

# Potřeby nemocných s hypotyreózou

Lucie Kovářová

---

Bakalářská práce  
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd  
akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Kovářová**  
Osobní číslo: **H15036**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Potřeby nemocných s hypotyreózou**

Zásady pro vypracování:

Vypracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti potřeb nemocných s hypotyreózou.  
Příprava metodiky výzkumu.  
Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.  
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných výsledků.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

**KRŠEK, Michal. Endokrinologie. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-687-8.**

**MARKALOUS, Bohumil a Marie GREGOROVÁ. Nemoci štítné žlázy: otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-961-0.**

**PEATE, Ian, Karel WILD a Muralitharan NAIR. Nursing practice: knowledge and care. Chichester: Wiley Blackwell, 2014. ISBN 978-118-48136-3.**

**SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK. Vnitřní lékařství: 2. díl. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2110-1.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Vladimír Koutecký**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**5. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**18. května 2018**

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018

  
doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 28.2.2018

.....  


<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odprá-ří autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá potřebami nemocných s hypotyreózou. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly, které se dále člení. Obsahuje anatomii a fyziologii štítné žlázy, obecné rozdělení onemocnění štítné žlázy, dále je zaměřena přímo na hypotyreózu a v neposlední řadě na potřeby nemocných.

Praktická část je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu a technikou rozhovoru zjišťuje, jak jsou nemocní informováni o hypotyreóze a jaké specifické potřeby, změny a omezení u nemocných s hypotyreózou nastaly.

Klíčová slova: štítná žláza, nemoci štítné žlázy, hypotyreóza, potřeby, potřeby nemocných.

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the needs of patients with hypothyroidism. The thesis is divided into a theoretical and practical part.

The theoretical part is divided into four chapters which are also divided into separate sections. It contains an anatomy and a physiology of the thyroid gland, a general division of thyroid diseases. It is also directly focused on hypothyroidism and on the needs of patients.

The practical part is elaborated with a qualitative research, and by means of an interviewing it determines how the patients are informed about hypothyroidism and what specific needs, changes and limitations occurred in patients with hypothyroidism.

Keywords: thyroid gland, thyroid diseases, hypothyroidism, needs, needs of patients

Chtěla bych velmi poděkovat panu Mgr. Vladimíru Kouteckému za trpělivé a srdečné vedení mé bakalářské práce a za všechny jeho cenné rady, které mi s ochotou poskytoval. Dále děkuji především respondentkám, které mi věnovaly svůj čas při rozhovorech a sdělily mi informace o svém onemocnění. Velké poděkování patří i mé rodině, partnerovi a přátelům.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY</b> .....	<b>12</b>
1.1 ŠTÍTNÁ ŽLÁZA .....	12
1.2 FYZIOLOGIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY .....	13
<b>2 OBECNÉ ROZDĚLENÍ ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY</b> .....	<b>16</b>
2.1 ROZDĚLENÍ ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY PODLE PATOLOGICKO – ANATOMICKÝCH ZMĚN .....	16
2.1.1 Záněty.....	16
2.1.2 Struma .....	17
2.1.3 Nádory štítné žlázy.....	17
2.2 FUNKČNÍ ZMĚNY .....	18
<b>3 HYPOTYREÓZA</b> .....	<b>19</b>
3.1 ETIOPATOGENEZE.....	19
3.2 PŘÍZNAKY .....	20
3.2.1 Deficit jódu.....	21
3.3 RIZIKOVÉ FAKTORY .....	22
3.4 DIAGNOSTIKA .....	23
3.4.1 Laboratorní diagnostika .....	23
3.4.2 Zobrazovací metody .....	24
3.4.3 Další vyšetření.....	24
3.5 LÉČBA .....	24
3.6 MYXEDÉMOVÉ KÓMA.....	25
3.7 VROZENÁ HYPOTYREÓZA .....	26
<b>4 POTŘEBY NEMOCNÝCH S HYPOTYREÓZOU</b> .....	<b>28</b>
4.1 NEMOCNÝ ČLOVĚK A JEHO POTŘEBY .....	29
4.1.1 Poznání lidských potřeb .....	30
4.1.2 Bariéry v naplnění potřeb.....	30
4.1.3 Změny v chování jedince při nedostatečné saturaci potřeb .....	31
4.1.4 Motivace pro naplnění potřeb .....	31
4.2 POTŘEBY V OŠETŘOVATELSTVÍ .....	32
4.2.1 Využití ošetřovatelského procesu v oblasti naplnění lidských potřeb .....	32
4.2.2 Význam ošetřovatelské péče z hlediska uspokojování potřeb .....	33
4.3 HIERARCHIE POTŘEB PODLE A. H. MASLOWA.....	33
4.4 POTŘEBY A HYPOTYREÓZA.....	34
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>5 METODIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>38</b>



5.1	CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	39
5.2	ORGANIZACE ŠETŘENÍ .....	39
5.3	STRUKTURA ROZHOVORU .....	40
5.4	VÝBĚR RESPONDENTŮ .....	40
<b>6</b>	<b>ZPRACOVANÉ ROZHOVORY .....</b>	<b>43</b>
	<b>DISKUSE .....</b>	<b>79</b>
	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>85</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>86</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>92</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>93</b>

## ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce jsou potřeby nemocných s hypotyreózou. Hlavním důvodem pro výběr tématu bylo především to, že výskyt tohoto onemocnění je v dnešní době stále vyšší a že hypotyreóza je podle mého názoru onemocnění, o kterém se málo mluví. Můžeme si tedy položit otázku, proč tomu tak je. Myslím si, že chybou je především to, že léčba pacienta, který trpí daným onemocněním, spočívá "jen" v substituci hormonů a následně díky správné léčbě se jejich stav často vrací k "normálnímu". Nikdo se však dále nezajímá o pacientovy změny či jeho vzniklé potřeby, nebo zda jejich život onemocnění nějakým způsobem ovlivnilo. Výběr tématu byl tedy pro mě velkou motivací prohloubit si své znalosti v dané problematice.

Každá nemoc zasahuje určitým způsobem do života nemocného, ten však může vnímat své onemocnění a jeho projevy jinak než například jeho rodinný příslušník či známý. Člověka bereme jak jedinečnou osobu a to samé můžeme říct vlastně o každé nemoci, protože ta je totiž také něčím jedinečná a specifická. Jak už jsem zmiňovala, onemocnění štítné žlázy v dnešní době má tendenci se stále zvyšovat. Věkové rozmezí u hypotyreózy nehraje žádnou roli. Vyskytuje se jak u mladších, tak i u starších pacientů. Postihuje však především ženy. Výskyt hypotyreózy je přibližně 0,5 %. U žen je výskyt tohoto onemocnění 3 – 5 %. U starších žen se může výskyt pohybovat až okolo 10 – 25%. Klinické projevy onemocnění jsou často plíživé a dá se říct, že nenápadné, proto hypotyreóza se často diagnostikuje díky náhodnému odběru krve nebo pokud má pacient stále nějaké nespecifické potíže.

Hypotyreóza může vzniknout při postižení přímo štítné žlázy nebo tehdy, kdy se vyskytuje její nedostatečná stimulace. Její léčba hlavně spočívá v pravidelné substituci hormonů a pravidelných kontrolních odběrech krve, kdy se léky a jejich dávka mohou měnit v závislosti na výsledcích odběru krve. Pacienti s hypotyreózou jsou hospitalizováni jen v případě, pokud je jejich stav zhoršen nebo pokud je jejich stav ohrožen přímo na životě, kdy se může u pacientů vyskytnout komplikace pojmenována jako myxedémové kóma.

Myslím si, že všeobecná sestra by měla mít znalosti ohledně zmiňovaného onemocnění, protože je to právě ta osoba, která by si měla všimnout celkového stavu pacienta a je taktéž právě ta osoba, která by měla doporučovat, poskytovat a zároveň informovat pacienta o tom, co je pro něj důležité a co potřebuje nejvíce.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Vzhledem k vybranému tématu bakalářské práce se budeme v této kapitole zabývat anomií a fyziologií štítné žlázy.

### 1.1 Štítná žláza

Štítná žláza je umístěna na přední straně krku podél hrtanu a trachey a má tvar písmene H. Obsahuje pravý a levý lalok – lobus dexter et lobus sinister. Laloky jsou uloženy při okraji hrtanu a horní průdušnice a isthmus glandulae thyroidea – užší příčný můstek, který spojuje oba laloky. Isthmus můžeme najít na 2. – 4. prstenci průdušnice. Může se stát, že isthmus může chybět. Často vybíhá kraniálně v pruh zvaný lobus pyramidalis. Na pólech štítné žlázy se nachází příštítná tělíska (Čihák, 2016, s. 428; Rokyta, 2015, s. 354).

Štítná žláza není za normálních okolností viditelná, avšak při asymetrii svalů a štíhlých šíjích může být (Klener, 2006, s. 915; Peate, Wild a Nair, 2014, s. 769).

Barva štítné žlázy je červenohnědá až červenofialová. Zbarvení štítné žlázy závisí na náplni cév krví. Povrch žlázy je většinou hladký, ale může se občas vyskytnout známka hrbolovitosti, na které mohou být viditelné prosvítající lalůčky (Čihák, 2016, s. 428).

Velikost a hmotnost štítné žlázy se liší podle pohlaví a věku. Muži mají převážně menší štítnou žlázu oproti ženám. Hmotnost štítné žlázy je tedy přibližně 30 – 40 g. Rozměry laloku jsou zpravidla 5 – 8 x 2 – 4 cm, isthmus je dlouhý a široký kolem 2 cm a asi 0,5 cm silný. Ve stáří má štítná žláza tendenci se zmenšovat. Rozdíly jsou i geografické, kdy se štítná žláza v průměru populace zvětšuje následkem zvyšující se vzdálenosti od moře a rovněž se stoupající nadmořskou výškou. Štítnou žlázu můžeme vidět na obrázku v Příloze P I (Čihák, 2016, s. 428; Naňka a Elišková, 2015, s. 191).

Upevnění štítné žlázy k okolí je zajištěno vazivem k hrtanu a k průdušnici a následně spojením pouzdra žlázy s vazivem okolí. Zesílené pruhy vaziva přicházejí rovněž a. thyroidea superior – shora k přednímu okraji laloku a podél a. thyroidea inferior – z laterální strany k dolnímu okraji laloku. Ve střední čáře sestupuje od dolního okraje žlázy vazivová plátěnka – lamina thyropericardica, která dosahuje k přední straně osrdečníku (Čihák, 2016, s. 429).

Stavba štítné žlázy zahrnuje tenké vazivové pouzdro obalující oba laloky a tenká septa, která odcházejí z pouzdra a dělí hmotu žlázy na drobnější lalůčky. Pod pouzdrům se nachází bohatá cévní pletěň, pomocí které ze žlázy odstupují četné větve. Lalůčky štítné žlá-

zy jsou složeny z oblých uzavřených váčků (folikulů). Stěnu těchto folikulů tvoří soubor folikulárních buněk. Hustý a vazký koloid je uvnitř dutiny váčku. Již zmiňovaný koloid má za úkol vyplňovat dutinu váčků a je také výsledkem folikulárních buněk a zároveň pojímá bílkovinu tyreoglobulin. Na tuto bílkovinu se váže účinný hormon štítné žlázy zvaný tyroxin (Dylevský, 2009, s. 426).

Štítná žláza má velmi bohaté cévní a nervové zásobení. Tepny štítné žlázy mají dva hlavní zdroje a. thyroidea superior a a. thyroidea inferior, které mají společná spojení na povrchu laloku. Pro horní a dolní část laloku přicházejí shora pomocí párové a. thyroidea superior z a. carotis externa. Zdola pro dolní a zadní část laloku a také rovněž pro isthmus přichází pomocí párové a. thyroidea inferior, která je větví truncus thyrocervicalis z a. subclavia (Čihák, 2016, s. 32).

*„Žilní pleteně začínají mezi listy pouzdra štítné žlázy, odkud odchází jako v. thyroidea superior et media do v. jugularis interna. Dolní část zajišťují vv. thyroideae inferiores, které tvoří nepárový plexus thyroideus impar, jenž odtéká do v. brachiocephalica sinistra. Sympatická vlákna jdou tedy z krčních sympatických ganglií, kdežto parasympatická vlákna z nervus vagu.“* (Naňka a Elišková, 2015, s. 192)

Co se týká nervů, z krčního sympatiku vychází vlákna sympatická pro štítnou žlázu. Naproti tomu z nervus vagus přicházejí parasympatická vlákna. Nervy přichází do parenchymu. Větší část přichází k cévám a k buňkám folikulů, naproti tomu do parafolikulárních buněk nepřichází (Čihák, 2016, s. 432, Naňka a Elišková, 2015, s. 192).

Lymfatické cévy začínají ve žláze, následně pod pouzdrem dochází k vytvoření pleteně a z ní jde podél krevních cév do nn. lymphatici cervicales profundi podél v. jugularis interior (Naňka a Elišková, 2015, s. 192).

## 1.2 Fyziologie štítné žlázy

Úkolem štítné žlázy, tedy žlázy s vnitřní sekrecí, je vytvářet tři hormony tyroxin (dále už jen “T4”), trijodtyronin (dále už jen “T3”) a kalcitonin. Tyto dva hormony jsou produkovány folikulárními buňkami štítné žlázy a jsou v krvi navázané na transportní bílkovinu, nejčastěji albuminy. Naopak kalcitonin je produkován parafolikulárními buňkami a účastní se na metabolismu vápníku. Antagonistou kalcitoninu je parathormon, který je tvořený v příštítných tělískách (Mourek, 2012, s. 120).

Základní stavební jednotkou štítné žlázy je folikul, vyplněný koloidem. Folikul je tvořen z epitelových buněk, které pod vlivem hypofyzárního hormonu tyreotropinu (dále už jen “TSH“) tvoří hormony T3 (5 %) a T4 (95 %). Z těchto dvou hormonů je známější tyroxin, ale konečnou účinnou látkou je trijodtyronin, na který se váže tyroxin ve tkáních a metabolizuje. Pokud je přítomna absence žádoucího vysokého metabolismu, tak se tyroxin metabolizuje na biologicky neaktivní formu T3. Na tvorbě hormonů se podílí enzym nazýván jako tyreoidální peroxidáza (TPO) a glykoprotein tyreoglobulin (Tgl). Látkovou výměnu rovněž ovlivňuje enzym dejodázy. Tvorba hormonů je závislá i na příjmu jódu. Následně pro cílové využití hormonů v buňkách je potřebný i selen (Markalous a Gregorová, 2007, s. 27; Peate, Wild a Nair, 2014, s. 769; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 126).

Hormony štítné žlázy jsou velmi důležité pro lidský organismus. Mají vliv na růst a dozrávání jedince, a to zejména mozku a nervového ústrojí. Pokud je vážný nedostatek mateřských hormonů štítné žlázy v těhotenství, dochází tak k těžkému poškození mozku ještě nenarozeného dítěte, kdy se po narození u novorozence rozvíjí tzv. kretenismus, což je charakteristické pro duševní zaostalost a narušení tělesného vývoje. Ke včasnému zachytu tohoto onemocnění slouží novorozenecký screening, kdy se zjišťuje hladina TSH ze vzorku kapky krve, která je odebrána z patičky novorozence (Markalous a Gregorová, 2007, s. 27 – 28).

U dospělého jedince hlavní vliv hormonů je metabolický. Při nedostatku hormonů se metabolismus zpomaluje, naopak při jeho nadbytku se zrychluje. Hormony dále působí na oběhovou soustavu, ovlivňují kosterní svaly či trávicí trakt, krevetvorbu, imunitní systém nebo kůži. Mezi další účinky řadíme zvyšující tvorbu tepla ve tkáních a rovněž tvorbou tepla k udržování stálé tělesné teploty. V neposlední řadě mají vliv na stav kostní tkáně, kdy dlouhodobý nadbytek hormonů způsobuje řídnutí kostí a naproti tomu dlouhodobý nedostatek vede ke zvýšení rizika aterosklerózy. Hormony mají rovněž schopnost zvyšovat uvolňování tuků z tukové tkáně, podporovat proteosyntézu a urychlovat růst, dále zvyšovat ztráty vápníku a fosfátů do moči, zvyšovat citlivost tkání k jiným hormonům – glukokortikoidům, inzulinu, glukagonu, STH, adrenalinu či noradrenalinu. Hormony zvyšují dráždivost nervové soustavy, a naopak snižují cholesterol v krvi (zvyšují ztráty cholesterolu z těla). Kalcitonin taktéž hraje důležitou roli v regulaci látkové výměny vápníku a fosforu. Hladina hormonů se zvyšuje při vzácných nádorech štítné žlázy, jedním z nich je například medulární karcinom (Markalous a Gregorová, 2007, s. 28; Merkunová a Orel, 2008, s. 198 – 199).

Řízení sekrece spočívá v zprostředkování mechanismu složité zpětné vazby prostřednictvím vyšších hormonů. Hypotalamus uvolňuje tzv. tyreotropin stimulující hormon (dále už jen “TRH“) ovlivňující kladně adenohipofýzu, která následně uvolňuje TSH, který má důležitý vliv jak na tvorbu, tak na vlastní sekreci hormonů štítné žlázy. Současně působí i na produkci tyreoglobulinu (Mourek, 2012, s. 120).

Pokud se ve štítné žláze netvoří dostatek T3 a T4, prostřednictvím zpětné vazby se zvyšuje produkce hypofyzárního TSH. Pokud není štítná žláza schopna produkci T3 a T4 zvýšit, tak stále stoupají hodnoty TSH. V konečné fázi dochází k růstu štítné žlázy a následné vytvoření strumy (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 126).

## 2 OBECNÉ ROZDĚLENÍ ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Můžeme říct, že onemocnění štítné žlázy se řadí mezi nejčastější onemocnění endokrinního systému. V poslední době můžeme zaznamenat nárůst tohoto onemocnění. Postihuje kolem 5 % obyvatelstva, a co se týká evropské populace, dle některých údajů se pohybuje přibližně okolo 30 % obyvatelstva. Onemocnění štítné žlázy se může často vyskytovat v endemickém postižení a může se pojít s nedostatkem jódu. Objevuje se daleko více u žen než u mužů. Na štítné žláze můžeme najít změny podle patologicko – anatomických změn, tj. struma, zánět či nádor a podle funkčních změn rozeznáváme hypofunkci a hyperfunkci štítné žlázy (Grycová, ©2014; Mandincová, 2011, s. 27; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 127 – 128).

Vhodné doplnění odběrů pro vyhledávání onemocnění štítné žlázy by měla podstoupit žena před plánovaným těhotenstvím či ženy na počátku těhotenství, dále děti s pozitivní rodinnou anamnézou, ženy ve věku 50 ti let. V neposlední řadě lidé, co se léčí s cukrovkou, onemocněním žláz s vnitřní sekrecí, lidé s alergií a poruchami obrany schopnosti. A taktéž ti, co užívají některé léky jako je například amiodaron, interferon nebo lithium (Markalous a Gregorová, 2007, s. 23).

### 2.1 Rozdělení onemocnění štítné žlázy podle patologicko – anatomických změn

#### 2.1.1 Záněty

Záněty štítné žlázy patří do heterogenní skupiny onemocnění, které se mezi sebou liší etiopatogenezí, příznaky i léčbou. Rozlišujeme záněty akutní, subakutní a chronické (Křšek, 2011, s. 40).

Základní přehled a rozdělení thyreoiditid je následující. Jedním z mnoha typů zánětů je infekční thyreoiditida, do které spadá akutní (infekční) thyreoiditida (bakteriální, mykotická, parazitární), dále do zánětů řadíme subakutní (De Quervainova) thyreoiditidu. Dalším typem zánětu je chronická autoimunitní (lymfocytární) thyreoiditida do které řadíme Hashmitovu thyreoiditidu, chronickou fibrózní variantu, idiopatický myxedém, poporodní thyreoiditidu, němou thyreoiditidu a atrofickou a symptomatickou thyreoiditidu. Mezi záněty také řadíme thyreoiditidu při jiných thyroideálních onemocněních, jejíž součástí fokální thyreoiditida v netoxické strumě a perifolikulární thyreoiditida u papilárního karcinomu štítné žlázy. Následujícím typem zánětu může být postradiační thyreoiditida nebo post-



traumatická thyreoiditida. A jako poslední typ zánětu je Reidlova thyreoiditida, do které patří fibrotizující thyreoiditida. V neposlední řadě jsou to thyreoiditidy vyskytující se při sarkoidóze, amyloidóze nebo polékové thyreoiditidy (Kršek, 2011, s. 40).

### 2.1.2 Struma

Může být prostá nebo eufunkční. Vzniká na podkladě jodového deficitu, nebo zvýšeného příjmu strumigenů, které nalezneme například v kapustě nebo ojediněle v zelí. Zmiňované strumigeny totiž blokuji syntézu hormonů štítné žlázy. Může zde nastat komprese trachey, kterou utlačuje velká struma a řeší se následně chirurgicky, jinak dochází k doplnění jódu. Nezbytnou součástí je prevence jodového deficitu, kdy se snažíme zabránit deficitu pomocí pravidelné konzumace potravin, které obsahují jód. Hypofunkční struma vzniká u zánětů, často autoimunitních, název je určen podle příznaků hypofunkce. Hyperfunkční strumu nacházíme u zánětů nebo toxického adenomu, která se rovněž dostala název podle příznaků hyperfunkce (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 127).

