

Kvalita života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou

Lenka Tylajková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetřovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka TYLAJKOVÁ**
Osobní číslo: **H10493**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek týkajících se vředové choroby gastroduodena a kvality života.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou pomocí dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh praxeologických opatření.

Mgr. Anna Králková, Ph.D.
vedoucí ústavu



doc. Ing. Aneta Lengšlová, Ph.D.
děkanka

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KOHOUT, Pavel, 2005. Vředová choroba: průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-077-1.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, c2008. Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-7-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. Psychologie zdraví. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.

LUKÁŠ, Karel a Tomislav ŠVESTKA, 2002. Refluxní choroba jícnu a vředová choroba gastroduodena: diagnostika a léčba v každodenní praxi. Praha: Triton. ISBN 80-7254-309-1.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Sedláková

Ústav ošetřovatelství

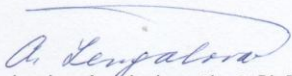
Datum zadání bakalářské práce:

7. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 7. února 2013


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




Mgr. Anna Krátká, 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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ 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 7. 3. 2013

..... Lukáš Týla

1) 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 nevydělečně 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). Odpírá-li 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 výdělku 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 přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je „Kvalita života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou“. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část popisuje anatomii a fyziologii žaludku a dvanáctníku. Dále se zabývá definicí gastroduodenální vředové choroby, její etiologií, klasifikací, klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou. Následně jsou popsány možné komplikace a prognóza onemocnění, další část je věnována ošetrovatelské péči. Poslední úsek teoretické části podává komplexní informace o kvalitě života u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena.

Praktická část zjišťuje pomocí dotazníkového šetření kvalitu života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. Součástí je zpracování a vyhodnocení zjištěných dat pomocí tabulek a grafů s uvedenými slovními komentáři.

Klíčová slova: kvalita života, pacient, peptický vřed, péče

ABSTRACT

The topic of the Bachelor thesis is Quality of Life in Patients with Peptic Ulcers. The work comprises of a theoretical part and a practical part.

The theoretical part describes the anatomy and physiology of stomach and duodenum. It also deals with the definition of peptic ulcer disease, its etiology, classification, clinical picture, diagnostics and treatment. Further, it mentions possible complications and disease prognosis as well as nursing care. The last section of the theoretical part gives complex information about the quality of life in patients with peptic ulcer disease.

The practical part uses a survey to find out the quality of life in patients with peptic ulcers. It also contains processing and evaluation of the established data through charts and graphs with commentaries.

Keywords: quality of life, patient, peptic ulcer, care

Chtěla bych především poděkovat Mgr. Markétě Sedlákové za trpělivost, drahocenné rady a pomoc při vedení mé práce. Dále děkuji sestřám, jejichž prostřednictvím byly distribuovány dotazníky a obrovský dík patří také respondentům. Na závěr chci poděkovat mé rodině a přátelům za podporu v období celého studia.

Motto:

„Žijte dobrý a čestný život. Až zestárnete a podíváte se zpátky, budete se moci radovat podruhé.“ Dalajláma

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VŘEDOVÁ CHOROBA GASTRODUODENA	12
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE GASTRODUODENA	12
1.2 DEFINICE ONEMOCNĚNÍ.....	16
1.3 ETIOLOGIE.....	16
1.4 KLASIFIKACE.....	18
1.4.1 Žaludeční vřed.....	19
1.4.2 Duodenální vřed.....	19
1.5 KLINICKÝ OBRAZ	19
1.6 DIAGNOSTIKA	20
1.7 TERAPIE	22
1.7.1 Konzervativní terapie	23
1.7.2 Chirurgická terapie.....	25
1.8 KOMPLIKACE.....	26
1.9 PROGNÓZA	28
1.10 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	28
2 KVALITA ŽIVOTA	30
2.1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA	30
2.2 ZDRAVÍ A JEHO TEORIE.....	30
2.3 ROZSAH A POJETÍ KVALITY ŽIVOTA.....	32
2.4 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	33
2.4.1 Hodnotící metody.....	34
2.5 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S VŘEDOVOU CHOROBU GASTRODUODENA	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	38
3 METODIKA PRŮZKUMU	39
3.1 CÍLE PRÁCE	39
3.1.1 Hlavní cíl.....	39
3.1.2 Dílčí cíle.....	39
3.2 CHARAKTERISTIKA POUŽITÉ METODY	39
3.3 ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
3.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	40
3.5 ZPRACOVÁNÍ DAT	40
4 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	41
DISKUZE	80

ZÁVĚR.....	85
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	87
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	90
SEZNAM TABULEK.....	92
SEZNAM GRAFŮ	94
SEZNAM PŘÍLOH.....	96

ÚVOD

Vředová choroba gastroduodena je poměrně časté onemocnění, se kterým se zdravotnický personál setkává prakticky na jakémkoliv oddělení. Zdravotníci tedy musí znát problematiku této choroby a uvědomit si, že kvalita života nemocných může být pozměněna. Rovněž by měli pacientovi pomoci co nejvíce ulehčit nesnadné prožívání nemoci. K pochopení pocitů nemocného mnohdy postačí empatický přístup zdravotníka. Také poskytnutí adekvátních a kvalitních informací již v rané fázi pomáhá pacientovi k překonání některých obav. Práce zdravotníků by měla být komplexní a individuální.

Onemocnění v dnešní době postihuje 3-10 % populace. I když je výskyt vředové choroby gastroduodena na ústupu, existuje stále mnoho lidí s touto nemocí. Pacienti musí pravidelně navštěvovat gastroenterologické ambulance a dodržovat určitá opatření, která k nemoci neodmyslitelně patří. Choroba zatěžuje nemocné hlavně svými výraznými projevy, které mohou zhoršit kvalitu života.

Gastroduodenální vředová choroba je poškození trávicí trubice v oblasti žaludku a dvanáctníku. Nemoc se projevuje velkým množstvím příznaků, které zahrnují bolesti břicha, dyspeptické potíže, únavu a další. Diagnostických metod onemocnění je několik, nejefektivnější je však endoskopické vyšetření žaludku, popřípadě dvanáctníku. Léčba je komplexní a klade důraz na dietní a režimová opatření, která jsou velmi podstatná.

Choroba tedy může zasáhnout kvalitu života nemocných nejen svými příznaky a léčbou, ale také zatěžujícími vyšetřeními a možnými komplikacemi. Kvalita života je ovšem individuální, každý jedinec ji vnímá a hodnotí jinak. Někoho choroba ovlivní značným způsobem, jiného naopak vůbec.

Během své praxe v rámci studia jsem se setkávala s nemocnými s peptickými vředy poměrně často. Hlavou mi vždy probíhalo několik otázek. Omezuje je nemoc v něčem? Dodržují dietní a režimová opatření? Museli se kvůli vředové chorobě něčeho vzdát? Zajímalo mě, jak lidé s tímto onemocněním žijí. Právě to byl důvod, proč jsem si zvolila téma bakalářské práce „Kvalita života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou“.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VŘEDOVÁ CHOROBA GASTRODUODENA

Vředová choroba gastroduodena je v naší populaci řazena mezi častá onemocnění. Peptickými vředy trpí 3-10 % populace. Incidence i prevalence onemocnění je v evropských státech stále v poklesu. Nadále klesá také prevalence infekce *Helicobacterem pylori* (dále *H. pylori*).

Poprvé byl žaludeční vřed popsán v roce 1835 patologickým anatomem Cruveilhierem. Pojem „peptický vřed“ byl poprvé použit v roce 1882 Quinckem, avšak v 19. století se tato choroba vyskytovala minimálně. Léčba vředové choroby pokročila po zavedení H₂-blokátorů a později inhibitorů protonové pumpy. Obrovský zlom v léčbě vředu nastal v roce 1983, kdy Warren a Marshall objevili infekční agens, který ovlivňuje vznik vředové choroby. Tento agens se později pojmenoval jako *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

Vředová choroba gastroduodena vyžaduje spolupráci několika odborníků tj. praktického lékaře, gastroenterologa a dalších specialistů. Choroba si žádá cílenou a kombinovanou léčbu zahrnující konzervativní terapii, v případě vzniku komplikací je nezbytná indikace intenzivní nebo chirurgické terapie. (Dítě, 2006, s. 232; Zimandlová a Bureš, 2012, s. 51; Lukáš a Švestka, 2002, s. 103-105; Kohout, 2005, s. 11-12)

1.1 Anatomie a fyziologie gastroduodena

Anatomie žaludku

Žaludek, řec. *gaster*, lat. *ventriculus* je vakovitý orgán uložený v dutině břišní pod levou klenbou brániční. Spojuje jícen a začátek tenkého střeva. Žaludek funguje jako zásobník pro různé množství potravy. Tvar žaludku je proměnlivý dle jeho náplně, ovšem nejčastěji rozlišujeme dva typy a to žaludek tvaru hákovitého a býčího rohu. Velikost žaludku je různá, prázdný měří asi 25 cm a váží kolem 130 g. S přibývajícím náplní se roztahuje a stává se těžší. Žaludek dospělého jedince pojme asi 1-4 litry.

Žaludek lze rozčlenit na *fundus gastricus*, *corpus gastricum* a *pars pylorica*. *Fundus gastricus* označujeme jako slepě končící vrchol žaludku, bývá naplněn spolykaným vzduchem. Na boku pravé strany fundu do žaludku vstupuje jícen. Tento vstup se označuje jako *cardia ventriculi*. *Fundus* přechází do těla žaludku. Tělo žaludku pomoci zářezu (*incisura angularis*) přechází do *pars pylorica*. *Pars pylorica* je zúžená nálevkovitá část žaludku, dále *pylo-*

rus navazuje na duodenum. Stěny žaludku se rozdělují na přední a zadní. Obě se spolu spojují na dvou ohbích.

Curvatura major je konvexní zakřivení levého okraje žaludku, přitom se vyklenuje dolů a doleva, upíná se na omentum majus. Curvatura minor je konkávní vyklenutí doprava a nahoru. Na curvaturu minor se napojuje omentum minus. Omentum je peritoneální závěs, který chrání žaludek. Přední strana žaludku naléhá na levý lalok jater, přední stěnu břišní a bránici. Zadní stěna žaludku je v kontaktu se slinivkou břišní, bránicí, slezinou, ledvinou, nadledvinou a závěsem příčného tračníku.

Stavba stěny žaludku je složena ze sliznice, podslizničního vaziva, svaloviny a serosy. Sliznice žaludku neboli mucosa má růžovou až červenou barvu, je tvořena z řas (plicae gastricae). Cylindrický epitel vystýlá sliznici žaludku, která je rozdělena na políčka oddělující se jamkami (foveolae gastricae). Do těchto jamek ústí žaludeční žlázy (glandulae gastricae), které obsahují buňky typické pro žaludek. Podslizniční vazivo (tela submucosa) jehož hlavní složka je řídké kolagenní vazivo, umožňuje posun sliznice žaludku. Svalovina žaludku je tvořena ze tří vrstev a to zevní podélnou, střední cirkulární a vnitřní šikmou svalovinou. Střední cirkulární svalovina je nejsilnější v oblasti pylorické, tam vytváří musculus sphincter pylori. Serosa tvoří hladký a lesklý povrch žaludku.

O cévní zásobení žaludku se starají především tepny z truncus coeliacus, žíly z žaludku se sbíhají do vena portae. Mízní cévy odvádí mízu do nodi lymphatici coeliaci. Žaludek je inervován z nervus vagus a hrudních sympatických ganglií. (Čihák, 2002, s. 69-82; Elišková a Naňka, 2006, s. 153-155; Marieb a Mallatt, 2005, s. 646-648)

Fyziologie žaludku

V žaludku rozlišujeme několik typů buněk.

Pohárkové buňky žaludku produkují hlen obsahující hydrogenuhličitán, který chrání žaludek před ničivými účinky kyseliny chlorovodíkové a pepsinu. Hlen je lepkavý, viskózní sekret obsahující mucin. Hlen také vytváří na sliznici žaludku přibližně 0,6 cm vrstvu, která chrání žaludek před mechanickými a chemickými vlivy a usnadňuje skluz potravy.

Parietální buňky na stěně žaludku produkují žaludeční kyselinu chlorovodíkovou. Normální množství kyseliny chlorovodíkové v žaludku je 1500-3000 ml/den, pH je 1-2, tedy kyselé. Množství a koncentrace sekrece žaludeční šťávy závisí na složení obsahu potravy (chy-

mu). Sekrece žaludeční šťávy je řízena z CNS a lokálně v místě, kde probíhá. Žaludeční pH nemění cukry a tuky. Kyselé prostředí žaludku je ideální pro působení žaludečních enzymů a také ničí bakterie, které byly přijaty s potravou. Na kyselém prostředí žaludku je závislá činnost pepsinu, který štěpí bílkoviny. Parietální buňky žaludku také vylučují žaludeční vnitřní faktor, tato bílkovina je potřebná k vstřebání vitamínu B12 v tenkém střevě.

Hlavní buňky se nacházejí většinou na spodině žaludku a vylučují pepsinogen, což je enzymatická bílkovina, která se pomocí kyselin v žaludku dále přeměňuje na pepsin. Enteroendokrinní buňky vylučují hormony do kapilár. Hlavní hormon, který produkují, je gastrin řídící sekreci kyseliny chlorovodíkové v žaludku.

V době, kdy žaludek stravu přijímá, je jeho tonus nízký. Mechanoreceptory v žaludku podávají informace pro pohyby žaludku. Základní rytmus pohybů je asi 3 peristaltické vlny za minutu. Tyto vlny se šíří převážně po podélné svalovině. Peristaltické pohyby žaludečních svalů stravu promíchávají, smíchají s žaludečními šťávami a rozmělnují na kašovitou formu. Postupně nabírají na síle a frekvenci. Žaludek poté po malých dávkách (10-15 ml) předává stravu dále do zažívacího traktu. Doba vyprazdňování žaludku se odvíjí od složení a množství přijaté stravy. Vyšší obsah bílkovin, tuků a osmoticky aktivních látek způsobuje pomalejší vyprazdňování žaludku. V závěru tohoto procesu žaludek vyprázdní větší nestrávené složky stravy např. pecky. (Langmeier a kolektiv, 2009, s. 148; Marieb a Mallatt, 2005, s. 646-651; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 217-219; Trojan a kolektiv, 2003, s. 338-341)

Anatomie dvanáctníku

Dvanáctník, lat. duodenum, je nejkratší úsek tenkého střeva, navazuje na pylorus žaludku a je pevně přirosten k zadní stěně břišní. Je dlouhý 20-28 cm, průměr dvanáctníku je 3,5-4,5 cm a zakřivením připomíná podkovovitý tvar.

Duodenum je rozčleněno na pars superior, pars descendens, pars horizontalis a pars ascendens. Pars superior je dlouhá asi 5 cm, nachází se v úrovni prvního lumbálního obratle. Její část začíná rozšířením (bulbus duodeni), má chudší cévní zásobení, zadní stěna této části doléhá na ductus choledochus a vena portae. Pars descendens je dlouhá asi 8 cm a nachází se v úrovni druhého až třetího lumbálního obratle. Naléhá na pravou nadledvinu a část pravé ledviny. Délka pars horizontalis je asi 10 cm a je uložena na úrovni třetího lumbálního obratle. Nachází se pod hlavou slinivky břišní. Nejkratší pars ascendens má délku asi

3 cm, oproti pars horizontalis se tato část zvedá kraniálněji na úroveň druhého lumbálního obratle a obrací se směrem dopředu a dolů. Ohyb, který tvoří, se nazývá flexura duodeno-jejunalis, tím dvanáctník plynule přechází do jejunu.

V duodenu se nacházejí klky, které jsou zploštělé a velmi husté. Kruhové řasy (plicae circulares) jsou specifické až pro kaudálnější části duodena. Vyvýšení, které ústí na pars descendens duodeni, je označováno jako plica longitudinalis duodeni, kde ústí dvě papilly. Papilla duodeni major někdy také označována jako papilla Vateri je vyvýšenina, na které ústí dva vývody, vývod pankreatu (ductus pancreaticus) a žlučovod (ductus choledochus), ty jsou před vyústěním na papillu Vateri spojeny v jeden. Papilla duodeni minor nazývána také papilla Santorini je umístěna o 2 cm kraniálněji než papilla Vateri, ústí na ni ductus pancreaticus accessorius.

O cévní zásobení se podobně jako u žaludku podílejí cévy z truncus coeliacus a arteria mesenterica superior et inferior. Žilní krev se stéká do vena portae. Mízní cévy vedou do nodi pylorici a nodi hepatici, některé přímo do nodi coeliaci. Mízní cévy ze spodní části duodena vedou mízu do nodi mesenterici superior. Duodenum je inervováno z nervus vagus a z plexus coeliacus a plexus mesentericus superior. (Čihák, 2002, s. 83-93; Elišková a Naňka, 2006, s. 153-155)

Fyziologie dvanáctníku

Přes papillu duodeni major a minor do duodena přichází sekrece slinivky břišní a žluč. Tyto šťávy doplňuje také sekrece duodena a spolu mění kyselý obsah chymu na alkalický, který je důležitý pro správné působení enzymů tenkého střeva. Sliznice duodena obsahuje dva typy žlázek, první jsou glandulae intestinales produkující isotonicnou tekutinu s enzymy. Specifické pro duodenum jsou glandulae duodenales produkující alkalický hlen (pH 8,1-9,3), který brání sliznici duodena před kyselými žaludečními šťávami.

Průchod chymu částmi tenkého střeva je rychlý. Peristaltické vlny v duodenu mají frekvenci okolo 3 vln za minutu. Duodenum dokáže zvýšit svou činnost na 12 peristaltických vln za minutu. Nejdříve se objevují místní kontrakce hladké svaloviny a při větší náplni střeva se peristaltické vlny koordinují v kývavé pohyby. Ty umožňují lepší vstřebávání chymu ze střeva a posun do další části trávicí trubice. (Elišková a Naňka, 2006, s. 153-155; Langmeier a kolektiv, 2009, s. 148-149)

1.2 Definice onemocnění

„Peptický vřed je poškození sliznice trávicí trubice, pronikající pod muscularis mucosae, v místech, kde je přítomna kyselina chlorovodíková (HCl), pokud převládnou agresivní činitelé nad ochrannými. Může se tedy vyskytovat v jícnu, žaludku, dvanáctníku, tenkém střevě, v Meckelově divertiklu. Vředová choroba patří k chorobám gastrointestinálního traktu, resp. trávicí trubice, je to tedy choroba, jejíž diagnostika a léčba patří do rukou gastroenterologa.“ (Kohout, 2005, s. 13)

1.3 Etiologie

Gastroduodenální vředová choroba je považována za multifaktoriální onemocnění, které je v dnešní moderní době poměrně časté. Vředová choroba může postihovat všechny generace, nejčastěji touto chorobou trpí generace středního věku, ovšem výjimkou nejsou ani mladí lidé a senioři. Na žaludek působí mnoho faktorů, které ho pozitivně či negativně ovlivňují. Tyto faktory rozdělujeme na ochranné neboli protektivní, které chrání integritu sliznice žaludku. Opakem jsou agresivní faktory dráždící sliznici gastroduodena a tím podporují vznik erozí a vředů v oblasti žaludku a dvanáctníku. Pokud dojde k převaze agresivních jevů nad protektivními, dochází k rozvinutí slizničních lézí. V případě, že tato léze přesáhne svalovou vrstvu sliznice, označujeme tento jev jako vřed. Mělké léze jsou pak diagnostikovány jako eroze. (Kohout, 2005 s. 16-17; Dítě, c2007, s. 255-256; Zimandlová a Bureš, 2012, s. 51)

Ochranné faktory

Mezi ochranné faktory patří:

- Fyziologické složení a množství hlenu žaludečního neboli mucinu.
- Prokrvení sliznice a neporušená mikrocirkulace sliznice, která zajišťuje žaludku adekvátní přísun živin a kyslíku.
- Regenerační schopnost sliznice žaludku.
- Bikarbonáty.
- Růstové faktory.
- Sekrety jako jsou sliny a pankreatické šťávy.

- Prostaglandiny, které stimulují tvorbu sekretů a hormony. (Dítě, c2007, s. 256; Krejčí, 2007, s. 209)

Agresivní faktory

Do agresivních faktorů řadíme zvýšenou produkci kyseliny chlorovodíkové (HCl), přítomnost *Helicobacter pylori*, užívání ulcerogenních léků, kouření cigaret, přítomnost žlučových kyselin v žaludku, přítomnost nitrosaminů (ve stravě), poruchu mikrocirkulace žaludku, stres a rodinnou predispozici.

- Kyselina chlorovodíková je schopna natrávit vlastní žaludeční sliznici, pokud protektivní faktory dostatečně nechrání sliznici žaludku. Zvýšená produkce kyseliny chlorovodíkové může způsobit vznik gastroduodenální vředové choroby. Zvýšenou produkci HCl v žaludku vyvolává kofein, tein a kouření.
- *Helicobacter pylori* je gramnegativní tyčinková bakterie, která je extrémně odolná a dokáže přežít v žaludku i při jeho vysoké kyselosti. Svým působením v žaludku může vyvolat gastritidu, která se může za následek vznik vředu. *Helicobacter pylori* osídluje až polovinu populace v České republice ovšem ne u všech infikovaných propukne gastroduodenální vředová choroba. Infekce se přenáší mezi lidmi oro-orálně nebo fekál-orálně.
- Ulcerogenní léky, jako jsou nesteroidní antirevmatika, kortikoidy a salicyláty, nepříznivě působí na skladbu mucinu. Souhrnný název pro poškození sliznice žaludku a dvanáctníku následkem užívání ulcerogenních léků se nazývá gastropatie. Léky poškozují sliznici gastroduodena do různých stupňů, od drobných krvácení a erozí až po perforaci žaludku či duodena. Tyto léky rovněž zvyšují riziko recidivy peptických vředů až několikanásobně.
- Kouření cigaret zpomaluje mikrocirkulaci gastroduodena a tím i hojení peptického vředu. Také riziko vzniku komplikací jako krvácení a perforace vředu je u kuřáků vyšší než u nekuřáků. Kouření ovlivňuje znovuobjevení vředu.
- Žlučové kyseliny působí dráždivě na sliznici žaludku. Například kvůli refluxu se kyseliny vracejí z duodena zpět do žaludku, který dráždí.
- Nitrosaminy patří mezi další rizikové faktory. Vznikají z dusičnanů, které obsahuje zelenina či uzeniny.

- Významným agresivním činitelem je stres působící na lidský organismus. Může se jednat jak o psychický stres (nepravidelní denní režim, vypětí v práci atd.), tak o stres tkání po polytraumatech, popáleninách či neurologických operacích. V těchto případech je hlavní příčina v poruše mikrocirkulace sliznice orgánu.
- Rodinná predispozice je významný faktor, u příbuzných prvního řádu (např. děti, sourozenci) je pravděpodobnost výskytu vředové choroby 2,5x vyšší než u běžné populace. (Dítě, c2007, s. 255-256; Dřevíková, 2007, s. 12; Ehrmann a Gregar, 2003; Kohout a Pavlíčková, c2008, s. 25-28; Lukáš a Žák et al., 2007, s. 98-99; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 219)

1.4 Klasifikace

Peptické léze jsou lokalizovány v místech, kde je ve fyziologických případech přítomna kyselina chlorovodíková. Lokalizovány jsou buď v žaludku, tehdy mluvíme o vředech žaludečních, nebo v dvanáctníku, které nazýváme jako vředy duodenální. Obecně jsou vředy gastroduodena označovány pod souhrnným názvem peptické vředy.

