

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetrovatelství

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CELIAKIÍ – VLIV DIETY  
NA PSYCHIKU A SOCIÁLNÍ ŽIVOT

Bakalářská práce

Autor práce: Vendula Pichnerová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Chymová

Jihlava 2026

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

 Oborův závěrečný zprávu

Autor práce:	<b>Vendula Pichnerová</b>
Studijní program:	Všeobecné ošetrovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	<b>Kvalita života pacientů s celiakií - vliv diety na psychiku a sociální život</b>
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Chymová
Cíl práce:	Cílem bakalářské práce je zhodnotit kvalitu života pacientů s celiakií se zaměřením na to, jak dodržování bezlepkové diety ovlivňuje jejich celkovou psychickou pohodu a sociální život.

## Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice celiakie a jejímu vlivu na kvalitu života nemocných. Teoretická část poskytuje odborný popis etiopatogeneze, diagnostických postupů a léčebného managementu, se zaměřením na specifika celoživotní bezlepkové diety. Cílem práce je analyzovat, jakým způsobem toto chronické autoimunitní onemocnění ovlivňuje psychosociální a ekonomickou sféru života pacientů. Empirická část vychází z kvantitativního šetření realizovaného formou anonymního dotazníku u 100 respondentů. Výzkum se soustředil na identifikaci bariér v sociální interakci, finanční zátěž spojenou s dietním režimem a výskyt stresových faktorů při stravování v neznámém prostředí. Výsledky šetření potvrzují, že celiakie představuje signifikantní zátěž pro psychickou pohodu a vede k omezení společenského života. Práce zdůrazňuje nezbytnost kvalitní ošetrovatelské edukace jako klíčového faktoru pro úspěšnou adaptaci pacienta na onemocnění a zvýšení jeho životní spokojenosti.

## Klíčová slova

Celiakie; bezlepková dieta; kvalita života; ošetrovatelská péče; malabsorpce; sociální izolace; edukace pacienta

## Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of celiac disease and its impact on the quality of life of patients. The theoretical part provides a professional description of etiopathogenesis, diagnostic procedures, and treatment management, focusing on the specifics of a lifelong gluten-free diet. The aim of the work is to analyse how this chronic autoimmune disease affects the psychosocial and economic spheres of patients' lives. The empirical part is based on quantitative research conducted in the form of an anonymous questionnaire among 100 respondents. The research focused on identifying barriers in social interaction, the financial burden associated with the dietary regimen, and the occurrence of stress factors when dining in an unfamiliar environment. The research results confirm that celiac disease represents a significant burden on psychological well-being and leads to limitations in social life. The work emphasizes the necessity of high-quality nursing education as a key factor for the successful adaptation of the patient to the disease and for increasing their life satisfaction.

## Keywords

Celiac disease; gluten-free diet; quality of life; nursing care; malabsorption; social isolation; patient education

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

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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

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

V Jihlavě dne 31. března 2026

.....

Vendula Pichnerová

## Poděkování

Upřímné poděkování patří vedoucí bakalářské práce, Mgr. Petře Chymové, za její odborné vedení a cenné metodické připomínky.

Další poděkování směřuje ke všem respondentům, kteří projevili ochotu a věnovali svůj čas vyplnění anonymního dotazníku. Právě jejich otevřenost a sdílení osobních zkušeností s životem s diagnózou celiakie umožnily hlubší vhled do problematiky kvality života a následnou realizaci empirické části této práce. V neposlední řadě náleží poděkování rodině a blízkým za vytvoření klidného zázemí a podporu v průběhu celého studia.

## Obsah

<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>7</b>
<b>Seznam grafů.....</b>	<b>8</b>
<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>9</b>
<b>Úvod .....</b>	<b>10</b>
<b>1 Teoretická část.....</b>	<b>11</b>
1.1 Teoretická východiska a patofyziologie celiakie.....	11
1.2 Klinická manifestace, diagnostika a léčebný management.....	15
1.3 Kvalita života pacientů s celiakií .....	21
<b>2 Výzkumná část.....</b>	<b>25</b>
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	25
2.2 Metodika výzkumu.....	25
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí .....	26
2.4 Průběh výzkumu.....	26
2.5 Výsledky výzkumu .....	27
<b>3 Diskuse .....</b>	<b>44</b>
<b>4 Doporučení pro ošetrovatelskou praxi .....</b>	<b>46</b>
4.1 Inovace edukačních strategií se zaměřením na sociální stabilitu.....	46
4.2 Ekonomicky senzitivní ošetrovatelské poradenství.....	46
4.3 Management reziduálních symptomů a psychická podpora .....	47
4.4 Role sestry v multidisciplinárním týmu a komunitní péči .....	47
<b>Závěr .....</b>	<b>48</b>
<b>Citovaná literatura .....</b>	<b>49</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>51</b>

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Srovnání fyziologické sliznice tenkého střeva s normálními klky a patologické atrofie klků při celiakii .....	51
Obrázek 2: Model ledovce znázorňující poměr mezi diagnostikovanou a nediodagnostikovanou populací celiaků .....	51
Obrázek 3: Mezinárodní symbol pro certifikované bezpečkové potraviny .....	52

## Seznam grafů

Graf 1: Distribuce výzkumného souboru podle pohlaví .....	27
Graf 2: Aktuální věk respondentů v do šetření.....	28
Graf 3: Věk respondentů v době stanovení celiakie .....	29
Graf 4: Délka dodržování bezlepkové diety .....	30
Graf 5: Výskyt přidružených potravinových intolerancí a onemocnění.....	31
Graf 6: Subjektivní hodnocení celkového zdravotního stavu za poslední měsíc .....	32
Graf 7: Frekvence výskytu typických symptomů i přes dodržování dietního režimu .....	33
Graf 8: Míra prožívaného stresu či úzkosti při stravování v neznámém prostředí .....	34
Graf 9: Subjektivní vnímání omezení v sociálním životě z důvodu diagnózy .....	35
Graf 10: Pocit stigmatizace a vnímání sebe sama jako přítěž pro okolí.....	36
Graf 11: Frekvence vyhýbání se společenských akcím z důvodu obav o bezpečnost stravy .....	37
Graf 12: Vnímání míry porozumění okolí k dietním potřebám nemocného .....	38
Graf 13: Míra zatížení měsíčního rozpočtu výdaji za bezlepkové potraviny.....	39
Graf 14: Hodnocení dostupnosti bezlepkového sortimentu v okolí bydliště .....	40
Graf 15: Vliv vysoké ceny na nákupní chování u doporučených potravin a doplňků .....	41
Graf 16: Celkové subjektivní hodnocení kvality života .....	42
Graf 17: Subjektivně identifikované největší bariéry v životě s celiakií .....	43

## Seznam zkratek

Anti-tTG	Autoprotilátky proti tkáňové transglutamináze
AZ	Autorský zákon
CD-QOL	Celiac Disease Quality of Life (specifický dotazník pro měření kvality života u celiaků)
GALT	Gut-associated lymphoid tissue (lymfatická tkáň sliznice trávicího traktu)
HLA	Lidský leukocytární antigen
NCGS	Non Celiac Gluten Sensitivity (neceliakální glutenová senzitivita)
tTG	Tkáňová transglutamináza
VO	Výzkumná otázka

## Úvod

Celiakie v současnosti představuje jedno z nejrozšířenějších chronických autoimunitních onemocnění, jehož výskyt v populaci vykazuje trvale rostoucí tendenci. Přestože byla v minulosti vnímána primárně jako vzácná dětská diagnóza, aktuální poznatky potvrzují, že postihuje jedince napříč všemi věkovými kategoriemi. Tato systémová enteropatie, vyvolaná nesnášenlivostí lepku, s sebou přináší široké spektrum klinických projevů, které se zdaleka neomezují pouze na zažívací trakt. Právě vysoká variabilita symptomů a častý výskyt mimo střevních projevů činí z celiakie velmi komplexní problematiku, která vyžaduje pozornost nejen v oblasti medicínské, ale také v rámci ošetrovatelské péče.

Zásadním specifíkem tohoto onemocnění je fakt, že jedinou dostupnou a účinnou metodou léčby zůstává striktní a celoživotní dodržování bezlepkové diety. Přechod na tento stravovací režim však pro pacienta neznamena pouze změnu složení jídelníčku, nýbrž představuje radikální zásah do dosavadního životního stylu. Nemocní jsou nuceni k neustálé ostražitosti při výběru potravin, čelí zvýšené finanční zátěži a nezřídka se potýkají s omezeními v rámci sociálních aktivit a běžného stravování mimo domov. Tyto aspekty mohou u predisponovaných jedinců vyvolávat pocity izolace, stresu či frustrace, což se následně odráží v celkovém prožívání jejich životní situace.

Volba tématu bakalářské práce byla podnícena snahou hlouběji analyzovat vztah mezi diagnostikovaným onemocněním a kvalitou života pacienta. V ošetrovatelské praxi se sestra profiluje jako klíčový článek v procesu edukace, jejímž úkolem je nejen předat technické informace o dietě, ale také podpořit nemocného v jeho adaptaci na novou životní realitu. Pochopení toho, jakým způsobem dietní restrikce limitují pacienta v každodenním životě, je nezbytným předpokladem pro poskytování kvalitní a individuálně zaměřené péče. Ošetrovatelský přístup by tedy neměl být zaměřen pouze na klinickou kompenzaci stavu, ale měl by reflektovat i psychosociální potřeby nemocného.

Cílem práce je podat detailní odborný popis celiakie a prozkoumat, jakým způsobem toto onemocnění ovlivňuje kvalitu života v běžných situacích. Práce se zaměřuje na identifikaci bariér, které pacientům brání v dosažení optimální životní spokojenosti, a na analýzu dopadů bezlepkového režimu na jejich fyzickou i psychickou sféru. Motivací pro zpracování této problematiky byla snaha přinést poznatky, které mohou být využity ke zvýšení efektivity edukačních procesů v praxi všeobecných sester.

Struktura práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretický blok se věnuje historii onemocnění, anatomickému základu tenkého střeva, patofyziologickým mechanismům a moderním postupům v diagnostice a léčbě. Důraz je kladen na systémovou povahu nemoci a význam dietoterapie. Praktická část následně prezentuje výsledky výzkumného šetření, které bylo realizováno formou dotazníků u pacientů s potvrzenou celiakií. Cílem tohoto šetření bylo zmapovat subjektivní vnímání kvality života a identifikovat nejčastější problémy, s nimiž se nemocní v souvislosti se svou diagnózou potýkají. Syntéza získaných poznatků by měla sloužit jako podklad pro hlubší pochopení každodenní reality pacientů žijících s tímto celoživotním omezením.

# 1 Teoretická část

Teoretická část vymezuje odborný rámec práce a vytváří podklad pro interpretaci výsledků empirického šetření. Nejprve je stručně shrnuta historie celiakie a terminologické ukotvení pojmů. Následuje popis anatomie a fyziologie tenkého střeva jako východisko k vysvětlení patofyziologie malabsorpce a imunologických mechanismů celiakální enteropatie. Na tento základ navazuje charakteristika klinické manifestace včetně extraintestinálních projevů a vysvětlení fenoménu „ledovce“ celiakie. Pozornost je poté věnována současným diagnostickým postupům v dětské i dospělé populaci a principům léčebného managementu, zejména bezlepkové dietě, prevenci křížové kontaminace a roli všeobecné sestry v edukaci a dispenzarizaci. Jednotlivé kapitoly průběžně propojují medicínská fakta s dopady na každodenní život nemocných, aby byla vytvořena pevná platforma pro následnou analýzu kvality života v praktické části.

## 1.1 Teoretická východiska a patofyziologie celiakie

### 1.1.1 Historie celiakie

Historie celiakie představuje kontinuální proces poznávání, který se vyvíjel od klinických pozorování v antickém období až po současnou identifikaci imunopatologických mechanismů. První písemné zmínky o onemocnění připomínajícím celiakii lze nalézt již v indických textech z 15. století před naším letopočtem, které popisovaly stavy závažné malabsorpce. Skutečný medicínský popis však pochází až z 1. století našeho letopočtu od Aretaea z Kapadocie. Tento antický lékař ve svém díle definoval pacienty jako „koiliakos“ (trpící břišními potížemi), čímž položil etymologický základ pro dnešní název onemocnění. Aretaeus si povšiml souvislosti mezi podvýživou, chronickým průjmem a neefektivním trávením potravy, ačkoliv příčina zůstávala po staletí neobjasněna. (Bureš, 2018)

Novodobá historie výzkum o celiakii se začal formovat v roce 1888, kdy britský pediatr Samuel Gee publikoval stěžejní přednášku s názvem „On the Coeliac Affection“. Samuel Gee v této práci precizně definoval klinický obraz onemocnění u dětí a vyslovil vizionářskou hypotézu, že jedinou možnou léčbou je specifická úprava stravy. Domníval se, že pokud lze nemocného vyléčit, musí se tak stát skrze dietu (Hoffmanová, 2019). Paradoxem zůstává, že strava doporučená Samuelem Geem, která byla bohatá na toustový chléb stav pacientů logicky zhoršovala. V následujících dekádách byly testovány různé dietní režimy, z nichž nejznámější byla tzv. banánová dieta amerického pediatra Sidneyho Haase, která sice pacientům přinášela dočasnou úlevu díky eliminaci mouky, ale skutečná etiologická souvislost s lepem stále unikala. (Bureš, 2018)

Zásadní zlom v chápání etiopatogeneze celiakie přinesla až druhá světová válka. Nizozemský pediatr Willem-Karl Dicke pozoroval během hladomoru v letech 1944–1945 u dětí trpících celiakii výrazné zlepšení stavu, zapříčiněno extrémním nedostatkem pšeničné mouky v jídelníčku. Po skončení války, kdy se pšenice do jídelníčku vrátil a stav dětí se opět zhoršil, byla souvislost mezi obilninami a poškozením organismu definitivně prokázána. Dicke ve spolupráci

se svými kolegy následně v roce 1950 identifikoval lepek (gluten), konkrétně jeho frakci rozpustnou v alkoholu – gliadin, jako toxickou komponentu zodpovědnou za destrukci střevní sliznice. (Bureš, 2018)

Druhá polovina 20. století se vyznačovala rozvojem diagnostických metod a hlubšího pochopení imunologické podstaty nemoci. V roce 1957 zavedl Cyrus Paulley techniku perorální biopsie sliznice tenkého střeva, která umožnila poprvé in vivo pozorovat charakteristickou atrofii klků. Tento objev transformoval celiakii z klinické domněnky na histopatologicky prokazatelnou diagnózu (Nevoral, 2020). Další milník nastal v roce 1997, kdy tým Dietera Schuppana identifikoval tkáňovou transglutaminázu jako hlavní autoantigen celiakie.

Tento nález potvrdil, že celiakie není pouhou potravinovou intolerancí, nýbrž komplexním autoimunitním procesem probíhající u geneticky predisponovaných jedinců s typickými HLA-DQ2 nebo DQ8 genotypy. Současná věda se zaměřuje na epidemiologický nárůst prevalence a hledání alternativních terapeutických metod, které by v budoucnu mohly doplnit striktní bezlepkovou dietu. (Hoffmanová, 2019)

### 1.1.2 Anatomie a fyziologie tenkého střeva v souvislosti s celiakíí

Tenké střevo (*intestinum tenue*) představuje nejdelší úsek trávicí trubice, jehož délka u dospělého jedince dosahuje přibližně tři až pět metrů. Z hlediska makroskopické anatomie se rozděluje na tři na sebe navazující segmenty: dvanáctník (*duodenum*), lačník (*jejunum*) a kyčelník (*ileum*). Pro patogenezi celiakie má stěžejní význam zejména dvanáctník a proximální úsek lačníku, neboť právě v těchto částech dochází k nejvyšší expozici sliznice peptidům lepku po jejich natrávení v žaludku (Hoffmanová, 2019).

Stěna tenkého střeva vykazuje typické uspořádání do čtyř vrstev, z nichž pro pochopení celiakální enteropatie je nejdůležitější sliznice (*tunica mucosa*). Ta je od hlouběji uložených vrstev oddělena tenkou vrstvou hladké svaloviny (*lamina muscularis mucosae*). Slizniční povrch není hladký, nýbrž je zvrásněn do cirkulárních řas, známých jako Kerckringovy řasy, které jsou nejvíce vyvinuty v duodenu a horním jejunu. Právě tyto struktury tvoří první úroveň zvětšení vnitřního povrchu střeva, čímž se optimalizuje kontakt tráveniny s resorpční plochou (Tlasková-Hogenová, 2024).

Další úroveň zvětšení povrchu představují mikroskopické výběžky sliznice, střevní klky (*villi intestinales*), které dosahují výšky 0,5 až 1,5 mm. Mezi bázemi klků se nacházejí ústí jednoduchých tubulárních žlázek, tzv. Lieberkühnových krypt, kde probíhá intenzivní proliferace kmenových buněk. U zdravého jedince panuje dynamická rovnováha mezi novotvorbou buněk v kryptách a jejich zánikem na vrcholech klků, přičemž celý epitel se obmění přibližně každé tři až čtyři dny. V případě aktivní celiakie je tato rovnováha narušena, což vede k typickému obrazu hyperplazie krypt a následné atrofie klků (Nevoral, 2020).

