

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Kvalita života pacientů s gastroduodenální vředovou
chorobou**

Bakalářská práce

Autor: Miroslava Kalníková, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Petra Chymová

Jihlava 2016

ZADÁNÍ ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

Autor práce:	Miroslava Kalníková, DiS.
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou
Cíl práce:	Zmapovat kvalitu života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.



Mgr. Petra Chymová
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Téma bakalářské práce je „Kvalita života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou“. V teoretické části, popisuje anatomii a fyziologii žaludku a dvanáctníku. Dále se zabývá popisem gastroduodenální vředové choroby její etiologií, klasifikací, klinickým obrazem, diagnostikou, komplikacemi a léčbou. Následně je popsána informace o kvalitě života u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena. Výzkumná část zkoumá, pomocí dotazníkového šetření, kvalitu života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. Součástí výzkumné je zpracování, vyhodnocení zjištěných dat pomocí grafů s uvedenými slovním popisem a jejich porovnání s dalšími výzkumy.

Klíčová slova: peptický vřed, zažívací trakt, kvalita života, péče

Abstract

The topic of my thesis is "Quality of life of patients with gastroduodenal ulcer disease". The theoretical part describes the anatomy and physiology of stomach and duodenum. It also deals with the description of gastroduodenal ulcer disease's etiology, classification, clinical picture, diagnosis, complications and treatment. The next chapter describes information about the quality of life in patients with gastroduodenal ulcer disease. The research uses a questionnaire-based survey to assess the quality of life in patients with gastroduodenal ulcer disease. Comprehensive processing, evaluation of collected data with graphs containing relevant descriptions and a comparison with other studies are parts of this research.

Keywords: peptic ulcer, digestive tract, quality of life, care

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce, paní Mgr. Petře Chymové, za vstřícnost, trpělivost, ochotu, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala Nemocnici Havlíčkův Brod za možnost dotazníkového šetření a všem respondentům, kteří si našli čas k vyplnění dotazníku. Nakonec bych chtěla poděkovat všem, kteří mě při psaní bakalářské práce podporovali.

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

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

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

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

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Motto:

„Jedním z nejkrásnějších zadostiučinění v životě je, že kdykoli se upřímně snažíme pomoci jinému, pomáháme i sami sobě.“ Ralph Waldo Emerson

Obsah

Úvod.....	9
1 Anatomie a fyziologie zažívacího traktu	10
1.1 Složení stěny gastrointestinálního traktu	10
1.2 Trávení	10
1.3 Anatomie žaludku (gaster, ventriculus)	11
1.4 Fyziologie žaludku	12
1.5 Anatomie dvanáctníku (duodenum).....	12
1.6 Fyziologie dvanáctníku	13
2 Peptický vřed žaludku a duodena	14
2.1 Epidemiologie	14
2.2 Etiologie a patogeneze	14
2.2.1 Faktory agresivní	15
2.2.2 Faktory protektivní	16
2.3 Klasifikace peptického vředu	16
2.4 Klinický obraz.....	17
2.5 Diagnostika	18
2.5.1 Anamnéza	18
2.5.2 Rentgenové vyšetření žaludku	18
2.5.3 Endoskopické vyšetření	18
2.5.4 Laboratorní vyšetření	19
2.5.5 Vyšetření infekce <i>Helicobacter pylori</i>	19
2.6 Komplikace	20
2.6.1 Krvácení z peptického vředu	20
2.6.2 Penetrace	20
2.6.3 Perforace	21
2.6.4 Stenóza (obstrukce) pyloru	21

2.7	Léčba	21
2.7.1	Režimová opatření a dietní opatření	21
2.7.2	Farmakologická léčba	23
2.7.3	Chirurgická léčba	23
2.7.4	Ošetrovatelské péče	24
3	Kvalita života.....	27
3.1	Historický vývoj výzkumu kvality života	28
3.2	Zdraví	28
3.2.1	Determinanty zdraví	29
4	Výzkumná část	30
4.1	Stanovení cílů.....	30
4.1.1	Hlavní cíl výzkumu.....	30
4.1.2	Vedlejší cíle	30
4.2	Metodika výzkumu.....	31
4.3	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	31
4.4	Průběh výzkumu.....	31
4.4.1	Zpracování získaných dat	32
4.5	Výsledky výzkumu.....	32
4.6	Diskuze.....	46
4.7	Návrh řešení a doporučení pro praxi	53
	Závěr	55
	Seznam literatury	57
	Seznam grafů	60
	Seznam zkratk	61
	Seznam příloh	62

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila Kvalita života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. Tato problematika mě zaujala již v dřívějších letech při praxi na gastroenterologických ambulancích pro děti a následně i dospělých, kde jsem se poměrně často setkávala s vředovou chorobou v mladším věku, než jsme se učili ve škole. Podle vlastních zkušeností, o tomto onemocnění mezi veřejností je jen okrajová informovanost. Vředová choroba se může vyskytnout prakticky v každém věku, a proto si myslím, že informovanost by se měla zvýšit. Důvodem výskytu bude zřejmě špatný životní styl a dnešní hektická doba. Již v dětském věku jsou kladeny vysoké nároky a ty se negativně projevují na organismus.

V současné době, je výskyt vředové choroby v Evropě předpokládán asi na 0,1% ročně a v posledních desetiletích postupně klesá. Pravděpodobně v průběhu svého života onemocní vředovou chorobou asi 10% populace. (Lata et al., 2010)

Vředová choroba gastroduodena je onemocnění, se kterým se setkáváme na všech odděleních v nemocnici a i ve svém okolí. Dochází k poškození trávicí trubice nejčastěji v oblasti žaludku a dvanáctníku. Projevy této nemoci mohou být nespecifické jako např. dyspeptické potíže a únava nebo specifické bolesti břicha pod mečíkovitým výběžkem hrudní kosti a vpravo od něj a časová závislost na požití jídla. Diagnostika je postavena na endoskopickém vyšetření (tzv. gastroskopii) a následná léčba klade důraz na režimová a dietní opatření a užívání příslušných léků. Z tohoto vyplývá, že vředová choroba může ovlivnit kvalitu života nemocných a to nejen svými příznaky, ale i vyšetřeními, léčbou nebo různými komplikacemi. Kvalitu života každý jedinec vnímá a hodnotí podle svého uvážení.

V této práci se zaměřuji na teoretickou stránku vředové choroby, kde popisuji vznik onemocnění, diagnostiku, projevy, léčbu a možné komplikace. Ve výzkumné části jsem si zvolila hlavní cíl, zmapovat kvalitu života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. Za použití dotazníkového šetření, chci oslovit pacienty trpící tímto onemocněním, zmapovat v jakých oblastech nejvíce ovlivňuje vředová choroba kvalitu života a jak dodržují režimová a dietní opatření.

1 Anatomie a fyziologie zažívacího traktu

Trávicí systém je důležitý pro příjem stravy, jejímu rozmělnění, zpracování a vstřebávání živin. Součástí zažívacího traktu jsou dva typy orgánů: samotná trávicí trubice kam patří dutina ústní, hltan, jícen, žaludek, tenké a tlusté střevo a z připojených žláz, do kterých řadíme játra a slinivku břišní. Tyto žlázy produkují látky, které se uplatňují spolu se střevní flórou na procesu trávení. (Lukáš a kol., 2007; Kachlík, 2013)

1.1 Složení stěny gastrointestinálního traktu

Stěna trávicí trubice se skládá ze čtyř základních vrstev: sliznice, podsliznice, svalovina a vnější povrchová vrstva.

Sliznice, neboli tunica mucosa, je vnitřní kyprá vrstva, kryta vícevrstevným dlaždicovým nebo jednovrstevným cylindrickým epitelem. V řadě míst je složená v řasy a je pokrytá slinami nebo hlenem.

Podsliznice, neboli tela submucosa, je vrstva tvořena řídkým kolagenním vazivem. Tato vrstva obsahuje krevní a mízní cévy a nervové pleteně.

Svalovina, neboli tunica muscularis, je tvořena buď kosterní (příčně pruhovanou) nebo hladkou svalovinou, která zajišťuje pohyblivost jednotlivých oddílů (např. polykání či peristaltiku).

Vnější povrchová vrstva, je tvořena pojíci vrstvou (tunica adventicia) složenou z řidšího kolagenního vaziva nebo ze serózní vrstvy (tunica serosa). (Kachlík, 2013)

1.2 Trávení

Trávicí soustava v zásadě má dva úkoly. Mezi tyto úkoly patří mechanicky a chemicky zpracovávat potravu a následně vstřebat tuto potravu. Vstřebané látky jsou použity na výstavbu tkání nebo je využita uvolněná energie při jejich rozkladu. Trávením se odstraňuje potenciální toxicita některých látek nebo je omezena jejich schopnost aktivovat obranné mechanismy organismu. (Dylevský, 2009; Lukáš a kol., 2007)

Mechanické trávení

Přijátá potrava se mechanicky rozmělní pomocí zubů a jazyka. Stažením svalů patra, hltanu a jazyka se sousto posouvá do hltanu a je polknuto. Jícnem se dále dostává do žaludku, kde pokračuje mechanické zpracovávání promícháním polotekuté potravy. Pohyby žaludku a střev je potrava pomalu posouvána trávicím systémem a dále trávena. Nestrávitelné či nestrávené zbytky potravy jsou zformovány, zahuštěny a odstraněny pomocí stolice. Mechanické trávení je čistě fyzikální proces, který nemění chemickou povahu potravin. Dochází k rozmělnění potravin v žaludku, kde se vystavují trávicím šťávám a vytváří se tzv. kyselá „polévka“, kterou nazýváme trávenina. (Betts et al., 2013; Dylevský, 2009)

Chemické trávení

Chemické trávení začíná v ústech, kde se pomocí trávicích sekretů rozkládají složité molekuly potravin do jejich stavebních prvků (např. jednoduché cukry, mastné kyseliny nebo proteiny do samostatných aminokyselin). Tyto sekrety se liší ve složení a typicky obsahují vodu, různé enzymy, kyseliny a jejich soli. Tento proces je dokončen v tenkém střevě, kde většina látek prostupuje přes buňky střevní výstelky (transcelulární cesta) a dostávají se do krve nebo mízy. (Betts et al., 2013; Lukáš a kol., 2007)

1.3 Anatomie žaludku (gaster, ventriculus)

Dylevský (2009) uvádí, že žaludek je vakovitý plochý orgán trávicí trubice, který je uložen v horní třetině břišní dutiny pod levou brániční klenbou. Na přední straně je z větší části překrytý játry, ale část této strany přímo naléhá na břišní stěnu. Na žaludku rozlišujeme dvě zakřivení a to velkou a malou curvaturu (zakřivení). Malé zakřivení se nachází na horní části žaludku a přechází v peritoneální list, tzv. malou předstěrou (omentum), který jde od spodní plochy jater. Velké zakřivení volně visí před střevními kličkami, velká předstěra. Malá předstěra má fixační význam a velká předstěra má ochranný význam, např. při zánětu slepuje a ohraničuje místa, u kterých dochází k poškození stěny trávicí trubice nebo jiných orgánů trávicí trubice a tím zabraňuje šíření infekce do dalších částí břišní dutiny. (Příloha 1)

Jak uvádí Čihák (2002), ale i mladší díla jako Naňka a kol. (2009), velikost žaludku je různá, u prázdného se popisuje délka kolem 25 cm, šířka při fundu 4-5 cm a při pyloru

1,5 cm. Hmotnost žaludku se pohybuje kolem 130g. Rozměr žaludku je úměrný své náplni, kolísá a průměrně činní si 1 litr. Od narození žaludek rychle roste, např. u novorozence je velmi malý, s vysokým napětím stěny a po dvou týdnech života se velikost žaludku zdvojnásobí. Od 6 let pojme náplň jako dospělý člověk, 1 litr.

Žaludek se skládá ze čtyř hlavních částí: kardia (česlo), fundus (dno), corpus (tělo) a pylorus (vrátník). Kardia je část kde se připojuje jícen k žaludku a prochází tudy potrava do žaludku. Pod bránicí se vyklenuje vlevo kupolovité dno (fundus). Pylorus je nálevkovitého tvaru a spojuje žaludek s dvanáctníkem. Nachází se tu pylorický svěrač, tvořen hladkou svalovinou, který kontroluje žaludeční vyprazdňování. (Betts et al., 2013)

1.4 Fyziologie žaludku

Sliznice žaludku je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem. Obsahuje drobné žlázy, které tvoří hlen na ochranu sliznice hlavně v oblasti česla a vrátníku. Ve zbylých částech žaludku tyto žlázy vyměšují žaludeční šťávu, která obsahuje trávicí enzymy pepsin a lipázu a kyselinu chlorovodíkovou, zajišťující kyselé prostředí v žaludku. Podsliznice umožňuje pohyblivost sliznice při peristaltických pohybech. Na vnějším povrchu je žaludek pokryt pobřišnicí (tenká vazivová blanka). Tvar žaludku se mění a je závislý na náplni a na poloze těla. (Kachlík, 2013)

Žaludek lze podle funkce rozdělit na proximální, tj. fundus a část těla a distální část. Při příjmu potravy se ochablá stěna žaludku roztahuje a objevují se peristaltické pohyby. Od fundu k vrátníku vzniká místní stah. Vrátník uzavřen svěračem nepustí obsah žaludku do dvanáctníku a vrací se zpět, při povolení žaludečního stahu. Takto se potrava promíchává se žaludeční šťávou a tvoří se tzv. kašovitá natrávenina neboli chymus, který se za určitou dobu dostane do dvanáctníku. Pro úplné vyprázdnění žaludku je potřeba 3-4 hodiny. (Rokyta, 2015)

1.5 Anatomie dvanáctníku (duodenum)

Dvanáctník je dlouhý 20 – 28 cm, má podkovovitý tvar. Horní část je rozšířená a nazýváme ji bulbus duodena (Příloha 2). Do sestupné části ústí společně slinivkový vývod (ductus pancreaticus) a hlavní žlučový (ductus choledochus) na vyvýšeném místě, tzv. Vaterské papile (papilla Vateri, neboli papilla duodeni major). Dvanáctník

obkružuje hlavu slinivky břišní a je uložen v úrovni 2. bederního obratle. (Kachlík, 2013)

Dvanáctník se skládá z několika částí: pars superior, která je v oblasti 1. lumbálního obratle a je dlouhá 5 cm, je v místech, častých vředů a má chudší cévní zásobení, pars descendens, která se nachází v oblasti obratlů L2 až L3 a je dlouhá 8 cm, naléhá na pravou nadledvinu svojí zadní částí a na hilus pravé ledviny, pars horizontális nacházející se u obratle L3 s délkou 10 cm a probíhá zprava doleva pod hlavou pankreatu a pars ascendent u dolní části stoupá do úrovně obratle L2 a následovně se otáčí dolů a dopředu, dlouhá je 3 cm. (Naňka a kol., 2009)

1.6 Fyziologie dvanáctníku

Ve dvanáctníku se neutralizuje kyselé prostředí přicházející ze žaludku pomocí vlastní šťávy a slinivkové šťávy, která obsahuje enzymy potřebné k dalšímu štěpení tráveniny. Přitéká sem zároveň žluč z jater, která je určena k emulgaci tuků. (Kachlík, 2013)

