

Česká studie psychosociálních aspektů onemocnění štítné žlázy

Petra Mandincová

Univerzita Tomáše Bati, Fakulta managementu a ekonomiky, Zlín
petra.mandincova@gmail.com

Abstrakt

Cílem našeho výzkumu bylo zmapovat psychosociální aspekty onemocnění štítné žlázy (tyreopatie). Ačkoliv v zahraničí byla této problematice věnována značná pozornost, téměř žádná data o českých pacientech doposud nejsou k dispozici. Zaměřili jsme se zejména na kvalitu života nemocných, roli stresu a jeho zvládání včetně protektivních faktorů (resilience a sociální opora). Šlo o půlroční longitudinální sledování 143 pacientů s onemocněním štítné žlázy, kteří podstoupili operaci štítné žlázy. Tuto populaci jsme srovnávali i s kontrolní skupinou vyrovnanou podle pohlaví, věku a regionu. Výzkumně nosné se ukázalo porovnat pacienty dle jednotlivých typů onemocnění (nodózní struma, hypertyreóza, karcinom). V některých psychosociálních aspektech se nemocní s tyreopatií odlišují od běžné populace, která tímto onemocněním netrpí, a to nezávisle na typu tyreopatie. Během půlročního sledování po operaci došlo u pacientů ke zlepšení některých ukazatelů kvality života.

Klíčová slova

štítná žláza, nemoc, tyreoidektomie, psychický stres, zvládání, kvalita života, sociální opora, psychická odolnost, spiritualita, úzkost, deprese, psychologické důsledky, psychosociální aspekty

Úvod do problematiky, cíl a teoretická východiska

V soudobé lékařské, respektive endokrinologické literatuře stále roste zájem o psychologické, případně psychosociální aspekty tyreopatie (onemocnění štítné žlázy). V naší psychologii je problematika onemocnění štítné žlázy spíše na okraji zájmu, proto jsme se tímto zajímavým tématem začali zabývat. Z teoretického hlediska nahlížíme na tuto problematiku z hlediska dvou poměrně mladých disciplín, a to psychologie zdraví a zároveň se necháváme inspirovat pozitivní psychologií. Jedince přitom chápeme jako bio-psycho-socio-eko-spirituální jednotu. Cílem výzkumu bylo zmapovat psychosociální aspekty tyreopatie. Zaměřili jsme se zejména na kvalitu života pacientů s onemocněním štítné žlázy, roli stresu a jeho zvládání včetně protektivních faktorů (resilience a sociální opora).

Nemoci štítné žlázy patří poměrně k častým chronickým onemocněním a k nejčastějším onemocněním endokrinního systému vůbec. V poslední době jejich počet mírně narůstá. Odhaduje se, že u nás výskyt tohoto onemocnění přesahuje 5 % populace s výraznou závislostí na věku a pohlaví a s výraznými regionálními rozdíly. Ženy onemocní 4-6x častěji a největší počet nemocných je středního a vyššího věku - ve stáří onemocní 20 % žen a 10 % mužů (Zamrazil et al., 2001). Mnohdy se nemoci štítné žlázy vyskytují v určitých rozsáhlých oblastech u velkého procenta populace a velice často souvisí s nedostatkem jódu (Zamrazil et al., 2004). K řešení této problematiky byla vytvořena i zvláštní organizace přidružená ke Světové zdravotnické organizaci, protože je na světě nedostatkem jódu ohrožena více než čtvrtina lidí. Klasifikace tyreopatií není dosud sjednocena, v našem pojetí rozlišujeme vzácné vrozené poruchy, difuzní nebo nodózní strumu (zvětšení štítné žlázy vcelku nebo s uzly), hypotyreózu (snížená činnost štítné žlázy),