Povrch klků je kryt jednovrstevným cylindrickým epitelem, v němž dominují specializované buňky – enterocyty. Ty jsou na své apikální straně vybaveny hustým systémem mikrokloků, které pod světelným mikroskopem vytvářejí tzv. žíhaný lem. Na povrchu mikrokloků se nachází glykokalyx, vrstva glykoproteinů obsahující důležité trávicí enzymy, jako jsou disacharidázy a peptidázy. Díky tomuto uspořádání dosahuje celková funkční plocha tenkého střeva

úctyhodných 200 až 300 m<sup>2</sup>, což je plocha nezbytná pro resorpci všech esenciálních nutrientů, vitaminů a stopových prvků (Tlasková-Hogenová, 2024)

Kromě enterocytů obsahuje epitel také pohárkové buňky produkující hlen a Panethovy buňky, které se nacházejí na dně krypt a vylučují antimikrobiální látky, čímž chrání střevní sliznici před infekcí. Důležitou součástí jsou také M-buňky, které transportují antigeny z lumen střeva k imunitním buňkám. V submukóze se nachází rozsáhlá lymfatická tkáň (GALT – *gut-associated lymphoid tissue*), jejíž součástí jsou Peyeroovy plaky. Tato tkáň je u celiakie místem intenzivní imunitní odpovědi, kde dochází k aktivaci T-lymfocytů po kontaktu s deaminovaným gliadinem (Naheed, 2015)

Fyziologická funkce tenkého střeva zahrnuje nejen resorpci, ale také selektivní bariérovou funkci, která je zajištěna systémem těsných spojů (*tight junctions*) mezi enterocyty. Tyto spoje regulují paracelulární transport a zabraňují průniku nežádoucích makromolekul. Zdá se, že u pacientů s celiakií dochází k patologickému uvolňování zonulinu, proteinu, který tyto spoje rozvolňuje. Zvýšená propustnost střeva (tzv. *leaky gut*) následně umožňuje průnik gliadinových fragmentů do submukózy, čímž je spuštěna kaskáda autoimunitních procesů vedoucích k destrukci slizniční architektury (Zdražil, 2019)

Proces trávení v tenkém střevě je tedy výsledkem koordinované činnosti enzymů slinivky břišní, žluči a enzymů vázaných na kartáčový lem enterocytů. Finální produkty trávení jsou transportovány přes membránu enterocytů buď pasivní difuzí, nebo aktivním transportem pomocí specifických přenašečů. Při rozvinuté celiakii dochází k drastické redukci počtu funkčních enterocytů a zkrácení klků, což vede k selhání těchto transportních mechanismů. Klinickým důsledkem je pak malabsorpční syndrom, projevující se neprospíváním, deficitem mikronutrientů a průjmy, což zásadním způsobem limituje pacientovu fyzickou i psychickou pohodu. (Vacková, 2020)

### 1.1.3 Patologie tenkého střeva a syndrom malabsorpce

Patologické procesy postihující tenké střevo představují v gastroenterologii heterogenní skupinu poruch, které zásadně alterují fyziologickou homeostázu organismu. Společným jmenovatelem mnoha těchto patologií, mezi něž se řadí zánětlivá onemocnění, stavy po resekcích či celiakální enteropatie, je rozvoj malabsorpčního syndromu. Tento stav zahrnuje komplexní soubor klinických a laboratorních příznaků plynoucích z poruchy trávení, vstřebávání a transportu živin střevní sliznicí do krevního či lymfatického řečiště. V této souvislosti se malabsorpce u celiakie klasifikuje jako prototypické poškození na úrovni enterocytu, kdy dochází k přímé destrukci absorpčního epitelu v důsledku autoimunitní reakce. (viz obr. 1) (Hoffmanová, 2019)

Z hlediska patofyziologického malabsorpce rozlišujeme poruchy preepiteliální, epiteliální a postepiteliální. Celiakie spadá do kategorie epiteliálních poruch, u nichž je primární příčinou snížení funkční plochy střeva. Charakteristická atrofie střevních klků, doprovázená hyperplazií krypt, vede k drastické redukci enzymatické aktivity v kartáčovém lemu, zejména disacharidáz. Tento stav způsobuje osmotické průjmy, neboť nevstřebané cukry vážou v lumen střeva vodu a následně podléhají bakteriální fermentaci. Dochází také k poruše metabolismu tuků, kdy se nevstřebané mastné kyseliny vážou na ionty vápníku a hořčíku za vzniku nerozpustných mýdel. Tento proces nejenže vede ke steatorei, ale zároveň prohlubuje deficitem minerálních látek nezbytných pro kostní metabolismus. (Vacková, 2020)

Dlouhodobě probíhající patologie tenkého střeva u neléčených pacientů vyvolává komplexní nutriční rozvrat. Chronická malabsorpce železa, kyseliny listové a vitamínu B12 indukuje rezistentní formy anémií, které jsou často prvním signálem slizničního poškození. Závažným důsledkem neléčeného zánětu je také narušení integrity střevní bariéry, což umožňuje nekontrolovaný průnik antigenů a bakteriálních produktů do vnitřního prostředí. Tato patologická propustnost může u predisponovaných jedinců iniciovat rozvoj dalších autoimunitních chorob nebo vést k maligní transformaci lymfocytů v submukóze. (Tlasková-Hogenová, 2024). V klinickém kontextu je rovněž nezbytné brát v úvahu riziko vzniku T-lymfomu tenkého střeva, což představuje komplikaci s nepříznivou prognózou, již lze předcházet pouze včasnou diagnostikou a striktní dietní intervencí pomocí bezlepkové diety. Rozsah slizničních změn a hloubka malabsorpce jsou individuálně variabilní a korelují s délkou expozice lepku a genetickou výbavou jedince. (Packová, 2018)

#### 1.1.4 Etiopatogeneze celiakie jako systémové autoimunity

Rozvoj celiakie je podmíněn komplexní interakcí mezi genetickou predispozicí jedince a vnějšími spouštěcími faktory, což z ní činí modelové autoimunitní onemocnění. Základním pilířem patogeneze je genetická predispozice vázaná na HLA systém II. třídy, konkrétně na přítomnost genů kódujících molekuly HLA-DQ2 a HLA-DQ8. Tyto molekuly mají specifickou strukturu vazebného místa, která jim umožňuje s vysokou afinitou vázat deaminované fragmenty lepku a prezentovat je imunitnímu systému. Přestože je přítomnost těchto genů pro rozvoj nemoci nezbytná, v populaci se vyskytují mnohem častěji než samotná celiakie, což naznačuje, že k manifestaci je zapotřebí součinnost dalších modifikujících faktorů. (Slavčev, 2016)

Vlastní patogenetický proces začíná v lumen tenkého střeva, kde dochází k neúplnému natrávení glutenových proteinů. Vznikající fragmenty, zejména imunogenní 33merový fragment gliadinu, jsou odolné vůči působení žaludečních a střevních proteáz. Tyto peptidy pronikají přes slizniční bariéru do lamina propria. V tomto procesu má klíčovou roli protein zonulin, jehož zvýšená produkce po kontaktu s lepkem vede k rozvolnění těsných spojů (*tight junctions*) mezi enterocyty. Tímto mechanismem vzniká tzv. prosakující střevo (*leaky gut*), které usnadňuje masivní průnik antigenů do submukózy. Zde pak enzym tkáňová transglutamináza (tTG) provádí deaminaci gliadinových peptidů, čímž zásadně zvyšuje jejich imunogenitu. (Hoffmanová, 2019)

Aktivace imunitního systému u celiakie probíhá dvěma souběžnými cestami. Adaptivní imunitní odpověď zahrnuje aktivaci CD4+ T-lymfocytů, které rozpoznávají gliadin v komplexu s HLA molekulami a produkují prozánětlivé cytokiny, zejména interferon gama. Tato kaskáda stimuluje B-lymfocyty k produkci specifických autoprotilátek proti tTG, endomysiu a gliadinu. Souběžně probíhá vrozená imunitní odpověď, při níž gliadin stimuluje enterocyty k produkci interleukinu-15. Tento proces vede k transformaci intraepiteliálních lymfocytů na buňky s přímou cytotoxickou aktivitou, které následně likvidují enterocyty a způsobují typické vyhlazení střevního povrchu. (Naheed, 2015)

V posledních letech se vědecký výzkum intenzivně věnuje příčinám dramatického nárůstu incidence celiakie v moderní populaci. Za tento trend jsou zodpovědné změny v environmentálních faktorech, které narušují orální toleranci k lepku. Mezi uvažované příčiny patří změny v technologiích zpracování obilovin, nadužívání antibiotik v raném věku a vliv

opakovaných virových infekcí, jako jsou reoviry či adenoviry. Tyto vlivy mohou modifikovat střevní mikrobiom a vyvolávat stav chronického mírného zánětu, čímž připravují terén pro prolomení imunologické intolerance. (Šťastná, 2023) Celiakie se tak dnes profiluje jako systémová choroba s hlubokým etiopatogenetickým ukotvením, které zasahuje do celkového homeostatického nastavení organismu. (Tlasková-Hogenová, 2024)

## 1.2 Klinická manifestace, diagnostika a léčebný management

### 1.2.1 Symptomatologie a malabsorpční syndrom

Klinická manifestace celiakie je v odborné literatuře často označována jako „klinický chameleon“, což reflektuje mimořádnou variabilitu příznaků, které se mohou objevit v jakémkoliv věku. (Hoffmanová, 2019) Aktuální mezinárodní analýzy naznačují, že globální prevalence onemocnění se pohybuje kolem 1,4 %, přičemž incidence nově diagnostikovaných případů v posledních dekádách signifikantně narůstá napříč všemi kontinenty. (Singh, 2018) Tento fenomén způsobuje, že diagnostický proces bývá nečíslně zdlouhavý a komplikovaný. V posledních dekádách je patrný výrazný odklon od klasické formy onemocnění s dominujícími průjmy směrem k formám neklasickým, kde v popředí stojí mimo střevní projevy nebo stavy zcela asymptomatické. (Vacková, 2020)

Pro názornou ilustraci poměru mezi diagnostikovanými případy a nediodagnostikovanou částí populace se v gastroenterologii využívá koncept tzv. ledovce celiakie (*the celiac iceberg*), Zatímco viditelný vrchol nad hladinou představuje pacienty s jasně manifestními symptomy, podstatná část nemocných zůstává skryta „pod hladinou“ v podobě asymptomatických či latentních forem, které tvoří základnu ledovce pod hladinou klinické detekce. (viz obr.2) (Kohout, 2016)

V rámci systematického třídění lze rozlišit několik základních klinických forem. Klasická (symptomatická) forma, která se projevuje plně rozvinutým malabsorpčním syndromem s dominujícími průjmy, váhovým úbytkem a nutričními deficity. Tato forma je v současnosti diagnostikována méně často než v minulosti a bývá typická spíše pro dětský věk. (Karásková, 2020) O Subklinickou (tichou) formu jde, pokud pacient nepociťuje žádné zjevné klinické potíže, avšak při cíleném screeningu (např. v rizikových skupinách) je prokázána pozitivní sérologie i charakteristická atrofie střevních klků. I u této formy je indikována striktní bezlepková dieta, neboť i bezpříznakový zánět zvyšuje riziko maligních komplikací. (Hoffmanová, 2019)

Specifickou kategorií představuje latentní forma, u níž pacienti disponují genetickou predispozicí a pozitivními protilátkami, avšak při vyšetření je nalezen normální histologický nález na střevní sliznici. Atrofie klků se u nich může vyvinout později v souvislosti s expozicí spouštěcím faktorům. Potenciální celiakie je definována přítomností specifických HLA haplotypů a zvýšeným počtem intraepiteliálních lymfocytů, avšak bez rozvinuté atrofie. Tito jedinci vyžadují pravidelnou dispenzarizaci. (Hoffmanová, 2019)

Právě vysoký podíl tichých a latentních forem zdůvodňuje nutnost aktivního vyhledávání nemocných mezi prvostupňovými příbuznými a u pacientů s přidruženými autoimunitními chorobami, jako je diabetes mellitus 1. typu nebo autoimunitní tyreoiditida. (Vacková, 2020)

Klasický klinický obraz u pediatrických pacientů zahrnuje soubor příznaků plynoucích z přímého poškození střevní sliznice a následné malabsorpce. Typicky se objevují chronické průjmy, kdy je stolice objemná, lesklá a nápadně zapáchající z důvodu vysokého obsahu tuků (*steatorrhea*). Častým nálezem je abdominální distenze a křečovitě bolesti břicha, které u dětí vytvářejí charakteristický obraz „pavoučího břicha“ při současně vyhublých končetinách. Tento stav se projevuje výraznou dráždivostí, apatií a nechutenstvím. (Geryk, 2022)

Zásadním patofyziologickým rysem onemocnění je malabsorpční syndrom, který vzniká v důsledku redukce resorpční plochy a vede k deficitu klíčových nutrientů. U dospělých pacientů je nejčastějším a mnohdy jediným příznakem sideropenická anémie, která nereaguje na konvenční léčbu preparáty železa. Nevysvětlitelná chudokrevnost u žen v produktivním věku může být maskována menstruačním krvácením, avšak její skutečná etiologie nezřídka spočívá v atrofii sliznice duodena. Kromě železa dochází také k deficitu vitaminů skupiny B, zejména kyseliny listové a vitamínu B12, což může klinický obraz anémie dále komplikovat. (Válková, 2016)

Porucha vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích (A, D, E, K) a vápníku má za následek rozvoj metabolických kostních chorob. Celiakie u dospělých bývá často diagnostikována až v souvislosti s předčasnou osteoporózou, osteomalácií nebo dokonce při výskytu patologických fraktur, které vznikají i při minimálním traumatu. Tato kostní demineralizace je přímým důsledkem sekundární hyperparathyreózy navozené chronickým nedostatkem vitamínu D a vápníku v organismu. (Vacková, 2020)

Extraintestinální projevy celiakie zasahují téměř všechny orgánové soustavy. Specifickou kožní manifestací je dermatitis herpetiformis Dühring, která se projevuje výsevem silně svědivých papulovezikul na extenzorových plochách končetin, v bederní krajině nebo ve křtici. Ačkoliv tito pacienti nemusí mít zjevné zažívací obtíže, histologické vyšetření jejich střevní sliznice téměř vždy prokáže různý stupeň glutenové enteropatie. Dalšími častými nálezy jsou defekty zubní skloviny, rekurentní aftózní stomatitidy nebo herpetické léze v dutině ústní. (Slavec, 2019)

V oblasti reprodukčního zdraví může neléčená celiakie vést k závažným poruchám, u žen se často setkáváme s pozdním nástupem menarche, nepravidelným cyklem či amenoreou. U obou pohlaví je pak popsána zvýšená incidence infertility a u těhotných žen vyšší riziko spontánních potratů či nízké porodní hmotnosti plodu. Tyto komplikace jsou pravděpodobně dány kombinací nutričních deficitů a celkového autoimunitního nastavení organismu. (Medicaltribune, 2018)

Opomenout nelze ani neurologické a psychiatrické symptomy, které významně alterují subjektivně vnímanou kvalitu života. Například stavy označované jako „mozková mlha“ (*brain fog*), charakterizované poruchami koncentrace, paměti a zvýšenou mentální únavou. U pacientů se rovněž častěji vyskytují deprese, úzkostné stavy, migrény nebo poruchy motorické koordinace, známé jako glutenová ataxie. Zdá se, že včasná diagnostika a eliminace lepku ze stravy vedou k výraznému zlepšení těchto obtíží, čímž se potvrzuje jejich úzká patogenetická vazba na aktivitu onemocnění. (Naheed, 2015)

### 1.2.2 Současné metody diagnostiky

Diagnostický proces u celiakie prošel v posledním desetiletí výraznou standardizací, přičemž základním a nezbytným předpokladem pro validitu všech prováděných testů zůstává dostatečná a dlouhodobá expozice organismu lepku. Pokud by pacient zahájil bezlepkovou dietu svévolně ještě před ukončením diagnostického algoritmu, hrozí vysoké riziko falešně negativních výsledků, což následně vede k diagnostickým rozpakům a nutnosti provádět tzv. glutenový expoziční test.

Pro objektivní posouzení stavu sliznice a hladiny protilátek nutné, aby nemocný konzumoval stravu s obsahem lepku po dobu minimálně šesti týdnů před samotným odběrem vzorků. (Naheed, 2015)

Prvotním článkem v diagnostickém řetězci je sérologické vyšetření, které slouží jako vysoce senzitivní screeningový nástroj. Současná odborná doporučení preferují stanovení hladiny protilátek proti tkáňové transglutamináze ve třídě IgA (anti-tTG IgA), které vykazují vynikající prediktivní hodnotu. Souběžně s tímto testem je však nezbytné provést stanovení celkové koncentrace imunoglobulinu A v séru, neboť u pacientů s celiakií se až patnáctkrát častěji vyskytuje selektivní deficit IgA. V případě prokázaného deficitu IgA je nutné doplnit vyšetření protilátek ve třídě IgG, konkrétně proti deaminovaným gliadinovým peptidům (anti-DGP IgG), aby nedošlo k přehlédnutí diagnózy. (Čápová, 2024)

Dalším vysoce specifickým sérologickým markerem jsou protilátky proti endomysiu (EMA), které se vyšetřují metodou nepřímé imunofluorescence. Přestože je toto vyšetření technicky i finančně náročnější než stanovení anti-tTG, jeho pozitivita s vysokou pravděpodobností potvrzuje probíhající autoimunitní proces v tenkém střevě. Kombinace pozitivních anti-tTG a EMA protilátek je považována za velmi silný indikátor celiakie, přičemž hladina protilátek často koreluje se stupněm histopatologického poškození sliznice, ačkoliv to není absolutním pravidlem u všech věkových skupin. (Nevoral, 2020)

V dospělé populaci však zůstává „zlatým standardem“ diagnostiky i nadále biopsie sliznice tenkého střeva, která se provádí v rámci ezofagogastroduodenoskopie. Aby byla minimalizována rizika falešně negativního výsledku v důsledku ložiskovitého (*patchy*) postižení sliznice, je nutné odebrat minimálně pět až šest bioptických vzorků, a to z bulbu duodena i z jeho distálnějších částí. Odebraná tkáň je následně podrobena histopatologickému zhodnocení, které se opírá o modifikovanou Marshovu klasifikaci. Tento systém hodnotí přítomnost atrofie klků, hyperplazie krypt a zvýšeného počtu intraepiteliálních lymfocytů (IEL). Průkaz zvýšeného počtu IEL (nad 25 na 100 enterocytů) je pro definitivní potvrzení diagnózy klíčový a nelze jej v této věkové kategorii nahradit pouze sérologií. (Hoffmanová, 2019)

Specifický přístup je uplatňován v pediatrické diagnostice, kde aktuální doporučení ESPGHAN (*European Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*) umožňují u jasně definované skupiny dětí stanovení diagnózy bez nutnosti provádět invazivní bioptické vyšetření. Tento postup je přípustný u dětí, u kterých hladina anti-tTG IgA více než desetkrát převyšuje horní hranici normy a zároveň je potvrzena pozitivita EMA protilátek v druhém nezávislém vzorku krve. Tento neinvazivní přístup významně snižuje psychickou i fyzickou zátěž dětských pacientů a jejich rodin, aniž by byla narušena přesnost diagnostického procesu. (Frühauf, 2022)

V případech, kdy jsou výsledky sérologie a histologie nejednoznačné, nachází uplatnění genetické testování zaměřené na přítomnost HLA-DQ2 a HLA-DQ8 heterodimerů. Vzhledem k tomu, že celiakie se prakticky nerozvine u jedinců postrádajících tyto genetické markery, vykazuje toto vyšetření mimořádně vysokou negativní prediktivní hodnotu. Genetika nachází uplatnění především v nejasných případech, u rizikových skupin (např. prvostupňových příbuzných nemocných) nebo u pacientů, kteří již neuváženě nasadili bezlepkovou dietu. Negativní výsledek genetického testu umožňuje celiakii s téměř stoprocentní jistotou vyloučit a zaměřit diagnostické úsilí jiným směrem. (Slavčev, 2016)