Gastroduodenální vředy můžeme klasifikovat dle postižení *Helicobacterem pylori* na primární a sekundární. Infekce *Helicobacterem pylori* způsobuje primární vřed a sekundární vřed je způsoben jinou příčinou než přítomností této bakterie.

Sekundární vředy jsou nejčastěji vyvolány léky dráždící sliznici žaludku a jsou označovány jako vředy lékové. Dalším významným faktorem pro vznik peptického vředu je stres. Vředy vzniklé na podkladě stresu označujeme jako stresové vředy. Endokrinní vředy nejčastěji vzniknou na základě hyperparathyreózy, vyznačují se lokalizací v netypických místech trávicí trubice a svým sklonem ke komplikacím a recidivě. Hepatogenní vředy provázejí jaterní onemocnění. Vředy při respirační insuficienci mají nenápadný průběh, mohou se projevit až komplikacemi. Vředy ve stáří (stařecké vředy) dosahují obrovských velikostí a jsou označovány jako giant ulcer. Na vzniku těchto vředů se podílí nutriční vlivy i poruchy cirkulace.

Podle topografického umístění rozlišujeme žaludeční vředy subkardiální (nachází se pod kardií). Dále vředy fornixu a těla žaludku, které se dle umístění člení na mediogastrické a angulární. Vředy antrální jsou vředy vývodné části žaludku. Dalším typem jsou vředy

pylorického kanálu. Duodenální vředy rozdělujeme na bulbární (vředy bulbu duodena) a postbulbární, které se nacházející v jiné části než bulbu duodena.

Vřed se ovšem může objevit i tam, kde působí kyselina chlorovodíková např. v jícnu, v distální části duodena či orálních částí jejunu. V případě vzniku píštělí se může vřed objevit i v jiných částech gastrointestinálního traktu. (Dítě, 2006, s. 232; Dítě, c2007, s. 255-256; Kohout, 2005, s. 14-15; Souček, Špinar a Vorlíček, 2011, s. 324)

1.4.1 Žaludeční vřed

Žaludeční neboli gastrický vřed se vyskytuje častěji u jedinců ve středním věku a ve stáří, tj. rozmezí 40 až 70 let. Ovšem není výjimkou, že vřed postihne i mladé lidi. Žaludeční vřed se vyskytuje u obou pohlaví ve stejné míře, není tedy vázán na pohlaví. Pozitivní průkaz *H. pylori* se pohybuje mezi 60-70 %. (Dítě, 2006, s. 232; Kohout a Pavlíčková, c2008, s. 24; Zavoral, Venerová a kolektiv, 2007, s. 34-35)

1.4.2 Duodenální vřed

Duodenální nebo také dvanáctíkový vřed je častější než žaludeční. Duodenálních vředů je asi 85-90% z celkového počtu všech vředových nálezů. Pozitivita nálezu *H. pylori* tvoří až 95%. Pro duodenální vředy je typický relaps nemoci, a to několikrát během kalendářního roku. Bývá tomu nejčastěji na jaře a na podzim. Ovšem tento trend v dnešní době mizí. Vředem trpí častěji muži a postihuje nejčastěji lidi ve věku 20 až 40 let. (Dítě, 2006, s. 232; Ehrmann a Gregar, 2003; Kohout a Pavlíčková, 2008, s. 24; Zavoral, Venerová a kolektiv, 2007, s. 34-35)

1.5 Klinický obraz

Klinický obraz choroby bývá velmi rozmanitý, zahrnuje mnohočetné subjektivní příznaky. Objektívni potíže nejsou tak časté. Vředová choroba gastroduodena může probíhat asymptomaticky a projevit se až možnými komplikacemi nemoci zvláště u starších pacientů. Klinický obraz u žaludečního vředu se liší od vředu duodenálního. Avšak u obou typů vředů je hlavním příznakem bolest, která dle lokality vředu mění svou intenzitu a značně zneprůjemňuje nemocnému běžný život. Bolest se většinou objevuje v 3 až 5 týdenních intervalech. Typické mohou být také několikaměsíční bezpříznakové období střídající se

s obdobím exacerbace choroby. (Kohout, 2005, s. 22-23; Krejčí, 2007, s. 209; Lukáš a Švestka, 2002, s. 135)

Žaludeční vřed

Žaludeční vřed nemá tak barvitý klinický obraz jako vřed duodenální. Pro žaludeční vřed je typická bolest v epigastriu, pod mečovitým výběžkem kosti hrudní. Bolest se objevuje po jídle, u angulárního a mediogastrického vředu se bolest objevuje do 1. hodiny po jídle, u subkardiálního vředu ihned po jídle. Platí, že čím orálněji je vřed umístěn, tím dříve po najezení přicházejí příznaky. Bolesti mohou být různého rázu, někdy mají intenzivní ráz, díky kterému se nemocní bojí jíst, ovšem tyto bolesti se nemusí vyskytovat vždy.

Dalším příznakem je nevolnost, nechutenství, snížená chuť k jídlu, hubnutí, říhání, zvracení a zácpa. Zvracení v případě žaludečního vředu přináší úlevu. Mezi nespecifické příznaky vředu se řadí únava a spavost. (Jirásek, Brodanová a Mareček, 2002, s. 40; Kohout, 2005, s. 22; Krejčí, 2007, s. 209; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 220)

Duodenální vřed

Bolest se vyskytuje také u nemocných s duodenálními vředy. Je lokalizována ve středním epigastriu nebo pravém hypogastriu. Nevylučuje se ani vystřelující bolest do oblasti zad. Charakter bolesti se u každého nemocného může lišit. Bolest mohou nemocní pociťovat jako formu diskomfortu nebo bolestivého hladu. Bolest má různé intenzity, bývá stálá a ustupuje nebo se mírní po požití stravy či antacid. Vyskytuje se nalačno, mezi jídly (1 až 4 hodiny po jídle). Nemocné trápí také během noci a bývá důvodem nespavosti. Ovšem mizí po podání stravy či antacid. Dalším významným projevem duodenálního vředu je zvracení, které nepřináší nemocnému úlevu. Méně často se vyskytuje nevolnost, nechutenství, pyróza (pálení žáhy), kyselá regurgitace, říhání a zácpa. Nemocní také zahání hlad a tím i bolest zvýšeným příjmem stravy, díky tomu dochází k zvyšování jejich hmotnosti. Někdy se naopak vyskytuje hubnutí. Mezi nespecifické příznaky vředu řadíme únavu a spavost. (Jirásek, Brodanová a Mareček, 2002, s. 40; Kohout, 2005, s. 22-23; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 220)

1.6 Diagnostika

Diagnostika vředové choroby vychází především z anamnézy a fyzikálního vyšetření. V moderní medicíně zastupuje RTG vyšetření gastrokopie a stanovení gastrinu v séru.

Důležitá je diferenciální diagnostika, jejímž cílem je především rozlišit maligní bujení v gastroduodenální oblasti od vředové choroby. Karcinomu se mohou podobat některé ulcerace lokalizované v žaludku. V duodenu se karcinom vyskytuje pouze vzácně. Je také nutné rozlišit, zda se nejedná o funkční gastropatii, pankreatitidu či koronární onemocnění. (Krejčí, 2007, s. 209)

Anamnéza

Součástí každé diagnostiky je odběr anamnézy, která je pro určení správné diagnózy velmi cenná. Osobní anamnéza odhalí příznaky onemocnění např. lokalizaci, charakter, intenzitu a vystřelování bolesti do jiných tělních orgánů. Zjišťuje možné rizikové faktory přispívající k vzniku peptických vředů např. životní styl klienta, stravovací návyky a jiné. Odhaluje také možné problémy s vyprazdňováním stolice. Farmakologická anamnéza poskytne informace týkající se léků, které klient užívá, odhalí léky působící agresivně vůči žaludeční sliznici. Rodinná anamnéza odhalí možnou genetickou predispozici peptických vředů. (Lukáš a Švestka, 2002, s. 132-137)

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření zahrnuje palpaci, která odhaluje citlivost břicha v oblasti epigastria nebo v okolí pupku. Aspekce může odhalit bledost kůže a sliznic, která nastává při krvácení z vředu. (Lukáš a Švestka, 2002, s. 137)

Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření zahrnuje odběr stolice na okultní krvácení a na průkaz antigenu *Helicobacter pylori*. Průkaz antigenu ve stolici „je užitečný v diagnostice infekce *H. pylori* a pro sledování účinnosti eradikační léčby.“ (Kumar a Clark, 2009, s. 260). Dále odběr krevní skupiny a serologické vyšetření IgG, který ukazuje, zda se člověk s *Helicobacter pylori* již setkal. Pomocí speciálních vyšetření lze vyšetřit hladinu gastrinu v séru a dechový test hodnotí ureázovou aktivitu.

Dechový test je cenný k diagnostice *H. pylori*. Je výhodný pro svou neinvazivitu, specifitu, vysokou senzitivitu a snadnou dostupnost. Snadno se dá provést i u malých dětí a těhotných žen. Test je jednoduchý, neinvazivní a možno jej kdykoli zopakovat. Příprava na vyšetření spočívá v lačnění pacienta. Také je nutné vysadit blokátory H₂ a to alespoň 24 hodin před testem, dále léky obsahující bismut, inhibitory protonové pumpy a antibiotika

alespoň tři dny před testem. (Jirásek, Brodanová a Mareček, 2002, s. 41-42; Krejčí, 2007, s. 209)

Endoskopické a RTG metody

Nejefektivnější metoda pro diagnostiku vředové choroby gastroduodena je endoskopické vyšetření žaludku neboli gastroskopie. Pouhým pohledem pomocí gastroskopu nelze zcela přesně určit, zda se jedná o vřed žaludeční nebo o maligní vřed, proto je nutný opakovaný odběr biologického materiálu, takzvaná biopsie. Speciálními bioptickými kleštěmi se odebere nejméně 6 vzorků. Biopsií lze snadno prokázat přítomnost *Helicobacteru pylori* v žaludku.

RTG žaludku s dvojí kontrastní látkou je dnes již ojedinělá metoda pro diagnostiku peptických vředů. Provádí se pouze u nemocných, u kterých je endoskopické vyšetření kontraindikováno. Dokáže odlišit peptický vřed od jiných peptických lézí. Tato metoda je navíc nespolehlivá, protože lze lézi při vyšetření přehlédnout.

Někdy je příznačná ultrasonografie pro vyloučení jiného onemocnění např. cholelitiázy, nebo pro určení rozsahu poškození stěny trávicí trubice (upozorní na možné riziko vzniku komplikací podle hloubky defektu).

Diferenciální diagnostika zahrnuje další vyšetření jako je EKG a RTG hrudní páteře pro vyloučení gastroduodenální vředové choroby a případnou diagnostiku jiného onemocnění, které se může, ale i nemusí vztahovat na gastrointestinální trakt. (Jirásek, Brodanová a Mareček, 2002; Kohout, 2005, s. 24-28; Krejčí, 2007, s. 209; Lukáš a Švestka, 2002, s. 139-147)

1.7 Terapie

Pro léčbu obou typů vředů platí komplexní léčebný režim, který zahrnuje nejen medikamentózní či chirurgickou terapii, ale obrovský důraz klade také na režimová opatření a dietoterapii. Léčba vředové choroby gastroduodena by se měla zahájit ihned po stanovení diagnózy. Terapie vředu žaludečního se nijak neliší od léčby duodenálního vředu. Indikace vhodné léčby vede k prevenci komplikací. (Kohout, 2005, s. 40-41, 54-55)

1.7.1 Konzervativní terapie

Konzervativní léčba zahrnuje farmakoterapii, režimová a dietní opatření. Gastrický vřed je nutno kvůli malignímu zvratu pravidelně endoskopicky kontrolovat, častost kontrol záleží na indikaci lékaře. Zpravidla je pacient kontrolován jednou za 2-12 týdnů až do úplného zhojení vředu, poté po 6 týdnech, dále po 6 měsících. (Kohout, 2005, s. 42; Lata, Bureš a Vaňásek, 2010, s. 45)

Farmakoterapie

Medikamentózní léčba je zaměřená na útlum agresivních faktorů a podporu protektivních faktorů. Léčba obecně zahrnuje antacida, která neutralizují kyselinu chlorovodíkovou v žaludku, dále anticholinergika, H₂ blokátory a blokátory protonové pumpy.

V případě negativního nálezu *H. pylori* léčba spočívá v odstranění příčiny onemocnění. Nasazují se inhibitory protonové pumpy, které se standardně podávají 1x denně, nejznámější lék Omeprazol se však zpravidla podává v intervalu 12 hodin. V případě, že primární příčinou vzniku onemocnění jsou léky, je na zvážení lékaře, zda medikamenty vysadí nebo nahradí jinými.

V případě pozitivního průkazu *H. pylori*, se léčba zaměřuje na jeho eradikaci. Nejčastěji se podává trojkombinace inhibitorů protonové pumpy a dvou antibiotik, přispívajících k hojení vředu, ale také k minimalizaci recidiv. Mezi inhibitory se nejvíce používá již zmíněný Omeprazol, mezi antibiotiky Amoxicilin či Metronidazol. Čtyřkombinace jsou složeny z blokátorů protonové pumpy, dvou antibiotik a bizmutové soli (De-Nol). Tyto kombinace léků se zpravidla užívá 2x denně po dobu 7 dní. Poté se léčba ukončuje nebo se pokračuje v podávání inhibitorů protonové pumpy zpravidla po dobu 21 dní. V tomto případě je eradikace *H. pylori* velmi úspěšná. Někdy se nasazují antisekreční léky - antagonisté H₂ receptorů na 3 týdny.

V neposlední řadě je na místě zmínit cytoprotektivní látky což je skupina léků, jejichž účinek podporuje protektivní proces žaludeční sliznice. Mezi preparáty se řadí Venter nebo Ulcogant. Cytoprotektivní preparáty jsou spíše preventivního rázu. Pro podporu protektivních faktorů se používají bizmutové soli tvořící vrstvu na povrchu léze a stimulující tvorbu žaludečního hlenu. Dále syntetické prostaglandiny, které zlepšují prokrvení sliznice a ovlivňují skladbu a tvorbu mucinu. (Jirásek, Brodanová a Mareček, 2002, s. 44-45; Kohout, 2005, s. 40-43; Krejčí, 2007, s. 210; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 221-222)

Režimová opatření

Důležitou a nedílnou součástí léčby vředové choroby jsou režimová opatření, která přispívají ke zkvalitnění života nemocného. Nemocný musí přesně vědět, čeho se má vyvarovat.

Režimová opatření kladou obrovský důraz na tělesný klid a odpočinek nejen v akutní fázi onemocnění. Choroba nemocného vysiluje psychicky i fyzicky, proto se doporučuje dostatek spánku, odpočinku nebo relaxační cvičení. Pro onemocnění je naprosto nevhodné stresové prostředí, velké vypětí, řešení velkého množství problémů, shon a spěch. Tomu by se měl pacient s vředovou chorobou vyhnout.

Pracovní neschopnost je individuální, záleží na typu zaměstnání, vztazích na pracovišti, směnném provozu atd. Obecně se o pracovní neschopnosti lékař rozhoduje podle objektivního nálezu, intenzity potíží, povahy a náročnosti zaměstnání. Také se bere v potaz názor nemocného na pracovní neschopnost. Pacient je však po celou dobu onemocnění dispenzarizován v gastroenterologické ambulanci. Hospitalizace není nutná jen při vzniku komplikací. Je doporučována lázeňská léčba.

Vysazení nebo případné nahrazení ulcerogenních léků za jiný lék lze jedině po konzultaci s lékařem.

Zákaz kouření je dalším krokem k zlepšení onemocnění. Pokud nemocný není schopen přestat kouřit, doporučuje se minimálně omezení kouření. (Jirásek, Brodanová a Mareček, 2002, s. 43; Krejčí, 2007, s. 210; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 223-224)

Dietní opatření

Dietní opatření jsou součástí konzervativní terapie a zahrnují kompletní vyloučení některých potravin a nápojů.

Nemocní musí ze svého jídelníčku vyloučit ostré koření (pepř, chilli, pálivá paprika, cibule atd.), sójovou omáčku, pikantní sýry, uzeniny, konzervy, tučné maso (husa, kachna), zvěřinu, nakládaná masa, nakládanou zeleninu, uzené ryby, sardinky, luštěniny a ořechy. Všechna kořeněná jídla by tedy měla být z jídelníčku odstraněna, protože překrvují sliznici gastroduodena. Z oblasti ovoce a zeleniny je nevhodné zelí, kapusta, květák, zelená paprika, česnek, ředkvičky, rybíz, ostružiny, maliny, fiky, datle. Nedoporučuje se upravovat pokrmy smažením. Nevhodná jsou kynutá, lístková a linecká těsta, která způsobují nadýmání.

Z nápojů se vylučuje pití alkoholu. Alkohol poškozují žaludeční sliznici a vyvolává zvýšenou produkci žaludečních kyselin. Nemocní mají zakázáno pít černou kávu, která vede ke zvýšené sekreci žaludečních šťáv. Oblíbenou černou kávu mohou nahradit rozpustnou kávou nejlépe s mlékem, ovšem nedoporučuje se pít této kávy nalačno. Silný černý čaj, který pacient musí vyřadit ze svého jídelníčku, může být nahrazen jiným druhem, méně agresivního čaje (např. ovocným čajem). Pacienti by se také měli vyvarovat nápojů s kofeinem (např. Coca-Cola, Kofola atd.), neboť tyto nápoje stimulují tvorbu žaludeční kyseliny. Dále se nemocní musí vyhnout nápojům s CO₂ a džusům, které dráždí žaludeční sliznici.

Doporučené potraviny zahrnují sýry (kromě pikantních a kořeněných), bramborová jídla, těstoviny, maso spíše libové z mladých zvířat, např. telecí, libové vepřové, jehněčí, kuřecí, králíčí a krůtu. Dále jsou vhodné ryby sladkovodní i mořské, z uzeniny v malém množství kuřecí či vepřová šunka. Zelenina a ovoce by mělo být zralé, spíše namixované či strouhané. Z ovoce nejvíce vyhovují jablka, třešně, višně, broskve, meruňky, banány. Z koření se upřednostňují čerstvé bylinky typu petržel, bobkový list, pažitka, kopr.

Po stabilizaci onemocnění může nemocný svůj jídelníček rozšířit o sardinky, linecké těsto, květák, ořechy, mák a datle. Navrhované recepty pro nemocné s peptickými vředy jsou obsaženy v příloze P II.

Nemocný musí upřednostnit vaření, dušení, pečení před smažením. Porce by si měl rozdělit do 6-7 menších dávek během dne a jíst v pravidelných intervalech, protože pravidelná strava slouží jako přirozené antacidum. Strava nesmí být ani příliš horká ani studená, ideální je vlažná. Nemocný musí stravu dobře rozžvýkat, při omezené schopnosti rozkousání stravy se podává potrava kašovitá či rozmixovaná. (Jirásek, Brodanová a Mareček, 2002, s. 43; Kment a Starnovská, 2002, s. 10-11; Kohout, 2005, s. 55; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 223-224)

1.7.2 Chirurgická terapie

Chirurgická terapie se využívá spíše u vředů rezistentních na medikamentózní léčbu a při komplikacích vředové choroby gastroduodena. V případě vředu žaludečního se chirurgická léčba provádí, pokud vřed nereaguje 8 týdnů na konzervativní terapii.

V případě žaludečních vředů se rozdělují chirurgické zákroky na antrektomii, subtotální gastrektomii a totální gastrektomii, která se využívá pouze při maligním procesu v žalud-

ku. Rozlišují se dva chirurgické postupy podle chirurga Billrotha, resekce I. typu (Billroth I.) nebo resekce II. typu (Billroth II.). „*Billroth I. spočívá v odstranění vývodné části žaludku a pyloru a v anastomóze pahýlu žaludku a bulbu duodena. Vzniká tak neopylorus, trávicí trubice probíhá nepřerušena. Naproti tomu resekce II. typu záleží v resekcí vývodné části žaludku a jejím slepém uzavření, slepě je uzavřen také pahýl duodena. Následně se vyvede klička jejunu a vytvoří se gastrojejunoanastomóza buď na přední, nebo na zadní stěně žaludku, před nebo za přímým tračníkem - existuje větší počet variant.*“ (Kohout, 2005, s. 56)

U duodenálního vředu je chirurgická léčba indikována po neúspěšné konzervativní léčbě, u velkých vředů v nepříznivém místě, u vředů s negativitou H. pylori, při opakované recidivě 3-4x během 2 let nebo recidivě vředů po krvácení či při nedodržování dalších opatření spojených s léčbou (např. užívání analgetik, nesteroidních antirevmatik, nedodržení diety a dalších režimových opatření).