hypertyreózu (zvýšená činnost štítné žlázy), tyreoiditidu (zánět štítné žlázy) a nádory. Tyreopatie jsou již poměrně dobře léčitelné, nutná je však doživotní dispenzarizace, mnohdy i léčba. Od typu onemocnění se odvíjí zvolený léčebný postup, může jít o léčbu medikamentózní, chirurgickou, terapii radiojódem, příp. jiné způsoby léčby. Zároveň jde o choroby, u nichž obvykle nezanedbatelnou součást symptomatologie tvoří, kromě tělesných, i psychické symptomy jako důsledek narušené hladiny hormonů či působení hormonů. (Němec et al., 1995; Zamrazil, 1998; Dvořák, 2002; Stárka, Zamrazil, 2005; Blahoš, Zamrazil, 2006; Markalous, Gregorová, 2007). Udává se, že pacienti s neléčenou tyreopatií nezávisle na typu onemocnění trpí celou řadou symptomů a jejich zdravotní stav, příp. kvalita života, je značně narušen ve většině aspektů. Navíc se ukazuje, že toto narušení u mnoha pacientů přetrvává po dlouhou dobu, i když jsou léčeni. Dlouhodobé důsledky léčených tyreopatií jsou velmi časté. (Razvi, McMillan, Weaver, 2005; Watt et al., 2006). Poznatky z výzkumů jsme přehledově podali v časopisu *Československá psychologie* (Janečková, 2007a) a na konferencích (Janečková, 2007b, 2008b). Lze vysledovat několik hlavních linií výzkumu v zahraničí. Jedna část se zaměřovala na roli stresu v patogenezi tyreopatií, v jejich průběhu a prognóze, některé zahrnovaly i zkoumání modifikujících faktorů stresu, ale jejich význam nebyl plně doceněn. Další skupina výzkumů zkoumala osobnost nemocného, nově se objevují sporadické práce volající po užití psychologických prostředků při léčbě tyreopatií. Poslední studie se zabývají především zkoumáním zdravotního stavu a/nebo kvality života, které často zahrnují zkoumání psychického stavu a kognitivního fungování. Jsme informováni o řadě zahraničních organizací, které pomáhají pacientům s onemocněním štítné žlázy nebo je sdružují, a o velkém množství informačních materiálů pro tyto pacienty (podrobněji Janečková, 2008a). Také čeští pacienti by mohli velice profitovat, kdyby se i u nás podařilo aktivity tohoto typu (více) rozvinout.

Design výzkumu, vzorek a použité metody

Náš výzkum byl realizován v rámci dizertační práce (Janečková, 2008a) a vzhledem k omezenému rozsahu příspěvku lze zde referovat jen o jeho části. Studie byla pojata jako deskriptivní výzkum, zvolili jsme smíšenou výzkumnou strategii (kvantitativně-kvalitativní). Data byla získána od 143 pacientů po operaci štítné žlázy v době od ledna 2006 do ledna 2007. Pacienti, 132 žen a 11 mužů s průměrným věkem 51,9 let, trpící nodózní strumou (70), hypertyreózou (45), karcinomem štítné žlázy (17) a tyreoiditidou (11), byli zkoumáni v době operace, dále po 3 a 6 měsících v rámci longitudinálního sledování. Porovnávali jsme rozdíly mezi pacienty a kontrolní skupinou zdravých lidí vyrovnanou podle pohlaví, věku a regionu. Byly provedeny semistrukturované rozhovory. Všem osobám byly administrovány:

- ke zjištění individuální kvality života Systém individuálního hodnocení kvality života (SEIQoL = Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) (O'Boyle, McGee, Joyce),
- ke zjištění vnímané sociální opory Škála vnímané sociální opory (PSSS = Perceived Social Support Scale) (Blumenthal et al.),
- ke zjištění smyslu pro soudržnost (SOC = Sense of Coherence) (Antonovsky),
- pro zjištění lokalizace kontroly vizuální analogová škála (LOC = Locus of Control) (dle Rottera),
- ke zjištění copingových strategií inventář COPE (Carver, Scheier, Weintraub),
- ke zjištění úzkosti jako stavu a úzkostnosti jako rysu Dotazník k měření úzkosti a úzkostnosti (STAI = State Trait Anxiety Inventory) (Spielberger),
- ke zjištění deprese Beckova škála depresivity (BDI = Beck Depression Inventory) (Beck).