Komplexní diagnostika celiakie tedy vyžaduje syntézu klinických projevů, laboratorních výsledků a případně histologických nálezů. Zdá se, že pouze důsledné dodržování stanovených diagnostických algoritmů a úzká spolupráce mezi gastroenterologem, imunologem a patologem může zabránit opomenutí tohoto onemocnění, nebo naopak stanovení falešně pozitivní diagnózy. Správně stanovená diagnóza je pak nezbytným východiskem pro celoživotní edukační proces a monitoring pacienta, který přímo determinuje jeho budoucí kvalitu života. (Hoffmanová, 2019)

### 1.2.3 Léčebný management a režimová opatření

Jedinou kauzální a prozatím nenahraditelnou metodou léčby celiakie je celoživotní, striktní dodržování bezlepkové diety (BLD). Primárním cílem tohoto režimového opatření je úplná eliminace zánětlivé reakce v tenkém střevě, která následně umožňuje obnovu střevních klků a následnou normalizaci resorpčních funkcí, což vede k prevenci závažných komplikací, jako jsou lymfomy či osteoporóza. (Green, 2018) U většiny pacientů dochází k výraznému subjektivnímu zlepšení klinického stavu již během několika týdnů po zahájení diety, avšak histologická regenerace sliznice je procesem dlouhodobým, trvajícím měsíce až roky. (Hoffmanová, 2019)

Technická stránka bezlepkové diety spočívá v úplném vyloučení potravin obsahujících pšenici (včetně špaldy, kamutu či dinkelu), žito a ječmen. Z hlediska legislativního vymezení se za bezlepkové považují potraviny, které obsahují maximálně 20 mg lepku na 1 kg výrobku v podobě prodeje konečnému spotřebiteli. Tato limitní hranice je pro naprostou většinu celiaků bezpečná, avšak existuje malá skupina hyperreaktivních jedinců, kteří mohou vykazovat symptomy i při stopovém množství lepku hluboko pod tímto limitem. U těchto pacientů může stopové množství lepku vyvolat perzistující symptomy a udržovat chronický zánětlivý proces na sliznici tenkého střeva. (Melek, 2022)

Značným úskalím léčebného režimu je přítomnost tzv. skrytého lepku, který je v potravinářském průmyslu využíván pro své technologické vlastnosti jako zahušňovač, nosič aromat či stabilizátor. Lepek se tak může vyskytovat v produktech, kde by jej laik primárně neočekával, například v uzeninách, dochucovadlech, zmrzlinách nebo některých lécích a potravinových doplncích. V této souvislosti je nutnost důkladné edukace pacienta v oblasti čtení etikety výrobků (viz obr. 3), neboť i nepatrná kontaminace při výrobním procesu může udržovat chronický zánět sliznice. (Naheed, 2015)

Problematika křížové kontaminace je zásadním tématem ošetřovatelské edukace, neboť k ní dochází nejčastěji v domácím prostředí nebo v zařízeních společného stravování. K přenosu lepku dochází skrze společné kuchyňské náčiní, pracovní plochy, topinkovače či špatně očištěné

nádobí, což představuje pro nemocného trvalé riziko. Pro pacienty s celiakií je proto nezbytné zajištění striktního oddělení základních pomůcek a důslednou hygienu rukou, aby se minimalizovalo riziko nechtěného požití glutenových částic. (Kohout, 2016)

Specifickou a dlouhodobě diskutovanou otázkou v bezpečivé dietě představuje konzumace ovsa. Čistý oves neobsahuje proteiny typické pro pšenici, avšak v běžné obchodní síti bývá často kontaminován při sklizni či zpracování na společných linkách. Většina pacientů oves toleruje, pokud je certifikován jako „bezlepkový“, avšak doporučuje se jeho zařazení do jídelníčku až po stabilizaci onemocnění a zhojení střevní sliznice, a to pod dohledem gastroenterologa. (Geryk, 2022)

Nedílnou součástí léčebného managementu je substituce deficitních mikronutrientů, které vznikly v důsledku malabsorpce před stanovením diagnózy. Nejčastěji se jedná o doplňování železa, vápníku, vitamínu D, kyseliny listové a vitamínu B12. Suplementace by měla být cílena na základě laboratorních výsledků a pravidelně monitorována, aby se předešlo rozvoji sekundárních patologií, zejména u pacientů s diagnostikovanou osteopenií či osteoporózou. U dětských pacientů je tato monitorace o to důležitější, že nutriční deficity mohou negativně ovlivnit fyziologický růst a vývoj skeletu. (Nevoral, 2020)

V počáteční fázi dietoterapie je u mnoha pacientů indikována také dočasná bezlaktózová dieta. Vzhledem k atrofii střevních klků dochází k deficitu enzymu laktázy, který je lokalizován na jejich vrcholcích, což vede k sekundární intoleranci mléčného cukru. Po regeneraci střevního epitelu, ke které dochází zpravidla po několika měsících přísné bezpečivé diety, se produkce laktázy obvykle obnovuje a pacienti mohou mléčné výrobky opět postupně zařadit do svého jídelníčku bez subjektivních obtíží. (Vacková, 2020)

Dlouhodobá dispenzarizace pacienta s celiakií je nezbytná pro monitoring adherence k dietě a včasný záchyt případných komplikací. Hlavním nástrojem sledování je pravidelné vyšetřování titru specifických autoprotilátek (zejména anti-tTG), jejichž pokles v čase indikuje úspěšnost dietní intervence. Negativní sérologie nemusí vždy znamenat kompletní histologické zhojení sliznice, a proto je u některých pacientů s přetrvávajícími symptomy nutné zvažovat kontrolní enteropsii k vyloučení refrakterní formy onemocnění. (Packová, 2018)

Role všeobecné sestry v léčebném procesu je prioritně edukační a podpůrná, neboť úspěch terapie závisí výhradně na pacientově schopnosti integrovat dietní omezení do svého životního stylu. Sestra musí působit jako prostředník mezi medicínskými doporučeními a realitou běžného dne, přičemž by měla zohledňovat i ekonomickou a sociální náročnost bezpečivého režimu. Zdá se, že právě hloubka porozumění principům diety a schopnost řešit rizikové situace v sociálním kontaktu jsou klíčovými faktory, které determinují nejen klinickou kompenzaci, ale i subjektivně vnímanou kvalitu života nemocného. (Bukovcová, 2018)

#### 1.2.4 Význam fyzické aktivity v terapeutickém managementu

Zařazení pohybu může pozitivně ovlivnit doménu QoL a je relevantní pro ošetrovatelskou edukaci. Fyzická aktivita představuje v managementu celiakie významný, avšak v ošetrovatelské praxi často opomíjený komplementární prvek, který doplňuje striktní dietní režim. Přestože bezpečivá dieta zůstává jedinou kauzální léčbou, pravidelné cvičení hraje kritickou roli v prevenci sekundárních komplikací a v celkové metabolické stabilizaci organismu. Přiměřená

tělesná zátěž pomáhá „restartovat“ trávicí procesy a optimalizovat peristaltiku střev, která bývá v důsledku chronického zánětu narušena. Současně cvičení napomáhá regulaci tělesné hmotnosti, neboť u mnoha pacientů dochází po zahájení bezlepkové diety k nechtěnému nárůstu váhy v důsledku zvýšené konzumace průmyslově zpracovaných bezlepkových potravin s vysokým glykemickým indexem. (Naheed, 2015)

Zásadním argumentem pro inkluzi cvičení do léčebného plánu je jeho vliv na kostní denzitu. Vzhledem k vysoké prevalenci osteopenie a osteoporózy u celiaků, způsobené dlouhodobou malabsorpčí vápníku a vitamínu D, je mechanické zatěžování kostí nezbytným stimulem pro osteoblastickou aktivitu. Kombinace aerobního tréninku s mírným posilováním prokazatelně snižuje riziko patologických fraktur v pozdějším věku. Zdá se, že včasné zařazení pohybových aktivit u dětí a mladých dospělých s celiakií je rozhodující pro dosažení optimálního vrcholové kostní hmoty (*peak bone mass*), což představuje zásadní protektivní faktor pro zbytek života. (Vacková, 2020)

Neméně důležitý je dopad fyzické aktivity na psychický stav a subjektivně vnímanou kvalitu života. Pacienti s celiakií často referují o zvýšené míře úzkosti a deprese, které plynou ze sociálních omezení a neustálé kontroly stravy. Pravidelná pohybová aktivita indukuje uvolňování endorfinů a serotoninů, čímž působí jako přirozený anxiolytik a antidepresivum. Cvičení může být pro pacienta nástrojem k opětovnému získání pocitu kontroly nad vlastním tělem, který byl diagnózou chronického onemocnění narušen. Tento psychosomatický benefit se následně projevuje vyšší mírou adherence k dietě a lepší sociální adaptací. (Naheed, 2015)

Z hlediska ošetřovatelské edukace je však nutné k pohybové aktivitě přistupovat individuálně, zejména u nově diagnostikovaných pacientů s těžkým malabsorpčním syndromem. V akutní fázi onemocnění, kdy je organismus vyčerpán deficitem nutrientů a anémií, může být nadměrná fyzická zátěž kontraproduktivní a vést k prohloubení únavy či rozvratu homeostázy. Sestra by měla pacienta edukovat o nutnosti pozvolného začátku a upřednostňování aktivit s nižší intenzitou, jako je chůze, jóga či plavání, a to až do doby, kdy dojde k laboratorně prokázané kompenzaci nutričních deficitů. Tato vyváženost mezi dietoterapií a aktivním životním stylem tvoří základ moderního holistického přístupu k nemocnému s celiakií. (Hoffmanová, 2019)

### 1.2.5 Diferenciální diagnostika a záměna s jinými stavy

V klinické praxi je nezbytné důsledně rozlišovat mezi celiakií, alergií na lepek a neceliakální glutenovou senzitivitou, neboť tyto jednotky mají odlišnou etiopatogenezi i prognózu. Alergie na pšenici představuje klasickou imunologickou reakci zprostředkovanou IgE protilátkami, která se projevuje v krátkém časovém odstupu po expozici alergenu. Na rozdíl od celiakie nedochází u alergie k chronickému poškození střevní sliznice autoimunitním procesem, ale k projevům, jako je urtikárie, angioedém nebo v krajním případě anafylaxe. U alergických stavů je prioritou eliminace rizika akutní reakce, zatímco u celiakie jde o prevenci pozdních následků chronického zánětu. (Humlová, 2016)

Další diagnostickou výzvou je neceliakální glutenová senzitivita (NCGS), která se projevuje podobnými gastrointestinálními a extraintestinálními symptomy jako celiakie, avšak bez přítomnosti specifických autoprotilátek a bez histologického nálezu atrofie klků. Pacienti s NCGS udávají zlepšení stavu při bezlepkové dietě, avšak mechanismus tohoto onemocnění není dosud

plně objasněn a diagnóza se stanovuje vylučovací metodou (*per exclusionem*). Absence jasných biomarkerů u NCGS vede k časté autodiagnostice a neopodstatněnému nasazování bezlepkové diety širokou veřejností, což následně komplikuje odhalení skutečných případů celiakie. (Hoffmanová, 2019)

Záměna těchto stavů může mít pro pacienta nepříznivé důsledky, zejména v oblasti podcenění preventivních opatření u celiakie. Pokud je celiakie mylně považována za prostou alergii, může nemocný nabýt dojmu, že občasné dietní chyby nejsou závažné, pokud nevyvolají okamžitou reakci. Role sestry jako edukátorky spočívá v jasném vysvětlení, že celiakie je systémové autoimunitní onemocnění, které vyžaduje trvalý monitoring kostní hustoty a hladiny protilátek, což u prosté potravinové alergie není standardem. Pochopení těchto rozdílů základním kamenem motivace pacienta k celoživotní dietní adhezenci. (Naheed, 2015)

## 1.3 Kvalita života pacientů s celiakií

### 1.3.1 Koncept kvality života v ošetřovatelství

Kvalita života (*Quality of Life – QoL*) představuje v ošetřovatelském kontextu subjektivní a multidimenzionální hodnocení spokojenosti jedince s vlastní existencí v relaci k jeho zdravotnímu stavu a léčebnému režimu. U chronických onemocnění, mezi něž se celiakie řadí, tento konstrukt zahrnuje fyzickou, psychickou i sociální doménu, které jsou vzájemně interaktivní a dynamicky se mění v čase. V ošetřovatelské péči je sledování kvality života klíčové pro hodnocení úspěšnosti terapeutických intervencí, neboť samotná klinická kompenzace či negativita sérologických testů nemusí vždy korelovat se subjektivním pocitem životní pohody pacienta. (Vacková, 2020)

Pro objektivizaci tohoto parametru se v klinické praxi využívají validované dotazníkové metody, přičemž v případě celiakie se jako nejvhodnější jeví specifické nástroje, jako je dotazník CD-QOL (*Celiac Disease Quality of Life*). Tyto nástroje umožňují s vysokou přesností identifikovat domény, které jsou diagnózou nejvíce alterovány, a to zejména v oblasti emocionální stability, sociální integrace a obav o budoucí vývoj zdravotního stavu. Systematické hodnocení kvality života umožňuje včasné odhalení psychosociálních determinantů, které mohou u náchylných jedinců vést k selhávání v léčebném režimu či k rozvoji anxiózně-depresivních stavů. (Michálková, 2024)

Zajímavým fenoménem je skutečnost, že subjektivní vnímání kvality života se u celiaků často liší v závislosti na věku v době diagnózy a délce trvání bezlepkového režimu. Zatímco pacienti diagnostikovaní v dětství přijímají dietu jako přirozenou součást své identity, u dospělých pacientů dochází k náhlé a často traumatizující změně životního stylu, která vyžaduje komplexní přenastavení priorit. Kvalita života úzce souvisí s dosaženou úrovní zdravotní gramotnosti a schopností pacienta samostatně řešit krizové situace spojené s dietními omezeními v sociálním prostředí. (Biskupová, 2011)

### 1.3.2 Psychosociální aspekty v bariéry v běžném životě

Život s diagnózou celiakie s sebou přináší řadu bariér, které zásadně transformují každodenní rutinu pacienta a jeho sociální interakce. Nutnost trvalého dodržování bezlepkové diety není

vnímána pouze jako dietní opatření, nýbrž jako komplexní změna životního stylu, která vyžaduje permanentní ostražitost při nákupu potravin i přípravě pokrmů. Pacienti se často potýkají s nepochopením okolí a bagatelizací svých potřeb, což vyvolává pocity frustrace a vede k postupné sociální izolaci, zejména v situacích vyžadujících společné stravování mimo bezpečné domácí prostředí. (Ratislavová, 2019)

Ekonomická náročnost bezlepkového režimu tvoří další významnou bariéru, která přímo ovlivňuje kvalitu života celého rodinného systému. Náklady na speciální bezlepkové suroviny jsou v České republice násobně vyšší než u konvenčních produktů, což představuje zátěž pro rodinný rozpočet a může u nízkopříjmových skupin limitovat dostupnost pestré stravy. V oblasti finanční podpory jsou systémové nedostatky, jelikož příspěvky od zdravotních pojišťoven pokrývají pouze zlomek reálných nákladů, což pacienti interpretují jako formu sociální diskriminace na základě zdravotního stavu. (Štůlíková, 2021)

V sociální sféře se celiakie manifestuje i skrze omezenou dostupnost bezpečného stravování ve školních jídelnách a restauracích, což vyvolává pocity stigmatizace, zejména u dětí a adolescentů. Nutnost opakovaného vysvětlování dietních potřeb a strach z neúmyslné kontaminace lepkem generují chronický stres, který Ali Naheed definuje jako hypervigilanci, jež může přerůst v poruchy příjmu potravy či sociální fobii. (Naheed, 2015) Juhásová ve svém průzkumu zjistila, že právě nemožnost plnohodnotné účasti na společenských akcích spojených s jídlem je jednou z nejvíce zatěžujících domén, která negativně koreluje s celkovou životní spokojeností nemocných. (Juhásová, 2015)

Specifickou psychickou zátěž představuje také tzv. „mozková mlha“ (*brain fog*) a chronická únava, které často přetrvávají i v počáteční fázi bezlepkové diety a omezují pracovní či studijní výkon pacienta. Tyto extraintestinální symptomy nejsou okolím často vnímány jako součást nemoci, což u pacientů vyvolává pocity nepochopení a snižuje jejich sebevědomí. Zdá se, že psychosociální podpora v rámci rodiny a zapojení do patientských organizací jsou zásadními faktory, které pomáhají nemocným adaptovat se na diagnózu a efektivně překonávat bariéry v běžném sociálním kontaktu. (Vacková, 2020)

### 1.3.3 Edukace jako nástroj ke zvýšení kvality života

Edukace pacienta s celiakií představuje kontinuální edukační proces, jehož primárním cílem je transformace odborných medicínských doporučení do dovedností využitelných v běžné každodenní praxi. Všeobecná sestra v tomto procesu vystupuje v roli klíčového edukátora a poradce, který pacienta provází obdobím adaptace na diagnózu a pomáhá mu překonávat počáteční informační deficit. Adekvátní a srozumitelná edukace vede k prokazatelnému zvýšení kvality života, neboť znalý pacient vykazuje vyšší míru jistoty při výběru potravin a pociťuje nižší míru úzkosti z potenciálních dietních chyb. (Bukovcová, 2018)

Obsah edukačního plánu musí být strukturován tak, aby pokrýval nejen technické aspekty výběru bezlepkových surovin a čtení etiket, ale také praktické rady pro bezpečnou přípravu pokrmů v podmínkách společné domácnosti. Sestra by měla pacienta vybavit informacemi o rizicích křížové kontaminace a seznámit ho s právy na sociální podporu či s možnostmi zapojení do patientských skupin. Kontinuální edukace, která reaguje na aktuální životní etapy pacienta (nástup do školy, těhotenství, cestování), je nezbytnou podmínkou pro udržení dlouhodobé adherence k dietě a prevenci sekundárních komplikací. (Skálová, 2016)

Významnou roli v procesu edukace hraje také rozvoj zdravotní gramotnosti a schopnosti kriticky hodnotit informace z neoficiálních zdrojů, jako jsou diskusní fóra či sociální sítě. Pacienti s vyšší úrovní znalostí o podstatě svého onemocnění lépe zvládají sociální tlak a vykazují nižší sklon k experimentování s alternativními léčebnými metodami, které by mohly vést k poškození zdraví. Edukační působení sestry tedy nesmí být limitováno pouze na předání seznamu zakázaných potravin, ale musí směřovat k celkovému posílení kompetencí pacienta pro plnohodnotný život s diagnózou. (Menšíková, 2010)