V případě duodenálních vředů spočívá chirurgická léčba v přetnutí bloudivého nervu tzv. vagotomii a jeho větví. Tuto metodu lze kombinovat s dalšími chirurgickými zákroky jako je antrektomie. (Kohout, 2005, s. 55-56)

1.8 Komplikace

Vředová choroba gastroduodena má mnoho potencionálních komplikací. Každý nemocný musí znát možné komplikace, příznaky choroby a také první pomoc při vzniku komplikací. Každá komplikace je indikací k endoskopické či chirurgické léčbě. Mezi typické komplikace gastroduodenálních vředů řadíme krvácení z vředu, penetraci, perforaci vředu, pylorospasmus a pylorostenózu. Mezi komplikace peptických vředů můžeme zařadit maligní zvrát provázející spíše žaludeční vředy. Tato komplikace je zatím velmi nejasná. (Kohout, 2005, s. 29; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 220)

Krvácení z vředu

Krvácení z peptického vředu vzniká postupným pokračováním nekrotického procesu a nahlodáním cévy. Asi 50 % krvácení z horního zažívacího traktu je způsobeno krvácením z peptického vředu. Velmi často je krvácení z vředu spojováno s medikací (nesteroidní antirevmatika, salicyláty). Krvácení z vředu se projevuje hematemézou, tedy zvracením čerstvé nebo natrávené krve (barva kávové sedliny), melénou, anémií až hemoragickým

šokem. Diagnostika se provádí pomocí endoskopie (gastroskopie), která by měla proběhnout do 1-2 h po příjmu nemocného. Endoskopie je zároveň terapeutický zásah. Krvácení lze zastavit opichem Adrenalinem 0,1%, naložením hemoklipu nebo provedením koagulace unipolární či bipolární elektrodou. Následně se podávají intravenózně inhibitory protonové pumpy, dávkování je určeno dle závažnosti krvácení. Kontrolní gastroskopie se provádí po 24-42 hodinách. Pokud tato léčba nedostačuje, je nutná chirurgická terapie. (Kohout, 2005, s. 30-31; Souček, Špinar a Vorlíček, 2011, s. 326)

Penetrace vředu

Penetrace neboli pronikání neboli proděravění peptického vředu do okolního orgánu. Vředy nejčastěji penetrují do slinivky břišní nebo jater. Nejtypičtějším příznakem penetrace je úporná, intenzivní bolest vyzařující do zad. Diagnostika zahrnuje hlavně endoskopické vyšetření. Léčba penetrujícího vředu je vždy chirurgická, spočívá v resekcí části orgánu, do kterého vřed penetruje. (Kohout, 2005, s. 29; Jirásek, Brodanová a Mareček, 2002, s. 42)

Perforace vředu

Při rychlém růstu vředu stěnou žaludku nastává perforace, tedy proděravění žaludku nebo duodena. Vřed obvykle perforuje do dutiny břišní (peritonea) či retroperitonea, kde následně vzniká akutní peritonitida. Projevem je ostrá a krutá bolest. Peritonitida je indikací k urgentnímu chirurgickému zákroku, diagnostikuje se nativním RTG břicha. Vřed na zadní straně žaludku může perforovat do omentální burzy. Příznaky i léčba perforace jsou hůře rozpoznatelné. Diferenciální diagnostika vylučuje přítomnost jiné náhlé příhody břišní stanovením zánětlivých markerů a hladiny amyláz v krvi a moči. Indikovaná léčba je vždy chirurgická, spočívá v přešití vředu, omentoplastice a drenáží peritoneální dutiny (nebo retroperitonea). (Kohout, 2005, s. 29-30; Souček, Špinar a Vorlíček, 2011, s. 326)

Stenóza pyloru (pylorostenóza) nebo pylorospasmus

Pylorický vřed může vyvolat spasmus, ovšem po zavedení léčby by měly obtíže vymizet. Pylorostenóza je způsobena vředy v oblasti pyloru, dochází k edému a tím zúžení pylorické části. Recidivující vředy v této oblasti mohou způsobit stenózu. Stenóza pyloru je provázena obloukovitým zvracením po najedení. Léčba zahrnuje aplikace vysokých dávek inhibitorů protonové pumpy intravenózně, zavedení nazogastrické sondy a enterální výživy. Při neúspěchu konzervativní léčby se volí chirurgická terapie. (Kohout, 2005, s. 31; Souček, Špinar a Vorlíček, 2011, s. 327)

1.9 Prognóza

Vředová choroba gastroduodena je v dnešní době velmi časté onemocnění, které lze dobře diagnostikovat a léčit. Při včasné diagnostice má onemocnění vynikající prognózu. Nemocný je ovšem po celou dobu léčby omezen v některých aktivitách jeho dosavadního života, je nucen dodržovat dietu, pravidelně užívat léky a navštěvovat gastroenterologickou ambulanci. Pracovní neschopnost je v akutní fázi doporučena. Pokud však pacient vykonává fyzicky či psychicky náročnou práci, doporučuje se změna, totéž platí s pracovní dobou. Nemocný by se měl vyhnout vícesměnnému provozu. Vznik komplikací je při dodržování všech zásad léčby také minimální. Mortalita na vředovou chorobu je minimální. (Dřevíková, 2007, s. 32; Kohout, 2005, s. 32; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 223-224)

1.10 Specifika ošetrovatelské péče

Nemocný je zpravidla pro diagnostiku onemocnění přijat na interní oddělení. Po určení diagnózy peptických vředů, stabilizaci stavu a zavedení terapie pobývá v době léčby v domácí péči, je pouze dispenzarizován v gastroenterologické ambulanci. Při zhoršení stavu nebo vzniku komplikací (penetrace, krvácení) je nemocný hospitalizován na interním nebo chirurgickém oddělení.

Sestra uloží pacienta na klidnější pokoj a zajistí nerušené prostředí pro odpočinek a spánek. Odstraní rušivé elementy a poskytne nemocnému prostor pro vykonání rituálu před spánkem. Pacient má volný pohybový režim bez omezení.

Sestra sleduje:

- Fyziologické funkce (dech, tep, krevní tlak a tělní teplotu) i subjektivní a objektivní patologie, které mohou odhalit možné projevy onemocnění.
- Intenzitu, lokalizaci, závislost na jídle a další faktory ovlivňující bolest. Pravidelně aplikuje analgetika dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinek i možné nežádoucí účinky. Informuje o možných relaxačních metodách pro úlevu od bolesti.
- Pravidelnost, charakter stolice a možné patologie v souvislosti s vyprazdňováním. Meléna může značit perforaci žaludečního vředu a enteroragie ukazuje na perforaci duodenálního vředu. Příznaky těchto komplikací se nesmějí opomenout. Sestra za-

jistí včasné upozornění lékaře, pacienta uloží na lůžko, poskytne podložní mísu a sleduje fyziologické funkce.

- Množství, vzhled, frekvenci a zápach zvratků. Všimá si za jakých podmínek, bylo zvracení vyvoláno, zda má souvislost s příjmem potravy. Při zvracení krve volá lékaře, uloží pacienta do Fowlerovy polohy, na nadbřišek mu položí studený obklad, zajistí permanentní žilní vstup a poskytne emitní misku s buničitou vatou. Po celou dobu sleduje stav vědomí, saturaci krve kyslíkem, krevní tlak, puls, dech. Důležitá je také psychická podpora pacienta. Sestra dále plní ordinace lékaře, často se zavádí nasogastrická sonda.
- Stav výživy a hmotnost pacienta.

U nově diagnostikovaných pacientů s vředovou chorobou gastroduodena sestra edukuje o dietním režimu, který musí klient striktně dodržovat. Upozorní na nevhodné potraviny a technologické postupy. Při zavedení NSG sondy pečuje o okolí nosu, pravidelně sleduje odpad ve sběrném sáčku.

Dále odebírá biologický materiál dle ordinace lékaře. Poučí pacienta o přípravě před a opatřeních po vyšetření, zodpoví případné dotazy, dle svých kompetencí. Také pečuje o pacienta po vyšetření, sleduje možné komplikace a další náležitosti, které se odvíjejí od typu vyšetření.

Pokud nemocný není schopen provádět hygienickou péči, sestra provede pomoc nebo hygienu provede za pacienta.

Důležitou roli hraje psychická podpora pacienta i jeho rodiny. Sestra nesmí opomenout vhodnou komunikaci s nemocným a jeho rodinou. V průběhu hospitalizace pacientovi zajistí dostatek informací, navrhne možné aktivity a relaxační metody. Před propuštěním pacienta domů informuje o dietním opatření, denním režimu, kontrolách u lékaře, možných komplikacích a správném podání léků dle svých kompetencí. Nemocný musí být důkladně poučen i od lékaře.

Sestra zaznamenává všechny informace pečlivě do dokumentace. (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 222-224; Vörösová, c2005, s. 79)

2 KVALITA ŽIVOTA

Slovo kvalita je odvozeno od latinského „qualitas“ nebo „qualis“ což v překladu znamená „jaký“. Dále je latinské „qualis“ odvozeno od hlubší struktury „qui“- kdo. Kořen kdo odkazuje až ke slovu „kéž“, což znamená cílený či žádoucí stav. Kvalita života je více méně subjektivní prožitek každého člověka. (Kominácká, 2011, s. 13; Křivohlavý, 2002, s. 162)

2.1 Definice kvality života

Definice kvality života se odvíjí od Maslowovy teorie potřeb. Z té vyplývá i to, že definice kvality života by se měla zaměřovat jak na fyzickou, psychickou, tak i na sociální stránku jedince. Nejznámější definice zpracovalo WHO (World Health Organization), která definuje kvalitu života jako „*to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“. (Čeledřová a Čevela, 2010, s. 88; Slováček a kolektiv, 2004, s. 6)

2.2 Zdraví a jeho teorie

V souvislosti s kvalitou života se bezesporu spojuje zdraví, to WHO popisuje jako „*celkový stav tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti*“. (Vojtová, 2012)

Ve vztahu ke kvalitě života ovšem nestačí jen definice zdraví, velkou roli hraje hlavně well-being. Pojem well-being označuje prožitek osobní pohody a řadí se mezi hlavní složky zdraví, je tedy typický spíše pro psychologii, ovšem zasahuje i do řady dalších oborů jako jsou společenskovední a přírodovědní obory. (Kebza, 2005, s. 62)

Zdraví lze pojmout ze všech možných směrů:

- zdraví jako zdroj tělesné a duševní síly;
- zdraví jako metafyzická síla;
- individuální pojetí zdraví;
- zdraví jako schopnost adaptace;
- zdraví jako schopnost dobrého fungování;

- zdraví jako zboží;
- zdraví jako ideál.

Zdraví jako zdroj tělesné a duševní síly

Zdraví je v tomto případě považováno za druh síly, která člověku pomáhá k zdolání různých životních těžkostí. Tato síla se ovšem může vytrácet, ale i znova nabývat.

Zdraví jako metafyzická síla

Teorie považuje zdraví za druh vnitřní síly člověka. Tato síla se může nazývat různě, např. vitalita, schopnost adaptace atd. Zdraví je prostředkem pro dosažení vyšších cílů.

Individuální pojetí zdraví

Za zdroje zdraví je v této teorii považována smysluplnost, vidění zvládnutelnosti úkolů a schopnost chápaní dění, v němž se člověk nachází.

Zdraví jako schopnost adaptace

Adaptace znamená schopnost přizpůsobit se prostředí nebo nepříznivým životním podmínkám. Tato přizpůsobivost či přizpůsobitelnost byla postavena mezi základní pilíře do některých pojetí zdraví. Například jedna z teorií považuje přizpůsobivost za jádro dobré tělesné kondice tzn. být zdravý a schopen s nemocí bojovat.

Zdraví jako schopnost dobrého fungování

Velmi rozšířenou definicí zdraví je v dnešní moderní době schopnost dobrého fungování neboli heslo „buď fit“. Slovem „fit“ se myslí být v dobré kondici nebo být schopen tělesně či duševně něco dělat. Hlavní klad v definici je ohled na socializaci, schopnosti plnit sociální role. Zápolem je, že tato definice bere zdravotní stav jako něco dlouhodobého.

Zdraví jako zboží

Hlavní podstata této teorie spočívá v pojetí zdraví jako něčeho, co se dá koupit nebo ztratit. Pro upřesnění zdraví se dá koupit ve formě léků, lékařského zákroku. Tyto věci zlepšují pak náš zdravotní stav. Mezi hlavní klady tohoto pojetí patří, že vede lékaře k tomu, aby se snažili najít, co by pacientům mohlo pomoci v případě, když se jejich zdravotní stav zhoršuje. Velký zápor této teorie je pasivní postavení pacienta ke svému zdraví, který jen čeká na zásah někoho jiného (např. lékaře). Tato teorie také podporuje víru v „zázračný“ lék, také pacient může pochopit, že zdraví je něco, co se ho týká jen v určitých případech.

Zdraví jako ideál

Vychází z již zmíněné definice WHO. Hlavní klady této definice jsou jednoduchost, srozumitelnost a má motivační charakter. Dále poukazuje, že zdraví je žádoucí hodnota a není jen nepřítomnost choroby. Ukazuje, že zdraví není jen fyzického charakteru, ale i psychického a sociálního. Zápor je ve vysokém postavení ideálu zdraví. (Křivohlavý, 2009, s. 33-39)

2.3 Rozsah a pojetí kvality života

Kvalita života zahrnuje pocit fyzického a psychického zdraví a nepřítomnost onemocnění, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty. Dále kvalitu života ovlivňuje věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, uznávané hodnoty, vzdělání apod.

Kvalita života je vnímána z objektivního a subjektivního pohledu. Objektivní kvalitou života sledujeme zabezpečení ve smyslu materiální hodnoty, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Je to tedy souhrn podmínek ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních, které ovlivňují život člověka. Subjektivní kvalita života označuje vnímání jedince postavení ve společnosti v souvislosti s jeho kulturou a hodnotovým systémem. Spokojenost s kvalitou života je tedy závislá na osobních cílech, očekávaních a zájmech jedince.

WHO uvádí čtyři základní oblasti kvality života: tělesné zdraví a úroveň nezávislosti, psychické funkce, sociální vztahy a prostředí.

- Tělesné zdraví a úroveň nezávislosti zahrnuje energii a únavu, bolest, pocit diskomfortu, spánek a odpočinek, mobilitu, aktivity v běžném životě, závislost na lécích a pracovní kapacitu.
- Do psychických funkcí řadí negativní a pozitivní emoce, myšlení, sebehodnocení, paměť a učení, pozornost, spiritualitu a náboženství, osobní vzhled.
- Sociální vztahy zahrnují osobní vztahy, sociální podporu a sexuální aktivity.
- Do prostředí zařazuje zdroje financí, svobodu, fyzickou bezpečnost, zdravotní a sociální zabezpečení, prostředí domova, možnost získání informací a kompetencí, volnočasové aktivity, hluk, dopravu, klima a emise. (Kominácká, 2011, s. 13-15)

Křivohlavý (2002, s. 163-164) uvádí, že pojetí kvality života lze zmapovat do třech odlišných sfér, do těchto sfér řadíme makro-rovinu, mezo-rovinu a personální rovinu.

Makro-rovina se zabývá otázkami kvality života ve velkých společenských celcích, např. kontinentu, země atd. Mezi nehlubší zamyšlení nad problematikou patří absolutnímu smyslu života. V makro-rovině je život pobírán jako absolutní morální hodnota. V této rovině se stává kvalita života součástí politických úvah (např. problematika hladomoru, epidemií, chudoby atd.)

Mezo-rovina zmiňuje otázky kvality života malých sociálních skupin např. v nemocnici, pečovatelských domech, ve škole atd. V mezo-rovině je poukazován nejen respekt k morální hodnotě života člověka, ale také se zabývá otázkami sociálního klimatu, vzájemných mezilidských vztahů, uspokojování či neuspokojování základních lidských potřeb člena dané společenské skupiny, existence sociální opory (tzv. social support systém), sdílených hodnot atd.

Personální nebo také osobní rovinu je život jednotlivce. Může jím být kdokoli, jak už lékař, tak i pacient či kdokoli jiný. Je pro každého specifická. Stanovení kvality života zahrnuje osobní hodnocení sama sebe, jde o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, únavy atd. V této rovině se zapojují osobní hodnoty jednotlivce tj. jeho představy, naděje, očekávání, přesvědčení atd.

Fyzická existence je čtvrtá rovinu, v níž se dá hovořit o kvalitě života. Tato rovinu zahrnuje pozorovatelné chování druhých lidí. Musí jít však objektivně hodnotit a porovnávat. Kritéria této roviny je možno operacionalizovat tj. objektivně definovat pro účel jejich měření. I když jsou tyto údaje objektivně měřitelné, nezahrnují vše, co je potřeba pro komplexní pojetí kvality života. Pro definování kvality života se tato rovinu nedoporučuje.

Předem je nutné si vždy ujasnit, o kterou rovinu nám jde. (Kominácká, 2011, s. 13-15; Křivohlavý, 2002, s. 163-164)

2.4 Hodnocení kvality života

Kvalita života se obvykle posuzuje dle údajů, které získáme od pacienta. Přitom se určují ještě další parametry ve vztahu ke kvalitě života. Může se jednat například o hodnotící metodu HRQoL (Health- Related Quality of Life), která určuje kvalitu života ve vztahu ke zdraví či HYE (Healthy Years Equivalent) což určuje hypotetický počet let prožitých

v perfektním zdravotním stavu. Hodnocení kvality života lze rozdělit do dvou přístupů a to subjektivně a objektivně hodnotící přístup, nejdůležitější je subjektivní hodnocení nemocného. Velmi známý index, který vyjadřuje kvalitu života je index lidského rozvoje. Index zahrnuje lidské zdraví, úroveň vzdělanosti a životní úroveň. Přičemž lidské zdraví je definováno jako průměrná očekávaná délka života při narození. Úroveň vzdělanosti je určována jako podíl gramotného obyvatelstva a jako kombinovaný podíl populace z určité věkové populace, která navštěvuje školy prvního, druhého a třetího stupně. (Komináčková, 2011, s. 14; Slováček a kolektiv, 2004, s. 7)

2.4.1 Hodnotící metody

Metod, kterými se dá měřit kvalita života je nepřehledné množství, proto je uvedeno jen několik nejznámějších. Křivohlavý (2002, s. 165) rozděluje metody do tří skupin:

- Metody měření kvality života, kde kvalitu posuzuje druhá osoba.
- Metody měření kvality života, kde je hodnotitelem sama osoba.
- Metody smíšené, kombinace typu 1 a 2.

Metody měření kvality života, kde kvalitu posuzuje druhá osoba

Jedna z metod se nazývá Karnofskyho index. Tento index stanovuje vždy lékař, který vyjadřuje svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta. Posuzuje se zde celkový stav pacienta v rámci jeho kvality života.

K symbolickému vyjádření kvality života se používá soustava křížků. Hodnocení kritérií provádějí zdravotničtí pracovníci. Zápis je jednoduchý, čím více křížků pacient má, tím horší je jeho kvalita života. Obecně systém hodnotí soběstačnost pacienta, schopnost komunikace s personálem a celkový psychický stav.

Metody měření kvality života, kde je hodnotitelem sama osoba

V 90. letech 20. století byla využita metoda Repertory Grid (sít' životních cílů). Ta se ukázala jako nejvhodnější a nejcitlivější k rozlišení i těch nejmenších změn v duševním stavu pacienta, kterému byly podávány různé léky, údajně ovlivňující jeho stav úzkosti.

SEIQoL znamená Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (Systém individuálního hodnocení kvality života). Zjišťuje kvalitu života nikoli podle předem určených

kritérií, která stanovují, co je správné či co je žádoucí, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co dotyčný považuje za důležité.

SEIQoL se drží základních propozic, jako jsou:

- Pojetí kvality života je individuální a základními daty jsou výpovědi dané osoby.
- Pojetí kvality života dané osoby závisí na vlastním systému hodnot.
- Aspekty života, které jsou pro osobu podstatné, jsou danou osobou určovány, zvažovány a hodnoceny jako závažné a mohou se během života měnit.
- Aspekty, které jsou pro osobu závažné, se daná metoda snaží poznat v rozhovoru.
- Relativní důležitost aspektů se zjišťuje pomocí analýzy názoru a přesvědčením daného člověka. (Křivohlavý, 2009, s. 243-250)

Metody smíšené

MANSA neboli Manchester Short Assessment of Quality of Life (Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru). Metoda zahrnuje také LSS (Life Satisfaction Scale). MANSA zjišťuje spokojenost klienta se zdravotním stavem, sebepojetím, rodinnými a sociálními vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, vírou (náboženstvím), účastí na volnočasových aktivitách a zaměstnáním. Autoři tuto metodu vyvinuli pro zmapování celkového obrazu kvality života člověka, jak se mu jeví v danou chvíli.

Life Satisfaction Scale je vizuální stupnice, kterou lze připodobnit k typu VAS. Tato škála má 7 pozic. (Křivohlavý, 2002, s. 165-177; Křivohlavý, 2009, s. 243-248)

Další hodnotící metody

Nejčastěji používané dotazníky pro hodnocení kvality života jsou:

- Health Subject Questionnaire je využíván v oblasti medicíny, má dobrou výpočetní hodnotu. Tento dotazník hodnotí celkem 8 základních kvalit zdraví.
- European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 se zaměřuje na 6 kvalit zdraví.
- World Health Organization Quality of Life Questionnaire hodnotí také 6 oblastí, modifikovány jsou jiným způsobem než předešlé dotazníky. (Slováček, 2004, s. 7)

2.5 Kvalita života pacientů s vředovou chorobou gastroduodena

Kvalita života je subjektivní záležitostí každého člověka. Můžeme nalézt osoby s podobnými či stejnými osudy, avšak jejich hodnocení kvality života se mohou lišit. Tak tomu může být i u nemocných s vředovou chorobou gastroduodena, někomu může choroba značně změnit život a tím i jeho kvalitu, naopak jiný pacient může být se svým životem během nemoci spokojen. Do určité míry onemocnění zasáhne do života všech pacientů. Například samotná diagnostika vředové choroby může být pro pacienta značně nepříjemná a stresující. Dále změny stravovacích návyků, před které je nemocný postaven brzce po diagnostice onemocnění, mohou kvalitu jeho života změnit. Náhlé omezení potravin, nápojů či cigaret, na které jsou pacienti zvyklí, může být pro některé pacienty zásadní. Kvalitu života mohou v tomto případě hodnotit jako sníženou. Nemocní by se měli vyhýbat co největší míře stresu, tzn. pokud má nemocný zaměstnání, ve kterém je v neustálém stresu, vypětí a spěchu měl by zvážit možný odchod. Tento významný krok ovšem bezesporu naruší život nemocného. Také omezení ve sportovních aktivitách či dalších oblíbených činnostech mohou patřit k životu s vředovou chorobou gastroduodena. Pravidelné lékařské kontroly v gastroenterologické ambulanci mohou jak psychicky, tak i fyzicky zatížit nemocného. Do jisté míry ovlivňuje kvalitu pacientova života také informovanost v oblastech vztahujících se k vředové chorobě gastroduodena, například informovanost v oblasti projevu nemoci, dietních opatření, režimových opatření, užívání medikamentů a možných komplikací. Vředová choroba gastroduodena má svá negativa, s kterými je nemocný hned po diagnostice onemocnění konfrontován. Záleží tedy na každém člověku, jak se k nemoci postaví, jakým způsobem ji bude prožívat a jak se s ní vyrovná, zda mu život s peptickými vředy přinese do života pozitiva či negativa.

Rozpracování kvality života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou podle modelu dle WHO:

- V oblasti tělesného zdraví a úrovně nezávislosti může mít pacient s vředovou chorobou gastroduodena pozměněnou kvalitu života, díky různým faktorům. Například kvůli bolestem břicha a také všeobecnému pocitu diskomfortu při výskytu příznaků, únavě a zvýšené potřebě odpočinku, omezení aktivit každodenního života, dodržování stanovené diety, zákazu kouření, pravidelnému užívání léků a možné pracovní neschopnosti či ztrátě zaměstnání.

- V oblasti psychických funkcí bude kvalita života ovlivněna negativními emocemi, může se do určité míry změnit i myšlení nemocného a pohled na okolní svět.
- V oblasti sociálních vztahů bude kvalita života ovlivněna mírou podpory příbuzných a přátel, ale také ošetřujícího personálu a komunikace personálu s pacientem.
- V oblasti prostředí může život ovlivnit kvalita a kvantita poskytnutých informací ohledně choroby (např. o další léčbě, dietě, režimových opatřeních), omezení či zákaz některého z koníčků či sportu. (Kominácká, 2011, s. 13-15; Nejedlá a Šafránková, 2006, s. 223-224)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRŮZKUMU

3.1 Cíle práce

3.1.1 Hlavní cíl

- Zjistit kvalitu života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.

3.1.2 Dílčí cíle

- Zjistit informovanost pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.
- Zjistit dosavadní zkušenosti pacientů s nemocí.
- Posoudit možný výskyt faktorů přispívajících k zhoršování nemoci.
- Posoudit možné změny v kvalitě života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.

