

# Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



**Tereza Stanková**

Informovanost pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou

The level of awareness of patients with gastroduodenal ulcer disease

**Bakalářská práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Maršová

Praha 2014

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27. 11. 2014

Tereza Stanková

**Identifikační záznam**

STANKOVÁ, Tereza. *Informovanost pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. [The level of awareness of patients with gastroduodenal ulcer disease]*. Praha, 2014. 86 s. 7 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Marsová, Jana.

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Janě Marsové za trpělivost a shovívavost při vedení bakalářské práce. Také ji upřímně děkuji za odborné doprovázení, připomínky, cenné rady a zejména čas, který této práci obětovala. Spokojena jsem byla s vedoucí práce ve všech oblastech a ani po druhé bych si nevybrala jinak.

Mé velké poděkování patří také rodině a blízkým, kteří mě během vypracovávání práce podporovali a kteří to se mnou nemají vždy jednoduché.

Děkuji též všem respondentům, kteří se vyplněním dotazníku zúčastnili výzkumu a díky kterým tato práce mohla vzniknout.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá informovaností pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. Je rozdělena na část teoretickou a část empirickou.

Teoretická část se nejprve věnuje anatomii a fyziologii gastrointestinálního traktu. Dále se zabývá samotným vředovým onemocněním, jeho klasifikací, rizikovými faktory, klinickým obrazem, diagnostikou a prevencí. V této části jsou také obsaženy komplikace vředového onemocnění, rizika, následná terapeutická či chirurgická léčba a ošetřovatelský proces u pacientů s vředovou chorobou zažívacího traktu. Je zde uvedena statistika o počtu hospitalizovaných pacientů s vředovou chorobou gastroduodena i statistika o počtu nemocných s vředovou chorobou žaludku, kteří museli podstoupit operační léčbu v letech 2004 – 2011.

Empirická část spočívá v kvantitativním výzkumném šetření pomocí elektronické a tištěné formy dotazníků. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat informovanost pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou a zjistit, jaké jsou znalosti dotazovaných klientů v této problematice. V závěru práce jsou shrnuty poznatky vycházející z výzkumného šetření.

**Klíčová slova:** Edukace, vředová choroba, gastroduodenální trakt

## **Abstract**

The thesis discuss patient is awareness of gastroduodenal ulcer disease. It is divided into a theoretical and empirical part.

The theoretical part is dedicated to the anatomy and physiology of the gastrointestinal tract. Further parts deal with the ulcer disease itself it is classification, risk factors, clinical picture, diagnosis and prevention. The theoretical part also contain possible complications, risks, subsequent therapeutic or surgical treatment and the nursing proces of patiens with ulcer disease of the gastrointestinal tract. thesis presents statistics of the amount of hospitalized patients with gastroduodenal ulcer disease and statistics of the amount of patients with stomach ulcer disease, who had undergo surgery treatment within years 2004 – 2011.

The empirical part consists of the quantitative surfy research using electronic and printed forms of the questionnaires. The aim of the research was to map the patients awareness of the gastroduodenal ulcer disease and to find out the level of knowledge of the surveyed clients in this issue. The conclusion of thesis sumarizes research based findines.

**Key words:** Education, ulcer disease, gastroduodenal track

## **OBSAH**

ÚVOD	9
1 ANATOMIE GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU	11
1.1 Jednotlivé oddíly gastrointestinálního traktu	11
2 FYZIOLOGIE GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU	13
2.1 Princip motility a řízení činnosti gastrointestinálního traktu	13
2.1.1 principy motility	13
2.1.2 řízení činnosti trávicího ústrojí	14
2.2 Fyziologie žaludku	14
2.3 Fyziologie duodena	17
3 VŘEDOVÉ ONEMOCNĚNÍ ZAŽÍVACÍHO TRAKTU	18
3.1 Klasifikace peptických vředů	18
3.2 Etiologie a patogeneze	19
3.3 Rizikové faktory a prevence vzniku gastroduodenální vředové Choroby	21
3.4 Klinický obraz	22
3.5 Diagnostika	23
3.5.1 Diferenciální diagnostika	24
4 KOMPLIKACE VŘEDOVÉHO ONEMOCNĚNÍ ZAŽÍVACÍHO TRAKTU	26
4.1 Krvácení	27
4.2 Perforace	28
4.3 Penetrace	28
4.4 Stenóza pyloru	28
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S VŘEDOVOU CHOROBU ZAŽÍVACÍHO TRAKTU	29
5.1 Ošetřovatelská anamnéza	29
5.2 Ošetřovatelská diagnóza	30
5.3 Ošetřovatelské cíle	32
5.4 Ošetřovatelské intervence	33
6 LÉČBA VŘEDOVÉHO ONEMOCNĚNÍ ZAŽÍVACÍHO TRAKTU	35
6.1 Terapeutická léčba	35

6.1.1 <i>Režimová opatření</i>	35
6.1.2 <i>Dietní opatření</i>	36
6.1.3 <i>Farmakoterapie</i>	37
6.2 Chirurgická léčba	39
6.3 Prognóza	40
7 CÍL PRÁCE	41
8 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	42
9 METODIKA PRÁCE	43
10 ANALÝZA VÝSLEDKŮ	44
11 DISKUSE	70
12 ZÁVĚR	79
13 LITERATURA	81
PŘÍLOHY	87

## ÚVOD

*„ Žaludeční vředy jsou nakažlivá choroba. Ti, kteří je už mají, dělají je druhým “*

Dušan Radović, 2013

Vředová choroba jak žaludku, tak dvanáctníku se řadí mezi civilizační onemocnění, tudíž se stále jedná o celospolečenský problém. Onemocnět jakoukoliv chorobou je pro lidský organizmus zatěžující, náročná situace a výjimkou není ani vředová choroba, proto by se neměla jen tak přehlížet.

Často jsem se setkávala ve společnosti s mottem „já z toho dostanu vředy“ a vždy zásadním impulzem pro tento výrok byl nějaký stres, nebo negativní nálada. Daná osoba se tím však více nezabývala, představovalo to spíše jen naučenou frázi, která obohatila aktuální situaci, nebo pobavila společnost, bez ohledu na to, zda věděla co vůbec vředové onemocnění je. V tomto případě jde o uvědomění si, že člověk přijímá nejvíce informací ze světa kolem něj, které pak ovlivňují celkovou kvalitu jeho života ať už negativním nebo pozitivním způsobem. Když však člověk onemocní, nebo má na nějaké onemocnění pouze podezření, tak mou zkušeností vždy bylo, že si začne aktivně shánět o onemocnění informace z různých zdrojů a ty ho následně ovlivňují jak po stránce psychické, tak fyzické. Lidé se častokrát bojí nemocí, protože je na ně obrovský tlak strachu vůči nemocem, ale právě strach vůči nemocem je jeden z podporových mechanismů, ze kterých nemoci vznikají.

Informovanost nemocného o jeho zdravotním stavu, terapii nebo riziku vzniku možných komplikací je nedílnou součástí, avšak stejnou vahou je nezbytné uvědomovat si, jaký je člověk dokonalý systém, i když ho nějaké onemocnění trápí. Škarda (2013) uvádí, že v lidském organizmu proběhne v průběhu jedné vteřiny asi tři sta miliard chemických reakcí, které se dají srovnávat s lidskými technologiemi. Např. optický přenos, který se používá v internetové technologii, je právě inspirován z přenosu nervového vlákna. Však vzruch, který se přenáší z nervového vlákna, je několika násobně rychlejší než síť optických kabelů. Toto je pouze jeden příklad z několika set, který je důkazem, jak neskutečně nesrovnatelným a dokonalým systémem je lidský organizmus, jehož inteligence je nad lidská chápání.

Téma práce jsem si zvolila „informovanost pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou“. Můj výběr byl ve značné míře ovlivněn tím, že v mém okolí se pár známých lidí s touto diagnózou vyskytovalo a byla jsem svědkem toho, jak poskytnuté

adekvátní a kvalitní informace již v rané fázi onemocnění pomáhají pacientovi k překonání souvisejících obav.

V teoretické části je cílem popsat anatomii a fyziologii gastrointestinálního traktu a vymezit vředovou chorobu jako pojem.

Snaha empirické části je zmapování znalostí pacientů, kteří jsou postiženi vředovým onemocněním zažívacího traktu a také pomocí dotazníkové formy směřovat k předem stanoveným cílům, které jsou zaměřeny na informovanost pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.

# 1 ANATOMIE GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU

Anatomie gastrointestinálního traktu zahrnuje všechny orgány trávicí trubice, která začíná již v dutině ústní a končí vyústěním řitního otvoru (anu). Patří sem dutina ústní, hltan, jícen, žaludek, tenké střevo, tlusté střevo a velké samostatné žlázy, které jsou uloženy mimo trávicí trubici, ale svými vývody do trávicí trubice žlázné sekrety odvádějí. Jsou to slinivka břišní a játra. Dále se k žlázám řadí také žláza příušní, podčelistní a podjazyková. V této kapitole se zmíním v hrubém rozsahu o každém oddílu trávicí trubice, avšak nejvíce se zaměřím na anatomii žaludku a duodena, které jsou v důsledku vředového onemocnění nejvíce podstatné.

## 1.1 Jednotlivé oddíly gastrointestinálního traktu

**Dutina ústní** (cavum oris) představuje úplný začátek trávicí trubice. Od dutiny nosní je oddělena patrem a obsahuje jazyk, zuby, patrové mandle a slinné žlázy. Směrem dozadu dutina ústní přechází zúžením do **hltanu** (pharynx) – polknutí. Dutina ústní se podílí hlavně na mechanickém a částečně chemickém zpracování potravy. Další funkcí je i účast na dýchání a tvorbě řeči (Dylevský, 2006, s. 196). Gastrointestinální trakt dále pokračuje **jícnem** (oesophagus), jehož základní funkcí je transportovat potravu do žaludku. **Žaludek** (gaster), je plochý vakovitý orgán uložený v horní části břišní dutiny, pod brániční klenbou a na přední ploše je překrytý játry. Stěna žaludku je tvořena sliznicí, podslizničním řídkým vazivem, svalovinou a povrchovou vrstvou. Žaludek je napojen na jícen a přechází do prvního úseku tenkého střeva, duodena (Naňka, 2009, s. 143 - 155). Slouží jako zásobník pro značné množství přijaté potravy, kde po promísení se žaludeční šťávou začíná proces štěpení a vstřebávání.

Skládá se z pěti anatomických oblastí:

- česlo, vstup (cardia gastrici)
- tělo (corpus gastricum)
- předsíň (antrum)
- vrátník (pylorus)

Česlo je oblast vyústění jícnu do žaludku, která se nachází v boční pravé straně fundu. Fundus, je slepě končící vrchol žaludku uložený v levé klenbě brániční, který obvykle bývá naplněn spolykaným vzduchem, žaludeční bublina. Fundus dále plynule přechází do těla žaludku, které dosahuje až k zářezu na malé zakřivení (curvature minor) (Naňka, 2009, s. 155), ve kterém je proměnlivá vaskularizace, díky čemuž se toto místo stává nejčastějším pro tvorbu žaludečních vředů. V této oblasti žaludek přechází do předsíně, která se liší od gastrického těla tím, že jeho sliznice neobsahuje řasy a je hladká. Spodní část žaludku, pylorus, přechází v tenké střevo – duodenum.

Žaludek je zásobován třemi větvemi tepen, čímž jsou: Společná jaterní, slezinná a levá žaludeční tepna (Naňka, 2009, s. 157). Dalším oddílem je **Tenké střevo** (intestinum tenue), které je tvořeno třemi oddíly: duodenum, jejunum a ileum. V oblasti Vaterovy papily (papilla duodeni major) do duodena ústí vývod slinivky břišní (ductus pancreaticus) a vývod žlučových cest (ductus choledochus). U dospělého člověka je tenké střevo dlouhé 2,5 - 3,5m (Dylevský, 2006, s. 199). Tenké střevo přechází ve **střevo tlusté** (intestinum crassum), to je složeno z částí caecum, colon ascendens, colon transversum, colon descendens, colon sigmoideum a rectum. U dospělého člověka dosahuje délky 1,2 - 1,5m (Naňka, 2009, s. 159).

Epitel trávicí trubice prodělává velmi rychlou fyziologickou obnovu neboli regeneraci. V dutině ústní, se buňky sliznice vymění za 1 - 2 týdny. Životnost buněk ve dvanáctníku je pouhé dva dny a slizniční buňky konečníku se obnovují během jednoho týdne. Rychlost obnovy především závisí na intenzitě látkové výměny v buňkách a na mechanickém zatížení příslušného úseku. Čím větší je látková výměna a „opotřebování“ povrchu sliznice, tím rychleji dochází k náhradě (Dylevský, 2009, s. 308).

## 2 FYZIOLOGIE GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU

Fyziologie gastrointestinálního traktu zahrnuje celou řadu fyziologických pochodů v organismu za normálního i patologického procesu. V této kapitole se zmíním o základních principech motility a řízení sekrece činnosti gastrointestinálního traktu. Také se zde zaměřím na fyziologii žaludku a duodena, zejména na informace sekrece žaludeční šťávy, které usnadňují pochopení problematiky vzniku vředové choroby.

Trávicí systém plní čtyři základní funkce. První funkcí je trávení, které je uskutečňováno mechanickým a chemickým zpracováním potravy. Další funkcí je vstřebávání, kdy se jedná o přesun látek stěnou gastrointestinálního traktu do krve nebo lymfy. Přeměna a skladování živin, je další funkcí, která probíhá zejména v játrech a poslední funkcí trávicího systému, které nám umožňuje odstraňování zplodin metabolismu a zbytku potravy se nazývá vylučování (Rokyta 2008, s. 135).

### 2.1 Princip motility a řízení činnosti gastrointestinálního traktu

Tato podkapitola se zabývá zejména vysvětlením problematiky řízení činnosti a principu motility gastrointestinálního traktu, kde se v případě vředové choroby nejvíce uplatňuje princip a řízení žaludečních šťáv. Štefánek (2011) uvádí, že sama přítomnost a charakter žaludeční sekrece má zřejmě nejzásadnější vliv na vznik vředové choroby.

#### 2.1.1 Princip motility gastrointestinálního traktu

V trávicím traktu se vyskytují dva základní typy pohybů. Prvním typem jsou *místní pohyby*, které jsou zodpovědné za míchání potravy a promíchávání obsahu s trávicími šťávami. Druhým pohybem, rozumíme *celkové pohyby*, tzv. peristaltika, díky které se trávenina posouvá směrem dál ke konečníku. Motilita je ale také ovlivňována reflexy, působením lokálních hormonů a účinkem sympatiku a parasympatiku (Rokyta, 2008, s. 137).

## 2.1.2 Řízení činnosti trávicího ústrojí

Aby trávicí systém mohl plnit své funkce, a aby na sebe jednotlivé činnosti trávicího traktu navazovaly, musí zde být zajištěno jednotné řízení sekrece a motility. Uplatňují se dva systémy řízení: nervový a humorální.

*nervové řízení* začíná ve stěně jícnu a končí až v řitním otvoru. Střevní nervový systém (enterický) má ve stěně gastrointestinálního traktu „zabudované“ dvě nervové pleteně. První je plexus mientericus Auerbachí, který se nachází ve svalovině a řídí hlavně motilitu. Druhým je plexus submucosus Meissneri pod sliznicí, který řídí sekreci a lokální prokrvení. Obě tyto složky jsou napojeny na vegetativní nervový systém, který může dále oslabovat nebo stimulovat řízení gastrointestinální funkce a harmonizovat je s potřebami organismu (Rokyta, 2008, s. 137).

*Humorální řízení* je podmíněno působením některých hormonů endokrinních žláz na trávicí systém, jejichž účinek je většinou obecný (somatostatin, progesteron, glukagon) (Rokyta, 2008, s. 138). Z lokálních hormonů se na řízení činnosti trávicího traktu podílí zejména gastrin, který se účastní na stimulování tvorby kyseliny chlorovodíkové. U některých jedinců se také předpokládá nadměrné zvýšené aktivity G-buněk (místo vzniku gastrinu) po příjmu potravy. Dále z hormonů působí na trávicí trakt cíleně jenom parathormon a kalcitriol, kdy při nárůstu koncentrace  $\text{Ca}^{2+}$  vzniká hyperparatyreóza, vlivem které může vzniknout sekundární vředová choroba (Štefánek, 2011).

## 2.2 Fyziologie žaludku

Žaludek má dvě základní funkce: funkci mechanickou a chemickou. *Mechanická funkce* žaludku navazuje na mechanickou funkci dutiny ústní, kdy se do žaludku potrava dostává v hrubě rozmělněném stavu. Žaludek dospělého člověka pojme zhruba 1 až 2 litry potravy a vstřebává se v něm pouze alkohol, některé léky a soli (Dylevský, 1999, s. 43). Požitá potrava se skladuje od periferie do středu a během plnění se v žaludku nijak nezvyšuje tlak. Po určité době klidu (20 až 60 minut) nastupuje žaludeční peristaltika, díky které je žaludeční obsah promícháván a rozmělněn. Žaludeční peristaltika je řízena pomocí lokálních hormonů podle charakteru potravy. Pokud se jedná o látky, které vyžadují delší působení žaludeční šťávy (tuky, cukry), tak ty vyvolají výdej

gastrinu a cholecystokininu, takže zpomalí postup chymu do duodena a zvýší žaludeční sekreci a motilitu. *Je nezbytné nezaměňovat lokální hormony s enzymy!* Enzymy jsou na rozdíl od lokálních hormonů přítomny v trávicích šťávách a účastní se přímo chemických reakcí trávení (Rokyta, 2008, s. 141). Potrava v žaludku zůstává v závislosti na čase, např: tekutiny žaludkem pouze protékají, na tuky bohatá potrava opouští žaludek za 5 až 7 hodin a strava obsahující převážně cukry opouští žaludek za 3 až 4 hodiny (Dylevský, 1999, s. 43).

*Chemická funkce* žaludku je zprostředkována pomocí žaludeční šťávy, které se denně vytvoří 2 až 3 litry a obsahuje kyselinu chlorovodíkovou, pepsin, chymozin, mucin a žaludeční lypázu (Rokyta, 2008, s. 142).

**Kyselina chlorovodíková** okyselí obsah žaludku, brání inaktivaci vitamínů B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> a C a aktivuje neaktivní pepsinogen na účinný pepsin, který štěpí bílkoviny (Rokyta, 2008, s. 142). Především také dezinfikuje polknutou potravu a zabraňuje jejímu hnití a kvašení. Při některých onemocněních žaludku stoupá tvorba kyseliny chlorovodíkové, nebo se tvoří méně ochranného hlenu. Koncentrovaná kyselina pak může velmi rychle (i během několika hodin) narušit žaludeční sliznici a způsobit tvorbu žaludečních vředů (Dylevský, 2006, s. 198).

**Mucin** je hlen, který chrání žaludeční sliznici před natrávenou kyselinou chlorovodíkovou, a tím patří mezi protektivní faktory (Klener, 2011, s. 583).

**Pepsin** – Je přeměnou z pepsinogenu, který se na pepsin přeměňuje díky působení nízkého pH. Pepsin je enzym, který štěpí bílkoviny (Rokyta, 2008, s. 142). Galenus (2013) odpovídá na otázku, proč sliznice produkuje pepsinogeny a ne přímo pepsin. Pepsin je poměrně agresivní enzym a stihl by napáchat velké škody na bílkovinách buňky ještě před tím, než by buňku opustil. Proto buňka nejprve vyprodukuje neaktivní pepsinogen, který bez problému vyloučí ze svého těla ven a ten je poté transportován do prostoru uvnitř žaludku, kde vlivem silně kyselého prostředí vytvořeného kyselinou chlorovodíkovou se mění na pepsin. Aby pepsin nemohl napadat vlastní stěnu žaludku, tedy podílet se na vzniku peptického vředu, je sliznice pokryta ochrannou hlenovitou látkou obsahující mucin, na kterou je pepsin krátký. Jednoduché, leč vysoce efektivní řešení.

**Chymozin** – Sráží mléčné bílkoviny na drobné vločky tvarohu. U dospělého člověka chymozin chybí.

**Žaludeční lipáza** – Slabě štěpí tuky na glycerol a mastné kyseliny (Dylevský, 1990, s. 44).

Ve sliznici žaludku se tvoří zvláštní bílkovina, tzv. vnitřní faktor, který ve střevě (ileu) umožňuje vstřebávání vitamínu B<sub>12</sub> z potravy. Chybí-li vitamín B<sub>12</sub> vzniká těžká chudokrevnost - anémie. Od roku 1948, kdy byl vitamín B<sub>12</sub> syntetizován, je tato anémie léčitelná (Rokyta, 2008, s. 142). Včetně toho, že vitamín B<sub>12</sub> chrání před anémií, pomáhá i mírnit deprese, snižuje riziko srdečních onemocnění a může zlepšovat roztroušenou sklerózu a hučení v uších. Riziko nedostatku vitamínu B<sub>12</sub> se u nemocných se žaludečními či dvanáctníkovými vředy zvyšuje (Webareal, 2013).

#### Vyprazdňování žaludku

Výdej chymu do duodena (aborálním směrem) je zajišťováno opět nervově (enterogastrický reflex) a hormonálně. Jde o to, aby se nedostávalo do duodena množství tráveniny, kterou by střevo nestačilo zpracovat. Peristaltická vlna ve svalovině žaludku postupně sílí, až přechází na pylorický svěrač, a tím snižuje jeho tonus – nastává posun tráveniny pomocí pylorické pumpy do duodena. Mezi žaludkem a duodenem ale existuje tzv. zpětná vazba, která díky uvolňovaným hormonům zajistí zpomalení peristaltiky žaludku a zvýšení tonu pylorického svěrače. Tato chemická reakce nastává, jestliže:

- Je v chymu mnoho tuků a žluč by je nestačila emulgovat tzv. připravit mechanickým rozptýlením emulzi dvou vzájemně nemísitelných kapalin
- Trávenina je příliš kyselá a pankreatická šťáva by ji nestačila neutralizovat
- V chymu je mnoho živin, což by tenké střevo nestačilo zpracovat

Lokální hormony jsou vyplavovány různými podněty, regulují žaludeční motilitu, ale vždy ji snižují (Rokyta, 2008, s. 143).

## 2.3 Fyziologie duodena

Základní funkcí tenkého střeva jsou trávení, vstřebávání, sekrece a motilita. *Trávení* (digesce) je intraluminální proces štěpení živin enzymy slinných žláz, žaludeční sliznice, slinivky břišní a sliznice tenkého střeva (enterocitů). *Vstřebávání* (absorbce) je hlavní funkcí tenkého střeva – všechny potravou přijaté a intraluminálním trávením vzniklé látky jsou vstřebávány přes střevní stěnu. Tento transport má tři etapy: vstup látky do enterocitu, přeměnu vstřebané látky v enterocitu a konečný přestup z enterocitu do krevního (látky rozpustné ve vodě) či lymfatického (látky rozpustné v tucích) systému. Produktem *sekrece* sliznice je tzv. střevní šťáva, směs vody, enzymů, buněčného sekretu, bílkovin a odloupaných epitelů (Lukáš, 2007, s. 109), které se denně v epitelálních buňkách Lieberkühnových krypt vytvoří kolem 1800ml, rychle se neabsorbují v klcích a je rozpouštědlem pro vstřebávané živiny. *Motilita* tenkého střeva je nutná k promíchávání střevního obsahu s trávicími enzymy a postupnému peristaltickému posunu do tlustého střeva. Je regulována nervově a humorálně. Z humorálních působků zvyšuje motilitu např. neurotenzin a snižuje somatostatin nebo GIP (hormon gastrin inhibitory peptide). Sympatikus (snížení aktivity trávicí soustavy) a parasympatikus (zvýšení aktivity trávicího systému) jsou obstarávány nervovou regulací (Rokyta, 2008, s. 145).

Zvláštní význam tenkého střeva má duodenum – dvanáctník, který:

- Řídí sekreci a vyprazdňování žaludku
- Na papilu Vaterí ústí vývody pankreatu a žlučníku, proto v duodenu dochází k působení trávicích enzymů pankreatické šťávy a žluče
- Vstřebávají se v něm vitamíny B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> a C.

### 3 VŘEDOVÉ ONEMOCNĚNÍ ZAŽÍVACÍHO TRAKTU

Žaludeční vředová léze byla poprvé popsána v autoptickém materiálu Marcellem Donatem v Itálii roku 1586 a rok 1688 byl klíčový pro popis duodenálního vředu Johannesem von Muraltem ze Švýcarska. Jak je popsáno v kapitole 3.2, peptický vřed se vyskytuje v místech dosahu žaludeční kyseliny chlorovodíkové, jejíž skutečnost popsal v roce 1882 Quincke (Dítě, 2000, s. 17).