Kvalitní informační zázemí a pocit kompetence při řešení rizikových situací se v praxi projevují jako silné protektivní faktory, které zmírňují negativní dopad onemocnění na psychiku. Pacienti, kteří absolvovali systematický edukační program vedený odborným personálem, hodnotí svou kvalitu života ve všech doménách signifikantně lépe než pacienti s nedostatečným informačním zázemím. Role sestry jako edukátorky je tak v managementu celiakie nezastupitelná, neboť přímo determinuje schopnost pacienta dosáhnout optimální míry životní spokojenosti i přes celoživotní zdravotní omezení. (Bukovcová, 2018)

#### 1.3.4 Ošetřovatelská perspektiva a diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy v kontextu celiakie V rámci ošetřovatelského procesu je nezbytné pohlížet na pacienta s celiakií komplexně, neboť diagnóza neovlivňuje pouze somatickou stránku, ale zasahuje hluboce do psychosociální integrity jedince. Identifikace ošetřovatelských problémů dle mezinárodní klasifikace NANDA-I umožňuje sestře stanovit prioritní oblasti edukace a intervencí, které přímo korelují s budoucí kvalitou života. (Bukovcová, 2018)

Mezi nejčastější ošetřovatelské diagnózy relevantní pro pacienty s celiakií lze zařadit *Deficitní vědomosti* (v oblasti dietního režimu). Tato diagnóza bývá prioritní u nově zachycených případů. Souvisí s nedostatkem informací o skrytých zdrojích lepku a rizicích křížové kontaminace v domácím i veřejném prostředí. (Ratislavová, 2019)

*Neúčinný management zdraví* se projevuje potížemi s integrací léčebného režimu do běžného života, což může vést k vědomým či nevědomým dietním chybám. Intervence se zde zaměřují na posílení adherence a sebedůvěry pacienta. (Ratislavová, 2019)

*Sociální izolace* je diagnóza vycházející z pocitu odlišnosti při společenských událostech spojených se stravováním. Strach z nechtěné expozice lepku v restauracích či u známých často vede k dobrovolnému omezování sociálních kontaktů (Ratislavová, 2019)

*Narušený obraz těla* se vyskytuje zejména u adolescentů, může být negativně vnímáno neprospívání, nižší tělesná výška či kožní projevy (*dermatitis herpetiformis*), což vyžaduje specifickou psychickou podporu. (Ratislavová, 2019)

*Riziko nevyvážené výživy* (méně, než je potřeba organismu): Souvisí s akutní fází malabsorpce před zahájením léčby, kdy dochází k deficitům esenciálních živin a následné alteraci fyzického stavu. (Ratislavová, 2019)

*Úzkost / Strach*: Pramení z nejistoty ohledně dlouhodobé prognózy a obav z dostupnosti bezpečných potravin (Naheed, 2015)

Systematické hodnocení těchto diagnóz umožňuje všeobecné sestře individualizovat edukační plán. Namísto pouhého předávání faktografických údajů se ošetřovatelská péče transformuje

v podporu soběstačnosti a adaptace, což je základním předpokladem pro udržení vysoké subjektivně vnímané kvality života nemocného. (Naheed, 2015)

## 2 Výzkumná část

Empirická část předkládané bakalářské práce je věnována analýze kvality života pacientů, u nichž byla diagnostikována celiakie. Výzkumné šetření se orientuje především na zhodnocení vlivu striktního dietního režimu na psychickou integritu a sociální fungování respondentů v jejich běžném životě. Sledovány jsou konkrétní determinanty, které mohou životní spokojenost nemocných negativně ovlivňovat, zejména pocity sociální exkluze při společném stravování, permanentní obava z neúmyslné kontaminace potravin lepem či nezanedbatelná finanční zátěž spojená s pořízením bezlepkového sortimentu. Prostřednictvím kvantitativního šetření je snahou identifikovat, které z těchto oblastí představují pro pacienty nejvýraznější bariéru. Získaná data mají potenciál přispět k hlubšímu pochopení specifických potřeb nemocných a k následnému zefektivnění edukační činnosti sester v rámci ošetrovatelské péče. Právě sestra v roli edukátora může významně participovat na eliminaci stresových faktorů a podpořit adaptaci pacienta na chronické onemocnění.

### 2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Primárním záměrem realizovaného šetření je identifikace a následná analýza subjektivně vnímaných bariér, které determinují kvalitu života pacientů s diagnostikovanou celiakií. Pozornost je věnována především těm aspektům onemocnění, jež představují pro nemocné signifikantní zátěž v rámci jejich každodenního fungování. Pro naplnění tohoto cíle byly vymezeny následující výzkumné otázky:

#### Výzkumné otázky kvantitativního výzkumu

1. Jaký vliv má strach z neznámého prostředí a přetrvávající symptomatologie na celkovou psychickou pohodu nemocných?
2. Do jaké míry ovlivňuje ekonomická náročnost bezlepkového režimu a dostupnost potravin každodenní rozhodování pacientů?
3. Jakým způsobem ovlivňuje nutnost dodržování bezlepkové diety sociální život pacientů a jejich interakci s okolím?

### 2.2 Metodika výzkumu

Pro dosažení stanovených cílů byla zvolena strategie kvantitativního výzkumu, realizovaná formou anonymního dotazníkového šetření. Sběr dat probíhal prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce (viz Příloha A), který byl cíleně distribuován mezi osoby s diagnostikovanou celiakií.

Celý proces šetření byl realizován s důrazem na etické aspekty výzkumné práce a v souladu s obecným nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR). Účast ve výzkumu byla plně dobrovolná a anonymní, přičemž respondenti neposkytovali žádné přímé identifikátory, které by umožnily jejich zpětné dohledání. Informovaný souhlas byl v tomto případě vyjádřen samotným vyplněním a odesláním elektronického formuláře. Úvodní část dotazníku obsahovala stručné instrukce a informace o účelu práce, čímž byla zajištěna dostatečná informovanost probandů o záměrech šetření.

Samotný výzkumný nástroj byl strukturován tak, aby postihl klíčové dimenze kvality života, konkrétně rovinu psychologickou, sociální a ekonomickou. Celkem dotazník sestával ze 17 položek, které byly logicky uspořádány do tematických celků. Z hlediska formy odpovědí byly využity tři typy otázek. Dominantní zastoupení měly položky využívající pětibodovou Likertovu škálu, jež umožnila kvantifikovat míru souhlasu či intenzitu vnímaných obtíží v rozmezí od 1 do 5. Dále byly zařazeny otázky dichotomické pro získání jednoznačných faktických údajů (varianty „ano“ a „ne“). Pro hlubší pochopení individuální zkušenosti a získání specifických vhledů byly do šetření integrovány také otázky otevřené, které respondentům poskytly prostor pro vlastní formulace a reflexi života s dietním omezením.

Struktura dotazníku byla rozdělena na dvě základní části. Úvodní sekce se zaměřovala na demografické a anamnestické údaje, jako je pohlaví, věk, délka trvání onemocnění a doba dodržování bezlepkové diety. Následující část tvořily položky přímo korespondující s formulovanými výzkumnými otázkami. Jednotlivé výroky byly formulovány tak, aby umožnily následnou analýzu bariér v každodenním životě a verifikaci stanovených výzkumných předpokladů.

### 2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumný soubor byl definován na základě diagnózy celiakie, přičemž základním kritériem pro zařazení do šetření bylo dodržování bezlepkové diety bez omezení věku či pohlaví respondentů. Sběr dat probíhal kombinovanou formou, která zahrnovala distribuci tištěných i elektronických dotazníků. Tištěná verze byla předána respondentům v rámci dostupného sociálního okolí metodou záměrného výběru. Elektronická forma dotazníku byla šířena prostřednictvím sociální sítě Facebook, konkrétně v tematických skupinách zaměřených na problematiku celiakie a bezlepkového stravování.

Zvolený způsob distribuce umožnil oslovit širší a demograficky rozmanitější spektrum probandů napříč různými věkovými kategoriemi, což přispělo k vyšší variabilitě získaných dat v rámci sledované populace. Před samotným vyplněním dotazníku byli všichni potenciální účastníci seznámeni s účelem studie, principy anonymity a dobrovolnosti. Součástí instrukcí bylo rovněž vysvětlení způsobu vyplňování jednotlivých položek, aby byla zajištěna srozumitelnost a validita získaných odpovědí.

### 2.4 Průběh výzkumu

Sběr dat byl realizován v časovém rozmezí od prosince 2025 do března 2026. Výzkumné šetření se zaměřilo na specifickou populaci pacientů s diagnostikovanou celiakií, přičemž pro distribuci dotazníku byla zvolena kombinovaná metoda zahrnující tištěnou i elektronickou formu. V rámci osobního oslovení bylo distribuováno 14 tištěných dotazníků. Všechny tyto dotazníky byly vráceny v kompletně vyplněné podobě, což v této dílčí skupině představuje stoprocentní návratnost.

Elektronická verze výzkumného nástroje byla vytvořena prostřednictvím specializované platformy Survio a následně sdílena v tematicky zaměřených skupinách na sociální síti Facebook, které sdružují osoby s bezlepkovou dietou. Tímto způsobem bylo získáno dalších 86 validních dotazníků. Celkový výzkumný soubor tedy tvoří 100 respondentů. Všichni účastníci byli před

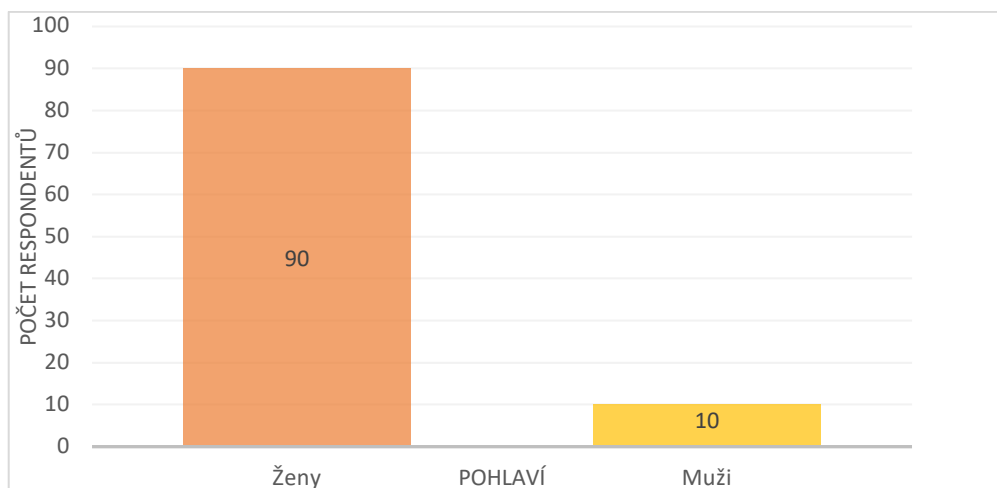
zahájením šetření seznámení s účelem studie, principem dobrovolnosti a garancí anonymity. Souhlas s participací na výzkumu byl stvrzen odesláním vyplněného formuláře, což je v souladu s etickými standardy pro anonymní dotazníková šetření.

### Zpracování získaných dat

Statistické zpracování a analýza dat získaných z dotazníkového šetření proběhly v tabulkovém procesoru Microsoft Excel. Pro vyhodnocení byla využita metoda deskriptivní statistiky, přičemž jednotlivé údaje jsou vyjádřeny prostřednictvím absolutní a relativní četnosti. Pro zajištění maximální přehlednosti a srozumitelnosti jsou výsledky prezentovány v grafické podobě, konkrétně formou sloupcových a výsečových grafů. Každý grafický výstup je v textu doplněn o analytický komentář, který interpretuje zjištěné hodnoty a zasazuje je do kontextu zkoumané problematiky. Samotný text práce byl formátován v textovém editoru Microsoft Word v souladu s platnými metodickými pokyny pro vypracování závěrečných prací.

## 2.5 Výsledky výzkumu

### Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

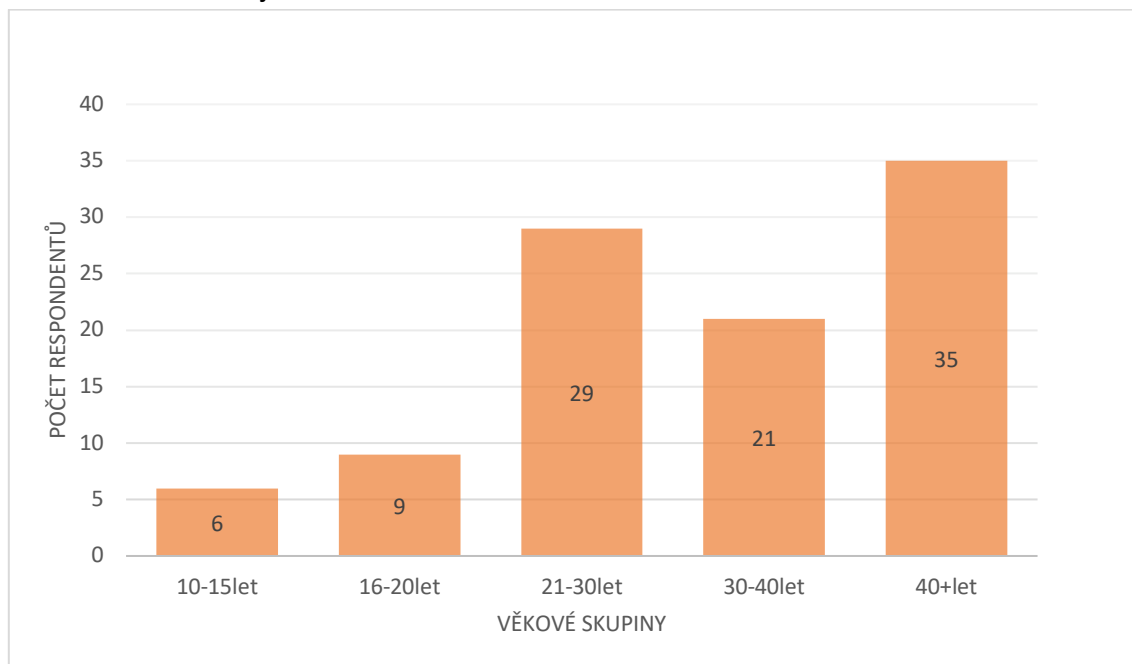


**Graf 1: Distribuce výzkumného souboru podle pohlaví**

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 1 bylo zjišťováno pohlaví respondentů. Získaná data (viz graf č. 1) ukazují výraznou převahu žen, které tvořily 90 % souboru (90 respondentek), zatímco muži byli zastoupeni pouze v 10 % (10 respondentů). Tato skutečnost reflektuje známá epidemiologická data, podle nichž je incidence celiakie u ženského pohlaví signifikantně vyšší. Zároveň lze u žen předpokládat vyšší ochotu participovat na výzkumech zaměřených na psychosociální aspekty zdraví a kvalitu života. Z ošetřovatelského hlediska je tato dominance žen důležitá pro cílení edukačních intervencí, zejména v oblasti reprodukčního zdraví a rodinného stravování.

## Otázka č. 2: Kolik Vám je let?

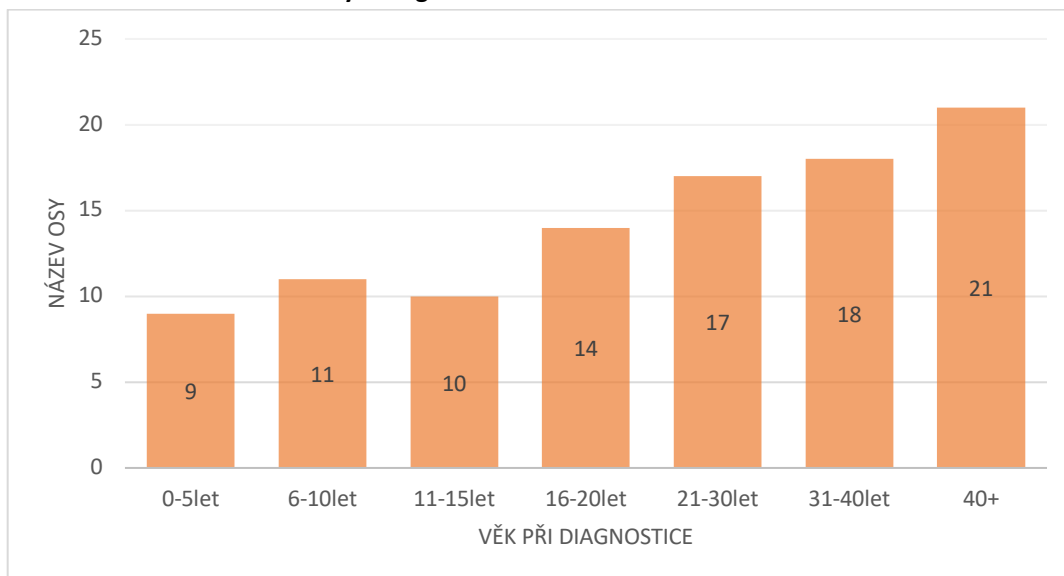


**Graf 2: Aktuální věk respondentů v době šetření**

*Zdroj: vlastní*

Navazující otázka č. 2 se zaměřila na věkovou strukturu respondentů v době realizace šetření. Výsledky ukazují, že soubor je složen z pacientů napříč různými životními fázemi, což dává výzkumu komplexní charakter. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku nad 40 let, kterých bylo 35 (35 %). Druhou nejpočetnější kategorií byli mladí dospělí ve věku 21–30 let, zastoupení 29 účastníky (29 %). Dalších 21 respondentů (21 %) spadalo do věkového rozmezí 31–40 let, 9 respondentů (9 %) bylo ve věku 16–20 let a pouze 6 účastníci (6 %) tvořili skupinu do 15 let (viz graf č. 2). Získaná data potvrzují, že největší část souboru (celkem 85 %) tvoří osoby v produktivním věku. Právě u těchto jedinců lze očekávat nejsilnější vnímání bariér spojených s dietním režimem, neboť jejich každodenní život je spojen s intenzivní sociální interakcí, pracovním nasazením a stravováním mimo domácí prostředí.

