality života došlo, jsou zatíženi buď vysokým věkem, nebo extrémní obezitou. Došli jsme tedy k závěru, že samotná léčba karcinomu štítné žlázy pacienty v sebepéči nemusí nutně omezit.

Ve druhé výzkumné otázce jsme si stanovili za cíl zjistit psychický stav pacientů. Z našich výsledků plyne, že všichni respondenti jsou do určité míry zatíženi, ať už se jedná o špatnou náladu, apatii, nebo dokonce depresi u jednoho z respondentů. V otázce o psychickém stavu jsme tedy dospěli k závěru, že nemoc a její léčba ovlivňují psychický stav pacienta.

Třetí výzkumná otázka se týkala sociální interakce, to je začlenění pacienta do společnosti. Naš výzkum poukázal na malou informovanost firem, které nenabízejí pacientům možnosti zaměstnání po léčbě, v čemž má naše společnost nedostatky. Na druhou stranu se v současné době situace zlepšuje, zde tedy spatřujeme příslib pozitivní změny do budoucna. V odpovědi na otázku č. 3 konstatujeme, že nemoc a její léčba mají vliv na kvalitu života v sociální oblasti.

Cílem bakalářské práce bylo zjištění kvality života po léčbě karcinomu štítné žlázy, cíl byl splněn.

V doporučení pro praxi jsme navrhli některá řešení, která se týkají odchodu do invalidního důchodu po léčbě karcinomu štítné žlázy. Zjistili jsme, že pacienti odcházejí do invalidního důchodu, ale kdyby se jim upravila pracovní doba nebo mohli pracovat z domu, tak by do invalidního důchodu odcházet nemuseli. Také se nabízí možnost přeřazení zaměstnance v rámci podniku na jinou pracovní pozici. Z našich rozhovorů bylo patrné, že respondenti při tomto tématu byli smutní a uvítali by větší vstřícnost ze strany zaměstnavatelů, aby nemuseli do invalidního důchodu. Také jsme zjistili, že záleží, v jaké kondici se pacient nachází při stanovení karcinomu štítné žlázy. Pokud je fyzicky zdatný, nemá po léčbě karcinomu problémy a dále zůstává soběstačný. A platí to i obráceně, když je pacient ve zhoršené fyzické kondici, extrémně obézní, tak se zvyšujícím se věkem přichází čím dál více omezení v soběstačnosti.

Seznam použité literatury

ASTL, Jaromír, 2013. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-376-3.

BALBOUH, Radvan, 2015. Metody psychologie. In: Ilona GILLERNOVÁ, ed. *Vybrané kapitoly z psychologie pro každého*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7308-568-1.

BENÁKOVÁ, Miluše, 2011. *Kvalita života pacientů s karcinomem štítné žlázy*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.

ČEŠKA, Richard, Tomáš ŠTULC, Vladimír TESAŘ a Milan LUKÁŠ, 2015. *Interna*. 2., aktualizované vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7387-885-6.

DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

EFFINGER, Karen E. a Michael P. LINK, 2016. For Patients With Cancer, Cure Is Not Enough. *JAMA Oncology*. 2(2), 176–178. ISSN 2374-2437.

GERYK, Edvard, Teodor HORVÁTH, Petr KUBÍČEK a Radim ŠTAMPACH, 2011. Očekávané počty karcinomů štítné žlázy ve světě. *Onkologie*. 5(6), 340–343. ISSN 18024475, 18035345.

GRIM, Miloš a Oldřich FEJFAR, 2011. *Anatomie*. 3., upr.dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3817-8.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

IVANICKÁ, Kateřina, 2023. *Kvalita života u pacientů s onemocněním štítné žlázy*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

JIRÁSEK, Arnold, 1961. *Chirurgie bolesti*. 2., přeprac. vyd. Praha: ČSAV. Nové obzory vědy.

KARLÍKOVÁ, Marie a Ondřej TOPOLČAN, eds., 2013. *Hormony a jejich působení*. 1. vydání. Plzeň: Univerzita Karlova, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-260-5640-9.

KOPEČKOVÁ, Kateřina, 2019. *Nádory štítné žlázy*. První vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5155-2.

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

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV BRNO, 2023. *Nádory štítné žlázy*. Online. Dostupné z: <https://www.mou.cz/nadory-stitne-zlazy/t1495>. [citováno 2023-11-17].

MÜHLPACHR, Pavel, 2017. *Kvalita života seniorů*. 1. vydání. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-260-3.

PADILLA, G. V. a M. M. GRANT, 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *ANS. Advances in nursing science*. **8**, 45. ISSN 0161-9268.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

TRACHTOVÁ, Eva, 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

VLČEK, Petr, Dana NOVÁKOVÁ a Rami KATRA, 2017. Karcinomy štítné žlázy: současný pohled na diagnostiku a léčbu. *Vnitřní lékařství*. **63**, 572. ISSN 0042-773X.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2014. *Speciální chirurgie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-128-5.