3.2 Charakteristika použité metody

Práce zjišťuje kvalitu života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. Pro získání potřebných dat byla použita kvantitativní metoda průzkumu a to formou dotazníkové šetření. *Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je vhodné, aby v úvodu dotazníku bylo krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje, které by obsahovalo i potvrzení faktu, že dotazník je případně anonymní.* (Kutnohorská, 2009, s. 41)

Dotazník vlastní konstrukce obsahoval 30 položek a byl zcela anonymní. Položky v dotazníku byly formulovány z určených cílů. Úvod dotazníku obsahuje oslovení respondenta, dále odůvodnění dotazníkového šetření a zmiňuje anonymitu. V dotazníku byly zahrnuty uzavřené, otevřené, polouzavřené, polytomické, filtrační, alternativní, doplňovací otázky a škála.

3.3 Organizace průzkumného šetření

Dotazníky byly pomocí sester rozdávány pacientům s vředovou chorobou gastroduodena v gastroenterologických ambulancích, na interních odděleních a v předem určené ambu-

lanci praktického lékaře. Šetření probíhalo v okrese Zlín, Vsetín a Kroměříž. Data byla shromažďována od ledna do března 2013, průzkum tedy trval 3 měsíce. Rozdáno bylo 130 dotazníků a získáno 85 dotazníků. Návratnost byla tedy 65 %. Z celkového počtu 85 dotazníků byly 2 vyřazeny z důvodu neplnohodnotně vyplněných údajů. Celkový počet dotazníků pro průzkum byl 83.

3.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkumné šetření se zaměřovalo na pacienty s vředovou chorobou gastroduodena, kteří byli hospitalizováni na lůžkovém oddělení interního typu nebo navštěvovali gastroenterologické ambulance a ambulanci praktického lékaře ve Zlínském kraji. Další podmínky pro průzkum nebyly určeny.

3.5 Zpracování dat

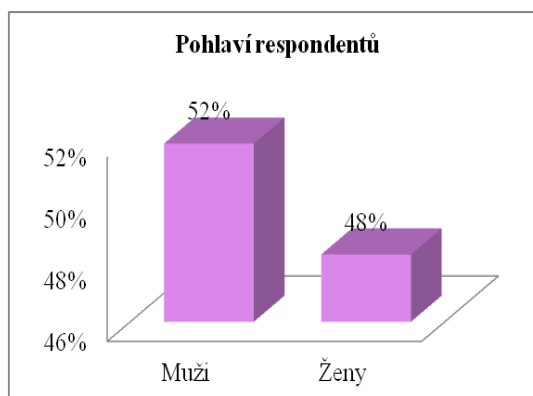
Získaná data byla zpracována do přehledných tabulek a prostorových sloupcových grafů v programu Microsoft Excel 2007. Výsledky byly uváděny pomocí absolutní, relativní četnosti a procentuálního vyjádření v tabulkách Microsoft Excel 2007. Následné slovní komentáře byly zpracovány v Microsoft Word 2007.

4 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1 Pohlaví

Tab. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Muži	43	0,52	52
Ženy	40	0,48	48
CELKEM	83	1	100



Graf 1 Pohlaví respondentů

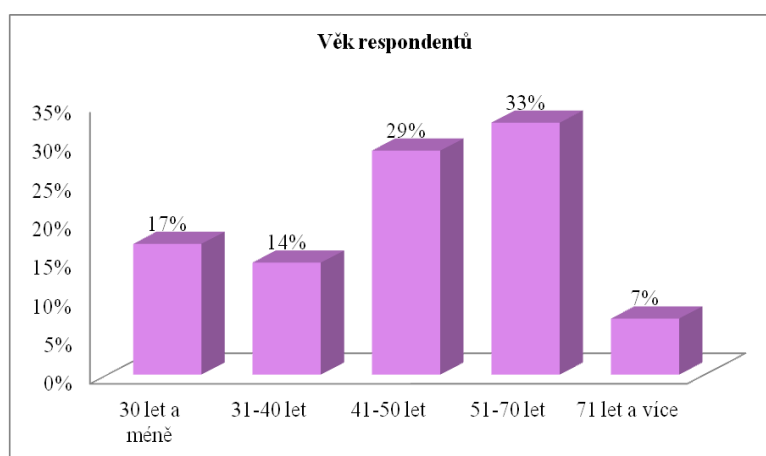
Komentář:

Z celkového počtu 83 respondentů se do průzkumného šetření zapojilo 43 mužů (52 %) a 40 žen (48 %).

Otázka č. 2 Věk

Tab. 2 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
30 let a méně	14	0,17	17
31-40 let	12	0,14	14
41-50 let	24	0,29	29
51-70 let	27	0,33	33
71 let a více	6	0,07	7
CELKEM	83	1	100



Graf 2 Věk respondentů

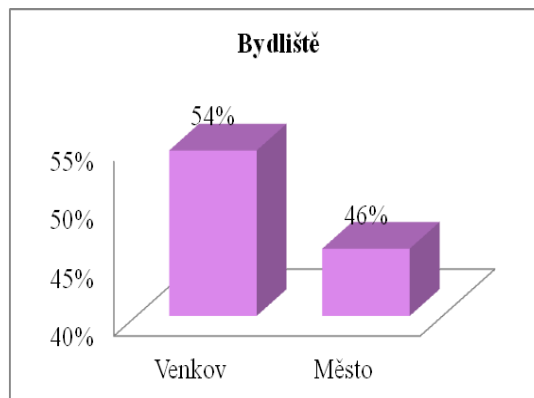
Komentář:

Respondenti se podle věku řadili do předem definovaných skupin. Z celkového počtu 83 dotazovaných (100 %) má 14 respondentů (17 %) 30 let a méně. Dále ve věkovém rozmezí 31-40 let se nachází 12 respondentů (14 %) a celkem 24 respondentů (29 %) zařadilo svůj věk do rozmezí 41-50 let. Nejpočetnější skupinou je věková skupina 51-70 let, ve které je celkem 27 respondentů (33 %), 71 let a více má 6 respondentů (7 %).

Otázka č. 3 Bydliště

Tab. 3 Bydliště respondentů

Bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Venkov	45	0,54	54
Město	38	0,46	46
CELKEM	83	1	100



Graf 3 Bydliště respondentů

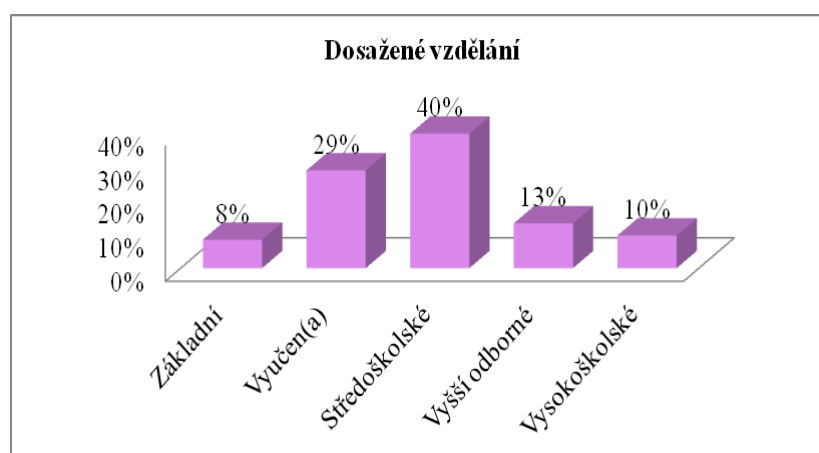
Komentář:

Otázka se týkala oblasti bydliště, kde měli respondenti na výběr ze dvou možností (venkov, město). Na venkově bydlí 45 respondentů (54 %) a ve městě 38 respondentů (46 %).

Otázka č. 4 Dosažené vzdělání

Tab. 4 Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Základní	7	0,08	8
Vyučen(a)	24	0,29	29
Středoškolské	33	0,40	40
Vyšší odborné	11	0,13	13
Vysokoškolské	8	0,10	10
CELKEM	83	1	100



Graf 4 Dosažené vzdělání

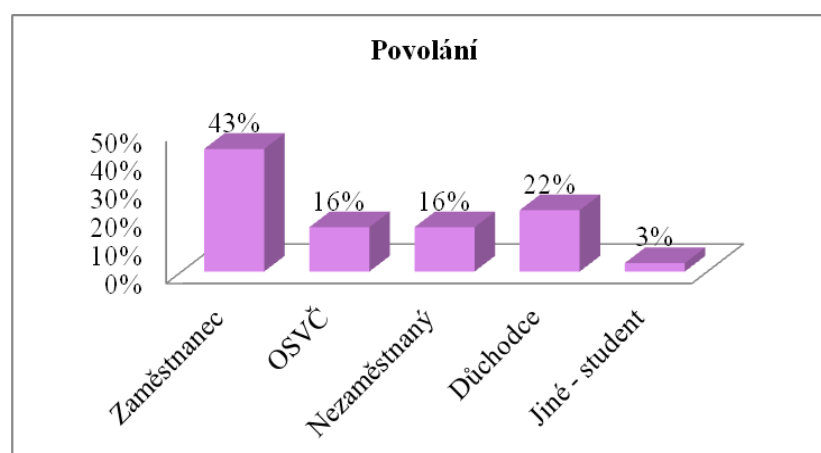
Komentář:

V otázce označovali respondenti své nejvyšší dosažené vzdělání. Základní vzdělání označilo 7 respondentů (8 %), vyučeno je 24 respondentů (29 %), nejpočetnější skupinu tvoří lidé se středoškolským vzděláním, a to 33 respondentů (40 %). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 11 respondentů (13 %) a 8 respondentů (10 %) má vysokoškolské vzdělání.

Otázka č. 5 Povolání

Tab. 5 Povolání respondentů

Povolání	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Zaměstnanec	36	0,43	43
OSVČ	13	0,16	16
Nezaměstnaný	13	0,16	16
Důchodce	18	0,22	22
Jiné - student	3	0,03	3
CELKEM	83	1	100



Graf 5 Povolání respondentů

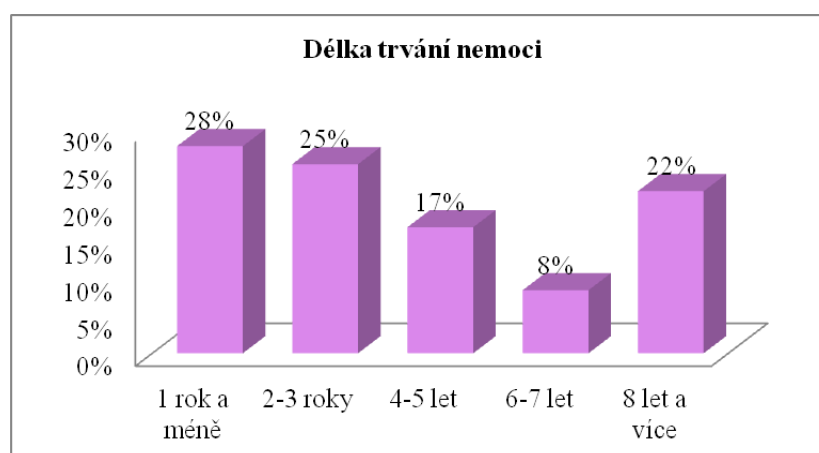
Komentář:

Otázka se dotazovala na aktuální povolání. Zaměstnaných je 36 dotazovaných (43 %). Osobu samostatně výdělečně činnou (OSVČ) označilo 13 respondentů (16 %), stejný počet respondentů (13 respondentů, 16 %) vybralo položku nezaměstnaný a 18 respondentů (22 %) je v důchodě. Položku jiné si vybrali 3 respondenti (3 %), kteří uvedli, že jsou studenti.

Otázka č. 6 Jak dlouho trpíte vředovou chorobou?

Tab. 6 Délka trvání nemoci

Délka trvání nemoci	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
1 rok a méně	23	0,28	28
2-3 roky	21	0,25	25
4-5 let	14	0,17	17
6-7 let	7	0,08	8
8 let a více	18	0,22	22
CELKEM	83	1	100



Graf 6 Délka trvání nemoci

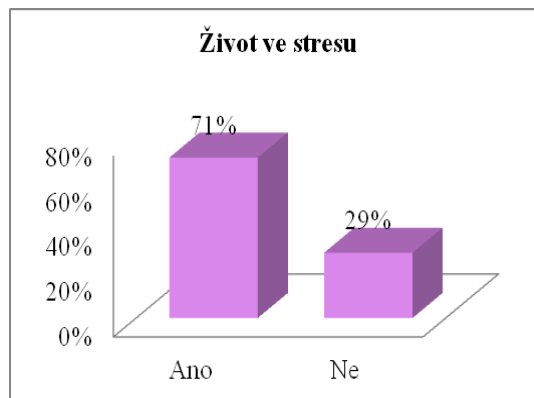
Komentář:

V otázce týkající se doby trvání gastroduodenální vředové choroby si respondenti mohli vybrat z pěti časových oddílů. Nejvíce dotazovaných trpí onemocněním 1 rok a méně (23 respondentů, 28%). Dále 21 respondentů (25 %) trpí nemocí v rozmezí 2-3 let a 14 respondentů (17 %) v mezích 4-5 let. 7 respondentů (8 %) trpí peptickými vředy 6-7 let a 18 respondentů (22 %) udává časové rozmezí 8 let a více.

Otázka č. 7 Myslíte si, že žijete ve stresu?

Tab. 7 Život ve stresu

Život ve stresu	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	59	0,71	71
Ne	24	0,29	29
CELKEM	83	1	100



Graf 7 Život ve stresu

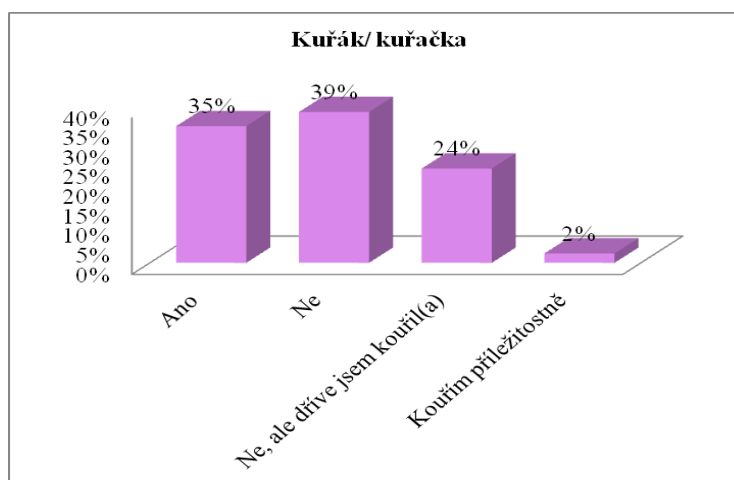
Komentář:

Dotazovaní měli uvést, zda si myslí, že žijí ve stresu. 59 respondentů (71 %) žije ve stresu a 24 respondentů (29 %) prožívá život bez zatížení tímto faktorem.

Otázka č. 8 Jste kuřák/kuřačka?

Tab. 8 Kuřák/kuřačka

Kuřák/kuřačka	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	29	0,35	35
Ne	32	0,39	39
Ne, ale dříve jsem kouřil(a)	20	0,24	24
Kouřím příležitostně	2	0,02	2
CELKEM	83	1	100



Graf 8 Kuřák/kuřačka

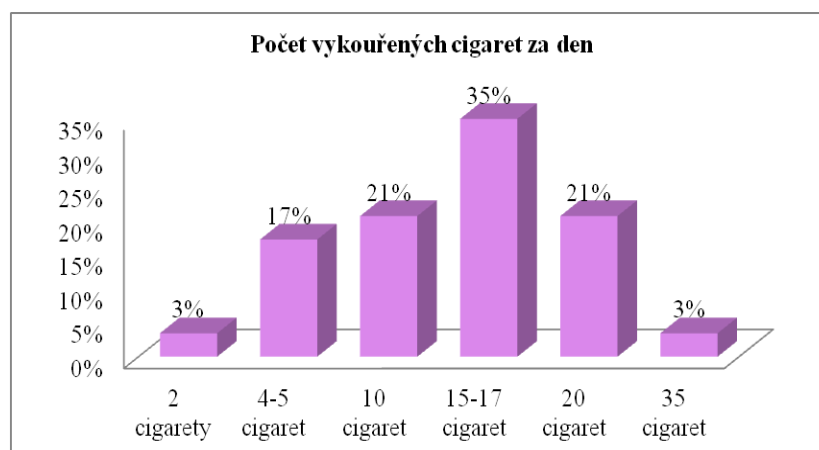
Komentář:

Otázka týkající se kouření cigaret odhalila, že 29 respondentů (35 %) pravidelně kouří cigarety. Dále 32 respondentů (39 %) jsou nekuřáci a 20 respondentů (24 %) odpovědělo, že nyní nekouří, ale dříve kouřilo. Další 2 respondenti (2 %) kouří příležitostně. Poměr mezi kuřáky a nekuřáky je přibližně stejný.

Pokud jste odpověď(a) **ANO**, doplňte prosím následující otázku: Kolik cigaret **denně** vykouříte?

Tab. 9 Počet vykouřených cigaret za den

Počet vykouřených cigaret za den	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
2 cigarety	1	0,03	3
4-5 cigaret	5	0,17	17
10 cigaret	6	0,21	21
15-17 cigaret	10	0,35	35
20 cigaret	6	0,21	21
35 cigaret	1	0,03	3
CELKEM	29	1	100



Graf 9 Počet vykouřených cigaret za den

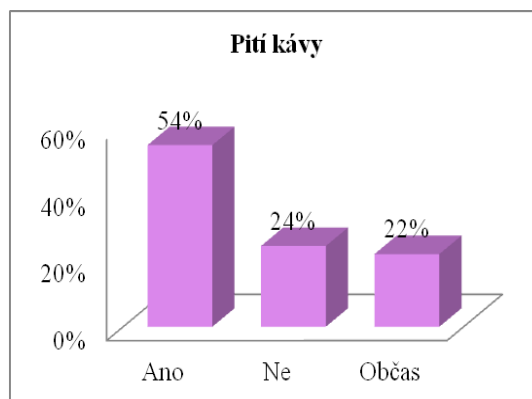
Komentář:

Otázka byla určena respondentům, kteří uvedli, že pravidelně kouří cigarety (29 respondentů, 100 %). Odpovědi jsou shrnuty podle počtu vykouřených cigaret do 6 kategorií. 2 cigarety denně vykouří 1 dotazovaný (3 %), 4-5 cigaret denně vykouří 5 dotazovaných (17 %). Dále 6 respondentů (21 %) uvedlo, že pravidelně vykouří 10 cigaret denně. Dalších 10 dotazovaných (35 %) vykouří 15-17 cigaret denně, 20 cigaret denně vykouří 6 respondentů (21 %) a 35 cigaret denně vykouří 1 dotazovaný (3 %). Nejpočetnější skupinou jsou dotazovaní, kteří vykouří 15-17 cigaret denně (35 %).

Otázka č. 9 Pijete kávu?

Tab. 10 Pití kávy

Pití kávy	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	45	0,54	54
Ne	20	0,24	24
Občas	18	0,22	22
CELKEM	83	1	100



Graf 10 Pití kávy

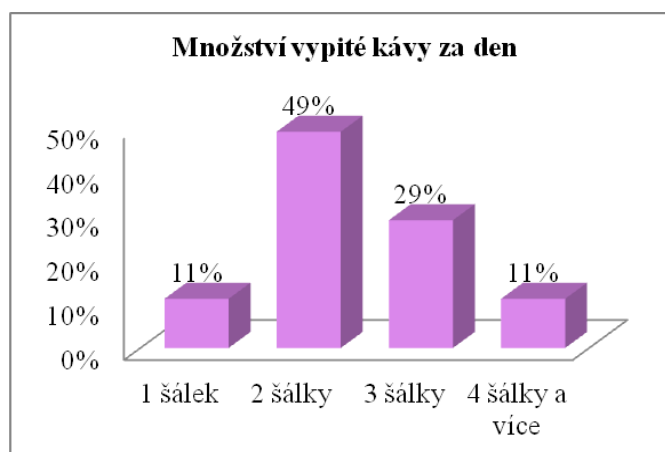
Komentář:

Otázka se týkala pravidelného pití kávy. 45 respondentů (54 %) pije kávu, 20 respondentů (24 %) nepije a 18 respondentů (22 %) pije kávu jen občas.

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, odpovězte prosím na následující otázku: Kolik šálků kávy denně vypijete?

Tab. 11 Množství vypité kávy za den

Množství vypité kávy za den	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
1 šálek	5	0,11	11
2 šálky	22	0,49	49
3 šálky	13	0,29	29
4 šálky a více	5	0,11	11
CELKEM	45	1	100



Graf 11 Množství vypité kávy za den

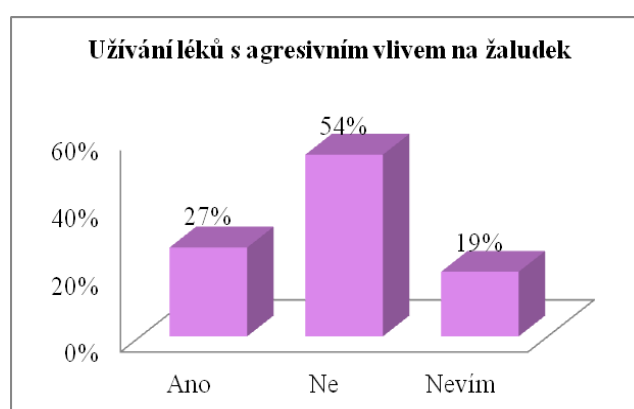
Komentář:

Otázka zjišťovala, kolik šálků kávy respondenti vypijí za jeden den. Vycházelo se z celkového počtu 45 respondentů (100 %), kteří uvedli, že denně pijí kávu. Dotazovaní měli možnost výběru ze 4 odpovědí, z toho 5 respondentů (11 %) uvedlo, že vypije 1 šálek kávy denně. Největší počet respondentů a to 22 (49 %) označilo, že vypije 2 šálky kávy denně, 3 šálky denně vypije 13 respondentů (29 %). Dále 4 šálky a více vypije denně 5 respondentů (11 %).

Otázka č. 10 Užíváte léky, které mají agresivní vliv na žaludek? (např. salicyláty, nesteroidní antirevmatika, kortikoidy)

Tab. 12 Užívání léku s agresivním vlivem na žaludek

Užívání léků s agresivním vlivem na žaludek	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	22	0,27	27
Ne	45	0,54	54
Nevím	16	0,19	19
CELKEM	83	1	100



Graf 12 Užívání léků s agresivním vlivem na žaludek

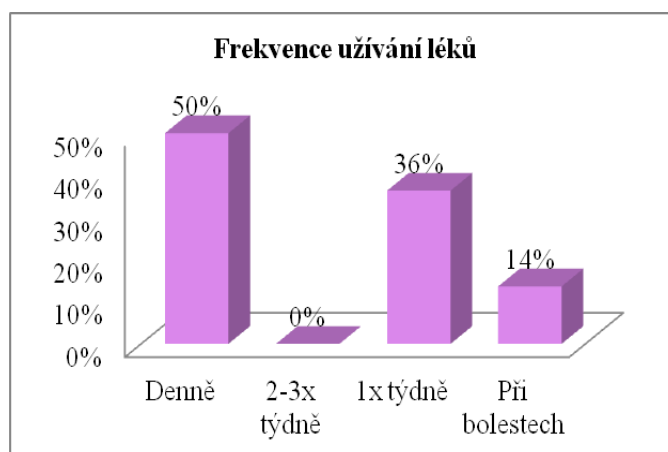
Komentář:

Otázka zjišťovala, zda respondenti užívají léky s agresivním vlivem na žaludek. Pro lepší porozumění byla pod otázkou vysvětlivka s lékovými skupinami (salicyláty, nesteroidní antirevmatika a kortikoidy) a názvy nejčastějších léků. I přesto 16 respondentů (19 %) nevědělo, zda dané léky užívá, dále 22 respondentů (27 %) užívá léky agresivně působící na žaludek a 45 respondentů (54 %) tyto léky neužívá.