### Otázka č. 3 V kolika letech Vám byla diagnostikována celiakie?

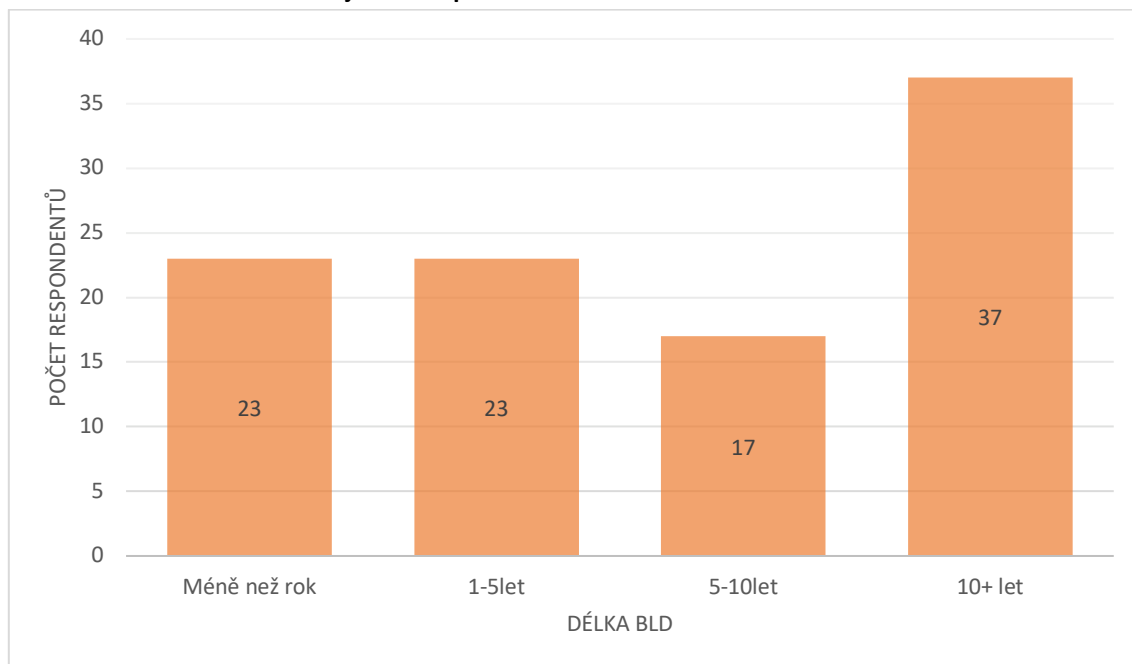


**Graf 3: Věk respondentů v době stanovení celiakie**

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 3 byl sledován věk, ve kterém byla respondentům celiakie diagnostikována. Data ukazují velmi rovnoměrné rozložení napříč všemi věkovými kategoriemi, což potvrzuje heterogenitu tohoto onemocnění. Největší část souboru, 21 respondentů (21 %), byla diagnostikována až v pozdní dospělosti nad 40 let věku. Skupina ve věku 31–40 let čítala 18 osob (18 %) a věková kategorie 21–30 let 17 osob (17 %). V období dospívání 16–20 let byla diagnóza stanovena u 14 respondentů (14 %), mezi 11–15 rokem u 10 osob (10 %) a v mladším školním věku 6–10 let u 11 osob (11 %). Nejméně respondentů (9; 9 %) bylo diagnostikováno v raném dětství do 5 let věku. Vysoký podíl diagnóz stanovených až v dospělosti (více než polovina souboru byla diagnostikována po 21. roce života) může predikovat delší dobu trvání nespecifických obtíží před zahájením léčby a náročnější adaptaci na dietní režim.

#### Otázka č. 4: Jak dlouho dodržujete bezlepkovou dietu?

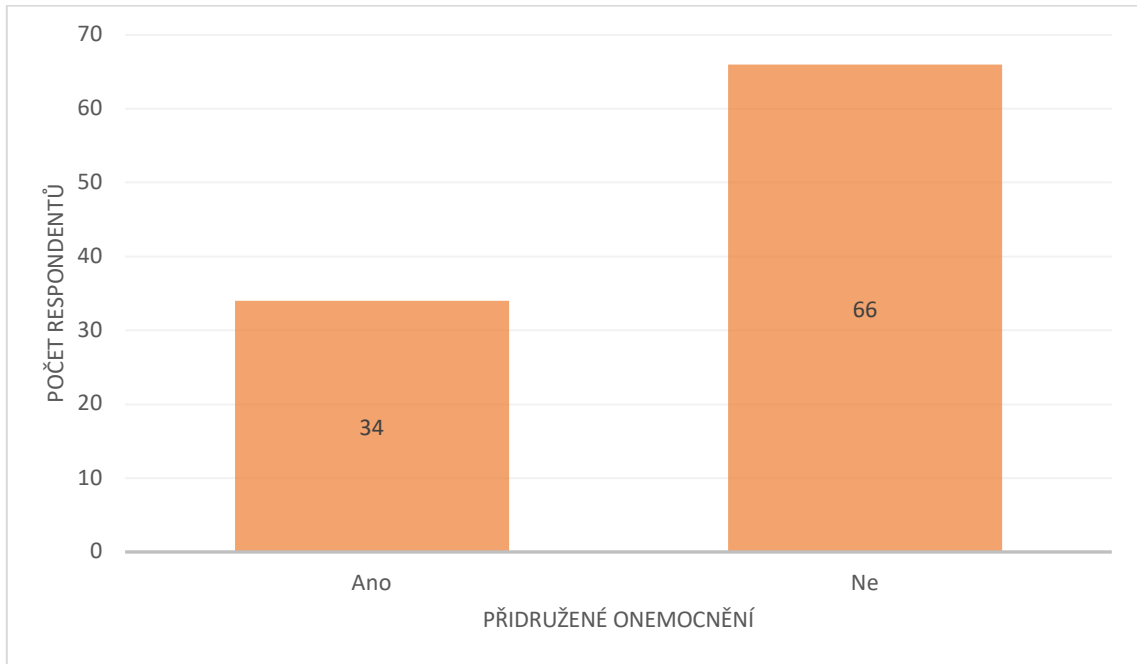


**Graf 4: Délka dodržování bezlepkové diety**

*Zdroj: vlastní*

Navazující otázka č. 4 se zabývala délkou dodržování bezlepkové diety. Nejpočetnější skupinu tvořili zkušení pacienti dodržující dietu déle než 10 let, konkrétně 37 respondentů (37 %). Shodný počet, tedy 23 respondentů (23 %), uvedl délku diety méně než rok, a rovněž 23 účastníků (23 %) dodržuje dietu v rozmezí 1–5 let. Nejméně početná skupina s 17 respondenty (17 %) drží dietu 5–10 let. Pro ošetrovatelskou praxi je alarmující zjištění, že téměř čtvrtina souboru 23 respondentů (23 %) se nachází v prvním roce léčby, což je období vyžadující nejvyšší míru edukační intervence a psychické podpory.

**Otázka č. 5: Trpíte dalšími potravinovými intolerancemi nebo přidruženým onemocněním?**

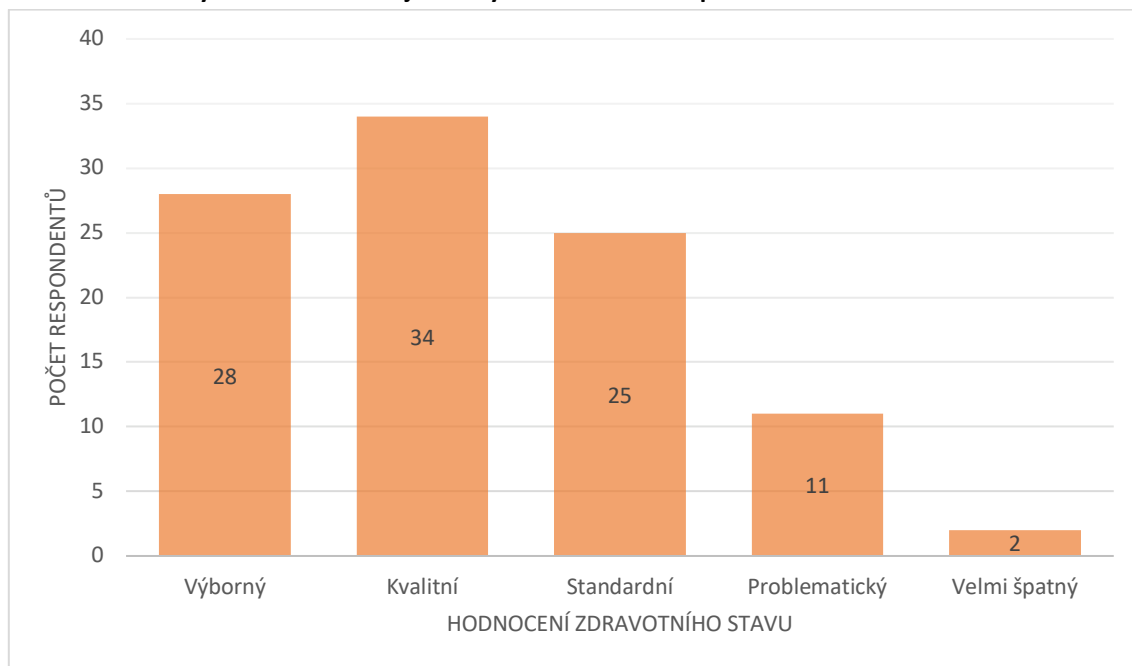


**Graf 5: Výskyt přidružených potravinových intolerancí a onemocnění**

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 5 byla zjišťována přítomnost dalších potravinových intolerancí či přidružených onemocnění. Celkem 34 respondentů (34 %) uvedlo, že kromě celiakie trpí i dalšími omezeními, zatímco 66 respondentů (66 %) jiné přidružené diagnózy nemá. Kombinace více dietních restrikcí (např. souběžná intolerance laktózy) představuje pro jedince další zátěž, která může výrazně komplikovat sociální integraci a zvyšovat ekonomické náklady na stravování.

**Otázka č. 6: Jak byste zhodnotili svůj celkový zdravotní stav za poslední měsíc?**

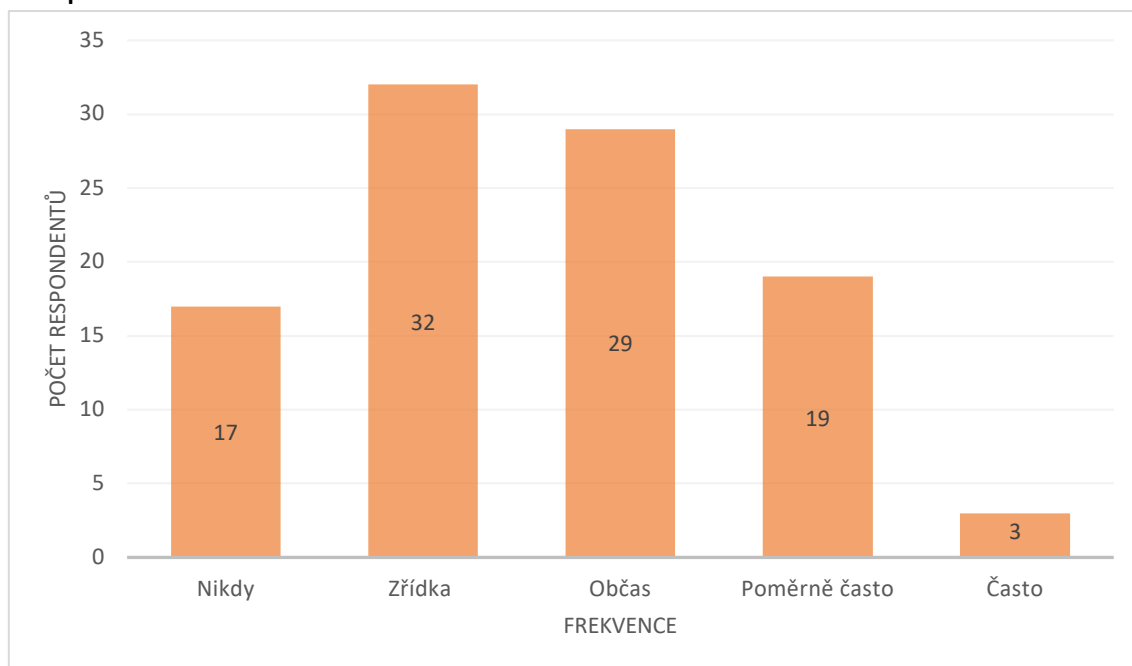


**Graf 6: Subjektivní hodnocení celkového zdravotního stavu za poslední měsíc**

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 6 respondenti hodnotili svůj celkový zdravotní stav za poslední měsíc. Největší skupina, 34 respondentů (34 %), označila svůj stav jako „kvalitní“. Jako „výborný“ jej vnímá 28 účastníků (28 %) a „standardní“ 25 respondentů (25 %). Negativní hodnocení uvedlo celkem 13 % souboru, z toho 11 respondentů (11 %) vnímá stav jako „problematický“ a 2 respondenti (2 %) jako „velmi špatný“. Ačkoliv většina souboru vykazuje dobrou subjektivní spokojenost se zdravím, přetrvávající potíže u více než desetiny pacientů naznačují, že samotná bezlepková dieta nemusí být pro plnou stabilizaci stavu dostačující.

**Otázka č. 7: Jak často pociťujete typické symptomy spojené s celiakií, i přesto že dodržujete bezpečnou dietu?**

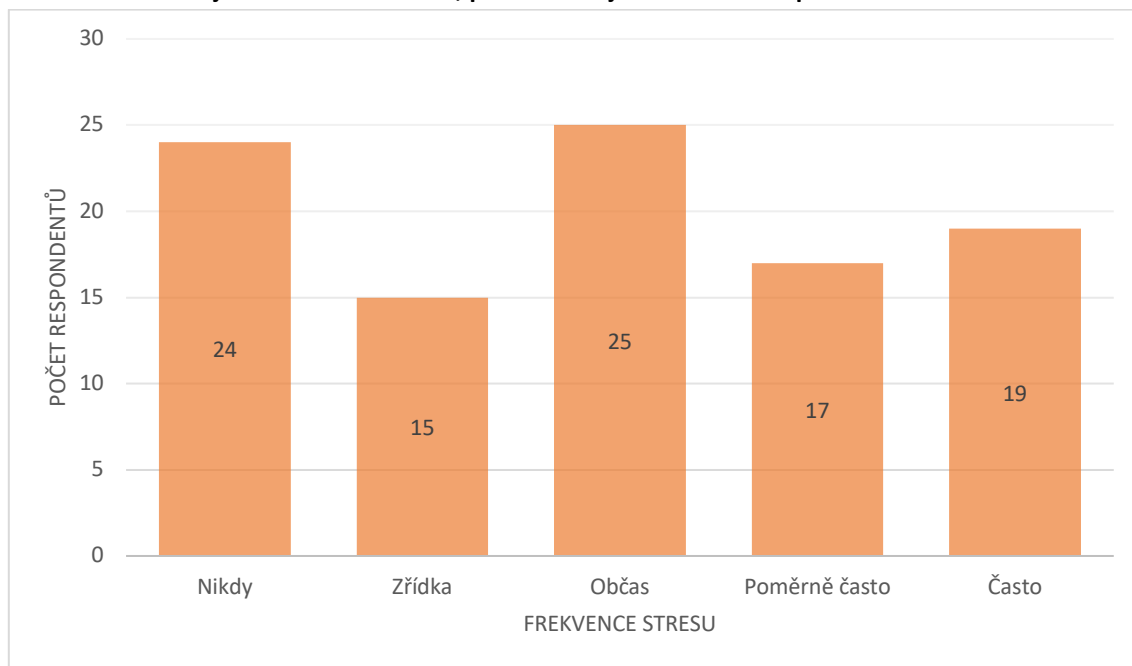


**Graf 7: Frekvence výskytu typických symptomů i přes dodržování dietního režimu**

*Zdroj: vlastní*

Otázka č. 7 zjišťovala frekvenci typických symptomů (nadýmání, křeče, únava) i při dodržování diety. Výsledky ukazují, že pouze 17 respondentů (17 %) nepociťuje příznaky „nikdy“. Nejvíce účastníků, 32 (32 %), uvedlo frekvenci „zřídka“ a 29 respondentů (29 %) „občas“. Alarmující je fakt, že 19 respondentů (19 %) pociťuje symptomy „poměrně často“ a 3 respondenti (3 %) dokonce „často“. Tato data potvrzují, že značná část pacientů (celkem 51 % v kategoriích občas až často) se potýká s reziduálními obtížemi, které mohou pramenit z nezáměrné kontaminace stravy lepkem, přidružených intolerancí nebo pomalého hojení střevní sliznice.

**Otázka č. 8: Pociťujete stres nebo úzkost, pokud máte jíst v neznámém prostředí**

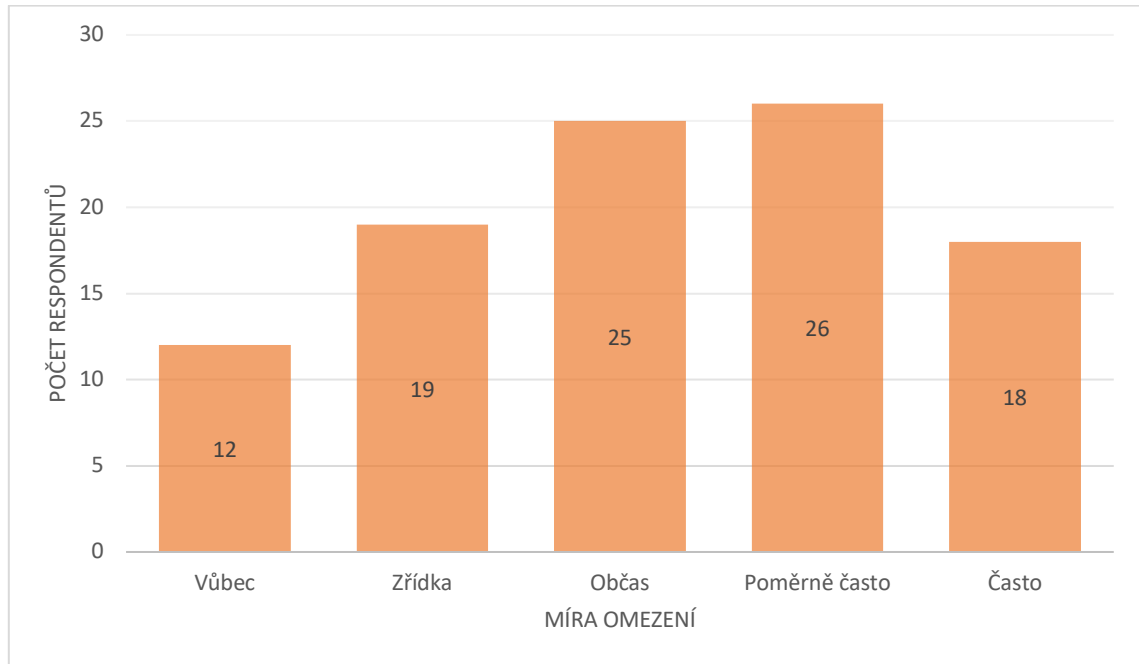


**Graf 8: Míra prožívaného stresu či úzkosti při stravování v neznámém prostředí**

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 8 byl sledován výskyt stresu nebo úzkosti v situacích, kdy má respondent jíst v neznámém prostředí. Výsledky odhalují vysokou míru psychické zátěže: 19 respondentů (19 %) pociťuje stres „často“ a 17 respondentů (17 %) „poměrně často“. „Občasnou“ úzkost uvádí 25 účastníků (25 %). Naopak stres „nikdy“ nepociťuje 24 respondentů (24 %) a „zřídka“ 15 respondentů (15 %). Skutečnost, že 36 % souboru trpí častou úzkostí ze stravování mimo domov, potvrzuje významný negativní dopad diagnózy na psychickou stabilitu jedince.