### 2.1.3 Nádory štítné žlázy

Všechny maligní nádory mají tendenci metastazovat do uzlin a do kostí. Určení diagnózy spočívá v ultrazvukovém vyšetření, biopsii a také pomocí scintigrafie štítné žlázy, která je prováděna k vyloučení metastáz. V léčbě hraje hlavní roli chirurgický zákrok, kdy se provádí totální tyreoidektomie, poté následuje léčba radiojódem a suprese tvorby TSH vysokými dávkami levotyroxinu (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 128).

Nádory můžeme rozdělit na určité skupiny. První skupinou jsou epitelové nádory z folikulárních buněk a řadíme zde mezi benigní folikulární adenom, naopak do maligních patří diferencovaný karcinom (papilární a folikulární karcinom), špatně diferencovaný karcinom (inzulární karcinom) a nediferencovaný (anaplastický) karcinom. Druhou skupinou jsou epitelové nádory z parafolikulárních C – buněk a jejíž součástí je medulární karcinom. Do třetí skupiny patří epitelové nádory smíšené z folikulárních a C buněk, do nichž spadá maligní smíšený medulární a folikulární karcinom. Čtvrtou skupinu můžeme nazvat jako neepitelové benigní tumory, jejichž součástí jsou fibromy, lipomy a hemangiomy. Naproti tomu v této skupině jsou maligní lymfomy či sarkomy (Kršek, 2011, s. 43).

## 2.2 Funkční změny

Podle funkčních změn rozeznáváme hypofunkci a hyperfunkci štítné žlázy. (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 128). Vzhledem k vybranému tématu bakalářské práce je popsána v následující kapitole pouze hypotyreóza.

### 3 HYPOTYREÓZA

Hypotyreózu neboli sníženou funkci štítné žlázy můžeme definovat jako onemocnění způsobené nedostatečnou funkcí hormonů štítné žlázy T3 a T4 a následně jejich nedostatečným působením na tkáň, tedy na celý organismus. Nedostatečné zásobení organismu hormony může být způsobeno poruchou hypothalamo – hypofyzární regulace, kterou můžeme nazvat centrální formou (sekundární), ale spíše se jedná o postižení přímo štítné žlázy, kdy ji můžeme pojmenovat jako periferní (primární) formu (Kršek, 2011, s. 36; Stárka, 2010, s. 144).

Hypotyreóza patří mezi nejčastější onemocnění štítné žlázy. Výskyt hypotyreózy je přibližně 0,5%. U žen je výskyt tohoto onemocnění 3 – 5%. U starších žen se může výskyt pohybovat až okolo 10 – 25%. Klinické projevy onemocnění jsou velmi zrádné, začínají často nenápadně a pomalu. Klinické projevy vznikají v důsledku sníženého metabolismu organismu. U nás je díky screeningové metodě včasný záchyt tohoto onemocnění u novorozenců. U dospělé populace její nárůst spíše přibývá. Ve většině případů je onemocnění celoživotní. Pomocí substituční léčby může však dojít k úpravě hladin natolik, že pacient je posléze označován jako „zdravý“. Vzácně může tedy dojít k upravení stavu a k rozhodnutí lékaře léčbu ukončit. Jestliže onemocnění není léčeno, mění tak kvalitu života jedince (Mandincová, 2011, s. 30; Navrátil, 2008, s. 298; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 128; Zamrazil, 2007, s. 41 – 42).

#### 3.1 Etiopatogeneze

Hypotyreóza vzniká nejčastěji na podkladě autoimunitního charakteru. Příčiny rozdělujeme na periferní a centrální. Periferní tvoří zhruba 95% příčin vzniku oproti centrálním (Kršek, 2011, s. 36).

##### **Periferní příčiny**

Mezi periferní příčiny patří autoimunitní thyreoiditida, subakutní thyreoiditida a Reidlova thyreoiditida nebo iatrogenní příčiny. Dále se jedná o jodový deficit, strumigeny v potravě nebo kongenitální příčiny a v neposlední řadě se jedná o tranzitorní hypotyreózu novorozenců (Kršek, 2011, s. 37)

Do již zmiňované autoimunitní thyreoiditidy spadá chronická autoimunitní thyreoiditida a poporodní thyreoiditida. Co se týká iatrogenní příčiny můžeme v ní najít například thyreoidektomii, terapii radijodem, zevní ozáření, nadměrný přívod jodu či polékové hypoty-

reózy. Mezi kongenitální příčinu řadíme agenezi štítné žlázy, ektopii štítné žlázy, hypoplazii štítné žlázy a kongenitální defekty syntézy hormonů štítné žlázy. Tranzitorní hypothyreóza příčiny může být způsobena například deficitem jódu, nadbytkem jódu, hypoplazií štítné žlázy, tyreostatiky léčby matky nebo transplacentárním přenosem protilátek blokuji-  
cích receptor TSH (Kršek, 2011, s. 37).

### **Centrální příčiny**

Mezi centrální příčiny řadíme nádory hypothalamo – hypofyzární oblasti, ischemickou nekrózu hypofýzy, aneuryzmata a. carotis interna, iatrogenní příčiny, infekční onemocnění, granulomatózní procesy, lymfocytární hypofyzitidu, dysplazii hypofýzy, kongenitální malformaci hypothalamu, genetické defekty syntézy TRH nebo TSH a další vzácné příčiny (Kršek, 2011, s. 37)

Hypofyzární adenomy, kraniofaryngeomy a menigeomy jsou součástí hypothalamo – hypofyzárních nádorů. Ischemickou nekrózu hypofýzy může způsobit Sheehanův syndrom, těžké šokové stavy nebo diabetes mellitus. V iatrogeních příčinách nalezneme především chirurgické výkony v dané oblasti nebo zevní ozáření (Kršek, 2011, s. 37).

Do ostatních příčin onemocnění můžeme zařadit jodový deficit a nedostatek selenu, podávání některých léků – například amiodaron. Dále kouření, které rovněž ovlivňuje štítnou žlázu, protože v cigaretovém kouři se nachází thiokyanát, který brání jódu, aby vstoupil do buněk. Porucha imunity a genetika hraje velkou roli v onemocnění štítné žlázy (Markalous a Gregorová, 2007, s. 52).

## **3.2 Příznaky**

Výskyt příznaků u hypothyreózy je nenápadný, můžeme říct, že často až plíživý a pomalý. V neposlední řadě se můžeme bavit o tom, že u každého nemocného probíhají příznaky jinak. Samotný pacient stejného onemocnění může mít jiný počet příznaků než ten druhý. Může mít určitý příznak, kdežto ten druhý daný příznak vůbec mít nemusí. Liší se to také podle závažnosti nedostatku hormonů štítné žlázy a doby, po kterou tělo nemocného hormon postrádalo. Ve většině případů se jedná o kombinaci příznaků, které jsou dále popsány níže. Hypothyreóza může být zjištěna náhodně například při vyšetření odběru krve, nebo pokud má pacient stálé neurčité potíže. Může se objevit i struma na krku či tuhá menší štítná žláza. Avšak pokud není u dětí zjištěna dostatečně brzy, hrozí zde zpomalení růstu

a psychomotorického vývoje (Češka, 2015, s. 348; Grycová, ©2014; Souček, 2011, s. 927).

Informace o klinických projevech může pacient sdělovat sám, nebo pokud se jedná o dítě, informace sděluje rodič, který klinické projevy vyzoroval. Mezi celkové příznaky hypotyreózy patří zimomřivost, spavost, slabost, nevykonnost a zvyšování hmotnosti. Charakteristické jsou změny psychické, kdy se zpomaluje myšlení, objevuje se zapomínání, nesoustředěnost, apatie či deprese. Dochází ke zpomalení metabolických procesů, objevuje se mírná hypercholesterolemie. Vznikají zde neuropatie a zpomalení reflexů, dále se objevují bolesti svalů, které mohou být tuhé a bolestivé. Dochází často k zácpě, nechutenství, nadýmání, meteorizmu či vzniku ileu. U žen se objevuje hypermenorea, metroragie a sterilita. U mužů se může vyskytovat impotence. Typickým znakem postižení kůže je její suchost, drsnost, která se objevuje především na předloktí a je označována jako Charvátův příznak. Kůže je většinou chladná a prosáklá s otoky, které se objevují na rukou a dolních končetinách a také v obličeji. Vlasy jsou často suché a obvykle mají tendenci se lámat či vypadávat. Lomivost nehtů může být taktéž přítomna. Může dojít také ke zhrubnutí hlasu nebo chrapotu. Srdeční výdej a frekvence má tendenci klesat. Na EKG se objevuje snížená voltáž komorových komplexů nebo negativní vlny T. Může se také objevit předčasný rozvoj aterosklerózy způsobený metabolickými změnami a dyslipidemií (Češka, 2015, s. 348; Souček, 2011, s. 927; Peate, Wild a Nair, 2014, s. 780).

### 3.2.1 Deficit jódu

Jód je důležitý pro tvorbu hormonů štítné žlázy. Pokud je snížený přísun jódu ve stravě, může to způsobovat zvětšení štítné žlázy nebo snížení funkce štítné žlázy. Následkem toho mohou být poruchy ve vývoji organismu a jeho fungování. Nedostatek jódu lze zjistit v potravinách, ale jedná se o složitý postup. Proto se obsah jódu v přijaté potravě určuje podle množství jódu vyloučeného v moči. Dále se zjišťuje odběrem krve u novorozenců hladinou TSH. Dalším ukazatelem nedostatku jódu je objem štítné žlázy, který lze zjistit za pomoci ultrazvuku (Markalous a Gregorová, 2007, s. 54 – 56; Zamrazil a Čeřovská, 2014, s. 13).

V přírodě jód můžeme najít ve formě jodidu jodičnanu, který se vyskytuje především v horninách a v půdě. Poté v rámci vodních srážek a koncentrace v mořích či oceánech je postupně uvolňován (Zamrazil a Čeřovská, 2014, s. 6).

Zdroj jódu v zevním prostředí a na pevnině má tendenci v poslední době klesat. Jód z půdy je převážně transportován především do rostlin, které ke svému metabolismu jód nepotřebují, avšak jejich zdroj hraje klíčovou roli pro živočichy. Podstatným zásobníkem jódu je nyní především mořská voda. V oblasti pevniny je jód převážně v menší míře. Obsah jódu například v minerální vodě dosahuje několika set mikrogramů v litru, jako příklad minerální vody můžeme uvést Vincentku. Nedostatek jódu můžeme najít v horských oblastech. Velký deficit jódu v horských oblastech může způsobit u novorozenců endemický kretenismus. V oblasti nížin je deficit jódu víceméně přijatelný. Názor, že obyvatelé v blízkosti moře mohou být ohroženi deficitem méně, se nepotvrdil. Deficit jódu v zahraničních státech se vyskytuje například v Belgii, Nizozemsku a Dánsku. V některých zemích jako je Austrálie či Spojené království došlo k poklesu jódu při úpravě životosprávy v rámci prevencí dalších onemocnění, převážně týkajících se kardiovaskulárních onemocnění (Zamrazil a Čeřovská, 2014, s. 15 – 18).

Jodovaná sůl je základním pilířem jódu v ostatních zemích. V naší zemi byla přijatá zákonná norma, která má za úkol měnit podmínky výroby zmiňované soli. U nás se tedy joduje jodičnanem draselným, kdy v 1 kg můžeme najít  $27 \pm 7$  mg jódu (Zamrazil a Čeřovská, 2014, s. 34).

WHO řeší problematiku deficitu jódu, a proto vznikla organizace zaměřená na řešení jodového deficitu. Organizace nese název International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders (dále už jen "ICCIDD") a zabývá současným stavem jódu, jeho zásobením a výskytem chorob z jeho nedostatku. ICCIDD navrhuje ve svém programu řešení dané situace a prevenci. U nás existuje program, který vznikl na popud již zmiňované evropské organizace. (Zamrazil a Čeřovská, 2014, s. 30).

V současné situaci dle WHO a ICCIDD je jód u nás v normě. V tomto stavu nejsou však zahrnuti riziková pacienta, které ovlivňuje jejich onemocnění, kdy musí například omezit solení při stravování nebo jsou to právě lidé se specifickou výživou, jako jsou například vegani. Jód hraje významnou roli během těhotenství, kdy jeho deficit může ohrožovat na životě matku i plod (Zamrazil a Čeřovská, 2014, s. 46).

### 3.3 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory hypotyreózy můžeme jednoznačně zařadit hlavní dva faktory, a to je věk a pohlaví. Větší náchylnost k tomuto onemocnění, jak již bylo řešeno, mají starší ženy padesáti let. Riziko hypotyreózy může zvyšovat také osobní a rodinná anamnéza,

kde hraje podstatnou roli genetika a autoimunitní onemocnění (diabetes mellitus, revmatoidní artritida). Riziko také stoupá, pokud pacient užívá léky proti štítné žlázy, proti tzv. hypertyreóze nebo zda pacient podstoupil léčbu radioaktivním jódem. Dalším rizikovým faktorem je operace štítné žlázy či ozáření krku nebo horní části hrudníku (Rehan, 2014).

Znát rizikové faktory je důležité pro pacienta. To, že se vyskytuje jeden rizikový faktor naznačující hypotyreózu, ještě neznamená, že se u pacienta objeví onemocnění. Znát rizikové faktory je především důležité pro včasný záchyt nemoci s cílem zabránění vzniku komplikací (Berber, 2017).

### 3.4 Diagnostika

Onemocnění štítné žlázy často probíhá bez příznaků, proto se ptáme na obecné symptomy. Anamnéza hraje zde důležitou roli, měla by zahrnovat osobní anamnézu, ve které pátráme po autoimunitním onemocnění, alergiích, metabolických onemocněních, ale také zda pacient užívá určité léky (interfeony, amiodaron či lithium). Důležitá informace je, jestli pacient podstoupil vyšetření jodovými kontrastními látkami nebo zda podstoupil ozařování krku nebo hrudníku. Taktéž se zajímáme o pracovní anamnézu a v rodinné anamnéze se snažíme zjistit výskyt daného onemocnění a následně ostatní nemoci, které se v rodině vyskytují. Do oblasti fyzikálního vyšetření zařazujeme především pohled a pohmat v oblasti krku, všímáme si výskytu možné jizvy po tyreoidektomii nebo může být přítomna struma. V neposlední řadě se zaměřujeme na celkový stav pacienta (Zamrazil, 2007, s. 49).

#### 3.4.1 Laboratorní diagnostika

Můžeme říct, že laboratorní vyšetření často potvrzuje diagnózu. Při podezření na onemocnění štítné žlázy se v první řadě vyšetřuje TSH. Jeho koncentrace se zvyšuje především tehdy, když výkonnost štítné žlázy klesá a přestává tvořit dostatek hormonů. Pokud je TSH v normě můžeme poruchu štítné žlázy vyloučit. Naproti tomu, pokud je TSH zvýšené, jedná se o typický znak pro subklinickou nebo plně rozvinutou hypotyreózu. Laboratorní vyšetření doplňuje i sérová koncentrace hormonu štítné žlázy volný tyroxin – fT4, ojediněle se vyšetřuje i volný trijodtyronin – fT3. Hodnoty T3 a fT3 nejsou důležité pro diagnostiku hypotyreózy. Dále se provádí laboratorní odběry na vyšetření sérových koncentrací tyreoidálních protilátek, které se provádí na začátku při stanovení diagnózy. Jedná se o anti – TPO (tyreoidální peroxidáza) a anti – TG (tyreoglobulin), kdy výsledky těchto hodnot protilátek jsou většinou zvýšené a jsou ukazatelem autoimunitní příčiny hypotyreó-

zy. Periferní hypotyreóza se potvrzuje tedy snížením koncentrace fT4 (free – T4), zvýšením hladiny TSH, TPO protilátky a TG protilátky jsou často pozitivní, mohou se také objevovat poruchy lipogramu. Naproti tomu u centrální hypotyreózy nedochází ke zvýšení hladiny TSH, ale ke snížení nebo normální hodnotě, FT4 má tendenci klesat, TPO protilátky a TG protilátky jsou negativní. Nezbytnou součástí laboratorních odběrů jsou hladiny cholesterolu a triacylglycerolů, odběr na zjištění anemie či elevaci svalových enzymů (AST, ALT, CK, LD). Při podezření na deficit jódu vyšetřujeme ranní moč. Laboratorní hodnoty jsou uvedeny níže v Příloze P II (Češka, 2015, s. 348; Souček, 2011, s. 927; Stárka, 2010, s. 145; Potluková a Jiskra, ©2011).

### 3.4.2 Zobrazovací metody

Ultrazvuk je nejpodstatnější zobrazovací metodou, která poukazuje na objem, velikost, uzlů, strukturu štítné žlázy a rovněž rozlišuje cysty od solidních uzlů. Podle zmiňované struktury ukazuje zánět a dle prokrvení na aktivitu onemocnění. Neukazuje však malignitu uzlů, ani nemá schopnost odlišovat hyperfunkční adenom štítné žlázy či uložení retrosternálních strum. Pod ultrazvukem je možná aspirační punkce štítné žlázy nebo uzlin, která je důležitá pro cytologické vyšetření, které se provádí pod mikroskopem. Podle WHO je velikost štítné žlázy arbitárně hraniční u žen na 18 ml a u mužů 22 ml (Klener, 2006, s. 917; Markalous a Gregorová, 2007, s. 36; Zamrazil a Čeřovská, 2014, s. 15).

Izotopová scintigrafie, MR, CT, PET nebo RTG patří mezi další zobrazovací metody, pomocí kterých diagnostikujeme onemocnění štítné žlázy (Češka, 2015, s. 348 – 349; Markalous a Gregorová, 2007, s. 36 – 48).

### 3.4.3 Další vyšetření

Další pomocnou hodnotící metodou onemocnění je hodnocení reflexu Achillovy šlachy, kde se hodnotí rychlost svalové kontrakce m. triceps surae, kdy při hypotyreóze rychlost svalové kontrakce má tendenci klesat. Hodnotí se taktéž systolické intervaly, které mají u hypotyreózy tendenci se prodlužovat. Rovněž se hodnotí koncentrace SHBG, kdy se jedná se o přenosnou bílkovinu, která se tvoří v játrech, kdy její koncentrace u hypotyreózy klesá (Zamrazil, 2007, s. 31).

## 3.5 Léčba

Léčba hypotyreózy je obvykle celoživotní. Stav se však může spontánně upravit a léčba se může následně přerušit, a to například u vzácných přechodných forem hypotyreózy, po



lčbě tyreostatiky nebo po zátěži jódem. Nutností je však dále trvalá dispenzarizace (Zamrazil, 2007, s. 41).

V léčbě tedy hraje klíčovou roli substituční léčba. Hormony štítné žlázy jsou u nás k dispozici ve formě tablet. Pacientům jsou podávány preparáty obsahující T3 nebo T4 nebo se setkáváme s její kombinací. V praxi je spíše používán preparát tyroxinu jako je Eltroxin, Euthyrox, Letrox či Levothyroxin. Preparáty by se měly užívat jedenkrát denně a to nalačno 20–30 minut před prvním jídlem. Rozmezí 75 – 150g se označuje jako průměrná substituční dávka tyroxinu. U periferních forem hrají důležitost sérové koncentrace TSH a free – T4, kdežto u centrálních forem není možné sledování prostřednictvím koncentrace TSH použít. Používáme tedy koncentraci free – T4 z krve, kterou odebíráme před podáním raního tyroxinu, protože po podání tyroxinu nastane přechodné zvýšení sérových koncentrací. Účinnost a tolerance léčby se musí sledovat. Po nasazení léčby jsou u pacienta pravidelné kontroly v intervalu 1 – 2 měsíců, po stabilizaci stavu je to většinou delší interval a to šest měsíců. (Češka, 2015, s. 349; Zamrazil, 2007, s. 50).

Správně substituovaná hypotyreóza vede často k vymizení potíží, což je vlastně cíl léčby, ale hrozí tím následně u pacientů riziko nedodržování léčebného režimu. Pacienti mají dojem, že díky bezproblémovému stavu nepotřebují další podávání hormonů štítné žlázy, proto je nutné poučit pacienty, že jakákoliv změna substituce dle jejich vlastních názorů je pro ně nebezpečná (Zamrazil, 2007, s. 71, s. 107).

Správně substituovaný pacient je schopen vykonávat běžné životní i pracovní aktivity. Mohou však existovat určité výjimky. Při substituci organismus odpovídá opožděně na změny venkovní teploty, proto nejsou pro pacienty vhodná zaměstnání, jako jsou například mrazírny, horké provozovny, kde dochází k prudkým teplotním změnám (Zamrazil, 2007, s. 43).

Ošetrovatelská péče v rámci hypotyreózy je uvedena v následující kapitole s názvem Potřeby nemocných s hypotyreózou.