Bílkoviny se dále tráví až na jednotlivé aminokyseliny. Ze sacharidů vznikají jednoduché cukry, které jsou jednotlivými buňkami střevní sliznice vstřebávány. Pro optimální chemické štěpení, musí být dodána trávenina ze žaludku pomalu v malých množstvích. Tato trávenina ze žaludku je hypertonická, a pokud bychom dodali najednou větší množství tráveniny do tenkého střeva, výsledná osmotická ztráta vody z krve do střevního lumen by vedla k potenciálně život ohrožujícímu nízkému objemu krve. Trávenina dále pokračuje do lačnicku a kyčelníku, kde pokračuje proces trávení. Průchod tráveniny tenkým střevem je rychlý, trvá několik hodin. (Betts et al., 2013; Langmeier, 2009)

2 Peptický vřed žaludku a duodena

Hlavní příčinou peptického vředu je zánět sliznice žaludeční (gastritida) nebo dvanáctníku (bulbitida) vyvolané mikroorganizmem *Helicobacter pylori*. Peptický vřed je defekt sliznice stěny žaludku nebo duodena, způsobený účinkem kyseliny chlorovodíkové (HCl) a pepsinu (Příloha 3). Peptický vřed se může vyskytnout kdekoli v zažívacím traktu, např. v jícnu, v jejunu nebo v Mecklově divertiklu. (Souček a kol., 2011; Lata et al., 2010)

2.1 Epidemiologie

Peptický vřed byl před rokem 1800 vzácný, přestože populace byla tehdy již infikována *Helicobacter pylori*. V současné době, je výskyt vředové choroby v Evropě předpokládán asi na 0,1% ročně. Pravděpodobně v průběhu svého života onemocní vředovou chorobou asi 10% populace. Duodenální vředy jsou u mladších osob a převážně mužů častější než žaludeční vředy, které jsou častější u starších osob, bez rozdílu pohlaví. V Evropě jsou častější duodenální vředy než žaludeční. Výskyt vředové choroby v posledních desetiletích postupně klesá. Osoby s duodenálním vředem mají asi dvakrát nižší riziko vzniku karcinomu žaludku než všeobecná populace. (Lata et al., 2010)

2.2 Etiologie a patogeneze

Vznik peptického vředu se začal formulovat od roku 1983, kdy Australané J. Warren a B. Marshall popsali *Helicobacter pylori*. Jedinou a nezbytnou podmínkou pro vznik peptického vředu je přítomnost kyseliny chlorovodíkové (HCl) v žaludečním sekretu. Platí závěr, který vyslovil v roce 1910 německý internista Karl Schwarz „není kyselina, není vřed“. (Souček a kol., 2011)

Proces vzniku peptického vředu je komplexní. Vředová choroba vzniká, kromě infekce *Helicobacter pylori*, i nerovnovážným poměrem mezi agresivními, které přispívají k samonatravení žaludeční sliznice a ochrannými (protektivními) faktory. Na vzniku se také podílejí genetické predispozice, nervové vlivy a emoce. Proto je zapotřebí pravidelně odpočívat. (Lukáš a kol., 2007)

2.2.1 Faktory agresivní

- Acidopeptický účinek žaludeční šťávy
- *Helicobacter pylori*
- Ulcerogenní vliv některých léků (kyselina acetylsalicylová, nesteroidní antirevmatika), které zásadně mění skladbu žaludečního hlenu.
- Škodlivý vliv duodenálního sekretu (žlučové kyseliny, lyzocitin) při duodenálním refluxu, kdy se dostávají tyto látky do žaludku a poškozují sliznici.
- Škodlivý vliv kouření je za prokázaný, nejen pro místní efekt nikotinu na sliznici, ale pro možnou indukci tkáňové ischemie.
- Porucha mikrocirkulace ve sliznici a submukóze žaludku, která se větší mírou uplatňuje u stresových vředů. (Souček a kol., 2011)

Helicobacter pylori- tato bakterie osidluje prostředí s velmi kyselou reakcí (pH v žaludku bývá převážně kolem 2-4), které ničí většinu bakterií přijímaných potravou. Svým toxicko-metabolickým působením vyvolá antrální gastritidu. Bulbus duodena je nejčastějším místem peptických vředů. Možná je to proto, že u části lidí dochází ke gastrické metaplázii, tj. stav kdy se objevují okrsky žaludeční sliznice v bulbu, kde se již nachází sliznice tenkého střeva. Ty pak osídlí bakterie *Helicobacter pylori*. (Kohout, Pavlíčková, 2008; Klener, 2011)

Navrátil a kol. (2008) uvádí, že tato bakterie má spoustu patogenních faktorů. Mezi ně patří produkce amoniaku, fosfolipázy a proteázy, které narušují žaludeční membránu. Přenáší se z člověka na člověka cestou fekálně-orální. Rozšíření závisí na hygienických podmínkách. Podle Šafránkové a Nejedlé (2006) je výrazně vyšší výskyt *Helicobacter pylori* u osob s krevní skupinou 0, neboť se dobře váže na antigen, přítomný u krevní skupiny 0.

V rozvojových zemích je až 80% populace pozitivní na *Helicobacter pylori*. Po 50. roce věku bývá nález této bakterie pozitivní až 50% populace. Ne všichni infikovaní *Helicobacter pylori* onemocní peptickým vředem. Infekce *Helicobacter pylori* je výhradně lidská. (Souček a kol., 2011)

2.2.2 Faktory protektivní

- Normální skladba a přiměřené množství žaludečního hlenu.
- Intaktní mikrocirkulace v žaludeční sliznici.
- Alkalická sekrece bikarbonátů v žaludeční šťávě.
- Regenerační schopnost buněk žaludečního epitelu.
- Normální sekrece endogenních prostaglandinů.

Při poruše rovnováhy agresivních a protektivních faktorů, dochází ke vzniku peptické léze. O vzniku a lokalizaci rozhodují anatomická hlediska. Vřed vzniká většinou na slizničních rozhraních (rozhraní duodenální a žaludeční sliznice, rozhraní sliznice antra a těla žaludku). Hranice mezi antrem a tělem (oblast korporálních žlázek) je ovlivňována rozvojem gastritidy, která vede k tzv. antralizaci sliznice těla žaludku. (Souček a kol., 2011)

2.3 Klasifikace peptického vředu

Klasifikaci peptického vředu rozdělujeme podle příčin, podle hloubky defektu a podle lokalizace. Rozpoznáváme vředy primární a sekundární. Mezi primární patří vředová choroba žaludku a duodena. Vředy sekundární jsou důsledkem jiného onemocnění nebo mají určitěji definovanou příčinu např. vředy lékové, stresové, endokrinní, hepatogenní, stařecké a vředy při respirační insuficienci. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Vředy lékové- vyskytují se nejčastěji, jsou nejzávažnějším projevem při dlouhodobém užívání nesteroidních antirevmatik.

Vředy stresové- jsou vyvolané stresem např. při polytraumatech, těžkých popálenin (vřed Curlingův), po náročných operacích, po operacích mozku (vřed Cushingův). Na jejich vzniku se podílejí hlavně poruchy mikrocirkulace žaludeční sliznice.

Vředy hepatogenní- při těžkých jaterních lézích (jaterní cirhóze), sliznice má endoskopicky obraz mozaiky.

Vředy při respirační insuficienci- jsou většinou klinicky němé a projeví se často až komplikacemi.

Vředy stařecké- na jejich vznik mohou mít vliv nutriční stav a patrně i poruchy cirkulace. (Souček a kol., 2011)

Endokrinní vředy- dle Součka a kol. (2011) vznikají úporně recidivující a komplikované vředy. Nápadná bývá jejich lokalizace v různých místech trávicí trubice. Peptické vředy provázejí častěji hyperparatyreózu. Endokrinní vřed tzv. Zollingerův-Ellisonův syndrom je označován jako endokrinně aktivní nádor produkující gastrin. Následně dochází k výrazné nadprodukci kyseliny chlorovodíkové. (Lata et al., 2010)

2.4 Klinický obraz

Žaludeční vřed postihuje obě pohlaví rovnoměrně, častěji se vyskytuje ve středním a starším věku. U mladých osob je výjimečný. Typickými příznaky žaludečních vředů jsou epigastrická bolest brzy po jídle, nechutenství, nevolnost, pálení žáhy, zvracení kyselých šťáv a hubnutí. Typická bolest pod mečíkovitým výběžkem hrudní kosti a vpravo od něj a časová závislost na požití jídla, někdy může pomoci vyslovit podezření na část žaludku, kde je vřed umístěn. Čím blíže vstupu od žaludku je vřed umístěn, tím dříve obtíže po jídle začínají. U postižení vývodné části žaludku jsou obtíže podobné jako u dvanácterníkového vředu, kdy se bolest objeví nalačno a po jídle vymizí. (Souček a kol., 2011; Lata et al., 2010; Kohout, Pavlíčková, 2008)

Podle Součka a kol. (2011), duodenální vřed postihuje nejčastěji muže v produktivním věku mezi 20. 40. rokem. V posledních letech přibývá i žen postižených tímto druhem vředu. Věková hranice není omezena, je znám jak u dětí, tak i u seniorů více než 70. letých. Kohout a Pavlíčková (2008) uvádí, že typickým projevem dvanácterníkového vředu je bolest pod mečíkovitým výběžkem ve střední čáře nebo pod pravým žeberním obloukem, která je nalačno (více jak 2 hodiny po jídle, typicky ve spánku). Tato bolest ustupuje po požití potravy. Chuť k jídlu bývá zachována, dalším příznakem bývá pálení žáhy, zvracení kyselých šťáv, vyšší únavnost nebo zácpa.

U starších osob a u diabetiků může peptický vřed probíhat asymptomaticky nebo se projeví až nějakou závažnou komplikací, např. při užívání nesteroidních antirevmatik. (Lata et al., 2010)

2.5 Diagnostika

Diagnostika vředové choroby žaludku a dvanácterníku se skládá především z anamnézy, fyzikálního (vyšetření lékařem) a laboratorního vyšetření. Nezbytné je vyšetřit každého pacienta endoskopicky (tzv. gastroskopií). Důležitá je diferenciální diagnostika, která má za cíl rozlišit maligní bujení v gastroduodenální oblasti od vředové choroby. Karcinomu se podobají některé ulcerace lokalizované v žaludku. V duodenu se karcinom vyskytuje velice vzácně. (Krejčí, 2007)

2.5.1 Anamnéza

Anamnéza nám poskytne důležité informace, které si dáme do souvislostí s nynějším onemocněním. Důležité jsou informace z osobní anamnézy týkající se především věku, pohlaví, břišních operací a charakteru, intenzity, lokalizace a vyzařování bolesti. Bolest může být minimální např. v nekomplikovaných případech nebo ve vyšším věku. Dále zjišťujeme rizikové faktory, např. stravovací návyky, životní styl, léky které klient užívá, kouření či užívání alkoholu. Z rodinné anamnézy nás zajímá výskyt onemocnění v rodině jako je celiakie, atrofická gastritida, refluxní choroba nebo karcinom žaludku. (Lukáš a kol., 2007; Šafránková, Nejedlá, 2006)

2.5.2 Rentgenové vyšetření žaludku

Podle Klenera (2011) se rentgenové vyšetření provádí metodou dvojího kontrastu. Nevýhodou tohoto vyšetření je nemožnost provádět biopsii a má prokazatelně nižší spolehlivost než endoskopické vyšetření. Kohout a Pavlíčková (2008) uvádí, že při metodě dvojího kontrastu je použita baryová kaše + vzduch nebo plyn. Rentgenové vyšetření také dříve sloužilo k diagnostice brániční kýly. Dnes je to spíše ojedinělá metoda pro diagnostiku peptických vředů. Provádí se jen u nemocných, u kterých je endoskopické vyšetření kontraindikováno.

2.5.3 Endoskopické vyšetření

Endoskopické vyšetření patří mezi základní a nejspolehlivější diagnostické vyšetření. Vytlačilo dříve běžné rentgenové vyšetření. U vředové choroby žaludku je endoskopie vždy spojená s biopsií, ta nám, pomůže včas rozpoznat karcinom žaludku, který může svým vzhledem i průběhem napodobit peptický vřed. Žaludeční vředy se vyskytují

převážně v prepylorické části. Tvar vředu bývá různý, nejčastěji jsou okrouhlé nebo oválné. Mají barvu jasně bílou nebo s šedavým či žlutavým odstínem. Po krvácení je spodina tmavá až černá. Duodenální vřed při endoskopickém vyšetření je ve srovnání se žaludečním vředem pestřejší. Tvarově kolísá od hlubokého kulatého vředu až k mělkému čárkovitému poškození. U starších vředů bývá okraj vždy ostrý a může být vyvýšen oproti okolí. Během standardní endoskopie provádíme metodu tzv. chromoendoskopie. Při této metodě se sliznice žaludku a dvanácterníku barví některými substancemi, např. kyselina octová, nebo metylenová modř. (Souček a kol., 2011; Lukáš a kol., 2007)

2.5.4 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření krve a moči se provádí při nejasném břišním onemocnění. Z krevních vyšetření sem patří kompletní biochemické vyšetření, elektroforéza bílkovin, vyšetření krvácivosti a srážlivosti, a krevní obraz. Při zvýšené amyláze a lipáze v moči a v séru dochází v těle k onemocnění slinivky břišní, snížení množství červených krvinek a hemoglobinu nám ukazuje na anémii a nějaké krvácení. Na to u zvýšených leukocytů, sedimentace a CRP nám tělo signalizuje nějaký zánět, což by mohlo být signifikantní i u počínajících peptických vředů. Dále provádíme vyšetření stolice, kde jsou důležité příměsi, jako je krev, hnis, hlen nebo nestrávené zbytky. Stolicí vyšetřujeme hlavně na okultní, neboli skryté krvácení pomocí tzv. haemokultu v rámci preventivních prohlídek u všech lidí nad 50 let. Toto vyšetření, se samozřejmě provádí u všech lidí při podezření na krvácení do zažívacího traktu bez rozdílu věku. Pro stanovení diagnózy vředové nemoci není přínosné. Důležité je hlavně u akutních krvácení z žaludečních nebo duodenálních lézí odběr stolice na okultní krvácení, kdy nás informuje o stavu organismu. Odběr krve na posouzení hodnot krevního obrazu nebo koagulačních faktorů. (Šafránková, Nejedlá, 2006; Souček a kol., 2011)

2.5.5 Vyšetření infekce *Helicobacter pylori*

Diagnostické testy na přítomnost *Helicobacter pylori* dělíme na invazivní a neinvazivní. Mezi neinvazivní vyšetření patří dechový test, kdy se používají radioizotopy uhlíku (^{13}C , ^{14}C) a vyšetření stolice. Mezi invazivní metody vyšetření patří endoskopie, při které odebíráme vzorek tkáně a ten necháme histologicky vyšetřit pomocí barvení solemi stříbra nebo odběrem krve. (Lukáš a kol., 2007; Kohout, Pavlíčková, 2008)

2.6 Komplikace

Vředová choroba gastroduodena má spoustu různých a závažných komplikací. Každý pacient, který trpí touto nemocí, by měl být správně informován ihned po zjištění onemocnění svým ošetřujícím lékařem. Mezi komplikace peptického vředu patří krvácení z vředu, penetrace, perforace a steatóza (obstrukce) pyloru. U žaludečních vředů se častěji, jako velice častá komplikace, vyskytuje maligní zvrát do karcinomu žaludku. (Klener, 2011)