Vředová choroba žaludku a duodena stále patří mezi častá onemocnění, která postihuje lidi zejména v produktivním věku. Incidence je přibližně 1 až 2 nemocných na 1 000 obyvatel za rok, z čehož vychází, že v průběhu života onemocní peptickým vředem přibližně 10% populace (Dobiáš, 2012). Výskyt žaludečních a duodenálních vředů je v poměru duodenum : žaludek 4 : 1 (Mačák, 2012, s. 221). Pokud se jedná o lézi zasahující pod lamina muscularis mucosae, jedná se o vřed. Méně závažným defektem je tzv. eroze, kde se jedná o lézi zasahující nad lamina muscularis mucosae. Pod pojmem vředová choroba rozumíme stav, kdy peptický vřed vznikne pod lamina muscularis mucosae v místě přirozené odolnosti proti agresivitě žaludeční šťávy (Štefánek, 2011), nebo také podle Lukáše (2007), který charakterizoval vředovou chorobu jako celkové onemocnění organismu a nikoliv pouze postižení samotné sliznice žaludku a duodena. Peptický vřed je chronicky recidivující onemocnění. Četnost recidiv během dvou let je u duodenálního vředu mezi 80-90% a u žaludečního vředu mezi 50-70% (Fölsch, 2003, s. 274). Vřed je nejčastěji lokalizován v žaludku a duodenu, ale také se může vyskytnout v dolní části jícnu, nebo v tenkém střevě po resekci žaludku (Vokurka, 2008, s. 160). Lokalizace vředu žaludku a duodena je znázorněna na obrázku (viz. příloha A).

#### 3.1 klasifikace peptických vředů

Jestliže se jedná o vřed *primární*, jedná se o vředovou chorobu žaludku a duodena, onemocnění, při kterém má hlavní patogenetickou roli přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*. Infekce *Helicobacteru pylori* se nachází u 70 – 90% pacientů s duodenálními vředy a u 70% pacientů s vředy žaludečními (Mačák, 2012, s. 221).

O vředy *sekundární* se jedná v okamžiku, kdy ulcerace vzniká v důsledku jiného onemocnění - mají jinou vyvolávající příčinu než je *Helicobacter pylori*. Může se jednat

o vředy jako projev gastropatie z nesteroidních antirevmatik, kdy riziko manifestace vředové choroby žaludku a duodena zvyšuje užívání nesteroidních antirevmatik až desetinásobně (Lukáš, 2007, s. 99). Dalším typem jsou vředy *stresové*, které jsou mnohočetné a jsou umístěny více v žaludečním těle. Vyskytují se po polytraumatech, těžkých operacích nebo po popáleninách. K *endokrinním* vředům se řadí Zollingerův-Ellisonův syndrom, kdy převaha hormonálně stimulované žaludeční sekrece je tak obrovská, že poškodí i normálně chráněnou sliznici (Klener, 2011, s. 583). Syndrom je způsoben endokrinně aktivním nádorem, který vychází z G-buněk. Tyto buňky se nejčastěji nacházejí v pankreatu nebo duodenu. Nádor produkuje gastrin, který stimuluje parietální buňky žaludeční sliznice k tvorbě velkého množství kyseliny chlorovodíkové (Lukáš, 2007, s. 106). Vředy *hepatogenní* se vyskytují u jaterní cirhózy, kde je riziko vzniku vředů až 40krát vyšší. Svoboda (2007) uvádí, že výskyt hepatogenních vředů je hlavně důsledkem oslabených obranných mechanismů. Ústřední roli zde zřejmě hraje portální hypertenze, která vede k hyperémii a zranitelnosti sliznice žaludku.

### 3.2 Etiologie a patogeneze

Co se etiologie týká, v průběhu let vznikla řada teorií o příčině vředové choroby, však žádná z nich nebyla doložena nebo nepochybně prokázána. Podle Klenera (2011) se tyto názory dají shrnout do tří skupin:

*Hereditární teorie:* Peptický vřed se v mnoha případech vyskytuje v rodinném seskupení. Familiární výskyt velmi intenzivně připomínal, že by genetické vlivy mohly hrát podstatnou roli při vzniku onemocnění, ale kromě několika nepřímých indicií<sup>1</sup> se nepodařilo genetický základ onemocnění přímo dokázat.

*Psychosomatická teorie:* U nemocných peptickým vředem jsou často přítomny psychicky zátěžové situace, hrubé prohřešky proti zdravé životosprávě. Na druhou stranu však velmi často onemocněli lidé, u kterých tyto vlivy nehrály vůbec žádnou roli.

*Helikobakterová teorie:* Bakterie *Helicobacter pylori*, která se dříve nazývala *Campylobacter* je známa řadu desetiletí. Její klinický význam však vzrostl teprve v roce 1982, kdy Warren a Marshal popsali přímý vztah k epitelu žaludeční sliznice u nemocných s žaludečními vředy nebo gastritidou (Štern, 2005, s. 103).

---

<sup>1</sup> Častější výskyt duodenálního vředu u krevní skupiny 0, vyšší souhlasný výskyt u jednovaječných dvojčat

*Helicobacter pylori* je příkladem adaptace živého organismu na extrémní životní podmínky. Přežití *Helicobacteru pylori* při intragastrickém pH je možné tím, že z urey, která je všudypřítomná, bakterie svým enzymem ureázou vytváří amoniak. Tento „alkalický obláček“ ho chrání před ničujícím vlivem kyseliny chlorovodíkové. Přítomnost *Helicobacteru pylori* má v patogenezi vředového onemocnění nepochybnou roli, ale zdaleka ne všichni, co jsou infikovaní, onemocní peptickým vředem. Kohout (2005) také uvádí, že *Helicobacter Pylori* má schopnost vázat se na antigen Lewis B, který je přítomen u osob s krevní skupinou 0, což vysvětluje vyšší výskyt duodenálních vředů u osob této krevní skupiny.

Podmínkou vzniku vředové choroby je přítomnost kyseliny chlorovodíkové, která je jedním z významných patogenetických faktorů vzniku nemoci, a také snížení ochranných mechanismů sliznice žaludku a dvanáctníku (Dítě, 2006. s. 232). Vředy jsou tedy výsledkem buď zvýšené kyselosti žaludeční šťávy, nebo snížené odolnosti žaludeční sliznice. Jinak řečeno podkladem vzniku vředové choroby je nepoměr mezi agresivními a ochrannými faktory (Bártová, 2011, s. 77). V roce 1910 Karl Dragutin Schwarz stanovil postulát, že *bez kyseliny není vředu*, když žaludeční kyselina působí jako rizikový faktor poškození žaludeční sliznice, avšak pouhá přítomnost kyseliny chlorovodíkové není příčinou vzniku vředové slizniční léze, pouze podmínkou (in Dítě, 2013).

Agresivní a ochranné faktory, které se při vzniku peptického vředu uplatňují, jsou uvedeny v tabulce č. 1. Vlastní vznik vředu je podmíněn tzv. lokálním Shwartzmanovým fenoménem, při kterém dochází na podkladě převahy agresivních činitelů nejprve k poškození sliznice, ke zpětné difuzi iontů a aktivaci žírných buněk. Na podkladě působení histaminu vznikají v kapilárním řečišti mikrotromby a dochází k poruše cirkulace s následnou lokální hypoxií. Takto oslabená sliznice pak již snadno podléhá natrávení a dochází ke vzniku vlastního vředového defektu (Kohout, 2005, s. 16).

K tomu, jak poškození sliznice nastane, existují pravděpodobně dvě možnosti:

1. Když vlivem kouření, vysoké konzumace soli, deficitu vitamínů, malnutrice aj. se sníží sekrece žaludeční kyseliny. U takových jedinců dochází snáze k osidlování žaludeční sliznice *Helicobacterem Pylori*, intenzivnímu zánětu, dalšímu snížení sekrece kyseliny a posléze k atrofii sliznice a vzniku vředu.

2. U jedinců, kteří mají zvýšenou sekreci kyseliny chlorovodíkové, vzniká gastritida, která postihuje převážně antrum, a která je provázena nadprodukcí kyseliny. Zvýší se množství kyseliny i v duodenu, změněná tkáň se osidluje *Helicobacterem Pylori*, naruší se slizniční obrana a následně vzniká vřed (Nejedlá, 2006, s. 217 – 218).

**Tabulka č. 1 - Agresivní a ochranné faktory<sup>2</sup>**

<b>Agresivní faktory</b>	<b>Ochranné (projektivní) faktory</b>
HCL – kyselina chlorovodíková	Alkalita slin, pankreatické šťávy
Peptická aktivita žaludečního sekretu	Bikarbonáty v žaludečním sekretu
<i>Helicobacter pylori</i>	Vrstva hlenu na žaludeční sliznici
Žluč, pankreatické enzymy	Endogenní prostaglandiny
Porucha cirkulace a mikrocirkulace	Normální cirkulace a mikrocirkulace
Kouření	Regenerační schopnost buněk
Medikamentózní vlivy	Antiulcerózní vlivy
Kofein, některá dráždivá jídla	Alkalický vliv potravy

(Kohout, 2005, 77 s. 17)

### 3.3 Rizikové faktory a prevence vzniku gastroduodenální vředové choroby

**Rizikové faktory** se velice úzce kryjí s faktory agresivními, které jsou popsány výše (odd. 3.2). Do faktorů, které lze ovlivnit můžeme zařadit užívání některých ulcerogenních medikamentů, tedy léků, které mohou zapříčinit vznik vředu. Jsou to např. nesteroidní antirevmatika, jejichž základním účinkem je inhibice cyklooxygenázy (Perlík, 2011, s. 157) (enzym, který zajišťuje přeměnu kyseliny arachidonové na prostaglandiny), tím dochází ke sníženému účinku prokrvení a ovlivnění trávicích šťáv a tak k většímu procentu vzniku vředového onemocnění. Ulcerogenní vliv mají také kortikoidy, které blokují tvorbu ochranného hlenu žaludku, jenž chrání žaludek před účinkem kyseliny chlorovodíkové. Pokud se zkombinují kortikoidy s nesteroidními antirevmatiky, riziko vzniku žaludečních vředů je velmi vysoké (Štefánek, 2011).

<sup>2</sup> Nejdůležitějším agresivním činitelem je působení kyselého žaludečního sekretu, který má schopnost vlastní sliznici natrávit, jestliže tomu protektivní mechanismy nezabrání.

„V období 1995-2000 se počet vředových lézí spojených s přítomností infekce *Helicobacteru Pylori* (hovoříme o primárních vředech) a lézí indukovaných léky vyrovnal. Podle některých statistik dokonce vředové léze polékové převládají“ (Marek, 2005, s. 195).

Dále mezi rizikové faktory patří kouření, stimulace kyselé sekrece některými potravinami nebo nápoji. U infekce *Helicobakteru pylori* je nutné si uvědomit, že jde o bakterii fekálně-orálním a oro-orálním přenosem, proto lze její častější přenos předpokládat při nižší hygienické úrovni. Z toho vyplývá, že v některých případech je vředová choroba svou podstatou infekční (Lukáš, 2007, s. 98).

**Primární prevence** spočívá v ovlivnění rizikových faktorů. U pacientů, u kterých je nutné podávání potencionálně ulcerogenních léků, je potřeba provést podrobnou anamnézu, event. endoskopické vyšetření, popř. indikovat profylaxi vzniku peptické léze například aplikací léků, které kyselou sekreci tlumí (odd. 4.3.2) (Kohout, 2005, s. 21).

**Sekundární prevence** spočívá v současné době zejména v eradikaci *Helicobacteru Pylori*, která je podrobněji popsána v kapitole 7.2.3 (Kohout, 2005, s. 22).

### 3.4 Klinický obraz

Symptomatologie peptického vředu se v typických případech liší podle lokalizace. Dominantním a tedy nejčastějším projevem peptického vředu je obvykle epigastrická bolest ve střední čáře nebo vpravo od ní. U *duodenálního vředu* je bolest nalačno, tzv. za 2 a více hodin po jídle nebo bolest noční, která se tiší jídlem. Bolest se šíří někdy pod pravý žeberní oblouk a napodobuje tím onemocnění žlučníku. Při lokalizaci vředu na zadní stěně se bolest leckdy promíjí do zad (Kohout, 2005, s. 22). Zhoršení potíží bývá sezónní tzv. na jaře nebo podzimu a také v souvislosti se stresem (Pastor, 2006). K dalším možným příznakům se může vyskytovat pálení žáhy, zvracení kyselých žaludečních šťáv (po kterém úleva nepřichází), také únava či zácpa. Mezi příznaky u duodenálních vředů se může vyskytovat i zvýšená chuť k jídlu, kdy někteří pacienti mohou až přibírat. Důvodem je nutnost opakovaně jíst při bolestech břicha (Kohout, 2005, s. 23). U *žaludečních vředů* jsou příznaky méně charakteristické, ale s určitou

nepřesností lze říci, že čím je vřed v žaludku lokalizován orálněji, tím bolest vzniká častěji po jídle. U žaludečních vředů je většinou snížena chuť k jídlu a objevují se dyspeptické obtíže (nechutenství, nevolnost, nauzea, říhání). Též může docházet k zvracení velkého objemu tekutin nebo špatně strávené potravy (po kterém nastává úleva) (Kohout, 2005, s. 22).

U některých pacientů bývá přidružená zvýšená neurovegetativní dráždivost, která se projevuje červeným dermografismem (stav, kdy působení tupého předmětu vyvolá místní zčervenání) nebo zvýšenou potivostí dlaní či nohou (Kohout, 2005, s. 23).

### 3.5 Diagnostika

U procesu rozpoznávání, který může být rozdělený do různých postupů a testovacích technik, od anamnézy přes fyzikální vyšetření až po endoskopie, i na základě prokazatelných výsledků a souvislostí se zdravotním stavem nemocného, dochází až k samostatné diagnostice vředového onemocnění.

Záchytným bodem v anamnéze jsou skutečnosti týkající se životního stylu a informace o užívaných lécích, zejména nesteroidních antirevmatik, kdy vlivem nežádoucího účinku může docházet ke snížení prokrvení žaludeční sliznice a tím k větší náchylnosti k tvorbě žaludečních vředů (Vitalion, 2012), nebo také informace o užívání kyseliny acetylsalicylové, jejíž podkladem je vlastní protidestičkový efekt v působení na žaludeční sliznici, díky čemuž je zvýšené riziko krvácení do zažívacího traktu a proto se její užívání u vředového onemocnění zásadně nedoporučuje (Pavlatová, 2009).

Na diagnostice vředového onemocnění se podílí i vyšetření laboratorní. Průkaz protilátek na *Helicobacter Pylori* v séru, je ale považován za nevhodný a málo spolehlivý. Kultivační vyšetření je vyhrazeno pro komplikované případy, které neodpovídají na standardní terapii.

Samostatné fyzikální vyšetření nám slouží zejména k určení palpační bolestivosti v epigastriu, a také může být záchytným bodem objevení známek komplikace vředu (Holubová, 2013, s. 66).

Z neinvazivních metod je nejspolehlivější bioptický test – rychlý ureasový test, který je založený na intenzivní aktivitě ureasy (povrchový marker bakterie *Helicobacter Pylori*) a slouží pro diagnostiku infekce *Helicobacteru Pylori*. Dle doporučení České

gastroenterologické společnosti je dechový test, založený na aktivitě ureasy, kdy je stanovován marker (značený  $^{13}\text{C}$  nebo  $^{14}\text{C}$ ) ve vydechovaném vzduchu po rozštěpení isotopově značené močoviny jako substrátu pro ureasu (in Štern, 2005, s. 103). Jednoduchým a přitom spolehlivým testem je též stanovení specifického antigenu *Helicobacteru Pylori* ve stolici (Dítě, 2005, s. 257).

Jako rozhodujícím ukazatelem pro stanovení správné diagnózy je endoskopické vyšetření, které vyšetřuje dutiny zažívacího traktu pomocí speciálních endoskopických přístrojů. Tyto přístroje jsou vybaveny optickými vlákny, studeným světlem a bioptickým kanálem. Díky své výbavě umožňují i zástavu krvácení, (Holubová (2013) uvádí, že nejčastější příčinou je z 50% peptický vřed) nebo odběr vzorků k histologickému vyšetření, které poté slouží např. pro stanovení přítomnosti infekce *Helicobacteru Pylori* (Novotná, 2006, s. 77 - 78). Pro diagnostiku vředového onemocnění je nejčastější endoskopickou metodou gastroduodenoskopie nebo endoskopická ultrasonografie, u které je konec endoskopu vybaven malou echosondou, díky které je zajištěno velmi přesné posouzení stavu vyšetřované stěny orgánu (Edukace, 2013). Další metodou je i transnazální gastrokopie, která umožňuje zavedení gastrokopu nosem do žaludku a duodena a je významná svým tenkým transnazálním gastrokopem, který se nedotýká kořene jazyka a tím nedochází k vyvolání dávivého reflexu. Výhodou je i komunikace s pacientem během výkonu, protože není nutné podávat sedativa v premedikaci, tím pádem pacient může bezprostředně po zákroku odejít domů (Jungwirthová, 2012, s. 21 - 22). Z endoskopického hlediska se popisují kvality vředu, kam spadá počet (vřed ojedinělý, dvojitý, vícečetný), velikost, tvar, okraj (ostrý, neostrý, plochý, rovný, nepravidelný), spodina (bílá, žlutá, krvácející, nekrotická) (Keil, 2006, s. 116).

### 3.5.1 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika u peptického vředu je velmi široká a zahrnuje choroby gastrointestinálního traktu i choroby ostatních systémů. U chorob gastrointestinálního traktu je nutná diferenciální diagnostika na jedné straně proti chorobám, které jsou časté, málo závažné, spíše obtěžující, jako jsou funkční obtíže např. žaludeční dyspepsie, akutní gastritida nebo cholecystolitiáza a na straně druhé proti méně častým, ale o to závažnějším chorobám, jako je např. Crohnova choroba, apendicitida, či dokonce nádorová onemocnění (Kohout, 2005, s. 35).

Je potřeba vyloučit všechny chorobné stavy, které mohou vyvolat bolest v epigastriu, jako jsou afekce žlučníku, slinivky břišní, stěny břišní, nervové vlivy, vyzařování bolesti z páteře a další (Klener, 2011, s. 584). Dále je také bolest v epigastriu typická pro infarkt myokardu, který je lokalizovaný na spodní stěnu. Je též nutné odlišit všechny další choroby, které se projevují celkovou nevolí a nauzeou, např. žaludeční dyspepsií, kdy v oblasti žaludku nemusí být žádný nález. Však závažnější choroby jako je nádor žaludku, pankreatu či tlustého střeva mohou mít minimální příznaky jako nekomplikovaný peptický vřed (Kohout, 2005, s. 35-36).

## 4 KOMPLIKACE VŘEDOVÉHO ONEMOCNĚNÍ ZAŽÍVACÍHO TRAKTU

Díky přesnější diagnostice a především díky medikamentózní léčbě, která je velice efektivní, komplikací vředové choroby ubylo. Není však vyloučeno, že vznikne-li již komplikace vředového onemocnění, nebývá závažným stavem.

Ke komplikacím vředové choroby patří krvácení, perforace, penetrace, stenóza pyloru a nádorová přeměna vředu (Lukáš, 2007, 380 s. 101), která se vyskytuje u vředové choroby žaludku velice vzácně a v duodenu prakticky nikdy, proto ji v podkapitole neuvádím.

Případy gastroduodenální vředové choroby, které jsou doprovázeny akutním průběhem vynucujícím si hospitalizační léčbu jsou uvedeny v tabulce č. 2 a převedené do grafu č. 1 (viz. příloha B). K uvedené statistice jsem využila publikované výstupy z Národního registru hospitalizovaných a operovaných (ÚZIS ČR, 2004 – 2011). Počet pacientů, kteří podstoupili operační léčbu, je uveden pouze u vředové choroby žaludku a je znázorněn v tabulce č. 3 a grafu č. 2 (viz. příloha C).

Ze statistických výsledků lze jasně vyčíst, že počet hospitalizovaných pacientů s vředovou chorobou jak žaludku, tak duodena i počet pacientů, kteří podstoupili chirurgickou léčbu, klesá. V roce 2004 bylo hospitalizováno 4 968 nemocných s vředovou chorobou žaludku, z toho 850 pacientů bylo indikováno k operaci. Dalších 3 178 nemocných bylo v roce 2004 hospitalizováno s vředovou chorobou duodena. V roce 2005 počet hospitalizovaných lehce vzrostl na 5 501 hospitalizovaných s vředovou chorobou žaludku, nicméně operaci podstoupilo 848 pacientů, tedy o dva nemocné méně, než v roce 2004. S vředovou chorobou duodena bylo v roce 2005 hospitalizovaných 3 430 nemocných. Od roku 2006 do roku 2011 je však vidět značný pokles hospitalizovaných s vředovou chorobou jak žaludku, tak duodena. V tabulce č. 2 (viz. příloha B) jsem ke každému roku znázornila také počet nemocných, kteří následkem onemocnění zemřeli. I zde můžeme vidět výrazný pokles v úmrtí na gastroduodenální vředovou chorobu.

## 4.1 Krvácení

Krvácení je nejčastější komplikací vředu, objevuje se zhruba u 20% nemocných s peptickým vředem a je příčinou asi 40% úmrtí na vředovou chorobu (Valenta, 2003, s. 103). Krvácení z peptického vředu (žaludku či duodena) je příčinou asi 50% krvácení z horní části trávicího traktu a projevuje se jako hemateméza nebo meléna (Kohout, 2005, s. 30). Ke krvácení může dojít kdykoliv v průběhu onemocnění a může být prvním projevem onemocnění vůbec. Velmi často po krvácení bolesti utichají (Klener, 2011, s. 584), však při podezření na krvácení do trávicího traktu je nezbytné urgentní endoskopické vyšetření, které zjistí lokalizaci a charakter krvácení a umožní terapeutický zásah, který krvácení zastaví (Lukáš, 2007, s. 102), jelikož krvácení může být malé okultní, ale i dramatické, bezprostředně život ohrožující (Bártová, 2004, s. 78). Akutní krvácení z peptických vředových lézí lze zastavit opichem vazoaktivním roztokem (např. 0,1% adrenalinem), laserem, hemoplipem (v případě krvácející cévy), event. zastavení krvácení tzv. „tkáňovým lepidlem“ (Lukáš, 2003). Pokud se krvácení nepodaří zastavit konzervativně, je nutné indikovat chirurgickou léčbu. Ošetření spočívá buď v opichu cévy, nebo větším výkonu ve smyslu resekce žaludku. Krvácení se rozděluje podle závažnosti a velikosti krvácení na základě klasifikace podle Forresta z roku 1974<sup>3</sup>:

### Aktivní krvácení (Forrest I)

- Ia – arteriální (stříkající) krvácení
- Ib – vytékající krev

### Evidence recentního krvácení (Forrest II)

- IIa – viditelná céva na dně vředu
- IIb – koagulum na spodině vředu
- IIc – černá skvrna

### Bez evidence krvácení (Forrest III)

- Nejsou známky recentního krvácení

U nemocných s krvácením do gastrointestinálního traktu je prognóza závislá na intenzitě krvácení, množství krevních převodů a na správném načasování a chirurgickém zákroku (Valenta, 2003, s. 104).

---

<sup>3</sup> Dělení krvácení dle Forresta citoval v roce 2005 Kohout. Díky tomuto faktu, usuzuji, že informace je stále aktuální

## 4.2 Perforace

Nastává při rychlém pronikání vředu skrze stěnu žaludku nebo duodena do okolních orgánů. K perforaci může dojít do volné peritoneální dutiny, nebo může jít o krytou perforaci do omezeného prostoru ohraničeného adhezemi. Vznik perforace bez předešlých vředových obtíží dosahuje až 10-20%. Projevuje se náhlou až krutou bolestí, která je neovlivnitelná, nemocný je těžce schvácený a volí polohu s pokrčenými koleny, aby tak omezil pohybu břišní stěny. Rychle se rozvíjí obraz náhlé příhody břišní (akutní peritonitidy) a šoku (Klener, 2011, s. 584). Pomocí nativního RTG vyšetření břicha, můžeme prokázat vzduch pod bránicí, který obecně značí perforaci do volné dutiny břišní a absolutně indikované je chirurgické řešení (Valenta, 2003, s. 105).

## 4.3 Penetrace

Penetrace je vyznačený termín pro postupné proniknutí vředu mimo oblast žaludeční stěny, nebo duodena. Nejčastější penetrace vředu je do pankreatu či jater (Kohout, 2005, s. 29) a projevuje se úpornými bolestmi, které velmi často vyzařují do zad (Klener, 2011, s. 584). Pokud přece jen dojde k zhojení vředu, vytvoří se obyčejně paprscitá jizva, která vede k deformaci, a jejím důsledkem jsou funkční poruchy (Bártová, 2004, s. 78). Diagnostika se provádí pomocí endoskopického vyšetření, RTG žaludku se již používá pouze výjimečně. Penetrace vředu je obvykle indikována k chirurgickému řešení (Kohout, 2005, s. 29).

## 4.4 Stenóza pyloru

K této komplikaci dochází vzácně u duodenálního nebo pylorického vředu. Zúžení je podmíněno buď edémem, nebo fibrózou. Příznakem je pocit plnosti a zvracení potravy staršího data. K zvracení dochází přibližně 1-3x denně a množství zvraceného obsahu je poměrně velké (Dítě, 2005, s. 257). Léčba u této komplikace je vždy zahájena cestou konzervativní proti vředovou a při dilataci žaludku je pomocí nasogastrické sondy odsáván obsah ze žaludku. Indikace chirurgické léčby nastává v okamžiku, když se konzervativní léčba stává neúčinnou (Valenta, 2003, s. 104).