### 3.6 Myxedémové kóma

Mezi komplikace hypotyreózy řadíme myxedémové kóma, které je spíše vzácné. Myxedémové kóma ohrožuje člověka na životě, kdy vzniká nedostatek tyreoidálních hormonů s vysokou mortalitou. Tento stav vyžaduje intenzivní péči. Vyskytuje se především u pacientů s neléčenou nebo nedostatečně léčenou hypotyreózou. K vyvolávajícím faktorům patří

například chlad, infekce, operace, některé léky, poruchy vnitřního prostředí, srdeční selhání, trauma nebo alkohol (Češka, 2015, s. 349; Kršek, 2011, s. 39; Souček, 2011, s. 928).

Mezi hlavní příznaky patří dezorientace, deprese, halucinace a může dojít i k somnolenci, soporu nebo kómatu. Kůže je chladná, tělesná teplota klesá až k 30 °C. Měříme teplotu tělesného jádra, která se neměří v podpaží, ale většinou rektálně. Dále je přítomná sinusová bradykardie a mělký pulz. Dochází ke snížení minutového objemu, postupně až hypotenzi a následně k šokovému stavu. Nacházíme zde také hypoventilaci s následnou hypoxií a hyperkapnií, které vedou ke srdečním arytmiím a srdečním selháním. Zhoršují se renální funkce a střevní peristaltika (Kršek, 2011, s. 39; Souček, 2011, s. 928 – 929).

Diagnostika je postavena na klinickém obrazu a laboratoři. Ve výsledcích laboratoře se objevuje zvýšená hladina TSH při velkém snížení periferních hormonů. Zjišťujeme hladinu transamináz a svalových enzymů, taktéž anemii a granulocytopenii. Na EKG nálezu jde vidět zjevná nízká voltáž a inverze T vln (Souček, 2011, s. 929).

Léčba spočívá na jednotce intenzivní péče, kde v první řadě dochází k zajištění vitální funkce (tracheální intubace a ventilační podpora) a také dochází k úpravě vodní a acidobazické rovnováhy. Provádí se kanylace centrální žíly s měřením CŽT, pokud se vyskytuje bradykardie, uvažuje se o dočasné kardiostimulaci. Dochází i k pozvolnému prohřívání pacienta (Souček, 2011, s. 929).

Substituci tyreoidálních hormonů provádíme pomocí levotyroxinu. Parenterální preparáty T3 a T4 nejsou však běžně dostupné. Levotyroxin podáváme rozdrčený přes žaludeční sondu nebo mikroklyzma. Podáváme ho v dávce 300–500 µg/den. V dalším dnu se dávka snižuje na 100 – 200µg/den. Pokud nedojde ke zlepšení stavu do 48 hodin, následně nasazujeme perorálně trijodtyronin v dávce 100 µg / den, ve dvou až čtyřdenních dávkách. Kortikoidy jsou nasazeny ještě před začátkem podávání levotyroxinu a také podáváme preventivně ATB. Současně se snažíme rehydratovat, korigovat hypovolemii, hypotenzi a hyponatremii. U pacientů s těžkou hypotyreózou není doporučováno zahajovat léčbu s vysokými dávkami, ale postupným navyšováním (Souček, 2011, s. 929).

### **3.7 Vrozená hypotyreóza**

U novorozenců, kteří nemají dostatečné množství hormonu štítné žlázy, se objevuje vrozená hypotyreóza, kdy u nich nacházíme neaktivní štítnou žlázu, nebo její nepřítomnost. Stav vyžaduje léčbu, a pokud není tento stav zavčas objeven, vyskytují se dále neurologické

problémy a špatný růst. Ve většině situací je tento stav trvalý s následkem celoživotní léčby. Pokrok moderní medicíny je nyní však veliký a včasný screening odhalí tyto vady. Mezi příčiny můžeme zařadit špatné umístění štítné žlázy nebo chybějící štítná žláza. Dále to mohou být problémy v oblasti hypofýzy či onemocnění štítné žlázy matky nebo užívání léků během těhotenství, které mohou ovlivnit zmiňovaný stav. Příznaky jsou velmi individuální. Většina dětí s vrozenou hypotyreózou vypadá na první pohled bez jakýchkoliv známek onemocnění, což se může objevovat i řadu měsíců po narození. Naopak se mohou příznaky vyskytnout dříve. Mohou mít tedy známky slabosti, chraplavého křiku, zácpu, potíže s krmením, žloutenka, kdy dochází ke žloutnutí kůže a rovněž i očí, dále se objevuje tlustý a velký jazyk. Problémy s hormonem štítné žlázy mohou nastat i u malých dětí i tehdy, když ve výsledcích testů při narození nebyly žádné známky onemocnění. Diagnostika spočívá pomocí standartních screeningových testů, kdy se kontrolují hladiny T4, TSH. Lékaři dále mohou použít pro diagnostiku také ultrazvuk, kdy zjišťují velikost a umístění žlázy nebo její absenci. Léčba spočívá v substituci hormonů, kdy se rozdrtí lék a je smíchán s malým množstvím vody, nebo mateřským mlékem. Je aplikován dítěti do úst, pomocí kapátka na léky či injekční stříkačky. Co se týká kontrolních odběrů, závisí to na lékaři, který stanoví pravidelnost odběrů po každé změně dávky, kvůli ujištění správnosti množství dodávaného hormonu dítěti. Lékař má za úkol zkontrolovat růst dítěte a vývoj mozku (Brown, LaFranchi a Rose, 2012).

## 4 POTŘEBY NEMOCNÝCH S HYPOTYREÓZOU

Potřeba je důsledek určitého nedostatku, kdy člověku chybí něco, co je nutné doplnit v jeho životě. Většinou se jedná o následek nedostatku některého základního uspokojení člověka. Nedostatek určité potřeby ovlivňuje život člověka a taktéž jeho psychickou stránku. Projevem může být například špatná pozornost, myšlení a špatná atmosféra v životě člověka. V průběhu života se potřeby člověka mění. Pojem potřeba má význam v oblasti biologické, ekonomické a psychologické. Každý člověk vyjadřuje a naplňuje své potřeby jinak. Potřeba může být chápána jako nutnost vzniklá vlivem okolím či okolnostmi, podnětem, nátlakem nebo požadavkem vůči jedinci. Potřeby lze uspokojovat způsobem žádoucím a nežádoucím. Žádoucí způsob nemá tendenci škodit nikomu a je v souladu se sociálně – kulturními hodnotami každého jedince a je rovněž splňován v rámci mezích zákona, naproti tomu nežádoucí způsob je definován přesně naopak. Potřeby mohou být také naplněny pomocí míry naplnění, která může být podprahová, nad prahová a prahová. Pokud nedojde k uspokojení potřeb, může u člověka docházet k podrážděnosti, neklidu a napětí. Tím se člověk může stát citlivější na určité podněty a dochází ke vzniku motivu k činnosti, která vede ke stabilitě ve všech oblastech a tím dochází k naplnění potřeb (Trachtová, 2013, s. 10).

Nemoc přináší člověku potíže, stává se náročnou situací v životě, která může být obtížně zvládnutelná a někdy naopak nezvládnutelná. Nemoc narušuje určitý způsob života, stává se, že mění daný stereotyp člověka či denní program po kratší nebo delší dobu a omezuje tak člověka v jeho obvyklých činnostech a zvyklostech (Zacharová, 2017, s. 20).

Vyžaduje taktéž adaptaci na nově zvyklou situaci, vyrovnání se s často bolestivými projevy. Může narušovat nebo měnit mezilidské vztahy, protože může docházet k méně častému kontaktu s rodinou či známými. Pokud stav vyžaduje hospitalizaci, je na místě vytváření nových vztahů k personálu či k spolupacientům. Nemoc přináší však i zhoršení sociálně – ekonomické situace (Zacharová, 2017, s. 20).

Nemoc zároveň oprostí člověka od několika povinností, jedná se o uznání práce neschopných či omluvení ze školy, můžeme říct, že člověk je taktéž zbaven domácích povinností. Na tento stav každý reaguje různorodě. Ten člověk, který je pracovně až moc aktivní nebo má společenské uplatnění, může pociťovat méněcennost nebo depresivní náladu. Naproti tomu se najdou i ti, kteří prožívají nemoc jako příjemnou výhodu a snaží se vědomě nebo nevědomě ještě tuto situaci prodloužit. Jedná se například o obtíže, které se těžko

objektivně ověřují a jsou to například smutné nálady, bolesti hlavy či břicha a únava (Zacharová, 2011, s. 23).

Člověk se musí snažit postupně vyrovnávat se svým onemocněním a všemi změnami, které s nemocí přišly. Většina lidí během běžných onemocnění reaguje na situaci přiměřeně, přijímá diagnózu a následné doporučení k léčbě. Podle toho, o jakou nemoc se jedná a jakou má hodnotu, můžeme rozdělit postoj k nemoci do několika skupin. Jedná se o postoj normální, kdy je člověk na nemoc přiměřeně adaptován. Bagatelizující postoj spočívá v podceňování závažnosti stavu nemocného, ten se neléčí a nešetří, opatření nedodržuje. Dalším typem postoje je repudiační, kdy nemocný nebere nemoc na vědomí, nechodí k lékaři, potlačuje myšlenku na nemoc, jedná se tak o nevědomou disimulaci. Následující disimulační postoj obsahuje záměrně zkreslené potíže nemocného, které může popírat nebo nemocný neříká lékaři vše. Nozofobní postoj je charakteristický změnami lékařů nemocného a neustálého vyšetřování, jedná se spíše o nepřiměřenou obavu z nemoci. Hypochondrický postoj spočívá v tom, že člověk se domnívá, že trpí nějakou nevléčitelnou nemocí a prožívá neustálé obavy o své zdraví. Zatímco nozofilní postoj je pro člověka spojen s příjemnými stránkami nemoci, nemusí plnit svoje povinnosti a často se bere na ně větší ohled. Účelový, jako poslední postoj je charakterizován vystupňovaným nozofilním stavem (Zacharová, 2011, s. 24).

#### 4.1 Nemocný člověk a jeho potřeby

Nemocného člověka ovlivňují určité faktory. Prvním z nich je faktor fyziologický, kdy člověka ovlivňuje jeho věk, pohlaví, jeho aktuální stav nebo jeho nemoc, která většinou brání lidem v uspokojování jejich potřeb. Psychická odezva člověka se bude lišit také typem onemocnění a jeho stádiem. Člověk bude jinak vyjadřovat své potřeby v ambulantní péči a jinak, když bude hospitalizován. Nemocní se většinou zaměřují na potřeby fyziologické, které daleko více ovlivňují jejich zdravotní i psychický stav a jsou pro ně důležitější než potřeby vyšší, kterým nedávají tolik přednost během nemoci. Naproti tomu v psychických faktorech hraje důležitou roli jedinečnost člověka, typologie nebo emoční stránka člověka, a také to, jak jej ovlivňuje stres. Během vývoje člověka rovněž dochází k odlišnému vyjadřování potřeb člověka, kdy například dítě bude vyjadřovat své potřeby jiným způsobem než senior. Co se týká faktoru sociálního, jsou zde podstatné mezilidské vztahy, jako pocit samoty, vztahy s příbuznými, kteří mohou ovlivnit potřeby člověka a stát se ná-

pomocnými v mnoha situacích. Poslední faktor je kulturní, který obsahuje především zvyklostí jedince (Trachtová, 2013, s. 17).

#### 4.1.1 Poznání lidských potřeb

Poznávání lidských potřeb v naší profesi, tedy zdravotníků, je velmi důležité. Je především na místě, abychom si uspořádali své vlastní pocity a způsob přijetí naší sociální role. Základním principem je poznání vlastních potřeb, ale i potřeb těch, co od nás očekávají nějakou pomoc. Dále je důležité především pochopení a poznání hlavně sám sebe, své osobnosti. To všechno nám napomáhá k tomu, abychom pochopili potřeby druhých jedinců, naučili se toleranci odlišného názoru jiného člověka či orientaci v nelehké situaci (Šamánková, 2011, s. 10).

Do specifík chápání lidských potřeb v nemoci řadíme především hodnocení problémů a priorit v ošetřování a léčení nemocného, posouzení měnící se potřeby, posílení edukace, pomoci nemocnému k pochopení důležitosti léčby jeho onemocnění, dále je důležité ukázat nemocnému svoji snahu a pochopení. Prioritou je i napomoci nemocnému a jeho rodině v orientaci v nově vzniklé situaci. Dále můžeme napomoci ve vyhledávání nových cílů či hledání způsobu přijetí faktu nemoci (Šamánková, 2011, s. 10).

#### 4.1.2 Bariéry v naplnění potřeb

Bariéry v naplnění potřeb jsou odlišné ve zdraví a nemoci. Hlavní roli zde hrají komunikační dovednosti mezi poskytovatelem a příjemcem. Součástí určitých pravidel je dodržování obecných zásad při rozhovoru, kdy podstatná je zde srozumitelnost, zdravotní stav, prostředí či vzdělání. Musíme skutečně naslouchat tomu, co nám nemocný sděluje. Měla by se dodržovat osobní a sociální zóna při komunikaci. Snažíme se respektovat autonomii nemocného a rovněž dáváme prostor pro komunikační přestávky. Osobnost každého člověka je ovlivněna spousty faktory, kterými jsou například věk, pohlaví, prostředí, inteligence, a i díky tomu jsou právě bariéry v naplnění potřeb hodně různorodé (Šamánková, 2011, s. 14 – 15).

Mezi typy bariér řadíme osobní, psychickou, jazykovou, fyziologickou, dále bariéru z prostředí nebo neporozumění sdělovanému (Šamánková, 2011, s. 14).

V osobní bariéře se může objevovat stud vyslovit své přání, pocit nedůvěry, obavy ze zklamání. Mezi psychickou bariéru řadíme především neschopnost přijmout pomoc naplňování určité potřeby. Jazyková bariéra může spočívat v neporozumění při vzájemné

komunikaci, při používání nevhodných či nesrozumitelných slov. Fyziologická bariéra může být způsobena tělesným diskomfortem. Neznámé, neobvyklé prostředí či nemocniční prostředí nebo prostředí komfortní se může vyskytovat v bariéře prostředí. Neporozumění sdělovanému může být způsobeno studem ptát se znovu na něco (Šamánková, 2011, s. 14).

#### **4.1.3 Změny v chování jedince při nedostatečné saturaci potřeb**

Vnitřní i vnější podněty mohou způsobovat nenaplnění potřeb. Obecné příznaky můžeme rozdělit na psychické potíže a somatické potíže. Do psychických potíží spadá neklid, úzkost, nesoustředěnost a nervozita. Součástí somatických potíží je především porucha v naplnění základních fyziologických potřeb, tedy spánku, výživy, vyprazdňování aj. Pocit nenaplnění potřeby však může vyústit v stres či zátěž, distres nebo pocit frustrace, deprivace a deprese (Šamánková, 2011, s. 15 – 16).

Na saturaci potřeb se může podílet pud, zájem, ambice, cíl, ideály a přesvědčení. Mezi objektivní faktory, které ovlivňují naplnění potřeb, můžeme zařadit takové faktory, které ovlivňují naplnění potřeb viditelných, objektivně hodnotících, jejichž součástí je potřeba dostatku jídla a tekutin, potřeba pomoci při hygieně, pohybu, stravování, uspořádání sociálního prostředí. Dále se jedná o vývojové stádium člověka, jeho pohlaví a věk, rovněž vzdělání nebo rodinné zázemí či společenské postavení. Nedílnou součástí objektivních faktorů jsou i mezilidské vztahy. Součástí subjektivní faktorů je kladná sebekoncepce či narušená sebekoncepce. Kladná sebekoncepce je charakteristická pro lidi, kteří mají k sobě kladný vztah, daleko lépe přijímají vnitřní změny a přijímají své onemocnění. Taktéž lidé s vyrovnanou sebe konceptí snadněji poznávají své potřeby a cesty, jak je uspokojit. Narušenou sebekoncepcí můžeme rozumět tak, že jsou to lidé, kteří nejsou schopni své potřeby uspokojovat samostatně a vyžadují tím pádem větší péči a pozornost (Šamánková, 2011, s. 23).

#### **4.1.4 Motivace pro naplnění potřeb**

Motivaci můžeme definovat jako tzv. hybnou sílu, která má vliv na naše jednání a konání. Pro člověka je důležitá při naplnění potřeb, protože její síla a schopnost mu dává sílu překonávat určité překážky. Motivace ovlivňuje naše chování a konání pro dosažení cíle. Je to určitý souhrn všech skutečností, do níž spadá radost, zvědavost, pozitivní pocity, radostné očekávání, které ovlivňují a podporují člověka nebo na druhou stranu tlumí, aby něco člověk prováděl nebo neprováděl. Lidské chování je vždy něčím motivováno, a to hlavně biologickými, kulturními a situačními pohledy (Šamánková, 2011, s. 16).

*„Motivaci nemocných k překonání zdravotních problémů by měl každý poskytovatel jakéhokoliv typu péče intenzivně vyhledávat, podporovat a pomáhat hledat nové cesty v naplnění potřeby. Za optimální situaci považujeme tu, kdy dojde k souladu intenzity potřeby člověka s mírou jejího naplnění.“ (Šamánková, 2011, s. 17)*

## **4.2 Potřeby v ošetrovatelství**

Jedince ošetrovatelství chápe jako komplexní a holistickou bytost. Využívá holistickou teorii, kdy potřeby jedince by měly být v rovnováze či harmonii. Pokud dojde k narušení, vzniká choroba a tím pádem i porucha jedné části, která má za následek fungování jedince jako celku. Co se týká teoretické úrovně z pohledu holistického, lze rozdělit potřeby na biologické, psychické, sociální a duchovní. V rámci praktické roviny se potřeby jedince navzájem prolínají (Plevová, 2011, s. 103).

Biologické potřeby v ošetrovatelství zahrnují potřeby nevyhnutelné pro udržení zdraví a zachování života a jsou uspokojovány podle zvyku jedince. Můžeme zde tedy zařadit například potřebu vzduchu, potravin, odpočinku, spánku, sexuální, vylučování nebo tekutin. Potřeby psychické, sociální a duchovní hrají významnou roli pro jedince, ale nesouvisí s jeho existencí. Spíše vede k rozvoji osobnosti jedince či jeho pohodě. Do psychických potřeb spadá například potřeba jistoty, bezpečí, štěstí, uznání, obdivu, obrany, agrese, zvědavosti, moci, učení nebo zábavy. V rámci sociálních potřeb hraje důležitou roli potřeba komunikace, informovanosti, přátelství, respektování i seberealizace. K potřebám duchovním se řadí především potřeba náboženské svobody, respektování víry a odpuštění (Plevová, 2011, s. 103 – 104).

### **4.2.1 Využití ošetrovatelského procesu v oblasti naplnění lidských potřeb**

Lydia Hallová jako první použila v roce 1955 termín ošetrovatelský proces. U nás začal být používán ošetrovatelský proces až od 80. let. Můžeme říct, že využívání ošetrovatelského procesu, i co se týká naplňování lidských potřeb, je efektivní metodou usnadňující klinické rozhodování a následné řešení problematických situací. Díky ošetrovatelskému procesu lze vytvořit strukturu, která nám umožňuje bezpečně postupovat s dodržením jednotnosti v provádění péči. Co se týká ošetrovatelského procesu, ten vyžaduje pět hlavních částí, které spolu úzce souvisí. První z nich je systematické shromažďování údajů o nemocném a jeho problémech, které můžeme získat prostřednictvím rozhovoru, vzájemné spolupráci mezi lékařem a sestrou, dále prostřednictvím komunikace s rodinou nemocného



a následně osobních pocitů nemocného. Druhá část spočívá v analyzování dat, třetí bod v plánování, kdy dochází ke kladení cílů s možnostmi řešení. Čtvrtá část obsahuje uskutečňování daných cílů neboli realizaci. V poslední části dochází k hodnocení (Kudlová, 2016, s. 16; Šamánková, 2011, s. 11).

Lidskými potřebami se také zabývá diagnostika NANDA International (Kudlová, 2016, s. 27).

#### **4.2.2 Význam ošetrovatelské péče z hlediska uspokojování potřeb**

Podstatnou roli v uspokojování potřeb a při jejich naplňování je správná informovanost nemocných a taktéž častá a pravidelná komunikace s nimi. Nemocným právě komunikace a informovanost přináší průběžnou či poznávací kontrolu nad jejich nemocí. Můžeme říct, že pacienti, kteří mají informovanost o své léčbě (pokud pacient však tyto informace vyžaduje), prognóze, účincích léků a dalších plánovaných vyšetření, jsou klidnější a snáší svou nemoc lépe. Na druhé straně neinformovanost a nejistota může způsobovat znesnadnění naplnění potřeb, ať už primárních či sekundárních. Nezbytnou součástí pro naplnění potřeb je pomoc nemocnému najít správné pojmenování pro jeho potřebu, kdy nemocný člověk může popisovat pocit svého diskomfortu rozpačitými slovy. Často se stává, že se jedná spíše o psychologický problém, nebo tzv. zástupný problém, kdy nemocný popisuje něco, co není pravda, a vyžaduje pouze naši přítomnost (Šamánková, 2011, s. 39).