**Otázka č. 9: Máte pocit, že Vás dieta omezuje v sociálním životě?**

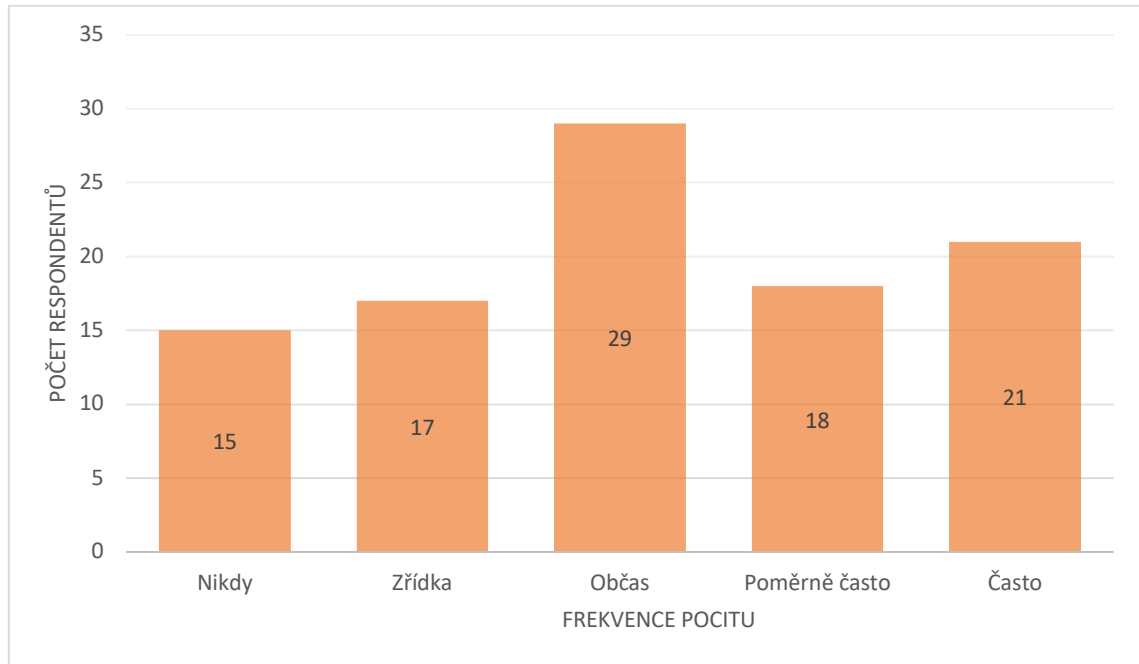


**Graf 9: Subjektivní vnímání omezení v sociálním životě z důvodu diagnózy**

*Zdroj: vlastní*

Položka č. 9 se zabývala subjektivním pocitem omezení v sociálním životě z důvodu diety. Pouze 12 respondentů (12 %) se necítí omezeno „vůbec“. Největší část souboru vnímá omezení „poměrně často“ (26 respondentů; 26 %) nebo „občas“ (25 respondentů; 25 %). Výrazné a časté omezení pociťuje 18 respondentů (18 %) a „zřídka“ je vnímá 19 účastníků (19 %). Data ukazují, že pro 44 % pacientů představuje bezlepková dieta bariéru, která narušuje jejich plnohodnotné společenské uplatnění.

**Otázka č. 10: Cítíte se kvůli své dietě tzv. na obtíž svému okolí?**

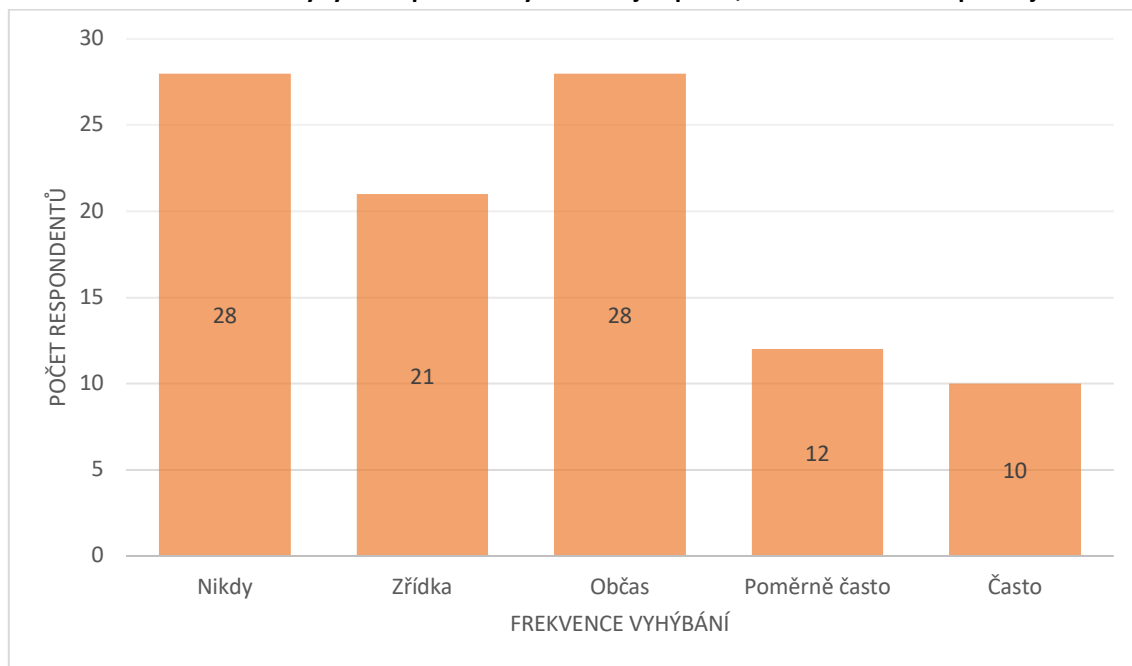


**Graf 10: Pocit stigmatizace a vnímání sebe sama jako přítěž pro okolí**

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 10 bylo zjišťováno, zda se respondenti cítí kvůli své dietě „na obtíž“ svému okolí (např. rodině, přátelům či personálu restaurací). Výsledky poukazují na významný pocit stigmatizace: 21 respondentů (21 %) pociťuje tento stav „často“ a 18 respondentů (18 %) „poměrně často“. Největší podíl, 29 účastníků (29 %), zvolil možnost „občas“. Jako zanedbatelný vnímají tento problém respondenti v kategoriích „zřídka“ 17 osob (17 %) a „nikdy“ 15 osob (15 %). Fakt, že celkem 39 % respondentů (kategorie poměrně často a často) se cítí být pro své okolí přítěží (viz graf č. 10), reflektuje hloubku psychosociálního dopadu onemocnění, který může vést k dobrovolné sociální izolaci a snížení sebevědomí pacienta.

**Otázka č. 11: Jak často se vyhýbáte společenským akcím jen proto, že tam nebude bezpečné jídlo?**

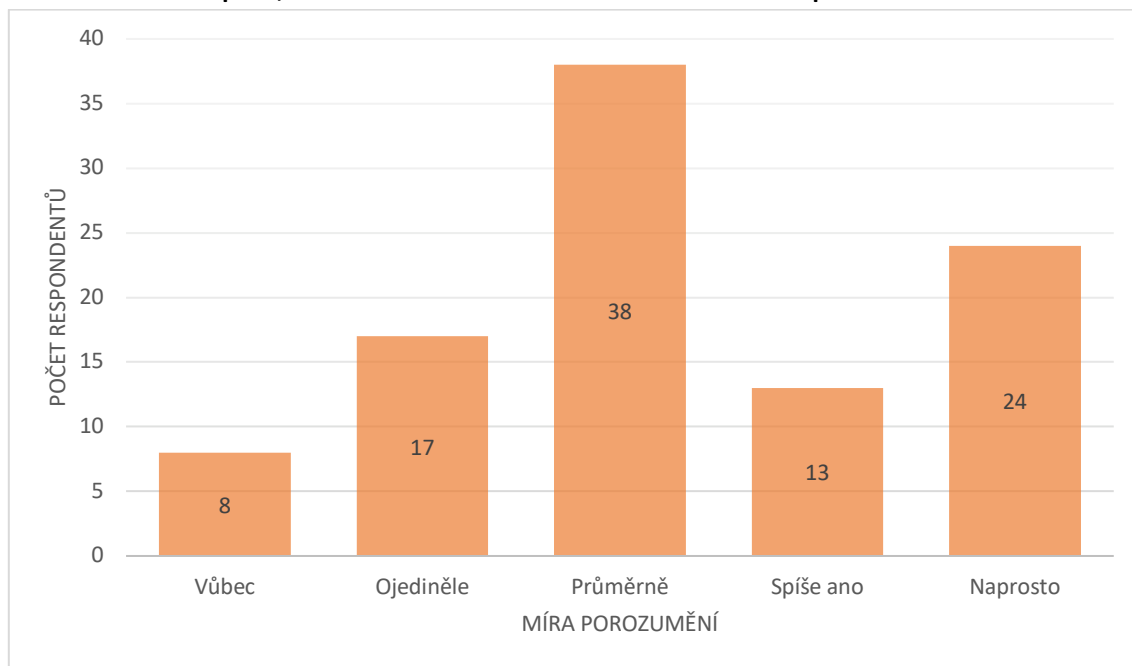


**Graf 11: Frekvence vyhýbání se společenských akcím z důvodu obav o bezpečnost stravy**

*Zdroj: vlastní*

Položka č. 11 zkoumala behaviorální aspekty sociální izolace, konkrétně frekvenci vyhýbání se společenským akcím z důvodu obav o bezpečnost nabízené stravy. Výsledky (viz graf č. 11) ukazují, že 28 respondentů (28 %) se společenským událostem nevyhýbá „nikdy“, avšak stejný počet, tedy 28 účastníků (28 %), tak činí „občas“. Často se akcím vyhýbá 10 respondentů (10 %) a „poměrně často“ 12 respondentů (12 %). Možnost „zřídka“ zvolilo 21 osob (21 %). Získaná data naznačují, že u 22 % respondentů (kategorie často a poměrně často) dochází k výraznému narušení společenského života. Tento jev, kdy se pacient raději izoluje, než aby čelil riziku dietní chyby nebo nepříjemným dotazům okolí, je významným prediktorem snížené kvality života v sociální oblasti.

**Otázka č. 12: Máte pocit, že vaše okolí dostatečně rozumí vašim dietním potřebám?**

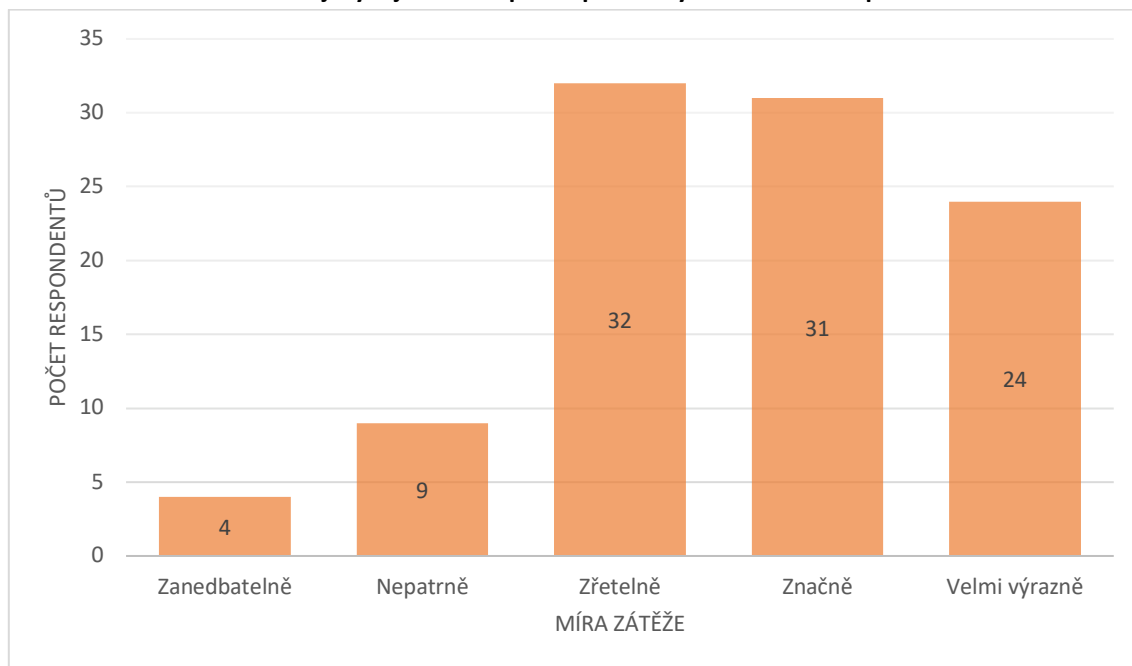


**Graf 12: Vnímání míry porozumění okolí k dietním potřebám nemocného**

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 12 byl hodnocen vnímaný stupeň sociální opory a porozumění ze strany okolí (rodina, přátelé, kolegové). Největší část souboru, 38 respondentů (38 %), hodnotí míru porozumění jako „průměrnou“. Jako „naprosté“ vnímá porozumění 24 účastníků (24 %) a 13 respondentů (13 %) zvolilo možnost „spíše ano“. Naproti tomu 17 respondentů (17 %) pociťuje porozumění okolí pouze „ojediněle“ a 8 respondentů (8 %) uvedlo, že jejich okolí nerozumí dietním potřebám „vůbec“ (viz graf č 12). Skutečnost, že čtvrtina souboru (25 %) pociťuje deficit v sociálním porozumění, představuje pro ošetrovatelskou praxi důležitý signál k zaměření edukace nejen na pacienta, ale v případě potřeby i na jeho rodinný systém.

**Otázka č. 13: Jak moc zatěžují výdaje za bezpečkové potraviny Váš měsíční rozpočet?**

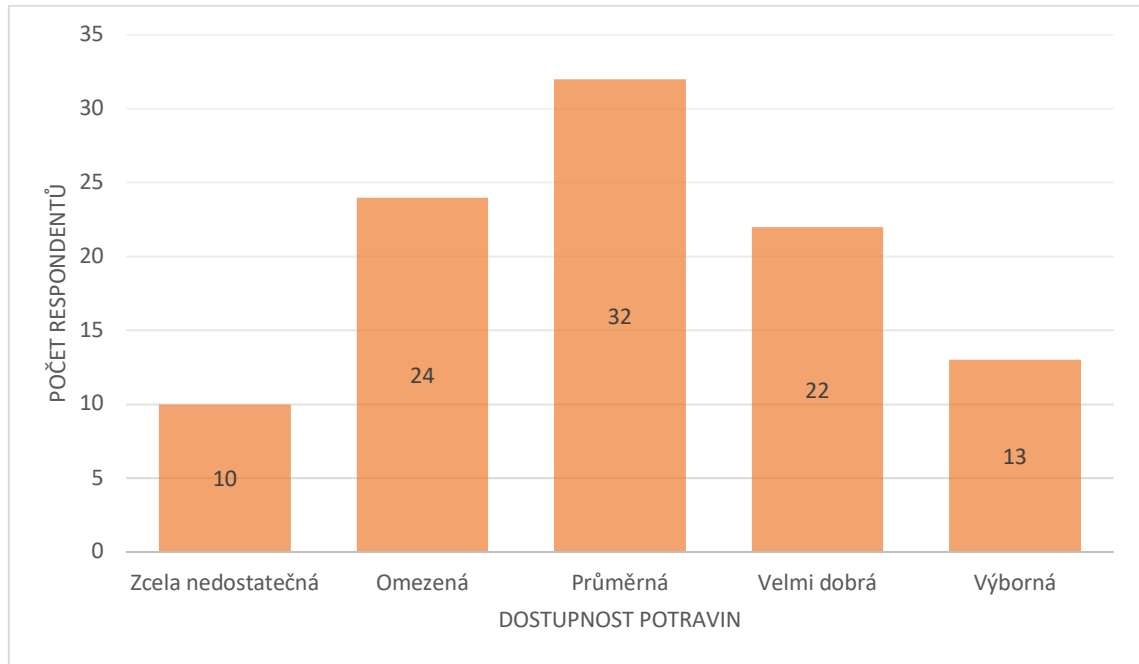


**Graf 13: Míra zatížení měsíčního rozpočtu výdaji za bezpečkové potraviny**

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 13 byla sledována míra zatížení měsíčního rozpočtu výdaji za bezpečkové potraviny. Data odhalují závažnou ekonomickou zátěž: 31 respondentů (31 %) vnímá zatížení jako „značné“ a 24 respondentů (24 %) dokonce jako „velmi výrazné“. Pro 32 účastníků (32 %) je tato zátěž „zřetelná“. Pouze 9 respondentů (9 %) vnímá finanční dopad jako „nepatrný“ a 4 respondenti (4 %) jako „zanedbatelný“. Celkem 55 % souboru (viz graf č. 13) vnímá ekonomickou náročnost diety jako zásadní problém, což potvrzuje teoretické předpoklady o vysokých cenách bezpečkových substitucí v porovnání s běžnými potravinami.