Statistické zpracování dat bylo provedeno pomocí statistického programu SPSS 14.0. Pro posouzení rozdílů mezi průměry dvou skupin, byl použit t- test (Reiterová 2003, 2007). Pro sledování změn u pacientů v čase bylo použito analýzy rozptylu pro opakovaná měření (obecný lineární model). Pro zjišťování míry těsnosti vztahu (závislosti) mezi dvěma proměnnými jsme použili korelační analýzu. (Hendl, 2006). Data kvalitativní povahy jsme vyhodnocovali prostřednictvím obsahové analýzy (Hendl, 2005; Silverman, 2005; Miovský, 2006).

Stručná charakteristika zkoumaných typů tyreopatie

Dovolili jsme si srovnávat zdravou populaci s nemocnými s tyreopatií jako celkem, protože je z literatury známo, že v průběhu této nemoci může docházet ke změnám hormonálního stavu na základě povahy nemoci nebo léčení. Stejným způsobem se postupuje v řadě výzkumů (např. König et al., 2007). Alespoň pro informaci zde však podáváme stručnou charakteristiku jednotlivých typů tyreopatie, které se vyskytly v našem výzkumu. Jednalo se o hypertyreózy, nodózní strumy a karcinomy štítné žlázy. Mezi nodózní strumy jsme podle doporučení ošetřujícího lékaře zařadili také pacienty s tyreoditidou.

Jako struma se označuje štítná žláza, která je viditelná nebo hmatná. Jako prostou eufunkční strumu označujeme stav, kdy žláza není postižena dalším patologickým procesem, tzn. jiným onemocněním. Nejčastější příčinou strumy bývá nedostatek jódu. Zpočátku bývá struma stejnoměrně zvětšená (difúzní struma), v dalším průběhu se v ní obvykle vytváří jeden nebo více uzlů (uzlová = nodózní struma). Časem dochází k tomu, že některé uzly jsou schopny funkce, v jiných pak může dojít ke změnám, které další funkci vylučují. Zároveň je pacient ohrožen možností, že zvětšená žláza a její uzly budou utlačovat orgány na krku, šířit se do mezihrudí nebo začnou vyrábět hormony bez ohledu na potřeby organismu. Choroba nemusí působit potíže a struma tak může růst mnoho let. Řadě pacientů však přináší pocity tlaku na krku, polykací potíže, dušnost či změnu hlasu.

Hypertyreóza (tyreotoxikóza) je způsobena vysokými hladinami hormonů štítné žlázy. Nejčastější a nejzávažnější formou je autoimunitní Gravesova – Basedowova choroba (ve shodě s anglosaskou literaturou užíváme termín Gravesova choroba). V klinickém obrazu hypertyreózy se objevuje nesnášenlivost tepla, pocení, jemné padající vlasy, lomivost nehtů, dušnost, palpitace, tachykardie, sklon k arytmiím, výrazná svalová slabost, třes končetin, pokles hmotnosti při dobré chuti k jídlu, průjmy. Psychické příznaky jsou velmi nápadné a projevují se nervozitou, neklidem, nadměrnou čílostí navzdory únavě, výraznou emocionální labilitou se sklonem k podrážděnosti, lítostivosti, objevuje se nesoustředěnost, překotnost, často nespavost.

Maligní nádory štítné žlázy jsou vzácné, jsou však druhým nejčastějším nádorem endokrinních žláz a jejich počet stále roste. Naprostou většinu tvoří karcinomy. Patří sem nádory s širokým rozsahem agresivity vůči vlastnímu organismu - od málo zhoubných po nejzhoubnější nádory vůbec.