### **4.3 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa**

Abraham Harold Maslow byl americký psycholog a první prezident společnosti pro humanistickou psychologii. Jeho klasifikace potřeb je jednou z nejvíce využívaných klasifikací, proto ji v bakalářské práci zmiňujeme. Maslow sestavil teorii motivace, ze které se následně vyvíjela hierarchická teorie potřeb. Potřeby člověka jsou členěny podle naléhavosti, kdy člověk nebude chtít si koupit nové věci, pokud není zdravý nebo nemá dostatek financí. Z toho vyplývá, že je důležité nejprve uspokojit potřeby nižší a následně potřeby vyšší. Jakmile je potřeba nižší naplněna, může dominovat potřeba vyšší. Abraham Harold Maslow tedy vytvořil klasifikaci potřeb a v ní rozdělil potřeby na vyšší (potřeby seberealizace, uznání, sounáležitosti) a potřeby nižší (potřeby bezpečí a potřeby fyziologické). Maslowova hierarchie potřeb je uvedena níže v Příloze P IV (Trachtová, 2013, s. 13 – 15).

Hierarchický organizovaný systém potřeb podle Maslowa obsahuje pět hlavních částí. Mezi první patří fyziologické potřeby, které se vyskytují při porušení homeostázy. Tento celek

souvisí s potřebami organismu a dá se říct, že slouží k přežití. Uspokojení fyziologických potřeb v této části systému hraje velmi důležitou roli. Jedinec se je snaží uspokojit ještě dříve, než se potřeby stanou aktuálními. V momentě, kdy se potřeby stanou aktuálními, mají tendenci ovlivňovat jedince v chování a jednání. Mezi druhou část systému patří potřeba jistoty a bezpečí, kdy se jedinec snaží vyhnout ohrožení a možnosti vzniku nebezpečí. Podstatnou roli tu hraje touha po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu či úzkosti nebo ekonomického zajištění. Vyskytuje se například při pocitu ztráty životní jistoty. Třetí část ze zmiňovaného systému nese název Potřeba lásky a sounáležitosti, která je postavena na principu lásky a pocitu být milován. Tato potřeba se může vyskytovat v případě, kdy se jedinec cítí opuštěný. Čtvrtou částí systému je potřeba uznání, ocenění, sebeúcty, v níž se můžeme bavit o dvou spojených potřebách. První z nich je potřeba sebeúcty a sebehodnocení, která má za úkol vyjadřovat přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislosti na druhých. Naproti tomu druhá upozorňuje na touhu respektu od druhých lidí. Může se také projevat jako snaha o znovunavrácení sociálních hodnot. Poslední částí, tedy pátou, je potřeba seberealizace, sebeaktualizace, která je důležitá při realizování svých schopností a záměrů. Jedinec musí být přesvědčen, že určitou činnost dělá správně. V rámci uspokojování potřeb využívá Maslow dva vzorce jejichž název je redukce a indukce. Redukce je charakterizována jako vzorec pro uspokojování základních potřeb. Naproti tomu indukce je motivační stav, který je trvalý a jedná se o vzorec uspokojování metapotřeb. Jsou to určité zájmy tzv. trvalé úsilí. Maslow tímto poukazuje na to, že pokud jsou u člověka uspokojeny fyziologické a sociální potřeby, mizí motivace v tomto směru a na povrch se dostávají vývojově vyšší potřeby, například sebezdokonalování, které pro člověka představuje nekonečnou hranici neukojitelnosti (Plevová, 2011, s. 96 – 97, Trachtová, 2013, s. 14).

#### 4.4 Potřeby a hypothyreóza

U pacientů s hypothyreózou není hospitalizace nutná. Nutnost hospitalizace je ve většině případů pouze při zhoršení stavu a situacích, kdy stav pacienta jej ohrožuje na životě. Pokud je pacient přijat k hospitalizaci, je uložen na oddělení JIP, kde se můžeme setkat s již zmiňovaným vystupňovaným stavem myxedémem. Obecně můžeme říct, že pacient při hospitalizaci i doma potřebuje znát následující znalosti, informace a doporučení, které by měl předat pacientovi personál, a hlavně tedy všeobecná sestra. Doporučujeme menší pokoj se zdrojem tepla a vyhýbání se pobytu v nevyrovnaném teplotovém prostředí, protože pacient trpí chladem. Je důležité, aby se pacient do cílené kompenzace hypothyreózy snažil

omezit fyzickou zátěž, kdy probíhá v těle adaptace oběhového systému na změny metabolismu. Při hygienické péči může být přítomna určitá pomoc ze strany personálu nebo rodiny, protože pacienti jsou často unavení. Pacienta však motivujeme k jeho soběstačnosti. Vzhledem k zimomřivosti pacienta je důležité zajistit teplou vodu pro osobní hygienu pacienta. Pacienti mohou mít sníženou chuť k jídlu, ale přesto váhový přírůstek je zde typický. Doporučujeme dietu především se zvýšeným obsahem bílkovin, vitamínů, vlákniny a jódu, naproti tomu omezení spočívá v sacharidech a tuků. Ptáme se na vyprazdňování moče a stolice, protože pacienti trpí často zácpou. Co se týká spánku, pacienti jsou většinou velmi unavení, proto je důležité, aby měli při spánku zajištěné klidné prostředí. Následně si všímáme otoků na těle. Na kůži hodnotíme její suchost a bledost, všímáme si oblasti loktů, které mohou signalizovat Charvátův příznak. Snažíme se tedy pacientovi vysvětlit důležitost péče o svou pokožku a doporučujeme různé hydratační krémy a hygienické potřeby. Hodnotíme taktéž vypadávání a hrubost vlasů a křehkost nehtů. Vyloučení stresu je rovněž důležité. Jelikož u pacientů s hypotyreózou může docházet ke zpomalenému myšlení, špatné soustředěnosti a občasné objevující se depresi, proto sdělujeme informace srozumitelně. Fyzikální terapie a rehabilitace může být nápomocná k vymizení pohybových obtíží. Při komunikaci s pacientem by měl personál využívat empatické cítění, ohleduplnost a dávat dostatek času na případné otázky kladené ze strany pacienty. V neposlední řadě dbáme na to, aby byl pacient upozorněn na důležitost pravidelnosti užívání léků a že jakákoliv změna dávky podle vlastního uvážení je pro něj nebezpečná. Samostatné uvažování o ukončení léčby bez rozhodnutí lékaře je rovněž nebezpečné. Informujeme pacienta, aby se dostavil ihned k lékaři při vyskytnutí se vedlejších účinků léků, jako je například bušení srdce nebo zhoršení spánku. A především pacienta upozorníme na důležitost pravidelných kontrol u svého lékaře (Burnová, 2008; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 130 – 131; Vörösová, 2011, s. 143 – 144; Zamrazil, 2007, s. 101, s. 107 – 108).

Pacient při daném onemocnění trpí ve většině případů, jak už bylo zmíněno, velkou únavou a nedostatkem spánku a také často zácpou. Proto se budeme níže bavit především o potřebě spánku, odpočinku a zácpě. Spánek můžeme nazvat jako univerzální projev, který je společný všem lidem. Psycholog Maslow popsal spánek jako základní lidskou potřebu. Odpočinkem rozumíme klid, prostor pro relaxaci bez emočního stresu či napětí nebo nějaké úzkosti. Odpočinek neznamena pouze inaktivitu. Odpočinek lze například naplnit procházkou nebo rekreačním sportem. Lidé si s potřebou odpočinku volí určité prostředí a činnosti, kterým se chtějí věnovat. Předpokladem pro odpočinek je především pocit,

že člověk má své věci pod kontrolou, dále pochopení druhých lidí a v neposlední řadě se jedná o vhodnou polohu, klid, pohodu, spokojenost, kdy se člověk necítí znepokojený nebo podrážděný, a především vědomí, že člověku v případě potřeby někdo pomůže (Trachtová, 2013, s. 70).

Očekávané výsledky u nemocného s únavou jsou především ty, že nemocný má více sil a energie, je schopen rozpoznat nástup únavy a že umí překonávat únavu přiměřenou činností. Pro správný odpočinek a spánek je vhodné, aby například vypínal mobilní telefon, ztlumil všechna světla nebo ztlumil osvětlení, dále aby došlo ke snížení stimulů, které mohou nemocného rušit, a to jsou především rozhovory ostatních, televize nebo rádio. Je vhodné, aby člověk měl upravené své lůžko, pohodlné noční oblečení a aby se před spaním i vyprázdnil (Trachtová, 2013, s. 78 – 79).

Nemocný, který trpí zácpou, se potřebuje v první řadě pravidelně vyprazdňovat, mít měkkou a formovanou stolicí. Dále by se měl vyprazdňovat v obvyklých časových intervalech. Neměl by mít pocity bolesti ani nadměrné námahy při defekaci. V neposlední řadě by se měl stravovat pravidelně, mít vyváženou stravu bohatou na vlákniny a dodržovat pitný režim okolo 1500 – 2500 ml tekutin za den (Trachtová, 2013, s. 107).

Co se týká intervencí pro vyprazdňování stolice, je především důležité podporovat nemocného pro pravidelnou stolicí, a to buď zabezpečením soukromím, nebo již zmiňovanou výživou a tekutinami a dále vhodným cvičením nebo polohováním. Dále je potřeba zhodnotit současný způsob defekace a všechny okolnosti, které na ni působí. Dát nemocnému informace o fyziologii vyprazdňování i o jejich možných odchylkách. Nezbytné je i všimnout si barvy, zápachu, konzistenci, množství i pravidelnosti vyprazdňování stolice. Především je nutné zjistit dobu trvání obtíží a zkontrolovat léky, které nemocný užívá s ohledem na jejich vedlejší účinky (Trachtová, 2013, s. 107).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 METODIKA VÝZKUMU

Pro bakalářskou práci jsme vybrali kvalitativní výzkum. Tento druh výzkumu umožňuje zdaleka větší možnost zkoumání daného onemocnění a jeho problematiky. Výhodou je zde především osobní kontakt s respondenty. K naplnění cílů praktické části bakalářské práce, které jsou zaměřeny na informovanost nemocných s hypotyreózou a na specifické potřeby, změny a omezení u nemocných hypotyreózou, byla vybrána technika pomocí rozhovoru.

### **Kvalitativní výzkum**

Kvalitativní výzkum nepotřebuje pro svůj výsledek statistické údaje. Obsahuje především výzkum, který koresponduje s životem jedince, jeho chováním nebo vzájemných vztahů. Tento druh výzkumu se stýká s menším počtem respondentů. Tento výzkum je vhodný i pro nemoci, kde se může odhalit jejich příčina, prožívání a adaptace jedince na život s nemocí a taktéž v nemoci. Kvalitativní výzkum je vhodný především i proto, že umožňuje zkoumat problémy více do hloubky. Tento výzkum můžeme i upřednostňovat v ošetrovatelství. Mezi typický zdroj kvalitativního výzkumu řadíme rozhovory a pozorování (Kutnohorská, 2008, s. 65 – 66).

### **Rozhovor**

Rozhovor můžeme definovat jako verbální kontakt, kde hraje důležitou roli tazatel s dotazovanou osobou, kde tazatelův cíl je především získat informace pomocí kladených otázek. Mezi podmínky úspěšného rozhovoru řadíme především klidné prostředí, ucelené cíle, které máme za cíl splnit. Dále bychom měli komunikovat s respondenty jasně, stručně, srozumitelně. Je důležité vyhýbat se odborným výrazům a názvům, kterým respondent nemusí rozumět. Nezbytné je vést rozhovor přirozeně, používat jazyk, kterému respondent rozumí a je mu blízký. Tazatel by měl mít schopnost odhadovat složitost zkoumaných problémů, které mohou být ovlivněny věkem, vzděláním, inteligencí a informovaností daného respondenta. Základem rozhovoru je především navození přátelského vztahu. Nejběžnější chyby tazatele při vedení rozhovoru je netrpělivost, nejasná formulace otázek a rovněž napomínání dotazovaného respondenta, například kvůli odklonění od tématu (Kutnohorská, 2008, s. 73 – 74).

Polostandardizovaný rozhovor obsahuje rámcový seznam otázek, které můžeme doplňovat, upravovat a především reagovat na danou situaci či odpověď. Co se týká průběhu rozhovoru, hraje zde podstatnou roli první otázka, která je vstupní, a může respondenta naladit i motivovat k pokračování rozhovoru. Následně dochází k pokládání obtížnějších otázek,

kteřé se střídají s méně náročnějšími otázkami a dochází tak k jejich střídání, aby si respondent mohl odpočinout. O kódování můžeme říct, že se jedná o proces analýzy údajů. Kladeňí otázek je jediná obecná technika, která je hlavním bodem všech kódovacích postupů. Základním principem procesu kódování jsou dva analytické postupy. První se zaměřuje na porovnání a druhý na kladeňí otázek. (Kutnohorská, 2008, s. 76, s. 93 – 94).

## 5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

### *Cíle práce*

1. Zjistit informovanost nemocných o hypotyreóze
2. Zjistit specifické potřeby, změny a omezení u nemocných s hypotyreózou

### *Výzkumné otázky*

1. Jak jsou nemocní informováni o své nemoci?
2. Jaká jsou omezení a změny v potřebách nemocných s hypotyreózou?

## 5.2 Organizace šetření

Rozhovor pro nemocné s hypotyreózou obsahuje tři základní kategorie, a to základní informace, nemoc, dále potřeby, změny a omezení nemocných. Kategorie jsou následně rozděleny na podkategorie, které jsou uvedeny níže v tabulce 2. Ještě než byl rozhovor zahájen, byly respondentky seznámeny s počtem otázek, přibližnou délkou rozhovoru a danými cíli výzkumu.

Rozhovor byl tvořen třiceti otázkami, které můžeme najít v Příloze P III. Během rozhovoru byly využity i doplňující otázky, které reagovaly na odpovědi respondentů, a jsou uvedeny v přepisu rozhovoru u každého respondenta zvlášť.

Co se týká odpovědí, respondenti měli možnost volně odpovídat a případně klást otázky, pokud něčemu nerozuměli. Pořadí otázek se neměnilo, spíše byly využity již zmiňované doplňující otázky. Rozhovory probíhaly v měsíci únoru a březnu a byly nahrávány na mobilní telefon a následně přesně přepsány. Nahrávky i přepsané rozhovory jsou dostupné u autora práce.

Dá se říci, že celkově bylo realizováno 5 rozhovorů. Všichni respondenti byli ujištěni, že veškeré informace jsou anonymní a budou použity pouze pro potřeby této práce a nedojde k žádnému zneužití jejich osobních údajů. Rozhovory probíhaly u respondentů doma a to i z důvodu toho, že to bylo pro ně daleko příjemnější a byli více otevřenější. V průběhu rea-

lizace rozhovoru byl přítomen pouze tazatel a dotazovaný a to ve čtyřech případech rozhovorů z pěti. V rámci jednoho rozhovoru, kdy jeden respondent nedosáhl ještě věku plnoletosti, byli seznámeni s výše uvedeným i jeho rodiče, kteří souhlasili s poskytnutím rozhovoru. Se zmiňovaným respondentem byla u rozhovoru přítomna i jeho matka, která se zapojovala do některých otázek a odpovědí, které respondent nevěděl, anebo je jen matka chtěla doplnit. Neplnoletému respondentovi byla ještě před začátkem rozhovoru vysvětlena určitá slova, která se objevovala v otázkách a kterým by nemusel rozumět. Ukázalo se však, že tento respondent má na svůj věk přehled i v některých odborných výrazech.

V rámci praktické části pro lepší orientaci budeme označovat respondenty P1 – P5 a jako tazatele T. Matka respondenta je označována písmenem Px. Při rozhovoru některé odpovědi byly obsáhlé, proto jsou níže v tabulkách uvedeny jen výstižné odpovědi respondentek, které jsou označeny kurzívou a jsou bez jakékoliv stylistické úpravy.

### 5.3 Struktura rozhovoru

Ještě než byl rozhovor zahájen, byla všem respondentkám položena otázka, zda souhlasí s rozhovorem. První část rozhovoru tvořila kategorie *Základní informace* s podkategoriemi zaměřené na *věk a zaměstnání, léčbu s hypotyreózou, další onemocnění, prodělané operace*. Další část rozhovoru tvořila kategorie *Nemoc*, jejíž součástí byly podkategorie, které se zaměřovaly na *základní informace o nemoci, příčiny, první příznaky, diagnostiku či léčbu, genetiku a v neposlední řadě na dispenzarizaci*. V rámci poslední části rozhovoru byla vytvořena kategorie *Potřeby, změny a omezení*, kdy jsme se zaměřovali na podkategorie *fyzické, psychické nebo sociální*. Rozhovor byl ukončen pomocí otázky, zda respondentky chtějí ještě něco doplnit k našemu rozhovoru.

### 5.4 Výběr respondentů

Pro výběr respondentů hrálo klíčovou roli pouze to, zda se léčí s hypotyreózou. Dále nebyla zvolena žádná kritéria v rámci výzkumu, která by výběr více specifikovala. Rozhovor poskytovaly pouze ženy, a proto budeme dále níže hovořit v ženském rodě a respondenty budeme nadále nazývat jako respondentky. Pro rozhovor byli osloveni i muži, ale bohužel neměli zájem a odmítli provádět jakýmkoliv způsobem rozhovor. Níže v tabulce 1 můžeme najít pro zajímavost například věkové rozmezí či zahájení léčby respondentek.



*Tabulka 1 Respondentky*

OZNAČENÍ	POHLAVÍ	VĚK	ZAHÁJENÍ LÉČBY
P1	Žena	32 let	2012
P2	Žena	24 let	2013
P3	Žena	70 let	1999
P4	Žena	46 let	2000
P5	Žena	13 let	2010

Tabulka2 Oblasti rozhovoru

KATEGORIE	PODKATEGORIE	OTÁZKY
<b>a) ZÁKLADNÍ INFORMACE</b>	Věk a zaměstnání	Otázka č. 1
	Léčba s hypotyreózou	Otázka č. 2
	Jiná onemocnění	Otázka č. 3
	Prodělané operace	Otázka č. 4
<b>b) NEMOC</b>	Základní informace o nemoci	Otázka č. 5
	První příznaky	Otázka č. 6, 7
	Výskyt v rodině	Otázka č. 8
	Diagnostika	Otázka č. 9, 10, 11
	Léčba	Otázka č. 12–20
	Dispenzarizace	Otázka č. 21, 22
	<b>c) POTŘEBY, ZMĚNY A OMEZENÍ</b>	Fyzické
Psychické		Otázka č. 24, 25, 26
Sociální		Otázka č. 27, 28, 29

Otázky pro rozhovor jsou uvedeny níže v Příloze P III.

## 6 ZPRACOVANÉ ROZHOVORY

V této kapitole jsou zaznamenány odpovědi respondentek, které odpovídaly v rámci rozhovoru na položené otázky. U každé otázky je uvedena kategorie a podkategorie, do které otázka spadá.

### **a) ZÁKLADNÍ INFORMACE:** Podkategorie věk a zaměstnání

Otázka č. 1 T: Můžete mi říct, kolik je Vám let a jaké je Vaše zaměstnání nebo co studujete?

Tabulka 3 Věk a zaměstnání

ODPOVĚĎ	
P1	<i>32 let a moje zaměstnání je kuchařka.</i>
P2	<i>Je mi 24 let a pracuji jako specialista prodeje.</i>
P3	<i>Je mi 70 a pracovala jsem jako pekařka.</i>
P4	<i>Mám 46 let a pracuji ve výrobním procesu.</i>
P5	<i>Chodím do sedmé třídy základní školy a je mi 13 let.</i>

**Komentář:** Vybrané respondentky jsou různé věkové kategorie a jejich povolání se také liší. Z pěti respondentů je jedna respondentka důchodkyně (P3) a jedna žákyní základní školy (P5). Tři respondentky (P1, P2, P4) jsou pracující. Momentálně na rodičovské dovolené je jedna respondentka (P1).

**a) ZÁKLADNÍ INFORMACE:** Podkategorie léčba s hypotyreózou

Otázka č. 2 T: Léčíte se s hypotyreózou?

Tabulka 4 Léčba hypotyreózy

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Ano.</i>
P2	<i>Ano, léčím a momentálně jsem ve stádiu, kdy mi vysadily léky a chodím jenom na kontrolní odběry a vyšetření.</i>
P3	<i>Ano, léčím.</i>
P4	<i>Ano, léčím.</i>
P5	<i>Ano, léčím.</i>

**Komentář:** Z odpovědí respondentek je patrné, že se všechny léčí s hypotyreózou. Taktéž z odpovědí vyplývá, že jedna respondentka (P2) je nyní ve fázi onemocnění, kdy je pouze ve sledování.

**a) ZÁKLADNÍ INFORMACE:** Podkategorie jiná onemocnění

Otázka č. 3 T: Máte další onemocnění, se kterým se trvale léčíte?

Tabulka 5 Jiná onemocnění

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Ne</i>
P2	<i>Léčím se s atopickým ekzémem a chodím na alergologii...</i>
P3	<i>Ne, nemám.</i>
P4	<i>Tak trvale se léčím s polyvalentní alergií ... dál sa léčím s atopickým ekzémem ...v neposlední řadě trpím na migrény ...</i>
P5	<i>Ne, nemám.</i>

**Komentář:** Z celkového počtu pěti respondentek se tři respondentky (P1, P3, P5) s žádným jiným onemocněním neléčí. U respondentek (P2, P4) se objevují kožní problémy, a to v podobě atopického ekzému, a rovněž se u nich objevuje alergie. Respondentka P4 uvádí, že se léčí ještě s migrénami.

