

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Vendula Bezoušková

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vředová choroba gastroduodena a její vliv na životní styl pacientů

Gastroduodenal ulcer disease and its impact on the patients' lifestyle

Vendula Bezoušková

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Hanušová, PhD.
Studijní program: Specializace v pedagogice (B7507)
Studijní obor: B BI – VZ (7507R045, 7507R031)

2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Vředová choroba gastroduodena a její vliv na životní styl pacientů vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne.....

.....

podpis

Poděkování patří PhDr. Jaroslavě Hanušové, PhD., za cenné rady a metodické vedení při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickým zařízením v Praze a jejich personálu za ochotu umožnit mi provedení dotazníkového šetření. Děkuji také všem zúčastněným respondentům a v neposlední řadě mé rodině, která mě podporovala během celého studia.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou vředového onemocnění žaludku a dvanáctníku a jeho vlivu na životní styl pacientů. Hlavním cílem je zjistit, jak ovlivnil rozvoj vředového onemocnění dosavadní životní styl vybraných pacientů.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část práce se zaměřuje na charakteristiku vředové choroby, na její etiopatogenezi a nefarmakologická opatření, která tvoří podstatnou složku léčebného procesu i prevence. Praktická část bakalářské práce zkoumá rozdíl v životním stylu u respondentů před a po rozvoji vředového onemocnění. Využito bylo dotazníkového šetření, jehož výsledná data prezentují, jak pacienti přizpůsobili své stravovací návyky a svůj dosavadní životní styl vředovému onemocnění. Součástí práce je vytvořený návrh preventivních opatření, který si klade za cíl především snížit riziko rozvoje vředové choroby u zdravých lidí, ale i podpořit léčebný proces u těch, kteří již touto chorobou trpí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Vředová choroba gastroduodena, agresivní a protektivní faktory gastroduodenální sliznice, životní styl, nefarmakologická léčba.

ANNOTATION

In general, this bachelor thesis deals with the issue of the stomach and duodenum ulcers and their impact on the lifestyle of patients. Its main objective is to determine how ulcer disease symptoms influence existing lifestyle of the selected patients. The thesis itself consists of theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on the characteristics of peptic ulcers, their etiopathogenesis and also on the nonpharmacological measures which form essential components of the healing processes and prevention. The practical part examines the differences in respondents' lifestyle before and after the ulcers development. The questionnaire method was used. Its resulting data demonstrate how patients adjusted their current eating habits and current lifestyle to peptic ulcer disease. Also a proposal preventive measures was created. Its aim is especially to reduce the risk of developing the ulcer disease among healthy people and also to support the healing process among patients who have already suffered from the ulcer disease.

KEYWORDS

Gastroduodenal ulcer disease, aggressive and protective factors of the gastroduodenal mucous, lifestyle, nonpharmacological treatment.

1	ÚVOD.....	9
	TEORETICKÁ ČÁST.....	10
2	TRÁVICÍ SOUSTAVA ČLOVĚKA	10
2.1	ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽALUDKU	10
2.2	ANATOMIE A FYZIOLOGIE DVANÁCTNÍKU	12
3	VŘEDOVÁ CHOROBA GASTRODUODENA	14
3.1	ETIOPATOGENEZE	14
3.1.1	<i>Agresivní faktory.....</i>	<i>15</i>
3.1.2	<i>Protektivní faktory</i>	<i>20</i>
3.2	KLINICKÝ OBRAZ.....	22
3.2.1	<i>Obtíže při žaludečním vředu.....</i>	<i>22</i>
3.2.2	<i>Obtíže při duodenálním vředu</i>	<i>22</i>
3.3	NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	23
3.3.1	<i>Režimová a dietní opatření</i>	<i>23</i>
3.4	NÁVRH PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍ.....	28
	PRAKTICKÁ ČÁST	30
4	KVANTITATIVNÍ VÝZKUM	30
4.1	CÍLE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A PŘEDPOKLADY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	30
4.2	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	31
4.2.1	<i>Dotazníkové šetření.....</i>	<i>31</i>
4.2.2	<i>Pilotní studie.....</i>	<i>32</i>
4.2.3	<i>Cílová skupina</i>	<i>32</i>
4.3	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	33
4.4	DISKUZE A KOMPARACE DAT	67
5	ZÁVĚR	74

6	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	75
7	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

1 ÚVOD

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku vředové choroby gastroduodena a jejího vlivu na životní styl pacientů. Životní styl je jedním z faktorů, který se zásadním způsobem spolupodílí na zdravotním stavu jednotlivce. Dokonce ani dědičné predispozice, které člověk získává od svých biologických rodičů, nemají na jeho zdraví tak podstatný dopad. I přesto bývá důležitost zdravého životního stylu lidmi mnohdy podceňována.

Cílem práce je zjistit, do jaké míry ovlivnil rozvoj vředové choroby gastroduodena dosavadní způsob života pacientů a dále odhalit rizikové faktory, které se vyskytovaly v jejich životním stylu. Pozornost je zaměřena zejména na tyto faktory: pravidelnost ve stravování, konzumace kořeněných jídel a kávy, podíl ovoce a zeleniny v konzumované stravě, její tepelná úprava, užívání návykových látek (alkoholu, cigaret) a ulcerogenních léčiv. Následně bylo zkoumáno, zda u výše zmíněných faktorů došlo k jejich omezení či eliminaci po té, co byla respondentům diagnostikována vředová choroba, a jak tuto změnu sami respondenti vnímají.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se věnuje anatomickému a fyziologickému popisu trávicí soustavy, přičemž větší důraz je kladen na deskripci těch dvou orgánů, u kterých ke vzniku vředu dochází, tedy žaludku a dvanáctníku. V následujících kapitolách je definována vředová choroba gastroduodena, její klinický obraz a etiopatogenetické faktory. Dále jsou nastíněny možnosti nefarmakologické léčby a je vytvořen návrh preventivních opatření sloužící ke snížení rizika rozvoje této choroby.

Praktická část se zabývá popisem metodiky dotazníkového šetření a podává souhrn jeho výsledků.