2.6.1 Krvácení z peptického vředu

Peptický vřed žaludku a duodena patří mezi nevýznamnější zdroj krvácení do horní části zažívacího traktu. Krvácení je nejčastější komplikace, která může probíhat jako málo závažné ronění krve z vředu nebo jako hemodynamicky závažné krvácení z poškozené artérie na jeho spodině. U krvácení z horní části zažívacího traktu je často popisováno zvracení čerstvé krve (hemateméza). Nebo dochází ke skrytému krvácení a natrávení krve, která se nám projeví jako mazlavá černá stolice neboli meléna. (Krška, Zavoral, 2007; Karges, Al Dahouk, 2011)

U rizikových pacientů je velice nezbytné předcházet krvácení, protože se výrazně zhoršuje jejich zdravotní stav a prognóza onemocnění. Profylaxe spočívá v podávání léků na zvýšení žaludečního pH, např. H₂ blokátorů nebo inhibitorů protonové pumpy. Při podezření na krvácení je nutné provést urgentní endoskopické vyšetření, při kterém zjistíme lokalizaci a charakter krvácení a umožní nám provést terapeutický zásah, který zastaví krvácení. (Lukáš a kol., 2007)

2.6.2 Penetrace

Při penetraci peptického vředu dochází k průniku vředu do hlubších vrstev stěny žaludku nebo dvanácterníku. Vřed může prorůst do okolních orgánů, nejčastěji do slinivky břišní či jater, kde vzniká zánět. V důsledku reaktivního zánětu se ve slinivce se vytváří srůsty s okolím, takže následně nedochází k perforaci do dutiny břišní. Bolesti břicha při penetraci jsou úporné, trvalé, bez typické závislosti na jídle a vyzařující do zad. (Kohout, Pavlíčková, 2008; Šafránková, Nejedlá, 2006)

2.6.3 Perforace

Perforace nastane, když vřed pronikne stěnou orgánu tak rychle, že nedojde k vytvoření srůstů s okolním orgánem. Perforace může směřovat do volné dutiny břišní nebo dojde ke skryté perforaci do prostoru ohraničeného srůsty se vznikem peritonitidy či abscesu. Bolest při perforaci je náhlá až krutá, která je stálá a neovlivnitelná. Dochází k rychlému rozvoji akutní břišní příhody. (Souček a kol., 2011)

2.6.4 Stenóza (obstrukce) pyloru

Stenóza pyloru je způsobena vředy v oblasti pyloru a tím dochází k edému a následnému zúžení pylorické části. Je doprovázená obloukovitým zvracením velkého množství potravy asi 1-3x denně. Potrava bývá většinou staršího data. Léčba spočívá v zavedení nazogastrické sondy a enterální výživy. Podáváme vysoké dávky inhibitorů protonové pumpy intravenózně. Při selhání konzervativní léčby většinou nastupuje chirurgická terapie. (Šafránková, Nejedly, 2006; Souček a kol., 2011)

2.7 Léčba

Léčba žaludečního a duodenálního vředu se moc neliší. Základ léčby vychází z toho, že hlavní příčinou vzniku je nepoměr mezi agresivními a obrannými schopnostmi žaludeční sliznice. Hlavní léčebné úsilí se zaměřuje na potlačení kyselé sekrece a na vymýcení *Helicobacter pylori*. Důležitou roli v léčbě vředové choroby je včasná diagnostika a dodržování režimových a dietních opatření. (Souček a kol., 2011)

2.7.1 Režimová opatření a dietní opatření

Před objevením účinných léků, které jsou schopné tlumit sekreci kyseliny solné (chlorovodíkové) byla dieta a režimová opatření např. klid na lůžku důležitou součástí léčby. Mezi další režimová opatření patří např. relativní fyzický klid, duševní klid, dostatek spánku, úprava stravy s vyloučením černé kávy, alkoholu, konzumovat nekořeněná jídla, zákaz nebo alespoň omezení kouření, zákaz užívání ulcerogenních léků tj. kyselina acetylsalicylová, nesteroidní antirevmatika a kortikoidy. Tato opatření jsou důležitou součástí, ale nikoli hlavní rolí v léčbě pacientů. (Kohout, Pavlíčková, 2008; Šafránková, Nejedly, 2006)

Vliv diety na vznik a léčbu gastroduodenálního vředu není v současné době tak velký jako dříve, kdy nebyly účinné léky. Jídlo v pravidelných intervalech je nejlepším antacidem. Nutné je ze stravy vyloučit jídla, která by mohla zvýšit tvorbu kyseliny solné. Mezi další rizikové potraviny patří, hlavně u dětí a dospívajících, Coca-cola a Kofola. Při přípravě diety se snažíme vyhovět pacientovým přáním, vylučujeme výše uvedené potraviny a v akutní fázi i potraviny s vyšším obsahem tuku. Celodenní strava se rozděluje na více menších porcí (cca 5-6x denně), aby nedocházelo k útlumu účinku kyseliny solné. (Kohout, Pavlíčková, 2008)

Úprava pokrmů

Na úpravu pokrmů se doporučuje vaření nebo dušení. Připravují se z čerstvých surovin bez tuku. Pokud použijeme tuk, tak nepřepálený a kvalitní. Příjem stravy během dne má být vyvážený a energetická hodnota by se měla obvíjet od fyzické aktivity.

Polévky- nejsou vhodné tučné a kořeněné, ale příprava není nějak omezená.

Masa- nedoporučují se tučná masa, v úpravě se vyhýbat smažení spíše se doporučuje vaření.

Omáčky- nedoporučují se příliš kořeněné, případně používat velmi omezené množství koření.

Zelenina- konzumovat jenom čerstvou zeleninu, nedoporučuje se konzumovat kyselou sterilovanou zeleninu a vyhýbat se kapustě, zelí nebo kvěťáku pro jejich nadýmavý účinek.

Ovoce- není omezení, jen kvalitní ovoce a dobře vyzrálé.

Koření- žádné dráždivé koření, dobré jsou zelené natě a bylinky.

Moučníky- nedoporučují se kynutá těsta

Mléko a mléčné výrobky- není omezeno, pokud pacient dobře snáší mléčné výrobky.

Alkohol- nedoporučuje se ani v malém množství.

Nápoje- nesycené minerální vody, pramenitá voda ovocné šťávy, džusy dle snášenlivosti. (Kohout, Pavlíčková, 2008)

2.7.2 Farmakologická léčba

Pokud je prokázána přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*, důležité je její vymýcení. Léčba spočívá v podávání dvou antibiotik (např. klaritromycin, amoxicilin, azitromycin) a inhibitoru protonové pumpy (omeprazol, pantoprazol, lansoprazol). Touto léčbou lze docílit až 90% vymýcení *Helicobacter pylori* a klesá i počet recidiv vředové choroby. Farmakologická léčba se zaměřuje na potlačení agresivních faktorů a posílení ochranných faktorů. (Souček a kol., 2011; Šafránková, Nejedly, 2006)

léky působící proti agresivním faktorům:

- antacida- (např. Anacid, Maalox), neutralizují kyselinu chlorovodíkovou,
- anticholinergika- (např. Gastrozepin),
- blokátory protonové pumpy- (např. Helicid), tlumí tvorbu kyseliny chlorovodíkové,
- H₂ blokátory- (např. Ranitidin), blokují působení histaminu na H₂ receptory v žaludku, kde stimulace těchto receptorů vede k vylučování kyseliny chlorovodíkové.

léky podporující ochranné faktory:

- sukralfát- (např. Venter), kryje vřed,
- prostaglandiny- (např. Misoprostol), tlumí sekreci kyseliny chlorovodíkové,
- soli bismutu- (např. De-Nol), kryjí vřed a mají baktericidní účinky na *Helicobacter pylori*. (Šafránková, Nejedly, 2006)

2.7.3 Chirurgická léčba

Většina krvácení z peptických vředů lze zastavit konzervativní léčbou s využitím endoskopie. Po prvotním ošetření vředu endoskopicky, je však až u 19% pacientů nutno provést chirurgický zákrok jako je parciální resekce žaludku. Až tři čtvrtě pacientů s krvácejícím peptickým vředem jsou ošetřeny excizí nebo lokálním ošetřením. (Krška et al., 2007)

Indikace k operaci žaludečního vředu:

- během 8 týdnů nereaguje na konzervativní léčbu (následně nelze vyloučit malignitu),
- vředy, které vznikly následkem medikamentózní léčby, v níž je nutno pokračovat,

- velké množství vředů,
- recidivy vředu, nejčastěji po 8-12 týdnech od zhojení léze,
- vředy, které recidivují během 2 let 2-3x. (Krška et al., 2007)

Indikace k operaci duodenálního vředu:

- přetrvávající obtíže i před konzervativní léčbu,
- návrat obtíží během 2 let 3-4x,
- vředy nereagující na konzervativní léčbu,
- nedodržování konzervativní léčby (kouření, alkohol atd.),
- vředy u kterých v minulosti došlo ke krvácení nebo jsou po sutuře po předchozím prasknutí. (Krška et al., 2007)

Nejstarší metodou léčby peptického vředu je resekce, která se úspěšně provázela od 90. let 19. století. Cílem resekce je odstranit většinu sekreční plochy žaludku. Obnovení žaludku se realizuje pomocí anastomózy, kterou nazýváme gastroduodenostomie neboli Billroth I (Příloha 4) nebo gastroenteroanastomóza nazývanou jako Billroth II (Příloha 5). (Krška et al., 2007)

Vagotomie

Vagotomie se do léčby peptického vředu dostala v roce 1943, která měla za cíl šetřit vagové větve jdoucí k játrům a žlučovým cestám. Přetětí nervus vagus (bloudivého nervu) je hlavní indikací při chronickém duodenálním vředu. (Krška et al., 2007)

2.7.4 Ošetrovatelské péče

Pro lepší psychiku, stabilizaci stavu a zavedení účinné terapie, pobývá nemocný v domácí péči a je pouze sledován v gastroenterologické ambulanci. Lékař, který má podezření na vředovou chorobu či zhoršení stavu, v první fázi nemocného přijímá na interní oddělení nebo chirurgické oddělení ke stabilizaci zdravotního stavu. Sestra na oddělení uloží pacienta na klidnější pokoj, kde bude mít nerušené prostředí pro odpočinek a spánek. Po uložení na pokoj seznámí sestra pacienta s chodem oddělení a denním řádem vysvětlí, kde nalezne hygienické zázemí a odebere ošetrovatelskou anamnézu, na jejím základě stanoví ošetrovatelské diagnózy. Pacient většinou mívá volný pohybový režim bez omezení. Důležité je věnovat pozornost psychickému stavu pacienta.

Sestra u pacienta sleduje:

- Fyziologické funkce- dech, tep, krevní tlak a tělesnou teplotu.
- Intenzitu obtíží, lokalizaci, závislost na jídle a další faktory ovlivňující bolest. Pravidelně podává analgetika dle ordinace lékaře, sleduje jejich účinek a možné nežádoucí účinky.
- Charakter stolice, pravidelnost a možné patologické příměsi. Meléna může značit krvácení ze žaludečního vředu a enteroragie ukazuje na krvácení z dvanáctníkového vředu.
- Zvracení- množství, vzhled, frekvenci a zápach. Při zvracení krve zavolá lékaře, po té uloží pacienta do zvýšené polohy, aby nedošlo k vdechnutí obsahu, na nadbříšek pacientovy položí studený obklad, zajistí žilní vstup a poskytne emitní misku s buničitou vatou na utření. Celou dobu sleduje fyziologické funkce (krevní tlak, puls, dech), stav vědomí, saturaci krve kyslíkem a snaží se psychicky uklidnit pacienta. (Šafránková, Nejedly, 2006)
- Stav výživy a psychický stav.

Faktory ovlivňující výživu:

- Fyziologické faktory- funkce trávicího systému, trávení, resorpce a vylučování, druh zaměstnání, duševní a svalová aktivita.
- Genetické faktory- vrozené geneticky podmíněné poruchy zažívacího traktu, obezita nebo astenie.
- Psychické faktory- temperament a osobnost člověka, schopnosti reakce na stresové a zátěžové situace.
- Sociálně-ekonomické faktory- ovlivňují typ a kvalitu stravování jak v domácím prostředí, tak i v nemocnicích a jiných zařízeních.
- Multikulturní faktory- etnická příslušnost často předurčuje oblíbená jídla dle náboženských zvyků. (Kopáčiková a kol., 2012)

U pacientů s nově diagnostikovanou vředovou chorobou, sestra poučí pacienty o dietním režimu, který musí klient striktně dodržovat. Upozorní na vhodné a nevhodné

potravin a jejich zpracování. Sestra odebírá biologický materiál dle ordinace lékaře. Poučí pacienta o přípravě před vyšetřením, dle svých kompetencí. Při různých nejasnostech umožní konzultaci s lékařem. Po vyšetření pečuje o pacienta a sleduje možné komplikace.

Velmi důležitá podle Šafránkové a Nejedlé (2006), je psychická podpora pacienta i jeho rodiny. Sestra by neměla opomenout vhodnou komunikaci s nemocným a jeho rodinou. Před propuštěním pacienta domů informuje o všech opatřeních a kontrolách u lékaře. Nemocný musí být poučen i od lékaře. Sestra zaznamenává všechny informace do dokumentace a ujistí se, že všechny informace pacient pochopil a rozuměl jim.

3 Kvalita života

V průběhu let byly předloženy různé definice kvality života, spolu s řadou zastřešujících konceptů. Definicí kvality života je mnoho. Kvalita života je společenský blahobyt těší lidé, komunity a jejich společnosti nebo je kvalita jak objektivní a subjektivní, zahrnující materiální blahobyt, zdraví, produktivitu, intimitu, bezpečnost, komunitní a emocionální pohodu. Lidské základní potřeby jsou splněny, a když on nebo ona má možnost sledovat a dosáhnout cílů. (Faragher, Brown, 2014)

Vývoj kvality života mapujeme do tří základních kontextů:

- vývoj v kontextu sociálně-ekonomických věd
- ve zdravotnickém kontextu
- v psychologickém kontextu (Gurková, 2011)

Kvalita života je hodnota, která se vyjadřuje jak kvalitativními tak kvantitativními indikátory. Při hodnocení kvality života, posuzujeme nejčastěji individuální život jednotlivce z komplexního hlediska, zahrnujícího všechny oblasti jeho bytí, jako např. složku rodinnou, společenskou, pracovní, citovou a další. Kvalitu života lze díky její komplexnosti dobře charakterizovat, jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněnou, zaměřenou multiúrovňově a multidisciplinárně. (Gurková, 2011)

Uspokojování lidských potřeb, jako jedna ze složek kvality života je vymezena dvěma rozměry (subjektivním a objektivním). Hodnocení kvality života je složitý proces, vždy v sobě odráží pocit pohody vycházející nejen z tělesného, ale i ze sociálního a duševního stavu jedince. (Šamánková a kol., 2011)

Kvalita života zahrnuje mimo jiné pocity fyzického a psychického zdraví, nepřítomnost onemocnění, společenské uplatnění, náboženské, ekonomické aspekty, dále je ovlivněna věkem, pohlavím, polymorbiditou, rodinnou situací, uznávanými hodnotami, vzděláním apod. Kvalitu vnímáme z objektivního a subjektivního pohledu. Z objektivního pohledu sledujeme zabezpečení ve smyslu materiálních hodnot, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Znamená to tedy souhrn podmínek ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních, které mohou ovlivňovat život člověka. Ze subjektivního pohledu označujeme vnímání jedince postavení ve společnosti v souvislosti s jeho kulturou a hodnotovým systémem. (Kominácká, 2011)

3.1 Historický vývoj výzkumu kvality života

Výzkum kvality života ve zdravotnictví se začal mapovat v sedmdesátých letech 20. století. Důvodem bylo zjištění nákladnosti a efektivity léčby a dokladování dopadu terapeutických intervencí na zdravotní stav pacienta. Na měření kvality života začaly vznikat tzv. generické nástroje měření zdravotního stavu, které sloužily k porovnávání zdravé a nemocné populace vzhledem k různým nemocím. (Gurková, 2011)

Mezi generické nástroje, které zdůrazňovaly nejen fyzickou dimenzi zdraví, přidaly i oblast psychologickou, sociální a existencionální. K nim patří dva dodnes nejvíce užívané nástroje, a to Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form a Euro Quality of Life. Využití nástrojů měření kvality života vedlo světovou zdravotnickou organizaci (WHO) k vytvoření vlastního nástroje, který měl za cíl překonat chápání kvality života ve významu subjektivního vnímání zdraví a denních aktivit WHOQoL (World Health Organization Quality of Life). (Gurková, 2011)

Hodnocení kvality života pacientů má velký význam převážně u jedinců s nějakou chronickou, nevyléčitelnou chorobou. Tyto choroby se často zhoršují, vyžadují dodržování různých režimových zásad a ovlivňují každodenní aktivity. Onemocnění pacienta většinou omezuje v dosahování takové kvality života, jako mají ostatní zdraví jedinci. (Gurková, 2011)

3.2 Zdraví

Definice zdraví podle světové zdravotnické organizace (WHO) zní: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo jiné vady.*“ (Komárek, Provazník, 2011, s. 8)

Zdraví je základní lidské právo, a proto jeho zlepšování je jedním z hlavních cílů zdravotní politiky státu. Podporou zdraví usilujeme o takové dosažení stavu organismu a způsobu života, které chápeme jako zdraví. Cílem podpory zdraví je zdravý životní styl. Na základě nečastějších příčin vzniku nemocí a úmrtnosti formulovala Světová zdravotnická organizace (WHO) principy péče o zdraví. Principy péče o zdraví jsou shrnuty v programu Zdraví pro všechny v 21. století. (Čevela a kol., 2009)

Program Zdraví 21 je založen na několika principech:

Spravedlnost- všichni lidé mají právo na možnost rozvíjet a udržovat svůj zdravotní potenciál.