Při popisu onemocnění vycházíme z následujících publikací Němec et al., 1995; Zamrazil, 1998; Dvořák, 2002; Stárka, Zamrazil, 2005; Blahoš, Zamrazil, 2006; Markalous, Gregorová, 2007. O všech typech tyreopatií referujeme v P. Janečková (2007b, podrobněji 2001, 2007a, 2008a).

Hypotézy

Předpokládali jsme, že pacienti s tyreopatií oproti kontrolní skupině:

H1: budou méně resilientní.

H2: budou užívat spíše neefektivní copingové strategie.

H3: budou vykazovat nižší kvalitu života a menší spokojenost se životem.

H4: budou zažívat více negativních emocí (deprese a úzkosti).

H5: budou vnímat větší sociální oporu.

Předpokládali jsme, že během půlročního sledování pacientů v čase:

H6: dojde ke zvýšení resilience.

H7: začnou více volit efektivní copingové strategie.

H8: dojde ke zlepšení v kvalitě života i ve spokojenosti se životem.

H9: dojde k poklesu negativních emocí (úzkosti a deprese).

H10: dojde k poklesu vnímané sociální opory.

Výsledky a diskuze

Porovnání pacientů s tyreopatií se zdravou populací

Hypotézy H1 až H5 se potvrdily pouze částečně (viz tabulka č. 1). Pacienti s tyreopatií na rozdíl od zdravých osob vnímají významně vyšší sociální oporu od rodiny, jsou úzkostnější (z hlediska aktuálního stavu i rysu) a na hranici významnosti méně spokojeni se životem. I další literární zdroje uvádějí, že nemoc vyvolává potřebu pomoci (např. Haškovcová, 1985; Baštecká, 2003). Podobná zjištění stran některých aspektů kvality života shrnuje Razvi, McMillan, Weaver (2005) a Watt et al. (2006). Zdravé osoby významně výše skórují v lokalizaci kontroly, což svědčí o pocitu, že mají svůj život pevně v rukou, a na hranici významnosti dosahují vyšších hodnot v copingové strategii plánování, která bývá považována za efektivní strategii. Nebyly zjištěny rozdíly mezi pacienty a zdravými osobami ve smyslu pro soudržnost a depresivitu. Paradoxní zjištění, že vyšší celkovou kvalitu života mají pacienti oproti zdravým, si vysvětlujeme ve shodě s kvalitativními daty z rozhovorů. Pacienti působili dojmem, že při hodnocení spokojenosti u jednotlivých oblastí, situaci spíše nadhodnocovali (idealizovali si) zejména v době hospitalizace, ale trochu i 3 měsíce po ní. Jakoby tím, že se ocitli v obtížné situaci operace a mají ji zvládnout, potřebovali vidět svůj život pozitivněji a nepřipustit si nespokojenost s jednotlivými oblastmi života. Mnohem věrohodnější byli výsledky zaznamenané graficky na úsečce míry spokojenosti. Protože škála spokojenosti spíše vyžaduje holistický přístup, kdežto pro škálu celkové kvality života vypočtené z jednotlivých oblastí je třeba analytické usuzování (srov. Rybářová et al., 2006), je možné, že u pacientů zobrazení spokojenosti na úsečce spíše odráželo reálný emocionální stav, kdežto celková vypočtená kvalita života reflektovala spíše přání než realitu. Na druhou stranu např. Edelman (1997, in Baštecká et al., 2003), Moons et al. (2004) uvádějí, že kvalita života se nemusí nutně odvíjet od přítomnosti nemoci, tedy od zdravotního stavu (srov. Křivohlavý, 2001).