Hlavním důvodem pro výběr tématu pro mě byla důvěrná zkušenost s tímto onemocněním. V naší rodině totiž existuje jistá genetická predispozice k rozvoji tohoto onemocnění a část rodinných příslušníků se skutečně se žaludečními či dvanáctníkovými vředy léčí, případně v minulosti léčila. Zajímalo mě proto, jak upravit životní styl tak, aby byla vhodně podpořena farmakologická léčba, a také aby se snížila pravděpodobnost rozvoje vředového onemocnění i u dalších členů rodiny. Tato tendence mě přivedla k nápadu věnovat se dané problematice ve své bakalářské práci.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Trávicí soustava člověka

Předpokladem pro život člověka a všech organismů je příjem energie v podobě potravy a její následné zpracování. Tuto úlohu zajišťuje trávicí systém. U člověka je tvořen trávicí trubící a žlázami, které jsou k ní napojené. Trávicí trubice dosahuje délky 6,5 – 7,5 m. Jejím prvním úsekem je dutina ústní, jež přechází v hltan. Následuje jícen, který vyústí do žaludku. Ze žaludku trávicí trubice pokračuje tenkým střevem složeným ze tří částí – dvanáctník, lačnick a kyčelník. Na tenké střevo navazuje střevo tlusté. To je rozčleněno na slepé střevo, vzestupný, příčný, sestupný a esovitý tračník. Trávicí trubice je zakončena konečníkem (Dylevský, 2009; Hanzlová, 2006).

Mezi hlavní funkce trávicí soustavy patří následující:

- proces trávení spočívající v mechanickém a chemickém zpracování přijaté potravy,
- proces vstřebávání umožňující přestup vybraných látek přes stěnu trávicího traktu do krve,
- skladování, které umožňuje vyrovnat se s nárazově konzumovanou stravou,
- vylučování, díky kterému jsou odstraněny nestrávené zbytky z potravy a zplodiny metabolismu (Rokyta, 2000; Trojan, 2003).

V následujících kapitolách bude věnována pozornost dvěma orgánům trávicí soustavy člověka – žaludku a dvanáctníku.

2.1 Anatomie a fyziologie žaludku

Žaludek (*gaster*) je jedním z orgánů trávicí soustavy člověka. Je lokalizován v levé horní části dutiny břišní pod brániční klenbou. Jedná se o rozšířený oddíl trávicí trubice mezi jícnem a dvanáctníkem. Objem žaludku činí 1,5 – 2 litry v závislosti na množství náplně. Jeho velikost a váha je proměnlivá, prázdný žaludek je dlouhý asi 25 cm a váží kolem 130 g. Tvarem připomíná dutý vak ve tvaru písmene J. Můžeme ho rozčlenit na 3 oddíly – česlo, které se nachází při vyústění jícnu do žaludku, dále tělo žaludku, které

v horní části vytváří slepý oddíl a nakonec oddíl pylorický (Čihák, 1988; Hanzlová, 2006).

Stěna žaludku je tvořena několika vrstvami umístěnými vzestupně: žaludeční sliznicí, podslizničním vazivem, svalovinou žaludku a pobřišnicí. Žaludeční sliznice má červenou barvu a její povrch je kryt epitelem. Pokud je žaludek prázdný, sliznice je složena v jednotlivé řasy. V těchto řasách se nachází ústí žaludečních žláz, přičemž žaludku náleží dva druhy – žlázy žaludeční a žlázy hlenové (Dylevský, 2009).

Žlázy žaludeční produkují elementární součásti žaludeční šťávy - např. kyselinu chlorovodíkovou, pepsin, atd. Naproti tomu žlázy hlenové vytváří hlen s protektivním účinkem. Hlen je zásaditého charakteru díky svému obsahu hydrogenuhličitanu (tj. bikarbonátu) a tvoří 1mm silnou vrstvu na žaludeční sliznici, kterou tak chrání před negativním vlivem kyselá žaludeční šťávy. Pokud by se tato vrstva hlenu odstranila a sliznice se obnažila, došlo by k jejímu natrávení a vytvoření vředu (Dylevský, 2009; Hanzlová, 2006).

Pod sliznicí žaludku se nachází podslizniční vazivo, které obsahuje cévy krevní, mízní a dále také nervové pleteně. Další vrstvou je svalovina tvořená hladkým svalstvem. Obalem celého žaludku je tenká vazivová blanka nazývaná jako pobřišnice (Dylevský, 2009; Hanzlová, 2006).

Podle Kyzekové (1998) plní žaludek tři klíčové funkce:

- funkci digestivní - slouží k trávení přijaté potravy,
- funkci rezervoárovou - slouží pro dočasné skladování přijaté potravy,
- funkci endokrinní – žaludek obsahuje buňky produkující hormony.

Funkce trávení probíhá nejen v žaludku, ale i v některých dalších orgánech gastrointestinálního traktu člověka. Tento klíčový metabolický proces je nutný k rozštěpení makromolekulárních látek (sacharidů, tuků a bílkovin), ze kterých je naše strava složená, na látky jednodušší. Kdyby makromolekulární látky neprošly procesem štěpení, organismus by je nemohl vstřebat (Rokyta, 2000).

Funkce rezervoárová spočívá ve schopnosti žaludku skladovat přijatou potravu. Tato potrava je až po určité době mechanicky rozmělněna na tráveninu (chymus)

a promíchávána. Dále trávenina pokračuje do tenkého střeva, kde se proces jejího zpracování dokončuje (Rokyta, 2000; Trojan, 2003).

Žaludek disponuje také endokrinní funkcí neboli schopností vnitřní sekrece. V jeho stěně vzniká skupina proteinových hormonů nazývaných také jako gastrointestinální hormony. Ty mají vliv především na funkci trávicích orgánů a také zprostředkovávají odezvu organismu na přijatou potravu. Mezi známé gastrointestinální hormony patří: gastrin, cholecystokinin, sekretin, žaludeční inhibiční peptid a motilin (Trojan, 2003).

Mimo již zmíněné fyziologické funkce dokáže žaludek také vylučovat žaludeční šťávu. Jedná se o tekutinu s kyselým pH, ve které je obsažena řada významných látek jako například kyselina chlorovodíková (též kyselina solná, zkr. HCl), pepsin, lipáza, hlen mucin, voda a ionty. Tato žaludeční šťáva je tvořena buňkami žaludečních žláz. Ty jí vytvoří každý den asi 2 - 3 litry (Rokyta, 2000). Sekrece žaludeční šťávy je regulována neurohumorálně - spolupracuje při ní tedy nervová soustava spolu s hormony (Lukáš, 2007).