Solidarita- smyslem je pomoci těm, kteří mají omezené možnosti nebo jsou ohroženi nepříznivými podmínkami.

Trvalá udržitelnost- rozšířený princip spravedlnosti o časový rozměr, tzn. uspokojení potřeb v přítomnosti, by nemělo ohrozit budoucí generace uspokojit své potřeby.

Vlastní účast- možnost pečovat o své zdraví a podílet se na rozhodování, které zdraví ovlivňuje.

Etická volba- obecná zásada. Konzumní a tržní povaha společnosti může vést k podcenění více uvedených principů proto, že vědecký a technologický rozvoj ovlivňuje základní lidské existence (smrt, oplození, narození). (Čevela a kol., 2009)

3.2.1 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou komplexy faktorů vzájemně provázaných, mající dlouhodobý vliv na zdraví nebo na vznik nemocí. Mezi determinanty zdraví patří: vrozené vlastnosti, sociální a ekonomické prostředí, životní a pracovní prostředí, individuální charakteristiky člověka, jeho chování, životní styl a zdravotní péče.

Hlavní skupiny determinant, se podle světové zdravotnické organizace (WHO) podílejí na zdraví následovně:

50% životní styl- patří sem vzdělání, styl života, spánek a odpočinek, kuřáctví a alkoholismus, zvládání stresových situací, společenské postavení apod.

20% genetické vlivy- jsou ovlivňovány vrozenými předpoklady, pohlavím a věkem, chováním a postoji ke zdraví apod.

20% životní a pracovní prostředí- patří sem fyzické prostředí, zdravé potraviny, nezávadná voda, nízká hladina hluku, zvyky a tradice, sociální podpora apod.

10% zdravotní péče- patří sem dostupnost preventivních a zdravotních služeb. (Komárek, Provazník, 2011)

4 Výzkumná část

4.1 Stanovení cílů

4.1.1 Hlavní cíl výzkumu

Zmapovat kvalitu života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.

4.1.2 Vedlejší cíle

Cíl 1: Zjistit jestli vředová choroba negativně ovlivňuje kvalitu života respondentů.

Výzkumné otázky:

- Jak jste spokojený/á se svým zdravím nebo nynějším zdravotním stavem?
- Jak celkově hodnotíte kvalitu svého života?
- Omezuje Vás toto onemocnění v nějakých denních aktivitách nebo sportu?
- Jak často jste ve stresovém prostředí?

Cíl 2: Zmapovat délku trvání onemocnění vzhledem k zaměstnání.

Výzkumné otázky:

- Jak dlouho trpíte vředovou chorobou?
- Kdy se u Vás začala projevovat vředová choroba? (Bolesti břicha, snížená chuť k jídlu...)
- Povolání. Jaké máte povolání?

Cíl 3: Zjistit jestli většina respondentů dodržují režimová opatření při vředové chorobě.

Výzkumné otázky:

- Jak často užíváte nějaké dráždivé léky na žaludek? (diclofenak, ibalgin, kyselinu salicylovou)
- Jak často jíte pravidelně?
- Kolik cigaret denně vykouříte?
- Jak často pijete černou kávu, Coca-colu nebo kofolu?

4.2 Metodika výzkumu

V této výzkumné práci, jako metodu získání informací jsem použila ke zjištění kvality života tzv. dotazník. Velkou výhodou dotazníkové metody je získání dat od velkého počtu respondentů v krátkém časovém úseku. Tato práce mapuje kvalitu života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.

Dotazník obsahoval 15 položek a byl zcela anonymní. Položky byly formulovány z předem určených cílů. První strana dotazníku obsahuje oslovení respondenta a je zároveň informovaným souhlasem pacienta se zařazením do výzkumu, dále pak důvod dotazníkového šetření a záruku anonymity. V dotazníku byly použity uzavřené, výběrové a dichotomické otázky.

Otázky 1, 2, 3, 4, 5 a 13 zjišťují věk, pohlaví, povolání, dosažené vzdělání a délku trvání vředové choroby. Otázky 5 a 13 jsou kontrolní, zda respondenti odpovídají svědomitě a soustředí se na vyplňování dotazníku nebo jen nahodile něco vyplňují. Otázka 6 se zaměřuje na kouření, otázkami 8, 9, 14 a 15 zjišťují užívání dráždivých léků, pití kofeinu, snížení těchto dráždivých elementů a na pravidelné stravování. Otázky 7, 10, 11, 12 se týkají stresového prostředí, zjišťují různá omezení při běžných denních činnostech nebo sportu, hodnocení kvality vlastního života a spokojenost se zdravím.

4.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkum byl zaměřen na pacienty trpící vředovou chorobou gastroduodena, kteří byli hospitalizováni na lůžkovém interním oddělení nebo navštěvovali gastroenterologické ambulance. V rámci dotazníkového šetření jsem oslovila vedení nemocnice Havlíčkův Brod a občany Karviné. Cílový počet respondentů byl určen jako 100. Vzorek činil 58 mužů a 42 žen ve věku do 30 – 70 let a více.

4.4 Průběh výzkumu

Dotazníky byly distribuovány od srpna 2015 do září 2015 v Karviné a od začátku října 2015 do února 2016 v nemocnici Havlíčkův Brod na interních odděleních. V nemocnici dotazníky autorka vyplňovala společně s pacienty. Do Karviné byly dotazníky předem poslány poštou příbuzným, kteří projevíli velký zájem o spolupráci a následně osobně

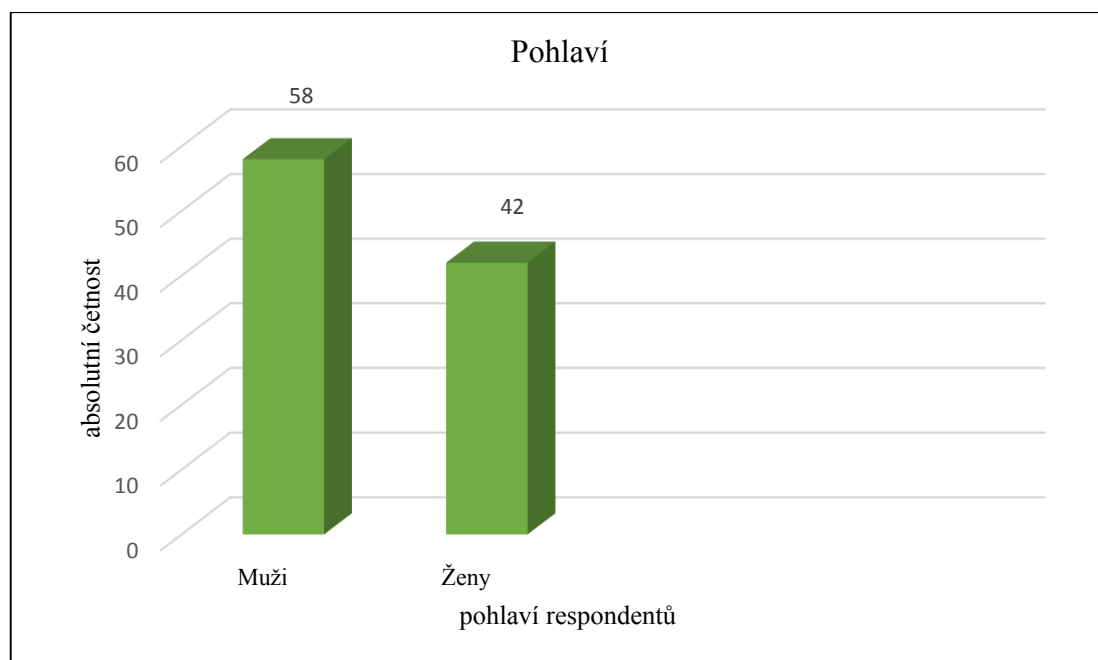
vyzvednuty. Rozdáno bylo 120 dotazníků a zpět získáno 100 dotazníků. Návratnost byla tedy 83 %. Celkový počet dotazníků pro průzkum byl 100.

4.4.1 Zpracování získaných dat

Ke zpracování získaných dat jsem použila sadu programů Microsoft Office 2013, zejména pak programy Microsoft Word pro psaný text a Microsoft Excel pro zpracování matematických výpočtů a prostorových sloupcových grafů.

4.5 Výsledky výzkumu

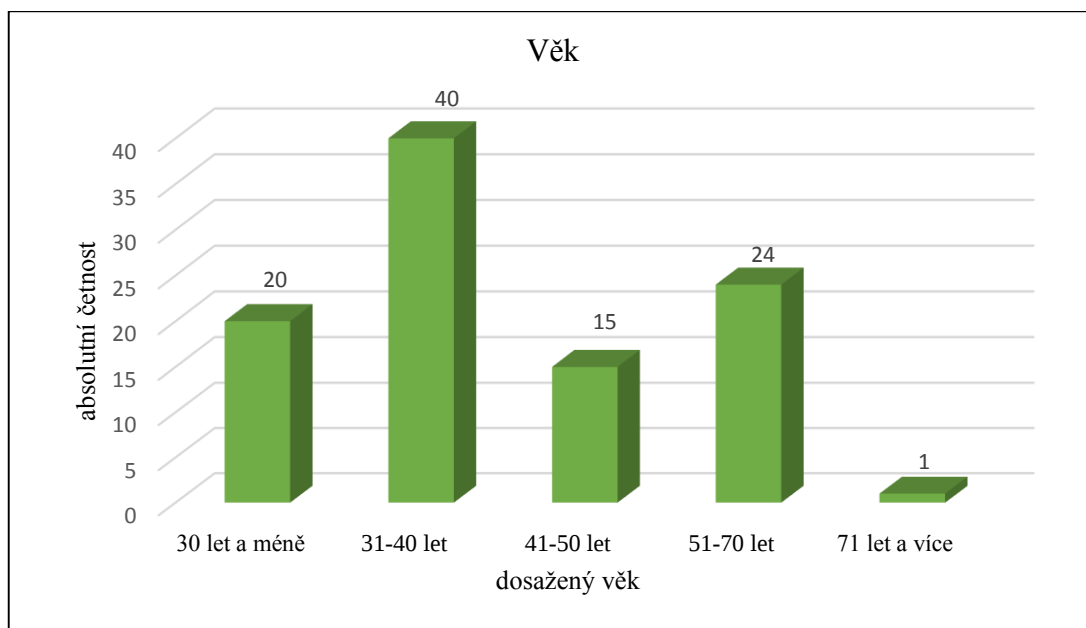
Otázka č 1: Pohlaví.



graf 1 Pohlaví respondentů (n=100)

Z celkového počtu 100 (100%) dotazovaných respondentů se zúčastnilo dotazníkového šetření 58 mužů (58%) a 42 žen (42%).

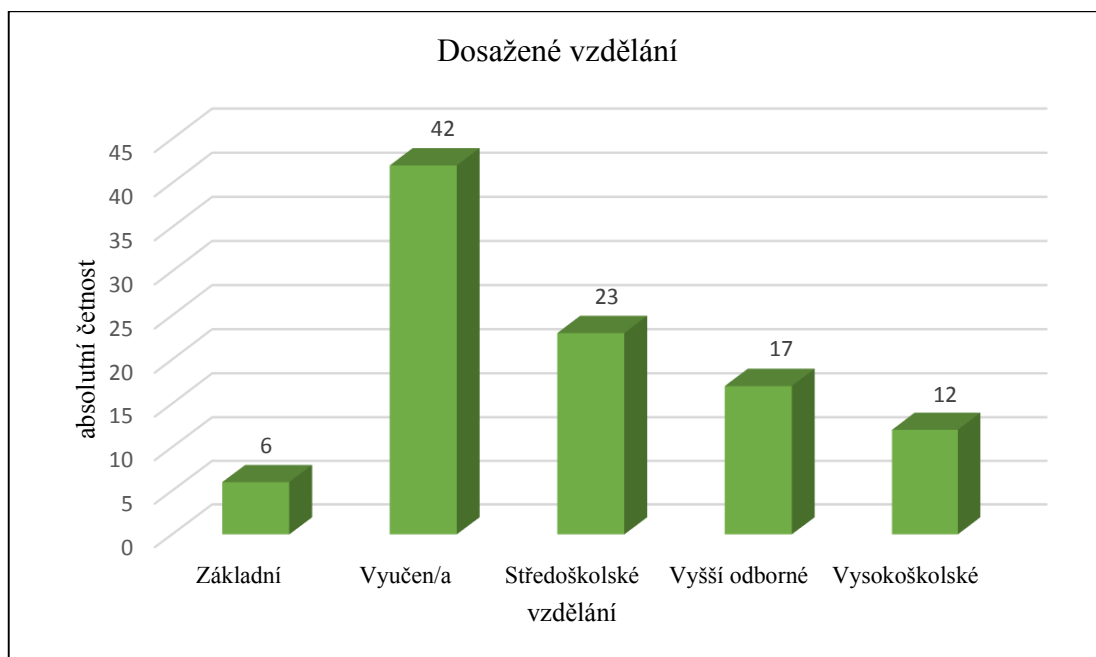
Otázka č. 2: Věk.



graf 2 Věk respondentů (n=100)

K otázce věk, z celkového počtu 100 dotazovaných respondentů (100%) bylo ve věku 30 let a méně 20 respondentů (20%), v rozmezí 31-40 let bylo 40 respondentů (40%), to se ukázalo, jako nejvíce. Mezi 41-50 rokem bylo 15 respondentů (15%), 24 respondentů (24%) se nacházelo mezi 51-70 rokem a 1 z dotazovaných respondentů (1%) byl na 71 let a více.