Tabulka č. 1 Porovnání pacientů s tyreopatií se zdravou populací

Proměnné		Pacienti v porovnání se zdravými	
SOC	ME - smysluplnost		
	MA - zvládnutelnost		
	C - srozumitelnost		
	sense of coherence		
PSSS	A - významná osoba		
	B - rodina	↑	/p>0,05/
	C - přátelé		
	vnímaná soc. opora		
COPE	plánování	↓	/p>0,05/
QoL	tabulka-kvalita života	↑	/p>0,05/
	úsečka-spokojenost	↓	hran.
STAI	aktuální úzkost	↑	/p>0,05/
	úzkostnost jako rys	↑	/p>0,05/
BDI	deprese		
LOC	lokalizace kontroly	↓	/p>0,01/

Vysvětlivky: ↑ znamená, že pacienti v dané proměnné skórovali výše než zdravá populace
 ↓ znamená, že pacienti v dané proměnné skórovali níže než zdravá populace

Sledování pacientů s tyreopatií od operace po dobu šesti měsíců

Byla potvrzena hypotéza H10, hypotézy H6 a H9 se potvrdily částečně, nepotvrdily se hypotézy H7 a H8 (viz tabulka č. 2). Během půlročního sledování pacientů došlo k významnému poklesu úzkosti i úzkostnosti, na hranici významnosti byl naznačen vzrůst pocitu kontroly nad situací (srov. Kebza, 2005; Kebza, Šolcová, 2008) a srozumitelnosti. Naše zjištění je ve shodě s tím, že při zvládnání obtížné situace se jí člověk snaží nejprve porozumět (srozumitelnost) (srov. Mareš, 2007a, 2007b; Mareš, Rybářová, Tůmová, 2007). U pacientů byl během sledování v čase naznačen lineární pokles v copingové strategii vyhledávání citové opory a významný pokles byl zjištěn ve vnímané sociální opoře od rodiny, zřejmě vlivem toho, že pominula zátěžová situace operace. Celková sociální opora, opora od přátel a copingová strategie projevení emocí se měnily kvadraticky - nejprve došlo k významnému poklesu po 3 měsících a opět k mírnému nárůstu po 6 měsících od hospitalizace. Zřejmě to souvisí s tím, že nejvíce se může pacient cítit izolovaný v prvních 3 měsících po operaci. Těsně za hranicí statistické významnosti byl naznačen pokles celkové kvality života u pacientů během sledování, který jistě souvisí s prvotním nadhodnocením spokojenosti s jednotlivými oblastmi, ale zároveň může souviset s tím, co bylo patrné při prvních rozhovorech s nimi – nepřiměřená očekávání ve vztahu k lékařskému zákroku (očekávali úplné vyléčení). Podobně toto reflektuje Vavrda (2005), srov. Calman (1984, in Krivohlavý, 2002).

Tabulka č. 2 Sledování pacientů s tyreopatií od operace po dobu 6 měsíců

Proměnné		Sledování pacientů po 6 měs (trend)	
SOC	ME - smysluplnost		
	MA - zvládnutelnost		
	C - srozumitelnost	lineární ↑	hran.
	sense of coherence		
PSSS	A - významná osoba		
	B - rodina	lineární ↓	/p>0,05/
	C - přátelé	kvadratický ↘	/p>0,05/
	vnímaná soc. opora	kvadratický ↘	/p>0,05/
COPE	hledání citové opory	lineární ↓	těsně za hran.
	projevení emocí	kvadratický ↘	/p>0,01/
QoL	tabulka-kvalita života	lineární ↓	těsně za hran.
	úsečka-spokojenost		
STAI	aktuální úzkost	lineární ↓	/p>0,05/
	úzkostnost jako rys	lineární ↓	/p>0,01/
BDI	deprese		
LOC	lokalizace kontroly	lineární ↑	hran.