**Otázka č. 14: Jaká je dostupnost bezpečkových potravin ve vašem okolí?**

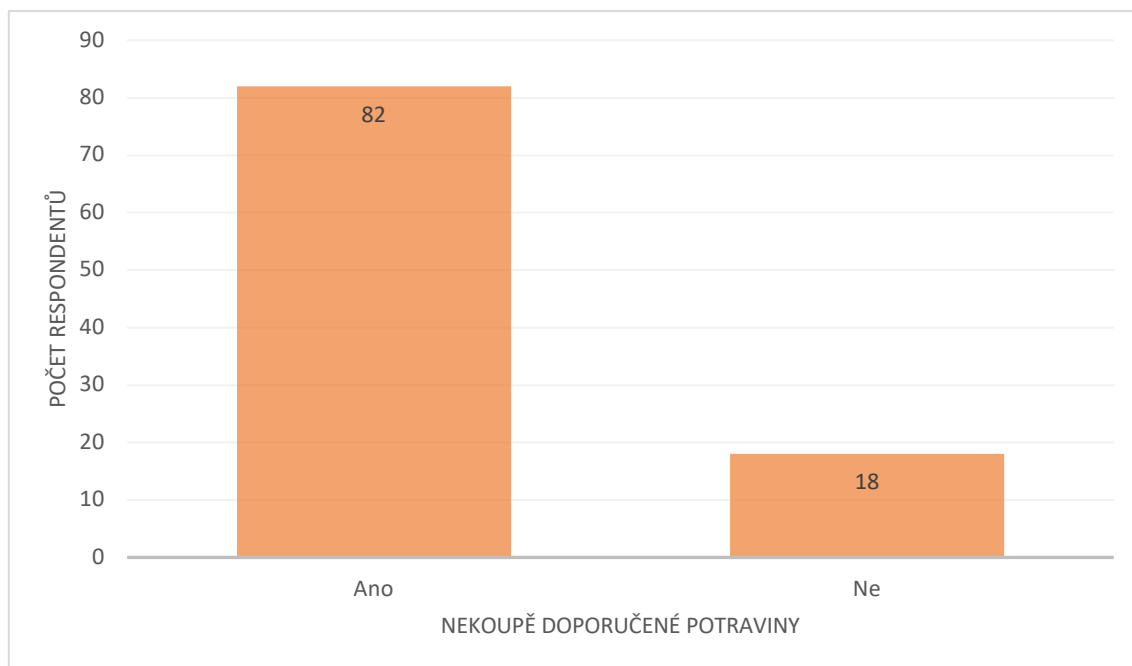


**Graf 14: Hodnocení dostupnosti bezpečkového sortimentu v okolí bydliště**

*Zdroj: vlastní*

Navazující otázka č. 14 se týkala prostorové dostupnosti bezpečkového sortimentu v místě bydliště či okolí respondentů. Jako „průměrnou“ hodnotí dostupnost 32 účastníků (32 %). „Velmi dobrou“ dostupnost uvádí 22 respondentů (22 %) a „výbornou“ 13 respondentů (13 %). Nicméně 24 účastníků (24 %) vnímá nabídku potravin jako „omezenou“ a 10 respondentů (10 %) dokonce jako „zcela nedostatečnou“. Celkem 34 % respondentů (viz graf č. 14) se tedy potýká s komplikacemi při nákupu bezpečných potravin, což může vést ke snížení pestrosti jídelníčku a k další časové zátěži spojené s dojížděním za nákupy.

**Otázka č. 15: Stalo se Vám někdy, že jste si nekoupil/a doporučenou potravinu/doplňěk jen kvůli vysoké ceně?**

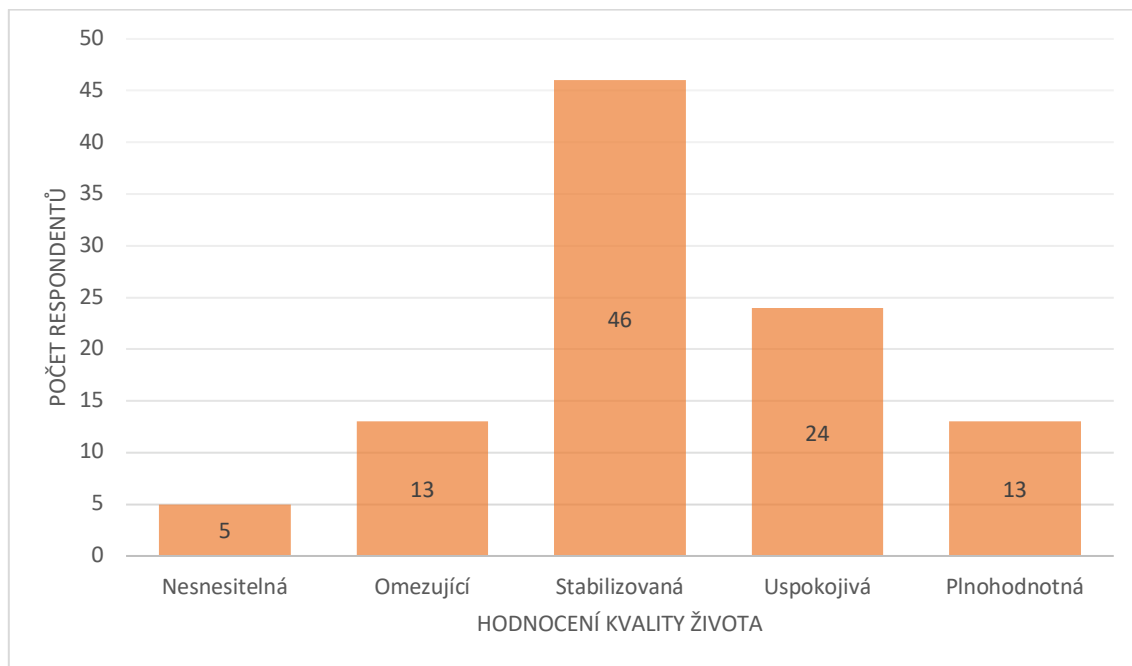


**Graf 15: Vliv vysoké ceny na nákupní chování u doporučených potravin a doplňků**

*Zdroj: vlastní*

Položka č. 15 zjišťovala, zda ekonomická náročnost přímo ovlivňuje nákupní chování pacientů. Výsledky jsou v tomto ohledu alarmující: celkem 82 respondentů (82 %) uvedlo, že si již někdy nekoupili doporučenou potravinu nebo doplněk stravy výhradně z důvodu vysoké prodejní ceny. Pouze 18 účastníků (18 %) se s tímto problémem nesešlo (viz graf č. 15). Tato data jednoznačně potvrzují hypotézu o vysoké finanční zátěži bezlepkového režimu a přímo odpovídají na výzkumnou otázku VO2. Z ošetřovatelského hlediska toto zjištění naznačuje riziko neúplné nutriční kompenzace u ekonomicky slabších skupin pacientů, což může vést k rozvoji sekundárních komplikací i při snaze o dodržování diety.

**Otázka č. 16: Ohodnoťte kvalitu vašeho života s celiakií.**

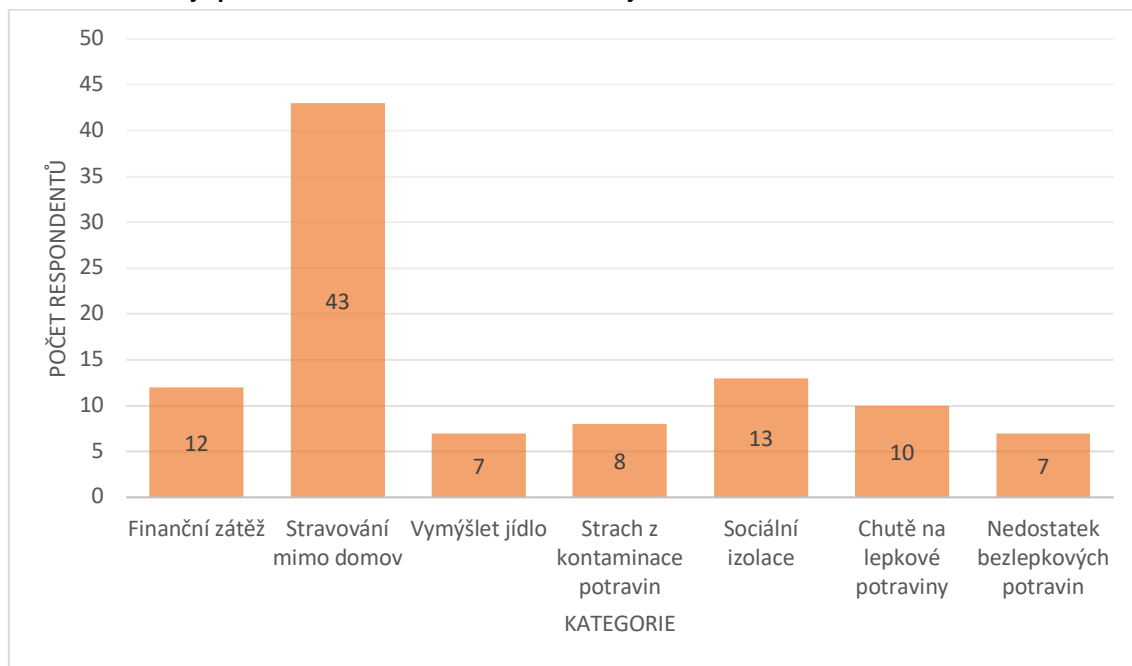


**Graf 16: Celkové subjektivní hodnocení kvality života**

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 16 měli respondenti za úkol subjektivně ohodnotit celkovou kvalitu svého života (pro účely analýzy rozděleno do pěti kategorií). Největší část souboru, 46 respondentů (46 %), vnímá kvalitu svého života jako „stabilizovanou“. Jako „uspokojivou“ ji hodnotí 24 účastníků (24 %) a „plnohodnotnou“ uvádí 12 respondentů (12 %). Negativní vnímání kvality života bylo zaznamenáno u 13 respondentů (13 %), kteří ji označili za „omezující“, a u 5 respondentů (5 %), pro které je život s diagnózou „nesnesitelný“ (viz graf č. 16). Ačkoliv se většina souboru nachází ve středním pásmu hodnocení, skutečnost, že pouze 12 % pacientů pociťuje plnohodnotný život, naznačuje, že celiakie představuje trvalý limitující faktor, který zabraňuje dosažení plné subjektivní spokojenosti.

**Otázka č. 17: Co je pro Vás osobně na životě s celiakií nejtěžší?**



**Graf 17: Subjektivně identifikované největší bariéry v životě s celiakií**

*Zdroj: vlastní*

Závěrečná položka č. 17 byla koncipována jako otevřená, což respondentům umožnilo bez omezení předdefinovanými volbami vyjádřit největší subjektivně vnímané bariéry v životě s diagnózou. Na základě provedené obsahové analýzy a následné kategorizace odpovědí (viz graf č. 17) se jako dominantní problém ukázalo stravování mimo domácí prostředí a s ním spojená omezení v oblasti cestování, což uvedlo 43 % respondentů. Tato oblast představuje pro pacienty značnou logistickou i psychickou zátěž, neboť vyžaduje permanentní plánování, vyhledávání bezpečných destinací a transport vlastních zásob potravin.

Mezi další významné negativní faktory patří sociální izolace, kterou uvedlo 13 respondentů (13 %), finanční náročnost léčby 12 osob (12 %) a perzistující chutě na lepkové potraviny 10 osob (10 %). Méně frekventovaně byly zmiňovány strach z kontaminace v cizím prostředí 8 osob (8 %), kognitivní zátěž při sestavování jídelníčku 7 respondentů (7 %) a omezený sortiment v běžné obchodní síti 7 osob (7 %). Výsledky potvrzují, že celiakie je vnímána především jako komplexní psychosociální hendikep, přičemž největší limity pociťují pacienti právě v situacích vyžadujících sociální interakci a mobilitu.

### 3 Diskuse

Předložená bakalářská práce se zaměřila na problematiku kvality života u pacientů s celiakií, což je téma, které v moderním ošetřovatelství nabývá na významu úměrně s rostoucí prevalencí tohoto onemocnění. Cílem empirické části bylo identifikovat subjektivně vnímané bariéry, které nemocným brání v dosahování optimální životní spokojenosti. Výzkumné šetření u souboru 100 respondentů poskytlo robustní data, která umožňují hlubší analýzu v kontextu somatické, psychické, sociální a ekonomické domény.

V rámci úvodní analýzy souboru byla potvrzena dominance ženského pohlaví (90 %), což je v souladu se světovými epidemiologickými trendy (Singh, 2018). Významným zjištěním je věková struktura v době diagnózy, kdy největší část souboru (21 %) byla diagnostikována až po 40. roce života. Tento pozdní záchyt, v literatuře popisovaný jako fenomén ledovce celiakie, má zásadní dopad na proces adaptace (viz. Obrázek 2) Pacienti diagnostikovaní v dospělosti musí radikálně měnit dlouhodobě fixované stravovací a sociální vzorce, což zvyšuje riziko psychické tenze.

#### **VO1: Jaký vliv má strach z neznámého prostředí a přetrvávající symptomatologie na celkovou psychickou pohodu nemocných?**

Tato výzkumná otázka byla verifikována skrze položky č. 6 (zdravotní stav), č. 7 (frekvence symptomů), č. 8 (stres z neznámého prostředí) a č. 16 (celkové hodnocení života).

Výsledky šetření prokazují, že psychická pohoda celiaků je úzce spjata s pocitem somatické jistoty. Ačkoliv 62 % respondentů hodnotí svůj stav jako výborný či kvalitní (graf č. 6), hlubší analýza symptomů odhaluje, že pouze 17 % účastníků je zcela bez potíží (graf č. 7). Skutečnost, že 51 % souboru pociťuje příznaky (nadýmání, křeče, únava) minimálně „občas“ nebo častěji i přes dietu, vytváří terén pro rozvoj chronického stresu. Ten se nejvýrazněji manifestuje v situacích, kdy pacient ztrácí kontrolu nad přípravou pokrmu. Data z otázky č. 8 (graf č. 8) potvrzují, že celkem 36 % respondentů pociťuje při stravování v neznámém prostředí stres „často“ nebo „poměrně často“.

Tento stav lze v souladu s (Naheed, 2015) definovat jako hypervigilanci, kdy se strach z nechtěné expozice lepku stává dominantním psychickým modem. Anticipační úzkost z možných bolestivých příznaků je pravděpodobnou příčinou toho, proč pouze 12 % respondentů vnímá svůj život jako plnohodnotný (graf č. 16). Lze tedy potvrdit, že psychická pohoda je u celiaků významně degradována neustálou potřebou ostražitosti a přetrvávajícím fyzickým dyskomfortem.

#### **VO2: Do jaké míry ovlivňuje ekonomická náročnost bezlepkového režimu a dostupnost potravin každodenní rozhodování pacientů?**

K obhajobě této otázky slouží data z položek č. 13 (finanční zátěž), č. 14 (dostupnost potravin) a stěžejní položky č. 15 (vliv ceny na nákup).

Ekonomická doména se v českém prostředí jeví jako jedna z nejvíce limitujících. Šetření odhalilo, že 55 % respondentů vnímá finanční zátěž diety jako značnou či velmi výraznou (graf č. 13). Nejsilnějším důkazem ekonomického tlaku je výsledek otázky č. 15 (graf č. 15), kde 82 % respondentů přiznalo, že si z finančních důvodů někdy nekoupili doporučenou potravinu nebo doplněk stravy. Tento fakt přímo ohrožuje terapeutický cíl, neboť ekonomická bariéra brání pacientům v konzumaci nutričně plnohodnotné stravy.

Kombinace vysoké ceny a problematické dostupnosti, kterou v místě bydliště vnímá jako omezenou či nedostatečnou 34 % respondentů (graf č. 14), staví pacienta do role jedince, který musí každodenně řešit logisticky a finančně náročné operace. Tato zjištění korelují se závěry (Štůlíková, 2021), která kritizuje nízkou hladinu sociální podpory pro celiaky v ČR. Ekonomická náročnost tedy není pouze subjektivním pocitem, ale reálným faktorem, který prokazatelně determinuje nákupní chování a nutriční stabilitu nemocných.

Kritickým aspektem, který vyplynul z analýzy nákupního chování, je zjištění, že 82 % respondentů rezignovalo na pořízení doporučeného doplňku či potraviny výhradně z finančních důvodů. Tato hodnota je alarmující v kontextu ošetřovatelské edukace, neboť naznačuje, že i při vysoké motivaci pacienta k léčbě může dojít k selhání terapeutického plánu z důvodu ekonomické tísně. Podobnou korelaci mezi socioekonomickým statutem a mírou adherence k bezlepkové dietě popisuje ve svých studiích i (Štůlíková, 2021). Zdá se, že role sestry v edukačním procesu nesmí být omezena pouze na předání seznamu zakázaných surovin, ale musí zahrnovat i poradenství v oblasti ekonomicky dostupných, přirozeně bezlepkových alternativ. Pokud sestra v rámci ošetřovatelské anamnézy neidentifikuje finanční bariéry, hrozí riziko rozvoje sekundárních komplikací z podvýživy, ačkoliv pacient deklaruje snahu o dodržování dietního režimu.

### **VO3: Jakým způsobem ovlivňuje nutnost dodržování bezlepkové diety sociální život pacientů a jejich interakci s okolím?**

Tato otázka je podložena položkami č. 9 (omezení v sociálním životě), č. 10 (pocit na obtíž), č. 11 (vyhýbání se akcím), č. 12 (porozumění okolí) a č. 17 (otevřená otázka na největší bariéry).

Sociální doména vykazuje v šetření nejvyšší míru alterace. Celkem 44 % respondentů pociťuje omezení v sociálním životě s vysokou frekvencí (graf č. 9). Klíčovým faktorem je zde sociální stigmatizace. Výsledky otázky č. 10 (graf č. 10) ukazují, že 39 % respondentů se cítí být pro své okolí „přítěží“ (v kategoriích často a poměrně často). Tento psychologický tlak vede k dobrovolné sociální izolaci, kdy se 22 % účastníků raději společenským akcím aktivně vyhýbá (graf č. 11), aby nemuseli čelit komplikacím se stravou či vysvětlování své diagnózy.

Nejpádňejším argumentem pro potvrzení této VO jsou výsledky otevřené otázky č. 17 (graf č. 17), kde 43 % respondentů identifikovalo stravování mimo domov a s ním spojené cestování za největší životní bariéru. Nemožnost spontánního sociálního kontaktu a logistická náročnost jakéhokoliv přesunu vyvolávají pocity vyčlenění. Jak uvádí (Hoffmanová, 2019), pocit odlišnosti je v kultuře, kde jídlo hraje ústřední společenskou roli, velmi traumatizující. Nízká míra naprostého porozumění okolí (pouze 24 %, graf č. 12) dále prohlubuje bariéru mezi pacientem a majoritní společností.

Vysoká míra pociťované stigmatizace, kdy se téměř 40 % probandů vnímá jako přítěž pro své okolí, přímo koresponduje s ošetřovatelskou diagnózou Sociální izolace (00053) dle klasifikace NANDA-I. Tento subjektivní pocit odlišnosti je pravděpodobně umocněn faktem, že jídlo v české kultuře plní funkci primárního socializačního nástroje. Zjištěná data naznačují, že pro zvýšení kvality života je nezbytné, aby ošetřovatelské intervence cílily na posílení asertivity pacienta při komunikaci v gastronomických zařízeních. Schopnost nemocného jasně a bez pocitu viny definovat své potřeby se jeví jako klíčový protektivní faktor, který brání dobrovolné sociální distanci, identifikované u 22 % účastníků šetření.

## 4 Doporučení pro ošetrovatelskou praxi

Výsledky předkládané bakalářské práce prokazují, že celiakie v současné české společnosti nepředstavuje pouze izolovaný medicínský problém, ale profiluje se jako komplexní psychosociální hendikep s hlubokým dopadem na integritu osobnosti nemocného. Zjištěná data jasně indikují, že kvalita života pacientů je kompromitována v několika vzájemně se ovlivňujících rovinách. Zatímco somatická stabilizace je u části souboru uspokojivá, domény sociální interakce, psychické pohody a ekonomické stability vykazují signifikantní deficit. Pro ošetrovatelskou praxi tato zjištění znamenají nezbytnost zásadní transformace edukačního procesu a rozšíření kompetencí všeobecné sestry v roli mentora a koordinátora péče.