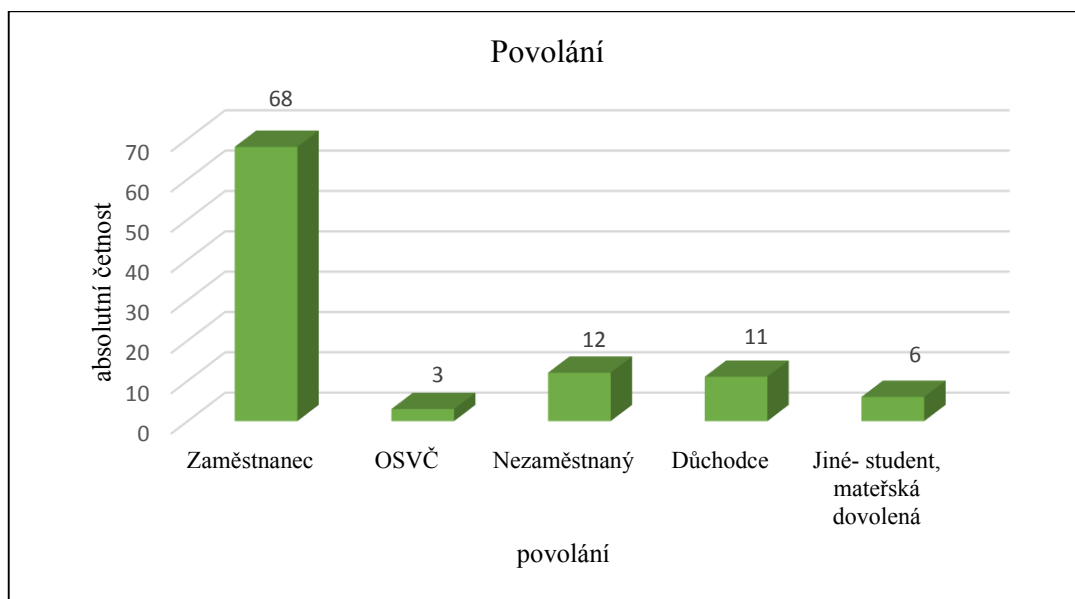
Otázka č. 3: Dosažené vzdělání.



graf 3 Dosažené vzdělání (n=100)

K otázce dosaženého vzdělání měli respondenti na výběr z několika možností. Základní vzdělání uvedlo 6 respondentů (6%), nejvíce bylo 42 respondentů (42%) vyučeno, středoškolské vzdělání označilo 23 respondentů (23%), s vyšším odborným vzděláním označilo 17 respondentů (17%) a 12 respondentů (12%) bylo vysokoškolsky vzdělaných.

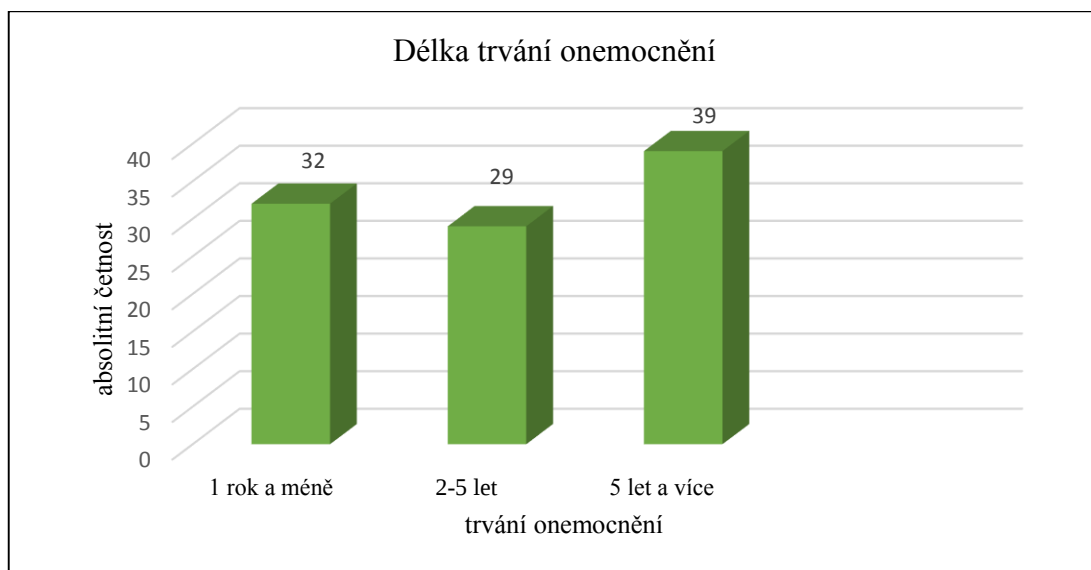
Otázka č. 4: Povolání.



graf 4 Povolání (n=100)

Otázka zjišťovala aktuální povolání. Jako zaměstnanec pracuje nejvíce dotázaných respondentů 68 (68%), jako OSVČ pracují 3 respondenti (3%), 12 respondentů (12%) bylo nezaměstnaných, mezi důchodce patřilo 11 respondentů (11%) a jako jiné povolání (student nebo na mateřské dovolené) uvedlo 6 respondentů (6%).

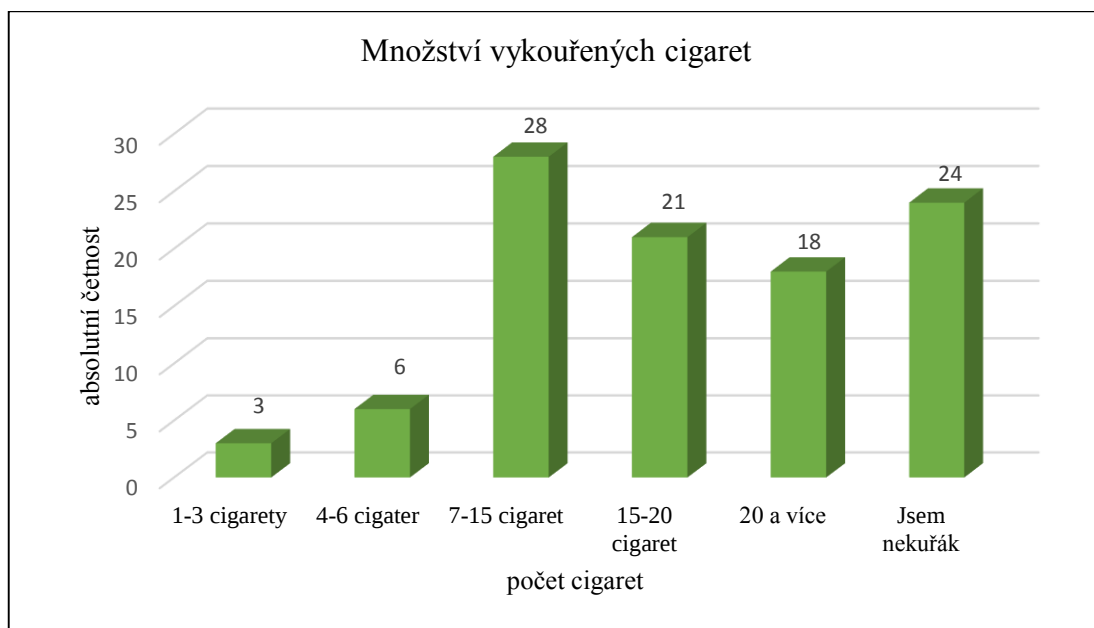
Otázka č 5: Jak dlouho trpíte vředovou chorobou?



graf 5 Délka trvání onemocnění (n=100)

Otázka se zaměřovala na délku trvání onemocnění. 1 rok a méně označilo 32 respondentů (32%), 29 respondentů (29%) uvedlo délku trvání vředové choroby 2-5 let a 39 respondentů (39%) označilo 5let a více, což se ukázalo jako nejvíce.

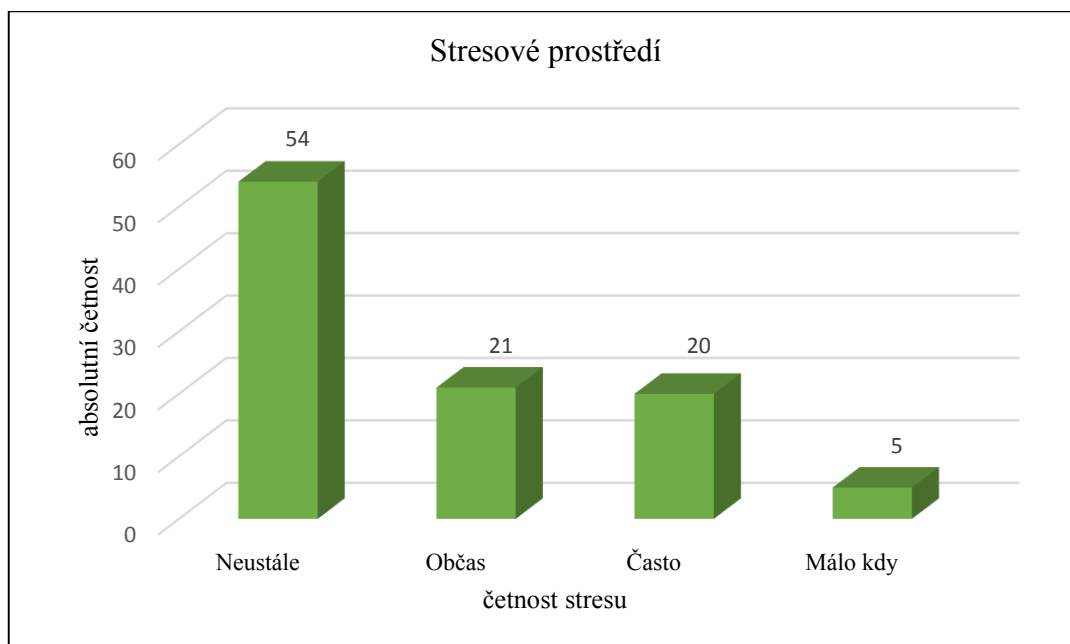
Otázka č. 6: Kolik cigaret denně vykouříte?



graf 6 Množství vykouřených cigaret (n=100)

Otázka zjišťuje, jestli respondenti jsou nekuřáci nebo kuřáci a kolik cigaret denně vykouří. 1-3 cigarety denně označili 3 respondenti (3%), 6 respondentů (6%) vykouří 4-6 cigaret denně, nejvíce respondentů 28 (28%) uvedlo, že vykouří 7-15 cigaret denně, 21 respondentů (21%) vykouří 15-20 cigaret, 20 a více cigaret vykouří denně 18 respondentů (18%) a 24 respondentů (24%) bylo označeno jako nekuřáci.

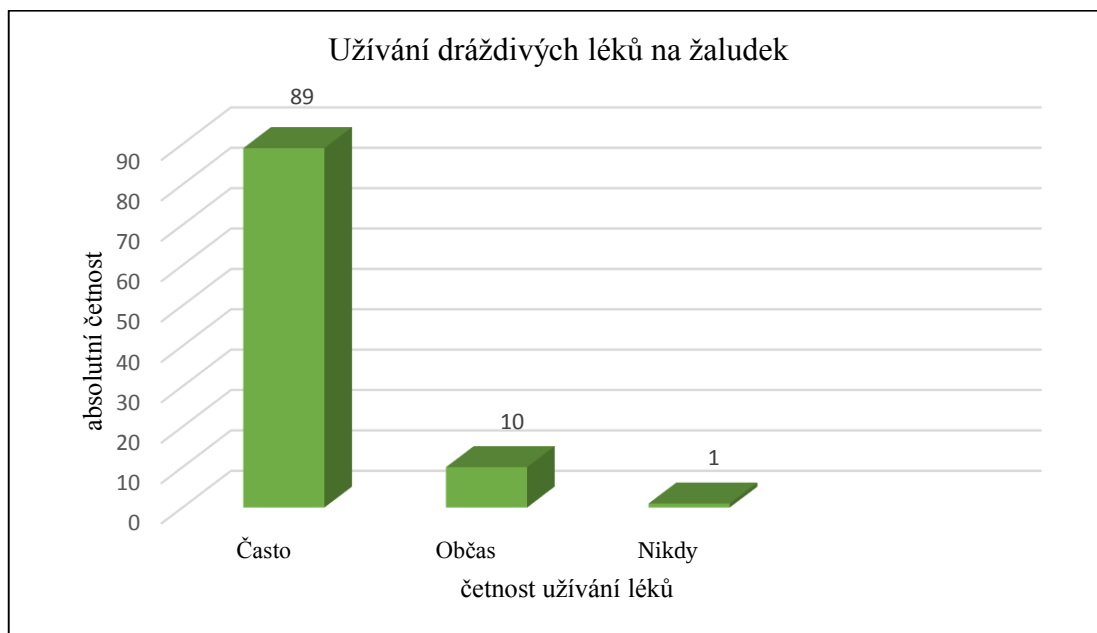
Otázka č. 7: Jak často jste ve stresovém prostředí?



graf 7 Stresové prostředí (n=100)

Otázka se zjišťuje, jak často se vykytují respondenti ve stresovém prostředí. Nejvíce, 54 respondentů (54%) označilo, že ve stresu jsou neustále. 21 respondentů (21%) uvedlo občas, často označilo 20 respondentů (20%) a málo kdy ve stresu bylo 5 respondentů (5%).

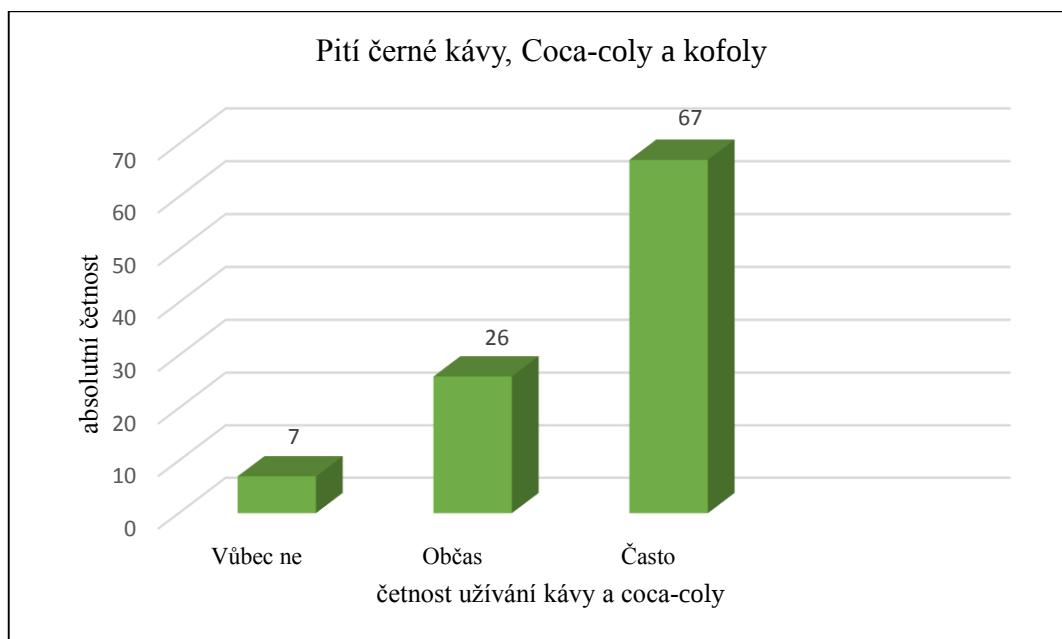
Otázka č. 8: Jak často užíváte nějaké dráždivé léky a látky na žaludek? (Diclofenak, Ibalgin, kyselinu salicylovou, dráždivá koření ...)



graf 8 Užívání dráždivých léků na žaludek (n=100)

V otázce měli dotazovaní uvést, jak často užívají dráždivé léky na žaludek. Často uvedlo 89 respondentů (89%), občas označilo 10 respondentů a 1 respondent (1%) uvedl, že nikdy nic neužíval.