## **5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S VŘEDOVOU CHOROBU ZAŽÍVACÍHO TRAKTU**

Tak jako u ostatních onemocnění je i u vředové choroby ošetřovatelský proces metodou moderního ošetřovatelství. Člověk je chápán jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, na kterou působí řada faktorů ovlivňujících její prožívání zdraví a nemoci. Principy, které jsou výchozí myšlenkou ošetřovatelského procesu, zahrnují rozpoznání potřeb lidí vyžadujících ošetřovatelskou péči.

### **5.1 Ošetřovatelská anamnéza**

Posouzení zdravotního stavu je základem pro správný směr vyšetřování a plánování efektivní péče při onemocnění žaludku a duodena, proto podrobná anamnéza u vředového onemocnění má své nezastupitelné místo (Tóthová, 2009, s. 38). Informace týkající se charakteru, intenzity, lokalizace a vyzařování bolesti i včetně jejich časových údajů, jsou v anamnéze velice důležité. Zapotřebí je přihlížet u lidí ve vyšším věku, u kterých může být bolest minimální a průběh vředové choroby jako takový může být dokonce i zcela bezbolestný, zejména u nekomplikovaných případů. Bolest se může projevat různým způsobem, např. jako pocit plnosti a tlaku, pocit bolestivého hladu nebo palčivá bolest v oblasti epigastria. Intenzita těchto obtíží je měnlivá. Pokud se však vyskytuje bolest prudká a ostrá, jedná se většinou o perforaci vředu do dutiny břišní (viz. 4.2), kdy tento stav pak vyžaduje nepromíšené chirurgické řešení. U duodenálního vředu je bolest dominantním příznakem. Bolest je epizodická, objevuje se několikrát do roka a trvá obvykle 1 - 2 týdny. Vředová choroba se může také manifestovat s nauzeou, změnami chuti k jídlu, zvracením, zápachem z úst nebo změnou hmotnosti. Také může být spojena i s některými poruchami vyprazdňování (zácpa, průjem). U některých jedinců se vředové onemocnění může projevit až komplikací (viz. kapitola 4). Velký význam získávání anamnestických údajů má i oblast o životním stylu nemocného, o způsobu pravidelnosti stravování včetně příjmu tekutin (černá káva, alkohol, silné čaje atd.) (Lukáš, 2007, s. 99-100).

Častou chybou je nedokonale, resp. chybně odebraná anamnéza, proto by nikdy neměl chybět dotaz ani na: (Kohout, 2005, s. 59)

- Farmakologickou anamnézu – riziko vzniku ulcerací nebo krvácení je zvýšeno u užívání nesteroidních antirevmatik, kyseliny acetylsalicylové, event. u perorálních antikoagulancií.
- Přítomnost diabetu – Diabetici jsou více ohroženi asymptomatickým průběhů vředové nemoci
- Srdeční příznaky, jaterní či renální insuficience
- Přítomnost průjmu (možný Zollingerův-Ellisonův syndrom)
- Barvu stolice – u vředového onemocnění může být jedním z příznaků krev ve stolici

## 5.2 Ošetřovatelská diagnóza

Ošetřovatelské diagnózy jsou vědeckými interpretacemi hodnotících údajů, které se používají jako návod k ošetřovatelskému plánování, k realizaci a vyhodnocení. Je to fáze, ve které probíhá syntéza a analýza získaných a uspořádaných údajů s cílem určit zdravotní problémy pacienta. Cílem ošetřovatelské diagnostiky je rozpoznání a zhodnocení lidské reakce na nemoc. Na základě toho, jak člověk reaguje na nemoc, vznikají různé problémy, a úkolem ošetřovatelské diagnostiky je tyto problémy identifikovat ve všech souvislostech. I zjištění toho, jak samotný problém vnímá sám pacient je velmi důležité (Tóthová, 2009, s. 64).

Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k problematice vředového onemocnění žaludku a duodena (Herdman, 2010):

*Akutní bolest z důvodu poškození sliznice žaludku a možných komplikací*

určující znaky:

- Antalgická poloha z důvodu vyhnutí se bolesti
- Expresivní chování (neklid, pláč, sténání, vzdechy)
- Obličejová maska (ztráta lesku v očích, grimasa)
- Ochranná gesta, obranné chování, rozptýlené chování

- Rozšíření zornic
- Slovní vyjádření bolesti
- Změny krevního tlaku, změny srdečního rytmu
- Změny chuti k jídlu, porucha spánku

#### *Narušený vzorec spánku pro noční bolesti*

určující znaky:

- Nechutenství
- Deprese, neklid, podrážděnost
- Obranné chování, pozorované ochranné chování
- Strach z následné péče/zároku/léčby/výsledku
- Nespokojenost se spánkem
- Snížená schopnost fungovat

#### *Únava v důsledku snížené výkonnosti/obtíží*

určující znaky:

- Lhostejnost, nedostatek energie, ospalost
- Neschopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti
- Neschopnost zachovat obvyklé návyky
- Nezájem o okolí
- Pocit viny kvůli neplnění vlastních povinností
- Snížená koncentrace, snížený výkon
- Zvýšení požadavků na odpočinek, zvýšení stížností na fyzickou kondici
- Vnímaná potřeba dodatečné energie pro zvládnutí běžných úkolů

#### *Nedostatek informací o prevenci a léčbě onemocnění projevující se úzkostí*

určující znaky:

- Bázlivost, lítostivost, obavy, podrážděnost, psychická nejistota
- Rozrušenost, strádání, vyděšenost, ustrašenost
- Chvění hlasu, třes rukou, zvýšené napětí, zvýšené pocení
- Bušení srdce, intenzivnější dýchání, nechutenství
- Zaměření na sebe sama

### *Potencionální vznik poruchy výživy*

určující znaky:

- Chabý svalový tonus, křeče v břiše, křehkost kapilár, ztráta hmotnosti

### *Potencionální vznik poruchy objemu tekutin následkem zvracení nebo krvácení*

určující znaky:

- Pokles tělesné hmotnosti, zrychlený pulz
- Snížený turgor, snížený krevní tlak, snížený pulzní tlak
- Snížený výdej moči
- Suchá kůže, suché sliznice, žízeň

### *Změna ve vyprazdňování v důsledku defektu projevující se zácpou*

určující znaky:

- Bolest břicha, bolest hlavy, bolest při defekaci
- Celková únava
- Citlivost břicha bez palpační svalové rezistence, citlivost břicha palpační svalové rezistence
- Hyperaktivní střevní zvuky, hypoaktivní střevní zvuky
- Námaha při defekaci, neschopnost posunu stolice
- Pocit plnosti rektu, pocit tlaku v rektu
- Porucha trávení, silná plynatost, zvracení, nauzea
- Snížená frekvence stolice

## 5.3 Ošetrovatelské cíle

Po zhodnocení zdravotního stavu nemocného a stanovení adekvátních ošetrovatelských diagnóz, začíná další část ošetrovatelského procesu, plánování ošetrovatelské péče. Plánování je velice důležitou součástí ošetrovatelského procesu, neboť v ní určujeme cíle, které jsou zaměřené na pacienta, a plánujeme ošetrovatelskou strategii, která vede k dosažení plánovaných cílů (Tóthová, 2009, s. 91).

Stanovení cílů u pacienta s vředovou chorobou jsou následující (Nejedlá, 2006, s. 222):

- Minimalizovat dyspeptické obtíže
- Zachovat fyziologický příjem potravy
- Ulevit pacientovy od bolesti
- Podáním dostatku informací o nemoci a její prevenci motivovat nemocného k dodržování preventivních a léčebných opatření k opětovnému vzniku onemocnění
- Navodit pocit psychické pohody
- Zlepšit fyzickou výkonnost pacienta a jeho psychickou pohodu

#### 5.4 Ošetřovatelské intervence

Realizace ošetřovatelských strategií, které byly stanoveny během plánování ošetřovatelské péče, jsou čtvrtou fází ošetřovatelského procesu. Úkolem je dosažení naplánovaných cílů individualizované péče (Tóthová, 2009, s. 109).

Vyšetřování a léčba nemocného s nekomplikovanou vředovou chorobou probíhá z většiny formou domácího ošetřování a léčby pod dohledem praktického lékaře. Pacient je hospitalizován na standardním interním nebo chirurgickém oddělení při vzniku komplikací nebo v závažnějším zdravotním stavu, který vyžaduje odborný dohled a péči (Nejedlá, 2006, s. 222).

***Sestra u pacienta sleduje*** z důvodu předcházení, vzniku komplikací a výskytu ošetřovatelských problémů:

***Bolest*** – Je nezbytné všimání si bolesti, jak charakteru, síly, lokalizaci nebo závislosti na jídle a denní době. Do ošetřovatelské dokumentace sestra zaznamenává jakýkoliv výskyt bolesti, aby upozornila lékaře a dle ordinace lékaře pak plnila pravidelné podávání léků.

***Vyprazdňování stolice*** – Je zde možný výskyt příznaků krvácení do zažívacího traktu. Stolice, ve které je přítomna krev se projevuje černým zbarvením a silným zápachem (meléna). Jestliže se vyskytne krev ve stolici, sestra ihned informuje lékaře a zabezpečí odchod stolice do vhodných pomůcek nebo podložní mísy, aby mohl lékař co nejpřesněji vyhodnotit krvácení.

*Nauzea, zvracení* – Sestra sleduje okolnosti vzniku zvracení, vzhled, zápach, množství a četost výskytu těchto obtíží. Je-li při zvracení v žaludečním obsahu přítomna krev (hematemesa) sestra ihned informuje lékaře, který určí, zda jde o zvracení krve čerstvé nebo natrávené (natrávená krev je tmavě zbarvená „kávová sedlina“). Sestra uloží nemocného do Fowlerovy polohy, na nadbříšek mu přiloží vak s ledem, do ruky mu vloží emitní misku a buničitou vatou. Je vhodné zajistit periferní vstup a sledování krevních ztrát. Je nezbytné sledování i fyziologických funkcí a jejich zaznamenání do dekursu. Krvácení nemocného vždy rozruší, proto je též nezbytné, aby ho sestra psychicky uklidnila a dostatečně informovala.

*Fyziologické funkce* – měření fyziologických funkcí tlaku, pulzu a tělesné teploty.

*Hmotnost pacienta* – Sestra pravidelně nemocného váží a to 2x za týden. K zamezení možným výskytům komplikací je důležité, aby nemocný byl seznámen se správnou životosprávou, nejenom s dietou, ale i denním režimem a celkovým životním stylem (Nejedlá, 2006, s. 223).

Sestra také zajistí vhodné podmínky pro klid nemocného a snaží se o co nejkvalitnější spánek a odpočinek. Eliminace hluku, větrání pokoje, ideální teplota a světelné podmínky jsou intervence, díky kterým sestra může dopomoci nemocnému k zlepšení jeho kvality, který zkracuje léčbu a je pro pacienta klidovým režimem (Herdman, 2010, s. 113).

### ***Péče o psychický stav nemocného***

Nemocného vždy vedeme k aktivní spolupráci na léčbě. Poskytujeme dostatek informací, ale pouze ty, které jsou v kompetenci sestry (výživa, prevence). Je dobré, aby sestra navázala s nemocným vhodnou komunikaci, a nechá nemocného povídat o jeho potížích. Vhodným a citlivým způsobem sestra upozorní nemocného na možnost naučit se různým taktikám a cvičením, která vedou k relaxaci. Snaha ze strany sestry je i přesvědčování o nutnosti dodržovat pravidelný denní režim a úpravu životního stylu. Pro vředové onemocnění je naprosto nevhodné stresové prostředí, řešení velkého množství problému, shon, vypětí, spěch, vlastní životní nespokojenost apod. (Nejedlá, 2006, s. 224).

## 6 LÉČBA VŘEDOVÉHO ONEMOCNĚNÍ ZAŽÍVACÍHO TRAKTU

Uvědomování si, že u včasné léčby jsou komplikace vředového onemocnění vzácné, je velice pozitivní výsledek zdokonalování medicínských a léčebných praktik (Kohout, 2005, s. 32).

Tato kapitola zahrnuje léčbu terapeutickou, kam spadají režimová opatření dietní opatření a farmakoterapie. Zmíním se i o chirurgické léčbě, která je nevyhnutelná v případech výskytu komplikací u vředového onemocnění.

### 6.1 Terapeutická léčba

V terapii vředové nemoci jsou využívány přístupy, které mají za cíl chránit sliznici žaludku a dvanáctníku před agresivními faktory a podporovat faktory ochranné. Navodit co nejrychlejší zhojení léze, co nejrychlejší ovlivnění symptomu nemoci a zabránění recidivám je zásadním požadavkem terapie (Marek, 2005, s. 195 - 196). V léčbě vředové choroby byla dříve zdůrazňována režimová a dietní opatření. Dnes se díky používaným lékům, které výrazně potlačují kyselou žaludeční šťávu, takový důraz na dietní a režimová opatření neklade. Také lze obecně shrnout, že léčba peptických vředů spočívá zejména v potlačení žaludeční sekrece a v podpoře ochranných žaludečních mechanismů (Lukáš, 2007, s. 102).

#### 6.1.1 Režimová opatření

Základní režimová opatření jsou shodná jak pro lokalizaci vředu v žaludku, tak pro lokalizaci vředu ve dvanáctníku a mají důležitou, nikoliv hlavní roli v léčbě. Důležité je užívání léků, které mají obecně ulcerogenní charakter (nesteroidní antirevmatika a kortikosteroidy) (Lukáš, 2007, s. 102) a významnou roli hraje i dietní opatření, které je popsáno níže v kapitole 6.1.2. Kouření, které se podílí na zhoršení prokrvení sliznice žaludku a duodena, zpomaluje hojení peptického vředu. Také větší riziko vzniku komplikací jako je krvácení nebo perforace vředu je u kuřáků větší než u nekuřáků, proto je též vhodné kouření omezit, nejlépe však zcela ukončit (Kohout, 2005, s. 55). Mezi režimová opatření patří i tělesný pohyb nemocného, kde nejjednodušší formou je kondiční cvičení, které má povzbuzující účinek na tělesnou i psychickou oblast člověka.

Příznivě ovlivňuje funkci srdce a cévního systému, dýchacího systému i trávicího traktu. Jako dodatek může přinést lepší náladu, dobrý pocit, pohodu nebo radost.

Režimová opatření mohou také zahrnovat doporučení pracovní neschopnosti. V poslední době tato možnost není moc často pacienty využívána. Proto se při doporučení k pracovní neschopnosti nebo lázeňské péče řídí přímého přání nemocného (Lukáš, 2007, s. 102).

### 6.1.2 Dietní opatření

Výživa má nepochybně tak jako režimová opatření své významné místo jak v prevenci, tak v léčbě onemocnění. U vředové choroby je vhodná strava významná zejména v prevenci, kdy je důležité udržení dobrého nutričního stavu.

*„Žaludeční vředy patří mezi častá onemocnění moderního člověka, který tím platí daň nevhodným stravovacím návykům“ (Dylevský, 2009, s. 323)*

Význam v ovlivňování průběhu vředové choroby má strava bez mléčných produktů, které stimulují produkci kyseliny chlorovodíkové. Dále jsou nevhodné nápoje, které obsahují kofein, tzv. Coca-Cola nebo černá káva, nápoje obohacené oxidem uhličitým, víno, destiláty, silné čaje a nápoje s obsahem chininu (tonik). Důležité je i omezení dráždivé kořeněné stravy, smažených a mastných jídel. V současnosti však v léčbě vředového onemocnění dietní opatření zásadní význam nemá tak, jako tomu bylo v minulosti. Je to způsobeno významným pokrokem ve farmakoterapii (Holubová, 2013, s. 213).

Také je skutečností, že neexistuje konkrétní dieta, která by vyhovovala všem pacientům s vředovou chorobou, proto je velice důležité respektovat jídla, která pacient dobře snáší, jelikož někteří mohou jíst cokoliv bez omezení a druzí zas mohou určitou stravu či způsob její úpravy zvládat se značnými obtížemi (Dítě, 2006, s. 232).

### 6.1.3 Farmakoterapie

Medikamentózní léčba hraje v současné době v terapii peptických vředů velice významnou roli. Skutečností je velký pokrok ve farmakoterapii, která ve vysokém procentu přispívá k zahojení vředové léze (Holubová, 2013, s. 213).

Přehled léků na léčbu vředové choroby:

- Antacida
- Blokátory H<sub>2</sub>-receptorů
- Inhibitory protonové pumpy
- Sukralfát
- Eradikace Helicobakteru Pylori

**Antacida** patří do skupiny léků, které neutralizují kyselinu chlorovodíkovou v žaludku (Perlík, 2011, s. 61). I když se Antacida dnes již u vředové choroby téměř nepoužívají, lze je vzhledem k jejich rychlému nástupu užít při zahájení systémové terapie. Včetně jejich schopnosti neutralizovat kyselou žaludeční šťávu, mají navíc i cytoprotektivní účinek spočívající v mírné stimulaci endogenních prostaglandinů. Jejich léčebný účinek spočívá i ve schopnosti vázat žlučové kyseliny, jelikož obsahují sloučeniny hliníku. Antacida, která tyto sloučeniny hliníku obsahují, jsou vhodná pro všechny indikace vředové choroby gastroduodena (Lukáš, 2007, s. 104).

**Blokátory H<sub>2</sub>-receptorů** antagonizují působení histaminu na H<sub>2</sub>-receptorech, tím spočívá jejich účinek ve snížení bazální i stimulované sekrece. Do skupiny patří např. ranitidin s famotidin, jejichž používání zhojí většinu primárních i sekundárních peptických vředů, ale možnost recidivy onemocnění zůstává (Lukáš, 2007, s. 104).

**Inhibitory protonové pumpy** patří mezi silně působící antisekreční léčiva a jsou nejúčinnějšími léky na vředové onemocnění, proto jejich zavedení do praxe vedlo k zásadním změnám terapie gastrointestinálních chorob. Rok 1973 byl klíčovou událostí pro objevení protonové pumpy a rok poté byl vyvinut timoprazol, první inhibitor protonové pumpy. Za dalších šest let, v roce 1979 byl vyvinut také inhibitor protonové pumpy omeprazol (Švestka, 2002, s. 17). V současné době jsou blokátory protonové

pumpy děleny na léky 1. generace (omeprazol, lanzoprazol, pantoprazol) a 2. generace kam řadíme optický izomer omeprazolu-esomeprazol a rabeprazol. Na českém farmaceutickém trhu je nejmladším zástupcem blokátorů protonové pumpy rabeprazol. Dobrý terapeutický efekt byl popsán v terapii akutních krvácení z vředových lézí, primárně ošetřených endoskopicky, kdy rabeprazol podaný perorálně byl stejně efektivní jako i.v. aplikovaný omeprazol (Dítě, 2013). Mechanismem inhibitorů protonové pumpy je potlačení v parietální buňce tvorba kyseliny chlorovodíkové ireverzibilní inhibicí protonové pumpy ( $H^+$ ,  $K^+$ - ATPázy). K obnovení sekrece tak dochází až po vytvoření nového enzymu, což nastává nejpozději za 24 hodin (Lukáš, 2007, s. 105). Inhibitory se v současné době pro léčbu peptického vředu uplatňují nejčastěji. Společně s kombinací antibiotik (např. amoxicilin, metronidazol) jsou také významnou součástí eradikační léčby infekce *Helicobacter pylori* (Perlík, 2011, s. 62).

**Sukralfát** je v terapii vředového onemocnění velice účinný, jelikož sukralfát je hlinitá sůl oktasulfátu, která se působením nízkého pH v žaludku mění na viskózní gel. Gel pak ulpívá na spodině vředů v gastroduodenu a slouží jako ochrana (Lukáš, 2007, s. 105).

**Prokinetika** se podílejí na podpoře a úpravě správné motility v trávicím traktu. Tam, kde je opožděná evakuace žaludku a duodenogastrický reflux, léky této skupiny zmírňují symptomatologii a zlepšují průběh hojení vředové choroby žaludku (Lukáš, 2007, s. 106).

**Eradikace helicobacteru pylori** vede ke zrychlení hojení vředu a významně snižuje riziko jeho recidivy (Chalupná, 2004). Spočívá v úplném odstranění mikroba ze sliznice žaludku a dvanáctníku za použití antibiotik. Současně s antibiotiky je potřeba podávat terapii suprimující výdej žaludeční kyseliny chlorovodíkové, aby mohlo dojít k uplatnění vlivu antibiotik na bakterii, protože v silně kyselém žaludečním prostředí se antibiotika uplatnit nemohou (Marek, 2005, s. 197).

V souvislosti s léčbou infekce *Helicobacteru Pylori* je nezbytné rozlišit dva pojmy. *Eliminace Helicobacteru Pylori*, což znamená vymizení bakterie bezprostředně po léčbě. Význam ale pro posouzení léčby nemá, proto se ve studiích neuvádí. Druhým pojmem je *Eradikace Helicobacteru Pylori*, což na rozdíl od eliminace znamená trvalé odstranění bakterie. Vzhledem k možné reinfekci se rozhodná doba uvádí jeden měsíc

po skončení léčby (Kohou, 2005, s. 53). Současná eradikační léčba spočívá v podání trojkombinace léčiv: Inhibitor protonové pumpy + dva antimikrobiální prostředky. Nejčastější volbou je omeprazol + amoxicillin + clarithromycin. Terapeutická účinnost jednotlivých inhibitorů protonové pumpy se neliší. Tyto léky se podávají 2krát denně po dobu 7 dnů. U duodenálních vředů není nutné podávat žádné léky po ukončení eradikační léčby, jelikož nemocní ztratí obtíže a vřed se již zhojí v průběhu krátké doby. U žaludečních vředů se většinou podává zajišťovací léčba inhibitory protonové pumpy až do zhojení.

U léčby je potřeba počítat s možným selháním léčby (20-30% nemocných), proto není vhodné začínat kombinací inhibitor protonové pumpy + clarithromycin + metronidazol, protože při selhání této komplikace s velkou pravděpodobností vznikne rezistence na oba antimikrobiální prostředky. V případě neúspěchu eradikace je doporučena druhá volba, která spočívá obvykle v podání inhibitoru protonové pumpy + ampicilinu + metronidazolu (Klener, 2011, s. 585).

## **6.2 Chirurgická léčba**

S vývojem léků, které jsou schopny výrazně či dokonce zastavit sekreci kyseliny chlorovodíkové, došlo k výrazné redukci počtu pacientů, u kterých je chirurgické řešení nutné, tudíž období, kdy operace žaludku pro peptický vřed byly běžné, skončilo (Dítě, 2005, s. 259). Je to jistě jev pozitivní, neboť chirurgická léčba je doprovázena zatížením určitých počtů peroperačních a perioperačních komplikací. Totiž operací se vytváří mnohdy zcela nové podmínky pro pasáž stravy ze žaludku do dalších úseků trávicí trubice, mění se složení a množství vylučovacích žaludečních šťáv, a ne každý snáší tyto změny bez značných pooperačních následků (Dítě, 2000, s. 79). Nemocných pro operaci vředové choroby je již málo a operovaní jsou pacienti s komplikacemi vředové choroby a nemocní pro karcinom žaludku (Klener, 2011, s. 586), který podkladem vředu vzniká velice vzácně a v duodenu prakticky nikdy (Bártová, 2004, s. 78). V kapitole č. 4, uvádím statistiku o počtu nemocných s vředovou chorobou žaludku, kteří museli podstoupit operační léčbu v letech 2004 – 2011.

Chirurgická léčba duodenálního vředu je indikována při trvání obtíží navzdory konzervativní léčby, při recidivě obtíží 3-4x během posledních 2 let, u velkých vředů, jejichž lokalizace je nepříznivá a také při nedodržování nebo nemožnosti dodržovat

doporučená léčebná opatření a léčby (např. kouření, alkohol, zaměstnání). Jestliže žaludeční vřed nereáguje 8 týdnů na žádnou léčbu, je indikace resekce žaludku stejně jako u duodenálního vředu nezbytným řešením (Kohout, 2005, s. 56).

Pacienti, kteří podstoupili chirurgickou léčbu, mají možnost Lázeňské léčby, která je plně hrazena zdravotní pojišťovnou. Lázně, které jsou specializované na léčbu gastroenterologických onemocnění, se nacházejí v Karlových Varech a Bílině (Kohout, 2005, s. 57).

### **6.3 Prognóza**

V dnešní době díky účinné a minimálně zatěžující diagnostice a velmi dobré farmakoterapii dosahuje vředová choroba poměrně k slušné prognóze. Obtíže, které jsou doprovázeny vředovou chorobou, jsou snesitelné, léčbou dobře zvládnutelné a mnohdy i bez léčby po několika týdnech spontánně ustávající. Chirurgická léčba je vyhrazena pouze pro výjimečné případy komplikací, jako je perforace peptického vředu nebo nezastavitelné krvácení (Dítě, 2005, s. 259).