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, odpovězte prosím na následující otázku: Jak často užíváte tyto léky?

Tab. 13 Frekvence užívání léků

Frekvence užívání léků	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Denně	11	0,50	50
2-3x týdně	0	0	0
1x týdně	8	0,36	36
Při bolestech	3	0,14	14
CELKEM	22	1	100



Graf 13 Frekvence užívání léků

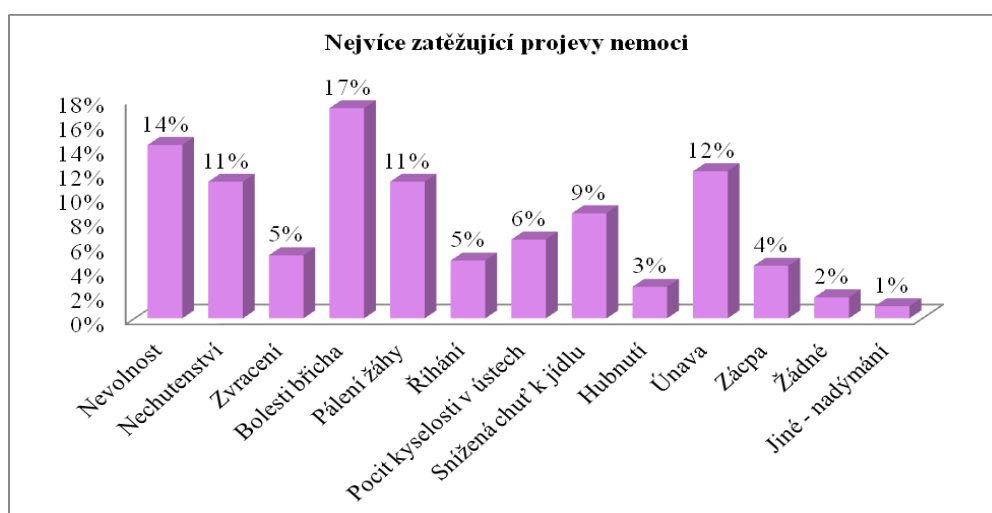
Komentář:

Otázka se týkala pouze respondentů, kteří pravidelně užívají léky s agresivním vlivem na sliznici gastroduodena (22 respondentů, 100 %). Denně užívá tyto léky 11 respondentů (50 %) a 1x týdně 8 respondentů (36 %). Možnost jiné odpovědi využili 3 respondenti (14 %), kteří uvedli, že léky užívají při bolestech. Možnost 2-3x týdně nevyužil žádný z dotazovaných.

Otázka č. 11 Jaké obtíže Vás v souvislosti s vředovou chorobou nejvíce trápí v běžném životě? (možnost výběru více odpovědí)

Tab. 14 Nejvíce zatěžující projevy nemoci

Nejvíce zatěžující projevy nemoci	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Nevolnost	33	0,14	14
Nechutenství	26	0,11	11
Zvracení	12	0,05	5
Bolesti břicha	40	0,17	17
Pálení žáhy	26	0,11	11
Říhání	11	0,05	5
Pocit kyselosti v ústech	15	0,06	6
Snížená chuť k jídlu	20	0,09	9
Hubnutí	6	0,03	3
Únava	28	0,12	12
Zácpa	10	0,04	4
Žádné	4	0,02	2
Jiné - nadýmání	1	0,01	1
CELKEM	232	1	100

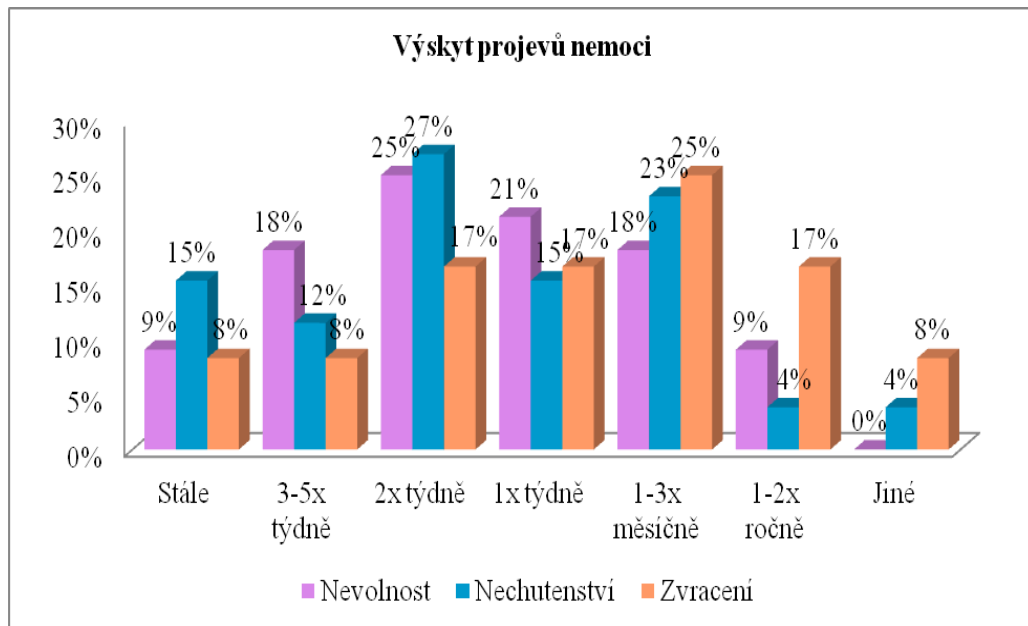


Graf 14 Nejvíce zatěžující projevy nemoci

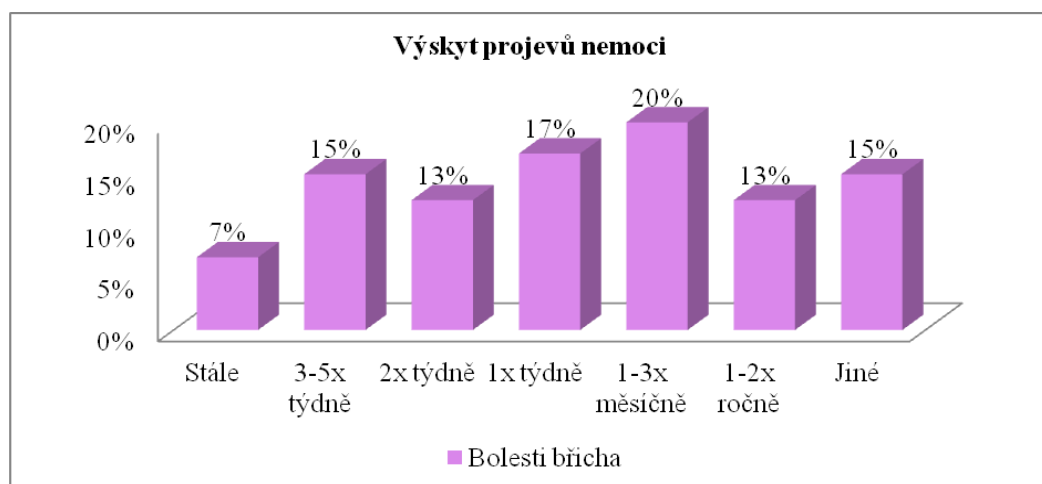
Komentář:

K otázce respondenti uváděli projevy onemocnění, které se u nich vyskytují v souvislosti s vředovou chorobou gastroduodena. Respondenti měli možnost výběru více odpovědí, pokud jim žádná odpověď nevyhovovala, mohli uvést vlastní. Celkem bylo uvedeno 232 odpovědí (100 %). Nevolností trpí 33 dotazovaných (14 %), dále 26 respondentů (11 %)

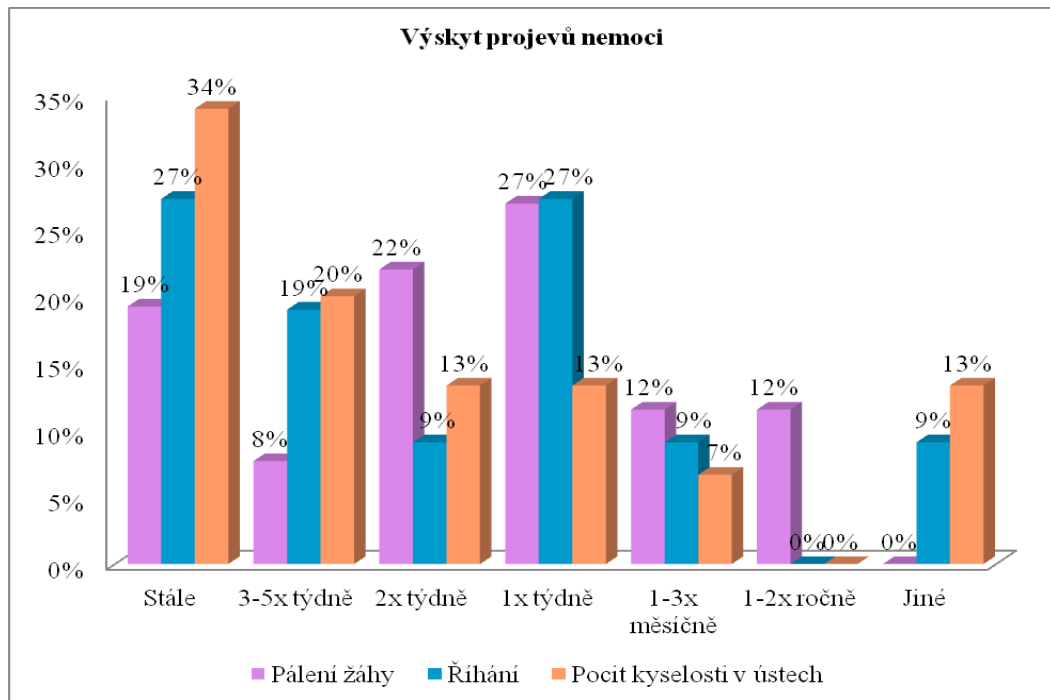
trápí nechutenství a 12 respondentů (5 %) udává jako projev choroby zvracení. Nejvíce dotazovaných obtěžuje bolest břicha (40 respondentů, 17 %), pálení žáhy udává 26 dotazovaných (11 %). Dále 11 respondentů (5 %) trápí říhání. Pocit kyselosti v ústech udává 15 dotazovaných (6 %) a snížená chuť k jídlu obtěžuje 20 respondentů (9 %), hubnutí v souvislosti s peptickými vředy uvedlo 6 respondentů (3 %). Únavou trpí 28 dotazovaných (12 %), 10 respondentů (4 %) označilo jako projev choroby zácpu. 4 respondenti (2 %) neudávají žádné příznaky choroby. 1 respondent (1 %) využil volné odpovědi a jako příznak onemocnění uvedl nadýmání.



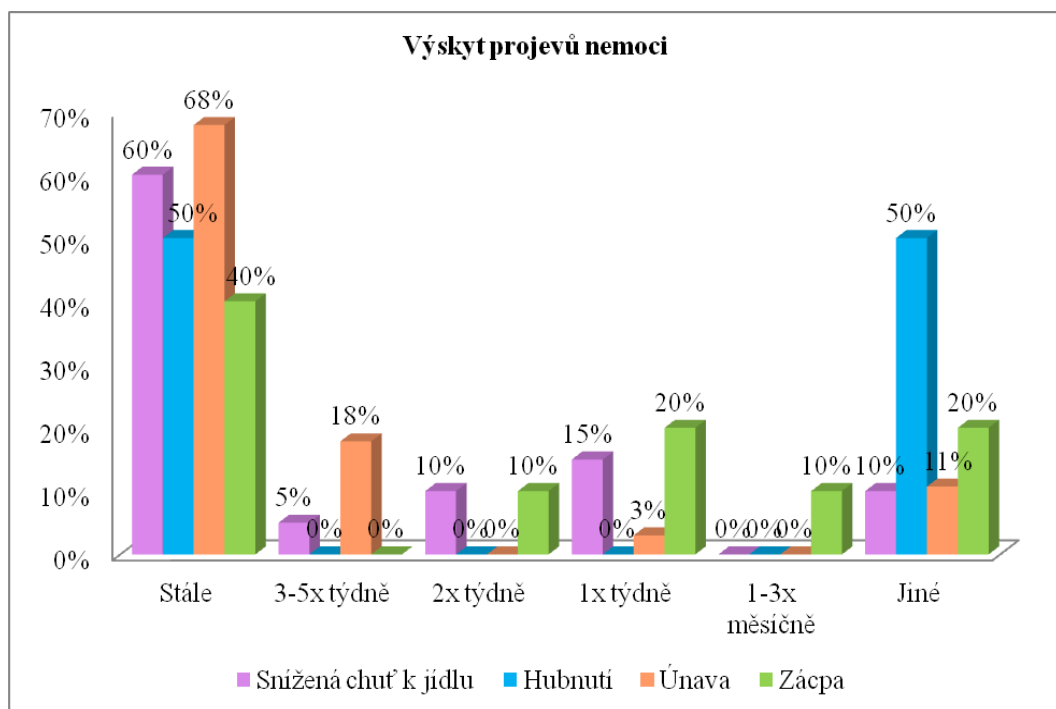
Graf 15 Výskyt projevů nemoci - nevolnost, nechutenství, zvracení



Graf 16 Výskyt projevů nemoci - bolesti břicha



Graf 17 Výskyt projevů nemoci - pálení žáhy, říhání, pocit kyselosti v ústech



Graf 18 Výskyt projevů nemoci - snížená chuť k jídlu, hubnutí, únava, zácpa

Komentář:

Otázka zjišťovala výskyt projevů vředové choroby gastroduodena, navazovala tedy na předchozí otázku. Celkový počet odpovědí (228 odpovědí) tedy neodpovídá počtu respondentů reagujících na otázku. 4 respondenti na otázku neodpovídali, protože netrpí žádnými projevy nemoci. Celkem na otázku odpovídalo 79 respondentů. Pro lepší orientaci ve výsledných datech jsou odpovědi rozděleny do několika tabulek a grafů. Výsledky jsou rozděleny do různých časových období. Méně časté odpovědi jsou uvedeny v položce „Jiné“.

Nevolností trpí 33 dotazovaných (100 %), z toho 3 respondenty (9 %) sužuje stále a 3-5x týdně trápí 6 respondentů (18 %). Dále 8 dotazovaných (25 %) trápí 2x týdně a 7 respondentů (21 %) jednou do týdne. 1-3x týdně obtěžuje 6 respondentů (18 %) a 3 respondenty (9 %) trápí 1-2x ročně.

Nechutenství obtěžuje 26 dotazovaných (100 %). Stálým nechutenstvím trpí 4 respondenti (15 %), 3 dotazovaní (12 %) uvádějí výskyt 3-5x týdně a 2x týdně trápí 7 dotazovaných (27 %). Dále 1x týdně obtěžuje 4 dotazované (15 %), 6 respondentů (23 %) trpí nechutenstvím 1-3x měsíčně. 1 respondent (4 %) sužuje 1-2x ročně a 1 respondent (4 %) uvedl jinou odpověď, tedy, že ho nechutenství trápí pouze někdy.

Zvracení jako příznak vředové choroby gastroduodena uvádí 12 dotazovaných (100 %). 1 respondent (8 %) uvedl, že trpí zvracením stále, dále 1 respondent (8 %) trápí 3-5x týdně. 2x týdně obtěžuje 2 dotazované (17 %), taktéž 2 dotazované (17 %) trápí 1x týdně. Dále 3 respondenti (25 %) uvádějí, že zvrací 1-3x měsíčně a 2 respondenti (17 %) uvádějí výskyt 1-2x ročně. Jinou odpověď uvedl 1 respondent (8 %), který označil, že zvrací pouze občas.

Bolesti břicha v souvislosti s vředovou chorobou gastroduodena uvedlo 40 dotazovaných (100 %). Neustálými bolestmi břicha trpí 3 respondenti (7 %), 3-5x týdně trápí 6 respondentů (15 %) a 5 respondentů (13 %) sužuje 2x týdně. Dále obtěžuje 7 dotazovaných (17 %) 1x týdně a 8 dotazovaných (20 %) 1-3x měsíčně. Dále 5 respondentů (13 %) uvedlo výskyt 1-2x ročně a 6 respondentů (15 %) uvedlo jiný časový údaj. Například 1 respondent uvedl, že trpí bolestmi břicha 3x za rok, další respondent označil, že ho trápí bolesti břicha často a dále respondenti uváděli, že je bolesti břicha obtěžují občas.

Pálení žáhy obtěžuje celkem 26 dotazovaných (100 %). Stálým pálením žáhy trpí 5 respondentů (19 %), dále 2 respondenty (8 %) obtěžuje 3-5x týdně a 6 respondentů (22 %) uvedlo výskyt 2x týdně. 1x týdně udává potíže 7 dotazovaných (27 %), 3 dotazované (12 %) obtěžuje 1-3x měsíčně a další 3 dotazovaní (12 %) uvádějí výskyt 1-2x ročně.

Říháním trpí celkem 11 dotazovaných (100 %). Stálý výskyt říhání udávají 3 respondenti (27 %), 3-5x týdně se objevuje u 2 respondentů (19 %) a 2x týdně u 1 respondenta (9 %). 3 dotazovaní (27 %) trpí říháním 1x týdně. Dále 1 respondent (9 %) udal výskyt 1-3x měsíčně a 1 respondent (9 %) uvedl jinou odpověď. V té označil, že trpí říháním 1x denně.

Pocitem kyselosti v ústech (kyselou regurgitací) trpí celkem 15 dotazovaných (100 %). 5 respondentů (34 %) trpí tímto příznakem stále. Dále 3 respondenti (20 %) uvádějí, že je trápí 3-5x týdně, 2x týdně obtěžuje regurgitace 2 respondenty (13 %) a 1x týdně taktéž 2 respondenty (13 %). U 1 respondenta (7 %) se objevuje 1-3x měsíčně a 2 respondenti (13 %) uvedli jiný časový údaj. Dotazovaní v tomto případě uvedli, že trpí pocitem kyselosti v ústech pouze někdy.

Sníženou chuť k jídlu uvedlo 20 dotazovaných (100 %). Z toho 12 dotazovaných (60 %) trápí neustále. Dále 1 dotazovaný (5 %) pociťuje sníženou chuť k jídlu 3-5x týdně. 2x týdně trápí 2 respondenty (10 %) a 3 respondenty (15 %) obtěžuje 1x týdně. Jinou odpověď uvedli 2 respondenti (10 %). V tomto případě respondenti uvedli, že trpí sníženou chutí k jídlu pouze někdy.

Hubnutí uvedlo celkem 6 dotazovaných (100 %). 3 dotazovaní (50 %) trpí hubnutím stále a další 3 dotazovaní (50 %) uvedli jinou odpověď, která obsahovala konkrétní váhový úbytek za určité časové období. Například 1 respondent uvedl, že jeho váhový úbytek byl 3 kg za měsíc, další zhubl 1 kg za měsíc a poslední zhubl 27 kg za 5 let.

Únavou trpí celkem 28 dotazovaných (100 %). Z toho 19 respondentů (68 %) trápí neustále, 3-5x týdně obtěžuje 5 respondentů (18 %). Dále 1 respondent (3 %) trpí únavou 1x týdně a 3 respondenti (11 %) uvedli jinou odpověď. Respondenti v tomto případě uvedli, že trpí únavou pouze občas.

Zácpu udává celkem 10 dotazovaných (100 %). Stálými problémy trpí 4 respondenti (40 %), 1 respondenta (10 %) trápí 2x týdně a 2 respondenti (20 %) uváděli výskyt

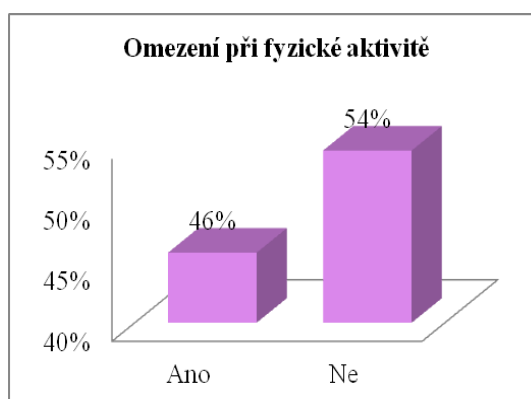
1x týdně. Dále 1-3x měsíčně se objevuje u 1 respondenta (10 %). 2 respondenti (20 %) uvedli jinou odpověď, která obsahovala, že je zácpa obtěžuje občas.

Nadýmání trápí neustále 1 respondenta (100 %). Vzhledem k tomu, že příznak uvedl jen 1 respondent, nebyl navrhnut graf na znázornění výsledných dat ohledně nadýmání.

Otázka č. 13 Omezuje Vás onemocnění při fyzické aktivitě?

Tab. 18 Omezení při fyzické aktivitě

Omezení při fyzické aktivitě	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	38	0,46	46
Ne	45	0,54	54
CELKEM	83	1	100



Graf 19 Omezení při fyzické aktivitě

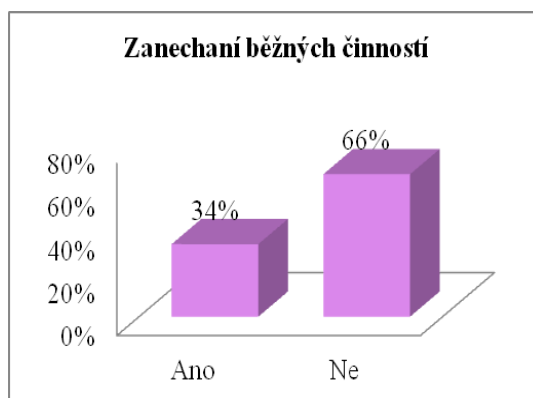
Komentář:

Následující otázka se týkala omezení ve fyzické aktivitě. Nemoc v této aktivitě omezuje 38 respondentů (46 %), dále 45 respondentů (54 %) se ve fyzické aktivitě nemusí omezo-
vat.