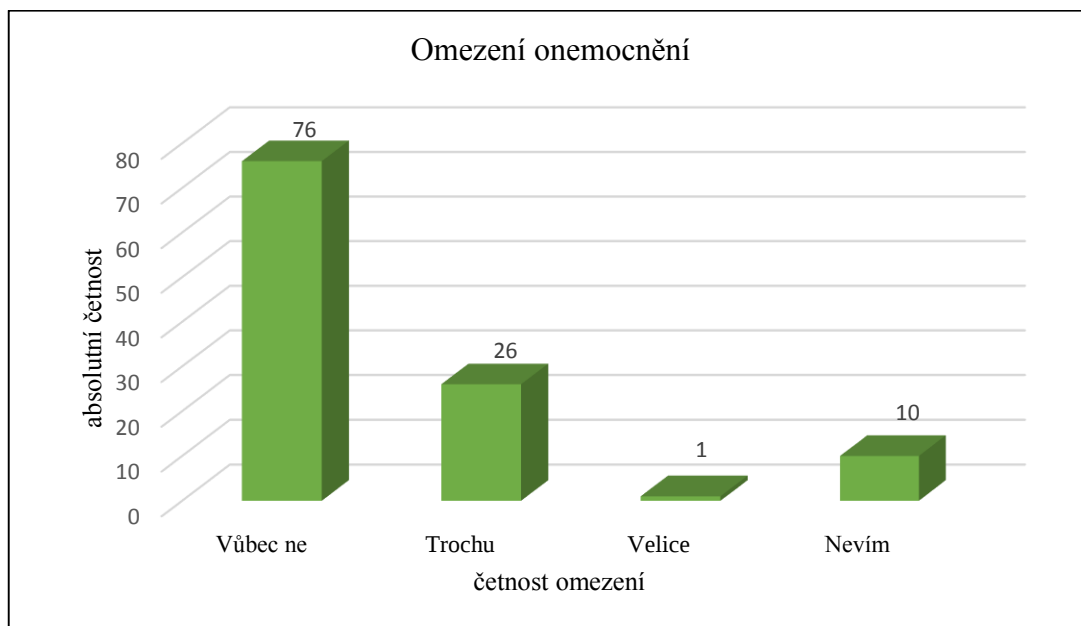
Otázka č. 9: Jak často pijete černou kávu, Coca-colu nebo kofolu?



graf 9 Pití černé kávy, Coca-coly a kofoly (n=100)

Otázka týkající se pití černé kávy, Coca-coly nebo kofoly odhalila, 7 respondentů (7%) vůbec nepije černou kávu, Coca-colu nebo kofolu, 26 respondentů (26%) občas a 67 respondentů uvedlo často.

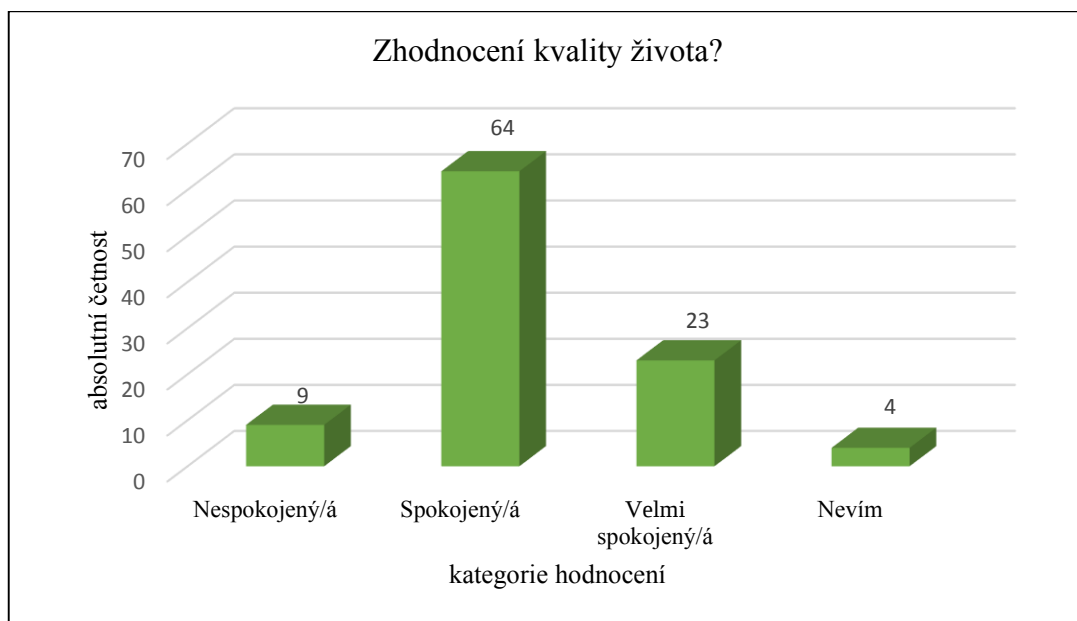
Otázka č. 10: Omezuje Vás toto onemocnění v nějakých denních aktivitách nebo sportu?



graf 10 Omezení onemocnění (n=100)

Otázka se zaměřuje na omezení vředové choroby při denních aktivitách a sportu. Odhalila, že 76 respondentů (76%) uvedlo vůbec ne, 26 respondentů (26%) označilo trochu, 1 respondent (1%) velice ho omezuje a 10 respondentů (10%) neví.

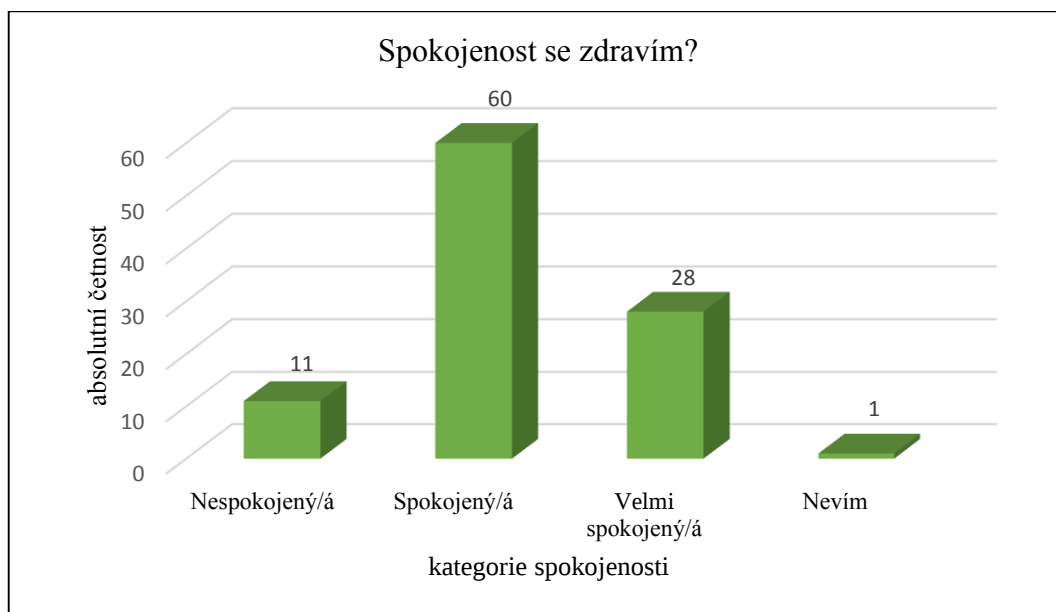
Otázka č. 11: Jak celkově hodnotíte kvalitu svého života?



graf 11 Zhodnocení kvality života (n=100)

Otázka hodnotí kvalitu života. Nespokojeno bylo 9 respondentů (9%), 64 respondentů (64%) bylo spokojeno, 23 respondentů (23%) označilo velmi spokojeno a 4 respondenti (4%) nevěděli.

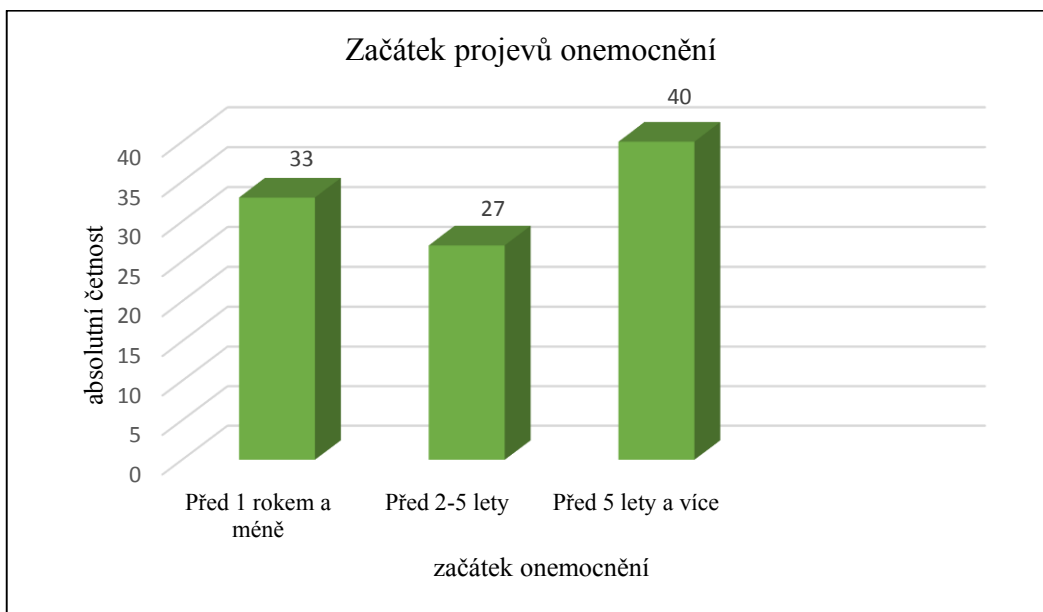
Otázka č. 12: Jak jste spokojený/á se svým zdravímnebo nynějším zdravotním stavem?



graf 12 Spokojenost se zdravím (n=100)

Otázka zaměřující se na spokojenost se zdravím, odhalila 11 respondentů (11%) nespokojených, 60 respondentů (60%) spokojených, 28 respondentů (28%) velmi spokojených a 1 dotazovaný respondent (1%) neví.

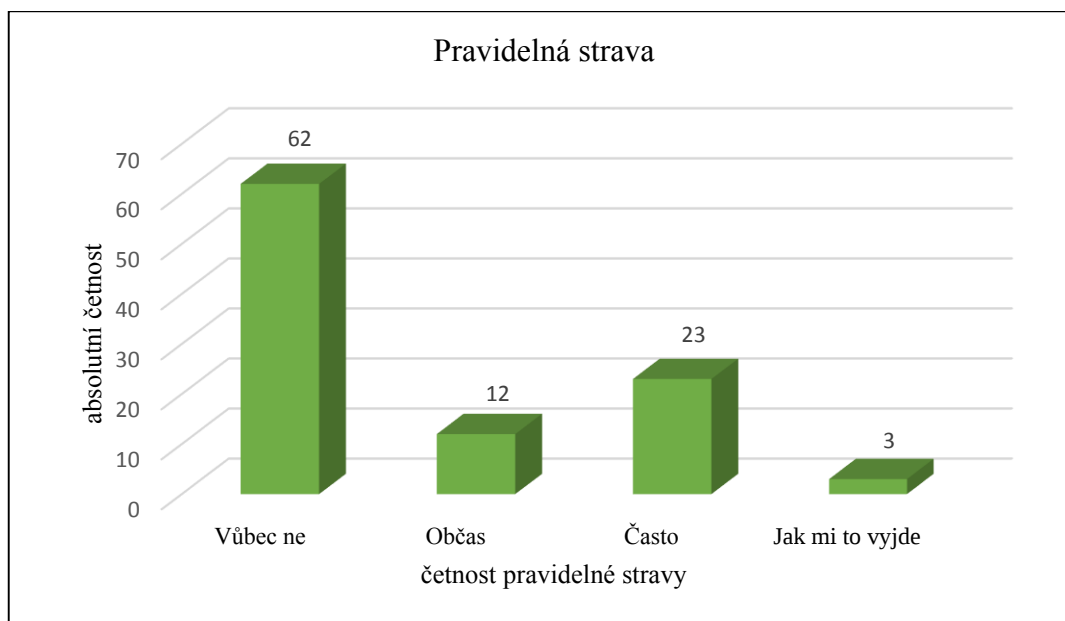
Otázka č. 13: Kdy se u Vás začala projevovat vředová choroba? (bolesti břicha, snížená chuť k jídlu...)



graf 13 Začátek projevů onemocnění (n=100)

Otázce zjišťuje začátek projevů onemocnění. Před 1 rokem a méně označilo 33 respondentů (33%), 27 respondentů (27%) uvedlo před 2-5 lety a před 5 lety a více označilo 40 respondentů (40%).

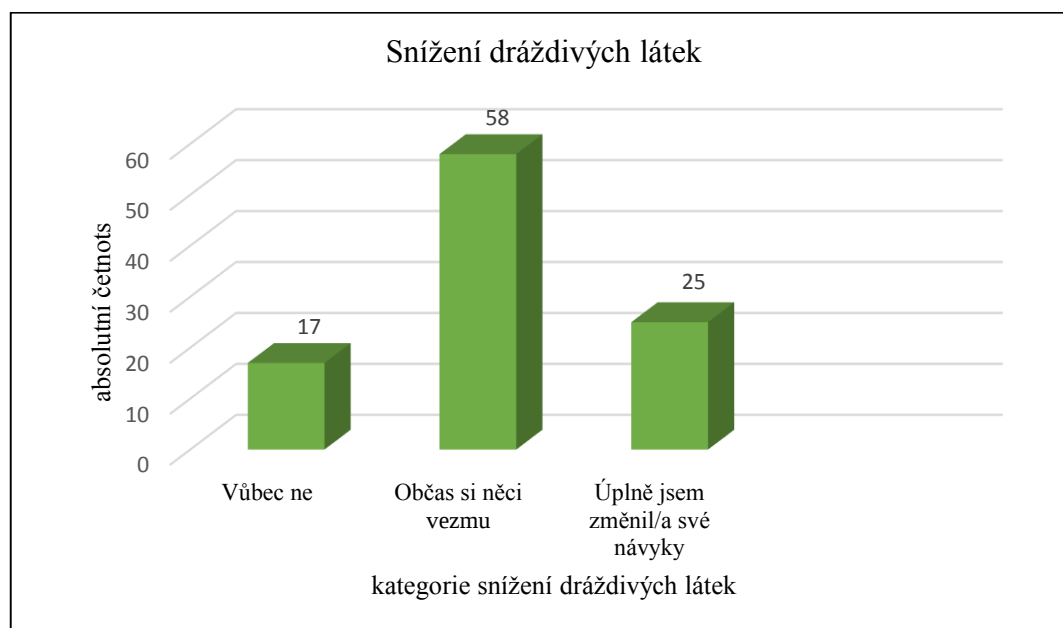
Otázka č. 14: Jak často jíte pravidelně?



graf 14 Pravidelná strava (n=100)

V otázce se zaměřujeme na pravidelnost stravy. 62 respondentů (62%) označilo vůbec ne, 12 respondentů (12%) uvedlo občas, často označilo 23 respondentů (23%) a 3 respondenti (3%) uvedlo, jak jim to vyjde.