**a) ZÁKLADNÍ INFORMACE:** Podkategorie prodělané operace

Otázka č. 4 T: Prodělala jste nějaké operace?

Tabulka 6 Operace

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Strumektomii akorát.</i>
P2	<i>Žádné jsem ještě nikdy neprodělala.</i>
P3	<i>Ne, žádné.</i>
P4	<i>Ano, podstoupila jsem odstranění dělohy z důvodu jejího zvětšení a výskytu velkých myomů a silného krvácení.</i>
P5	<i>Ne, operaci jsem ještě žádnou neměla.</i>

**Komentář:** Z uvedených odpovědí je patrné, že tři respondentky (P2, P3, P5) nepodstoupily doposud žádné operace. U respondentky P1 došlo ke strumektomii a u respondentky P5 k odstranění dělohy.

**b) NEMOC:** Podkategorie základní informace o nemoci

Otázka č. 5 T: Dokázala byste popsat, co znamená hypotyreóza a jaké jsou její příčiny?

Tabulka 7 Význam hypotyreózy a její příčiny

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Je to snížená funkce štítné žlázy....Myslím si, že určitě strava, špatný styl života, práce v noci, to si myslím, že hodně.</i>
P2	<i>Hypotyreóza je snížená činnost štítné žlázy, to znamená, že neprodukuje dostatečné množství hormonů. Myslím, že příčinou je nedostatek jódu nebo nějaký zánět, porucha zánětlivá.</i>
P3	<i>...Je to snížená štítná žláza. A co se týká příčiny, myslím, že je to ovlivněné stresem a genetikou.</i>
P4	<i>Tak hypotyreóza je snížení funkce štítné žlázy. To znamená, že neprodukuje správné množství hormonů. Nastává porucha této funkce a tělo si vytváří protilátky proti ní, poškozují a ničí jí...Příčinu nevím, ale myslím si, že je to způsobeno nedostatkem jódu do těla.</i>
P5	<i>Ted' už ano. Je to snížená funkce štítné žlázy. Dříve jsem se nějak nezajímala, co přesně to slovo znamená, věděla jsem, že je to něco se štítnou žlázou, protože to slovo používal doktor, když se bavil s rodiči. A myslím si, že příčina by mohla být genetika nebo to, že to vznikne samo v těle, že za to člověk nemůže a taky asi nesprávná strava.</i>

**Komentář:** Všechny respondentky uvádí, že se jedná o sníženou funkci štítné žlázy. Za příčinu respondentka (P5) uvádí příčinu autoimunitní charakter, kdy to popsala svými slovy. Jako příčinu uvedla dále respondentka (P3) stres a genetiku. Nicméně respondentka (P2, P4) si myslí, že příčinou by mohl být i nedostatek jódu.

**Poznámka:** V rámci doplňující otázky byla položena respondentce P1 otázka, zda pracovala v noci. Respondentka pracovala dříve i v noci, na směny, měla dlouhé směny a myslí si, že to byl jeden ze spouštěcích faktorů pro její onemocnění.

**b) NEMOC:** Podkategorie první příznaky

Otázka č. 6 T: Kdy se na Vaše onemocnění přišlo a jaké důvody/příznaky Vás vedly k návštěvě lékaře?

Tabulka 8 Objevení nemoci a příznaky

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Já si myslím, že jakože jsem to asi měla řešit dřív než až vtom roce 2009, ale to jsem nevěděla, že je to nenormální. Neustále unavená, bývala jsem strašně, bolely mě nohy, jakože šilným způsobem. Spánek, klidně bych spala i čtyřicet hodin denně. Což bylo nemožné, když člověk má chodit do práce a co ještě tak jako dost zima, chladno, zimomřivá jsem byla dost, ale spíš ty bolesti těch nohou a jako totální únava jako, úplně nepochopitelná, vlastně vyčerpanost... Jo a hlavně ještě, strašně jsem zapomínala jako. Né, jak kdyby já nevím, jako jaké, nějakou historii života mého, ale spíš jako tak běžné věci, strašně jsem zapomínala. Což mě teda jako dovedlo k té doktorce taky docela.</i>
P2	<i>Na moje onemocnění se přišlo náhodně na doporučení kontrolního vyšetření lékařky mé matky a bylo to v roce asi 2011. Jako jeden z důvodů byla vlastně moje neustálá únava, pocit, chtělo se mi spát.</i>
P3	<i>Zhruba před dvaceti lety a byla jsem velmi unavená.</i>
P4	<i>Tak bylo to asi v roce 2000 a ty příznaky jsem vůbec nějak nevnímala. Upozornil mě na ně až ortoped, když jsem k němu přišla a vzpomínám si, že řekl, že jsem bledá a vypadám moc unaveně a vyčerpaně. Tenkrát mě doporučil odběry u obvodního lékaře a tyto odběry to onemocnění potvrdily.</i>
P5	<i>Moc si to nepamatuju. Byla jsem malá. Bylo mi asi šest let.</i>  <i>Px: Jednalo se o náhodném odběru, kdy paní doktorka, pediatr, chtěla zkontrolovat bratra a říkala, že zkontroluje i dceru. U bratra hodnoty byly v pořádku, ale u dcery hodnoty nebyly, tak nás paní doktorka dále poslala na další vyšetření. Ještě se jí zdálo, že má silnější krk</i>



*a byla unavená a spavá.*

**Komentář:** Náhodné objevení nemoci se vyskytovalo u tří respondentek (P2, P4, P5). Jednalo se o doporučení od jiných odborných lékařů. Objevení nemoci se objevilo u P1 před 9 lety, u P2 před 7 lety, z toho léčba byla zahájena o dva roky později. U P3 se nemoc objevila zhruba před 20 lety, u P4 před 18 lety a u P5 před 8 lety.

Můžeme říct, že u všech respondentek se objevovala únava. Potřebu spánku uvádí tři respondentky (P1, P2, P5). Dále se objevovalo u respondentky P5 podezření na silnější krk. Respondentka P1 uvádí pocit chladu, zimomřivosti či bolesti nohou a zapomínání a vyčerpání popisuje P4.

**Poznámka:** V rámci doplňující otázky bylo zjištěno, že u respondentky P1 ještě před operací měla struma tendenci se zužovat a stahovat a respondentce se špatně dýchalo a rudla hlava. Ještě bylo zjištěno v rámci doplňující otázky, že zmiňovaná respondentka si myslí, že příčina je i v kouření.

**b) NEMOC:** Podkategorie první příznaky

Otázka č. 7 T: Jak na Vaše změny reagovalo okolí, rodina?

Tabulka 9 Reakce okolí a rodiny na nemoc

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Tak nijak zásadně.... Asi, asi prostě spíš jsem začala být, když jsem dostala ty léky tak už to bylo takové lepší, jako okamžitě no došlo, bylo lepší, byla jsem taká aktivnější trošku, ale právě do té doby mňa všeci brali prostě jako velké, velkého otlého člověka jako.</i>
P2	<i>Pořád se mě ptali, proč spím neustále, přišlo jim to prostě zvláštní.</i>
P3	<i>Každému přišlo divné, že jsem hodně unavená.</i>
P4	<i>Tak nijak zvlášť nereagovalo okolí ani rodina, myslím si, že to vůbec nikdo nepovažoval za nějaký zvláštní problém.</i>
P5	<i>Rodičům přišlo divné, že jsem nijaká a že pospávám, třeba i přes den.</i>

**Komentář:** Dvě respondentky (P1, P2) se shodují na tom, že rodina ani okolí nijak zvláštně nereagovaly na jejich změny. U tří respondentek (P2, P3, P5) přišlo rodině či okolí zvláštní, že jsou respondentky unavené, nebo proč pořád spí.

**b) NEMOC:** Podkategorie výskyt v rodině

Otázka č. 8 T: Vyskytuje se ve Vaší rodině dané onemocnění?

Tabulka 10 Výskyt nemoci v rodině

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Ano. Spíš tak celkově v rodině ano.</i>
P2	<i>Ano trpí tím hodně členů v naší rodině...</i>
P3	<i>Trpěl tím můj otec, nyní dcera a vnučka.</i>
P4	<i>Ano, vyskytuje. Toto onemocnění vlastně se stejnou diagnózou mají obě dvě mé dcery, rovněž neteře a sestřenice. U rodičů a prarodičů či jiných rodinných příslušníků, předků známka o této nemoci není...</i>
P5	<i>Ano, toto onemocnění u nás v rodině je. Moje teta i sestřenice mají také tuto nemoc.</i>

**Komentář:** Z odpovědí všech respondentek je patrně, že výskyt daného onemocnění se u nich v rodině objevuje, a to přímo v blízké rodině.

**b) NEMOC:** Podkategorie diagnostika

Otázka č. 9 T: Víte, jak se onemocnění diagnostikuje?

Tabulka 11 Diagnostika

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Zjišťuje se z krve, jako jsou vlastně hodnoty těch hormonů štítné žlázy, potom asi nějakým vyšetřením krku, pohmatem tak jako. A sono mám takový pocit ještě, že tam hrálo roli.</i>
P2	<i>Zjišťuje se odběrem krve.</i>
P3	<i>Odběrem krve.</i>
P4	<i>Samozřejmě je to odběr krve a následné hodnoty výsledků.</i>
P5	<i>N, zjišťuje se to hlavně odběrem krve a z ultrazvuku si myslím, že je to také možné poznat.</i>

**Komentář:** Všechny respondentky se shodují na tom, že onemocnění se diagnostikuje či potvrzuje odběrem krve. Dále je z odpovědí respondentky P1 patrné, že si myslí, že to lze potvrdit i vyšetřením krku a pomocí ultrazvuku, k tomuto tvrzení se přidává i respondentka P5.

**b) NEMOC:** Podkategorie diagnostika

Otázka č. 10 T: Diagnostikoval Vám sníženou funkci Váš praktický lékař nebo endokrinolog?

Tabulka 12 Potvrzení diagnózy praktickým lékařem nebo endokrinologem

ODPOVĚĎ	
P1	<i>No, jelikož jsem přišla, jako s tím problémem, k praktickému lékaři, vysvětlila jsem potíže, tak doktor zkonstatoval, že to bude asi štítná žláza...</i>
P2	<i>Moje lékařka mi odebrala nejdříve krev, která nebyla zřejmě v pořádku a potom mě poslala na endokrinologii, kde mě po vyšetření si vlastně vzali do své péče.</i>
P3	<i>Byl to endokrinolog.</i>
P4	<i>Tak byl to praktický lékař a bylo to dle rozboru krve na danou specifikaci tohoto odběru tedy na vyložení na štítnou žlázu. Poté mně teda následně odeslal na vyšetření k odbornému lékaři.</i>
P5	<i>Byla to doktorka na štítnou žlázu.</i>

**Komentář:** Praktický lékař diagnostikoval onemocnění u tří respondentek (P1, P2, P4), které byly následně poslány k převzetí péče k odbornému lékaři, tedy endokrinologovi. Dvě respondentky (P3, P5) uvádí, že se jednalo o endokrinologa.

**b) NEMOC:** Podkategorie diagnostika

Otázka č. 11 T: Jak probíhalo Vaše první vyšetření?

Tabulka 13 První vyšetření

ODPOVĚĎ	
P1	<i>...Proběhlo vlastně sono krku a otázky samozřejmě, tak jako promačkání krku, a tak tady tyto věci jako panem doktorem a pak jeto hodně dávno, to bylo asi tak všechno no.</i>
P2	<i>Vzali mi odběr krve, sono štítné žlázy a prohmatali mi uzliny na celém krku, potom mě zvažili a změřili a zajímalo je, jestli se ještě s něčím léčím a jaké užívám léky. Taky se ptali na rodinu, zda tímto onemocnění někdo trpí, jestli mám fyzicky náročnou práci a potom ještě na problémy, které se u mě vyskytují.</i>
P3	<i>Zjišťoval, jaké mám potíže, prohmatat mně krk a udělal ultrazvuk.</i>
P4	<i>Tak jelikož to bylo docela dávno, vzpomínám si, byla jsem odeslána na odběry krev, samozřejmě moče, EKG a proběhlo klinické vyšetření, to bylo pohmatem na krku štítné žlázy, bylo tam měření tlaku a tepu, prohmatání břicha, dolních končetin, zda neotékají nohy a kotníky... výška, váha byla samozřejmostí ... Proběhlo i ultrazvukové vyšetření, kdy tenkrát se ukázalo, že mám na krku nějaké uzlíky v místě té štítné žlázy... Ale ještě si vzpomínám, že tenkrát mě byla zjištěna velká chudokrevnost a nasazeno užívání železa.</i>
P5	<i>Moc si to nevybavuji. Ptali se hlavně rodičů, ale paní doktorka mi kontrolovala krk a taky mi brali krev.</i>

**Komentář:** Z důvodu velkého časového odstupu, kdy se na objevení nemoci přišlo, je zřejmé, že si respondentky nevzpomenou na vše, co se týkalo jejich prvního vyšetření. Uvádí však průběh vyšetření, dá se říct, obdobně. Proběhl ultrazvuk štítné žlázy, kdy se u respondentky (P4) objevily na ultrazvuku štítné žlázy určité uzlíky, a zjistila se u ní taktéž chudokrevnost. Dále se jednalo o pohmat krku či uzlin, odběr krve a moče, EKG, měření FF, změření výšky, váhy. Proběhla kontrola končetin, zda nejsou přítomny otoky. Dále jedna respondentka (P2) popisuje, že byla zjišťována anamnéza, kdy se jí ptali, jaké má

respondentka obtíže, zda onemocněním trpí ještě někdo v rodině a také se zajímali, zda má fyzicky náročnou práci.

**b) NEMOC:** Podkategorie léčba

Otázka č. 12 T: Víte, jak se léčí snížená funkce štítné žlázy?

Tabulka 14 Léčba

ODPOVĚĎ	
P1	<i>No akorát ty léky no...</i>
P2	<i>Štítná žláza je onemocnění trvalého charakteru a léčba je celoživotní. Ale jinak se léčí přísunem jódu v potravě a užíváním léků.</i>
P3	<i>Užíváním léků.</i>
P4	<i>Samozřejmě nasazuje se léčebná forma užívání léků, ne?</i>
P5	<i>Musí se brát hlavně léky a to pravidelně.</i>

**Komentář:** Z odpovědí respondentek vyplývá, že si myslí, že léčba hypotyreózy spočívá v substituci léků, z toho jedna respondentka (P2) doplňuje odpověď, že to lze ovlivnit i stravou.



**b) NEMOC:** Podkategorie léčba

Otázka č. 13 T: Jaké léky a množství užíváte na sníženou funkci štítné žlázy?

Tabulka 15 Léky

ODPOVĚĎ	
P1	<i>... Takže Euthyrox 250, sedm dní v týdnu...</i>
P2	<i>Nyní žádné léky. Jsem pouze ve sledování...</i>
P3	<i>Užívám Euthyrox 100.</i>
P4	<i>Takže nyní užívám Euthyrox 137.</i>
P5	<i>Ted' užívám 75 Euthyrox, půlku každý den.</i>

**Komentář:** Nyní čtyři respondentky (P1, P3, P4, P5) užívají Euthyrox. Každá jiné množství. Respondentka P2 uvádí, že nyní neužívá žádné léky z důvodu vysazení léků, které proběhlo při poslední návštěvě a je nyní pouze ve sledování.

**b) NEMOC:** Podkategorie léčba

Otázka č. 14 T: Užívala jste stejnou dávku léků, nebo ji lékař měnil v průběhu léčby?

Tabulka 16 Průběh léčby

ODPOVĚĎ	
P1	<i>V průběhu měníme, měníme a vlastně dávka se zvyšuje od té doby co jsem vlastně na to přišla, tak se ty dávky hodně mění a spíš jako zvyšují.</i>
P2	<i>Dávka léků se měnila v průběhu léčby a v průběhu léčby jsem užívala Euthyrox stovku a potom podle výsledků krve Euthyrox padesátku.</i>
P3	<i>Lékař dávku mění podle výsledků.</i>
P4	<i>No tak léčba byla samozřejmě různorodá...</i>
P5	<i>Měnil, to si pamatuji, a protože jsem užívala léky třeba jinak o víkendů.  Px: Tak asi před půl rokem pan doktor změnil dávkování a zvýšil dávku kvůli dospívání.</i>

**Komentář:** Odpověď na položenou otázku byla u všech respondentek, můžeme říct, obdobná. Docházelo k měnění dávky, kdy léky měnily podle výsledků odběru krve a léčba byla tedy různorodá.

**Poznámka:** V rámci doplňující otázky u respondentky P1 bylo potvrzeno, že byla v průběhu léčby těhotná. V průběhu těhotenství chodila častěji na odběry krve. Dávky se měnily a spíše docházelo ke snižování než zvyšování. Co se týká dítěte, je zdravé a nejeví známky hypotyreózy.

**b) NEMOC:** Podkategorie léčba

Otázka č. 15 T: Znáte správný postup užívání léků?

Tabulka 17 Správný postup užívání léků

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Ano znám, vždy každé ráno nebo já aspoň každé ráno nalačno a vlastně aspoň 15 – 20 minut musím počkat, než se najím.</i>  T: Zapíjíš to čistou vodou?  <i>Ano, čistá voda.</i>
P2	<i>Léky se užívají ráno nalačno, půl hodiny před jídlem. Musím říct, že tu půl hodinu jsem vlastně nikdy pořádně nedodržovala.</i>
P3	<i>Ano znám, půl hodiny před prvním jídlem.</i>
P4	<i>Ano, znám léky se mají užívat a musí teda půl hodiny před jídlem nalačno... Snažím se dodržovat, občas tuto dobu poruším a lék zapíjím převážně čistou vodou.</i>
P5	<i>Lék se musí zapít nalačno, půl hodiny před jídlem, správné užívání léků dodržuji a lék zapíjím čistou vodou.</i>

**Komentář:** Všechny respondentky se shodují, že lék se musí užívat ráno nalačno a musí splňovat určitý časový interval před prvním jídlem. Respondentka P2 uvádí, že tuto dobu pořádně nedodržovala. Většina respondentek (P1, P4, P5) se shoduje na tom, že lék zapíjí čistou vodou.

**b) NEMOC:** Podkategorie léčba

Otázka č. 16 T: Za jakou dobu jste pocítovala účinek léčby?

Tabulka 18 Účinek léčby

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Defakto okamžitě, trvalo to možná pár dní, ale defakto jako, defakto to bylo pro mňa to bylo okamžitě, opravdu jako tady ta energie. Pomohlo, už jenom to, že se mně nechtělo spát přes den a po práci a takto jakože vlastně jsem začla být aktivní mnohem víc.</i>
P2	<i>Asi zhruba za tři měsíce.</i>
P3	<i>Zhruba tak do dvou měsíců.</i>
P4	<i>Tak to už si nepamatuji.</i>
P5	<i>To už si moc nepamatuju.</i>  <i>Px: Tak léky jsme dodržovali a čekali na další výsledky, které byly zhruba za tři měsíce, dcera byla méně unavenější, během těch tří měsíců se zdála být změna.</i>

**Komentář:** Účinek léčby respondentky (P2, P3, P5) pocítovaly každá jinak, a to v rozmezí měsíců, kdy začaly pocítovat nějaké změny či posun k lepšímu. Jedna respondentka (P4) si účinek léčby nepamatuje a jedna respondentka (P1) uvádí, že došlo u ní k okamžitému účinku.

**b) NEMOC:** Podkategorie léčba

Otázka č. 17 T: Můžete mi popsat, co by měla obsahovat Vaše strava s daným onemocněním?

Tabulka 19 Strava

ODPOVĚĎ	
P1	<i>No, toť otázka. Jelikož užívám ten vápník, tak, tak právě jde o to, spíš, aby si mě tam pan doktor hlídal neustále cokoliv toho vápníku mám, abych ho neměla nízký. Takže zařazuju normálně mléčné výrobky, dost kvašené věci, jakože kefír a tak, maso, nevyhýbám se ničemu...</i>
P2	<i>No, při nejmenším by měla obsahovat dostatek jódu v potravě.</i>
P3	<i>Měla by obsahovat hodně jódu.</i>
P4	<i>Jé, tak to teda moc nevím, ale jsou to určitě potraviny s obsahem jódu a nějaké další vitamíny přídavné tomu.</i>
P5	<i>V potravě by se měl objevovat jód a mělo by se jíst hodně ryb.</i>

**Komentář:** Co se týká výše položené otázky, respondentky byly ve většině případů zaskočeny. Většina (P2, P3, P4, P5) se však shoduje na tom, že by strava měla obsahovat dostatek jódu. Jedna respondentka (P1) uvádí, že si musí hlídat především vápník.

**b) NEMOC:** Podkategorie léčba

Otázka č. 18 T: Znáte alespoň 5 potravin, ve kterých můžeme najít jód a tím ovlivnit stravu?