## 7 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem mé práce je zmapovat informovanost pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou a zjistit, jaké jsou znalosti dotazovaných klientů v této problematice.

Dílčí cíle výzkumné práce

1. Zjistit informovanost klientů o samotném vředovém onemocnění zažívacího traktu.
2. Zjistit informovanost klientů o vzniku možných komplikací a léčbě (tvz. režimové opatření, dieta, farmakoterapie)

## 8 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Soubor byl tvořen klienty s vředovým onemocněním zažívacího traktu. Svým respondentům jsem distribuovala dotazníky jak formou elektronickou, tak formou tištěnou. Pro elektronickou formu jsem konkrétně zvolila survio stránky, pomocí kterých jsem oslovila vlastní cílovou skupinu.

Tištěná forma dotazníků byla prostředníkem distribuována mezi pacienty ze standardních lůžkových oddělení interní kliniky v Praze.

Pro své šetření jsem připravila 100 tištěných dotazníků. 70 dotazníků jsem pomocí prostředníka distribuovala mezi pacienty s vředovou chorobou na interní kliniku v Praze a zbylých 30 jsem rozdala osobně, nebo přes známé, které dotazníky předali respondentům s potvrzenou diagnózou vředové choroby zažívacího traktu.

Mým cílem byl výzkumný vzorek o velikosti minimálně 90 respondentů. I když jsem počítala s menší návratností rozdaných dotazníků nebo jejich ztrátou, při zpětném sběru se mi vrátilo 35 vyplněných dotazníků z interní kliniky v Praze, 15 vyplněných dotazníků, které byly rozdány osobním kontaktem nebo přes známé k cílové skupině respondentů a 45 vyplněných dotazníků pomocí www stránek survio. Návratnost tištěných dotazníků je tedy 50%. Zbylých 50 dotazníků tudíž 50% respondenti ztratili, nebo je nedoručili. Všechny vrácené dotazníky jak v tištěné tak elektronické formě byly řádně vyplněny. Můj výzkumný soubor tedy činí 95 dotazníků plnohodnotně vyplněných. Z počtu 95 odpovědí celý výzkum vychází.

## 9 METODIKA PRÁCE

K získání odborných poznatků byla použita literatura pro nelékařské zdravotnické pracovníky, česká odborná lékařská literatura a bakalářské práce. Z informačních pramenů byl použit vyhledávač Google a katalog Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. K získaným údajům byly také připojeny informace, které byly získané pomocí konzultací na endoskopickém centru a interních klinik v Praze.

### 9.1 Užitá metoda šetření

Pro kvantitativní výzkumné šetření, jsem jako metodu pro získání dat použila dotazník (viz příloha D).

Úvodní část dotazníku respondentu informuje o účelu výzkumného šetření, základními údaji o mé osobě a ujišťuje jej také o anonymitě a dobrovolné účasti. Dotazník je sestaven z celkem 24 položek. Bylo použito 9 výběrových otázek, 3 otázky výčtové, 3 dichotomické otázky, 1 trichotomická, 2 otázky polootevřené a 1 otevřená. Položky dotazníku 1 – 4 se týkají charakteristiky zkoumané skupiny respondentů a zbylých 5 – 19 položek odpovídají k stanoveným cílům mé bakalářské práce.

K cíli č. 1 se vztahovaly položky dotazníku 5 – 9 a k cíli č. 2 se vztahují otázky 10 – 19.

### 9.2 Zpracování dat

Získaná data jsou zpracována do četnostních tabulek a získané výsledky byly následně zpracovány do grafů.

Procentuální vyjádření je zaokrouhleno na dvě desetinná čísla, tudíž jejich prostý součet nemusí vždy odpovídat 100%. Tabulky jsou tedy vyjádřeny v absolutní (ni) a relativní (%) četnosti. V grafickém znázornění jsem použila jednoduchý 2D typ grafů, prostorový sloupcový, pro jejich lepší čtení a orientaci. V grafu jsem vyjádřila možnosti odpovědí a relativní zastoupení odpovědí nad každým sloupcem.

Ke zpracování výpočtů, dat, konstrukcí grafů a tabulek byly použity nástroje MS Word 2007 a MS Excel 2007.

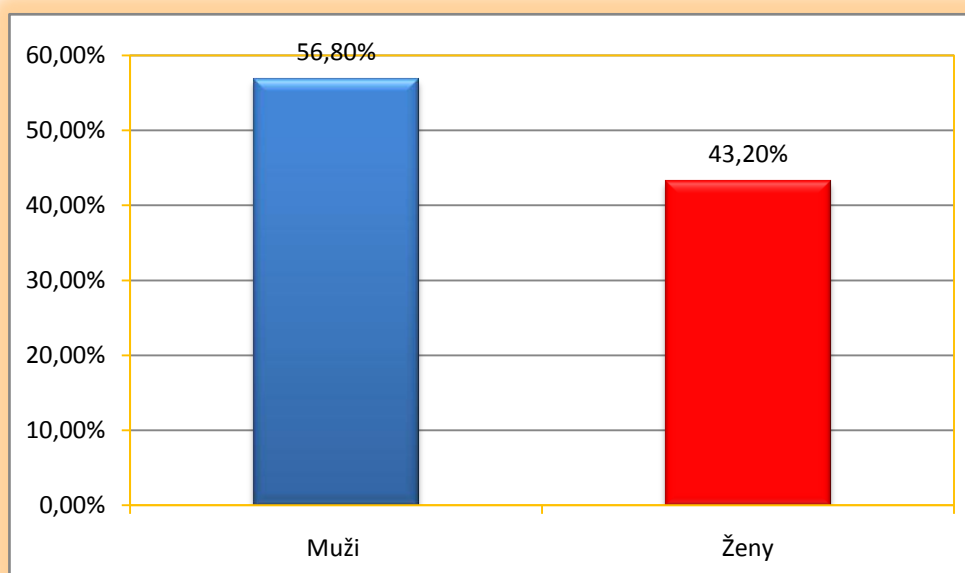
## 10 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

### Vyhodnocení položky č. 1

Tabulka č. 4 – Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Ni	fi (%)
<b>Muži</b>	54	56,8
<b>Ženy</b>	41	43,1
<b>Celkem</b>	95	100,0

Graf č. 3 – Pohlaví respondentů



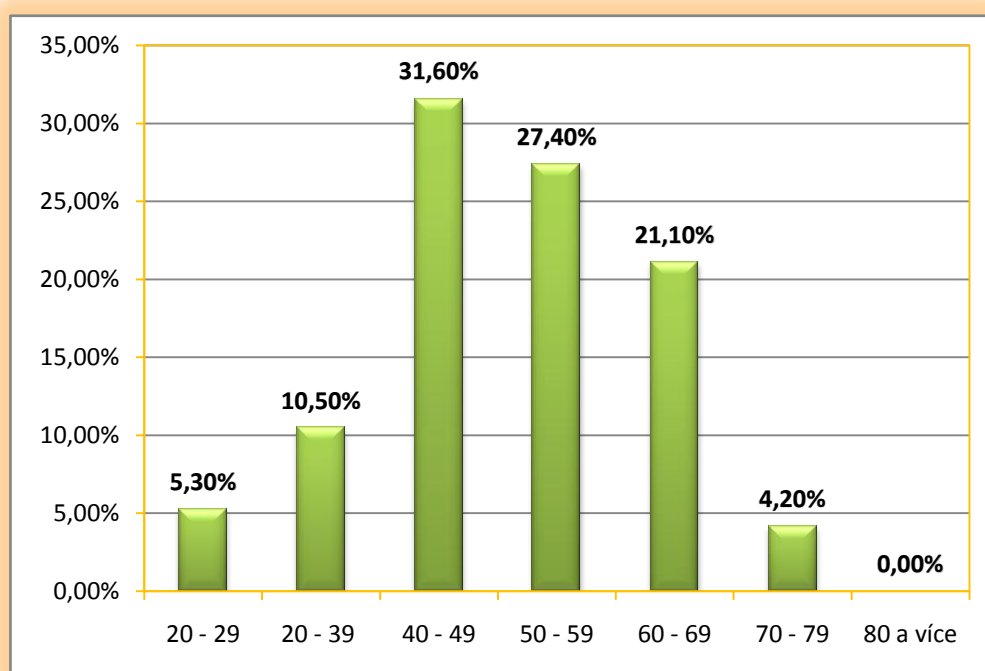
Z celkového počtu 95 respondentů je 54 mužů a 41 žen, kdy z procentuálního hlediska je zastoupení mužů 56,8% a žen 43,1%. U této položky jsem nepředpokládala výrazný vzestup ani u jedné z kategorií, přesto však tento výzkumný vzorek potvrzuje lehkou převahu mužů v počtu nemocných s potvrzenou diagnózou vředové choroby zažívacího traktu. Však plnohodnotně v dalších otázkách nelze srovnávat muže a ženy, jelikož se jejich počet liší o 13 respondentů

## Vyhodnocení položky č. 2

Tabulka č. 5 – Věk respondentů

Věk ( v letech )	ni	fi (%)
20 – 29	5	5,3
30 – 39	10	10,5
40 – 49	30	31,6
50 – 59	26	27,4
60 – 69	20	21,1
70 – 79	4	4,2
80 a více	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 4 – Věk respondentů



Respondenti v celkovém počtu 95 uváděli svůj věk formou volné odpovědi – doplnění vynechaného prostoru (viz. dotazník, příloha C). Pro lepší zpracovatelnost a přehled výsledků jsem uváděná čísla rozdělila do jednotlivých skupin. První skupinou respondentů je věková kategorie 20 – 29 let, kam spadá 5 respondentů (5,3%). Ve

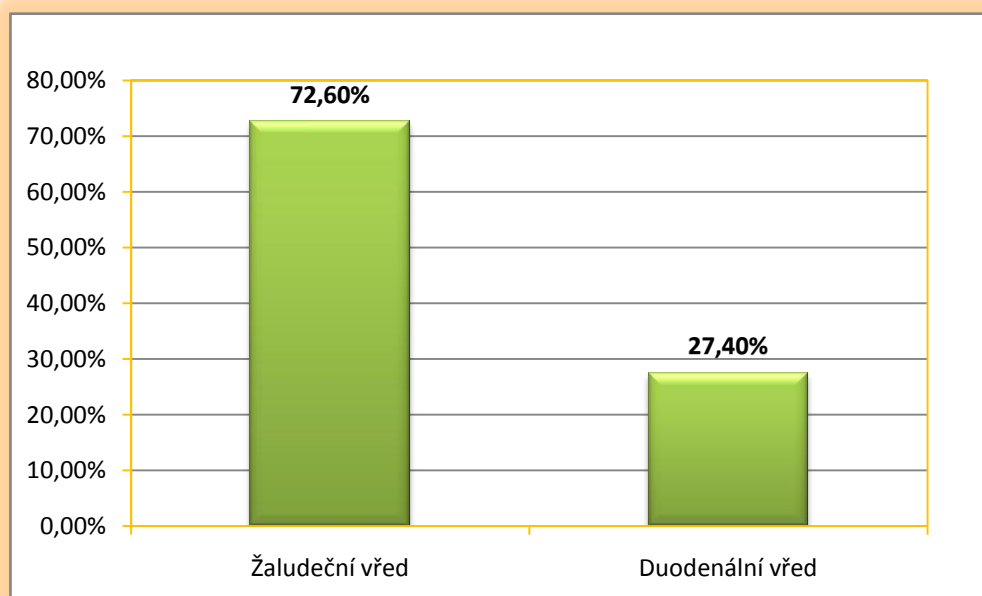
skupině 30 – 39 let je dohromady 10 respondentů (10,5%). Třetí skupinou je věková kategorie 40 – 49 let, která je z mých tázaných respondentů nejvíce početná, spadá do ní 30 respondentů (31,6%). Hned po třetí skupině je druhá nejpočetnější skupina 50 – 59 let a dohromady tedy čtvrtou skupinu tvoří 26 tázaných respondentů (27,4%). Pátou skupinu tvoří 20 respondentů (21,1%) a jedná se o věkovou kategorii 60 – 69 let. Skupina nejméně početných u mých tázaných respondentů vyšla na šestou věkovou kategorii 70 – 79 let, kam jsou zařazeni 4 respondenti (4,2%). Do kategorie 80 a více let, nespadal ani jeden respondent, z čehož vyplývá, že nejstarší dotazovaný respondent dosahoval věku 79 let. Aritmetický průměr u mých respondentů činí 49 let.

### Vyhodnocení položky č. 3

Tabulka č. 6 – Typ vředového onemocnění

Typ vředového onemocnění	ni	fi (%)
Žaludeční vřed	69	72,6
Duodenální vřed	26	27,4
<b>Celkem</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 5 – Typ vředového onemocnění



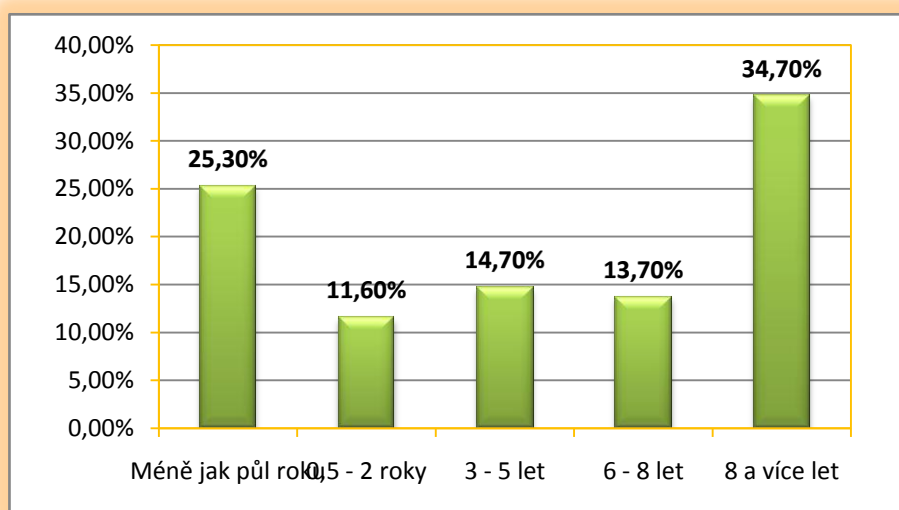
Položka č. 3 znázorňuje mapování výskytu žaludečních a duodenálních vředů. Z mého celkového vzorku 95 respondentů je 69 (72,6%) postiženo vředovou chorobou žaludku a 26 (27,4%) vředovou chorobou duodena. Celkový počet 95 respondentů není zcela dostačující k počtu výskytu celé populace, takže ho nejde porovnávat s literaturou. V literatuře, jsou peptické vředy uváděny v poměru duodenum : žaludek 4 : 1.

#### Vyhodnocení položky č. 4

Tabulka č. 7 – Doba trvání onemocnění

Doba trvání onemocnění	ni	fi (%)
Méně jak půl roku	24	25,3
0,5 – 2	11	11,6
3 – 5	14	14,7
6 – 8	13	13,7
8 a více	33	34,7
<b>Celkem</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 6 – Doba trvání onemocnění



Respondenti z celkového počtu 95 odpovídali na otázku „Jak dlouho se léčíte se svým onemocněním?“ pomocí uzavřené techniky, kde mohli zakroužkovat jednu správnou odpověď. Tabulka je vyčleněna na muže a ženy. První skupinu označilo celkem 24 respondentů (25,2%). Druhou skupinu jsem ohraničila čísly 0,5 – 2 roky trvání od diagnostikování této choroby a spadá sem dohromady 11 respondentů (11,6%), jedná se o nejméně početnou skupinu. Do kategorie trvání choroby 3 – 5 let se řadí 14 respondentů (14,7%). Do kategorie 6 – 8 let trvání od diagnostiky vředové choroby je zařazeno 13 respondentů (13,7%). Poslední a nejvíce početnou skupinou je doba trvání 8 a více let, kterou označilo dohromady 33 respondentů (34,7%).

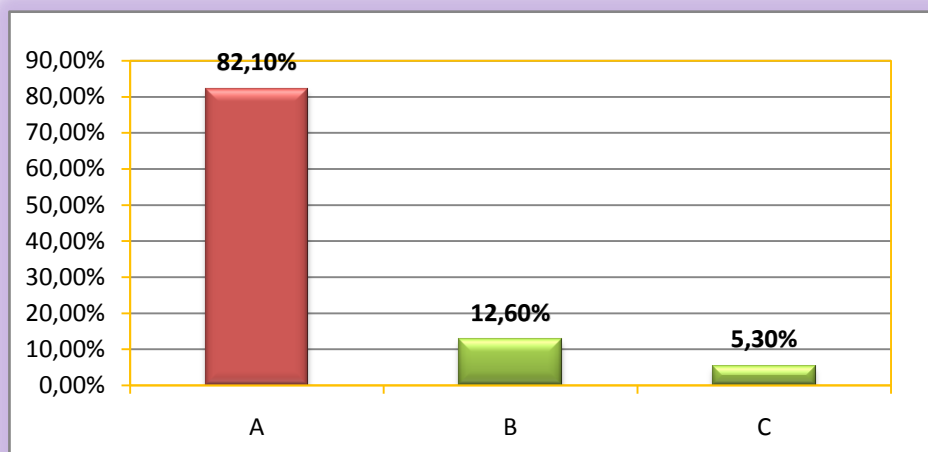
## VLASTNÍ ČÁST:

### Vyhodnocení položky č. 5

Tabulka č. 8 – Definice vředového onemocnění

Odpověď	ni	fi (%)
A	78	82,1
B	12	12,6
C	5	5,3
Celkem	95	100,0

Graf č. 7 – definice vředového onemocnění



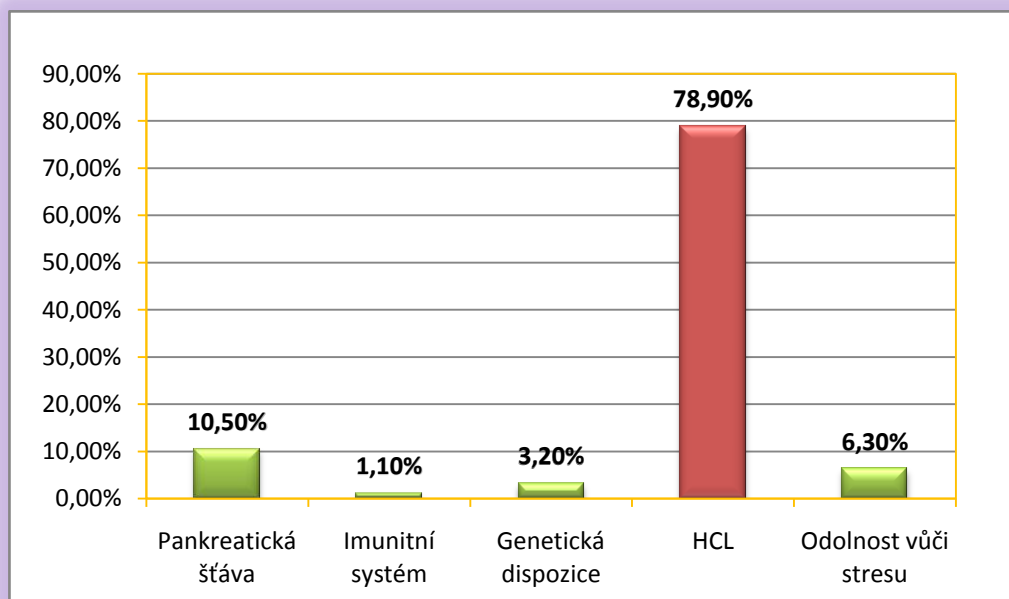
U položky č. 5, která zní: jak byste definoval/a vředové onemocnění, jsem zvolila 3 odpovědi. Správná odpověď A: je to slizniční defekt, který vzniká v dosahu působení žaludeční šťávy a proniká přes svalovou sliznici, odpovědělo dohromady 78 respondentů (82,1%) z 95 dotazovaných. Tato správná odpověď byla nejvíce početná. Druhou v pořadí odpovědí B označilo 12 respondentů (12,6%), kteří si myslí, že vředová choroba je slizniční defekt, který vzniká nezávisle na dosahu působení žaludeční šťávy a proniká přes svalovou sliznici. Zbylých 5 respondentů (5,3%) označilo odpověď C, která zní: Je to slizniční defekt, který vzniká při zvýšeném počtu krevních destiček a přes svalovou sliznici neproniká.

## Vyhodnocení položky č. 6

Tabulka č. 9 – Nejzásadnější vliv na vznik vředové choroby?

Odpověď	ni	fi (%)
Pankreatická šťáva	10	10,5
Imunitní systém	1	1,1
Genetická dispozice	3	3,2
HCL	75	78,9
Odolnost vůči stresu	6	6,3
Celkem	95	100,0

Graf č. 8 – Nejzásadnější vliv na vznik vředové choroby?



Položka č. 6 měla vyzkoumat, která z možností má nejzásadnější vliv na vznik vředové choroby. Správnou a nejvíce početnou odpovědí je kyselina chlorovodíková, na kterou odpovědělo 75 respondentů (78,9%). Druhou nejpočetnější odpovědí byla pankreatická šťáva v počtu 10 respondentů (10,5%). Zbylé odpovědi byly velmi vyrovnané. Možnost odpovědi, že nejzásadnější vliv na vznik vředové choroby má

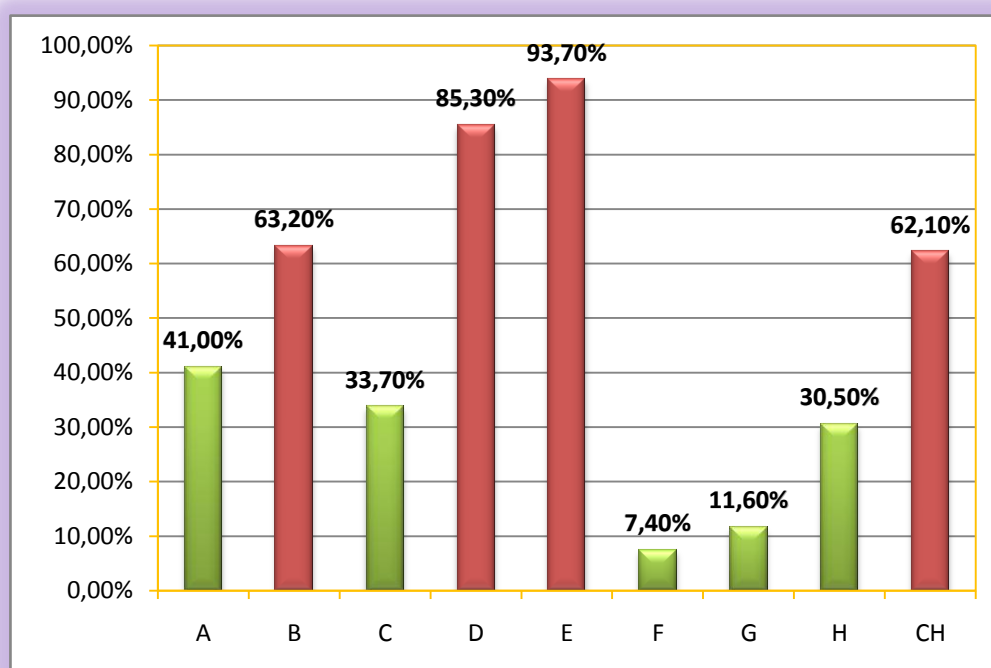
imunitní systém odpověděl 1 respondent (1,1%). Odpověď genetickou dispozici označili 3 respondenti (3,2%) a poslední možnou odpovědí, ze které mněli respondenti na výběr byla odolnost vůči stresu, kterou označilo dohromady 6 respondentů (6,3%).