Otázka č. 14 **Musel(a) jste se kvůli vředové chorobě vzdát svého zaměstnání či oblíbených činností?**

Tab. 19 Zanechání běžných činností

Zanechání běžných činností	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	28	0,34	34
Ne	55	0,66	66
CELKEM	83	1	100



Graf 20 Zanechání běžných činností

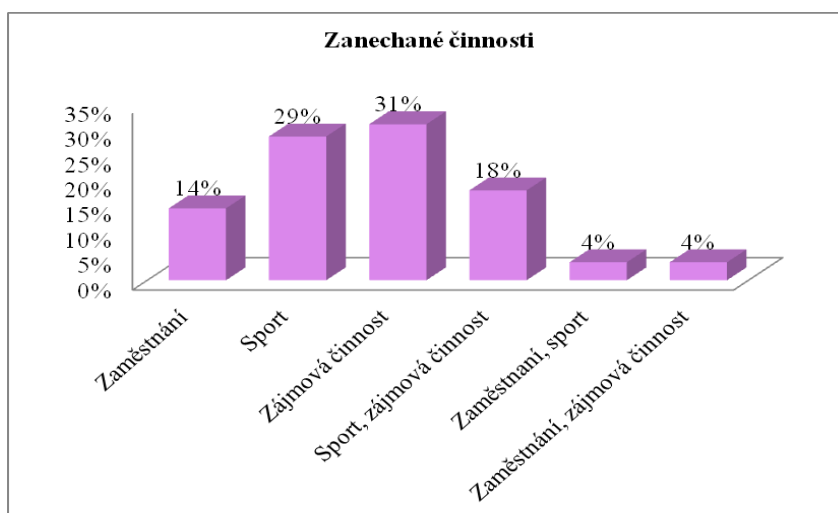
Komentář:

Otázka se zaměřovala na zanechání oblíbených činností, sportu či zaměstnání z důvodu vředové choroby gastroduodena. Těchto činností se muselo vzdát 28 respondentů (34 %) a 55 respondentů (66 %) se nemuselo ve svých aktivitách nijak omezovat.

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, odpovězte prosím na následující otázku: Jakých činností jste se musel(a) vzdát kvůli vředové chorobě?

Tab. 20 Zanechané činnosti

Zanechané činnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Zaměstnání	4	0,14	14
Sport	8	0,29	29
Zájmová činnost	9	0,31	31
Sport, zájmová činnost	5	0,18	18
Zaměstnání, sport	1	0,04	4
Zaměstnání, zájmová činnost	1	0,04	4
CELKEM	28	1	100



Graf 21 Zanechané činnosti

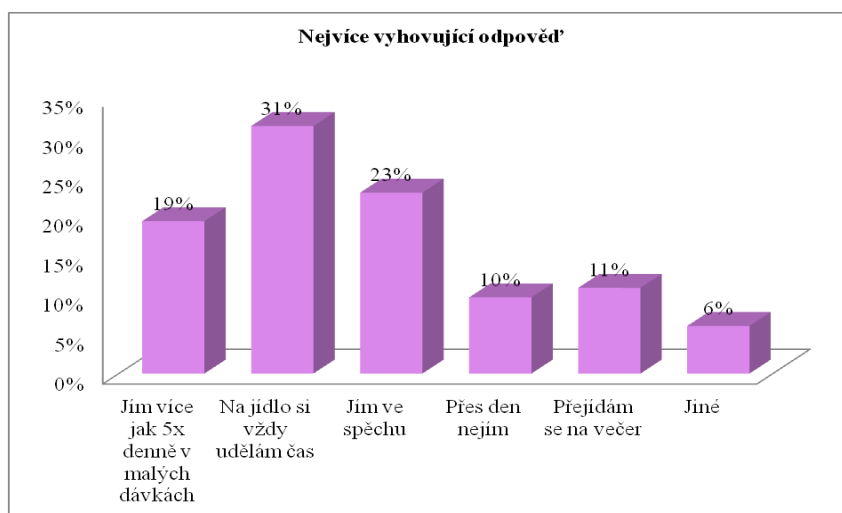
Komentář:

Otázka se vztahuje jen na respondenty, kteří museli zanechat svých oblíbených činností, sportu či zaměstnání z důvodu vředové choroby gastroduodena (28 respondentů, 100 %). Data jsou proto rozčleněna do 6 skupin, z toho 3 skupiny jsou kombinací více odpovědí. Opustit zaměstnání museli kvůli chorobě 4 respondenti (14 %), sportu muselo zanechat 8 respondentů (29 %), zájmové činnosti zanechalo 9 respondentů (31 %). Sportu a další zájmové činnosti zanechalo 5 respondentů (18 %), dále 1 respondent (4 %) zanechal zaměstnání a sportu a 1 respondent (4 %) zanechal zaměstnání a zájmové činnosti.

Otázka č. 15 Označte nejvíce vyhovující odpověď:

Tab. 21 Nejvíce vyhovující odpověď v oblasti příjmu potravy

Nejvíce vyhovující odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Jím více jak 5x denně v malých dávkách	16	0,19	19
Na jídlo si vždy udělám čas	26	0,31	31
Jím ve spěchu	19	0,23	23
Přes den nejím	8	0,10	10
Přejídám se na večer	9	0,11	11
Jiné	5	0,06	6
Celkem	83	1	100



Graf 22 Nejvíce vyhovující odpověď v oblasti příjmu potravy

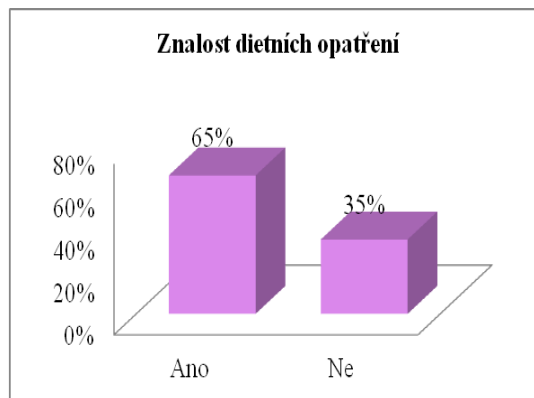
Komentář:

V otázce si měli respondenti vybrat nejvíce vyhovující odpověď, týkající se stravovacích návyků. V případě, že jim žádná nevyhovovala, měli možnost jiné odpovědi. 16 respondentů (19 %) uvedlo, že se stravují více jak 5x denně po malých dávkách, 26 respondentů (31 %) si na jídlo vždy udělá čas, 19 respondentů (23 %) se stravuje ve spěchu. Dále 8 respondentů (10 %) označilo, že přes den nejí a 9 respondentů (11 %) se přejídá na večer. 5 respondentů (6 %) uvedlo jinou odpověď, například, že jedí 3x nebo 4x denně, nebo označili kombinaci více odpovědí.

Otázka č. 16 **Znáte dietní opatření týkající se vředové choroby?**

Tab. 22 Znalost dietních opatření

Znalost dietních opatření	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	54	0,65	65
Ne	29	0,35	35
CELKEM	83	1	100



Graf 23 Znalost dietních opatření

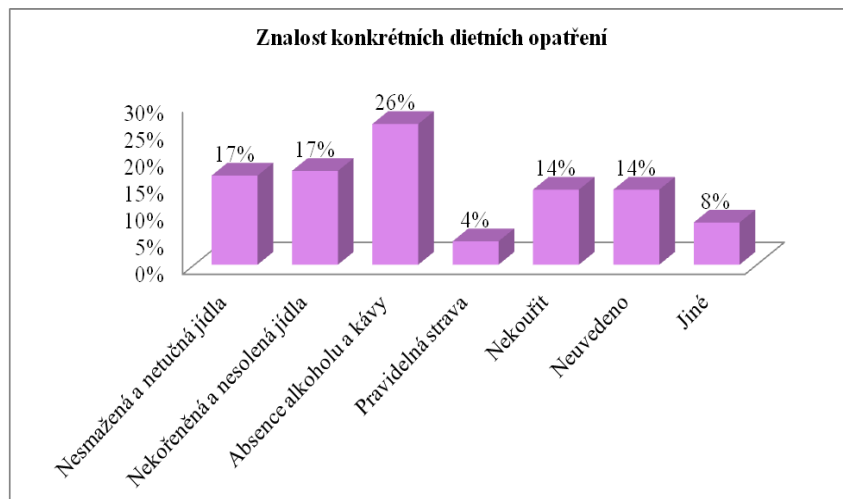
Komentář:

Otázka zjišťovala znalost dietních opatření vztahujících se k vředové chorobě gastroduodena. Výsledná data ukazují, že 54 respondentů (65 %) zná tyto opatření a 29 respondentů (35 %) nezná dietní opatření.

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, uveďte dietní opatření, která znáte:

Tab. 23 Znalost konkrétních dietních opatření

Znalost konkrétních dietních opatření	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Nesmažená a netučná jídla	19	0,17	17
Nekořeněná a nesolená jídla	20	0,17	17
Absence alkoholu a kávy	30	0,26	26
Pravidelná strava	5	0,04	4
Nekouřit	16	0,14	14
Neuvedeno	16	0,14	14
Jiné	9	0,08	8
CELKEM	115	1	100



Graf 24 Znalost konkrétních dietních opatření

Komentář:

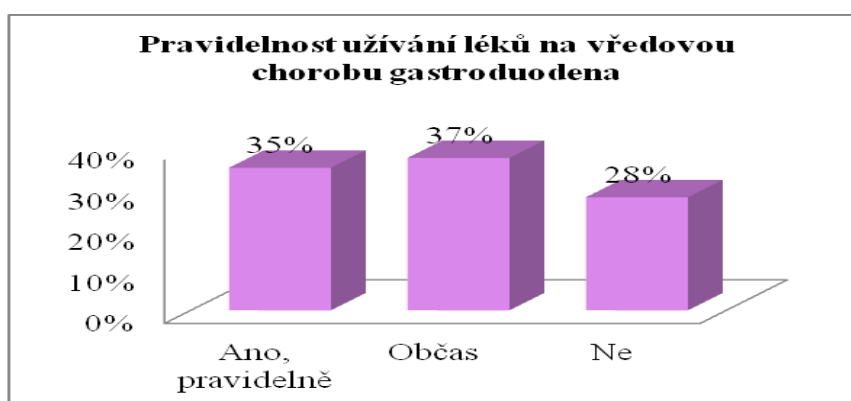
Otázka byla určena pouze respondentům, kteří v předchozí otázce uvedli znalost dietních opatření u vředové choroby gastroduodena (54 respondentů). Respondenti uváděli více možností, proto počet odpovědí nesouhlasí s počtem respondentů odpovídajících na otázku. Celkový počet odpovědí byl 115 (100 %). Jako dietní opatření byla uvedena nesmažená a netučná jídla v 19 odpovědích (17 %), dále 20 odpovídajících (17 %) uvedlo nekořeněnou a nesolenou stravu. Nejvíce respondentů a to 30 (26 %) zná jako dietní opatření zákaz pití alkoholu a kávy, pravidelnou stravu uvedlo mezi dietní opatření 5 respondentů (4 %). Dále 16 respondentů (14 %) uvádělo mezi dietní omezení zákaz kouření, tato odpověď není zcela správná, protože zákaz kouření je řazen spíše mezi režimová opatření, ale

odpověď jsem považovala za správnou. V 16 případech (14 %) nebyla uvedena žádná odpověď a 9 respondentů (8 %) uvedlo jinou odpověď. Dotazovaní uváděli odpovědi jako nejíst pokrmy z jater, potraviny překyselující žaludek, sladká jídla, nadýmající jídla a dostatek spánku. 1 respondent dokonce uvedl, že se řídí dietou, kterou si najde na internetu.

Otázka č. 17 Užíváte léky na vředovou chorobu?

Tab. 24 Pravidelnost užívání léků na vředovou chorobu gastroduodena

Pravidelnost užívání léků na vředovou chorobu gastroduodena	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano, pravidelně	29	0,35	35
Občas	31	0,37	37
Ne	23	0,28	28
CELKEM	83	1	100



Graf 25 Pravidelnost užívání léků na vředovou chorobu gastroduodena

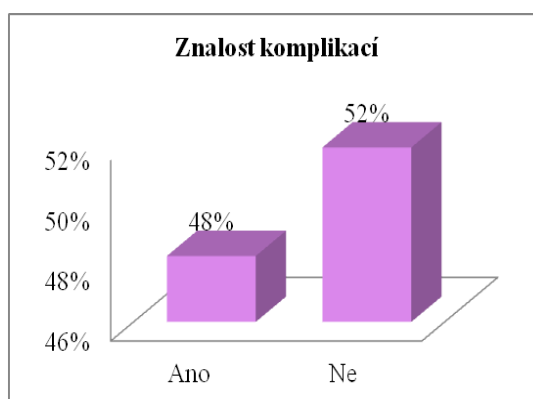
Komentář:

V otázce měli respondenti na výběr 3 možnosti. Pravidelně užívá léky 29 respondentů (35 %) a 31 respondentů (37 %) užívá medikaci pouze občas, když si vzpomene nebo při obtížích. Dalších 23 respondentů (28 %) ne užívá žádnou medikaci v souvislosti s peptickými vředy.

Otázka č. 18 **Znáte možné komplikace vředové choroby?**

Tab. 25 Znalost komplikací

Znalost komplikací	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	40	0,48	48
Ne	43	0,52	52
CELKEM	83	1	100



Graf 26 Znalost komplikací

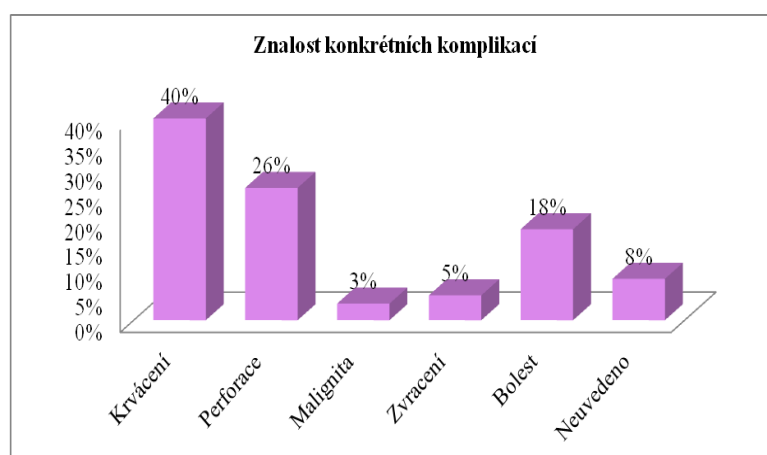
Komentář:

Otázka zjišťuje, zda respondenti znají možné komplikace vředové choroby gastroduodena. Výsledná data odhalují, že 40 respondentů (48 %) zná možné komplikace a 43 respondentů (52 %) nezná komplikace vztahující se k nemoci.

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, uveďte komplikace, které znáte:

Tab. 26 Znalost konkrétních komplikací

Znalost konkrétních komplikací	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Krvácení	24	0,40	40
Perforace	16	0,26	26
Malignita	2	0,03	3
Zvracení	3	0,05	5
Bolest	11	0,18	18
Neuvedeno	5	0,08	8
CELKEM	61	1	100



Graf 27 Znalost konkrétních komplikací

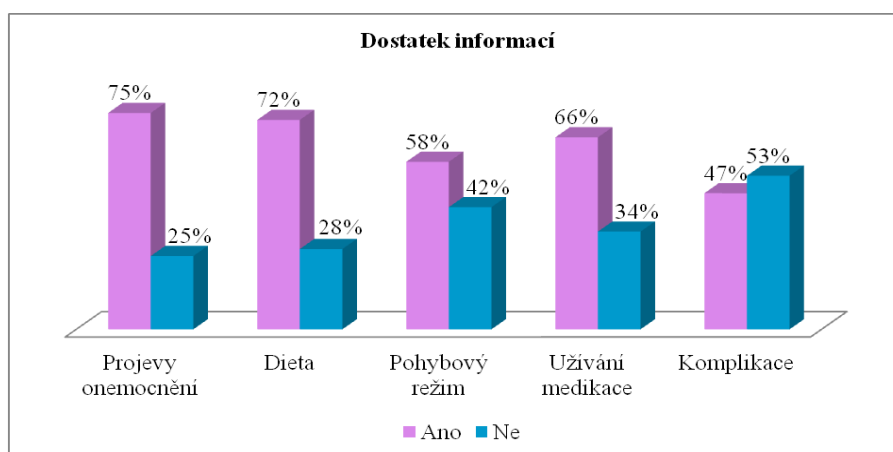
Komentář:

Otázka byla určena jen pro respondenty, kteří v předchozí otázce uvedli znalost možných komplikací vředové choroby gastroduodena. Dotazovaní uváděli více odpovědí, proto jejich počet neodpovídá počtu respondentů (40 respondentů). Celkový počet odpovědí byl 61 (100 %). Nejvíce známou komplikací je krvácení, které uvedlo 24 dotazovaných (40 %). Perforaci znalo 16 respondentů (26 %) a maligní zvrát vředu znali 2 respondenti (3 %). 3 respondenti (5 %) uvedli jako komplikaci nemoci zvracení, dále 11 dotazovaných (18 %) označilo jako komplikaci vředové choroby gastroduodena bolest. Ovšem zvracení a bolest nespadá do komplikací nemoci, nýbrž mezi klinické příznaky onemocnění. Dále 5 respondentů (8 %) neuvedlo žádnou odpověď.

Otázka č. 19 Myslíte si, že máte dostatek informací o:

Tab. 27 Dostatek informací

Dostatek informací - počet respondentů	Ano	Ne	CELKEM
Projevy onemocnění	62	21	83
Dieta	60	23	83
Pohybový režim	48	35	83
Užívání medikace	55	28	83
Komplikace	39	44	83
Dostatek informací - relativní četnost	Ano	Ne	CELKEM
Projevy onemocnění	0,75	0,25	1
Dieta	0,72	0,28	1
Pohybový režim	0,58	0,42	1
Užívání medikace	0,66	0,34	1
Komplikace	0,47	0,53	1
Dostatek informací - %	Ano	Ne	CELKEM
Projevy onemocnění	75	25	100
Dieta	72	28	100
Pohybový režim	58	42	100
Užívání medikace	66	34	100
Komplikace	47	53	100



Graf 28 Dostatek informací

Komentář:

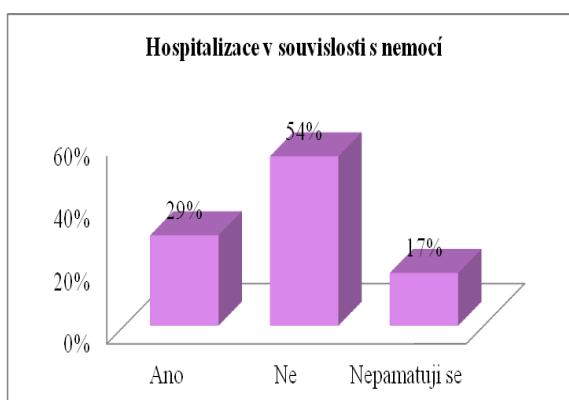
Otázka zjišťovala informovanost respondentů v několika oblastech. Oblasti se týkaly příznaků, diety, pohybového režimu, užívání medikace a komplikací u vředové choroby gastroduodena. Z celkového počtu 83 dotazovaných (100 %) označilo 62 respondentů (75 %), že má dostatek informací o příznacích onemocnění a 21 respondentů (25 %) uvedlo

nedostatek informací o projevech onemocnění. O dietním opatření má dostatek povědomí 60 dotazovaných (72 %) a 23 dotazovaných (28 %) si myslí, že není zcela nebo vůbec seznámeno s dietním režimem u nemoci. Dále 48 respondentů (58 %) je přesvědčeno, že je dostatečně informováno a naopak 35 respondentů (42 %) usuzuje, že je nedostatečně seznámeno s pohybovým režimem. 55 respondentů (66 %) je dostatečně seznámeno s užíváním medikace a 28 respondentů (34 %) usuzuje, že je nedostatečně nebo není vůbec seznámeno s užíváním medikace v souvislosti s peptickými vředy. V oblasti komplikací si 39 dotazovaných (47 %) myslí, že má dostatek informací a 44 dotazovaných (53 %) nemá dostatečné nebo žádné informace.

Otázka č. 20 Musel(a) jste být někdy hospitalizována kvůli vředové chorobě?

Tab. 28 Hospitalizace v souvislosti s nemocí

Hospitalizace v souvislosti s nemocí	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	24	0,29	29
Ne	45	0,54	54
Nepamatuji se	14	0,17	17
Celkem	83	1	100



Graf 29 Hospitalizace v souvislosti s nemocí

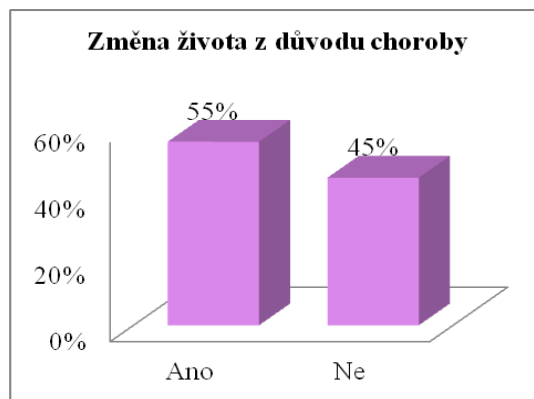
Komentář:

Otázka zjišťovala předchozí hospitalizace související s vředovou chorobou gastroduodena. Hospitalizováno bylo během nemoci 24 respondentů (29 %), dále 45 respondentů (54 %) nebylo hospitalizováno kvůli onemocnění peptickými vředy. Zbýlých 14 respondentů (17 %) si nevzpomíná na předešlé hospitalizace.

Otázka č. 21 Myslíte si, že Vám vředová choroba změnila život?

Tab. 29 Změna života z důvodu choroby

Změna života z důvodu choroby	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	46	0,55	55
Ne	37	0,45	45
Celkem	83	1	100



Graf 30 Změna života z důvodu choroby

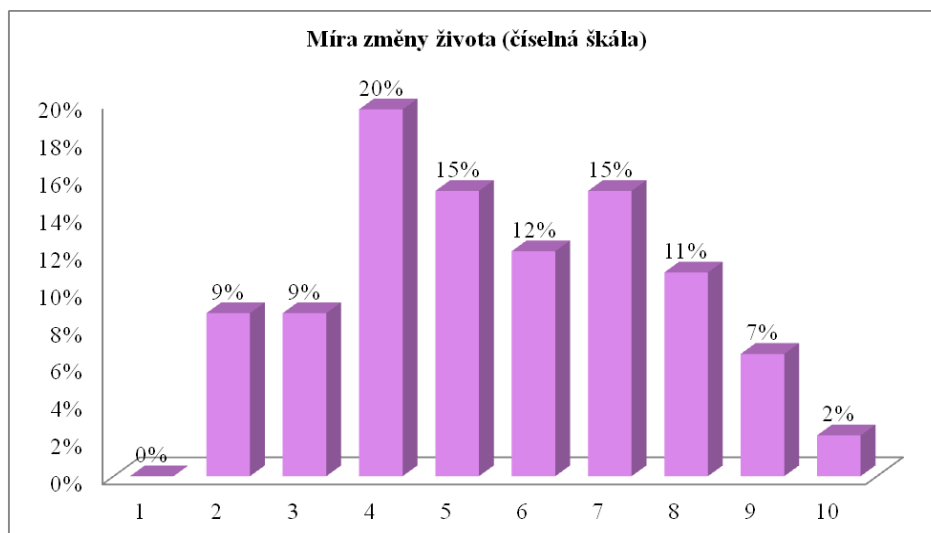
Komentář:

Otázka zjišťovala, zda dotazovaným vředová choroba gastroduodena změnila život. Nemoc ovlivnila život 46 respondentů (55 %) a 37 respondentů (45 %) nepocítilo změnu ve svém životním stylu.