2.2 Anatomie a fyziologie dvanáctníku

Tenké střevo je složeno z 3 úseků: dvanáctník, lačník a kyčelník, přičemž zmíněný dvanáctník je z nich nejkratší. Jeho délka dosahuje 20 – 30 cm, šířka 4 – 5 cm. Dvanáctník (*duodenum*) je pokračováním pylorického oddílu v žaludku a navazuje dále na lačník tzv. dvanáctníkovým ohbím. Tvar dvanáctníku je velice proměnlivý – může tvořit trubici ve tvaru písmene L, U nebo V či nepravidelnou podkovu, ve které je vložena hlava slinivky břišní. Rozděluje ho na 4 části: bulbus, sestupný úsek, horizontální úsek a vzestupný úsek. V sestupném úseku asi 10 cm od pyloru se nachází Vaterova bradavka, společný vývod žlučovodu a slinivky břišní (Dylevský, 2009; Hanzlová, 2006).

Dvanáctník je umístěn v oblasti páteře, zde obtáčí tělo bederního obratle L₂. V přední části stěny břišní se pak projektuje v oblasti pupku. Jelikož se poloha pupku mění v závislosti na pohlaví a věku daného člověka, může se mírně měnit i poloha dvanáctníku. Jeho sliznice je pokryta drobnými výčnělky – klky. Ty dosahují výšky 0,3 – 1 mm a spolu s řasami sliznice tenkého střeva významně zvětšují jeho plochu. Klky v duodenu mají tvar lístku, a liší se tak od klků v dalších částech tenkého střeva, které jsou spíše tvaru kyjovitého a kuželovitého. Dále zde najdeme tzv. Brunnerovy žlázy.

Jedná se o systém exokrinních žláz nacházejících se v podslizničním vazivu. Výskyt těchto žláz je kuriózní, neboť v dalších úsecích střeva se už žádné podobné žlázy nevyskytují. Jejich úlohou je výroba zásaditého hlenu, který zajišťuje ochranu celé sliznice před působením kyselé žaludeční šťávy a dále mění pH střevního obsahu tak, aby docházelo k optimálnímu fungování pankreatických enzymů důležitých pro trávení (Čihák, 1988).

Mezi hlavní fyziologické funkce dvanáctníku patří řízení žaludeční sekrece a jeho vyprazdňování. Dvanáctník je také místem, kde dochází ke vstřebávání vitaminů B₁, B₂ a C. Trávenina (chymus), která přišla ze žaludku, pokračuje dvanáctníkem do dalších oddílů tenkého střeva – lačníku a kyčelníku. Zde dochází k produkci střevní šťávy, jež štěpí natrávenou část potravy na jednodušší látky a tyto látky se zde poté vstřebávají (Rokyta, 2000).

Žaludek a dvanáctník jsou úseky trávicího traktu člověka, v jejichž sliznici může docházet k vytvoření peptických vředů. O této patologii pojednává následující kapitola.

3 Vředová choroba gastroduodena

Vředová choroba žaludku a dvanáctníku (zkráceně gastroduodena) je jedním z onemocnění gastrointestinálního traktu člověka. Je charakterizována přítomností jednoho či více peptických vředů ve sliznici žaludku nebo dvanáctníku (Kohout, 2005). Jejich výskyt je nejběžnější v části, kterou žaludek přechází ve dvanáctník - pylorus (vrátník) a dále také v počátečním oddílu dvanáctníku - bulbu (Mařatka, 1999; Sedláčková, 1996).

„Vřed je slizniční defekt, který proniká, na rozdíl od eroze, nejméně pod muscularis mucosae.“ (Dítě, 2000, s. 26). Běžný vřed bývá okrouhlého tvaru s průměrem zpravidla do 1 cm. Má navolitě okraje. Kolem něj se může nacházet drobné zjizvení. Z histologického pohledu se ve svrchní vrstvě vředu nachází nekróza tkáně, ve vrstvách spodních je patrné zanícení. Pacienti trpí zpravidla jedním vředem, méně často se u jednoho pacienta může vyskytnout více vředů najednou (Jirásek, 1995; Martínek, 2000).

Výskyt vředové choroby je poměrně hojný, uvádí se, že jí během svého života onemocní 3 - 10 % světové populace (Lukáš, 2007). Častěji postiženi bývají muži, prevalence u nich dosahuje 6 - 14 %. U žen je prevalence nižší, pohybuje se mezi 2 - 6 % (Martínek, 2000). S nejnižším výskytem se setkáváme u Eskymáků na severu Grónska, u obyvatel Indonésie a u domorodců v Austrálii. Důvodem může být nízký výskyt bakterie *Helicobacter pylori* v těchto oblastech (Mařatka, 1999).

3.1 Etiopatogeneze

Vředová choroba je multifaktoriálně podmíněné onemocnění, její vznik a vývoj zapříčiňuje působení více agresivních faktorů najednou. Ještě do konce 20. století se však za příčinu rozvoje tohoto onemocnění považovala nadprodukce kyseliny chlorovodíkové. Tento myšlenkový postoj potvrzuje i výrok německého internisty Schwarze z roku 1910, ve kterém oznamuje, že bez kyseliny není vředu. K průlomu došlo až v roce 1983, kdy australští vědci John Robin Warren a Barry James Marshall objevili existenci bakterie *Helicobacter pylori*. Tato bakterie se v současné době považuje za jeden z hlavních agresivních faktorů, který se spolupodílí na vzniku peptického vředu. Zejména pak u duodenálních vředů je infekce *Helicobacter pylori* nejvýznamnějším etiopatogenetickým faktorem (Kohout, 2005; Martínek, 2000; Nečas,

2003). Druhým nejčastějším agresivním činitelem je užívání nesteroidních antirevmatik. Udává se, že tato léčiva zapříčiňují vznik žaludečních vředů až z 25 %. Hlavním mechanismem agresivního účinku na sliznici je jejich schopnost blokovat syntézu protektivních prostaglandinů (Martínek, 2000). Podle Kmenta (2002) je možné mezi agresivní faktory zařadit také získané genetické predispozice. Nicméně upřesňuje, že vředová choroba není vyloženě dědičné onemocnění, i přesto, že k jejímu rozvoji vzniká až 3x častěji u osob, jejichž rodiče touto chorobou trpěli.

V dnešní době je již známo, že peptický vřed vzniká tehdy, kdy je sliznice žaludku nebo dvanáctníku po určitou dobu vystavena působení většího počtu agresivních faktorů. V takovém případě protektivní faktory nemohou sliznici dostatečně ochránit před poškozením a její odolnost klesá (Jirásek, 1995; Kohout, 2005).

Následující kapitoly poskytují přehled jednotlivých činitelů agresivních i protektivních včetně jejich charakteristiky a mechanismu působení.