## Vyhodnocení položky č. 7

Tabulka č. 10 – Příznaky u vředové choroby žaludku

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
A	39	41,0
B	60	63,2
C	32	33,7
D	81	85,3
E	89	93,7
F	7	7,4
G	11	11,6
H	29	30,5
CH	59	62,1
Celkem	407	X

Graf č. 9 – Příznaky u vředové choroby žaludku



Vzhledem k tomu, že u této otázky bylo možno uvést více odpovědí než-li jen jednu, nelze tato tabulka pracovat do počtu 95 respondentů, a proto uvádím pouze četnost výskytu jednotlivých položek. Správné odpovědi jsou znázorněny v grafu červenou barvou, tedy možnost B – Bolest břicha po jídle, D - nevolnost, E – snížená chuť k jídlu

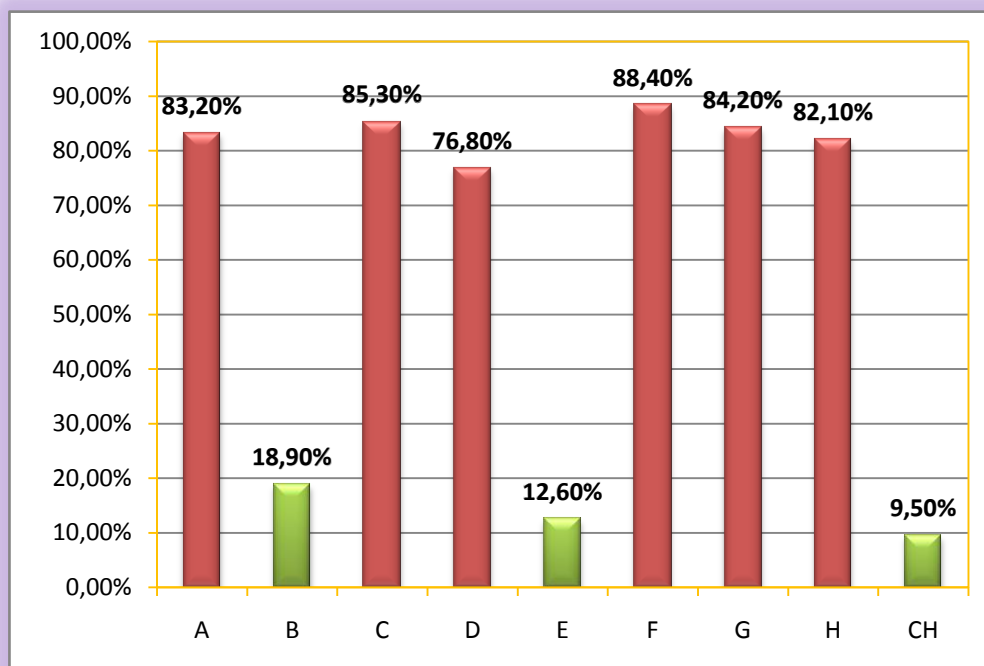
a CH – zvracení špatně strávené stravy, jsou správné. Možnost B, tedy bolest břicha po jídle označilo 60 respondentů (63,2%). Odpověď nevolnost tedy D označilo 81 respondentů (85,3%). Nejpočetnější správná odpověď E, snížená chuť k jídlu, je označena 89 respondenty (93,7%) a poslední, však nejméně početnou správnou odpovědí je CH – zvracení špatně strávené potravy, kterou označilo 59 respondentů (62,1%). Možnost A – bolest břicha v noci, C – bolest břicha nalačno, F – zhoršení potíží souvisejících se sezónním obdobím (jaro, podzim), G – pálení žáhy a H – zvracení kyselých žaludečních šťáv, nejsou typické příznaky pro vředovou chorobu žaludku. 39 respondentů (41,0%) označilo možnost A tedy bolest břicha v noci. Možností C – bolest břicha nalačno byla označena 32 respondenty (33,7%), další mylnou, avšak nejméně početnou odpovědí F tedy zhoršení potíží souvisejících se sezónním obdobím zaznamenalo 7 respondentů (7,4%). 11 respondentů (11,6%) udává, že typickým příznakem pro vředovou chorobu žaludku je možnost G – pálení žáhy a poslední možností H, zvracení kyselých žaludečních šťáv označilo 29 respondentů (30,5%).

## Vyhodnocení položky č. 8

Tabulka č. 11 – Příznaky u vředové choroby duodena

	ni	fi (%)
A	79	83,2
B	18	18,9
C	81	85,3
D	73	76,8
E	12	12,6
F	84	88,4
G	80	84,2
H	78	82,1
CH	9	9,5
Celkem	514	X

Graf č. 10 – Příznaky u vředové choroby duodena



Stejně jako u položky č. 7, je položka č. 8 otázkou, kde respondenti měli možnost zaškrtnout více jak jednu odpověď, tudíž tabulku nelze zpracovat do počtu 95 respondentů a je vyjádřena pouze četností výskytu jednotlivých položek. Typické příznaky, které jsou pro vředovou chorobu duodena, jsou možnosti A – bolest břicha

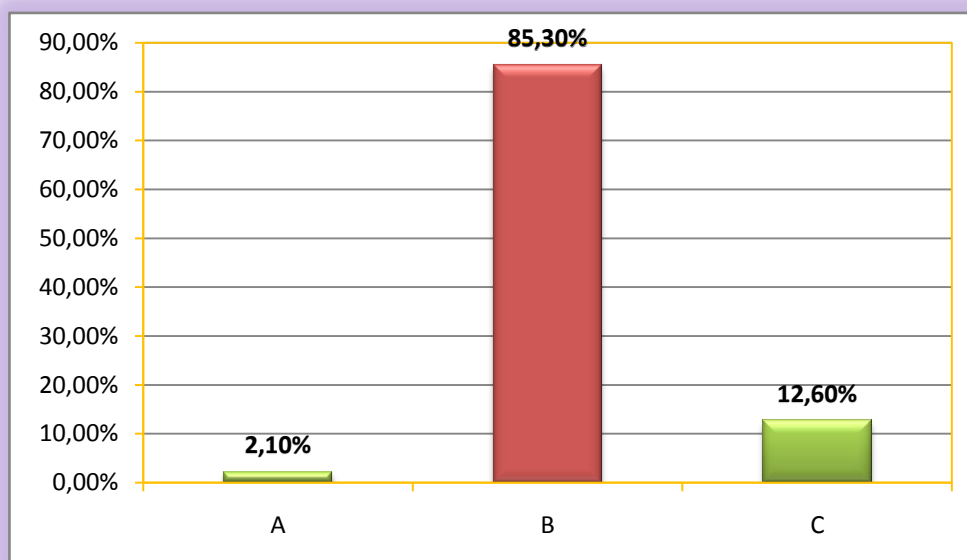
v noci, C – bolest břicha nalačno, D – nevolnost, F – Zhoršení potíží souvisejících se sezónním obdobím (jaro, podzim), G – pálení žáhy a H – zvracení kyselých žaludečních šťáv. Možnost A označilo 79 respondentů (83,2%), 81 respondentů (85,3%) zaznačilo možnost C, 73 respondentů (76,8%) udává jako typický příznak u vředové choroby duodena možnost D, 84 respondentů (88,4) označilo možnost F. Možnost G, zaškrtnulo 80 respondentů (84,2%) a posledním typickým příznakem pro vředovou chorobu duodena byla možnost H, kterou zaznačilo 78 respondentů (82,1%). Možnosti, které byli v nabídce, avšak nejsou typické pro vředovou chorobu duodena jsou možnost B – bolest břicha po jídle, kterou označilo 18 respondentů (18,9%), možnost E – snížená chuť k jídlu, kterou zaznamenalo 12 respondentů (12,6%) a možnost CH – zvracení špatně strávené potravy označilo 9 respondentů (9,5%) z celkového počtu 95 respondentů.

## Vyhodnocení položky č. 9

Tabulka č. 12 – Mezi agresivní faktory vředové choroby zažívacího traktu se řadí i přítomnost jedné bakterie. Víte, o kterou z níže uvedených bakterií se jedná?

	ni	f <sub>i</sub> (%)
A	2	2,1
B	81	85,3
C	12	12,6
Celkem	95	100,0

Graf č. 11 – Mezi agresivní faktory vředové choroby zažívacího traktu se řadí i přítomnost jedné bakterie. Víte, o kterou z níže uvedených bakterií se jedná?



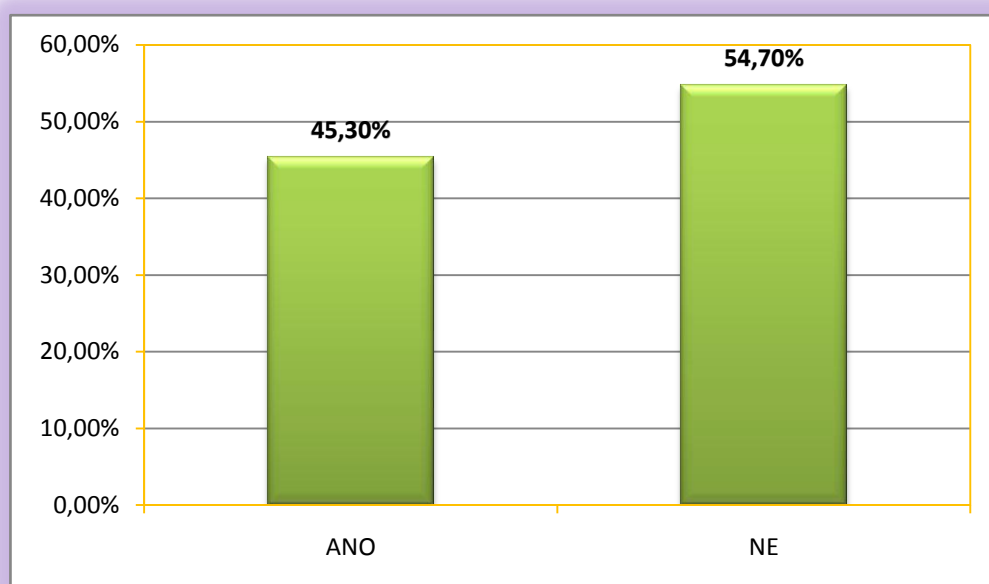
V položce 9, měli respondenti zaznačit bakterii, která se řadí mezi agresivní faktory vředové choroby zažívacího traktu. Správnou odpovědí je možnost B, tedy *Helicobakter Pylori*. Odpověď A, tzv. bakterii *Pylori Rickettsie*, si vybrali dohromady 2 respondenti (2,1%). Druhou nejpočetnější a správnou odpovědí byla bakterie *Helicobakter pylori*, tzv. odpověď B, kterou označilo 81 respondentů (85,3%). Možnost C byla poslední možnou odpovědí, která zní: Vím, že jsem tuto informaci už někde slyšel/a, ale nevzpomínám si. Tuto možnost označilo dohromady 12 respondentů (12,6%).

## Vyhodnocení položky č. 10

Tabulka č. 13 – Zajímáte se o nové trendy a doporučení v léčbě vředového onemocnění trávicího traktu?

	ni	f <sub>i</sub> (%)
Ano	43	45,3%
Ne	52	54,7%
Celkem	95	100%

Graf č. 12 – Zajímáte se o nové trendy a doporučení v léčbě vředového onemocnění trávicího traktu?



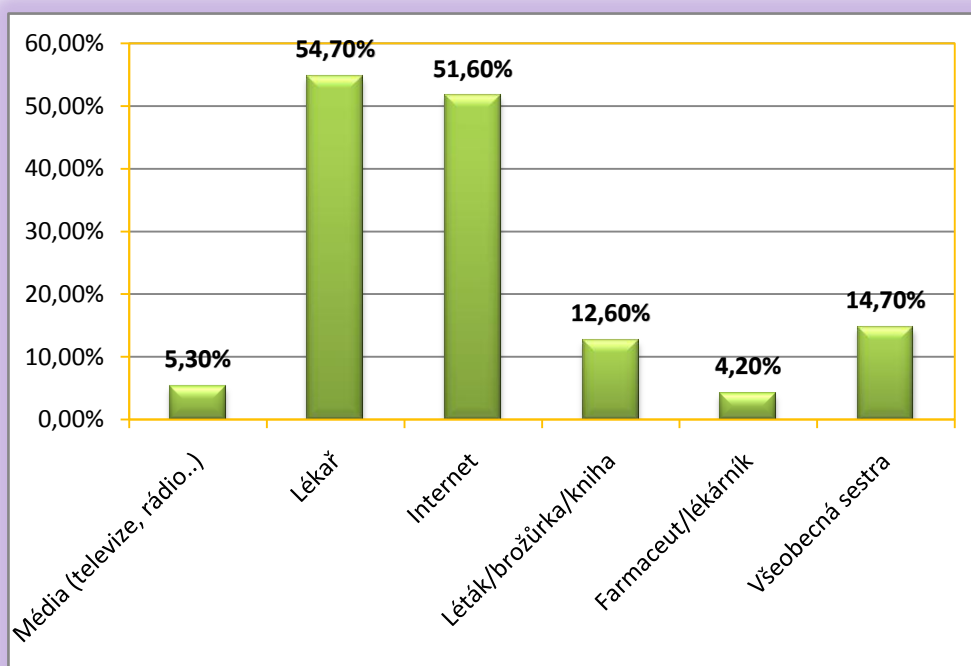
Položka č 10 zjišťuje, zda respondenti jeví aktivní zájem o léčbu a nové trendy. Výsledky obou možností vyšli zcela podobně, však dokonce možnost Ne, tudíž že se o nové trendy a doporučení v léčbě nezajímají, byla početnější než odpověď respondentů, kteří se o trendy zajímají. Z celkového počtu 95 se o nové trendy a doporučení v léčbě vředového onemocnění zažívacího traktu zajímá 43 respondentů (45,3%) a zbylých 52 respondentů (54,7%) se o nové trendy a doporučení v léčbě nezajímají. Ačkoliv, bych čekala výsledky obrácené, přesto se v dnešní době dají očekávat.

## Vyhodnocení položky č. 11

Tabulka č. 14 – Kde získáváte informace o svém vředovém onemocnění?

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Média (televize, rádio..)	5	5,3%
Lékař	52	54,7
Internet	49	51,6
Leták, brožúrka, kniha	12	12,6
Farmaceut/lékárník	4	4,2
Všeobecná sestra	14	14,7
Celkem	136	X

Graf č. 13 – Kde získáváte informace o svém vředovém onemocnění?



Na položku č. 11, která zní, kde získáváte informace o svém vředovém onemocnění, mohli respondenti odpovídat jednou nebo více odpovědí. V tomto případě stejně jako u otázky č. 7 a 8 nelze zpracovat výsledky do počtu 95 respondentů, a proto je v tabulce vyjádřena pouze četnost výskytu jednotlivých položek. Na prvním místě figuruje lékař s nejvyšším počtem 52 respondentů (54,7%). Hned za ním označilo 49 respondentů (51,6%) internet a pak ve velmi podobném počtu dál uváděli všeobecnou sestru, která

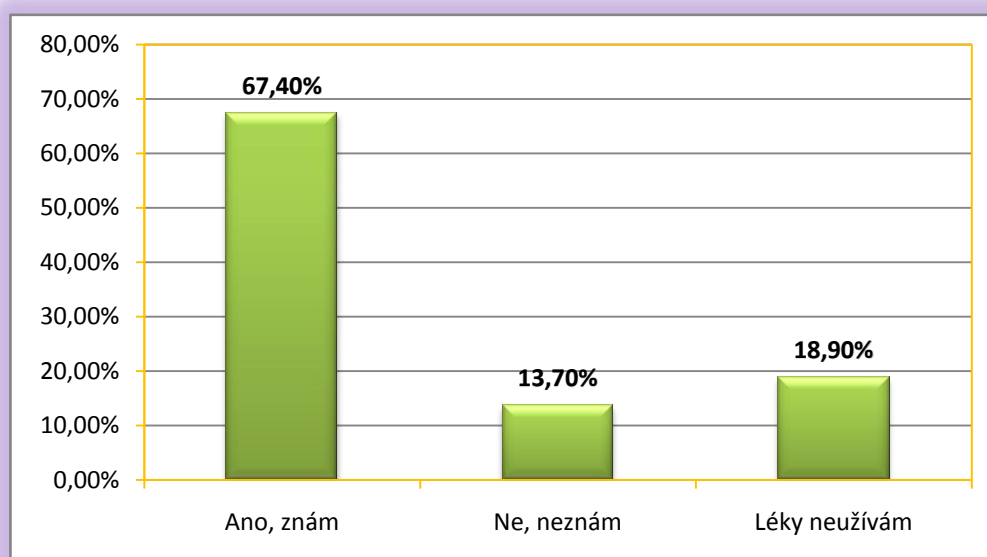
dosáhla počtu 14 respondentů (14,7%), z letáku, brožurky a knihy získává informace 12 respondentů (12,6%), média jako zdroj informací o vředové chorobě označilo 5 respondentů (5,3%) a na posledním místě, tudíž informační zdroj, který označili pouze 4 respondenti, byl farmaceut/lékárník.

## Vyhodnocení položky č. 12

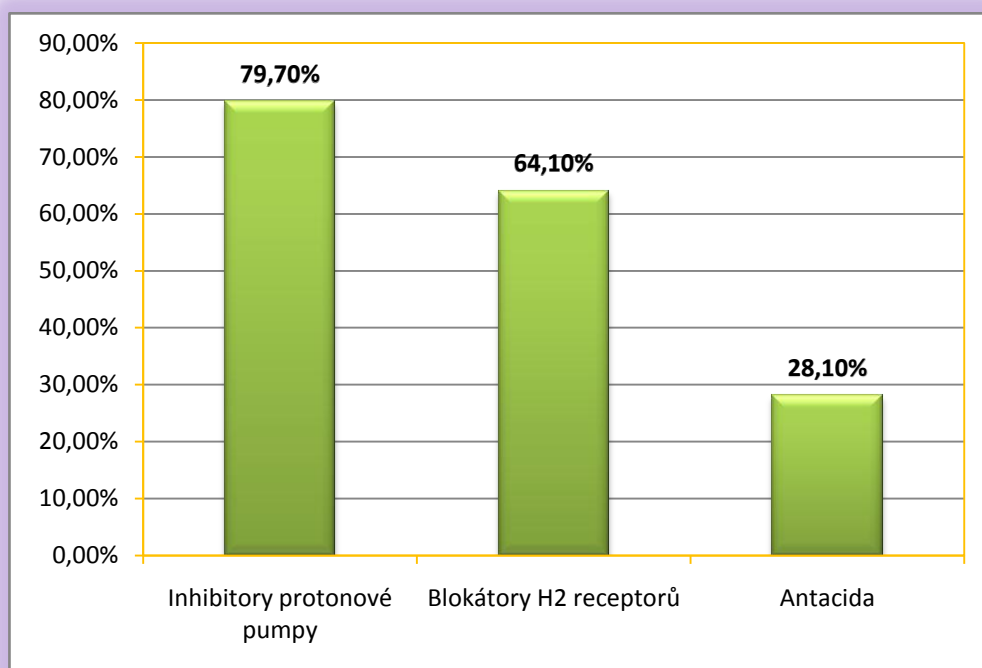
Tabulka č. 15 – Znáte názvy svých léků užívaných k léčbě vředové choroby?

	ni	fi (%)
Ano, znám	64	67,4
Ne, neznám	13	13,7
Léky neužívám	18	18,9
Celkem	95	100,0

Graf č. 14 – Znáte názvy svých léků užívaných k léčbě vředové choroby?



Graf č. 15 - Lékové skupiny léčivých přípravků, které respondenti uvádí



Otázku č. 12 jsem položila jako polootevřenou, respondenti měli uvést, zda znají názvy svých léků užívaných u vředové choroby nebo ne, popř. že léky neužívají. Pro kontrolu testování typu otázky respondenti uváděli lék, který užívají. Položku ano, znám + správně uvedený lék/léky označilo 64 respondentů (67,4%). Položku ne, neznám označilo dohromady 13 respondentů (13,7%) a zbylých 18 respondentů (18,9%) uvedlo, že léky neužívá.

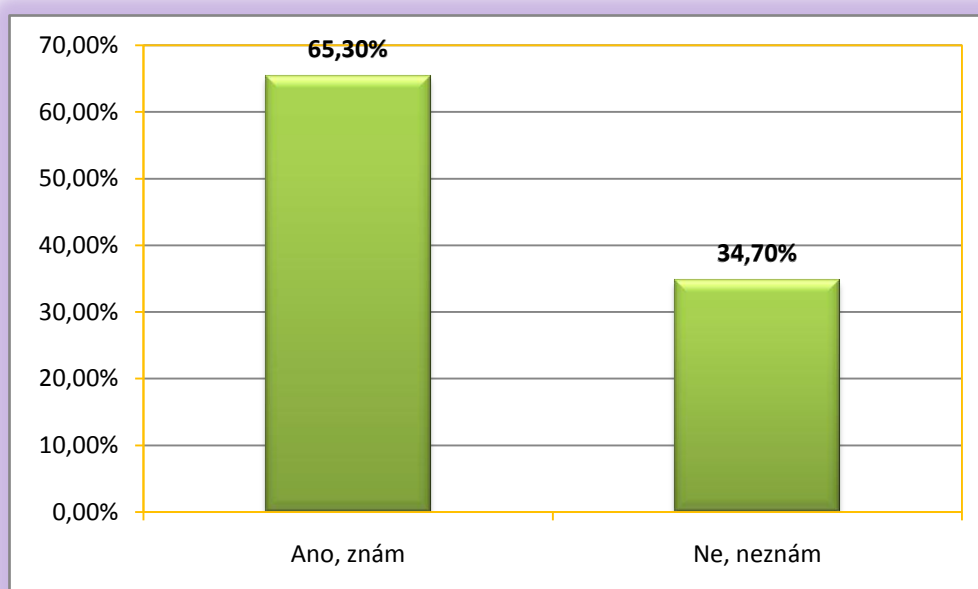
Za nejčastěji užívaný lék respondenti uváděli inhibitory protonové pumpy – Iosec, Helicid. Za druhou nejčastěji uváděnou skupinu jsou Blokátory H<sub>2</sub> receptorů - Zantac, Quamatel, Famosad. Třetí skupinou jsou uváděné antacida – Maalox Anacid a Gastrogel. Léky, které se vyskytly u mých tázaných respondentů, jsem pro jejich lepší přehlednost znázornila do grafu č. 15 a to v podobě jejich lékových skupin. Někteří respondenti uvedli více léků nežli jeden, proto celkový výsledek není do počtu 64, tedy do počtu respondentů, kteří uvedli, že léky užívají a znají jejich název. V grafu můžeme vidět, že ze 64 respondentů, kteří užívají léky a znají jejich název, 51 užívá inhibitory protonové pumpy (79,7%), 39 užívá Blokátory H<sub>2</sub> receptorů (64,1%) a 18 respondentů užívá Antacida (28,1%).

### Vyhodnocení položky č. 13

Tabulka č. 16 – Znáte alespoň jeden lék, který je pro Vás kontraindikovaný?

	ni	fi (%)
Ano, znám	62	65,3
Ne, neznám	33	34,7
Celkem	95	100,0

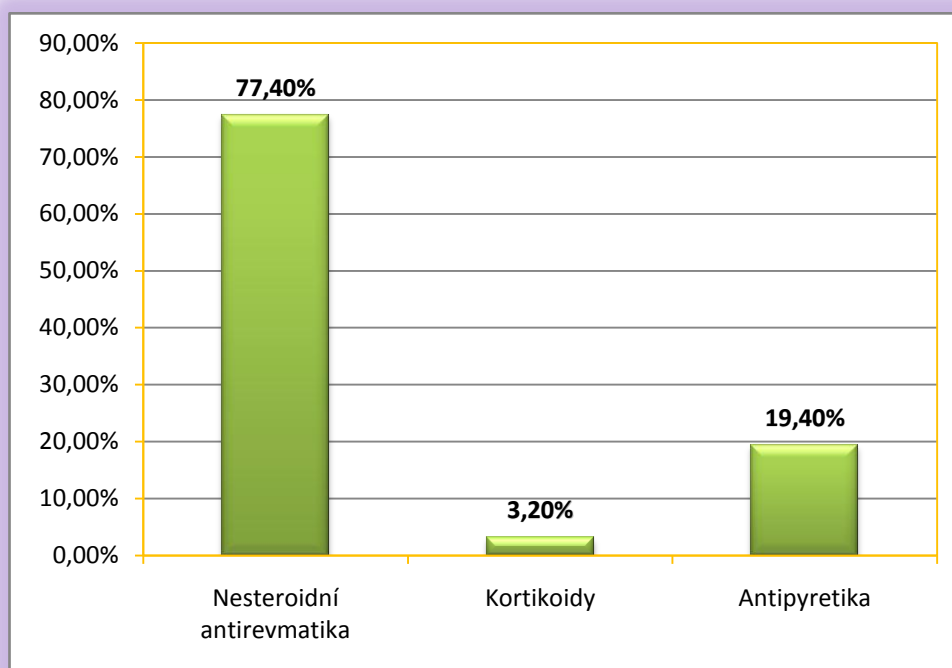
Graf č. 16 – Znáte alespoň jeden lék, který je pro Vás kontraindikovaný



Tabulka č. 17 – kontraindikovaný lék

	ni	fi (%)
Nesteroidní antirevmatika	48	77,4
Kortikoidy	2	3,2
Antipyretika	12	19,4
Celkem	62	100,0

Graf č. 17 – Kontraindikovaný lék



Otázku č. 13 jsem položila polootevřenou stejně jak v předchozí položce 12. Respondenti měli uvést název léku, který je pro ně kontraindikovaný a pro kontrolu testování typu otázky měli daný lék uvést. Položku ano, znám + správně uvedený lék označilo dohromady 62 respondentů (65,3%). Položku ne, neznám uvedlo 33 respondentů (34,7%).

V tabulce č. 17 jsem pro přehlednost výsledků rozdělila uváděné léky do jejich vlastních lékových skupin, které jsem následně rozepsala v tabulce.