Vysvětlivky: ↑ znamená, že se u dané proměnné jednalo o lineární vzrůst
 ↓ znamená, že se u dané proměnné jednalo o lineární pokles
 vyobrazená křivka znázorňuje průběh kvadratického trendu

Výsledky ze semistrukturovaných rozhovorů

Podvědomě prakticky všichni pacienti od operace očekávali úplné vyléčení, což není možné. Pacienti působili dojmem, že při hodnocení spokojenosti u jednotlivých oblastí, situaci spíše nadhodnocovali (idealizovali si) zejména v době operace, ale trochu po 3 měsících. Spokojenost nebo nespokojenost, kterou se svým stavem vyjadřovali, souvisela s tím, zda a v jaké míře před operací pociťovali potíže plynoucí z nemoci a zda a s jakým efektem byli doposud léčeni. Zdá se, že by potřebovali přesnější informace o průběhu rekonvalescence po operaci a další prognóze tyreopatie. U jedné pacientky s karcinomem jsme zaznamenali po 6 měsících od operace tzv. posttraumatický rozvoj osobnosti (srov. Mareš, 2007a, 2007b; Mareš, Rybářová, Tůmová, 2007).

Zjištění míry těsnosti vztahu (závislosti) mezi jednotlivými sledovanými proměnnými zejména vzhledem k výsledkům metody SEIQoL

Pacienti spokojenější se životem, zdravé osoby spokojenější se životem a zdravé osoby vypovídající o vyšší kvalitě života byly více resilientní (spíše internalisté, s vyšším smyslem pro soudržnost), vnímali vyšší sociální oporu a byly méně úzkostní a depresivní. U pacientů více souvisela s výsledky dotazníků spokojenost se životem než celková kvalita života zjištěná z jednotlivých oblastí. Výsledky všech použitých metod nezávisely u pacientů ani na délce diagnózy, ani na věku či stavu jako je tomu u kontrolní skupiny, jen obvykle mírně korelovaly s ne/prožitím životních

změn v poslední době. Vzdělanější pacienti i zdraví lidé měli vyšší smysl pro soudržnost a byli méně úzkostní. Naše zjištění ohledně vztahů dalších proměnných k míře spokojenosti a k celkové kvalitě života korespondují s uváděnými poznatky v řadě výzkumů (např. Matuz, 2006), stejně jako v literatuře s tematikou psychologie zdraví (např. Křivohlavý, 2001; Kebza, 2005).

Reflexe proběhlého výzkumu a výhled do budoucna

Jsme si vědomi omezení naší práce. Především by bylo třeba rozšířit počet zkoumaných osob. Do souboru zkoumaných osob by bylo třeba zahrnout větší počet mužů, což se nám, i vzhledem k nízkému výskytu tohoto onemocnění u mužů, nepodařilo. Členové kontrolní skupiny v našem výzkumu čestně prohlásili, že pro onemocnění štítné žlázy nejsou léčeni či sledováni a nebylo tomu ani v minulosti. Při výběru kontrolní skupiny by však bylo nejvhodnější, aby její každý člen podstoupil základní screeningové vyšetření k vyloučení tyreopatie, což by však na druhé stranu bylo velmi nákladné. Při srovnávání pacientů se zdravou populací by bylo lépe sestavit párovou kontrolní skupinu a vyrovnat ji dle více statusových a demografických charakteristik, než se podařilo nám. Vzhledem ke specifčnosti zkoumaného vzorku lze výsledky jen obtížně zobecnit nebo s jistými výhradami. Na druhou stranu se jedná o půlroční sledování téměř celé populace pacientů, kteří podstoupili operaci štítné žlázy v nemocnici Atlas ve Zlíně, což je velmi cenné pro lepší exploraci této problematiky. Bylo by vhodné naše výsledky ověřit na jiném obdobném pracovišti nebo sbírat data na více pracovištích, zaměřujících se na operace štítných žláz, současně. Bylo by dobré ponechat v baterii testů do budoucna jen nejvíce vypovídající metody, aby nebyli pacienti zbytečně zatěžováni. Dále by mělo být přísněji sledováno, zda pacienti vyplňují dotazník v době hospitalizace za stejných podmínek. Co se týče longitudinálního sledování, bylo by zapotřebí udělat více měření v čase než 3, aby bylo možné lépe predikovat jevy, také by bylo cenné, kdyby sledování mohlo pokračovat déle než 6 měsíců. Velmi užitečné by mohly být u nás také výzkumy pacientů léčených jiným způsobem než chirurgickým. Domníváme se, že by bylo velmi žádoucí ve výzkumu této problematiky dále pokračovat, protože dosavadní poznatky nám dávají více otázek a směrů zájmu než „hotových“ a jasných odpovědí.