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, označte na škále intenzitu (1- nejméně, 10- nejvíce):
Jak moc Vám nemoc změnila život?

Tab. 30 Míra změny života

1 - nejméně 10 - nejvíce	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
1	0	0,00	0
2	4	0,09	9
3	4	0,09	9
4	9	0,20	20
5	7	0,15	15
6	6	0,12	12
7	7	0,15	15
8	5	0,11	11
9	3	0,07	7
10	1	0,02	2
CELKEM	46	1	100



Graf 31 Míra změny života

Komentář:

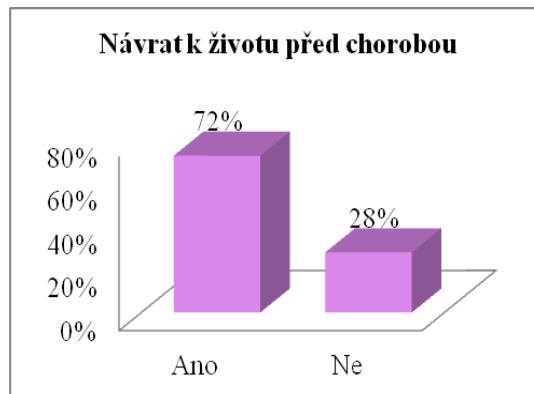
Otázka byla určena jen pro respondenty, kteří v předchozí otázce uvedli, že jim nemoc změnila život (46 respondentů). Respondenti na číselné škále značili do jaké míry jim vředová choroba gastroduodena změnila život. Číselná škála se pohybovala v rozmezí 1 až 10, přitom číslo 1 znamenalo nejmenší změnu a číslo 10 značilo největší míru změny života. Číslo 1 si nevybral žádný z dotazovaných. Číslo 2 si vybrali 4 respondenti (9 %),

dále 4 dotazovaní (9 %) označili číslo 3. Číslo 4 označilo 9 respondentů (20 %) a číslo 5 si vybralo 7 respondentů (15 %). Dále číslo 6 zaznačilo 6 dotazovaných (12 %). Číslo 7 označilo 7 respondentů (15 %) a číslo 8 si vybralo 5 dotazovaných (11 %). Dále číslo 9 uvedli 3 respondenti (7 %) a číslo 10 si vybral 1 respondent (2 %). Nejpočetnější se v této škále stalo číslo 4, které uvedlo 9 dotazovaných (20 %).

Otázka č. 22 Vrátí(a) byste se ke svému životnímu stylu, který jste žil(a) před nemocí?

Tab. 31 Návrat k životu před chorobou

Návrat k životu před chorobou	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	60	0,72	72
Ne	23	0,28	28
CELKEM	83	1	100



Graf 32 Návrat k životu před chorobou

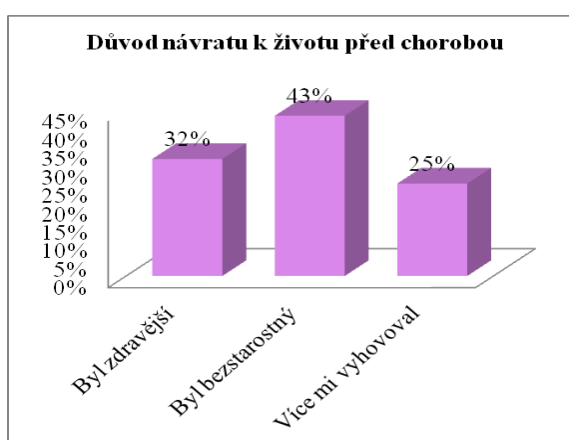
Komentář:

Otázka zjišťovala, zda by se respondenti vrátili k životu před propuknutím nemoci. K životu před chorobou by se vrátilo 60 respondentů (72 %) a 23 respondentů (28 %) by se k životu před chorobou již nevrátilo.

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, odpovězte prosím na následující otázku: Proč byste se vrátil(a) ke svému původnímu životnímu stylu?

Tab. 32 Důvod návratu k životu před chorobou

Důvod návratu k životu před chorobou	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Byl zdravější	19	0,32	32
Byl bezstarostný	26	0,43	43
Více mi vyhovoval	15	0,25	25
Celkem	60	1	100



Graf 33 Důvod návratu k životu před chorobou

Komentář:

Otázka se týkala pouze respondentů, kteří by se vrátili k životu před vředovou chorobou gastroduodena. Na tuto otázku tedy odpovídalo 60 respondentů (100 %). Respondenti si mohli vybírat z několika předem navržených odpovědí nebo mohli uvést jiný důvod, ovšem této možnosti nevyužil nikdo z dotazovaných. 19 respondentů (32 %) uvedlo, že jim život před propuknutím choroby připadal zdravější, pro 26 respondentů (43 %) byl tento život bezstarostný, tím je myšleno žádné užívání léků, dispenzarizace, dodržování diety atd. Dále 15 respondentů (25 %) uvedlo, že jim více vyhovoval předešlý život než nynější s chorobou.

DISKUZE

Diskuze se zaměřuje na posouzení a zhodnocení stanovených cílů. Dále jsou výsledná data porovnávána s výsledky bakalářské práce studentky Jitky Dřevikovské z Masarykovy univerzity v Brně z roku 2007. Studentka pomocí dotazníkového šetření zjišťovala, jak vředová choroba ovlivňuje život pacientů.

Hlavním cílem práce bylo zjistit kvalitu života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit informovanost pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 16, 18, 19.

Shrnutí poskytuje nejzajímavější výsledky týkající se informovanosti pacientů v různých oblastech.

Dietní opatření zná převážná část dotazovaných (65 %). Výsledná data ovšem ukazují, že respondenti znají spíše technologické postupy přípravy stravy a jsou obeznámeni pouze s absencí alkoholu a kávy. Také chci upozornit na neznalost konkrétních potravin, kterým se pacienti s peptickými vředy mají vyhnout.

Velmi překvapivý je fakt, že více jak polovina dotazovaných (52 %) nezná možné komplikace vztahující se k onemocnění peptickými vředy. 23 % respondentů, kteří znají možné komplikace nemoci, uváděli zvracení a bolest. Tyto obtíže ovšem nespádají do komplikací nýbrž mezi klinické příznaky nemoci. Respondenti tedy mají nesprávné informace. V práci od studentky Dřevikovské si je 46 respondentů (52,8 %) vědomo komplikací v souvislosti s vředovou chorobou gastroduodena. V mé práci je zná 40 dotazovaných (48 %). Výsledná data jsou podobná a značí, že informovanost pacientů s peptickými vředy se od roku 2007 nezlepšila, pacienti stále nevědí, jaké jsou možné komplikace choroby.

Z hlediska informovanosti si více jak polovina dotazovaných (53 %) myslí, že nemá dostatek informací o možných komplikacích choroby.

Dílčí cíl byl splněn. Průzkum zjistil, že respondenti nemají dostatek informací o pohybovém režimu, užívání medikace a především o již zmiňovaných komplikacích vředové choroby gastroduodena.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit dosavadní zkušenosti pacientů s nemocí.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 6, 11, 12, 17, 20.

Shrnutí nejzajímavějších výsledků v oblasti dosavadních zkušeností pacientů s peptickými vředy.

Výsledná data byla srovnána s prací studentky Dřevíkové, která zjistila, že polovina respondentů (43 respondentů, 49,4 %) trpí chorobou 11 let a více, zatímco v mé bakalářské práci trpí nemocí déle jak 8 let jen 18 respondentů (22 %). Tento trend může být ovlivněn vyšší koncentrací pacientů s vředovou chorobou gastroduodena na specializovaných gastroenterologických odděleních v Brně.

V oblasti příznaků nemoci respondenty nejvíce trápí bolesti břicha, a to ve 40 případech (17 %). Tento projev onemocnění značně znepráhňuje život pacienta a zhoršuje kvalitu jeho života. Všechny projevy onemocnění, se kterými se respondenti setkávají, se vyskytují nejčastěji 1x týdně nebo jsou stále. Tento fakt je velmi překvapující, sezonní výskyt a typické bezpříznakové období, které se střídá s exacerbacemi choroby, jsou v tomto případě zcela vyloučeny. Výsledek lze možno vysvětlit tím, že největší procento respondentů (28 %) trpí chorobou rok a méně, proto se u nich mohou příznaky onemocnění vyskytovat častěji než po stabilizaci choroby.

Léky na vředovou chorobu gastroduodena užívá velký počet respondentů pouze občas (31 respondentů, 37 %). Tento výsledek je zajímavý, protože po nasazení medikamentózní léčby by měly být léky užívány v pravidelných intervalech, které určí ošetřující lékař.

S hospitalizací v souvislosti s vředovou chorobou gastroduodena má zkušenosti 29 % respondentů.

Dílčí cíl byl splněn. Průzkumné šetření zjistilo, že respondenti mají zkušenosti se širokým spektrem příznaků onemocnění, které je zatěžují takřka denně. Ovšem s medikamentózní léčbou má zkušenosti jen část respondentů.

Dílčí cíl č. 3: Posoudit možný výskyt faktorů přispívajících k zhoršování nemoci.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 15.

Zhodnocení odpovědí vztahujících se k výskytu faktorů zhoršující prožívání nemoci.

Peptické vředy postihují věkovou populaci od 20 let. Ovšem překvapující je poměrně velký počet respondentů (17 %) nacházejících se právě ve věkovém rozmezí 30 let a méně. Tato skutečnost může být spojována se stresem a uspěchaným životním stylem. V práci studentky Dřevikovské bylo nejvíce respondentů zastoupeno ve věkové skupině 40-49 let (27 respondentů, 31 %). V mé práci se nejpočetnější skupinou stali respondenti ve věkové skupině 51-70 let (27 respondentů, 33 %). Tento rozdíl nejpočetnějších věkových skupin může být vysvětlen náhodným výběrem pacientů nebo zvyšujícím se výskytem vředové choroby gastroduodena u starších nemocných.

V souvislosti s bydlištěm bylo zjištěno, že na vesnici bydlí více než polovina dotazovaných (54 %). Tento údaj je překvapující, protože město je považováno za více stresující oblast než vesnice.

Překvapivě mnoho respondentů je nezaměstnaných (13 respondentů, 16%). Tato skutečnost může být spojována s vředovou chorobou gastroduodena, kvůli které pacienti nemohou vykonávat určité druhy profesí, zvláště ty ve stresovém prostředí. Dalo by se také očekávat vyšší procento osob samostatně výdělečně činných, protože jsou ve větší míře vystavováni psychickému vypětí.

Výsledná data byla srovnávána s prací studentky Dřevikovské, kdy žilo v neustálém stresu 41 respondentů (47,1 %). Aktuální data odhalují, že nyní žije ve stresu 59 dotazovaných (71 %). Srovnání ukazuje, že aktuální výsledky jsou radikálně horší než výsledky z předchozích let. To může být způsobeno stále se zvyšujícím nátlakem rychlé moderní doby. Fakta také potvrzují, že stres je úzce spjat s peptickými vředy a patří mezi nejvýznamnější faktory onemocnění.

Z hlediska rizikových faktorů 20 respondentů (24 %) dříve kouřilo, ale nyní kouření cigaret zanechalo. Tuto skutečnost lze přikládat faktu, že kouření cigaret zhoršuje hojení vředu. Mnoho respondentů tedy mohlo zanechat kouření právě kvůli vředové chorobě gastroduodena. Ovšem 23 kuřáků (80 %) vykouří 10 cigaret nebo více cigaret za den. Výsledek je velmi udivující a odhaluje, že i když pacienti trpí chorobou, která vyžaduje úplné vylou-

čení kouření nebo minimálně snížení počtu vykouřených cigaret za den, nedbají na upozornění a nadále kouří vysoký počet cigaret.

Kávu pije více jak polovina dotazovaných (45 respondentů, 54 %). Pacienti s peptickými vředy by měli pít kávu nejlépe úplně vyloučit. Pokud ovšem nedokážou kávu ze svého jídelníčku vyřadit, měli by ji alespoň omezit. Výsledky jsou neuspokojivé a ukazují, že se tomu tak neděje a respondenti nedodržují dietní opatření v souvislosti s onemocněním.

Léky agresivně působící na sliznici gastroduodena (salicyláty, nesteroidní antirevmatika a kortikoidy) pravidelně užívá 22 dotazovaných (27 %), z toho 50 % respondentů užívá tyto léky denně. Zmiňované léky působí negativně na skladbu mucinu a poškozují sliznici gastroduodena. Vysazení či nahrazení těchto léků za jiné ovšem není v rukách pacienta, nýbrž jeho gastroenterologa.

V oblasti stravovacích návyků se 19 respondentů (23 %) stravuje ve spěchu, 8 respondentů (10 %) přes den vůbec nejí a 9 respondentů (11 %) se přejídá na večer. Celkem 44 % respondentů nedbá na doporučení a nedodržuje dietní opatření vztahující se k onemocnění peptickými vředy. Domnívám se, že nesprávné stravovací návyky jsou výsledkem stresového vypětí.

Dílčí cíl byl splněn. Výsledná data ukazují, že výskyt rizikových faktorů, které přispívají ke zhoršování nemoci je velmi častý. Všeobecně lze zhodnotit, že rizikové faktory ať už se jedná o kouření cigaret, pití kávy, vystavování stresu atd. se vyskytují přibližně u poloviny dotazovaných.

Dílčí cíl č. 4: Posoudit možné změny v kvalitě života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 13, 14, 21, 22.

Shrnutí nejzajímavějších a nejdůležitějších výsledků, které se vztahují k možným změnám kvality života.

Je zajímavé, že 38 respondentů (46 %) vředová choroba omezuje ve fyzické aktivitě, ale jen 28 respondentů (34 %) se kvůli vředové chorobě muselo vzdát sportu, zaměstnání či oblíbených činností. Dalo by se očekávat, že pokud vředová choroba omezuje respondenty ve fyzické aktivitě, tak budou nuceni zanechat i některé z uvedených činností.

Vředová choroba gastroduodena změnila život 46 respondentům (55 %), tedy více jak polovině respondentům a tím ovlivnila také kvalitu jejich života. V práci studentky Dřevíkové choroba změnila kvalitu života 52 respondentům (59,7 %). Data se v tomto případě také relativně shodují, tedy více než polovině respondentům choroba změnila život a tím i kvalitu života. Má práce ukazuje, že jednomu respondentovi (2 %) změnila vředová choroba život dokonce radikálně, tedy v maximální možné míře. Na číselné škále hodnotící míru změny života označili respondenti všechny hodnoty kromě čísla 1, tedy nejmenší změny života. Prožitek této nemoci je tedy jen čistě subjektivní zážitek každého respondenta.

Dále je zajímavé, že pouze 46 dotazovaným (55 %) změnila choroba život, ale 60 respondentů (72 %) by se vrátilo k životnímu stylu před nemocí. Z toho vyplývá, že někteří respondenti by se vrátili k životu před chorobou, i když jim nezměnila život. Ovšem více než polovině dotazovaných (55 %) se život změnil a tím také jeho kvalita.

K životu před onemocněním by se 19 respondentů (32 %) vrátilo z důvodu, že jim připadal zdravější než život nyní. Přitom dodržování diety, zákaz kouření, alkoholu je životu mnohem prospěšnější.

Dílčí cíl byl splněn. Výsledná data ukazují, že více než polovině dotazovaným (55%) změnila nemoc život a tím také jeho kvalitu. Míra ovlivnění kvality života je individuální, respondentům změnila choroba život různými stupni intenzity. Některým onemocnění zasáhlo do kvality života méně a některým více.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. Dílčí cíle zjišťovaly informovanost pacientů s vředovou chorobou gastroduodena a dosavadní zkušenosti pacientů s nemocí. Dále posuzovaly možný výskyt faktorů přispívajících k zhoršování nemoci a změny ve kvalitě života pacientů.

Teoretická část práce popisuje anatomii a fyziologii žaludku a dvanáctníku. Dále se zabývá definicí gastroduodenální vředové choroby, její etiologií, klasifikací, klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou. Následně popisuje možné komplikace a prognózu onemocnění, další část je věnována ošetrovatelské péči. Poslední úsek teoretické části podává komplexní informace o kvalitě života u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena.

Praktická část pomocí dotazníkového šetření zjišťovala kvalitu života u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena.

Výsledná data ukazují, že pacienti nejsou dostatečně informováni. Nejméně jsou poučeni v oblasti možných komplikací. Ovšem ani informovanost týkající se režimových opatření a užívání medikace v souvislosti s onemocněním peptickými vředy není zcela uspokojivá. Pacienti mají zkušenosti se širokým spektrem projevů onemocnění, ovšem nejvíce dotazovaných trápily bolesti břicha, které se objevovaly v různých časových intervalech. Všeobecně lze říci, že všechny projevy onemocnění se u respondentů objevují nejčastěji 1x týdně nebo jsou stálé. Rizikové faktory zhoršující průběh onemocnění se vyskytují často a ve velké míře. Domnívám se, že tento fakt do jisté míry způsobuje nedostatečná informovanost pacientů. Onemocnění změnilo život více než polovině dotazovaných, z toho také vyplývá, že se pozměnila i kvalita jejich života a to do různé míry. Některým choroba nezměnila život vůbec, ostatním do života zasáhla radikálně. Kvalita života je tedy čistě individuální záležitostí a každý pacient prožívá nemoc jiným způsobem. Všech cílů se tedy podařilo dosáhnout.

Změny v kvalitě života u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena opravdu nastávají, ovšem míra těchto změn se u každého pacienta může lišit. Na kvalitě života se odráží také informovanost pacientů o onemocnění, tu ovšem hodnotím jako nedostatečnou. Navrhuji proto důkladnější edukaci (popř. opakované edukace). Zdravotnický personál by si měl ověřit, zda pacient informacím rozumí, zkontrolovat zpětnou vazbu a dát k dispozici informační materiály, které si pacient může prostudovat v klidu domova. Letáky zabývající

se určitým okruhem informací (např. dietním režimem, režimovými opatřeními) by byly v tomto případě na místě. Zdravotníci by se tedy měli zamyslet nad efektivnější edukací pacientů ve všech oblastech problematiky vředové choroby gastroduodena.

Výstupem mé bakalářské práce byla aktivní účast na VIII. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských a magisterských nelékařských zdravotnických oborů v Pardubicích (Příloha P IV), na které jsem prezentovala výsledky dotazníkového šetření. Dále byla zpracována informační brožura, která uvádí dietní a režimová opatření u vředové choroby gastroduodena. Brožura bude k dispozici pacientům v gastroenterologických ambulancích, ambulancích praktického lékaře a na odděleních interního typu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**MONOGRAFIE**

- [1] ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
- [2] ČIHÁK, Radomír, 2002. *Anatomie 2. 2., upr. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0143-X.
- [3] DÍTĚ, Petr, c2007. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-496-6.
- [4] DŘEVIKOVSKÁ, Jitka, 2007. *Život s vředovou chorobou gastroduodena*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí bakalářské práce Doc. MUDr. Pavel Weber.
- [5] ELIŠKOVÁ, Miroslava a Ondřej NAŇKA, 2007. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1216-4.
- [6] JIRÁSEK, Václav, Marie BRODANOVÁ a Zdeněk MAREČEK, 2002. *Gastroenterologie, hepatologie: Vnitřní lékařství. Svazek IV*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-139-4.
- [7] KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- [8] KMENT, Milan a Tamara STARNOVSKÁ, 2002. *Diety při onemocnění peptickými vředy: recepty, rady lékaře. 2. aktualiz. vyd.* Praha: Sdružení MAC. ISBN 80-86015-85-8.
- [9] KOHOUT, Pavel, 2005. *Vředová choroba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-077-1.
- [10] KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, c2008. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-7-7.
- [11] KOMINÁCKÁ, Jitka, 2011. *Moderní informační technologie pro podporu vyhodnocení prostorových indikátorů kvality života: Aplikace ve venkovské krajině jižní Moravy*. Brno: Konvoj. ISBN 978-80-7302-162-7.

- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- [13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- [14] KUMAR, Parveen a Michael CLARK, 2009. *Clinical medicine*. 7th ed. Edinburg: Saunders. ISBN 978-0-7020-2993-6.
- [15] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [16] LANGMEIER, Miloš a kolektiv, 2009. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2526-0.
- [17] LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK, 2010. *Gastroenterologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.
- [18] LUKÁŠ, Karel a Tomislav ŠVESTKA, 2002. *Refluxní choroba jícnu a vředová choroba gastroduodena: diagnostika a léčba v každodenní praxi*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-309-1.
- [19] LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK a kolektiv, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.
- [20] MARIEB, Elaine Nicpon a Jon MALLATT, 2005. *Anatomie lidského těla*. Brno: CP Books. ISBN 8025100669.
- [21] SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2110-1.
- [22] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.
- [23] TROJAN, Stanislav a kolektiv, 2003. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0512-5.
- [24] VÖRÖSOVÁ, Gabriela a kolektiv, c2005. *Interné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-192-1.