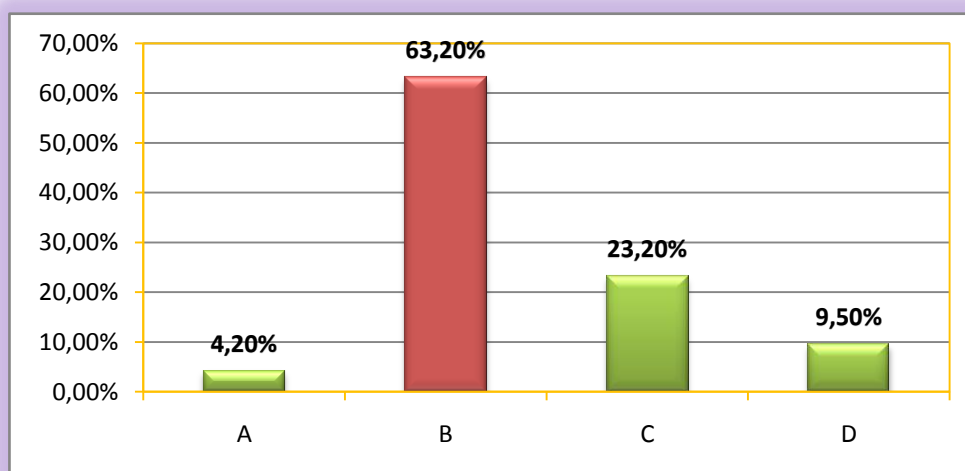
Nejvíce se vyskytovala léková skupina nesteroidních antirevmatik, a to Ibuprofen, Aspirin a Naproxen. Druhou lékovou skupinou v pořadí se vyskytli antipyretika se zástupci Paralenem, Anopyrinem a Acylpirinem. Jako nejméně početnou skupinou jsou kortikoidy, kde dva lidé uvedli kontraindikovaný lék Prednison. V grafu č. 17 jsem pak znázornila výskyt jednotlivých léků, však zařazených do svých lékových skupin. Z počtu 62 respondentů, kteří znají jeden kontraindikovaný lék a správně lék označili, napsalo 48 respondentů léky z lékové skupiny Nesteroidních antirevmatik. Druhou nejpočetnější skupinou jsou zástupy léků z lékové skupiny Antipyretik uváděné 12 respondenty a pouze dva respondenti uvedli Prednison, tedy lék, který spadá pod lékovou skupinu kortikoidů.

## Vyhodnocení položky č. 14

Tabulka č. 18 – Inhibitory protonové pumpy jsou léky, které se užívají k léčbě vředového onemocnění zažívacího traktu. Víte, jaký je jejich účinek?

	ni	fi (%)
A	4	4,2
B	60	63,2
C	22	23,2
D	9	9,5
Celkem	95	100,0

Graf č. 18 - Inhibitory protonové pumpy jsou léky, které se užívají k léčbě vředového onemocnění zažívacího traktu. Víte, jaký je jejich účinek?



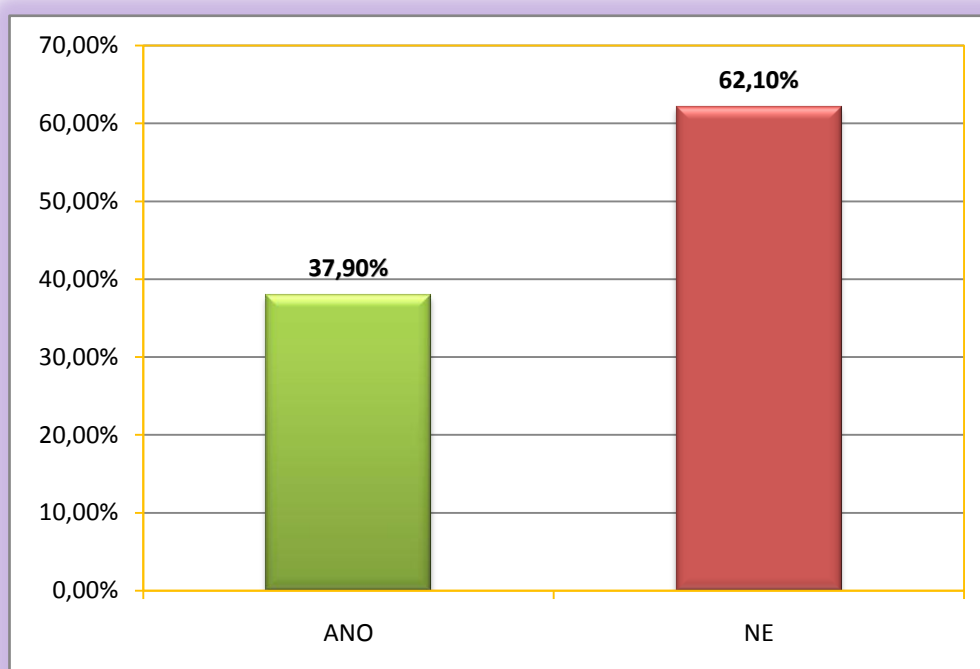
Položka č. 14 má za úkol zmonitorovat informovanost pacientů s vředovou chorobou žaludku, zda vědí, jaký je účinek inhibitorů protonové pumpy. Nejvíce početnou a správnou odpovědí, kterou respondenti uvedli, byla možnost B, tedy potlačují tvorbu kyseliny chlorovodíkové. Správně odpovědělo 60 respondentů (63,2%). Jako druhou nejpočetnější odpovědí, respondenti uvedli možnost C, tedy nemají vliv na kyselinu chlorovodíkovou a to v počtu 22 respondentů (23,2%). Třetí v pořadí početné odpovědi je možnost D – Nikdy jsem neslyšel/a o inhibitech protonové pumpy a to v zastoupení 9 respondentů (9,5%). Poslední možnost A – podporují tvorbu kyseliny chlorovodíkové, uvedli 4 respondenti (4,2%).

## Vyhodnocení položky č. 15

Tabulka č. 19 – Doporučuje se u vředové choroby konzumace mléčných výrobků?

	ni	fi (%)
ANO	36	37,9
NE	59	62,1
Celkem	95	100,0

Graf č. 19 – Doporučuje se u vředové choroby konzumace mléčných výrobků?



Položka č. 15 je polootevřená. Respondenti měli zaznačit odpověď ano nebo ne. Pro lepší monitoring jsem od těch, co odpověděli ano, vyžadovala, aby odůvodnili svou odpověď. Základním kamenem úrazu dříve bývalo mléko a mléčné výrobky. Ty však, ale mohou vést k postprandiální hyperaciditě kvůli vysokému obsahu proteinů. Vhodné jsou mléčné výrobky zakysané – podmásli, kefírové mléko, jogurtové mléko, které jsou lépe tráveny. Správná odpověď tedy zní: u vředové choroby žaludku a duodena se mléčné výrobky nedoporučují.

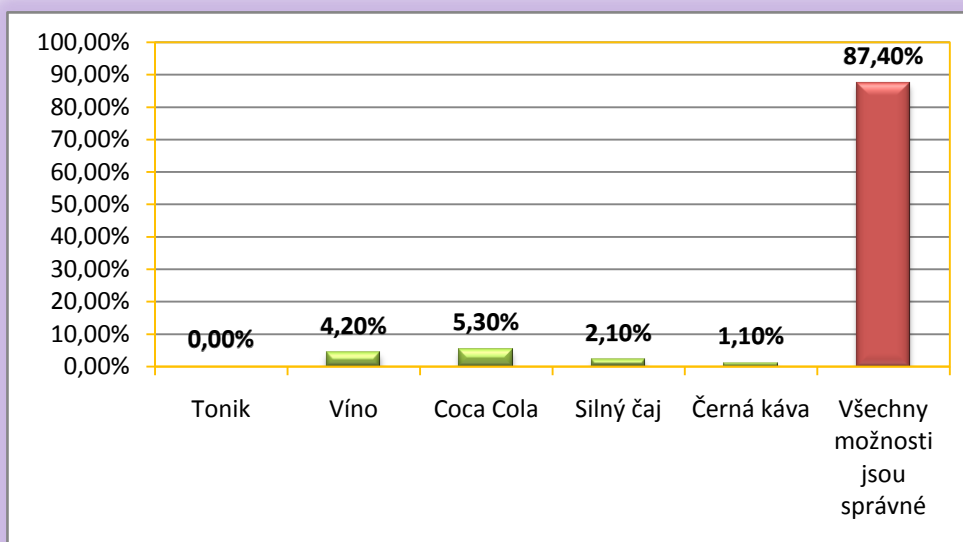
Z celkového počtu 95 respondentů správně odpovědělo 59 (62,1%) a položku ano označilo 36 respondentů (37,9%). Respondenti s odpovědí ano nejčastěji argumentovali tím, že mléčné výrobky snižují kyselost žaludku, zklidní žaludeční sliznici nebo kyselost neutralizují.

## Vyhodnocení položky č. 16

Tabulka č. 20 – který z níže uvedených nápojů se u vředové choroby zažívacího traktu nedoporučuje?

	ni	fi (%)
Tonik	0	0,0
Víno	4	4,2
Coca Cola	5	5,3
Silný čaj	2	2,1
Černá káva	1	1,1
Všechny možnosti jsou správné	83	87,4
Celkem	95	100,0

Graf č. 20 – Který z uvedených nápojů se u vředové choroby zažívacího traktu nedoporučuje?



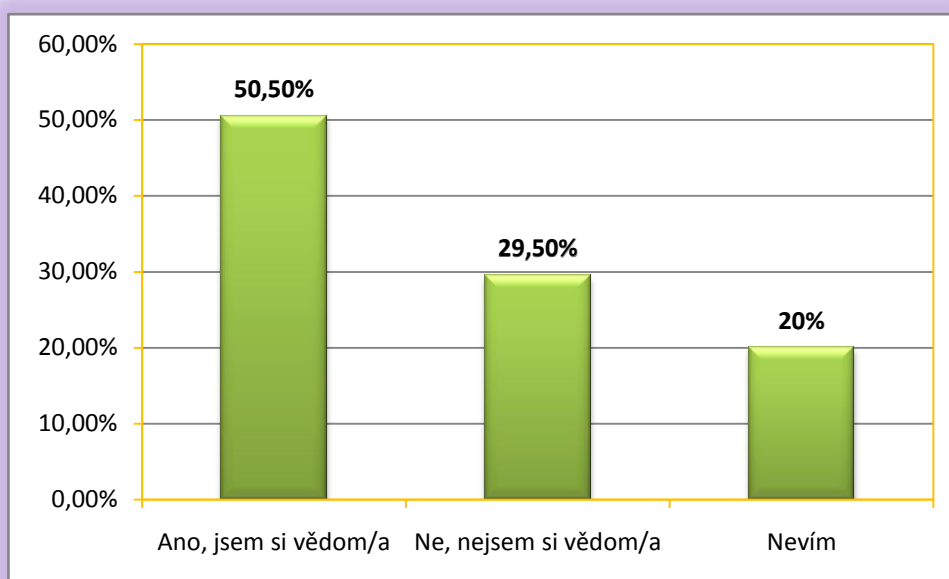
U této položky měli respondenti zaznačit nápoj, u kterého si myslí, že se u vředové choroby nedoporučuje. Správná odpověď je poslední a to, všechny možnosti jsou správné. Takto odpověděla většina tázaných respondentů. Z celkového počtu 95, odpovědělo 83 tedy (87,4%) správně. Možnost Tonik, neoznačil ani jeden respondent (0%), víno označili 4 respondenti (4,2%), Coca Colu zaznačilo 5 respondentů (5,3%), 2 respondenti si myslí, že se u vředové choroby zažívacího traktu nedoporučuje pouze silný čaj, tedy 2,1% a černou kávu označil 1 respondent (1,1%).

## Vyhodnocení položky č. 17

Tabulka č. 21 – Jste si vědom/a možných rizik, které sebou přináší Vaše vředové onemocnění zažívacího traktu?

	ni	fi (%)
Ano, jsem si vědom/a	48	50,5
Ne, nejsem si vědom/a	28	29,5
nevím	19	20
Celkem	95	100,0

Graf č. 21 – Jste si vědoma/a možných rizik, které sebou přináší Vaše vředové onemocnění zažívacího traktu?



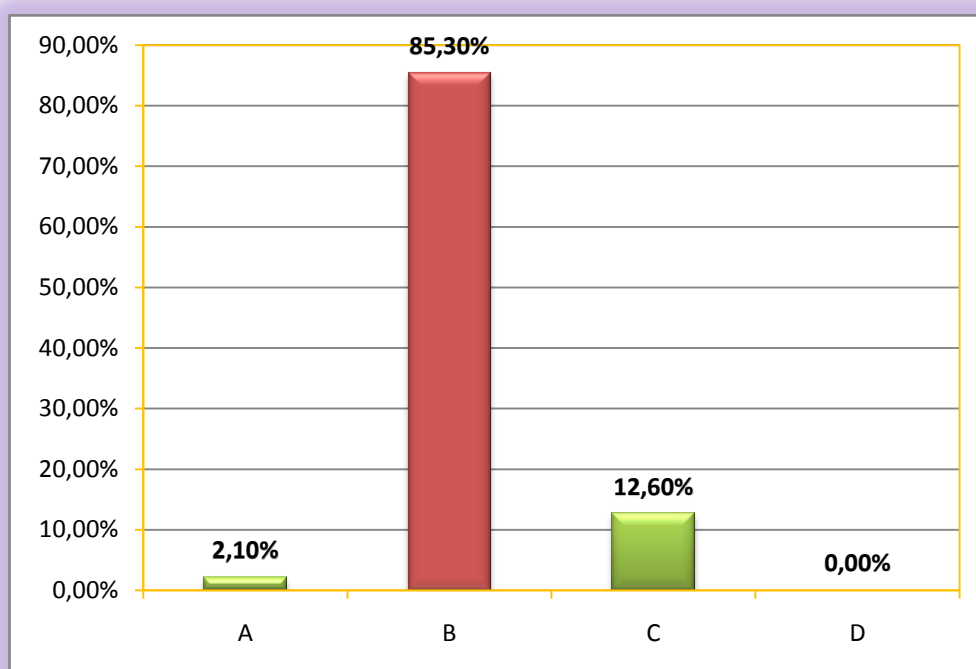
Na položku č. 17 znázorněnou tabulkou č. 21 a převedenou do grafu č. 21 jsem použila škálu Ano, jsem si vědom/a – Ne, nejsem si vědom/a – Nevím, protože si myslím, že mezi odpovědi ne a nevím by mohli být rozdíly. Možnost ano uvádí 48 respondentů (50,5%). Ne uvádí dohromady 28 respondentů (29,5%) a 19 dotazovaných (20%) uvedlo, že neví. Možnost ne, nejsem si vědom/a s možnými komplikacemi s celkovým počtem 28 respondentů (29,5%) bych chtěla vyzdvihnout – Informovanost je v dnešní době téměř na prvním místě.

## Vyhodnocení položky č. 18

Tabulka č. 22 – Jaká komplikace, kterou sebou přináší vředové onemocnění, sem nepatří?

	ni	f <sub>i</sub> (%)
A	2	2,1
B	81	85,3
C	12	12,6
D	0	0,0
Celkem	95	100,0

Graf č. 22 - Jaká komplikace, kterou sebou přináší vředové onemocnění, sem nepatří?



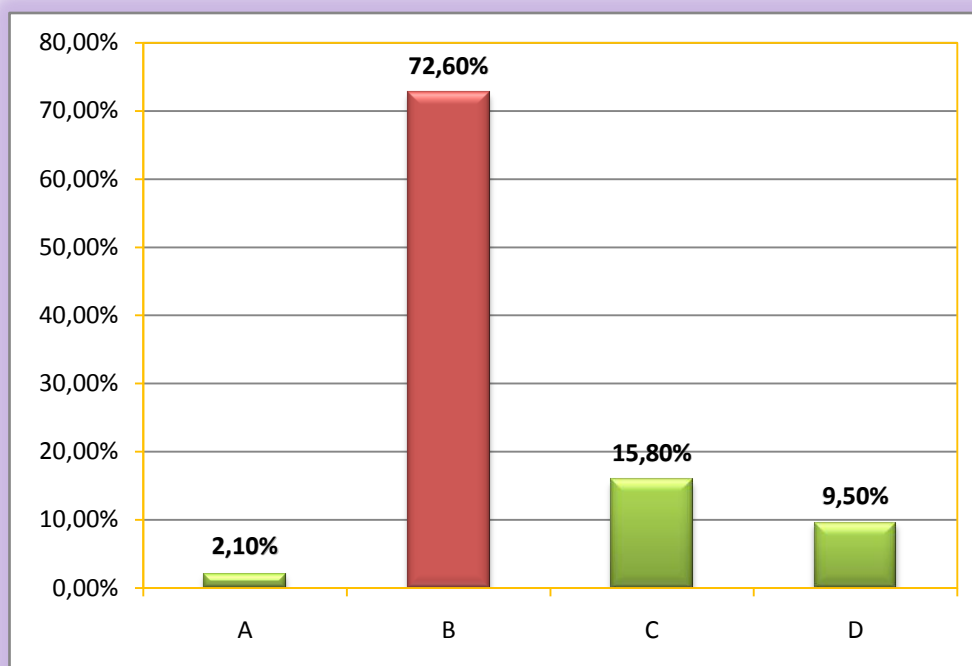
U položky č. 18 je správnou odpovědí B, otok jícnu, na kterou odpovědělo 81 respondentů (85,3%). Na druhém nejpočetnějším místě se objevila odpověď C tedy zvracení krve a to odpovědí 12 respondentů (12,6%). Odpověď A, proniknutí vředu k sousedním orgánům označili pouze 2 respondenti (2,1%). Možnost odpovědi D - bolest břicha, neoznačil ani jeden respondent (0,0%).

## Vyhodnocení položky č. 19

Tabulka č. 23 – U vředového onemocnění zažívacího traktu se může vyskytnout černá mazlavá stolice, která nepříjemně zapáchá. Víte, co to může znamenat?

	ni	fi (%)
A	2	2,1
B	69	72,6
C	15	15,8
D	9	9,5
Celkem	95	100,0

Graf č. 23 - U vředového onemocnění zažívacího traktu se může vyskytnout černá mazlavá stolice, která nepříjemně zapáchá. Víte, co to může znamenat?



U položky č. 19 zaznačilo 26 respondentů (27,4%), kteří mají potvrzenou diagnózu vředového onemocnění zažívacího traktu z celkového počtu 95, jinou možnost než příznak krvácení vředu, tedy možnost B.

Správně odpovědělo 69 respondentů (72,6%). Možnost A označili 2 respondenti (2,1%) a možnost odpovědi C, tedy vřed se mi zhojil a stolicí se vylučuje, označilo 15 respondentů (15,8%). Poslední možností, tedy díky vředu se mi vylučuje více žluče, a díky tomu je stolice černá označilo 9 respondentů (9,5%).

## 11 DISKUSE

Bakalářská práce je věnována tématu vředové choroby žaludku a duodena. Hlavním cílem bylo zmapovat informovanost pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou a zjistit, jaké jsou znalosti dotazovaných klientů v této problematice. S těmito lidmi se velmi často setkáváme jak ve zdravotnických zařízeních, tak mimo nich, ve svém okolí. Mou inspirací byli zejména příbuzní, kteří trpí tímto onemocněním, a kteří mi předali spoustu svých názorů a pohledů na celkové vředové onemocnění.

Mezi okruhem, jsem našla tři podobné práce, které se přímo problematikou informovanosti nezabývají, ale monitorují život s vředovou chorobou. První je od Tylajkové Lenky, která ve své bakalářské práci zkoumala kvalitu života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, 2013. Druhou prací je život s vředovou chorobou gastroduodena od Dřevíkové z Masarykovy Univerzity, 2007 a třetí práce je od Hesounové Ilony z Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích, 2011, jejíž hlavním cílem bylo zjistit, zda pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena dodržují režimová opatření. I když cíle prací nebyly konkrétně zaměřeny na informovanost pacientů s vředovou chorobou gastroduodena, snažila jsem se alespoň v malé míře bakalářskými pracemi inspirovat a porovnat je s tou svou v oblastech, které monitorovali informovanost pacientů s diagnostikovanou vředovou chorobou.

Metodou pro kvantitativní výzkumné šetření byl dotazník, který byl složen z 19 položek. První 4 položky mají identifikační charakter. V převážném počtu 54 (56,8%) se výzkumného šetření zúčastnili muži. Ženy byly v zastoupeném počtu 41 (43,1%).

Rozdělení respondentů dle věku ukazuje největší zastoupení ve věkové kategorii 40 – 49 let, 30 respondentů (31,6%), na druhém nejpočetnějším místě je věková kategorie v rozmezí 50 – 59 let, kam spadá 26 tázaných respondentů (27,4%). Třetí početné místo obsadila věková kategorie 60 – 69 let, 20 respondentů (21,1%), ve čtvrtém pořadí je věková kategorie 30 – 39 let, 10 respondentů (10,5%), pátou je věková kategorie 20 – 29 let, 5 respondentů (5,3%) a nejméně početnou kategorií je 70 – 79 let, kam jsou zařazeni 4 respondenti (4,2%). V literatuře jsou velká rozmezí, která nelze shrnout, obecně výskyt však s věkem stoupá. Výsledky také potvrzují skutečnost, že vředová choroba postihuje pacienty zejména v produktivním věku, což uvádí také Dobiáš (2007).

Mačák (2012) uvádí, že výskyt peptických vředů se objevuje v poměru duodenum : žaludek 4 : 1. Z mého celkového výzkumného vzorku 95 respondentů nelze výsledek porovnávat s literaturou, protože není dostačující k počtu výskytu celé populace, a i to je důvodem, proč je analýza tohoto výsledku od literatury odlišná. Z celkového počtu 95 je postiženo 69 respondentů (72,6%) vředovou chorobou žaludku a 26 respondentů (27,4%) je postiženo vředovou chorobou duodena. Výskyt vředové choroby vychází, že v průběhu života onemocní peptickým vředem přibližně 10% populace. Kdyby vzorek činil počet 1 000 000 respondentů např. na celou Českou republiku, výsledek poměru vředové choroby žaludku a duodena by byl zcela odlišný.

Poslední dotazovaná otázka v rámci identifikace, měla za cíl zjistit dobu trvání onemocnění. Pomocí uzavřené techniky měl každý respondent zakroužkovat jednu jemu nejbližší variantu z možných odpovědí. První skupinu, tedy možnost méně jak půl roku označilo 24 respondentů (25,3%). Jednalo se o druhou nejpočetnější skupinu v pořadí. Druhá skupina udávala dobu trvání onemocnění v rozmezí 0,5 – 2 roky, kam je zařazeno 11 respondentů (11,6%) z celkového počtu 95. Zde se jednalo o nejméně početnou skupinu čtvrté položky. Další možností bylo rozmezí trvání onemocnění 3 – 5 let, kterou označilo 14 respondentů (14,7%). Předposlední kategorii, jsem ohraničila čísly 6 – 8 let, kam spadá 13 účastníků výzkumu (13,7%). Poslední pátá kategorie od 8 a více let zahrnuje nejvyšší počet respondentů s celkovým počtem 33, tedy 34,7%. V porovnání s bakalářskou prací od Dřevinkové (2007), která vyčlenila kategorie doby trvání choroby v letech 0,5 – 2, 3 – 5, 6 – 10, 11 – 19, 20 – 29, 30 – 39, 40 – 49, 50 a více, byla nejpočetnější skupina 6 – 10 let a hned za ní 11 – 19 let. V daných okolnostech jde o shodu, která však nelze přesně potvrdit, protože moje nejvyšší ohraničená věková kategorie činila 8 a více let. Na straně druhé v porovnání s bakalářskou prací od Hesounové (2011), která vyčlenila své věkové kategorie doby trvání onemocnění na méně než jeden rok, 1-5 let, 6 – 10 let, 11 – 20 let, 21 let a více, byla její nejpočetnější skupina v rozmezí 1 – 5 let a to ve výrazných 46%. Toto porovnání je velice diskutabilní a není zde možné stanovit si jasný závěr v době trvání vředové choroby. Vzhledem k tomu, že rozdíl mezi prací Dřevinkové (2007) (u které do kategorie 0,5 – 2 roky spadalo 14 respondentů a v kategorii 3 – 5 pouze 9 respondentů, tedy z jejího celkového počtu 87 respondentů kategorie 0,5 – 2 činila 16,1% a kategorie 3 – 5 činila 10,4%) a Hesounové (2011) je čtyřletý, možné výsledky mohou být ovlivněny i stále se zdokonalovanou medikamentózní terapií. Však nejsem si jistá, zda čtyři roky pro takovýto vzrůst není přece jen málo. Kdybych svou práci měla porovnat

čistě jen s prací Hesounové (2011), shoda v ohraničených letech 0,5 – 2, 3 – 5 let u mojí práce (kdybych je dala dohromady, činili by 25 respondentů, tedy 26,3%) a 1 – 5 let u práce Hesounové (2011) by zde byla. Nejvyšší kategorií doby trvání onemocnění je tedy v rozmezí 0,5 – 2 roky a 8 a více let. Avšak s přibývajícím věkem u práce Hesounové (2011) doba vředové choroby klesá, což u mých výzkumných výsledků říct nelze. Zde bych mohla argumentovat i s možným vyšším aritmetickým průměrem věku (který u mého výzkumu vyšel na 49 let), než činí u Hesounové (2007), což by ukazovalo i na menší výskyt vředové choroby u mladších lidí, ale to je opět vzhledem k omezeným výsledkům diskutabilní.