3.1.1 Agresivní faktory

Agresivní faktory mají negativní účinek na sliznici gastroduodena. Nejprve tuto sliznici soustavně poškozují, později vyvolávají aktivaci žírných buněk. Dochází k porušení cirkulace krve a s tím spojené hypoxii. Výsledkem je natolik porušená sliznice, která lehce podlehne natrávení a dochází k samotnému vytvoření peptického vředu (Kohout, 2005).

Přehledný souhrn agresivních faktorů poskytuje tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Souhrn agresivně působících faktorů

Agresivní faktory	
endogenní	exogenní
kyselina chlorovodíková	ulcerogenní léčiva (např. nesteroidní antirevmatika, kortikoidy)
pepsin	nezdravý životní styl (např. kouření, alkohol, stres, káva, koření)
	Helicobacter pylori

Zdroj: Martínek, 2000; Mařatka, 1999

Kyselina chlorovodíková (HCl)

Kyselina chlorovodíková je složkou žaludeční šťávy. Její přítomnost má pro žaludek značný význam. Svým kyselým pH dokáže zničit nežádoucí bakterie obsažené v přijímané stravě, a zabránit tak možné infekci organismu. Kyselé pH je také nutné k přeměně neaktivního proenzymu pepsinogenu na aktivní enzym pepsin, který umožňuje štěpení bílkovin v žaludku (Nečas, 2003).

Díky své aciditě dokáže tato silná kyselina poškodit a natrávit sliznici žaludku a dvanáctníku. Avšak k tomuto jevu dochází pouze v případě, že není dostatek protektivních faktorů, které by sliznici ochránily (Kohout, 2005).

Podle Mařatky (1999) existuje přímá úměrnost mezi produkcí kyseliny chlorovodíkové a výskytu vředu. Platí tedy, že čím více se této kyseliny tvoří, tím vyšší je pravděpodobnost výskytu vředů. Na zvýšení produkce kyseliny chlorovodíkové se největší měrou podílí gastrointestinální hormon gastrin a dále neurotransmitter acetylcholin. Naproti tomu k inhibici produkce HCl přispívá hormon somatostatin a pokles pH žaludku, při kterém se přestává tvořit hormon gastrin (Kittnar, 2011).

Pepsin

Pepsin je aktivní trávicí enzym běžně se nacházející v žaludeční šťávě. V trávicím procesu plní proteolytickou funkci, která spočívá v rozkladu bílkovin přijatých z potravy na menší části.

Pepsin má však i negativní funkci. Může se totiž spolupodílet na natrávení sliznice gastroduodena, a vytvářet tak ideální podmínky pro vznik vředu. Pokud je sliznice zdravá, je vůči vlivům tohoto enzymu rezistentní. Avšak pokud je narušena její obranná bariéra, pepsin sliznici poškodí. Vyšší hladinu pepsinu nalzáme u pacientů trpících vředovou chorobou (Dítě, 2000; Jirásek, 1995).

Nesteroidní antirevmatika (NSAR)

Nesteroidní antirevmatika jsou léčiva s antipyretickým, analgetickým a antiinflamatorním (protizánětlivým) účinkem. Využívají se ke snížení horečky, k útlumu bolesti a k léčbě zánětů. Avšak jejich užívání s sebou nese kromě pozitivních účinků také nezanedbatelné množství účinků negativních. Patří k nim zejména snížená tvorba prostaglandinů, jež se podílí na ochraně gastroduodenální sliznice. Pokud je tedy

jejich tvorba vlivem nesteroidních antirevmatik utlumena, pak dochází ke snížení odolnosti sliznice, což může vést k dyspepsii (soubor trávicích obtíží) nebo ke vzniku vředů a erozí. V některých případech může dojít i k obnovení již zaléčeného vředového onemocnění (Mařatka, 1999; Miloschewsky, 1999). „K poškození sliznice dochází asi u 1/3 nemocných užívajících NSAR.“ (Mařatka, 1999, s. 146).

Mezi nejznámější nesteroidní antirevmatika patří Diclofenac, Acylpyrin, Aspirin, Anopyrin, Olfen gel, Voltaren, Indometacin, Ibuprofen, Apo-ibuprofen, Brufen, Dolgit, Neurofen Fastum gel, kyselina salicylová, aj. (Miloschewsky, 1999).

Kortikoidy

Kortikoidy jsou chemické látky podobného charakteru jako glukokortikoidy - hormony kůry nadledvin. Využívají se zejména k útlumu imunitního systému (např. při alergických reakcích a astmatu) nebo k léčbě zánětů (Vokurka, 2008). Jejich hlavní škodlivý účinek na trávicí trakt spočívá v tom, že zabraňují genezi nových buněk v jeho sliznici, snižují produkci ochranného hlenu, mění jeho viskozitu a obsah glykoproteinů. Tyto změny kvantity a kvality hlenu značně narušují ochrannou bariéru sliznice, která se pak stává náchylnější k působení ulcerogenních faktorů – činitelů způsobujících vznik vředu (Nečas, 2003; Schreiber, 1985).

Kouření

Kouření cigaret je naučené chování, které vede k vytvoření závislosti. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se nejedná o zlovyk, ale o nemoc. Vdechovaný cigaretový kouř má negativní dopad nejen na zdraví kuřáka, ale i na člověka v jeho okolí. Obsahuje totiž velké množství škodlivých chemických látek s karcinogenním a mutagenním účinkem (Pradáčová, 2005). Kouření cigaret ovlivňuje vedle činnosti dalších lidských orgánů také činnost žaludku. Zapříčiňuje například jeho rychlejší vyprazdňování a vylučování většího množství agresivní kyseliny chlorovodíkové. Dále vede k útlumu sekrece hydrogenkarbonátů, což má za následek narušení ochranné hlenové vrstvy na sliznici. Takto obnažená sliznice se stává náchylnější k vytvoření peptického vředu (Nečas, 2003).

Kouření je nežádoucí také u pacientů, kteří se aktuálně léčí s vředovou chorobou, a to zejména z toho důvodu, že tento návyk značně prodlužuje celý léčebný proces. Proto se

těmto pacientům doporučuje s kouřením přestat nebo ho alespoň co nejvíce omezit (Kohout, 2005; Mařatka, 1999).

Alkohol

Alkohol je hlavní složkou alkoholických nápojů, vzniká kvašením cukrů. K jeho vstřebávání dochází v trávicím traktu. Jedná se o nepatrný ulcerogenní faktor. Významnější vliv může mít jen v kombinaci s dalšími rizikovými činiteli (Mařatka, 1999, Vokurka, 2008).