- [25] ZAVORAL, Miroslav a Johana VENEROVÁ a kolektiv, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-902-3.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- [26] DÍTĚ, Petr, 2006. Vředová nemoc žaludku a dvanáctníku, současné léčebné trendy. *Interní medicína pro praxi* [online]. č. 5, s. 231-234 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/05/06.pdf>
- [27] EHRMANN, Jiří a Jan GREGAR, 2003. Vředová choroba gastroduodena. *Postgraduální medicína* [online]. č. 8 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vredova-choroba-gastroduodena-157865>
- [28] KREJČÍ, Ivona, 2007. Vředová choroba žaludku a duodena. *Medicína pro praxi* [online]. č. 5, s. 209-210. [cit. 2013-03-10]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2007/05/05.pdf>
- [29] SLOVÁČEK, Ladislav a kolektiv, 2004. Kvalita života nemocných: Jeden z nejdůležitějších parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. č. 1, s. 6-9. [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf
- [30] VOJTOVÁ, Jitka, 2012. Zdraví, definice, modely. *Ošetrovatelství* [online]. [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.eu/index.php/komunitni-a-domaci-osetrovatelstvi/21-zdravi-definice-mode>
- [31] ZIMANDLOVÁ, Dana a Jan BUREŠ, 2012. Současné možnosti léčby peptických vředů. *Interní medicína pro praxi* [online]. č. 14, s. 51-54. [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/02/02.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aktualiz.	aktualizované
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
blokátor H2	blokátor H2-histaminového receptoru
cit.	citováno
cm	centimetr
č.	číslo
dopl.	doplněné
ed.	edition (edice)
EKG	elektrokardiografie
et al.	a kolektiv
h	hodina
H. pylori	Helicobacter pylori
HCl	kyselina chlorovodíková
HRQoL	Health-Related Quality of Life (Kvalita života podmíněná zdravotním stavem)
HYE	Healthy Years Equivalent (Ekvivalent zdravého roku)
g	gram
IgG	Imunoglobulin G
ISBN	International Standard Book Number (mezinárodní standardní číslo knihy)
lat.	latinsky
LSS	Life Satisfaction Scale (Škála životního uspokojení)
MANSA	Manchester Short Assesment of Quality of Life (Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru)

ml	mililitr
např.	například
NSG	nasogastrická
pH	potential of hydrogen (potenciál vodíku)
resp.	respektive (popřípadě)
RTG	rentgenografie
řec.	řecky
roč.	ročník
s.	strana
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (Systém individuálního hodnocení kvality života)
tab.	tabulka
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
upr.	upravené
VAS	Visual Analogue Scale (Vizuální analogová škála)
vitamin B12	kobalamin
vyd.	vydání
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1 Pohlaví respondentů</i>	41
<i>Tab. 2 Věk respondentů</i>	42
<i>Tab. 3 Bydliště respondentů</i>	43
<i>Tab. 4 Dosažené vzdělání</i>	44
<i>Tab. 5 Povolání respondentů</i>	45
<i>Tab. 6 Délka trvání nemoci</i>	46
<i>Tab. 7 Život ve stresu</i>	47
<i>Tab. 8 Kuřák/kuřačka</i>	48
<i>Tab. 9 Počet vykouřených cigaret za den</i>	49
<i>Tab. 10 Pití kávy</i>	50
<i>Tab. 11 Množství vypité kávy za den</i>	51
<i>Tab. 12 Užívání léku s agresivním vlivem na žaludek</i>	52
<i>Tab. 13 Frekvence užívání léků</i>	53
<i>Tab. 14 Nejvíce zatěžující projevy nemoci</i>	54
<i>Tab. 15 Výskyt projevů nemoci (počet respondentů)</i>	56
<i>Tab. 16 Výskyt projevů nemoci (relativní četnost)</i>	56
<i>Tab. 17 Výskyt projevů nemoci (%)</i>	56
<i>Tab. 18 Omezení při fyzické aktivitě</i>	62
<i>Tab. 19 Zanechání běžných činností</i>	63
<i>Tab. 20 Zanechané činnosti</i>	64
<i>Tab. 21 Nejvíce vyhovující odpověď v oblasti příjmu potravy</i>	65
<i>Tab. 22 Znalost dietních opatření</i>	66
<i>Tab. 23 Znalost konkrétních dietních opatření</i>	67
<i>Tab. 24 Pravidelnost užívání léků na vředovou chorobu gastroduodena</i>	69
<i>Tab. 25 Znalost komplikací</i>	70
<i>Tab. 26 Znalost konkrétních komplikací</i>	71
<i>Tab. 27 Dostatek informací</i>	72
<i>Tab. 28 Hospitalizace v souvislosti s nemocí</i>	74
<i>Tab. 29 Změna života z důvodu choroby</i>	75
<i>Tab. 30 Míra změny života</i>	76
<i>Tab. 31 Návrat k životu před chorobou</i>	78

Tab. 32 Důvod návratu k životu před chorobou 79

SEZNAM GRAFŮ

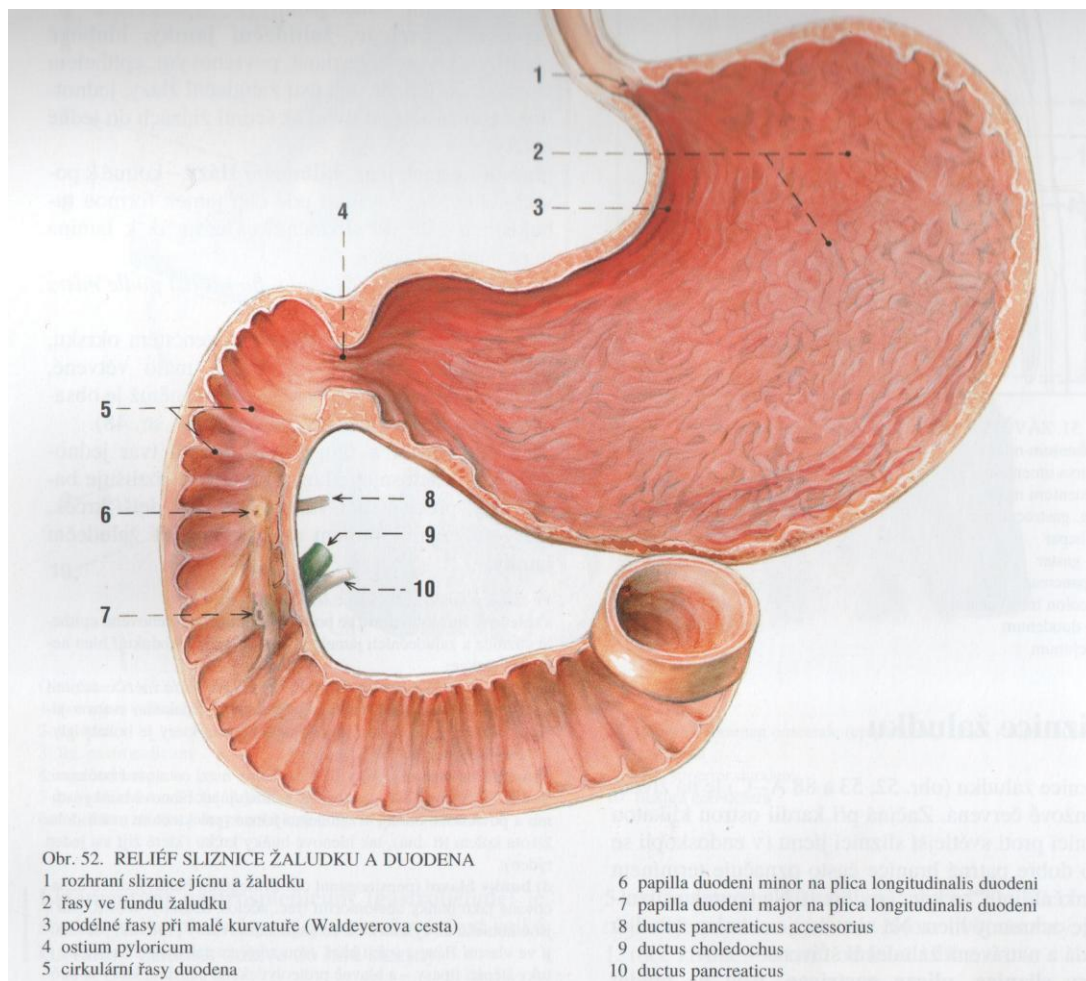
<i>Graf 1 Pohlaví respondentů</i>	41
<i>Graf 2 Věk respondentů</i>	42
<i>Graf 3 Bydliště respondentů</i>	43
<i>Graf 4 Dosažené vzdělání</i>	44
<i>Graf 5 Povolání respondentů</i>	45
<i>Graf 6 Délka trvání nemoci</i>	46
<i>Graf 7 Život ve stresu</i>	47
<i>Graf 8 Kuřák/kuřačka</i>	48
<i>Graf 9 Počet vykouřených cigaret za den</i>	49
<i>Graf 10 Pití kávy</i>	50
<i>Graf 11 Množství vypité kávy za den</i>	51
<i>Graf 12 Užívání léků s agresivním vlivem na žaludek</i>	52
<i>Graf 13 Frekvence užívání léků</i>	53
<i>Graf 14 Nejvíce zatěžující projevy nemoci</i>	54
<i>Graf 15 Výskyt projevů nemoci - nevolnost, nechutenství, zvracení</i>	57
<i>Graf 16 Výskyt projevů nemoci - bolesti břicha</i>	57
<i>Graf 17 Výskyt projevů nemoci - pálení žáhy, říhání, pocit kyselosti v ústech</i>	58
<i>Graf 18 Výskyt projevů nemoci - snížená chuť k jídlu, hubnutí, únava, zácpa</i>	58
<i>Graf 19 Omezení při fyzické aktivitě</i>	62
<i>Graf 20 Zanechání běžných činností</i>	63
<i>Graf 21 Zanechané činnosti</i>	64
<i>Graf 22 Nejvíce vyhovující odpověď v oblasti příjmu potravy</i>	65
<i>Graf 23 Znalost dietních opatření</i>	66
<i>Graf 24 Znalost konkrétních dietních opatření</i>	67
<i>Graf 25 Pravidelnost užívání léků na vředovou chorobu gastroduodena</i>	69
<i>Graf 26 Znalost komplikací</i>	70
<i>Graf 27 Znalost konkrétních komplikací</i>	71
<i>Graf 28 Dostatek informací</i>	72
<i>Graf 29 Hospitalizace v souvislosti s nemocí</i>	74
<i>Graf 30 Změna života z důvodu choroby</i>	75
<i>Graf 31 Míra změny života</i>	76

<i>Graf 32 Návrat k životu před chorobou.....</i>	<i>78</i>
<i>Graf 33 Důvod návratu k životu před chorobou.....</i>	<i>79</i>

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Anatomie žaludku a duodena
- P II Recepty pro pacienty
- P III Dotazník pro pacienty s vředovou chorobou gastroduodena
- P IV Účast na VIII. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských a magisterských nelékařských oborů

PŘÍLOHA PI: ANATOMIE ŽALUDKU A DVANÁCTNÍKU



Převzato z: ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM, 2002. *Anatomie 2.* 2. vyd. Praha: Grada. s. 74. ISBN 80-247-0143-X.

PŘÍLOHA II: RECEPTY PRO PACIENTY

Polévky

Bramborová polévka (4 porce)

- 200 g brambor, 120 g kořenové zeleniny (mrkev, petržel, celer), 25 g hladké mouky, 20 g oleje, sůl, kmín, majoránka, petrželová nat', 10 g sušených hub

Očištěnou kořenovou zeleninu nakrájíme na kostičky, povaříme, přidáme očištěné a na kostičky nakrájené brambory, sůl, kmín a majoránku. Zvlášť uvaříme vývar z hub, který přidáme do polévky. Z oleje a mouky připravíme světlou jíšku, kterou polévku zahustíme. Do hotové polévky přidáme nasekanou petrželovou nat'.

Polévka zeleninová s krupicí (4 porce)

- 80 g mrkve, 80 g petržele, 80 g celeru, 60 g krupice, 1 vejce, sůl, olej

Zeleninu očištíme a nakrájíme na kostičky nebo nastrouháme na hrubo. Dáme uvařit do osolené vody. Krupici lehce opečeme na oleji a přidáme do polévky. Vejce rozšleháme a postupně do vařící polévky vléváme za stálého míchání. Vejce v polévce vytvoří jemnou mlhovinu.

Polévka kmínová s vejcem (4 porce)

- 60 g hovězího masa, 90 g kořenové zeleniny (petržel, celer, mrkev), 20 g hladké mouky, kmín, olej, 2 vejce, sůl

Očištěné maso nakrájíme na menší kousky a dáme vařit. Přidáme očištěnou a na kousky nakrájenou zeleninu, kmín, sůl. Uvaříme do změknutí. Na oleji opečeme mouku. Touto jíškou zahustíme polévku, povaříme a do vařící polévky přidáme rozšlehané vejce. Lijeme pomalu a rychle mícháme – vznikne jemná mlhovina.

Hlavní jídla

Telecí maso na hrášku (4 porce)

- 320 g telecího masa, 20 g oleje, 120 g hrášku, 40 g hladké mouky, sůl

Omyté maso nakrájíme na proužky. Na rozpálené hluboké pánvi nebo v kastrolu opečeme na sucho, přidáme olej, sůl a podlijeme vodou. Dáme dusit a po chvíli přidáme mražený hrášek. Mouku lehce opražíme na sucho a zahustíme jí podušené maso s hráškem. Krátce povaříme.

Vepřové maso na mrkvi (4 porce)

- 320 g libového vepřového masa, 240 g mrkve, 20 g oleje, sůl

Omyté maso nakrájíme na kostky, opečeme na sucho, přidáme olej, sůl a podlijeme vodou. Dáme dusit. Mrkev očistíme a nakrájíme na kolečka. Přidáme k poloměkkému masu a dusíme do měkka.

Kuřecí plátky s bešamelem (4 porce)

- plátky kuřecího masa, 40 g oleje, 40 g hladké mouky, 150 g mléka, 1 vejce, 40 g tvrdého sýra, ½ kompotované broskve, sůl

Plátky kuřecího masa opečeme na sucho nebo na grilu, podlijeme malým množstvím vody a osolíme. Podusíme do změknutí. Z oleje, mouky a mléka připravíme bešamel. Do vychladlého bešamelu vmícháme vejce. Broskev necháme okapat a nakrájíme ji na plátky. Sýr nastroháme. Do zapékací misky vložíme porce masa. Poklademe je plátky broskve a překryjeme bešamelem. Ten posypeme nastrohaným sýrem a v rozehřáté troubě zapečeme.

Nudlový nákyp s tvarohem a jablky (4 porce)

- 240 g těstovin, 120 g cukru, 3 vejce, 250 g měkkého tvarohu, 250 g jablek, olej a strouhanka na vymazání formy, sůl

Těstoviny uvaříme v osolené vodě do měkka a scedíme. Tvaroh utřeme s cukem a vejci. Jablka oloupeme, vykrájíme jadřince a nastroháme na hrubo. Vmícháme do tvarohu. Při-

dáme uvařené těstoviny a promícháme. Plníme do vymazané a vysypané formy. Můžeme jak vařit ve vodní lázni, tak zapéci.

Omáčky

Ovocná omáčka (4 porce)

- 600 g mléka, 60 g hladké mouky, 400 g meruňkového (broskvového) kompotu, 20 g cukru

V mléce rozmícháme mouku a dáme vařit. Když začne houstnout, přidáme rozmixovaný kompot. Povaříme a podle chuti osladíme.

Saláty

Mrkvový salát s křenem (4 porce)

- 400 g mrkve, 10 g křenu, 1 citron, 20 g cukru, olej

Očištěnou mrkev a očištěný křen nastrouháme na jemno, zalijeme zálivkou z vody, citronové šťávy a cukru. Přidáme několik kapek oleje.

Mrkvový salát s meruňkami (4 porce)

- 320 g mrkve, 160 g meruňkového kompotu, 20 g cukru, 1 citron

Očištěnou mrkev uvaříme a nastrouháme. Doplníme drobně nakrájené kompotové meruňky. Přidáme citronovou šťávu, cukr, případně kompotovou šťávu a promícháme.

Celerový salát s jablky (4 porce)

- 240 g celeru, 120 g jablek, 20 g cukru, 1 citron, sůl

Očištěný celer uvaříme ve slané vodě a nastrouháme. Jablka oloupeme, vykrájíme jadřince a nastrouháme. Smícháme s celerem, přidáme citronovou šťávu a podle chuti osladíme.

Malá studená jídla

Paštika z králíka (4 porce)

- 600 g dušeného králíčího masa, 2 žemle, 1 vejce, sůl, kmín, olej na formu

Dušené maso jemně umeleme, přidáme navlhčenou žemli, vejce rozšlehaná se solí a promícháme. Přidáme mletý kmín a směs dáme ve vymazané formě vařit do vodní lázně.

Moučníky

Jablka v krému (4 porce)

- 400 g jablek, 40 g cukru, 40 g jahodového džemu, 400 g mléka, 1 ks pudinkového prášku, 1 ks vanilkového cukru

Jablka oloupeme a rozpůlíme. Odstraníme jadřince a dáme krátce podusit. Z mléka, cukru, vanilkového cukru a pudinkového prášku uvaříme krém. Podušená jablka dáme na misku, do středu přidáme lžičku džemu a přelijeme pudinkovým krémem.

Vanilkový krém s ovocem (4 porce)

- 800 g mléka, 80 g cukru, 80 g škrobu, 1 vejce, 20 g vanilkového cukru, 400 g jablek

Dvě třetiny mléka uvaříme s polovinou cukru. Ve zbylém mléce rozmícháme žloutek, škrob a vanilkový cukr. Vlijeme do vařícího mléka a uvaříme hustý krém. Do horkého krému vmícháme sníh z bílku a cukru. Očištěná jablka nakrájíme na silnější kolečka, vykrojíme jadřinec a necháme přejít varem ve vodě. Pak dáme do misek, přelijeme krémem. K přípravě můžeme pochopitelně použít místo škrobu vanilkový pudinkový prášek.

Převzato z KMENT, Milan. *Diety při onemocnění peptickými vředy: Recepty, rady lékaře*, 2002. 2. vyd. Praha: Sdružení MAC. ISBN 80-86015-85-8.

PŘÍLOHA III: DOTAZNÍK PRO PACIENTY S VŘEDOVOU CHOROBU GASTRODUODENA

Vážený pane / vážená paní,

jmenuji se Lenka Tylajková a jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma *Kvalita života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou*. Chci Vás touto cestou poprosit o vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a uvedené údaje budou použity pouze pro účely mé práce. Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte pouze **jednu odpověď**.

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

1. Pohlaví

- Muž
- Žena

2. Věk

- 30 let a méně
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-70 let
- 71 let a více

3. Bydliště

- Venkov
- Město

4. Dosažené vzdělání

- Základní
- Vyučen(a)
- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

5. Povolání

- Zaměstnanec
- Podnikatel (OSVČ)
- Nezaměstnaný
- Důchodce
- Jiné.....

6. Jak dlouho trpíte vředovou chorobu?

- 1 rok a méně
- 2-3 roky
- 4-5 let
- 6-7 let
- 8 let a více

7. Myslíte si, že žijete ve stresu?

- Ano
- Ne

8. Jste kuřák/kuřačka?

- Ano
- Ne
- Ne, ale dříve jsem kouřil(a)
- Kouřím příležitostně

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, doplňte prosím následující otázku:

Kolik cigaret denně vykouříte?

.....

9. Pijete kávu?

- Ano
- Ne
- Občas

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, odpovězte prosím na následující otázku:

Kolik šálků kávy denně vypijete?

- 1 šálek
- 2 šálky
- 3 šálky
- 4 šálky a více

10. Užíváte léky, které mají agresivní vliv na žaludek? (např. salicyláty, nesteroidní antirevmatika, kortikoidy) viz vysvětlivka níže

- Ano
- Ne
- Nevím

Salicyláty - léky proti bolesti, horečce a proti shlukování krevních destiček (např. Acylpyrin, Aspirin, Anopyrin)

Nesteroidní antirevmatika - léky proti zánětu, bolesti a horečce (např. Ibuprofen, Brufen, Diklofenak, Indometacin, Naproxen).

Kortikoidy - léky, které se užívají při onemocnění imunitního systému a alergiích (např. Prednison, Hydrocortison, Medrol, Dexamethazon).

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, odpovězte prosím na následující otázku:

Jak často užíváte tyto léky?

- Denně
- 2-3x týdně
- 1x týdně
- Jiné.....

11. Jaké obtíže Vás v souvislosti s vředovou chorobou nejvíce trápí v běžném životě?

(možnost výběru více odpovědí)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nevolnost | <input type="checkbox"/> Pocit kyselosti v ústech |
| <input type="checkbox"/> Nechutenství | <input type="checkbox"/> Snížená chuť k jídlu |
| <input type="checkbox"/> Zvracení | <input type="checkbox"/> Hubnutí |
| <input type="checkbox"/> Bolesti břicha | <input type="checkbox"/> Únava |
| <input type="checkbox"/> Pálení žáhy | <input type="checkbox"/> Zácpa |
| <input type="checkbox"/> Říhání | <input type="checkbox"/> Jiné..... |

12. Jak často se u Vás níže uvedené potíže vyskytují?

	Doplňte, jak často se potíže objevují (např. nevyskytuje se, 1x týdně, 2x týdně, 1x měsíčně atd.)
Nevolnost	
Nechutenství	
Zvracení	
Bolesti břicha	
Pálení žáhy	
Říhání	
Pocit kyselosti v ústech	
Snížená chuť k jídlu	
Hubnutí	
Únava	
Zácpa	
Jiné.....	

13. Omezuje Vás onemocnění při fyzické aktivitě?

- Ano
 Ne

14. Musel(a) jste se kvůli vředové chorobě vzdát svého zaměstnání či oblíbených činností?

- Ano
- Ne

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, odpovězte prosím na následující otázku:

Jakých činností jste se musel(a) vzdát kvůli vředové chorobě?

- Zaměstnání
- Sportu
- Zájmové činnosti
- Jiné.....

15. Označte nejvíce vyhovující odpověď:

- Jím více jak 5x denně v malých dávkách
- Na jídlo si vždy udělám čas
- Jím ve spěchu
- Přes den nejím
- Přejídám se na večer
- Jiné.....

16. Znáte dietní opatření týkající se vředové choroby?

- Ano
- Ne

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, uveďte dietní opatření, která znáte:

.....

17. Užíváte léky na vředovou chorobu?

- Ano, pravidelně
- Občas (když si vzpomenu)
- Ne

18. Znáte možné komplikace vředové choroby?

- Ano
- Ne

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, uveďte komplikace, které znáte:

.....

19. Myslíte si, že máte dostatek informací o:

	ANO	NE
Příznacích onemocnění		
Dietě		
Pohybovém režimu		
Užívání léků		
Komplikacích		

20. Musel(a) jste být někdy hospitalizována kvůli vředové chorobě?

- Ano
- Ne
- Nepamatuji se

21. Myslíte si, že Vám vředová choroba změnila život?

- Ano
- Ne

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, označte na škále intenzitu (1 - nejméně, 10 - nejvíce):

Jak moc Vám nemoc změnila život?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

22. Vrátil (a) byste se ke svému životnímu stylu, který jste žil(a) před nemocí?

Ano

Ne

Pokud jste odpověděl(a) **ANO**, odpovězte prosím na otázku:

Proč byste se vrátil(a) ke svému původnímu životnímu stylu?

Byl zdravější

Byl bezstarostný (žádné léky, kontroly u lékaře, dodržování diety)

Více mi vyhovoval

Jiné.....

PŘÍLOHA IV: ÚČAST NA VIII. CELOSTÁTNÍ STUDENTSKÉ VĚDECKÉ KONFERENCI BAKALÁŘSKÝCH A MAGISTERSKÝCH NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ



PARDOBICKÝ KRAJ **Pardubice**

POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFERENCI

pro
jméno a příjmení účastníka akce:

pan/paní

Lenka Tylajková

narozen/a

10. 3. 1991

VIII. Celostátní studentská vědecká konference bakalářských a magisterských nelékařských zdravotnických oborů

**25. dubna 2013
Univerzita Pardubice**

Forma celoživotního vzdělávání: **odborná konference**

Délka trvání akce: **8 hodin**

Druh účasti na vzdělávací akci: **aktivní**

Souhlasné stanovisko: POUZP pod číslem OZ 603/13 K dle Vyhlášky MZČR č.4/2010 Sb.*
Akce je určena pro: všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotnické záchranáře, radiologické asistenty, zdravotně sociální pracovníky.
*Vyhláška MZČR č. 4/2010 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.
Konference nebyla vedena v cizím jazyce.
Akce byla finančně podpořena Pardubickým krajem a Magistrátem města Pardubic.

 **Univerzita Pardubice**
Fakulta zdravotnických studií
532 10 Pardubice, Průmyslová 395

.....
razítko


.....
podpis

Tato konference je organizována v rámci projektu Zdravotnické studijní programy v inovaci,
Reg.č.: CZ.1.07/2.2.00/15.0357, OP VK, Oblast podpory 7.2.2 Vysokoškolské vzdělávání



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