Závěr

V této stati bylo možno se zabývat jen částí našeho výzkumu provedeného v rámci dizertační práce. Rozsah příspěvku bohužel neumožňuje prezentovat také zajímavé výsledky porovnání pacientů s rozdílnými typy tyreopatie a sledování pacientů s rozdílnými typy tyreopatie od operace po dobu šesti měsíců. Nebylo zde možné prezentovat ani výsledky obsahové analýzy odpovědí metody SEIQoL.

Bylo provedeno porovnání nemocných se štítnou žlázou a zdravých a sledování nemocných v čase. V některých psychosociálních aspektech se nemocní s tyreopatií odlišují od běžné populace, která tímto onemocněním netrpí, a to nezávisle na typu tyreopatie. Pacienti byli statisticky významně úzkostnější a vnímali vyšší sociální oporu od rodiny oproti kontrolní skupině. Ta skórovala významně výše v lokalizaci kontroly a na hranici významnosti se cítila spokojenější se životem než pacienti. Během půlročního sledování po operaci došlo ke zlepšení některých ukazatelů kvality života, u jedné pacientky s karcinomem jsme zachytili dokonce tzv. posttraumatický růst osobnosti. Zjistili jsme statisticky významný pokles úzkosti, úzkostnosti a sociální opory, na hranici významnosti rostla srozumitelnost a pocit, že člověk má život pevně ve svých rukou. Co se týče metody přímo měřící kvalitu života, tak data vypočtená z jednotlivých oblastí nelze hodnotit čistě psychometricky, protože byla s vysokou pravděpodobností poznamenána nadhodnocováním (idealizací) situace ze strany pacientů zejména v době hospitalizace, ale trochu i 3 měsíce po ní.

Mnohem věrohodnější byly výsledky zaznamenané graficky na úsečce míry spokojenosti, které byly také získány v rámci stejné metody. Dále by byla potřeba věnovat větší pozornost předoperační přípravě pacienta a pracovat přitom s jeho očekáváním. Spokojenost se životem a kvalita života statisticky významně pozitivně korelovaly se smyslem pro soudržnost, s lokalizací kontroly a vnímanou sociální oporou, a významně negativně korelovaly s úzkostí a depresivitou.

Nejsme informováni o žádném podobném výzkumu u nás na toto téma a s největší pravděpodobností je naše studie ojedinělá svým pokusem o komplexnost také v zahraničí. Jsme si vědomi omezení naší práce, je jen malým příspěvkem k poznání problematiky psychosociálních aspektů onemocnění štítné žlázy. Domníváme se, že si tato problematika zaslouhuje u nás větší pozornost badatelů a psychoterapeutů vzhledem k tomu, že mnoho neléčených i léčených pacientů může trpět celou řadou symptomů, pociťovat zhoršený zdravotní stav a kvalitu života.

Literatura

Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.

Blahoš, J., & Zamrazil, V. (2006). *Endokrinologie – Interdisciplinární obor*. Praha: Triton.

Dvořák, J. (2002). *Štítná žláza a její nemoci – poučení pro nemocné*. Praha: Serifa.

Haškovcová, H. (1985). *Spoutaný život*. Praha: Panorama.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza metaanalýza dat* (2. opr. vyd.). Praha: Portál.

Janečková, P. (2001). *Problematika psychické zátěže u tyreopatie*. (Diplomová práce). Olomouc: Filozofická fakulta Univerzity Palackého.

Janečková, P. (2007a). Současné výzkumy psychosociálních aspektů tyreopatie. *Československá psychologie*, 51 (6), s. 635 - 654.