Stres

„Stres je soubor regulačních mechanismů nastupujících při ohrožení vnitřní homeostázy organismu.“ (Schreiber, 1985, s. 22). Mezi faktory, které jej vyvolávají, patří vlivy fyzikální - hluk, horko, chlad, aj.; vlivy chemické - např. alkohol, infekce, jedy, otravy; vlivy biologické - bolest, hlad, žízeň, aj. a vlivy psychosociální - strach z bolesti, ze smrti, ze zkoušky, úzkost (Bartůňková, 2010).

Samotná stresová situace působí na lidský organismus patogeneticky a dokáže dokonce vyvolat větší produkci kyselé žaludeční šťávy, která je jedním z ulcerogenních faktorů (Nečas, 2003).

Pokud v těle jedince dojde ke zvláště těžkému fyzickému stresu, způsobenému například závažnými popáleninami, traumatem nebo náročným chirurgickým zásahem, často vzniká tzv. stresový vřed (Mařatka, 1999).

Koření

Otázka nepříznivého vlivu koření na slizniční vrstvu žaludku a dvanáctníku je stále kontroverzní. Avšak bylo prokázáno, že například kapsaicin, alkaloid obsažený v červeném pepři, podněcuje lepší prokrvení sliznice v žaludku. Díky tomu má tento druh pepře schopnost cytoprotekce, tedy do jisté míry chrání buňky ve sliznici (Mařatka, 1999).

Omezení konzumace kořeněných jídel se doporučuje zejména v akutní fázi onemocnění. Může totiž vést až k překrvení sliznice (Kohout, 2005).

Káva

Káva je oblíbeným nápojem připraveným z plodů kávovníku a vody (obvykle horké). Najdeme v ní řadu prospěšných látek, jako jsou třísloviny, antioxidanty, vláknina a některé minerální látky. Dále je v ní obsažen kofein, což je přírodní stimulační látka ovlivňující výkon a koncentraci konzumenta. K jejímu vstřebávání dochází v gastrointestinálním traktu obvykle do 45 minut od požití kávy (Daňková, 2010). Káva však nestimuluje pouze mozkovou činnost, ale působí také na žaludek. Podle Mařatky (1999) káva zvyšuje aciditu prostředí tím, že povzbuzuje vylučování gastrinu, pepsinogenu a kyseliny chlorovodíkové. Může způsobovat dyspepsii, ale sama o sobě nepatří k hlavním příčinám rozvoje vředů.

Pacienti, u nichž vřed již propukl, by příjem kávy (i bezkofeinové) měli omezit či se mu zcela vyhnout, jelikož umocňuje nepříjemné příznaky, které se s vředovou chorobou pojí. V případě, že se konzumace kávy nemocný vzdát nechce, je vhodné držet se těchto doporučení: nepít kávu nalačno, omezit její množství vypité za den a nekombinovat ji s kouřením cigaret. Dále je vhodné do kávy přidat trochu mléka, aby se snížila její koncentrovanost (Kment, 2002; Mařatka, 1999).

Bakterie *Helicobacter pylori*

Helicobacter pylori (dále jen *H. pylori*) je spirálovitá gramnegativní bakterie vybavená 4 – 6 bičíky s fosfolipidovými pouzdry. Díky těmto bičíkům dokáže prorazit i vrstvu žaludečního hlenu. Kolonizuje sliznici žaludku, kde způsobuje destruktivní změny na buňkách slizničního epitelu. Jelikož je ale prostředí žaludku silně kyselé (pH 1-2), musí být *H. pylori* vybavena produkcí makromolekulárního enzymu – ureázy, aby zde mohla přežít. Tento enzym dokáže za přítomnosti vody rozložit ureu (tj. močovinu) na amoniak (NH_3) a oxid uhličitý (CO_2). Vzniklý amoniak způsobuje narušení vrstvy žaludečního hlenu, zeslabení mitochondriálního a buněčného dýchání, čímž omezuje životnost celé žaludeční sliznice. *H. pylori* kromě ureázy produkuje také další enzym – katalázu. Ta poskytuje bakterii schopnost odolávat fagocytujícím buňkám imunitního systému (Jurgoš, 1998; Kohout, 2005).

Zdrojem a zároveň hostitelem bakterie *H. pylori* je člověk. Přenos probíhá buď cestou orálně - orální, nebo fekálně – orální. Pokud tedy chceme snížit riziko přenosu, je nutné dodržovat správné hygienické návyky. V rodinách mohou být zdrojem infekce zejména

starší osoby, neboť pravděpodobnost výskytu této bakteriální nákazy je přímo úměrná věku. Vhodnou prevencí je omezení používání společného jídelního příboru (Jurgoš, 1998; Kohout, 2005).

Ve světě je infekce bakterií *H. pylori* četná, v bezpříznakové populaci může prevalence kolísat mezi 20 – 70 %. Její přítomnost je ovlivněna společenským a hospodářským postavením daného státu. To potvrzuje i studie s názvem *Epidemiology of Campylobacter pylori infection: Ethnic considerations*, která byla publikována v roce 1988 americkým epidemiologem Davidem J. Grahamem a spol. Prostřednictvím dechového testu byla zkoumána prevalence *H. pylori* v asymptomatické populaci různých států světa. Věkové rozmezí zkoumaných jedinců bylo 20 – 29 let (Jurgoš, 1998). Z výsledků studie vyplývá toto shrnutí: „*Nejnižší prevalenci zaznamenali v USA (20,7 %) a v Mexiku (33,3 %), podstatně vyšší v Indii (46,1 %) a nejvyšší v Číně (60 %).*“ (Jurgoš, 1998, s. 29). V současné době má prevalence *H. pylori* tendenci klesat, přičemž jedním z důvodů může být zlepšení životních podmínek. Ve vyspělých zemích je po úspěšné léčbě pravděpodobnost opětovného infikování menší než 1 % za rok. V zemích rozvojových je toto riziko vyšší – překračuje 20 % za rok (Martínek, 2000).

Bakterie *H. pylori* má schopnost vyvolat zánět ve sliznici, kterou osídluje, čímž snižuje její odolnost. Takto oslabená sliznice dokáže hůře vzdorovat vlivům agresivních faktorů, což může vést až ke vzniku vředu (Jirásek, 1995).