Další položky 5 - 19 tvoří vlastní část dotazníku a směřují k uvedeným cílům. K cíli č. 1, který mněl za úkol zjistit informovanost klientů o samotném vředovém onemocnění zažívacího traktu se vztahovaly položky 5 - 9.

Největší podíl respondentů – 78 (82,1%) – označoval vředovou chorobu jako slizniční defekt, který vzniká v dosahu působení žaludeční šťávy a proniká přes svalovou sliznici. 12 respondentů (12,6%) si myslelo, že vředové onemocnění je slizniční defekt, který vzniká nezávisle na působení žaludeční šťávy a proniká přes svalovou sliznici a zbylých 5 účastníků (5,3%) označilo možnost definice vředového onemocnění jako slizniční defekt, který vzniká při zvýšeném počtu krevních destiček a přes svalovou sliznici neproniká. Vyhodnocení položky týkající se definice vředového onemocnění považuji za dostatečné.

Že má na vznik vředové choroby nejzásadnější vliv kyselina chlorovodíková, bylo známé 75 respondentům (78,9%). Pankreatická šťáva se neřadí k agresivním faktorům, přesto ji 10 respondentů (10,5%) umístilo na druhé nejpočetnější místo, nicméně se značně nižším počtem oproti kyselině chlorovodíkové. Dalších 6 respondentů (6,3%), uvádí, že nejzásadnější vliv na vznik vředové choroby, má odolnost vůči stresu. Existuje mnoho mýtů kolem peptických vředů. Ve společnosti je termín vředová choroba častokrát spojován se stresem, však tento údaj není zcela pravdivý. Podle výzkumu, který byl zveřejněn v roce 2007 v American College of Gastroenterology, vředy nejsou způsobeny emocemi „stresem“ nebo obavami. Ukázalo se však, že existující vřed, se díky stresu může zhoršovat. Existuje typ stresových vředů, kde významnou roli hraje omezení perfúze žaludeční stěny a tím snížení viability a ochranných funkcí epitelové vrstvy, však ty se vyskytují při šoku - popáleniny, polytraumata, krvácení (Dobiáš, 2012).

Další početnou možností uváděli genetickou dispozici, a to v počtu 3 účastníků. Jelikož jsem se během života setkávala a stále se setkávám s názory, že když se v rodině vyskytne nějaké onemocnění, lidé si vždy automaticky říkají „to budu mít také, to máme v rodině“, očekávala jsem výsledky genetické dispozice poměrně vyšší. V literatuře se kromě několika nepřímých indicií nepodařilo genetický základ vředového onemocnění přímo dokázat, proto bych ráda vyzvedla tvrzení, které udává Škarda (2013), ten mluví o genetické dispozici celkově u všech nemocí. Jedná se o povzbuzující fakt, že každý novorozenec nemá vyvinutou nespecifickou ani specifickou imunitu, ale s prvním kojením dostává od matky ty nejlepší protilátky, které jsou pro generace naspořené tak, aby byl chráněn vůči vším možným reakcím, se kterými se potkal minimálně čtyři generace dozadu. Proto není zapotřebí nad sebou vyhlášovat „tuto nemoc budu mít také, protože jí má můj dědeček“.

Nejméně početnou odpověď, tedy že nejzásadnější vliv na vznik vředové choroby má imunitní systém si myslí pouze 1 respondent (1,1%). Celkově tuto položku hodnotím za znalou a dostatečnou.

Další zkoumanou otázkou, která je vzhledem k informovanosti nemocných poměrně důležitým faktem, jsou příznaky onemocnění jak u vředové choroby žaludku, tak duodena. Při tvoření těchto otázek jsem předpokládala, že klientům budou blíže známy příznaky vředové choroby žaludku, nicméně lepších výsledků v těchto otázkách dosáhly příznaky u vředové choroby duodena, kde na grafu č. 10 můžeme vidět značný kontrast správných odpovědí od těch špatně uvedených. Vzhledem k tomu, že respondenti v položkách mohli uvést více jak jeden příznak onemocnění, je uveden pouze výskyt jednotlivých možností. Jak u položky, která zkoumala typické příznaky vředové choroby žaludku, tak u položky, která zkoumala typické příznaky vředové choroby duodena, jsem zvolila stejný typ možných odpovědí. Prvním příznakem, který respondenti mohli uvést, byla bolest břicha v noci. Tento příznak je typický u vředové choroby duodena, kde ho označilo 79 respondentů (83,2%). Zde je informovanost na velmi slušné úrovni, ale stejnou odpověď označilo i 39 respondentů (41,1%), že se jedná o typický příznak u vředové choroby žaludku, což je též poměrně vysoké procento respondentů. Druhou možností jsem uvedla typický příznak pro vředovou chorobu žaludku, tedy bolest břicha po jídle. Zde odpovědělo správně 60 respondentů (63,2%) a 18 (18,9%) uvedlo, že se jedná o příznak vředové choroby duodena. Možnost bolest břicha nalačno, která je typická u vředové choroby duodena označilo správně 81 respondentů (85,3%), což byla v pořadí nejpočetnější správná odpověď u možností

příznaků duodena a 32 respondentů (33,7%) si myslí, že se jedná o příznak vyskytující se u vředové choroby žaludku. Tyto první tři možnosti, které jsou zaměřeny na výskyt bolesti, vycházeli v rozpačitých číslech. Z výzkumu je jasné, že respondenti si u vředové choroby žaludku nejsou zcela jisti, kdy se bolest vyskytuje, a i když správná odpověď z těchto tří byla nejpočetnější, nejedná se o moc viditelný rozdíl oproti možnostem, které respondenti uvedli chybně. Čtvrtou možností byla nevolnost, která je typická jak u vředové choroby žaludku, tak duodena. U žaludku byla uvedena 81 respondenty (85,3%) a 73 respondenty (76,8%) byla uvedena u duodena. Zde vyšli velice slušná čísla, ale není se čemu divit. Nevolnost u vředové choroby je poměrně známý a obecný příznak. Možnost další v pořadí je uveden typický příznak pro vředovou chorobu žaludku a jedná se o sníženou chuť k jídlu. Zde se umístilo nejvíce početně správných odpovědí u příznaků žaludku v počtu 89 respondentů z 95, což činí krásných 93,7%. Respondentů, kteří tuto možnost uvedli jako příznak u vředové choroby duodena je 12 (12,6%). Velice dobrého výsledku docílila i možnost zhoršení potíží souvisejících se sezónním obdobím (jaro, podzim). Zde si myslí pouhých 7 respondentů (7,4%), že se jedná o typický příznak vředové choroby žaludku a 84 respondentů, tedy 88,4% (jednalo se o nejpočetnější odpověď u příznaků duodena) odpovědělo správně. Pálení žáhy je typickým příznakem u vředové choroby duodena. Tuto správnou odpověď označilo z 95 respondentů 80, (84,2%) a 11 respondentů (11,6%) uvádí, že pálení žáhy je typickým příznakem u vředové choroby žaludku. Zvracení kyselých žaludečních šťáv, je typické u vředové choroby duodena a správně tuto možnost označilo 78 respondentů (82,1%). Však 29 respondentů tento příznak označilo i u vředové choroby žaludku, což 30,5% není zas tak málo. Zvracení špatně strávené stravy se vyskytuje u vředové choroby žaludku. Zde stejně jak u výskytu bolesti mi dobře uvedené možnosti nepřišli zcela jednoznačné. Správně tuto možnost označilo 59 respondentů (62,1%) a 9 respondentů (9,5%) je přesvědčeno, že se jedná o typický příznak vředové choroby duodena. Pro přehlednost položek 7 a 8, které zkoumali informovanost nemocných v oblasti vyskytujících se příznaků, je vidět, že hodnoty kolísaly zejména u příznaků vředové choroby žaludku a to nejvíce v oblasti výskytu bolesti a zvracení. Vzhledem k tomu, že respondentů s vředovou chorobou žaludku se zúčastnilo více než s vředovou chorobou duodena (žaludek 69 respondentů; duodenum 26 respondentů), jsou výsledky zajímavé.

Ve výzkumu jsem zkoumala také základní informovanost o *Helicobacteru Pylori* a to opravdu pouze v základní míře. Otázka byla položena v tomto znění: Mezi agresivní

faktory vředové choroby zažívacího traktu se řadí i přítomnost jedné bakterie. Víte, o kterou bakterii se jedná? Uvedeny byly pouze tři možnosti a to: Pylori Rickettsia, Helicobacter Pylori a poslední možností mohli respondenti uvést, že tuto informaci už někde slyšeli, ale nevzpomínají si. Správnou možnost Helicobacter Pylori označilo z 95 respondentů 81 (85,3%). Znalost v této položce, není nijak překvapující. Jedná se o informaci, která by měla být jasná každému nemocnému s diagnostikovanou vředovou chorobou. Možnost Pylori Rickettsia označili pouze 2 respondenti (2,1%). Poslední možnou odpovědí, tedy že informaci někde slyšeli, ale nevzpomínají si, uvedlo 12 respondentů (12,6%). Informovanost týkající se bakterie Helicobacter Pylori hodnotím za znalou.

K Cíli č. 2, který zjišťoval informovanost klientů o vzniku možných komplikací a léčbě, se vztahují položky 10 – 19.

Zda li pacienti jeví aktivní zájem o nové trendy a doporučení v léčbě jsem zjišťovala položkou č. 10. Poměrně vysoké číslo se objevilo, že se respondenti o trendy nezajímají, a to v počtu 52 respondentů (54,7%), tedy více jak polovina. Zbýlých 43 účastníků výzkumu (45,3%) se o trendy zajímá. I když bych ráda viděla výsledky zcela jiné, v dnešní době nejsou nijak neočekávatelné a v porovnání s bakalářskou prací od Dřevíkové (2007) se výsledky potvrzují. V jejím výzkumu se o nové trendy nezajímá až 62,1% pacientů s diagnostikovanou vředovou chorobou, což ukazuje na velmi pasivní přístup klientů.

Na prvním místě v získávání informací figuruje lékař v počtu 52 respondentů (54,7%) a na druhém s počtem 49 respondentů (51,6%) se umístil internet. Ze zbylých možností pak ještě vyniká zdravotní sestra s počtem 14 respondentů (14,7%) a leták/brožurka/kniha s počtem 12 ti respondentů (12,6%). Lékař je velice důvěryhodným zdrojem informací na rozdíl od internetu, kde mohou být zdroje i nepřesné a laické, proto je důležité při každém shánění informací si ověřit internetový odkaz, ze kterého je čerpáno, aby nedocházelo ke klamným informacím, které se poté mohou odrazit i na celkovém pohledu klienta k onemocnění a následně na jeho zdravotním stavu.

Na dotaz zda respondent zná názvy svých léků, uvedlo ano + správný lék 64 respondentů (67,4%). 13 respondentů (13,7%) nezná název svého léku a 18 účastníků (18,9%) léky vůbec neužívá. Nejčastějším užívaným lékem byl Helicid. Z 95 respondentů 62 (65,3%) také uvedlo, že zná nějaký lék, který je pro něj kontraindikovaný a 33 (34,7%) respondentů uvedlo, že kontraindikovaný lék nezná.

Nejčastějším uvedeným kontraindikovaným lékem byl Ibuprofen. Nesteroidní antirevmatika patří celosvětově mezi nejpoužívanější léky a Marek (2006, s. 195) uvádí, že podle některých statistik dokonce vředové léze polékové převládají nad vředovými lézemi spojenými s přítomností infekce *Helicobacteru pylori*. V této oblasti považují informovanost klientů za nedostatečnou.

Nedostatek znalostí respondentů spatřuji také v oblasti základních informací o inhibitech protonové pumpy. Vzhledem k tomu, že jsou v současné době neúčinnějšími léky na vředovou chorobu, by ani v této oblasti respondenti s diagnostikovanou vředovou chorobou neměli mít značnou neznalost, a proto jsem položkou č. 14 zkoumala, zda účastníci vědí, jaký je jejich účinek. Správnou odpověď, že potlačují tvorbu kyseliny chlorovodíkové, uvedlo 60 respondentů (63,2%). Na druhém místě se umístila možnost, že inhibitory protonové pumpy nemají vliv na kyselinu chlorovodíkovou v počtu 22 respondentů (23,2%) a zbylé dvě varianty, podporují tvorbu kyseliny chlorovodíkové a možnost nikdy o inhibitech protonové pumpy neslyšeli, skončili s velice podobnými čísly. Téměř 40% respondentů odpovědělo chybnou možností.

Otázka týkající se znalosti v oblasti konzumace mléčných výrobků, bývala kamenem úrazu. Mléčné výrobky stimulují tvorbu kyseliny chlorovodíkové, kvůli vysokému obsahu proteinů, proto se jejich konzumace u vředové choroby nedoporučuje. Správně odpověď uvedlo 59 respondentů (62,1%) a 36 účastníků (37,9%) si myslí, že se doporučují. Respondenti s odpovědí ano, nejčastěji argumentovali tím, že mléčné výrobky snižují kyselost žaludku, zklidní žaludeční sliznici, nebo kyselost neutralizují. Podobných výsledků jsem se domnívala, protože během vypracování teoretické části pro mne tato informace byla taktéž nová. Od dětství jsem měla automaticky vsugerované od babiček, že na žaludek je nejlepším lékem mléko, proto mě ani nenapadlo, že by se u vředového onemocnění jednalo o nějakou výjimku.

Položka 16tá v pořadí monitorovala informovanost respondentů v oblasti nápojů, které se u vředového onemocnění nedoporučují. Do možností odpovědí jsem zařadila pět nápojů, které se u diagnostikovaného vředového onemocnění zažívacího traktu nedoporučují, tudíž aby respondent odpověděl správně, musel zaškrtnout poslední šestou možnost, tedy všechny možnosti jsou správné. Výsledky z této položky hodnotím za dostatečné. 83 respondentů (87,4%) označilo, že všechny možnosti jsou správné. Na druhém místě se umístila Coca Cola, kterou označilo 5 respondentů (5,3%), poté víno,

které označili 4 účastníci (4,2%), černou kávu označil pouze 1 respondent (1,1%) a s nulovým počtem (0,0%) zůstal Tonik, který neoznačil žádný respondent.

Na otázku zda si jsou respondenti vědomy možných rizik a komplikací, která sebou přináší vředové onemocnění zažívacího traktu, odpovědělo 48 respondentů (50,5%) možností ano. Ne, uvádí dohromady 28 respondentů (29,5%) a 19 účastníků (20%) neví, zda si jsou vědomy možných rizik a komplikací, která sebou přináší vředové onemocnění zažívacího traktu. V porovnání s bakalářskou prací od Dřevíkové (2007), kde zná možná rizika a komplikace 46 respondentů (52,8%), 45 respondentů (51,7%) je nezná a možnost nevím označilo 11 respondentů (12,6%), vychází velice podobná čísla. Stejně shodné výsledky jsou v porovnání i s bakalářskou prací od Tylajkové (2013), kde z 83 respondentů zná možné komplikace 40 účastníků (48%) a 43 respondentů (52%) uvedlo, že možné komplikace vředové choroby nezná. I když v dnešní době klesá výskyt komplikací, znalost v této problematice by neměl podceňovat žádný pacient s diagnózou vředového onemocnění zažívacího traktu.

Další položky tj. 18 a 19 se týkají zcela základních komplikací, které by měli být známé nejen pacientům s diagnózou vředové choroby, ale v základním rozsahu i laické společnosti. Bohužel analýza těchto výsledků, stejně jako analýza výsledků u předchozí položky není vzhledem k informovanosti dostačující. Zda respondenti vědí, jaká z uvedených možností nepatří mezi komplikace vředového onemocnění, bylo zjišťováno položkou č. 18. Mezi možnosti jsem zařadila proniknutí vředu k sousedním orgánům, tj. penetraci, zvracení krve, bolest břicha a poslední fiktivní možnost jsem uvedla otok jícnu. Největšího čísla dosáhla správná odpověď otok jícnu a to v počtu 81 respondentů (85,3%). Celkový počet 81 respondentů z celkového počtu 95 je velice slušný výsledek, avšak vzhledem k daným komplikacím, které byli v možnostech uvedeny, hodnotím tento výsledek za slabý a to z toho důvodu že ze zbylých 14 ti respondentů (14,7%) označilo 12 respondentů, tj 12,6% možnost zvracení krve. Krvácení vředu je nejčastější komplikací vředu a je příčinou zhruba 50% krvácení z horní části trávicího traktu vůbec, nehledě na okolnost, že výzkumný vzorek byl tvořen pouze respondenty s diagnostikovanou vředovou chorobou zažívacího traktu. Podobným způsobem bych se opakovala v položce 19, která byla opět zaměřena na krvácení vředu, avšak projevující se melénou. Zde na otázku co může znamenat výskyt černé mazlavé stolice, která nepříjemně zapáchá, označilo 26 respondentů (27,4%) jinou možnost, než příznak krvácení vředu.

## NÁVRHY PRO PRAXI

Informovanost pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou obsahuje široké oblasti metod, rad, doporučení, postupů, které se neustále vyvíjí a rozšiřují o nové poznatky. Klienti dostávají mnoho informací od lékařů, kteří jsou bez pochyby nejdůvěryhodnějším zdrojem informací, ať už v oblasti teoretických znalostí či praktických zkušeností. Však k tomu, aby pacient udržel krok, je nezbytná edukace souvislá, kdy klient má být především společník ošetrovatelského týmu. Velké procento pacientů, však tuto skutečnost zcela obchází a o nové trendy a doporučení v léčbě vředového onemocnění trávicího traktu se nezajímají.

Z mého průzkumu vyplynulo, že respondenti nemají zcela jednoznačné znalosti v poměrně základních oblastech, které by pro klienty měli být nedílnou součástí.

Podmínkou pro zlepšení situace pacientů s onemocněním vředové choroby trávicího traktu, která se projevuje rozpačitou informovaností je podávat co nejsrozumitelnější informace. Vůbec není špatné mít v ambulancích nebo nemocnicích odkazy na edukační centra, kde by mohli přisedět i rodinný příslušníci a podílet se tak na navrácení zdraví svých blízkých.

Pozitivní vliv na informovanost pacientů v této oblasti by mohla mít i rozšířená skupinová výuka, s přisedajícím týmem odborníků, kde by spolupracoval lékař, psycholog, nutriční terapeut, sestra a další vyškolení pracovníci zabývající se touto problematikou. Výuka by samozřejmě byla otevřená pro více pacientů s diagnózou vředové choroby, kde by mohli vzájemně sdílet své zkušenosti a přitom by získávali nové znalosti o svém onemocnění od profesionálních pracovníků. Současně by se jednalo i o psychickou podporu, kdy pacient najednou vidí, že není sám, koho toto onemocnění sužuje.

Na škodu by nebylo ani využít elektronickou formu k větší informovanosti klientů. Mohl by být založen klub, který by nesl název vztahující se ke skupině nemocných s vředovou chorobou, kam by byl dobrovolně zaregistrován každý nový diagnostikovaný pacient s tímto onemocněním. Pomocí elektronického klubu by se pak mohl nenáročně a anonymně sdílet se svým onemocněním s ostatními členy a zároveň by díky multidisciplinárnímu týmu, odborně vyškolenými pracovníky byl kontinuálně informován o novinkách, trendech, doporučeních, postupech, režimech, léčbě a spoustu dalších souborech, které spadají pod širokou škálu informovanosti pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.

## 12 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala informovaností pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. U málokteré choroby, se kterou se v praxi můžeme setkat, došla za posledních 10 let k tak veliké změně. Léčba vředové choroby učinila v posledních letech velké pokroky, nicméně stále se jedná o onemocnění, které se v populaci vyskytuje poměrně často, tudíž ji nelze podceňovat, i když se možná na prvním místě tak nejeví. Postižení lidé tímto onemocněním, jsou ovlivněni kvalitou života a jsou ohroženi závažnými komplikacemi. Znalost alespoň základních informací o samotném vředovém onemocnění, užívaných lécích, možné chirurgické terapii, režimovém či dietním opatření, je vzhledem k těmto skutečnostem samozřejmostí a nezbytnou součástí každého nemocného s diagnostikovanou vředovou chorobou zažívacího traktu. Výsledky mého výzkumu jsou sice shrnuty a rozděleny do skupin, avšak za jakýmkoliv názorem je důležité vidět toho konkrétního jedince, který je tímto onemocněním sužován.

V teoretické části jsem se snažila podat ucelené informace o charakteristice vředového onemocnění, jeho klasifikaci, etiologii, rizikových faktorech, prevenci, klinickém obrazu i diagnostice. Dále jsem se zaměřila na ošetřovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou zažívacího traktu a samozřejmě i na léčbu či komplikace, kde uvádím také statistiku o počtu hospitalizovaných pacientů s vředovou chorobou gastroduodena v ČR i statistiku o počtu nemocných s vředovou chorobou žaludku v letech 2004 - 2011, kteří museli podstoupit operaci.

V praktické části jsem si stanovila několik cílů, kterých se mi podařilo docílit. Výsledná data ukazují, že pacienti jsou nejméně informováni v oblasti možných komplikací a příznacích vředové choroby. Ovšem ani informovanost týkající se farmakoterapie a režimových opatření není zcela uspokojivá. Pacienti mají znalosti o samotné charakteristice vředového onemocnění, vědí vředovou chorobu správně definovat, není jim neznámá ani bakterie *Helicobacter pylori*, vliv kyseliny chlorovodíkové na vznik vředové choroby také není respondentům cizí a uspokojivá je i znalost ohledně nápojů, které se u vředové choroby nedoporučují.

Dále analýza výsledků ukazuje na poměrně pasivní přístup pacientů k onemocnění, kdy se o nové trendy v léčbě nezabývá ani polovina účastníku mého výzkumu, což potvrzuje i bakalářská práce od Dřevinkovské (2007), která ve svém výzkumu docílila

podobných výsledků - informovanost nemocných je ve značné míře ovlivněna i jejich přístupem k onemocnění.

## 13 LITERATURA

1. American College of Gastroenterology. Peptic Ulcer Disease. *American College of Gastroenterology. Advancing gastroenterology, improving patient care.*[online]. ©2013 [cit. 2013-11-25]. Dostupné z: <http://patients.gi.org/topics/peptic-ulcer-disease/>
2. DÍTĚ, Petr. Vředová nemoc žaludku a duodena. Praha: Galén, 2000. 111 s. ISBN 80-7262-079-7
3. DÍTĚ, P. et al. Vnitřní lékařství. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2005, 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6
4. DÍTĚ, P. Vředová choroba žaludku a dvanáctníku, současné léčebné trendy. *Interní medicína pro praxi*, 2006, roč. 8, č. 5, s. 232
5. DÍTĚ, P. a kol. Rabeprazol – blokátor protonové pumpy 2. generace. *Interní medicína pro praxi* [on-line]. 2013, 15(5), s. 179-183 [vid. 2013-10-02]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/05/10.pdf>
6. DOBIÁŠ, Martin. Patofyziologie peptického vředu. [on-line] © 2012 [cit. 2013-10-24]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki2/?p=4379>
7. DŘEVINKOVÁ, J. Život s vředovou chorobou gastroduodena. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Doc. MUDr. Pavel Weber. Univerzita Masarykova v Brně, Lékařská fakulta, 2007.
8. DYLEVSKÝ, Ivan., TROJAN, Stanislav. Somatologie (2). *Učebnice pro střední zdravotnické školy*. Praha: Avicenum, 1990. 311 s. ISBN 80-210-0063-6
9. DYLEVSKÝ, Ivan. Základy anatomie. Praha: Triton, 2006. 271 s. ISBN 80-7254-886-7

10. DYLEVSKÝ I. Funkční anatomie. Praha: Grada, 2009. 532 s.  
ISBN: 978-80-247-3240-4
11. Edukace. *Edukace* klienta s vředovou chorobou gastroduodena. [on-line]. © 2013  
*MultiMedia SoftWare* [cit. 2013-09-10].  
Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=5>
12. FORREST JAH, Finlayson ND, Shearman DJC. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974, s. 294 – 397.
13. FÖLSCH, U.R., KOCHSIEK, K., SCHMIDT, R.F. Patologická fyziologie.  
Praha: Grada, 2003. 586 s. ISBN: 80-247-0319-X
14. GALENUS, Institut. *Žaludek. Trávení, trávicí ústrojí, žaludek*. [on-line]. 2013 ©  
design Koka. [cit. 2013-11-19]. Dostupné z: <http://galenus.cz/index.php>
15. HERDMAN, Heather. Ošetřovatelské diagnózy definice a klasifikace. Praha:  
Grada, 2010, 456 s. ISBN 978-80-247-3423-1
16. HESOUNOVÁ, I. Dodržování režimových opatření u pacientů s vředovou  
chorobou žaludku a duodena. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Mgr. Lucie  
Rolantová. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální  
fakulta, 2011.
17. HOLUBOVÁ, Adéla., NOVOTNÁ, Helena., MAREČKOVÁ, Jana a kol.  
Ošetřovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii. Praha: Mladá fronta a.s.,  
2013. 267 s. ISBN: 978-80-204-2806-6
18. CHALUPNÁ, P., LUKÁŠ, M. Léčba peptického vředu a refluxní choroby jícnu.  
2004, 01. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Lecba-peptickeho-vredu-a-refluxni-choroby-jicnu/6-L-bX.magarticle.aspx>
19. JUNGWIRTHOVÁ, Anna. Transnazální gastroskopie. *Lékařské listy*. 2012, 09, s.  
21-22.