Tabulka 20 5 potravin s obsahem jódu

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Tak jód obsahuje tak určité ryby mořské to víme, ale tak mám pocit, že toho jódu je docela dost tak třeba v těch obilovinách nějakých, ve višních třeba je jód nebo mám pocit je tam jód nebo železo, teď nevím...</i>
P2	<i>No tak především ryby, mořské plody, sůl a dál už asi nevím.</i>
P3	<i>Je to sůl, ryby, mořské plody.</i>
P4	<i>Neznám, ale v první řadě určitě sůl.</i>
P5	<i>Mělo by to být nejvíce v rybách, v masu a v mléčných výrobcích. Taký jím para ořechy.</i>

**Komentář:** Respondentky v této oblasti mají určitý deficit. Při položené otázce dlouho přemýšlely nad odpovědí. Většina respondentek (P1, P2, P3, P5) uvádí, že jód se vyskytuje především v mořských plodech a rybách. Dále dvě respondentky (P1, P5) se shodují v odpovědi na výskyt jódu i v masu. Respondentka P4 pociťuje neznalost v této oblasti a uvádí pouze sůl. Respondentka P5 uvádí také para ořechy.

**b) NEMOC:** Podkategorie léčba

Otázka č. 19 T: Myslíte si, že Vám lékař vysvětlil vše potřebné, co se týká léčby hypotyreózy a jeho předané informace byly dostatečné a všemu jste porozuměl/a, anebo jste si musel/a informace dohledávat sama, pokud ano, tak kde?

Tabulka 21 Informace od lékaře

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Vůbec, vůbec jsem nic nedohledávala, všechno, co jsem potřebovala vědět, jsem se zeptala doktora, nebo takto co mě vysvětlil, vysvětlil mě to polopaticky, abych to pochopila...</i>
P2	<i>Myslím, že můj lékař mi vše potřebné, co se týká mého onemocnění, vysvětlil dost dobře, ale nyní se snažím někde najít informace o tom, proč vlastně nejím léky, když je léčba celoživotní a mě ty prášky vysadili. Snažím se to najít na internetu, někde píšou, že se to může stát. Plánuji dítě a bojím se, že to třeba nepůjde vlastně i díky tomuto. Vím, že se mám dostavit ihned k lékaři, když budu těhotná. Tak pak uvidím, co bude dál, zda léky znovu nasadí nebo co se vlastně bude dít. Jsem zvědavá.</i>
P3	<i>Informace od mého lékaře byly dostačující.</i>
P4	<i>Myslím si, že lékař mi vysvětlil všechno a všemu rozumím. I když občas si něco vyhledám na internetu, spíše ze zajímavosti, různé recenze a nějaké informace o, například třeba těch vitamínech nebo tak nějaké, nějaké přídatné věci ...</i>
P5	<i>Rodiče semnou chodí na pravidelné kontroly, kde jsou jim také dávány informace. Když jsem něčemu nerozuměla, zeptala jsem se rodičů, kteří mi odpověděli. Na internetu moc nehledám nějaké informace. Ale teď asi začnu, chtěla bych si najít nějaké dobré recepty s rybami, a tak trochu zlepšit svoji stravu, ryby jím málo.</i>  <i>Px: Ne nehledali, všechny dotazy pan doktor zodpověděl.</i>

**Komentář:** Všechny respondentky uvádí, že jejich lékař jim vysvětlil vše potřebné, co se týká léčby tak, aby to pochopily. Pouze jedna respondentka (P2) si nyní dohledává

informace na o tom, proč ji vysadili léčbu a je nyní pouze ve sledování. Respondentku P5 rozhovor motivoval k vyhledání receptů s rybami, aby zlepšila svou stravu, protože ryby konzumuje málo.



**b) NEMOC:** Podkategorie léčba

Otázka č. 20 T: Byla jste hospitalizována z důvodu onemocnění štítné žlázy?

Tabulka 22 Hospitalizace

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Takže ano, takže vlastně potom vlastně potom poté strumektomii ano, ano. Víc jak týden asi deset dní.</i>
P2	<i>Hospitalizovaná jsem ještě nikdy nebyla, léčím se jenom ambulantně, pravidelně chodím na kontrolu.</i>
P3	<i>Ne, nebyla.</i>
P4	<i>Ne, nebyla.</i>
P5	<i>Ne nebyla jsem nikdy v nemocnici kvůli štítné žláze.</i>

**Komentář:** Pouze respondentka P1 byla hospitalizována kvůli štítné žláze, kdy podstoupila strumektomii. Ostatní respondentky uvádí, že doposud nebyly hospitalizovány z důvodu štítné žlázy.

**b) NEMOC:** Podkategorie dispenzarizace

Otázka č. 21 T: Jak často navštěvuje svého endokrinologa a jak toto vyšetření probíhá?

Tabulka 23 Návštěvy u lékaře

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Takže je to většinou na domluvě, jako třeba když mám pocit, že je nějaká změna nebo něco, tak si mě volá třeba každý měsíc, posíláme krev. Když je to tak třeba nějak srovnané tak vlastně každé tři měsíce. Vesměs pořád stejně, pan doktor má nějaké výsledky té krve a moči vlastně a zeptám se mě, jak se mám, zkusí mou pokožku, jestli jakože nemám nějak extrémně suchou nebo tak. Prohmatá mě krk, zeptá se na obtíže a tak dále a tím asi končíme.</i>
P2	<i>Kontroly byly vždy po půl roce u endokrinologa a po poslední návštěvě se rozhodl, že moje onemocnění bude sledovat nadále můj praktický lékař, a to návštěvou jednou ročně. No a co se týče toho vyšetření, vždy probíhalo stejně. Odběrem krve, prohmatáním uzlin, krku a následným ultrazvukovým vyšetřením.</i>
P3	<i>Chodím každého půl roku a potom podle potřeby. Ultrazvukem a pohmatu krku.</i>
P4	<i>... Vyšetření jsou v intervalech tak po půl roce, jednou za rok, záleží, jestli jsou hodnoty v normě, nebo se nějak od sebe rozlišují. Lékař právě při té návštěvě zhodnotí aktuální výsledky odběru krve a sníží nebo zvýší dávku a nebo mně ponechá stejnou, v poslední době mám tu dávku ponechanou dlouhodobě stejnou. Změří krevní tlak, puls, zeptá se na můj stav, na potíže a probíhá taková konzultace mezi mnou a lékařem.</i>
P5	<i>Chodím k němu každý půl rok. Ten den, jdu na odběry a potom jdu k doktorovi. Sestřička mně změří tlak a zváží. Doktor vždy změří výšku a zeptá se mě, jak se mám a co nového, jestli je u mě nějaká změna.</i>

**Komentář:** Z odpovědí respondentek je patrné, že pravidelné kontroly probíhají po půl roce. Uvádí také, že je to dle potřeby a aktuálního stavu. Nyní respondentka P2 bude chodit na pravidelné kontroly jednou ročně. Respondentky dále uvádí, že kontrola spočívá v odběru krve, následně v hodnocení provedených odběrů, poté je provedeno klinické vyšetření a změření fyziologických funkcí a následně provedení ultrazvuku. Dále probíhají otázky ze strany endokrinologa na nynější stav a obtíže, nebo zda se u respondentek objevila nějaká změna.

**b) NEMOC:** Podkategorie dispenzarizace

Otázka č. 22 T: Provádí Vám Váš endokrinolog pravidelně ultrazvuk štítné žlázy?

Tabulka 24 Ultrazvuk štítné žlázy

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Pravidelně ne, bych neřekla, já tam chodím dost často, tak spíš nepravidelně.</i>
P2	<i>Zdá se mi, že to bylo vždy, jednou, jednou za rok.</i>
P3	<i>Ano, provádí.</i>
P4	<i>No tak je to asi dle potřeby, ale je to tak 1x ročně.</i>
P5	<i>Ano, provádí. Vždy se těším na ten ultrazvuk. Baví mě se dívat na tu obrazovku, kde vidím svůj krk.</i>  <i>Px: Jednou za rok provádí pan doktor ultrazvuk a v případě, že se mu něco nezdá nebo jsou nějaké jiné hodnoty, provede dceři ultrazvuk kdykoliv.</i>

**Komentář:** Většina respondentek (P2, P3, P4, P5) uvedla, že probíhá pravidelně vyšetření štítné žlázy pomocí ultrazvuku a shodují se na tom, že ultrazvuk se provádí kdykoliv dle potřeby. U respondentek (P2, P4, P5) ultrazvuk probíhá jednou za rok. Respondentka P5 se velice mile pousmála nad položenou otázkou.

**c) POTŘEBY, ZMĚNY A OMEZENÍ:** Podkategorie fyzické

Otázka č. 23 T: Dokázala jste běžně vykonávat Vaše každodenní úkony a jaké fyzické změny se u Vás objevovaly, než se na Vaše onemocnění přišlo?

Tabulka 25 Fyzické změny

ODPOVĚĎ	
P1	<i>No hlavně bylo problém vydržet v té práci těch osm hodin, jakože ustát to vůbec na nohách a mět tu sílu na tu práci, to byl problém no, jako bylo to těžké jako. Ta energie chyběla prostě strašně moc, strašně moc no.... Ta váha teda ta mě ničila eště k tomu vlastně, když člověk je unavený a eště má vykonávat nějakú práci a eště má nějakých těch moc kilo navíc, tak to jako si myslím, že je veliký problém....Suchá pusa a tak, tak ale tak to vlastně člověk nechápe, že to může být vlastně spojené s tů štítnú žlázú....</i>
P2	<i>Byla jsem často unavená, ztrácela jsem chuť k jídlu, měla jsem úbytek váhy, nemohla jsem vůbec přibrat. Právě při snížené funkci štítné žlázy by se mělo asi přibírat, ale u mě to bylo vlastně nějak naopak. Chtělo se mi neustále spát, byla jsem chladnou a měla jsem suchou kůži. Když jsem spala, tak jsem měla i třeba dvě peřiny, byla mi šilená zima, doted' se mi smějí, ale prostě to tak bylo. Měla jsem taky poruchy menstruačního cyklu, které jsem řešila se svým gynekologem. Nemohla jsem prostě dělat běžné věci, protože jsem se cítila slabá a ztratila jsem zájem skoro o všechno i o své koníčky.</i>
P3	<i>Byla jsem hodně unavená, měla jsem suchou kůži a byla jsem velmi zimomřivá.</i>
P4	<i>Spíše ne, řekla bych, že jsem byla hodně unavená. Ze začátku této nemoci jsem měla tendenci spát i přes den. Bylo mi hodně zima, což je mi i teď. Byla jsem spíše hubená, ale potom váha začala stoupat. Myslím si, že to bylo díky těm lékům. No a taky si vzpomínám, že se mě začala projevovat suchost kůže a můžu uvést občasné bušení srdce, ano, ano to si vzpomínám.</i>

P5

*Byla jsem hodně unavená a chtělo se mi spát. Byla mi zima a cítila jsem pořád chlad, hlavně na nohách. Taky jsem přibývala na váze.*

**Komentář:** U všech respondentek se objevovala hlavně únava, deficit spánku a úbytek energie, která je limitovala především v práci, ale i v každodenních činnostech. Objevovala se především zimomřivost, suchost kůže a chlad končetin či jejich bolest. Dvě respondentky (P1, P5) spíše přibývaly na váze, zatímco dvě (P2, P4) popisují spíše hubenost. Menstruační poruchy a ztrátu chuti k jídlu či zájem o všechno uvádí respondentka P2.

**Poznámka:** V rámci doplňující otázky, zda došlo u respondentek ke zlepšení ve výše zmiňované oblasti během léčby, všechny zareagovaly shodně. Ke zlepšení došlo u všech respondentek. Například P2 popsala, že ke zlepšení došlo po nějakém čase, kdy se začala cítit lépe, ale stále to nebylo ono. P4 popisuje, že postupem času došlo k uspokojivému stavu a únava opadla. P5 uvádí, že dnes už není příliš unavená a nechce se jí spát jako dříve, má spoustu kroužků a nejvíce ji baví hasiči.

**c) POTŘEBY, ZMĚNY A OMEZENÍ:** Podkategorie psychické

Otázka č. 24 T: Jak vy sama vnímáte své onemocnění? Omezovalo/ omezuje Vás v něčem, například v neuspokojování určité potřeby?

Tabulka 26 Omezení v nemoci

ODPOVĚĎ	
P1	<i>No, defakto nebylo to, není to nic moc. Ale před tů operaců to vlastně taky nebylo nic moc.... nejhorší jsou přechody z tepla do zimy a tak. To jako mě ničí naprosto.</i>
P2	<i>Potřebovala jsem neustále spát, omezovalo mě v každodenním fungování. Chtěla jsem jít třeba plavat nebo jezdit na kole, ale radši jsem zůstala doma, protože jsem prostě neměla sílu, necítila jsem se na to. To, že mám neustále suchou kůži, na to už jsem si zvykla, ale je to asi ve spojení s mým onemocněním, které mám atopický ekzém, a to mě omezuje dost.</i>
P3	<i>Omezuje pouze vtom, že si musím myslet, že ho mám každé ráno půl hodiny před jídlem si vzít ...</i>  T: Prášek?  <i>No ten prášek.</i>
P4	<i>No nyní mě nějak zvlášť neomezuje. Spíše dříve to bylo omezování kvůli té neustálé únavě a potřebě neustálého spánku, pořád jsem potřebovala spát a odpočívat. Jinak onemocnění nijak zvlášť nevnímám. Beru to jako onemocnění, řekla bych, které má každý druhý člověk a kterému se spíše dříve nikdo nijak nevěnoval a nikdo se jím nezbyval jako nyní, což jako myslím, že medicína nebo zdravotnictví jde stále dopředu a zabývá se vším.</i>
P5	<i>Nijak mi už ani nepříjde, že se léčím s tímto onemocněním. Zvykla jsem si na to, že musím každé ráno užívat lék a čekat, než uběhne půl hodina a nasnídat se. Možná, to mě omezuje, když spěchám do školy. Vstávám proto o tu půl hodinu dřív...</i>

**Komentář:** Respondentka P1 uvádí, že je to stále nic moc a že ji nejvíce ničí přechody z tepla do zimy. Dvě respondentky (P2, P4) uvádí, že je to spíše omezovalo dříve, a to díky únavě a potřebě spánku. Respondentku P2 omezuje její suchost kůže, které souvisí s atopickým ekzémem. Dále dvě respondentky (P3, P5) omezuje především to, že musí každé ráno užívat lék nalačno. Rovněž dvě respondentky (P4, P5) taky uvádí, že své onemocnění nijak zvlášť nevnímají.



**c) POTŘEBY, ZMĚNY A OMEZENÍ:** Podkategorie psychické

Otázka č. 25 T: Než bylo Vaše onemocnění diagnostikováno, zaznamenala jste u Vás emocionální změny či známky agresivity?

Tabulka 27 Psychické změny

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Určitě, určitě spíš takové plačtivé období, že člověk si s tím moc neumím moc zaradit, jako přitom je to fakt všechno způsobeno tady tím. Spíš jako agre, určitě. Takové to období vztekací, výbuchy hněvu, návaly a pak takové ty plač, to plačtivé období, to bylo dost teda.</i>
P2	<i>Určitě jsem byla podrážděná, na to si vzpomínám. Pociťovala jsem na sobě známky depresí taky, byla jsem nesoustředěná a ovlivňovalo mě to hlavně hodně v práci.</i>
P3	<i>Myslím si, že hlavně stres se u mě objevoval.</i>
P4	<i>Tak dala bych důklad na takové zvláštní emoce a náladovost, ale agresivitu bych určitě vyloučila, to určitě ne.</i>
P5	<i>Myslím si, že ne.</i>

**Komentář:** Respondentky zaznamenaly u sebe především náladovost, vztekací či plačtivé období, výbuchy hněvu, stres, podrážděnost a nesoustředěnost. P2 popisuje známky negativního ladění a P5 nepopisuje u sebe změny v chování.

**c) POTŘEBY, ZMĚNY A OMEZENÍ:** Podkategorie psychické

Otázka č. 26 T: Uvědomovala jste si změny ve Vašem chování nebo jste to spíše přikláněla například ke špatnému období nebo k nějaké nemoci?

Tabulka 28 Vnímání změn

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Mně to přišlo, jakože přirozené, že každý člověk má nějaké emoce, takže mě to, tak jako trochu jsem s tím bojovalo, jakože by se člověk měl umírnit, ale třeba s tím plačtivostí, to jsem nic neudělala, to sem nedokázala vůbec s tím nic udělat, jako tak nějak to potlačit nebo tak to vůbec.</i>
P2	<i>Nepřipouštěla jsem si, že bych mohla být nemocná, spíš jsem si myslela, že by to mohlo být změnou počasí.</i>
P3	<i>Spíš k té nemoci.</i>
P4	<i>No myslím si, že mi to nějak zvláštní teda nepřišlo, myslela jsem si, že je to jen nějaké zvláštní, divné období.</i>
P5	<i>Nepocítovala jsem u sebe žádné změny v chování.</i>

**Komentář:** Většina respondentek si neuvědomovala své změny v chování. Respondentka P4 popisuje, že to přikláněla spíše k nějakému divnému období a P2 uvádí, že si nepřipouštěla nějakou nemoc, ale spíše si myslela, že by to mohlo být například změnou počasí. Jediná respondentka P3 to přikláněla spíše k nějaké nemoci.

**Poznámka:** V rámci doplňujících otázek byla položena otázka respondentkám (P1, P2, P3, P4), zda došlo u nich ke zlepšení léčby ve výše uvedené oblasti. P1 uvedla, že došlo ke zlepšení během léčby, ale charakterizovala to spíše jako běh na dlouhou trať, podle ní trvá třeba i rok, než se člověk srovná. P2 zhodnotila, že u ní došlo ke zlepšení během léčby a dnes nepocítuje na sobě výkyvy v chování a dokáže se plně soustředit. P3 taktéž popsala, že u ní došlo ke zlepšení během léčby. P4 uvedla, že u ní taktéž došlo ke zlepšení během léčby, nepocítuje na sobě zvláštní emoce, nyní se cítí dobře a v klidu.

**c) POTŘEBY, ZMĚNY A OMEZENÍ:** Podkategorie sociální

Otázka č. 27 T: Ovlivnila Vás Vaše situace v zaměstnání nebo ve škole?

Tabulka 29 Změny sociální

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Určitě.</i>
P2	<i>Ano to určitě, neměla jsem energii ani chuť, chodila jsem do práce s nechutí a těšila jsem se, až půjdu domů, že si odpočinu a půjdu spát. V období, kdy jsem pociťovala na sobě úbytek své energie, nechodila jsem do práce vůbec ráda.</i>
P3	<i>Ano, byla jsem stále unavená.</i>
P4	<i>Tak určitě ano, protože mám náročnou práci a ta únava tomu prostě jedním slovem nepřispívá nebo nepřispívala.</i>
P5	<i>Spíš ne.</i>

**Komentář:** Většina respondentek (P1, P2, P3, P4) potvrdila ovlivnění situace v zaměstnání díky únavě a ztrátě energie. Respondentka P5 nepociťovala nějaké ovlivnění v této oblasti.

**Poznámka:** V rámci doplňující otázky byla položena respondentce P4 otázka, jak myslila náročnost práce, zda pracuje na směny a jestli nepřemýšlela nad změnou své práce. Respondentka potvrdila, že pracuje na směny, má dvanácti hodinové směny, a to denní a noční. Uvedla, že tento režim jí nepřispívá a že uvažuje nad změnou zaměstnání, jak uvedla, i z toho důvodu, že tělo potřebuje určitý režim hlavně v oblasti spánku.

**c) POTŘEBY, ZMĚNY A OMEZENÍ:** Podkategorie sociální

Otázka č. 28 T: Vyhýbala jste se okolí?

Tabulka 30 Vyhýbání se okolí

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Ne.</i>
P2	<i>Částečně jo. Neměla jsem energii stýkat s lidmi a okolním světem, nebavilo mě poslouchat, že vypadám unaveně, a tak nějak podrážděně a sklesle.</i>
P3	<i>Ne, nevyhýbala.</i>
P4	<i>Ani ne, ale když jsem pociťovala tu unavenost a nedostatek spánku, tak se mi prostě nikam nechtělo. Ráda jsem si doma lehla.</i>
P5	<i>Ani né, jen občas.</i>  <i>Px: Dcera raději překoná únavu, je spíš té povahy, že nechce být sama doma a ráda je v kolektivu.</i>

**Komentář:** Z odpovědí respondentek vyplývá, že se nevyhýbaly okolí. Možné náznaky lze zaznamenat u respondentek (P2, P4, P5) a to jen občas díky únavě.

**Poznámka:** V rámci doplňující otázky byla položena respondentce P2 otázka, zda u ní došlo ke zlepšení během léčby v této oblasti. Odpověděla, že došlo a že má ráda společnost a svou práci.

**c) POTŘEBY, ZMĚNY A OMEZENÍ:** Podkategorie sociální

Otázka č. 29 T: Jak Vaši nemoc vnímá Vaše rodina a okolí? Cítíte/cítíte ve Vaší rodině oporu?