Otázka č. 15: Omezil/a jste užívání dráždivých látek na žaludek? (léky, ostrá koření, kofein...)



graf 15 Snížení dráždivých látek (n=100)

Otázka zjišťuje, kolik respondentů snížilo množství dráždivých látek. 17 respondentů (17%) uvedlo vůbec ne, 58 respondentů (58%) označilo, občas si něco vezmu a 25 respondentů (25%) úplně změnilo své dosavadní stravovací návyky.

4.6 Diskuze

Hlavním cílem práce bylo zmapovat kvalitu života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. Zaměřuje na posouzení a zhodnocení stanovených cílů. Výsledná data jsou porovnávána s výsledky bakalářských prací studentek Dřevíkové Jitky z Masarykovy univerzity v Brně z roku 2007 a studentky Tylajkové Lenky z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně z roku 2013. Studentky zjišťovaly ve svých pracích, pomocí dotazníkových šetření, jak vředová choroba ovlivňuje život pacientů a jejich kvalitu života. Dále jsem srovnala výsledky s publikovanými díly a s výzkumem lékařů Asghar Ashrafi Hafez, Elahe Tavassoli Akbar Hasanzadeh, Mahnoush Reisi, Seyed Homamodin Javadzade a Masoumeh Imanzad, kteří zkoumali kvalitu života u pacientů

s peptickým vřed v nemocnici Al-Zahra v Íránu v roce 2010. Šetření zhodnotili pomocí statistických údajů.

Výsledky šetření jsem zjišťovala pomocí dotazníkového šetření. Rozdáno bylo 120 dotazníků a zpět se vrátilo 100 dotazníků. Návratnost byla tedy 83 %. Celkový počet respondentů bylo tedy 100.

V první části dotazníku jsem zjišťovala pohlaví respondentů. Z celkového počtu dotazovaných bylo 58% mužů a 42% žen. Z výzkumu Dřevíkové (2007) vyplynulo, že dotazovaní respondenti byli z 56,3% muži a 43,7% ženy. Výzkum lékařů v Íránu (2010) se zaměřil na 46,2% žen a 53,8% mužů. Dle výzkumu studentky Tylajkové (2013) vyplynulo 52% dotazovaných mužů a 48% žen. Dle mých předpokladů, že častěji vředovou chorobou budou trpět muži, se potvrdila.

Věkové rozpětí mezi 30 rokem a méně označilo 20% respondentů, z výzkumu studentky Dřevíkové (2007) vyplynulo 9,2% respondentů mezi 20-29 rokem, studentka Tylajková (2013), měla do 30 roku 17% respondentů, což bylo méně než v mém výzkumu. Mezi 31-40 rokem, označilo studentce Tylajkové (2013) 14% respondentů, to je podstatně méně, než vyšlo v mém výzkumu, kde v této věkové kategorii bylo 40% dotazovaných respondentů, oproti studentce Dřevíkové (2007), které v rozmezí 30-39 let označilo 21,8% respondentů. Věk 41-50 let v mém dotazníku označilo 15% respondentů, mezi 51-70 rokem bylo 24% respondentů a 1% dotazovaných označilo věk 71 let a více. Z Výzkumu studentky Dřevíkové (2007), 30-39 let označilo 21,8%, 40-49 let označilo 31%, 50-59 let označilo 8% respondentů, 22,9% respondentů měla mezi 60-69 rokem a 70-79 let označilo 5,7% dotazovaných respondentů. Studentka Tylajková (2013) mezi 41-50 rokem měla 29% respondentů, což je podstatně více než vyplynulo z mého dotazníku. Mezi 51-70 rokem života označilo 33% a nad 71 let označilo 7% dotazovaných respondentů. Z mého výzkumu vyplynulo, že se vředová choroba během let více začala vyskytovat v mladším a produktivním věku, což mě překvapilo.

Dotazovaní respondenti byli nejvíce vyučeni. Z mého výzkumu vyšlo 42% vyučených, 23% se středoškolským vzděláním, 17% mělo vyšší odborné vzdělání, 12% vysokoškolské a pouhých 6% mělo jen základní vzdělání. U studentky Dřevíkové (2007) bylo 43,7% respondentů vyučeno, 39,1% mělo střední vzdělání, 14,9% vysokoškolské a 2,3% základní vzdělání. Z výzkumu studentky Tylajkové (2013) bylo

nejvíce 40% respondentů se střední školou, vyučeno bylo 29% respondentů, nejméně respondentů (8%) mělo základní školu, 13% mělo vyšší odbornou školu a 10% respondentů bylo vysokoškolsky vzdělaných. Z toho vycházím, že nejvíce dotazovaných respondentů je vyučeno v různých oborech nebo studovalo střední školou, což jsem očekávala. Ale zjistila jsem, že více než vzdělání má vliv na vznik onemocnění spíše jakou práci vykonávají a v jakém prostředí. Nejvíce dotazovaných dříve pracovalo nebo pracuje v uhelných dolech, kde byli vystaveni okolnímu vlivu, prachu a neustálého stresu. Pracovali tam vyučení i vysokoškolsky či středoškolsky vzdělaní respondenti.

Cíl 1: Zjistit jestli vředová choroba negativně ovlivňuje kvalitu života respondentů.

Omezení vředové choroby v denních aktivitách nebo sportu označilo 76% respondentů, že je vůbec v ničem neomezuje. 26% dotazovaných je tato nemoc omezuje trochu, 10% přesně neví, zda jsou nějak omezeni a 1% dotazovaných respondentů jsou velice omezeni v denních aktivitách či sportu. Dle výzkumu Dřevíkové (2007) omezuje 33% respondentů toto onemocnění, 16,1% je vůbec neomezuje a 50,6% respondentů je někdy omezuje toto onemocnění. Z výzkumu studenty Tylajkové (2013) omezení při fyzických aktivitách bylo 46% dotazovaných a 54% respondentů se necítilo omezeno. Jak jsem předpokládala, tak z těchto výsledků vyplývá, že vředová choroba nějak zásadně neomezuje nemocné v denních aktivitách či sportu.

Jak jsem předpokládala, s celkovým zhodnocením kvality svého života bylo spokojeno 64% respondentů, nespokojených se svou kvalitou života bylo 9%, jako velmi spokojeni se svou kvalitou života označilo 23% a 9% dotazovaných respondentů nevědělo, jestli je se svou kvalitou života spokojeno. Studie lékařů z Íránu (2010) ukázala, že 69,9% pacientů mělo relativně dobrou kvalitu života. Z výzkumu Dřevíkové (2007) vyplývá, že u 59,7% respondentů se změnila kvalita života a u 40,3% se kvalita života nezměnila, což se neshoduje s mými výsledky a se studií z Íránu (2010).

Spokojenost se svým zdravím nebo nynějším zdravotním stavem bylo 60% respondentů, jako velmi spokojeni označilo 28% dotazovaných, 11% označilo nespokojenost se svým zdravím a 1% nevědělo, jestli jsou spokojeni nebo nespokojeni. Tyto výsledky jsou shodné s hodnocením kvality života, z čehož usuzuji, že respondenti dotazník vyplňovali svědomitě a tudíž spolehlivě.

Neustále ve stresovém prostředí odpovědělo 54% respondentů, občas ve stresu bývá 21%, často označilo 20% respondentů a málo kdy ve stresu udalo je 5% dotazovaných respondentů. Dle výzkumu Dřevíkové (2007) je trvale ve stresu 47,1% respondentů, jako nestresové prostředí označilo 52,8% respondentů a 52,9% dotazovaných odpovědělo, že stresem netrpí. Z výzkumu Tylajkové (2013) vyplynulo celých 70% respondentů trpících stresem, což mě docela překvapilo a 29% respondentů nepocíťovalo stres v životě.

Cílem bylo zjistit, jestli vředová choroba negativně ovlivňuje kvalitu života respondentů. Z mého výzkumu vyplynulo, že kvalita života, vlivem vředové choroby se u oslovených respondentů jeví jako dobrá, což se shoduje s výzkumem lékařů z Íránu v roce 2010, ale rozchází se s výzkumy studentek Dřevíkové (2007) a Tylajkové (2013), kde se ve více jak polovině dotazovaných změnil život vlivem nemoci a tudíž i kvalita života. Z čehož usuzuji, že se celkově zlepšilo podvědomí pacientů s vředovou chorobou. Velký vliv na kvalitu života a vznik vředové choroby má stres. Jak uvádí Rokyta a kol. (2015), emoční stres provází často tzv. stresový vřed, který bývá spojen s extrémní aktivací adrenalinu a následnými lokálními vazospasmy. Z výsledků výzkumu usuzuji, že vředová choroba u dotazovaných respondentů, negativně neovlivnila jejich kvalitu života. Cíl byl splněn.

Cíl 2: Zmapovat délku trvání onemocnění vzhledem k zaměstnání.

Délku trvání vředové choroby 1 rok a méně označilo 32% respondentů, nejdéle v 39% dotazovaných trpělo onemocněním 5 a více let. V 29% respondentů trpělo 2-5 let. Tudíž do 5 let trpělo 61% dotazovaných respondentů. Což se ve srovnání s výzkumem studentky Tylajkové (2013) snížilo. Z jejího výzkumu vyplynula délka trvání do 5 let 70% z celkového počtu respondentů. Z výzkumu v Íránu (2010), vyplynulo 53% respondentů, kteří trpěly onemocněním 1-5 let. Trvání vředové choroby do 5 let podle výzkumu Dřevíkové (2007), vyplynulo na 26,5% respondentů. Nejvíce však měla 44,7% respondentů mezi 6-19 rokem trvání. Z těchto výsledků by se dalo usuzovat, že vředová choroba, během několika let, měla střídavou tendenci ve výskytu. Pozdávalo se mi, že vředová choroba je na ústupu, ale vlivem hektického života a stresu, který na nás každodenně působí, se stále častěji vyskytuje a to i v mladším věku, což mě překvapilo.

Počátek příznaků vředové choroby, jako je bolest břicha, snížená chuť k jídlu před rokem a méně označilo 33% respondentů, před 2-5 lety označilo 27% respondentů

a vznik příznaků před 5 a více lety označilo 40% dotazovaných respondentů. Tyto výsledky se velice shodují s délkou trvání onemocnění, což ukazuje soustředěnost respondentů při vyplňování dotazníků.

Zaměstnání v běžném provozu bylo nejvíce dotazovaných respondentů až 68%, což jsem očekávala, protože práce ve směnném provozu je považována za stresující. Následně nezaměstnaných bylo 12% a důchodců 11% respondentů. Nejméně bylo osob samostatně výdělečně činných jen 3%. Mezi jiná povolání se zařadili se 6% studenti a matky na mateřské dovolené. Jeden z respondentů na mateřské dovolené byl muž. Ve srovnání se studentkou Tylajkovou (2013), kde měla také největší zastoupení mezi zaměstnanci (43%) tedy, považuji za rizikovější, pro vznik vředové choroby, práci v běžném provozu. Ale nemohu opomenout i nezaměstnané, kteří jsou vystaveni stresu z hledání práce a uživení rodiny a jiná povolání.

Cílem bylo zmapovat délku trvání onemocnění vzhledem k zaměstnání. Zaměstnání, které negativně ovlivňuje vznik vředové choroby, se podle mého výzkumu jeví, jako zaměstnanec v běžném provozu, což se shoduje s výzkumem studentky Tylajkové (2013). Dítě (2007) uvádí, že u osob s akutní vředovou chorobou, kteří vykonávají fyzicky náročnou práci nebo pracují ve směnném provozu, by měli z těchto činností vyřazení a je jim doporučena pracovní neschopnost, popřípadě u komplikací i hospitalizace v nemocnici. Důležitou roli hraje hlavně postoj samostatného pacienta. Trvání a délku vředové choroby označilo do 5let nejvíce respondentů. Z výsledku výzkumu vyplývá, že průměrná délka trvání vředové choroby je do 5 let a nejvíce ohrožení, vzhledem k zaměstnání, jsou zaměstnanci v běžném provozu. Cíl byl splněn.

Cíl 3: Zjistit jestli respondenti dodržují režimová opatření při vředové chorobě.

Otázce o kouření se více jak polovina respondentů hned ozvala, že samozřejmě jsou nekuřáci, ale při písemném šetření vše vyplynulo jinak. Již v začátcích jsem předpokládala, že z oslovených respondentů bude většina kuřáků a to se mi nakonec i potvrdilo. Celých 24% respondentů označili v dotazníku, že jsou nekuřáci. Dítě (2007) ve svém článku uvádí, že již v dřívějších výzkumech je prokázáno, že kouření výrazně zpomaluje hojení vředů. Dále 28% vykouří 7-15 cigaret denně, 21% respondentů 15-20 cigaret denně, 20 a více cigaret denně vykouří 18% respondentů. Nejméně dotazovaných označilo 1-3 cigarety v 3% a v 6% dotazovaní respondenti vykouří 4-6 cigaret denně. Studentce Dřevíkové (2007) ve svém výzkumu vyšlo 20,7% nekuřáků,

méně jak 10 cigaret denně označilo 27,6% respondentů a více jak 10 cigaret denně vykouří 17,2%. Z výzkumu lékařů v Íránu (2010), vyplynulo 69,9% nekuřáků a 19,4% mělo v anamnéze kouření, ale množství tento výzkum neuvádí. Z mého výsledku vychází nejvíce kuřáků, až nadpoloviční většina, kteří vykouří 10 a více cigaret denně, na rozdíl od obou výzkumů. Tylajková (2013) ve své práci uvádí 35% kuřáků a 39% nekuřáků, což je skoro vyrovnané. Z výsledků usuzuji, že lékařům v Íránu (2010) z výzkumu vyplynulo tolik nekuřáků, protože je to otázka víry, kde bývá převaha muslimů, kteří mají spoustu věcí zakázáno oproti Evropě, kde vyplynula nadpoloviční většina respondentů jako kuřáci.

Užívání kofeinu, který je obsažen v černé kávě, Coca-cole nebo kofole, označilo 67% jako časté, občas se kávy napije 26% respondentů a 7% dotazovaných vůbec nepije černou kávu či jiné nápoje s obsahem kofeinu. Z výzkumu Dřevikovské (2007) vyplynulo, že kávu nepije 27,6% respondentů, příležitostně kávu pije 13,8%, méně jak 3 kávy denně pije 37,9% dotázaných a 3 a více káv za den vypije 20,7% dotazovaných respondentů. Dle studentky Tylajkové (2013) kávu pije 54% respondentů, 24% kávu nepije a 22% si kávu dá příležitostně. Z těchto výzkumů vyplynulo, že většina respondentů pije kávu v různém množství. Podle výzkumu Dřevikovské (2007) vyplynulo více respondentů, kteří kávu nepijí na rozdíl od mého výzkumu, kde tuto odpověď označilo pouhých 7%. Z těchto výsledků usuzuji, že v průběhu let se celosvětově výrazně zvýšila spotřeba kávy.