U části pacientů s diagnostikovanou přítomností *H. pylori* bývá tato infekce bezpříznaková, část z nich pociťuje drobné obtíže a u některých pacientů dojde k propuknutí vředové choroby. Pokud je tato infekce po dlouhá léta neléčená, může zapříčinit dokonce rozvoj žaludečního karcinomu (Jurgoš, 1998; Kyzeková, 1998; Sedláčková, 1996).

3.1.2 Protektivní faktory

Aby nedocházelo k poškození sliznice žaludku, existují faktory protektivní, které tuto sliznici chrání a vyvažují vliv agresivně působících činitelů. Jejich přehled uvádí tabulka č. 2.

Tabulka č. 2: Souhrn protektivně působících faktorů

Protektivní faktory
hlen (mucin)
hydrogenkarbonáty
prostaglandiny

Zdroj: Kohout, 2005

Hlen

Podle Vokurky (2008) se jedná o tekutinu viskózního charakteru, která pokrývá povrch sliznic. Výjimkou není ani sliznice žaludku. Zde vrstva hleny tvoří ochranu před kyselinou chlorovodíkovou, jejíž působení by mohlo vyvolat patologické samonatravení sliznice a následně vznik peptického vředu. Významnou součástí žaludečního hleny jsou muciny - z chemického hlediska se jedná o glykoproteiny. Míra koncentrace těchto mucinů má vliv na vazkost hleny. Dále je hlen tvořen vodou (až ze 70 %), lipidy, fosfolipidy a elektrolyty. Tvorbu hleny zajišťují žaludeční žlázy (Dítě, 2000).

Pacient s diagnostikovaným vředem nejen, že neprodukuje dostatečné množství hleny, ale tento hlen navíc obsahuje neobvyklé množství glykoproteinů, což vede k oslabení jeho struktury a tím i jeho protektivní funkce (Mařatka, 1999).

Hydrogenkarbonáty

Po stránce chemické je hydrogenkarbonát kyselou solí od kyseliny uhličitě. Někdy se můžeme setkat i s jeho dalšími názvy - hydrogenuhličitan nebo bikarbonát (Vokurka, 2008). Je vylučován buňkami žaludeční a dvanáctíkové sliznice. Jeho protektivní účinek spočívá ve schopnosti udržet nitrobuněčné pH, neutralizovat žaludeční šťávu a zajistit přiměřenou mikrocirkulaci ve sliznici. Je všeobecně známo, že u pacientů s diagnostikovaným vředem se tvoří méně hydrogenkarbonátů v porovnání s osobami zcela zdravými (Janíková, 2013; Mařatka, 1999).

Prostaglandiny

Za prostaglandiny se pokládají takové látky, které jsou odvozeny od nasycené mastné kyseliny prostanové. Jsou podobného charakteru jako hormony. Tvoří se téměř ve všech orgánech lidského těla. Od hormonů se prostaglandiny liší tím, že nejsou transportovány krví, nýbrž působí přímo v místě vzniku (Navrátil, 1989; Vokurka, 2008). Vyznačují se

širokým spektrem účinků, které se odlišují podle toho, v jakém orgánu vznikají. Pro žaludek a sliznici celé trávicí soustavy představují prostaglandiny významný protektivní faktor. Je tedy vhodné omezit užívání nesteroidních antirevmatik a vzdát se či významně omezit kouření, neboť tyto faktory tvorbu prostaglandinů snižují (Dítě, 2000; Mařatka, 1999).

3.2 Klinický obraz

Příznaky vyskytující se u vředové choroby gastroduodena můžeme rozdělit na subjektivní a objektivní. Subjektivní příznaky, jak už z názvu vypovídá, vnímá každý pacient individuálně, a je jich proto větší množství. Průběh bývá buď úplně bez příznaků (asymptomatický), nebo se mohou vyskytovat symptomy, které jsou pro vředové onemocnění charakteristické. Naproti tomu objektivních příznaků je méně. Typickým objektivním příznakem nekomplikovaného průběhu vředové choroby je bolest lokalizovaná v epigastriu (Kohout, 2005).

Symptomy žaludečních a duodenálních vředů se od sebe v určitém smyslu odlišují (Mařatka, 1999).

3.2.1 Obtíže při žaludečním vředu

Pacienti s diagnostikovaným gastrickým vředem si stěžují na bolest břicha tupého charakteru ve středním nebo horním epigastriu. Ta se objevuje brzy po jídle. Chuť k jídlu je u pacientů obvykle snižená, vyskytují se pocity na zvracení a časná sytost. Konzumace jídla nejen, že neposkytuje dostatečnou úlevu od bolesti, ale může ji dokonce i zhoršovat (Kohout, 2005; Martínek, 2000).

3.2.2 Obtíže při duodenálním vředu

U duodenálních vředů je nejčastějším symptomem ostrá až svíravá bolest v epigastriu, pod mečíkovým výběžkem kosti hrudní. Objevuje se obvykle nalačno nebo 2 - 3 hodiny po konzumaci jídla. Může připomínat bolest, kterou pocítujeme při hladovění. Charakteristický je její výskyt v noci, což potvrzuje 50 - 80 % nemocných. Postiženého může budit i ze spánku. Zpravidla ustupuje po najezení, zvracení nebo po užití antacid. Někteří pacienti mají tendenci jíst pokaždé, když se objeví nepříjemná bolest, aby si tak od ní jídlem ulevili. Úlevu po najezení uvádí až 60 % pacientů. To je důvodem, proč

u nich bývá obvykle zaznamenáváno přibývání na váze. Chuť k jídlu je na rozdíl od gastrického vředu dobrá (Martínek, 2000; Mařatka, 1999).

3.3 Nefarmakologická léčba

Vředy vzniklé ve sliznici gastroduodena bývají spojené s nepříjemnými obtížemi a bolestmi, nicméně vhodná farmakoterapie dokáže pacienty těchto nežádoucích projevů zbavit a vředovou chorobu zcela vyléčit. Peptický vřed na léčbu reaguje pozitivně a relativně dobře se hojí. Do místa jeho výskytu se dostává vazivová tkáň, která vřed vyplní, a přilehlá sliznice tuto poškozenou část překryje. V místě zhojeného vředu může dojít k vytvoření jizvy (Jirásek, 1995).

Cílem léčby je nejen zbavení pacienta vředů, ale přistupuje se k ní také z důvodu preventivního – předchází totiž nežádoucím komplikacím, které mohou být s touto chorobou spojené. Mezi nejčastější komplikace vředové choroby patří například: penetrace vředu, perforace vředu, krvácení z peptického vředu, pylorostenóza a stenóza duodena s vysokým ileem (Kohout, 2005).