Tabulka 31 Opora v rodině

ODPOVĚĎ	
P1	<i>Tak určitě, ale tak oni to, tak oni to brali.... Prostě se vyřešil problém nějak jako, to, co vlastně člověk cítí, to je těžko někomu vysvětlovat, jakože prostě že.</i>
P2	<i>Jelikož je toto onemocnění v naší rodině obvyklé, všichni jsme zvyklí na to, co tato nemoc obnáší. Samozřejmě, že mi byla rodina oporou. Nikdy mi neřekli ani půl slova, když jsem byla unavená, podrážděná a neměla jsem sílu ani chuť něco dělat, nebo doma s čímkoliv pomáhat.</i>
P3	<i>Ano, cítím podporu a vždy jsem cítila.</i>
P4	<i>Tak oporu, jak jsem již uvedla, nemoc sdílíme já a mé dcery, obě dvě, takže řekla bych, že oporu máme v této věci vzájemnou. Vnímáme onemocnění stejně, řekla bych, že nám ani nepřijde, že jsme tímto nějak nemocné, prostě jsme se s touto nemocí takzvaně sžili.</i>
P5	<i>Tak nějak jsme si na nemoc zvykli všichni. Nikdo u nás neříká, že bych měla nějakou nemoc. Ze začátku mi pomáhala s užíváním léků mamka nebo tatka. Zapomínala jsem na to, byla jsem ještě malá. Rodiče mě v užívání léků stále kontrolují, cítím v nich oporu, jsou úžasní.</i>

**Komentář:** Na výše položenou otázku respondentky uvedly, že cítí ve své rodině oporu. Dále většina respondentek (P2, P4, P5) uvádí, že si na nemoc u nich v rodině všichni zvykli a ví, co nemoc obnáší, ale nikdo neříká, že jsou nějak nemocné.

Otázka č. 30 T: Je ještě něco, co byste chtěla doplnit k našemu rozhovoru?

Tabulka 32 Doplnění rozhovoru od respondentek

ODPOVĚĎ	
P1	<i>No v každém případě si myslím, že i když je to třeba trochu rodové tak si za to lidi můžou jako sami, už nebo sami, nebo je to možná tím, že vlastně vůbec sa nehledí na to, že je nějaký spánek, je nějaká doba klidu a tyto věci, že sa to strašně potlačilo a myslím si, že toto nás jako ničí. A kdo má nějaké dispozice k té vlastně tady k tomuto onemocnění tak většinou, většinou tady jako to ponocování a to nespání.</i>
P2	<i>Vše podstatné jsem už asi řekla, ale chtěla bych říct, že si myslím, že toto onemocnění štítné žlázy je dnes na denním pořádku a u nás že jím trpí většina lidí, teda aspoň mi to tak přijde, protože s kýmkoliv se bavím, tak touto nemocí trpí. Je zvláštní, že dříve tato nemoc nebyla až tak populární, atraktivní nebo jak bych to vlastně řekla, prostě se o ní tolik nemluvílo jako dneska.</i>
P3	<i>Ani ne, vše už bylo řečeno.</i>
P4	<i>Myslím si, že už jsem, že už bylo všechno řečené, ale taky si myslím, nebo bych chtěla dodat, že výskyt tohoto onemocnění se pro naši populaci stává už docela závažným onemocněním a vím z doslechu, že jím trpí fakt většina lidí. Mohly by být pro lidi nějaké pravidelné odběry, třeba v určitém věku, a aby prostě se včasně předešlo nebo zjistilo, aby proběhlo zjištění této nemoci a předešlo se nějakým komplikacím a myslím si, že zvláště u dětí.</i>
P5	<i>Všechno, co jsem věděla o svém onemocnění, jsem řekla. Chtěla bych jen ještě říct, že tento rozhovor byl pro mě zajímavý.</i>  <i>Px: Matka: Ne, ne je to v pořádku.</i>

**Komentář:** Respondentky dostaly prostor k doplnění rozhovoru či vyjádření se k problematice hypotyreózy. Čtyři respondentky (P1, P2, P4, P5) toho využily.

## DISKUSE

Bakalářské práce se zaměřuje na informovanost a potřeby, změny a omezení u nemocných s hypotyreózou. Pro skupinu respondentek jsme si zvolili kvalitativní výzkumnou metodu – polostandardizovaný rozhovor. Všem respondentkám byly kladeny stejné otázky, které spadaly do určitých kategorií a podkategorií. U každého rozhovoru se objevovaly i doplňující otázky, které byly u respondentek stejné nebo naopak úplně odlišné.

Během rozhovoru s respondentkami, které se léčí hypotyreózou, jsme se mimo jiné zaměřovali i na základní informace, do kterých spadaly informace o věku, zaměstnání, léčbě s hypotyreózou, zda respondentky trpí jinými onemocněními a zda podstoupily nějaké operace.

Výzkumu se zúčastnilo pět žen, ve věkovém rozmezí 13 – 70 let. Z pěti respondentek jsou tři respondentky pracující, jedna ze tří je však nyní na rodičovské dovolené. Jedna respondentka je zákeřnicí základní školy a jedna v důchodě. Z odpovědí respondentek vyplývá, že se léčí se sníženou funkcí štítné žlázy, tedy hypotyreózou. Pouze u jedné respondentky nyní došlo při poslední návštěvě svého lékaře k vysazení léčby. Tři respondentky z pěti uvádí, že nemají žádná další onemocnění, se kterými se trvale léčí. Dvě respondentky shodně uvedly, že se léčí ještě s atopickým ekzémem a alergií, z toho jedna respondentka ještě dodala, že se léčí s migrénou. Z výzkumu je patrné, že operaci prodělaly dvě respondentky, kdy jedna respondentka podstoupila strumektomii a jedna odstranění dělohy.

### **CÍL 1: ZJISTIT INFORMOVANOST NEMOCNÝCH O HYPOTYREÓZE**

V rámci prvního cíle jsme se zaměřovali a kladli otázky, kterými jsme chtěli zjistit, jaký mají respondentky přehled a informace celkově o své nemoci, a to tak, zda ví, co vlastně hypotyreóza znamená, jaké jsou její příčiny. Dále, co respondentky dovedlo k lékaři, a zda tuší, jak se onemocnění diagnostikuje či potvrzuje a v čem spočívá léčba a zda u nich v rodině se vyskytuje dané onemocnění. Taktéž nás ještě zajímala oblast dispenzarizace.

Souček (2011, s. 927) uvádí, že *hypotyreóza je stav spojený se sníženou funkcí štítné žlázy a nedostatečnou saturací tkání hormony štítné žlázy*. Můžeme říct, že v rámci provedeného výzkumu respondentky odpovídaly obdobně a to tak, že většina z nich správně uvedla, že hypotyreóza je snížená funkce štítné žlázy. Dvě respondentky ještě navíc zmínily, že se neprodukuje dostatečné množství hormonů.

V rámci další otázky nás zajímalo, zda mají respondentky povědomí, jaká je příčina onemocnění. Dvě respondentky (P2, P4) uvedly, že příčinou může být nedostatek jódu. Dále dvě respondentky (P4, P5) uvedly, že se jedná o příčinu autoimunitního charakteru. Nejmladší respondentka P5 odpověděla na položenou otázku následovně svými slovy: „*A myslím si, že příčina by mohla být genetika nebo to, že to vznikne samo v těle, že za to člověk nemůže a taky asi nesprávná strava.*“ Dvě respondentky (P2, P4) uvedly, že se může jednat o nedostatek jódu. Dále respondentka P2 uvedla rovněž jako příčinu zánět či zánětlivou poruchu. Dále mezi příčinu respondentka P3 uvedla genetiku a stres, zatímco respondentka P1 zmínila, že příčinou by mohla být i špatná strava. Shodujeme se tedy s definicí, kdy Markalous a Gregorová (2007, s. 76) řadí *mezi příčiny chronický autoimunitní zánět štítné žlázy, dále jde o poruchu imunity (obranyschopnosti), kdy dochází k tvorbě protilátek proti strukturám vlastní štítné žlázy, dále se jedná o těžký nedostatek jódu.*

Nás v rámci další otázky také zajímalo, zda respondentky ví, co by měla obsahovat jejich strava s daným onemocněním, a tedy v jakých potravinách jód můžeme najít. Musíme uvést, že v této oblasti byly respondentky celkem zaskočeny a mají ve zmiňované oblasti určitý deficit. Dlouho přemýšlely nad odpovědí kladené otázky. Respondentka P4 byla zaskočena asi nejvíce a její odpověď na položenou otázku zněla následovně: „*Jé, tak to teda moc nevím, ale jsou to určitě potraviny s obsahem jódu a nějaké další vitamíny přidávané tomu.*“ Respondentky měly uvést celkem 5 potravin, to se nepodařilo ani jedné z nich. Ve většině případů se odpověďmi shodovaly a to následovně, že jód můžeme najít v mořských plodech, rybách či soli.

Češka (2015, s. 348) uvádí, že *lehké formy hypotyreózy mají minimální nebo žádnou symptomatologii a většina případů hypotyreózy je dnes zjištěna náhodně, na základě vyšetření hormonů štítné žlázy v rámci screeningu nebo pro nespécifické obtíže.* Toto tvrzení se nám při našem výzkumu potvrdilo, kdy náhodné objevení nemoci popisují tři respondentky. Respondentka P5 si tuto informaci nepamatovala, byla ještě malá, když se jí na onemocnění přišlo. Na položenou otázku odpověděla tedy její matka (Px) následovně: „*Jednalo se o náhodném odběru, kdy paní doktorka, pediatr, chtěla zkontrolovat bratra a říkala, že zkontroluje i dceru.*“

Na otázku, jaké příznaky respondentky vedly k lékaři, byly odpovědi následující. K lékaři respondentky dovedla především únava, kterou popisovaly všechny respondentky. Dále potřeba spánku, kterou popsaly tři respondentky. Respondentka P1 popisuje potřebu spánku následovně: „*Spánek, klidně bych spala i čtyřicet hodin denně.*“ Dále se objevova-



lo i podezření na silnější krk u respondentky P5. Naše respondentky dále obdobně popisovaly pocit chladu, zimomřivosti či bolesti nohou a zapomínání nebo vyčerpanost. Již zmínované příznaky, které se u našich respondentek objevovaly, jsou shodně s následujícím tvrzením. Zamrazil (2007, s. 25) *vystihuje mezi hlavní příznaky únavu, sníženou výkonnost, spavost, zimomřivost, suchost a zhrubění kůže, bolesti a ztuhlost svalů či kloubů, chladná kůže, pocit chladu nebo poruchy paměti.*

Češka (2015, s. 348) *popisuje, že diagnózu hypotyreózy musíme potvrdit laboratorním vyšetřením a následně, že první volbou ze zobrazovacích metod je ultrazvuk.* Výzkum toto tvrzení může potvrdit, kdy všechny respondentky uvedly, že diagnostika spočívá v odběru krve a dvě respondentky (P1, P5) ještě navíc uvedly, že se onemocnění může diagnostikovat i pomocí ultrazvuku.

Česka (2015, s. 349) ve své literatuře uvádí, *že léčba jakékoliv etiologie spočívá v hormonální substituční léčbě.* Můžeme uvést, že respondentky mají povědomí o léčbě hypotyreózy. Díky výzkumu můžeme uvést, že s výše uvedenou definicí se shodujeme. Všechny respondentky uvedly, že léčba spočívá v užívání léků.

Frýzová (2014) uvádí v rámci svého výzkumu, *že pět respondentů uvedlo nějaké změny v dávkování tablet, kdy někteří zmiňovali změny na začátku léčby, u některých respondentů se dávkování hormonů měnilo pravidelně například v zimním období.* Můžeme uvést, že u našich respondentek rovněž docházelo či dochází k měnění dávkování. Frýzová (2014) popisuje dále ve svém výzkumu, *že její respondenti uvedli užívání léků nalačno.* S tvrzením Frýzové můžeme souhlasit. Naše respondentky shodně uvedly, že se léky užívají ráno nalačno.

Nemocní se většinou léčí ambulantně, hospitalizace není běžná. Může však vzniknout stav nazván jako myxedémové kóma, kdy je pacient hospitalizován většinou na jednotce intenzivní péče. Souček (2011, s. 928) charakterizuje myxedémové kóma jako *život ohrožující stav daný kritickým nedostatkem tyreoidálních hormonů.* V rámci výzkumu a položené otázky, zda byly respondentky hospitalizovány z důvodu onemocnění štítné žlázy, se výše uvedený stav u nich nepotvrdil. Můžeme však uvést, že jedna respondentka byla hospitalizována z důvodu strumektomie na chirurgickém oddělení.

Zamrazil (2007, s. 41) popisuje, *že může nastat situace u vzácnějších forem hypotyreózy a to taková, že se stav spontánně upraví a léčbu je možné postupně přerušit.* Toto tvrzení můžeme výzkumem potvrdit. Respondentka (P2) nám při rozhovoru sdělila, že při poslední

kontrole ji byla léčba vysazena a je pouze ve sledování. Jsme rádi, že v rámci výzkumu jsme měli možnost zjistit i tento stav a poukázat na to, že i když se v literatuře píše, že tento stav je převážně vzácný, tak nám se podařilo jej zachytit.

Dále Frýzová (2014) uvádí ve své práci v rámci jejího výzkumu, že *informace, které jsou nemocným sdělovány v rámci lékařské prohlídky, nejsou rozsáhlé, jak uvádí pacienti. Většina pacientů je ale považuje za dostačující*. S tímto tvrzením se shodujeme. Naše respondentky se shodly na tom, že neměly potřebu nic dohledávat. Pouze jedna respondentka (P2) dodala, že se snaží někde najít informace o tom, proč její léčba byla při poslední kontrole vysazena, když měla informace o tom, že onemocnění je celoživotní a jak už bylo zmiňováno, je nyní pouze jen ve sledování.

V rámci další položené otázky na vliv genetiky u našich respondentek potvrdilo pět respondentek z pěti, že mají v rodině někoho, kdo ještě trpí daným onemocněním, jedná se spíše o blízké rodinné příslušníky. Role genetiky a výskyt v rodině je tedy přítomný u respondentek. Shodujeme se tedy i s tvrzením Frýzové (2014), která uvádí v rámci jejího výzkumu, že *při dotazování na to, zda u respondentů v jejich rodině se také někdo léčí s touto nemocí, odpovědělo sedm z osmi dotazovaných, že ano*.

Zamrazil (2007, s. 43) uvádí, že *nemocný s hypotyreózou vyžaduje systematickou dispenzarizaci a obvykle trvalou léčebnou péči. Nutnost dispenzarizace platí i pro přechodné formy, kdy se doporučuje po úpravě hypotyreózy kontrola jedenkrát ročně a dále například při změně zdravotního stavu. V průběhu léčby při stabilizovaném stavu se doporučuje kontrola každého půl roku*. Frýzová (2014) ve svém výzkumu uvádí, že *respondenti jsou vyšetřováni každého půl roku*. Toto tvrzení potvrzuje i náš výzkum, kdy jsme u respondentek zkoumali, jak často navštěvují svého lékaře. Můžeme uvést, že všechny respondentky uvedly, že kontroly jsou v intervalech po půl roce a podle potřeby. Již zmiňovaná respondentka P2, které byla přerušena léčba, uvedla, že nyní kontroly budou probíhat vždy jednou za rok.

Zajímalo nás taktéž, zda respondentkám endokrinolog provádí pravidelně ultrazvuk štítné žlázy. Většina respondentek se shodla na tom, že probíhá jednou za rok a především podle potřeby pokud se něco nezdá endokrinologovi.

V rámci otázek zaměřené na první cíl práce, můžeme zhodnotit tak, že první cíl byl naplněn. Z výzkumu vyplývá, že respondentky jsou informované o své nemoci. Mají přehled o tom, co znamená slovo hypotyreóza, znají alespoň určité příčiny, které onemocnění mohlo způsobit. Dále respondentky tuší, jak se onemocnění diagnostikuje a v čem spočívá

léčba onemocnění. V rámci výzkumu a prvního cíle se nám podařilo také zjistit, že onemocněním trpí i spousta členů rodiny respondentek a že respondentky mají povědomí o správné dispenzarizaci a v neposlední řadě taktéž můžeme v rámci výzkumu poukázat na situaci, kdy u respondentky P2 došlo k úpravě stavu a následně rozhodnutí lékaře léčbu ukončit.

## **CÍL 2: ZJISTIT SPECIFICKÉ POTŘEBY, ZMĚNY A OMEZENÍ U NEMOCNÝCH S HYPOTYREÓZOU**

V rámci druhého cíle nás zajímalo, jaké potřeby, změny a omezení se objevovaly v oblastech fyzických, psychických a sociálních.

Můžeme říct, že nejvíce ovlivnila ve fyzické oblasti únava a potřeba spánku, díky které často nemohly vykonávat své každodenní činnosti, co se týká domácnosti i svého zaměstnání. Respondentka P2 uvedla: „*Nemohla jsem prostě dělat běžné věci, protože jsem se cítila slabá a ztratila jsem zájem skoro o všechno i o své koníčky.*“ Dvě respondentky (P1, P5) uvedly, že spíše přibývaly na váze, dvě (P2, P4) uvedly spíše hubenost. V rámci této oblasti můžeme uvést i poruchu menstruačního cyklu u respondentky P2. Z odpovědí respondentek je patrné, že díky léčbě došlo u všech respondentek ke zlepšení v této oblasti.

Frýzová (2014) uvádí ve svém výzkumu v oblasti *psychické výskyt změn nálad, nesoustředěnost, apatičnost, výbušnost, emoční a citové poruchy*. Co se týká psychické oblasti našeho výzkumu, můžeme potvrdit, že u čtyř respondentek (P1, P2, P3, P4) se objevovala náladovost, nesoustředěnost, stres či podrážděnost. Znamky negativního ladění popisuje respondentka (P2). Již zmiňované změny respondentky nijak zvlášť nevnímaly. Z odpovědí respondentek, které měly výše uvedené problémy, došlo během léčby ke zlepšení.

V rámci oblasti sociální většina respondentek uvedla ovlivnění situace především v zaměstnání díky únavě a ztrátě energie. Respondentky uvedly, že se okolí nevyhýbaly, možná jen občas a to kvůli již zmiňované únavě. Dále z výzkumu je patrné, že ve své rodině vždy cítily a cítí oporu.

Omezení v rámci své nemoci pociťuje i nadále jedna respondentka (P1), kdy popisuje, že je to stále nic moc. Dvě respondentky (P3, P5) pořád omezuje to, že si musí myslet na to, že každé ráno musí užít lék. Respondentka P5 uvedla: „*Zvykla jsem si na to, že musím každé ráno užívat lék a čekat, než uběhne půl hodina a nasnídat se. Možná, to mě omezuje, když spěchám do školy. Vstávám proto o tu půl hodinu dřív.*“ Zatímco dvě respondentky

(P2, P4) uvedly, že omezení pociťovaly spíše dříve, a to především díky únavě a potřebě spánku. V rámci výzkumu bylo rovněž zjištěno, že respondentky P4 a P5 své onemocnění nijak zvláště už nevnímají. Respondentka P5 na položenou otázku odpověděla následovně: *„Nijak mi už ani nepříjde, že se léčím s tímto onemocněním.“*

Shodujeme se s tvrzením Frýzové (2014), že při onemocnění štítné žlázy ve většině případů respondentky může omezovat onemocnění v provozování jakýchkoliv běžných aktivit. Dále se s Frýzovou shodujeme i na tom, a i výsledky výzkumu práce poukazují na to, že v případě včasné diagnostiky a správné léčby samotní respondenti uvádějí, že se necítí být nemocní a potřeby či změny, které pociťovali při vzniku onemocnění, nepociťují.

V rámci otázek zaměřené na druhý cíl práce, můžeme posoudit, že cíl byl naplněn. U respondentek byly zjištěné určité potřeby, změny a omezení, které u nich nastaly díky onemocnění a můžeme díky výzkumu říct, že u některých přetrvávají dodnes. Podle výzkumu ovlivnila nejvíce naše respondentky především únava a nedostatek spánku, díky kterým nemohly vykonávat jejich každodenní povinnosti v domácnosti či zaměstnání.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Jak už bylo zmíněno, myslíme si, že onemocnění štítné žlázy je málo diskutabilní a pacienti si zaslouží dostatek informací v rámci tohoto onemocnění. Přejeme si, aby se o problematice hypotyreózy začalo více diskutovat i během vysokoškolského studia.

Doporučení pro praxi je tedy následující. Výstupem bakalářské práce je krátký přehled přímo o hypotyreóze, který obsahuje ve shrnutí anatomii a fyziologii štítné žlázy, definici hypotyreózy, její příčiny a příznaky, dále diagnostiku, léčbu a ošetrovatelskou péči. Přehled obsahuje i komplikaci hypotyreózy, tj. myxedémové kóma. Tento přehled mohou využívat studenti nejenom v předmětu Vnitřního lékařství, kdy se probírá celek endokrinologie.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřovala na potřeby nemocných s hypotyreózou. Hlavním impulsem pro volbu tématu bylo to, že se jedná o onemocnění, které je na spodních plicích v diskuzi. Málo se řeší potřeby, změny či omezení, které nemocný může pociťovat před nebo při vzniku a také po vzniku onemocnění.