### 4.1 Inovace edukačních strategií se zaměřením na sociální stabilitu

Dominantní bariéra identifikovaná v šetření, kterou je stravování mimo domov a cestování (43 % respondentů v otevřené otázce č. 17), odhaluje kritické místo v dosavadním systému edukace. Klasická dieta, zaměřená na prostý výčet zakázaných potravin, je v moderní společnosti nedostatečná. Implikace pro ošetrovatelství spočívá v přechodu k tzv. nácvikové edukaci. Sestra by měla v rámci dispenzární péče s pacientem aktivně simulovat sociálně náročné situace – například komunikaci s personálem v gastronomii nebo logistické plánování cest.

Vzhledem k tomu, že 36 % respondentů pociťuje stres v neznámém prostředí (graf č. 8), je nezbytné edukační plán doplnit o techniky zvládnání anticipační úzkosti. Sestra by měla pacienta vybavit nejen teoretickými znalostmi o skrytém lepku (Naheed, 2015), ale i praktickými nástroji, jako jsou vzory „gastronomických karet“ v cizích jazycích nebo seznamy prověřených bezpečkových provozoven. Cílem je zmírnit pocit, že je pacient pro své okolí „na obtíž“ (uvedlo 39 % respondentů v graf č. 10), a transformovat jeho postoj k diagnóze z role pasivního omezení do role aktivního managementu vlastního života.

### 4.2 Ekonomicky senzitivní ošetrovatelské poradenství

Klíčové zjištění, že 82 % respondentů si z finančních důvodů někdy nekoupilo doporučenou potravinu (graf č. 15), představuje pro ošetrovatelskou praxi zásadní výzvu. Sestra v gastroenterologické poradně se musí profilovat jako ekonomicky senzitivní poradce. Edukace nesmí být postavena výhradně na drahých, průmyslově zpracovaných bezpečkových náhražkách, které prokazatelně zatěžují rozpočet 55 % nemocných (graf č. 13).

Doporučení pro praxi zahrnuje orientaci pacienta na přirozeně bezpečkové a cenově dostupné suroviny (rýže, brambory, luštěniny, čerstvá zelenina a maso), které zároveň splňují nároky na nutriční vyváženost a prevenci nadváhy. Sestra by měla být schopna pacientovi vysvětlit, že striktní adherence k bezpečkové dietě nemusí nutně znamenat nákup pouze certifikovaných substitucí, ale vyžaduje spíše návrat k základním surovinám. Současně by měla sestra aktivně informovat o limitech sociálního systému v ČR a o aktuálních programech zdravotních pojišťoven, čímž naplňuje roli sociálního advokáta pacienta (Štůlíková, 2021).

### 4.3 Management reziduálních symptomů a psychická podpora

Zjištění, že 51 % respondentů pociťuje symptomy i přes dietu (graf č. 7), je pro všeobecnou sestru signálem k hlubší ošetřovatelské anamnéze. V mnoha případech nemusí jít o vědomé porušování diety, ale o důsledek nezáměrné křížové kontaminace v domácím prostředí nebo o přítomnost přidružených intolerancí (např. laktóзовé, kterou trpí část z 34 % respondentů s dalšími diagnózami).

V ošetřovatelské praxi je doporučováno zavedení pravidelného screeningu symptomů pomocí standardizovaných záznamových archů. Sestra by měla pacienta edukovat o detailech křížové kontaminace (sdílené kuchyňské náčiní, topinkovače), které jsou často podceňovány (Kohout, 2016). Zároveň je nezbytné reflektovat neurologické a psychické symptomy, jako je „mozková mlha“ nebo chronická únava. Tyto projevy jsou okolím často bagatelizovány, což u pacienta prohlubuje pocit nepochopení (pouze 24 % cítí naprosté porozumění, graf č. 12). Sestra by měla těmto projevům přikládat váhu a v případě potřeby iniciovat intervenci klinického psychologa, čímž podpoří celkovou psychickou pohodu nemocného.

### 4.4 Role sestry v multidisciplinárním týmu a komunitní péči

Závěrem lze konstatovat, že všeobecná sestra zastává v péči o celiaka roli multidisciplinárního koordinátora. S ohledem na skutečnost, že 23 % souboru drží dietu méně než rok, je iniciační fáze edukace kritickým momentem pro budoucí životní spokojenost. Sestra by měla iniciovat zapojení pacienta do svépomocných skupin a patientských organizací, které prokazatelně zmírňují pocity sociální izolace identifikované u 13 % respondentů.

Pro praxi lze navrhnout vytvoření pozice „nutriční sestry – specialistky na celiakii“ v rámci velkých gastroenterologických center, která by se věnovala výhradně psychosociální adjustaci a dlouhodobému monitoringu kvality života. Kontinuální ošetřovatelská péče, která nereflektuje pouze laboratorní výsledky (anti-tTG), ale zaměřuje se na reálnou spokojenost pacienta (pouze 12 % hodnotí život jako plnohodnotný, graf č. 16), je jedinou cestou k dosažení holistického ideálu péče o chronicky nemocného. Implementace těchto doporučení do praxe vyžaduje zvýšení zdravotní gramotnosti nejen na straně pacientů, ale i u nelékařského zdravotnického personálu, aby byla zajištěna bezpečná a empatická péče ve všech segmentech zdravotního systému.

## Závěr

Předkládaná bakalářská práce se zabývala hloubkovou analýzou kvality života pacientů s celiakií, přičemž reflektovala toto onemocnění nikoliv jako prostou dietní restrikcí, nýbrž jako komplexní psychosociální a ekonomický hendikep. Teoretická část práce poskytla ucelený odborný vhled do etiopatogeneze, diagnostických algoritmů a léčebného managementu, čímž vytvořila nezbytný rámec pro interpretaci dat získaných v rámci empirického šetření. Realizovaný kvantitativní výzkum u souboru 100 respondentů potvrdil, že život s touto diagnózou s sebou přináší signifikantní bariéry, které negativně alterují subjektivně vnímanou spokojenost v somatické, psychické i sociální sféře.

V rámci první výzkumné otázky byl zkoumán vliv strachu z neznámého prostředí a perzistující symptomatologie na psychickou pohodu nemocných. Výsledky šetření ukazují na přímou korelaci mezi fyzickým dyskomfortem a psychickou tenzí. Skutečnost, že nadpoloviční většina souboru pociťuje typické symptomy i přes deklarovanou dietní adherenci, indukuje stav permanentní hypervigilance a anticipační úzkosti. Tento jev je nejvíce akcentován v situacích vyžadujících stravování mimo bezpečné domácí prostředí, kde 36 % respondentů pociťuje stres s vysokou intenzitou. Ukazuje se, že psychická integrita pacienta s celiakií je křehká a je neustále konfrontována s nedůvěrou v bezpečnost okolního světa, což limituje pocit plnohodnotné existence.

Druhá výzkumná otázka se zaměřila na ekonomickou náročnost bezlepkového režimu a dostupnost potravin. Empirická data v této oblasti odhalila alarmující zjištění, kdy 82 % respondentů přiznalo, že vysoká cena specifických produktů přímo determinuje jejich nákupní chování a nezřídká vede k rezignaci na nákup doporučených doplňků stravy. Ekonomická bariéra se v českém prostředí profiluje jako zásadní limitující faktor, který v kombinaci s omezenou dostupností sortimentu v některých regionech staví pacienty do znevýhodněné pozice. Tento ekonomický tlak nepředstavuje pouze finanční zátěž, ale je vnímán jako forma sociální nespravedlnosti, která dále prohlubuje subjektivní nespokojenost nemocných.

Třetí výzkumná otázka analyzovala dopady diagnózy na sociální interakci. Výzkum potvrdil, že celiakie funguje jako silný stigmatizační činitel. Pocit, že je pacient pro své okolí „přítěží“ při společenských akcích, který uvedlo 39 % respondentů, vede k dobrovolné sociální distanci a vyhýbání se událostem spojeným se stravováním. Stravování mimo domov a cestování byly identifikovány jako dominantní bariéry, které vyžadují neustálou kognitivní a logistickou zátěž. Nemožnost spontánního sociálního jednání transformuje celiakii v sociální izolaci, čímž dochází k narušení jedné ze základních lidských potřeb – potřeby sounáležitosti.

Z hlediska ošetrovatelské praxe přináší práce zásadní implikace pro edukační proces. Ukazuje se, že role všeobecné sestry musí překročit hranice pouhého nutričního poradenství a směřovat k celkovému posílení psychosociální rezilience pacienta. Edukace by měla být zaměřena na nácvik asertivní komunikace a praktické zvládání logistiky sociálního stravování. Předkládaná práce splnila své cíle a přinesla poznatky, které mohou sloužit jako podklad pro zefektivnění ošetrovatelské péče o chronicky nemocné s celiakií. Budoucí směřování péče by mělo reflektovat zjištěnou potřebu holistického přístupu, který zohlední nejen laboratorní kompenzaci stavu, ale především reálnou kvalitu života v každodenním sociálním kontextu.

## Citovaná literatura

- Čáповá. 2024.** Laboratorní screening celiakie u dětí. 2024, Sv. 16-20, 1.
- Šťastná. 2023.** Nárůst prevalence celiakie- kde hledat odpovědi? 2023, Sv. 172-183, 3.
- Štůlíková. 2021.** 8, 2021, Sv. 5-7. 2336-2987.
- Biskupová. 2011.** Kvalita života u nemocného s celiakií. 2011, Sv. 42-43, 4.
- Bukovcová. 2018.** Edukácia pacienta s celiakiou. 2018, Sv. 15-18, 6.
- Bureš. 2018.** Historie celiakie. 2018, Sv. 600-601, 6.
- Frůhauf. 2022.** Prevalence celiakie. 2022, Sv. 304-305, 4.
- Geryk. 2022.** Celiakie u dětí - kdy na ni myslet, jak ji diagnostikovat a léčit? 2022, Sv. 112-114, 2.
- Green. 2018.** *Lepek odhalen!* Olomouc : ANAG, 2018. 978-80-7554-176-5.
- Hoffmanová. 2019.** *Celiakie.* Praha : Mladá fronta, 2019. 978-80-204-5414-0.
- Humlová. 2016.** *Imunopatologické stavy v kazuistikách.* Praha : Mladá fronta, 2016. 978-80-204-4124-9.
- Juhasová. 2015.** Problémy celiatiků na Slovensku - prieskum. 2015, Sv. 30-33, 9-10.
- Karásková. 2020.** *Dětská gastroenterologie v praxi.* Praha : Maxdorf, 2020. 978-80-7345-677-1.
- Kohout. 2016.** Celiakie - epidemie 21.století. 2016, Sv. 22-25, 1.
- Lukáš. 2022.** *Obyčejné nemoci trávicího traktu.* Praha : Grada, 2022. 978-80-271-3405-2.
- Medicaltribune. 2018.** *Neléčená celiakie může vést k neplodnosti.* místo neznámé : Medical tribune, 2018. 1214-8911.
- Melek. 2022.** Bezlepková dieta - legislativa, možná rizika. 2022, Sv. 16-18, 2.
- Menšíková. 2010.** Život pacientů s celiakií. 2010, Sv. 139-144, 4.
- Michálková. 2024.** Vplyv celiakie na kvalitu života adolescentů. 2024, Sv. 98-101, 2.
- MÄKI, Markku. 2015.** Celiac disease in 21st century. *Scandinavian Journal of Gastroenterology.* [Online] 2015.  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00365521.2015.1079645#d1e346>. 0036-5521.
- Naheed, Ali. 2015.** *Kniha pro celiaky.* místo neznámé : Pragma, 2015. 978-80-7349-434-6.
- Nevoral. 2020.** Diagnostika celiakie u dětí, kdy je a kdy není potřeba biopsie. 2020, Sv. 164-167, 3.
- Packová. 2018.** Celiakie - diagnostika, léčba, rizika rozvoje meningitidy. 2018, Sv. 293-296, 6.
- Ratislavová. 2019.** *Deník celičky.* Blansko : autor neznámý, 2019. 978-80-270-5710-8.
- . 2019. *Deník celičky.* Blansko : autor neznámý, 2019. 978-80-270-5710-8.
- Singh. 2018.** Global prevalence of celiac disease: systematic review and metaanalysis. *Prashant.* 2018, Sv. 2056-2073, 8.
- Skálová. 2016.** Co můžeme udělat pro pacienty s celiakií. 2016, Sv. 42, 12.

**Slavec. 2019.** *Dermatitis herpetiformis*. Praha : autor neznámý, 2019. 978-80-204-5321-1.

**Slavčev. 2016.** Genetika celiakie. 2016, Sv. 155-158, 3.

**Stasique. 2024.** Adobe Stock. *Celiac disease infographic, health and diet concept*. [Online] 2024. <https://stock.adobe.com/cz/stock-photo/id/588247469>. 588247469.

**Tlasková-Hogenová. 2024.** *Mikrobiom zdraví*. Praha : Grada, 2024. Sv. 28-30. 978-80-271-5192-0.

**Vacková. 2020.** Celiakie dospělých. 2020, Sv. 116-120, 2.

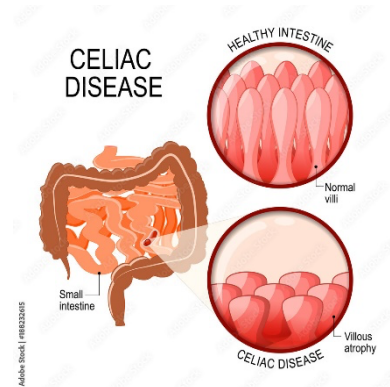
**Válková. 2016.** Celiakie-kazuistika 2: zácpa a dermatitida. 2016, Sv. 33, 1.

**Zdražil. 2019.** *Moderní farmakoterapie autoimunitních chorob*. Praha : Maxdorf, 2019. 978-80-7345-615-3.

**Ziz\_m. [2026].** St Adobe Stock. *St Adobe Stock*. [Online] [2026]. [https://as1.ftcdn.net/v2/jpg/01/88/23/26/1000\\_F\\_188232615\\_GPDaiDTpCRwhGDxkDac5T747dj92wVB3.jpg](https://as1.ftcdn.net/v2/jpg/01/88/23/26/1000_F_188232615_GPDaiDTpCRwhGDxkDac5T747dj92wVB3.jpg). 188232615.

# Přílohy

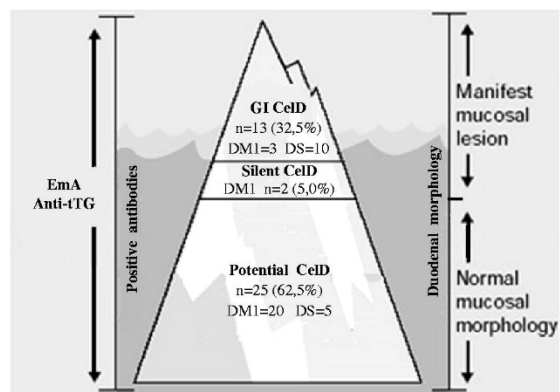
## Příloha A



**Obrázek 1: Srovnání fyziologické sliznice tenkého střeva s normálními klky a patologické atrofie klků při celiakii**

Zdroj: (Ziz\_m, [2026])

## Příloha B



**Obrázek 2: Model ledovce znázorňující poměr mezi diagnostikovanou a nediodagnostikovanou populací celiaků**

Zdroj: (MÄKI, 2015)

## Příloha C



**Obrázek 3: Mezinárodní symbol pro certifikované bezpečné potraviny**  
Zdroj: (Stasique, 2024)

## Příloha D

### Dotazník – Kvalita života pacientů s celiakií

Jmenuji se Vendula Pichnerová a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku, který slouží jako podklad pro moji bakalářskou práci na téma **Kvalita života pacientů s celiakií**. Cílem mého výzkumu je zmapovat, jak diagnóza celiakie a nutnost dodržování bezlepkové diety ovlivňují Vaši každodenní spokojenost, sociální život a celkovou psychickou pohodu. Předem Vám děkuji za Váš čas, ochotu a upřímné odpovědi.

1. Otázka:

Vaše pohlaví: (Muž/ Žena/ Jiné)

2. Otázka

Kolik Vám je let? (otevřená odpověď)

3. Otázka

V kolika letech vám byla celiakie diagnostikována? (otevřená odpověď)

4. Otázka

Jak dlouho dodržujete bezlepkovou dietu? (Méně než 1 rok/ 1-5 let/ 6-10 let/ více než 10 let)

5. Otázka

Trpíte dalšími potravinovými intolerancemi např. laktóza, nebo přidruženým onemocněním?  
(Ano/ Ne)

6. Otázka

Jak často pociťujete typické symptomy (nadýmání, křeče, únava) i přes dodržování diety?  
(1 – nikdy až 5 – velmi často)

7. Otázka

Jak byste ohodnotil/a svůj celkový zdravotní stav za poslední měsíc (1- výborný až 5 – velmi špatný)

8. Otázka

Pociťujete stres nebo úzkost, pokud máte jíst v neznámém prostředí? (1- vůbec až 5 – velmi silně)

9. Otázka

Máte pocit, že vás dieta omezuje v sociálním životě? (1- vůbec až 5 – velmi silně)

10. Otázka

Cítíte se kvůli své dietě někdy tzv. na obtíž svému okolí? (1 – vůbec ne až 5 – velmi silně)

11. Otázka

Jak často se vyhýbáte společenským akcím jen proto, že tam nebude bezpečné jídlo? (1- nikdy až 5 – velmi často)

12. Otázka

Máte pocit, že vaše okolí (rodina, přátelé) dostatečně rozumí vašim dietním potřebám? (1- vůbec ne až 5- naprosto)

13. Otázka

Jak moc zatěžují výdaje za bezpečkové potraviny váš měsíční rozpočet? (1- zanedbatelně až 5 – velmi výrazně)

14. Otázka

Považujete dostupnost bezpečkových potravin ve vašem okolí za dostatečnou? (1- zcela nedostatečná až 5 – výborná)

15. Otázka

Stalo se vám někdy, že jste si nekoupil/a doporučenou potravinu/ doplněk jen kvůli vysoké ceně? (Ano/ Ne)

16. Otázka

Kdybyste měl/a ohodnotit kvalitu svého života s celiakií na stupnici 1-10 (10 je nejlepší), jaké číslo zvolíte? (1- nesnesitelná až 5- plnohodnotná)

17. Otázka

Co je pro vás osobně na životě s celiakií nejtěžší? (otevřená otázka)