Na léčebném procesu se značně podílí i nefarmakologická opatření, a to zejména úprava životosprávy. Jedná se obvykle o náročnější část, neboť tato opatření záleží zcela na pacientovi samotném a jeho přístupu (Jirásek, 1995; Kohout, 2005).

3.3.1 Režimová a dietní opatření

Aby byla podpořena farmakoterapie, je žádoucí upravit svůj dosavadní způsob života. Především bychom se měli vyvarovat výše zmíněným agresivním faktorům jako je kouření, nadměrná konzumace alkoholu a časté užívání nesteroidních antirevmatik. Dále bychom si měli dopřát více fyzického klidu. Není potřeba dodržovat striktně klid na lůžku, stačí se pouze vyhnout těžké fyzické námaze a náročným sportovním aktivitám. Pokud je větší fyzická námaha náplní zaměstnání, doporučuje se pracovní neschopnost (Dítě, 2000). Pacientům v léčebném procesu se dále vedle fyzického klidu doporučuje i klid duševní. Toho dosáhneme zejména tím, že se budeme většinu času pohybovat v nekonfliktním prostředí a vyhneme se stresujícím situacím (Jirásek, 1995).

Současně se zachováváním fyzického a psychického klidu má v léčebném procesu své nezastupitelné místo také úprava stravování. Dieta sice nedokáže plnohodnotně zastoupit funkci farmakologické léčby, a tedy pacienta sama o sobě vyléčit, ale celý

léčebný proces podstatně usnadní a urychlí. Pro pacienty s gastroduodenálním vředem je vhodné dodržovat šetřící dietu (dietu č. 2). V minulosti byla pacientům s vředovou chorobou naopak často doporučována tzv. mléčná dieta. Ukázalo se však, že její účinek není žádoucí, neboť podněcuje vyšší sekreci kyseliny chlorovodíkové (Holubová, 2013). Jednotlivé rady a doporučení, jak upravit stravování u pacientů, jsou shrnuty v následujících odstavcích.

Základem léčebné výživy je pravidelnost ve stravování. Optimálně by rozestupy mezi jednotlivými jídly během dne neměly být delší než tři hodiny. Splnit toto doporučení nečiní problém zejména pacientům s dvanáctníkovým vředem, neboť jejich obtíže je k této pravidelné konzumaci přirozeně vedou. Cílem je neutralizovat kyselé prostředí žaludku a dvanáctníku za pomoci potravy (Jirásek, 1995).

Pokud zmiňujeme pravidelnost stravování, je nutné také osvětlit, jaká skladba potravy je pro pacienta s vředovou chorobou optimální. Obecně by měla být konzumována pouze taková strava, která nezatíží trávení pacienta. Proto je doporučeno omezit příliš kořeněná jídla a také pokrmy mastné a smažené. Pokud pacient ví o potravinách, které zhoršují nebo vyvolávají jeho obtíže, měl by se jim vyhnout (Holubová, 2013; Jirásek, 1995). Co se týká úpravy konzumovaných pokrmů, je vhodné zvolit vaření, dušení, úpravu pokrmu v mikrovlnné troubě, přípravu na teflonové pánvi bez tuku nebo pečení na vodě. Nedoporučuje se grilování na přímém ohni, ani přidávání smažené cibule pod jídlo. Těmito kroky předejdeme subjektivnímu pocitu špatného zažívání. Při přípravě není nutné zcela se vyhýbat koření. Pokrm, který je přiměřeně dochucen, pacientovi nejen více chutná, ale stimuluje i produkci slin s neutralizačním účinkem (Holubová, 2013; Jirásek, 1995).

Další významnou, ale nikoliv poslední radou je zařadit do svého jídelníčku také ovoce a zeleninu, a to zejména kvůli svému obsahu nestravitelné vlákniny – celulózy. Ta má pozitivní vliv na správné vyprazdňování střev (defekaci) a pomáhá při zácpě, která je častým doprovodným jevem v průběhu onemocnění (Jirásek, 1995).

Při úpravě stravování bychom neměli opomenout ani další významný aspekt, a tím je správné a dostatečné rozžvýkání konzumované potravy. Taková potrava je pak stravitelnější a vyvolává produkci většího množství slin. Rovněž je vhodné brát v potaz i teplotu konzumovaných jídel a nápojů. Pokud je jídlo studené a nápoj vychlazený

či podávaný s ledem, může dojít k nežádoucímu podráždění žaludku a dvanáctníku. Totéž platí i pro pokrmy a nápoje horké až vařící (Jirásek, 1995).

Doporučení konkrétních potravin vhodných ke konzumaci pacientem trpícím vředovou chorobou gastroduodena je obsaženo v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: Potraviny doporučené ke konzumaci při vředové chorobě

Potraviny doporučené ke konzumaci při vředové chorobě	
Maso a masné výrobky	maso z mladých zvířat, libové, drůbeží a vepřová šunka
Mléko a mléčné výrobky	bez omezení (s výjimkou pikantních sýrů)
Ryby	sladkovodní, mořské
Tuky	olej, máslo, margaríny
Zelenina	mladá (může být ve stavu sušeném, sterilovaném nebo mraženém)
Ovoce	jablka, banány, třešně, višně, broskve, meruňky
Koření	bobkový list, petrželová nať, pažitka, majoránka, červená sladká paprika, kmín, kopr

Zdroj: Starnovská, 1998

Tabulka č. 4 je přehledem potravin nevhodných, kterých by se pacienti s vředovou chorobou měli vyvarovat.

Tabulka č. 4: Potraviny nevhodné ke konzumaci při vředové chorobě

Potraviny nevhodné ke konzumaci při vředové chorobě	
Maso a masné výrobky	tučné a nakládané maso, husa, kachna, zvěřina, uzeniny
Mléčné výrobky	pikantní sýry
Ryby	uzené ryby, sardinky, kaviár
Zelenina	kapusta, květák, zelená paprika, nakládané okurky, ředkvičky, rebarbora
Ovoce	rybíz, ostružiny, maliny, fíky, datle,
Těsto	kynuté, lístkové, linecké
Koření a dochucovadla	česnek, pepř, pálivá paprika, sójová omáčka, masox, maggi
Nápoje	sycené oxidem uhličitým, černá káva, alkohol

Zdroj: Starnovská, 1998

Podle Starnovské (1998) se s dietním opatřením pojí také neméně důležitý pitný režim. Pacient s vředovou chorobou by měl pravidelně vypít alespoň 2 litry tekutin denně. Nejvhodnější tekutinou jsou stolní neslazené vody, jež nejsou syceny oxidem uhličitým (CO₂). Naopak nejméně vhodnou tekutinou jsou alkoholické nápoje. Ovšem i zde záleží na množství, které pacient konzumuje. Například 2 dcl piva podávaného před jídlem

nebo souběžně s jídlem pacientovi výrazně neuškodí a podpoří jeho trávení. Mělo by se ale jednat o pivo nízkého stupně. Velmi individuální je reakce pacientů na víno. Některým může jeho konzumace vyvolávat obtíže, jiným nikoliv. Pokud se pacient konzumace vína není schopen zřici, měl by ho konzumovat jen ve velmi malém množství (1 - 2 dcl). Ostatní druhy alkoholických nápojů by se neměly užívat ani v malém množství.