V otázce častosti pravidelného stravování se potvrdily moje domněnky, že polovina se nebude stravovat pravidelně. Vůbec ne označilo 62% respondentů, občas se pravidelně stravuje 12% respondentů, často 23% dotazovaných a 3% se pravidelně stravuje, jak jim to vyjde, což jsem taky předpokládala vyšší procento, při každodenním hektickém stylu života. Z výzkumu Tylajkové (2013) vyplývá, že 19% respondentů se pravidelně stravuje 5x denně po malých dávkách a 31% dotazovaných si na jídlo udělá čas. Zbytek respondentů se přiznalo, že se přejídají na noc, nesnídají a nestravují se pravidelně. Dle výzkumu Dřevikovské (2007) vyplynulo 65,5% respondentů se pravidelně stravuje a 34,5% dotazovaných se stravuje nepravidelně. Podle Šafránkové a Nejedlé (2006) je velice důležitá životospráva (čerstvé ovoce a zelenina) a pravidelnost ve stravování. Uvádí, že v anamnéze, by se sestra měla ptát na nesnášenlivost různých jídel, stravovací návyky a popřípadě doporučit konzultaci s nutriční sestrou. Myslím si, že třeba větší

informovanost o následcích nepravidelného stravování, by mohla i potenciální pacienty motivovat.

Četnost užívání dráždivých léků na žaludek, jako je Dickofenac, Ibalgin nebo kyselina salicylová mě nemile překvapila. Celých 89% respondentů označilo často, občas tyto léky užívá 10% dotazovaných a pouhé 1% dotazovaných respondentů uvedlo, že někdy tyto léky užívá. Jak uvádí Dítě (2007), je nutné vyloučit veškerá nesteroidní antirevmatika a kyselinu salicylovou i ve formě čípků, protože mají systémový efekt. Agresivní látky na žaludek z výzkumu Tylajkové (2013), užívá 27% respondentů a ve většině případů, celých 54% respondentů, agresivní látky neužívá, což bych nepředpokládala. Ale vyšší užívání dráždivých léků bych přisuzovala nižší informovanost o škodlivosti těchto léků. Zdá se mi snadná dostupnost některých dráždivých léků v lékárnách a ze své zkušenosti ani lékárníci neupozorní na případná rizika s užíváním. Následně se zvyšuje riziko manifestace vředové choroby, jak uvádí Lukáš a Žák (2007), až desetinásobně. Vředová choroba se v průběhu života vyskytne u 3-10% populace.

Na otázku omezení častého užívání dráždivých látek a léků na žaludek (ostrá koření, kofein ...), většina odpověděla kladně. Jak jsem předpokládala, užívání těchto látek pacienti neomezí a předpoklad se z části potvrdil. Vůbec neomezilo 17% respondentů tyto látky, občas si nějaký dráždivý lék či koření vezmou v 58% a úplně změnilo své stravovací návyky 25% dotazovaných respondentů, což mě mile překvapilo.

Cílem bylo zjistit, jestli respondenti dodržují režimová opatření při vředové chorobě. Dráždivá koření a léky užívá stále vysoké procento dotazovaných respondentů. Režimová opatření nedodržují, kouří a pijí černou kávu. Ale jak ukázalo výzkumné šetření, celých 25% dotazovaných respondentů změnilo své stravovací návyky. Jak uvádí Dítě (2007), režimová opatření spočívají především v úpravě životosprávy. Patří sem omezit dráždivá koření, kouření nebo nekouřit protože, jak jsem již výše zmínila, kouření zpomaluje hojení vředů. Z výzkumu vyplynulo, že dotazovaní respondenti nedodržují režimová opatření. Cíl byl splněn.

4.7 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Chtěla bych poukázat na nedodržování režimových opatření, kouření a pití černé kávy. I přes doporučení od lékařů, se stále těmito radami neřídí. I když z mého výzkumu vyplynulo, že kvalita života, vlivem vředové choroby se u oslovených respondentů jeví, jako dobrá, tak bych ani tak neviděla problém v informovanosti o tomto onemocnění, jako v disciplinovanosti respondentů. Spíše bych zvýšila podvědomí lidí v péči o vlastní zdraví a to i příspěvky (poplatky). I když toto téma patří do jiné kategorie.

Pro snížení věku prvních příznaků, bych navrhovala snížení stresu, více odpočinku a pravidelnou životosprávu. Pacientům bych doporučila snažit se vyvarovat stresu. Jestli jsou přesto stresu vystaveni, používat různé relaxační způsoby a techniky. K nejosvědčenějším technikám patří např. jóga, dechová cvičení, aromaterapie nebo terapie barvami. Dopřát si každý den dostatek odpočinku a spánku. Relaxovat se musíme naučit všichni a zvýšit obědovou přestávku na 1 hodinu, kde by měli možnost zaměstnanci provádět relaxační techniky. Pacienti by měli jíst častěji a v menších dávkách (5-6x denně), nejíst tučnou stravu a kořeněné jídlo. Při úpravě potravy používat dušení a vaření. Není vhodné smažení a pečení. Vyvarovat se užívání léků obsahujících kyselinu acetylsalicylovou (např. Aspirin, Acylpyrin), užívání nesteroidních antirevmatik (např. Ibalgin, Brufen, Voltaren, Nurofen) a kortikoidů. Nekonzumovat nápoje s obsahem kofeinu, alkohol, perlivou vodu. Nejsou vhodné velmi horké nebo velmi studené nápoje.

Na zvýšení informovanosti a disciplinovanosti lidí doporučuji opětovně se u lékaře nebo v lékárnách informovat o prevenci, diagnostice, léčbě a možných komplikacích tohoto onemocnění pomocí informačních materiálů, které si může pacient prostudovat v klidu doma. Zdravotnický personál by měl edukovat a ověřovat, jestli pacient novým informacím rozumí a kontrolovat zpětnou vazbu. Důležité je hlavně edukovat včas i zdravé osoby a tím předcházet vzniku onemocnění. Nemocný by měl dodržovat doporučená omezení a vyhnout se tak zhoršení onemocnění.

Doporučená omezení při vředové chorobě:

Přestat kouřit!

Neužívat nesteroidní antirevmatika, léky obsahující kyselinu acetylsalicylovou a kortikoidy!

Požádat svého lékaře, aby Vám doporučil jiné léky proti bolesti!

Jíst vhodnou stravu, vhodně upravenou!

Jíst vícekrát (5-6x) denně menší porce!

Z nápojů vynechat kávu, alkohol, perlivou vodu, kolu, silný čaj!

Nejíst tučná jídla na noc!

Vyvarovat se stresu!

Užívat léky doporučené lékařem!

Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat kvalitu života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. Vedlejší cíle zjišťovali, jestli vředová choroba negativně ovlivňuje kvalitu života, výskyt faktorů, které mají negativní vliv na vznik onemocnění a dodržování režimových opatření při vředové chorobě.

V teoretické části se zaměřuji na anatomii a fyziologii žaludku a dvanáctníku. Dále popisuji definici gastroduodenální vředové choroby, její výskyt, etiologii, klasifikaci, klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou. Následně se práce zabývá možnými komplikacemi, prognózu onemocnění a ošetrovatelské péči. V posledním úseku teoretické části popisuje informace o kvalitě života u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena.

Praktická část byla provedena dotazníkovou metodou, které se zúčastnilo 100 osob trpících vředovou chorobou. U těchto respondentů mapovala kvalitu života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou, jejich schopnosti dodržování režimových opatření a léčebných doporučení a vliv různých negativních faktorů, které se podílejí na vznik vředové choroby.

Touto prací se snažím nastínit problematiku kvality života a poukázat na problémy, které významně ovlivňují kvalitu života dospělých jedinců trpících vředovou chorobou. V diskuzi této práce jsem srovnávala výsledky s výsledky výzkumů studentek vysokých škol, z předešlých let a se zahraniční studií lékařů v Íránu zabývajících se této problematice. Na základě zpracování získaných dat byl splněn hlavní cíl práce, který jsem stanovila na začátku výzkumného šetření.

Výsledky výzkumu ukazují, že respondenti nedodržují režimová opatření, kouří, užívají dráždivé léky a dráždivá koření, která nejsou vhodná při onemocnění žaludku. Zdálo se mi, že i když věděli a byli poučeni o tom, co mohou jíst a pít, tak na to nedbali a ve většině případů jim to bylo jedno. Je stále v podvědomí lidí, že když si platí zdravotní pojištění, tak se zdravotní zařízení o ně postará. Ale to je špatně. Pokud se nebudeme starat o svoje zdraví, tak pak už může být pozdě na pomoc a plně se rozvinou komplikace. Výsledky sice ukázaly, že kvalita života je dobrá a i se celkově zlepšilo podvědomí a informovanost pacientů s vředovou chorobou.

Z výsledků vyplynulo, že nejvíce respondentů s vředovou chorobou pracuje jako zaměstnanec v běžném provozu. Za možnost dalšího zkoumání, bych považovala výzkum zaměřený na podmínky v běžném směnném provozu, na jejich zlepšení a snížení výskytu vředové choroby.

Za zmínku stojí i dodržování dietních opatření a pravidelnost ve stravování. Ve směnném provozu je velice těžké dodržovat nějaký řád ve stravování. Při sběru dat důležitých pro výzkum, jsem se dotazovala respondentů, proč to zrovna při jejich práci nejde. Většina mi sdělila, že jsou omezováni přestávkami a dohledem zaměstnavatele. Další zkoumání by mohlo být zaměřené na zlepšení pracovních podmínek.

Kvalita života je individuální záležitostí a každý pacient prožívá svou nemoc jiným způsobem. Všech cílů se tedy podařilo dosáhnout.

Seznam literatury

BETTS, J. G., P. DESAIX, and E. JOHNSON, et al., © 2013. *Anatomy and Physiology*. 1. edition. Houston, Texas: Rice University, OpenStaxCollege, 1312 s. ISBN 13 978-1-938168-13-0.

ČEVELA, R., L. ČELEDOVÁ a H. DOLANSKÝ, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 108 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM, 2002. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0143-1.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009, *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

DŘEVIKOVSKÁ, Jitka, 2007. *Život s vředovou chorobou gastroduodena*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí bakalářské práce Doc. MUDr. Pavel Weber.

DÍTĚ, Petr, 2007. Režimová opatření u žaludečních a dvanáctníkových vředů. *Ordinace* [on-line]. [cit. 2016-03-24]., ISSN 1801-8467. Dostupné z: <https://www.ordinace.cz/clanek/rezimova-opatreni-u-zaludecnich-a-dvanactnikovych-vredu/>

FARAGHER, M. Rhonda and Roy I. BROWN, 2014. *Quality of Life and Intellectual Disability : Knowledge Application to Other Social and Educational Challenges*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc, 418 s. ISBN 978-1-62948-264-4.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAFEZ, A. A, E. TAVASSOLI and A. HASANZADEH, 2013. et al. *Quality of life in peptic ulcer patients referring to Al-Zahra hospital of Isfahan, Iran. Gastroenterology and Hepatology From Bed to Bench* [online]., [cit. 2016-01-23]. ISSN 2008-4234. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017537/>

KACHLÍK, David, 2013. *Úvod do preklinické medicíny*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 135 s. ISBN 978-80-87878-01-9.

KARGES, Wolfram a Sascha al DAHOUK, 2011. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. 1. vyd. Praha: Grada, 426 s. ISBN 978-80-247-3108-7.

KLENER, Pavel, 2011. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2008. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 109 s. ISBN 978-80-903820-7-7.

KOPÁČIKOVÁ, M., L. CETLOVÁ a J. STANČIAK, 2012. *Ošetrovatelský proces a potřeby pacientů/klientů*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 264 s. ISBN 978-80-87035-51-1.

KOMÁREK, Lumír a Kamil PROVAZNÍK, 2011. *Ochrana a podpora zdraví*. 1. vyd. Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK Praha, 99 s. ISBN 978-80-260-1159-0.

KOMINÁCKÁ, Jitka, 2011. *Moderní informační technologie pro podporu vyhodnocení prostorových indikátorů kvality života: aplikace ve venkovské krajině jižní Moravy*. 1. vyd. Brno: Konvoj, 141 s. ISBN 978-80-7302-162-7.

KREJČÍ, Ivona, 2007. Vředová choroba žaludku a duodena. *Medicína pro praxi* [online]. č. 5, s. 209-210. [cit. 2016-01-24]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2007/05/05.pdf>

KRŠKA, Zdeněk., Miroslav ZAVORAL et al., 2007. *Krvácení do gastrointestinálního traktu*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 384 s. ISBN 978-80-7254-994-8.

LANGMEIER, Miloš a kol., 2009. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.

LATA, J., J. BUREŠ a T. VAŇÁSEK, 2010. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a kol., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada, 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA, 2009. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-612-0.

NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.

Proč máme vředy [online] © 2015 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://doplnek.com/content/proc-mame-vredy>

ROKYTA, Rychard, 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. 1. vydání. Praha: GradaPublishing, 680 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

SOUČEK, M., J. ŠPINAR a J. VORLÍČEK, 2011. *Vnitřní lékařství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 3 sv. ISBN 978-80-247-2110-1.

Symbivita- žaludek chce klid [online] © 2015 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.symbivita.cz/Zaludek-chce-klid-a-pohodu-clanek-2144.html>

Symptomy- databáze příznaků a indikací častých nemocí, Anatomie trávicí soustavy [online]. © 2009-2015 [cit. 2016-04-10]. ISSN 2336-6540. Dostupné z: <http://www.symptomy.cz/anatomie/travici-soustava/horni-travici-trakt/zaludek>

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1148-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

TYLAJKOVÁ, Lenka, 2013. *Kvalita života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Markéta Sedláková.

Seznam grafů

graf 1 Pohlaví respondentů	32
graf 2 Věk respondentů.....	33
graf 3 Dosažené vzdělání	34
graf 4 Povolání.....	35
graf 5 Délka trvání onemocnění.....	36
graf 6 Množství vykouřených cigaret	37
graf 7 Stresové prostředí	38
graf 8 Užívání dráždivých léků na žaludek	39
graf 9 Pití černé kávy, Coca-coly a kofoly	40
graf 10 Omezení onemocnění	41
graf 11 Zhodnocení kvality života	42
graf 12 Spokojenost se zdravím.....	43
graf 13 Začátek projevů onemocnění.....	44
graf 14 Pravidelná strava	45
graf 15 Snížení dráždivých látek	46

Seznam zkratek

a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
cm	centimetr
^{13}C , ^{14}C	radioizotopy uhlíku
et al.	a kolektiv
H ₂ blokátor	blokátor H ₂ -histaminového receptoru
HCl	kyselina chlorovodíková
ISBN	International Standard Book Number (mezinárodní standardní číslo knihy)
L2, L3	označení lumbálních obratlů
např.	například
pH	potential of hydrogen (potenciál vodíku)
s.	strana
tj.	to je
tzn.	to znamená
vyd.	vydání
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WHOQoL	World Health Organization Quality of Life (Světová zdravotnická organizace pro vnímání zdraví, denních aktivit a hodnocení kvality života)

Seznam příloh

Příloha 1 Anatomie žaludku

Příloha 2 Anatomie duodena

Příloha 3 Vřed

Příloha 4 Billroth I

Příloha 5 Billroth II

Příloha 6 Žádost o provedení výzkumného šetření

Příloha 7 Dotazník