20. KEIL, Radan a kol. *Gastroskopie. Technika, vyšetření, terapeutické zákroky.* Praha: Maxdorf, 2006, 173 s. ISBN 80-7345-106-9
21. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství. Čtvrté přepracované a doplněné vydání.* Praha: Galén, 2011. 1174 s. ISBN: 978-7262-705-9
22. KOHOUT, Pavel. *Vředová choroba.* Praha: Maxdorf, 2005. 77 s. ISBN 80-7345-077-1
23. LUKÁŠ, Karel a kol. *Gastroenterologie, Diferenciální diagnostika symptomatologie nemocí trávicího traktu.* Praha: Triton, 2003. 292 s. ISBN 80-7254-420-9
24. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a kol. *Gastroenterologie a hematologie: Učebnice.* Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN: 978-80-247-1787-6
25. MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J., DVOŘÁČKOVÁ, J. *Patologie. 2., doplněné vydání.* Praha: Grada, 2012. 347 s. ISBN 978-80-247-3530-6
26. MAREK, Josef a kol. *Farmakoterapie vnitřních nemocí. 3. zcela přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada, 2005. 773 s. ISBN 80-247-0839-6
27. NAŇKA, Ondřej. ELIŠKOVÁ, Miloslava. *Přehled anatomie. 2. doplněné a přepracované vydání.* Praha: Galén Karolinum, nakladatelství Univerzity Karlovy, 2009. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0 (Galén), 978-80-246-1717-6 (Karolinum)
28. NEJEDLÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., *Interní ošetřovatelství I.* Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6
29. NOVOTNÁ, Jaromíra., UHROVÁ, Jana. JIRÁSKOVÁ, Jaroslava. *Klinická propedeutika.* Praha: Fortuna, 2006. 135 s. ISBN 80-7168-940-8

30. PASTOR, J. Vředová choroba gastroduodena. WikiSkripta. Projekt sítě lékařských fakult. 2006. ISSN: 1804-6517. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/V%C5%99edov%C3%A1\\_choroba\\_gastroduodena](http://www.wikiskripta.eu/index.php/V%C5%99edov%C3%A1_choroba_gastroduodena)
31. PAVLATOVÁ, Eva. Kyselina acetylsalicylová - nejrozšířenější lék proti bolesti a teplotě. In: *Ženy.cz* [on-line]. © Mladá fronta a.s. Poslední změna článku: 29. 11. 2009 [cit. 2013-09-27]. Dostupné z: <http://zeny.e15.cz/clanek/zdravi/kyselina-acetylsalicylova---nejrozsirenejsi-lek-proti-bolesti-a-teplote>
32. PERLÍK F. Základy farmakologie. Druhé, přepracované vydání. Praha: Galén, 2011. 182 s. ISBN: 978-80-7262-759-2
33. RADOVIČ, Dušan. Citáty. Azcitaty.cz. [on-line] © 2013 [cit. 2013-11-13]. Dostupné z: <http://azcitaty.cz/dusan-radovic/25757/>
34. ROKYTA, Rychard a kol. Fyziologie. 2. přepracované vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2008. 426 s. ISBN 80-86642-47-X
35. SVOBODA, Pavel a kol. Hepatogenní vředy: *Gastroenterologie a hepatologie*. [on-line] © 2007 [cit. 2013-10-16]. ISSN: 1804-803X. Dostupné z: <http://www.csgh.info/detail.php?stat=278>
36. ŠKARDA, Jozef. Obnova lidského těla. In: mtv [on-line video] © 7. 4. 2013 [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: <http://www.milost.tv/m/mxFicFdBX/audio>
37. ŠTEFÁNEK, Jiří, MUDr. Vředová choroba - žaludek. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK*. [on-line] © 2011 MUDr. Jiří Štefánek, IČO 88318427 [cit. 2013-09-16]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=vredova-choroba-zaludek>
38. ŠTERN, Petr a kol. Obecná a klinická biochemie pro bakalářské obory studia. Praha: Karolinum, 2005, 219 s. ISBN 978-80-246-1025-2

39. ŠVESTKA, Tomislav., LUKÁŠ, Karel. Refluxní choroba jícnu a vředová choroba gastroduodena. Diagnostika a léčba v každodenní praxi. Praha: TRITON, 2002. 207 s. ISBN: 80-7254-309-1
40. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
41. TYLAJKOVÁ, L. Kvalita života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Sedláková. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitních studií, 2013-11-28
42. ÚZIS ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2004*. [online]. Praha: ÚZIS ČR ©2006. [cit. 2013-11-21] ISSN 1210-8731  
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>
43. ÚZIS ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2005*. [online]. Praha: ÚZIS ČR ©2007. [cit. 2013-11-21] ISSN 1210-8731  
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>
44. ÚZIS ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2006*. [online]. Praha: ÚZIS ČR ©2008. [cit. 2013-11-21] ISSN 1803-0130 (1210-8731)  
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>
45. ÚZIS ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2007*. [online]. Praha: ÚZIS ČR ©2008. [cit. 2013-11-21] ISSN 1803-0130 (1210-8731)  
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>
46. ÚZIS ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2008*. [online]. Praha: ÚZIS ČR ©2010. [cit. 2013-11-21] ISSN 1803-0130 (1210-8731)  
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>
47. ÚZIS ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2009*. [online]. Praha: ÚZIS ČR ©2011. [cit. 2013-11-21] ISSN 1803-0130 (1210-8731)  
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>

48. ÚZIS ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2010*. [online]. Praha: ÚZIS ČR ©2011. [cit. 2013-11-21] ISSN 1803-0130 (1210-8731)  
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>
49. ÚZIS ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2011*. [online]. Praha: ÚZIS ČR ©2012. [cit. 2013-11-21] ISSN 1803-0130 (1210-8731)  
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>
50. VALENTA, J. a kol. Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství. Praha: Karolinum, 2003, 235 s. ISBN 80-246-0644-5
51. VITALION.CZ. Nesteroidní antirevmatikum. *Vitalion Lepší informace, lepší zdraví*. [on-line] © 2012 Vitalon.cz. [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: <http://leky.vitalion.cz/nesteroidni-antirevmatikum/>
52. VOKURKA, Martin a spol. Patofyziologie pro nelékařské směry. Praha: Karolinum, 2008. 217 s. ISBN 978-90-216-1561-5
53. WEBAREAL.CZ. Vitamín B12. *Vitamíny a minerály*. [on-line] © 2013 [cit. 2013-09-10]. Dostupné z: <http://www.zdraviok.cz/zdravi/62-VICE-O-ZDRAVI/224-Vitamin-B12>

## PŘÍLOHY

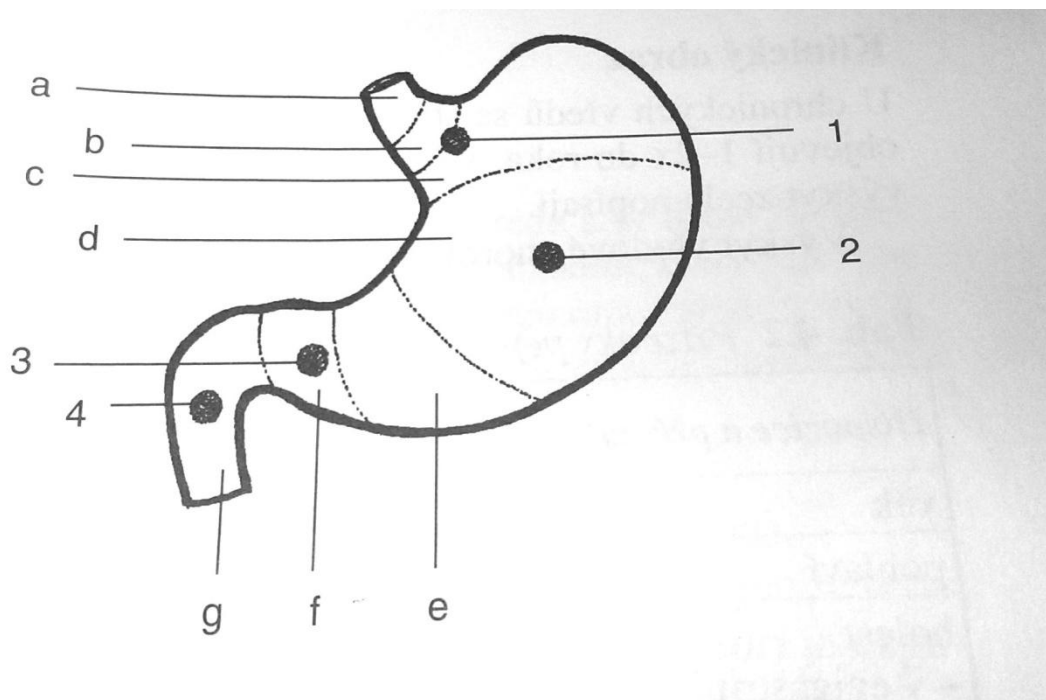
### Příloha A: Lokalizace vředu žaludku a duodena

**a** – jícn, **b** – kardie, **c** – fundus,

**d** – korpus, **e** – antrum, **f** – pylorus

**g** – duodenum

**1** – vřed subkardiální, **2** – vřed mediogastrický, **3** – vřed polyrický, **4** – vřed duodenální



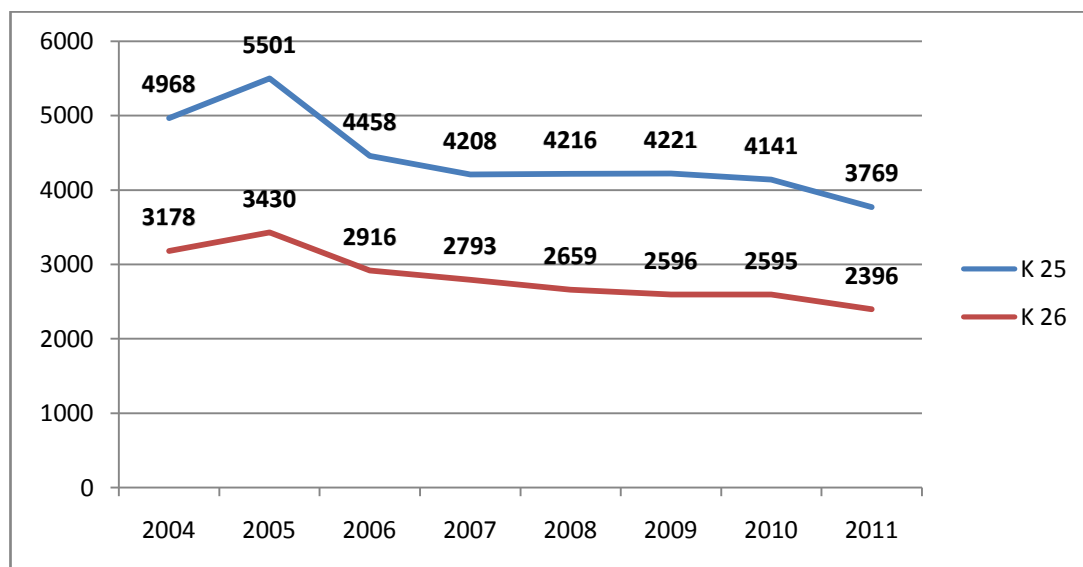
Zdroj: NEJEDLÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., *Interní ošetřovatelství I.* Praha: Grada, 2006. s. 219. ISBN 80-247-1148-6

**Příloha B: Statistické údaje počtu hospitalizovaných pacientů s vředovou chorobou gastroduodena v ČR v letech 2004 – 2011**

*Tabulka č. 2 hospitalizovaní podle dg*

Rok	Vředová choroba žaludku		Vředová choroba duodena	
	Absolutně	Počet zemřelých	Absolutně	Počet zemřelých
<b>2011</b>	3 769	169	2 396	128
<b>2010</b>	4 141	179	2 595	134
<b>2009</b>	4 221	184	2 596	136
<b>2008</b>	4 216	159	2 659	112
<b>2007</b>	4208	166	2793	113
<b>2006</b>	4458	206	2916	129
<b>2005</b>	5501	209	3430	137
<b>2004</b>	4968	218	3178	133

*Graf č. 1 Hospitalizovaní podle dg*

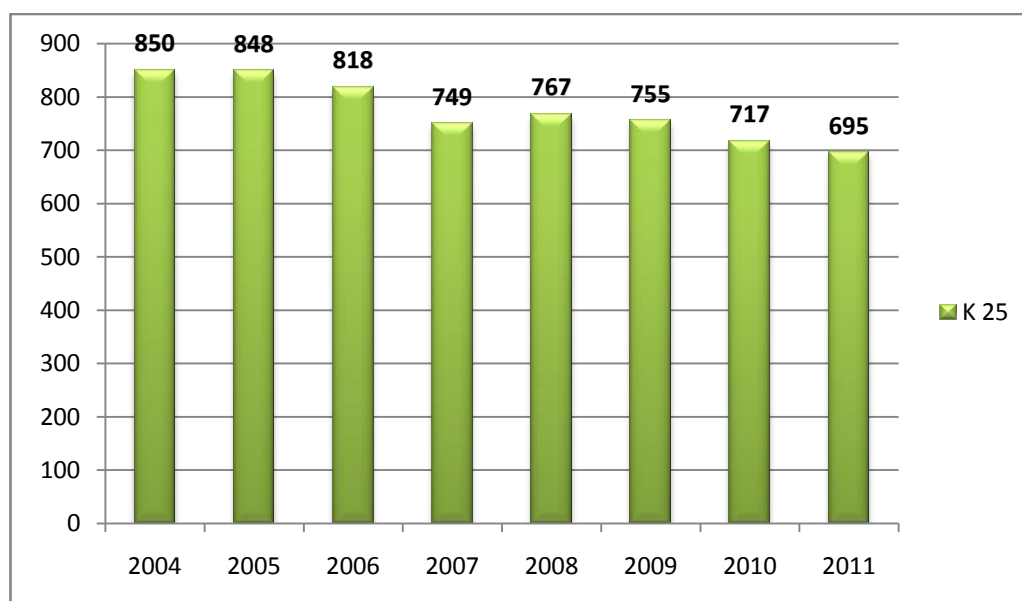


**Příloha C: Statistické údaje počtu operovaných pacientů s vředovou chorobou žaludku v ČR v letech 2004 – 2011**

**Tabulka č. 3 Operování podle dg**

<b>Rok</b>	<b>Vředová choroba žaludku v absolutním počtu</b>
<b>2011</b>	695
<b>2010</b>	717
<b>2009</b>	755
<b>2008</b>	767
<b>2007</b>	749
<b>2006</b>	818
<b>2005</b>	848
<b>2004</b>	850

**Graf č. 2 Operování podle dg**



## **Příloha D: Dotazník**

Vážené respondentky, vážení respondenti.

Jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na 1. LF UK. Tímto Vás Prosím o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Informovanost pacientů/klientů s gastroduodenální vředovou chorobou.

Ráda bych Vás požádala o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast v tomto výzkumu je dobrovolná a samozřejmě vyhodnocení jednotlivých odpovědí je anonymní. Předem děkuji za Vaši spolupráci a čas, který jste si vyhradili pro vyplnění dotazníku.

Stanková Tereza

Pokud nebude uvedeno jinak, kroužkujte u jednotlivých otázek pouze jednu odpověď.

1. Jakého jste pohlaví?

- muž                       žena

2. Kolik je Vám let? (uved'te) \_\_\_\_\_

3. Jaký typ vředového onemocnění zažívacího traktu máte?

- a) vředová choroba žaludku  
b) vředová choroba duodena (tzv. části tenkého střeva)

4. Jak dlouho se léčíte se svým onemocněním?

- a) méně jak půl roku  
b) 0,5 - 2 roky  
c) 3 – 5 roky  
d) 6 – 8 let  
e) více jak 8 let

Vlastní část:

5. Jak byste definoval/a vředové onemocnění?

- a) Je to slizniční defekt, který vzniká v dosahu působení žaludeční šťávy a

proniká přes svalovou sliznici,

- b) Je to slizniční defekt, který vzniká nezávisle na dosahu působení žaludeční šťávy a proniká přes svalovou sliznici,
- c) Je to slizniční defekt, který vzniká při zvýšeném počtu krevních destiček a přes svalovou sliznici neproniká.

6. Jaká z těchto možností má nejzásadnější vliv na vznik vředového onemocnění zažívacího traktu?

- a) pankreatická šťáva (pankreas = slinivka břišní)
- b) imunitní systém
- c) genetická dispozice
- d) kyselina chlorovodíková
- e) odolnost vůči stresu

7. Které z níže uvedených příznaků jsou typické pro vředovou chorobu žaludku?

Můžete zakroužkovat jednu a více odpovědí

- a) bolest břicha v noci
- b) bolest břicha po jídle
- c) bolest břicha nalačno
- d) nevolnost
- e) snížená chuť k jídlu
- f) zhoršení potíží souvisejících se sezónním obdobím (jaro, podzim)
- g) pálení žáhy
- h) zvracení kyselých žaludečních šťáv
- ch) zvracení špatně strávené potravy

8. Které z níže uvedených příznaků jsou typické pro vředovou chorobu duodena (části tenkého střeva)? Můžete zakroužkovat jednu a více odpovědí

- a) bolest břicha v noci
- b) bolest břicha po jídle
- c) bolest břicha nalačno
- d) nevolnost
- e) snížená chuť k jídlu
- f) Zhoršení potíží souvisejících se sezónním obdobím (jaro, podzim)

- g) pálení žáhy
- h) zvracení kyselých žaludečních šťáv
- ch) zvracení špatně strávené potravy

9. Mezi agresivní faktory vředové choroby zažívacího traktu se řadí i přítomnost jedné bakterie. Víte, o kterou z níže uvedených bakterií se jedná?

- a) Pylori Rickettsie
- b) Helicobacter pylori
- c) Víím, že jsem tuto informaci už někde slyšel/a, ale nevzpomínám si

10. Zajímáte se o nové trendy a doporučení v léčbě vředového onemocnění trávicího traktu?

- a) ano
- b) ne

11. Kde získáváte informace o svém vředovém onemocnění? Lze uvést více možností

- a) média (televize, rádio)
- b) lékař
- c) Internet
- d) leták/brožůra/kniha
- e) farmaceut/lékárník
- f) všeobecná sestra

12. Znáte názvy svých léků užívaných k léčbě vředové choroby? (Pokud ano napište)

- a) ano, znám \_\_\_\_\_
- b) ne, neznám
- c) léky neužívám

13. Znáte alespoň jeden název léku, který je pro Vás kontraindikovaný? (vzhledem k vašemu vředovému onemocnění zažívacího traktu škodí vašemu žaludku?) pokud ano, napište

- a) ano, znám \_\_\_\_\_
- b) ne, neznám

14. Inhibitory protonové pumpy jsou léky, které se užívají k léčbě vředového onemocnění zažívacího traktu. Víte, jaký je jejich účinek?

- a) podporují tvorbu kyseliny chlorovodíkové
- b) potlačují tvorbu kyseliny chlorovodíkové
- c) nemají vliv na kyselinu chlorovodíkovou
- d) nikdy jsem neslyšel/a o inhibitech protonové pumpy

15. Doporučuje se u vředové choroby konzumace mléčných výrobků? Pokud ano, proč?

- a) ano \_\_\_\_\_
- b) ne

16. Který z níže uvedených nápojů se u vředové choroby zažívacího traktu nedoporučuje?

- a) tonik
- b) víno
- c) coca cola
- d) silný čaj
- e) černá káva
- f) všechny možnosti jsou správné

17. Jste si vědom/a možných rizik a komplikací, které sebou přináší Vaše vředové onemocnění zažívacího traktu?

- a) ano, jsem si vědom/a
- b) ne, nejsem si vědom/a
- c) nevím

18. V této otázce jsou uvedeny komplikace, které sebou přináší vředové onemocnění zažívacího traktu. Jedna z komplikací sem však nepatří. Víte, která to je?

- a) proniknutí vředu k sousedním orgánům
- b) otok jícnu
- c) zvracení krve
- d) bolest břicha

19. U vředového onemocnění zažívacího traktu se může vyskytnout černá mazlavá stolice, která nepříjemně zapáchá. Víte, co to může znamenat?

- a) Vůbec nic, barva stolice je způsobená kořeněnou stravou
- b) příznak krvácení vředu
- c) Vřed se mi zhojil a stolicí se vylučuje
- d) Díky vředu se mi vylučuje více žluče, a díky tomu, je stolice černá

## **Příloha E: Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Agresivní a ochranné faktory

Tabulka č. 2: Hospitalizovaní podle d

Tabulka č. 3: Operování podle dg

Tabulka č. 4: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 5: Věk respondentů

Tabulka č. 6: Typ vředového onemocnění

Tabulka č. 7: Doba trvání onemocnění

Tabulka č. 8: Definice vředového onemocnění

Tabulka č. 9: Nejzásadnější vliv na vznik vředové choroby

Tabulka č. 10: Příznaky u vředové choroby žaludku

Tabulka č. 11: Příznaky u vředové choroby duodena

Tabulka č. 12: Mezi agresivní faktory vředové choroby zažívacího traktu se řadí i přítomnost jedné bakterie. Víte, o kterou z níže uvedených bakterií se jedná?

Tabulka č. 13: Zajímáte se o nové trendy a doporučení v léčbě vředového onemocnění?

Tabulka č. 14: Kde získáváte informace o svém vředovém onemocnění?

Tabulka č. 15: Znáte názvy svých léků užívaných k léčbě vředové choroby?

Tabulka č. 16: Znáte alespoň jeden lék, který je pro Vás kontraindikovaný?

Tabulka č. 17: Kontraindikovaný lék

Tabulka č. 18: Inhibitory protonové pumpy jsou léky, které se užívají k léčbě vředového onemocnění zažívacího traktu. Víte, jaký je jejich účinek?

Tabulka č. 19: Doporučuje se u vředové choroby konzumace mléčných výrobků?

Tabulka č. 20: Které z níže uvedených nápojů se u vředové choroby zažívacího traktu nedoporučují?

Tabulka č. 21: Jste si vědom/a možných rizik, které sebou přináší Vaše vředové Onemocnění zažívacího traktu?

Tabulka č. 22: Jaká komplikace, kterou sebou přináší vředové onemocnění, sem nepatří?

Tabulka č. 23: U vředového onemocnění zažívacího traktu se může vyskytnout černá mazlavá stolice, která nepříjemně zapáchá. Víte, co to může znamenat?

## **Příloha F: Seznam grafů**

Graf č. 1: Hospitalizování podle dg

Graf č. 2: Operování podle dg

Graf č. 3: Pohlaví respondentů

Graf č. 4: Věk respondentů

Graf č. 5: Typ vředového onemocnění

Graf č. 6: Doba trvání onemocnění

Graf č. 7: Definice vředového onemocnění

Graf č. 8: Nejzásadnější vliv na vznik vředové choroby

Graf č. 9: Příznaky u vředové choroby žaludku

Graf č. 10: Příznaky u vředové choroby duodena

Graf č. 11: Mezi agresivní faktory vředové choroby zažívacího traktu se řadí i přítomnost jedné bakterie. Víte, o kterou z níže uvedených bakterií se jedná?

Graf č. 12: Zajímáte se o nové trendy a doporučení v léčbě vředového onemocnění zažívacího traktu?

Graf č. 13: Kde získáváte informace o svém vředovém onemocnění?

Graf č. 14: Znáte názvy svých léků užívaných k léčbě vředové choroby?

Graf č. 15: Lékové skupiny léčivých přípravků, které respondenti uvádí

Graf č. 16: Znáte alespoň jeden lék, který je pro Vás kontraindikovaný?

Graf č. 17: Kontraindikovaný lék

Graf č. 18: Inhibitory protonové pumpy jsou léky, které se užívají k léčbě vředového onemocnění zažívacího traktu. Víte, jaký je jejich účinek?

Graf č. 19: Doporučuje se u vředové choroby konzumace mléčných výrobků?

Graf č. 20: Které z uvedených nápojů se u vředové choroby zažívacího traktu nedoporučují?

Graf č. 21: Jste si vědom/a možných rizik, které sebou přináší Vaše vředové onemocnění zažívacího traktu?

Graf č. 22: Jaká komplikace, kterou sebou přináší vředové onemocnění, sem nepatří?

Graf č. 23: U vředového onemocnění zažívacího traktu se může vyskytnout černá mazlavá stolice, která nepříjemně zapáchá. Víte, co to může znamenat?

## **Příloha G: Seznam zkratek**

TJ	To jest
TZV	Takzvaný
AJ	A jiný
EVENT	Eventuálně
POPŘ	Popřípadě
RTG	Rentgen
VIZ	Odkaz na jinou stránku/kapitolu
APOD	A podobně
I.V.	Intra venózně
NAPŘ	Například