Janečková, P. (2007b). Výzkum psychosociálních aspektů tyreopatie. In B. Koukola, & J. Mareš (Eds.), *Psychologie zdraví a kvalita života II*. (s. 36 – 41). Brno: MSD.

Janečková, P. (2008a). *Psychosociální aspekty tyreopatie*. (Disertační práce). Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity.

Janečková, P. (2008b). *Základní poznatky z výzkumů psychosociálních aspektů onemocnění štítné žlázy*. Konference Dokbat, Zlín: UTB.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá psychologie*, 52, 1 – 19.

König, D. et al. (2007). Patient reported outcomes in treatment for thyroid diseases. In J. Kotrlová (Ed.), *Mapping of Psychological Knowledge* (CD-ROM, 10th European Congress of Psychology). Praha: Union of Psychologists Associations of the Czech Republic.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.

Markalous, B., & Gregorová, M. (2003). *Nemoci štítné žlázy – otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*. Praha, Triton.

- Mareš, J. (2007a). Posttraumatický rozvoj osobnosti: teorie-diagnostika-praktické aplikace. In B. Koukola, & J. Mareš (Eds.), *Psychologie zdraví a kvalita života II.* (s. 17 - 25). Brno: MSD.
- Mareš, J. (2007b). Posttraumatický rozvoj u dětí a dospívajících. In J. Mareš et al., *Kvalita života u dětí a dospívajících II.* (s. 9 - 33). Brno: MSD.
- Mareš, J., Rybářová, M., & Tůmová, Š. (2007). Posttraumatický rozvoj mediků. In J. Mareš et al., *Kvalita života u dětí a dospívajících II.* (s. 225 - 234). Brno: MSD.
- Matuz, T. (2006). *End of life decisions and psychological aspects in amyotrophic lateral sclerosis - empirical ethics and neuropsychological approaches.* 17th International Symposium on ALS/MND, Yokohama, Japonsko.
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní výzkum a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada Publishing.
- Moons, P., Marquet, K., Budts, W., & De Geest, S. (2004). Validity, reliability and responsiveness of the „Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting“ (SEIQoL-DW) in congenital heart disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2:27. [cit. 2008-04-08]. Dostupný z WWW: <http://www.hqlo.com/content/2/1/27>.
- Němec, J. et al. (1995). *Nemoci štítné žlázy.* Praha: Laguna.
- Razvi, S., McMillan, C. V., & Weaver, J. U. (2005). Instruments used in measuring symptoms, health status and quality of life in hypothyroidism: a systematic qualitative review. *Clinical Endocrinology*, 63, s. 617 – 624.
- Reiterová, E. (2003). *Základy statistiky pro studenty psychologie* (2. upr. vyd.). Olomouc: FF UP.
- Reiterová, E. (2007). *Statistické metody v psychologickém výzkumu.* Olomouc: FF UP.
- Rybářová, M., Mareš, J., Ježek, & S., Tůmová, Š. (2006). Kvalita života vysokoškoláků zjišťována zjednodušenou metodou SEIQoL. In J. Mareš et al., *Kvalita života u dětí a dospívajících II.* (s. 189 - 198). Brno: MSD.
- Silverman, D. (2005). *Ako robiť kvalitatívny výskum: praktická príručka.* Bratislava: Ikar.
- Vavřda, V. (2005). Změna kvality života: očekávání a realita. In J. Payne et al., *Kvalita života a zdraví* (s. 176 – 180). Praha: Triton.
- Watt, T. et al. (2006). Quality of life in patients with benign thyroid disorders. A review. *European Journal of Endocrinology*, 154, s. 501 – 510.
- Zamrazil, V. (2001). Vliv věku na štítnou žlázu. *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa*, č. 1, s. 46 - 52.
- Zamrazil, V., Bílek, R., Čeřovská, J., Delange, F. (2004). The elimination of iodine deficiency in Czech Republic: the steps toward success. *Thyroid*, 14, s. 49 - 56.