Co se týká teoretické části, byla popsána anatomie a fyziologie štítné žlázy. V další samostatné části teorie jsme se zabývali obecným rozdělením nemocí štítné žlázy, do které můžeme zařadit strumu, záněty nebo nádory. V následující obsáhlé části teorie byla popsána problematika přímo hypotyreózy, která se zaměřovala na etiologie, rizikové faktory, diagnostiku, léčbu a taktéž v této části teorie byla uvedena v souhrnu vrozená hypotyreóza, a především komplikace hypotyreózy, a to myxedémové kóma. V rámci poslední teoretické části byla řešena problematika potřeb nemocných.

V rámci teoretické části byl úzký výběr dostupnosti literatury, která by se zaměřovala přímo na problematiku hypotyreózy, proto některá literatura uvedena ve zdrojích je i staršího data.

Praktická část zhodnocovala informovanost nemocných o hypotyreóze a taktéž to, jaké specifické potřeby, změny a omezení u nemocných nastaly. Z výzkumu vyplynulo, že respondentky jsou informované o svém onemocnění nad míru našeho očekávání. Dále je z výzkumu patrné, že v rámci potřeb, změn a omezení se jednalo především o únavu a nedostatek spánku. Omezení v rámci onemocnění je stále přítomné u tří respondentek.

Musím říct, že realizace rozhovorů a jejich zpracování bylo pro mě přínosné. Získala jsem spoustu informací o onemocnění a díky rozmanitosti odpovědí respondentek jsem si uvědomila, že onemocnění u každého probíhá opravdu jinak a působí na celý organismus člověka a jeho projevy jsou vážně různorodé, proto je nezbytné všimnout si celkového stavu pacienta.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- ČIHÁK, Radomír, 2013. *Anatomie 2*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.
- ČEŠKA, Richard et al., 2015. *Interna. 2.*, aktualizované vydání. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-885-6.
- DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3240-4.
- KLENER, Pavel, 2006. *Vnitřní lékařství. 3.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1252-6.
- KRŠEK, Michal, 2011. *Endokrinologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-687-8.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1877-3.
- MANDINCOVÁ, Petra, 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3811-6.
- MARKALOUS, Bohumil a Marie GREGOROVÁ, 2007. *Nemoci štítné žlázy: otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny. 3.* aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-961-0.
- MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1521-6.
- MOUREK, Jindřich, 2012. *Fyziologie: Učebnice pro zdravotnické obory. 2.*, doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3918-2.
- NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-612-0.
- NAVRÁTIL, Leoš, 2008. *Vnitřní lékařství: Pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
- PEATE, Ian, Karel WILD a Muralitharan NAIR, 2014. *Nursing practice: knowledge and care*. Chichester: Wiley – Blackwell. ISBN 978-118-48136-3.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3558-0.

ROKYTA, Richard, 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4867-2.

SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK, ed., 2011. *Vnitřní lékařství*. 2. díl. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2110-1.

STÁRKA, Luboslav, ed., 2010. *Endokrinologie*. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-328-8.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1777-7.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, 2011. *Ošetrovatel'ský proces v internom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-358-5.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

ZAMRAZIL, Václav, 2007. *Hypotyreóza*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-111-0.

ZAMRAZIL, Václav a Jarmila ČEŘOVSKÁ, 2014. *Jod a štítná žláza: Optimální příjem jodu a poruchy z jeho nedostatku*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3302-2.



**INTERNETOVÉ ZDROJE**

- BERBER, Eren, 2017. *Risk Factors of Hypothyroidism: Could you be at risk of becoming hypothyroid?* In: Endocrineweb [online]. Vertical Health, datum aktualizace příspěvku 01/04/17 [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: <https://www.endocrineweb.com/conditions/hypothyroidism/risk-factors-hypothyroidism>
- BROWN, Rosalind S., Stephen LAFRANCHI a Susan R. ROSE, ed., 2012. *Congenital Hypothyroidism: What is congenital hypothyroidism?* In: Hormone Health: Network [online]. Endocrine Society [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: <https://www.hormone.org/diseases-and-conditions/thyroid/congenital-hypothyroidism>
- BURNOVÁ, Jana, 2008. *Diagnostika a terapie poruch funkce štítné žlázy - část I.* Medicína pro praxi [online]. 5(6), 254-257 [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/06/05.pdf>
- FRÝZOVÁ, Kristýna, 2014. *Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s hypotyreózou* [online]. [cit. 2018-03-10]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Lucie Rolantová. Dostupné z: [https://theses.cz/id/ttjkggh/Bakalsk\\_prce-Kristna\\_Frzov.pdf](https://theses.cz/id/ttjkggh/Bakalsk_prce-Kristna_Frzov.pdf)
- GRYCOVÁ, Jana, ©2014. *Nemoci štítné žlázy.* In: Top Moravia Health: Diagnostické a léčebné centrum [online]. Top Moravia Health [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <http://www.tmhklinika.cz/cz/poradna-a-odborne-informace/nemoci-stitne-zlazy.php>
- KUDLOVÁ, Pavla, 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace.* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Fakulta humanitních studií [cit. 2018-03-06]. ISBN978-80-7454-600-6. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/36770/Osetrovatelsky\\_proces\\_a\\_dokumentace.pdf?sequence=1](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/36770/Osetrovatelsky_proces_a_dokumentace.pdf?sequence=1)
- POTLUKOVÁ, Eliška a Jan JISKRA, ©2011. *Vyšetřovací postupy při onemocnění štítné žlázy.* In: Endocare [online]. Endocare [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <http://endokrinologie-obezitologie.cz/cs/clanky/tema1/vysetrovaci-postupy-pri-onemocneni-stitne-zlazy/>
- REHAN, Kelly M., 2014. *Hypothyroidism FAQ: Answers to your most common questions.* In: Endocrineweb [online]. Vertical Health, datum aktualizace 05/27/14 [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: <https://www.endocrineweb.com/conditions/hypothyroidism/hypothyroidism-faq>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

%	procento
a.	arteria, tepna
ALT	alaninaminotransferáza
ATB	antibiotikum
atd.	a tak dále
AST	asparátaminotransferéza
CK	kreatinkináza
cm	centimetr
CT	výpočetní tomografie
CŽT	centrální žilní tlak
D3	vitamín D3
EKG	elektrokardiografie
g	gram
ICCIDD	International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders
LD	laktátdehydrogenáza
m.	musculus, sval
mg	miligram
ml	mililitr
MR	magnetická rezonance
NANDA	North American for Nursing Diagnosis Assotiation
nn.	nervi, nervy
RTG	rentgen
SHBG	Sex Hormone Binding Globulin
STH	růstový hormon
PTH	parathormon

---

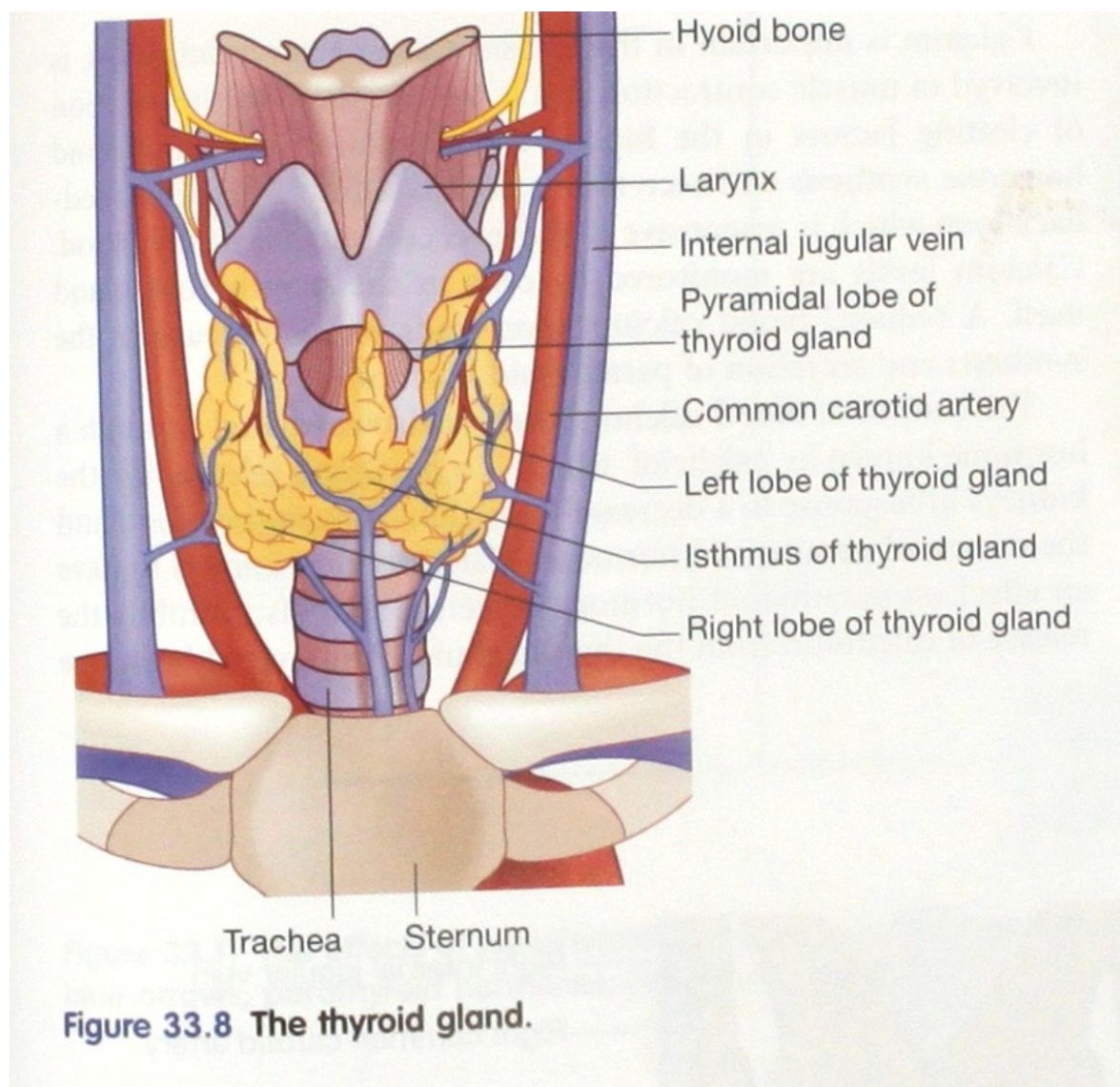
T3	trijodtyronin
T4	tyroxin
Tgl	glykoprotein tyreoglobulin
TPO	tyreoidální peroxidáza
TRH	hormon uvolňující tyreotropin
TSH	tyreotropní hormon
tj.	to je
tzv.	takzvaně
μg	mikrogram
v.	vena, žíla
vv.	venae, žíly
WHO	World Health Organization

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1 Respondentky</i> .....	41
<i>Tabulka 2 Oblasti rozhovoru</i> .....	42
<i>Tabulka 3 Věk a zaměstnání</i> .....	43
<i>Tabulka 4 Léčba hypotyreózy</i> .....	44
<i>Tabulka 5 Jiná onemocnění</i> .....	45
<i>Tabulka 6 Operace</i> .....	46
<i>Tabulka 7 Význam hypotyreózy a její příčiny</i> .....	47
<i>Tabulka 8 Objevení nemoci a příznaky</i> .....	48
<i>Tabulka 9 Reakce okolí a rodiny na nemoc</i> .....	50
<i>Tabulka 10 Výskyt nemoci v rodině</i> .....	51
<i>Tabulka 11 Diagnostika</i> .....	52
<i>Tabulka 12 Potvrzení diagnózy praktickým lékařem nebo endokrinologem</i> .....	53
<i>Tabulka 13 První vyšetření</i> .....	54
<i>Tabulka 14 Léčba</i> .....	56
<i>Tabulka 15 Léky</i> .....	57
<i>Tabulka 16 Průběh léčby</i> .....	58
<i>Tabulka 17 Správný postup užívání léků</i> .....	59
<i>Tabulka 18 Účinek léčby</i> .....	60
<i>Tabulka 19 Strava</i> .....	61
<i>Tabulka 20 5 potravin s obsahem jódu</i> .....	62
<i>Tabulka 21 Informace od lékaře</i> .....	63
<i>Tabulka 22 Hospitalizace</i> .....	65
<i>Tabulka 23 Návštěvy u lékaře</i> .....	66
<i>Tabulka 24 Ultrazvuk štítné žlázy</i> .....	68
<i>Tabulka 25 Fyzické změny</i> .....	69
<i>Tabulka 26 Omezení v nemoci</i> .....	71
<i>Tabulka 27 Psychické změny</i> .....	73
<i>Tabulka 28 Vnímání změn</i> .....	74
<i>Tabulka 29 Změny sociální</i> .....	75
<i>Tabulka 30 Vyhýbání se okolí</i> .....	76
<i>Tabulka 31 Opora v rodině</i> .....	77
<i>Tabulka 32 Doplnění rozhovoru od respondentek</i> .....	78

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I	ŠTÍTNÁ ŽLÁZA
PŘÍLOHA P II	LABORATORNÍ HODNOTY
PŘÍLOHA P III	OTÁZKY K ROZHOVORU
PŘÍLOHA P IV	MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB

**PŘÍLOHA P I: ŠTÍTNÁ ŽLÁZA**

(Peate, Wild a Nair, 2014, s. 769)

**PŘÍLOHA P II: LABORATORNÍ HODNOTY**

<b>DRUH ODBĚRU</b>	<b>ROZMEZÍ</b>	<b>POZNÁMKA</b>
<b>TSH</b>	0, 25 – 4,2 mIU/l	<i>Základ funkční diagnostiky</i>
<b>FT4</b>	12, 5 – 23,0 pmol/l	<i>Základ funkční diagnostiky</i>
<b>T4</b>	55 – 60 nmol/l	<i>Méně spolehlivý ukazatel než FT4</i>
<b>FT3</b>	3,2 – 6,5 pmol/l	<i>Méně citlivý ukazatel hypotyreózy</i>
<b>T3</b>	1, 5 – 3,0 nmol/l	<i>Méně citlivý ukazatel hypotyreózy</i>
<b>TPO protilátky</b>	Do 25,0 IU/ml	<i>Známka autoimunitní tyreoiditidy</i>
<b>Tg protilátky</b>	Do 125,0 IU/l	<i>Známka autoimunitní tyreoiditidy</i>

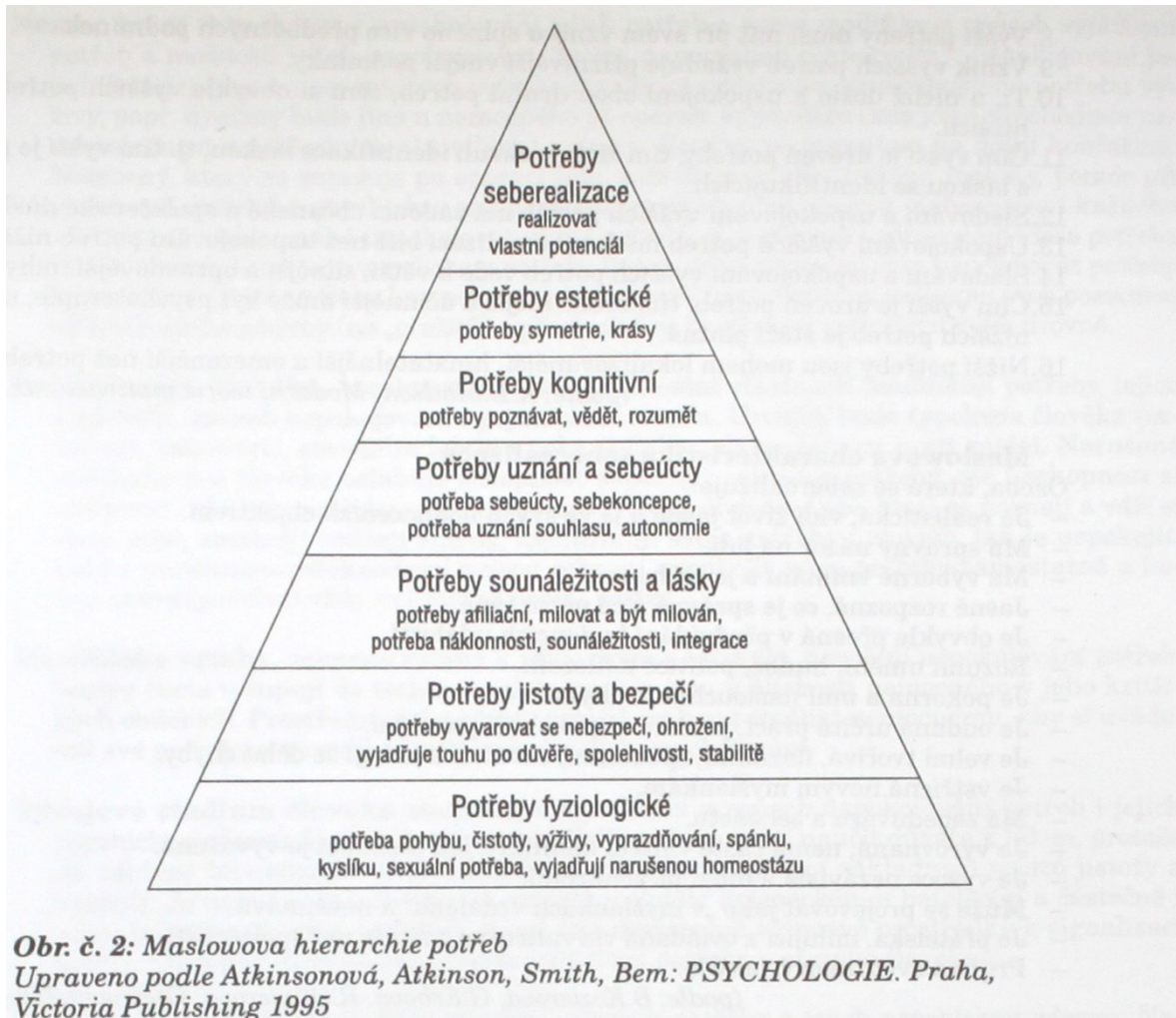
(Zamrazil, 2007, s. 30)

**PŘÍLOHA P III: OTÁZKY K ROZHOVORU**

1. Můžete mi říct kolik je Vám let a jaké je Vaše zaměstnání nebo co studujete?
2. Léčíte se s hypotyreózou?
3. Máte další onemocnění, se kterými se trvale léčíte?
4. Prodělala jste nějaké operace?
5. Dokázal/a byste popsat, co znamená hypotyreóza a jaké jsou její příčiny?
6. Kdy se na Vaše onemocnění přišlo a jaké důvody/příznaky Vás vedly k návštěvě lékaře?
7. Jak na Vaše změny reagovalo okolí, rodina?
8. Vyskytuje se ve Vaší rodině dané onemocnění?
9. Víte, jak se onemocnění diagnostikuje?
10. Diagnostikoval Vám sníženou funkci Váš praktický lékař nebo endokrinolog?
11. Jak probíhalo Vaše první vyšetření?
12. Víte, jak se léčí snížená funkce štítné žlázy?
13. Jaké léky a množství užíváte na sníženou funkci štítné žlázy?
14. Užívala jste stejnou dávku léků, nebo ji lékař měnil v průběhu léčby?
15. Znáte správný postup užívání léků?
16. Za jakou dobu jste pocíťoval/a účinek léčby?
17. Můžete mi popsat, co by měla obsahovat Vaše strava s daným onemocněním?
18. Znáte alespoň 5 potravin, ve kterých můžeme najít jód a tím ovlivnit stravu?
19. Myslíte si, že Vám lékař vysvětlil vše potřebné, co se týká léčby hypotyreózy a jeho předané informace byly dostatečné a všemu jste porozuměl/a anebo jste si musel/a informace dohledávat sama, pokud ano tak kde?
20. Byl/a jste hospitalizován/a z důvodu onemocnění štítné žlázy?
21. Jak často navštěvuje svého endokrinologa a jak toto vyšetření probíhá?
22. Provádí Vám Váš endokrinolog pravidelně ultrazvuk štítné žlázy?
23. Dokázal/a jste běžně vykonávat Vaše každodenní úkony a jaké fyzické změny se u Vás objevovaly, než se na Vaše onemocnění přišlo?
24. Jak vy sám/sama vnímáte své onemocnění omezovalo/ omezuje Vás v něčem, například v neuspokojování určité potřeby?
25. Než bylo Vaše onemocnění diagnostikováno, zaznamenal/a jste u Vás emocionální změny či známky agresivity?



26. Uvědomoval/a jste si změny ve Vašem chování nebo jste to spíše přikláněl/a například ke špatnému období nebo k nějaké nemoci?
27. Ovlivnil/a Vás Vaše situace v zaměstnání nebo ve škole?
28. Vyhýbal/a jste se okolí?
29. Jak Vaši nemoc vnímá Vaše rodina a okolí? Cítila jste/cítíte ve Vaší rodině oporu?
30. Je ještě něco, co byste chtěl/a doplnit k našemu rozhovoru?

**PŘÍLOHA P IV: MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB**

(Trachtová, 2013, s. 15)