K podpoření farmakoterapie vředového onemocnění dále přispívá také úprava životního stylu. Pokud svůj dosavadní způsob života upravíme, můžeme tím do jisté míry ovlivnit i své vlastní zdraví.

Zdraví a životní styl

Zdraví je abstraktním pojmem a je relativně nesnadné jej přesně definovat. Donedávna proto existoval větší počet nejrůznějších definic, které nebyly zcela jednotné. Až Světová zdravotnická organizace (WHO) zavedla paušální formulaci zdraví, která zní takto: *„Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a nejenom nepřítomnost choroby nebo poruchy funkce.“* (Velemínský, 2011, s. 8).

V lidském životě je zdraví bezpochyby nejcennější hodnotou, tudíž by mělo být v zájmu každého jedince svůj zdravotní stav neustále posilovat a podporovat jej. Tato strategie podpory zdraví a s tím spojeného zdravého životního stylu se nazývá salutogeneze. Její princip spočívá v redukci či úplné eliminaci rizikových faktorů způsobujících rozvoj některého onemocnění (Čeledová, 2010; Velemínský, 2011).

Podle Čeledové (2010) náš zdravotní stav ovlivňují následující 4 determinanty: životní styl, dědičný základ, prostředí, ve kterém žijeme a zdravotní péče, která je nám poskytována. Z výše zmíněných determinantů má pak největší dopad na lidské zdraví právě způsob, jakým žijeme. Nejvíce proto pro své zdraví uděláme, pokud začneme žít správným životním stylem. K jeho základním tezím patří racionální stravování, pravidelná pohybová aktivita, optimismus a dostatečné množství spánku. Dále je doporučeno vyhnout se rizikovým faktorům a omezit či v lepším případě zcela přestat s kouřením a konzumací alkoholu (Velemínský, 2011).

3.4 Návrh preventivních opatření

Na základě prostudované literatury jsem zpracovala návrh preventivních opatření určený nejen pacientům, u kterých již k rozvoji vředové choroby došlo, ale i zdravým jedincům, u nichž se může vyskytovat větší riziko vzniku vředové choroby, například díky dědičným predispozicím. Hlavním cílem těchto preventivních opatření je snížit pravděpodobnost rozvoje vředové choroby, případně podpořit a usnadnit léčbu již vzniklého onemocnění.

Stravování:

- Stravujte se pravidelně tak, aby pauza mezi jednotlivými jídly nebyla delší než 3 hodiny.
- Váš pravidelný stravovací režim by měl obsahovat 3 hlavní jídla – snídani, oběd a večeři, přičemž oběd by měl být energeticky nejbohatší.
- Kromě hlavních jídel zařaďte do pravidelného stravovacího režimu také dopolední a odpolední svačinu.
- Nekonzumujte potraviny, které zatěžují trávení nebo zhoršují vaše obtíže – vyhněte se mastným a smaženým jídlům, omezte jídla příliš kořeněná.
- Zařaďte do svého jídelníčku ovoce a zeleninu.
- Nekonzumujte pokrmy a nápoje, které jsou studené, vychlazené nebo naopak příliš horoucí.
- Omezte pití sycených nápojů.
- Najděte si dostatek času na konzumaci jídla, jídlo nehltejte, každé sousto řádně rozžvýkejte.
- Používejte vlastní příbor, nedělte se o něj se členy rodiny (Jirásek, 1995; Starnovská, 1998).

Technologická úprava jídel:

- Vyvarujte se smažení a grilování na přímém ohni.
- Vhodná úprava jídel: vaření, dušení, pečení pouze na vodě nikoliv na tuku, úprava pokrmu v mikrovlnné troubě a příprava na teflonové pánvi bez tuku (Starnovská, 1998).

Návykové látky a léčiva:

- Vyvarujte se kouření, konzumace alkoholu a černé kávy.
- Pokud se pití kávy vzdát nechcete, pokuste se alespoň snížit množství šálků vypitých za den, nekonzumujte kávu nalačno, ale raději po jídle, nekombinujte ji s kouřením cigaret a omezte její koncentrovanost přidáním malého množství mléka či smetany do každého šálku.
- Omezte či zcela eliminujte časté užívání ulcerogenních léků (nesteroidní antirevmatika, kortikoidy, kyselina acetylsalicylová) (Dítě, 2000; Starnovská, 1998).

Fyzický a psychický klid:

- Vyhněte se těžké fyzické námaze a náročnějším sportovním aktivitám.
- Snažte se, aby prostředí, ve kterém se pohybujete, bylo harmonické a přátelské.
- Vyhýbejte se konfliktům a větším stresovým zátěžím (Dítě, 2000; Kment, 2002; Mařatka, 1999).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Kvantitativní výzkum

Pro vypracování praktické části bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Podle Kutnohorské (2009) tato metoda pracuje obvykle s větším počtem respondentů a vyznačuje se statistickou analýzou, prací s čísly a generalizací.

4.1 Cíle, výzkumné otázky a předpoklady výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak se změnil životní styl pacientů poté, co jim byla diagnostikována vředová choroba gastroduodena.

Dále byly zvoleny následující dílčí cíle výzkumu:

- **Dílčí cíl č. 1:** Zjistit, jaké stravovací návyky se vyskytují u respondentů v průběhu onemocnění a jejich srovnání se stravovacími návyky před rozvojem onemocnění.
- **Dílčí cíl č. 2:** Odhalit v životním stylu respondentů rizikové faktory související s rozvojem onemocnění a zjistit, zda došlo po diagnóze vředového onemocnění k jejich eliminaci.
- **Dílčí cíl č. 3:** Prozkoumat, u kolika respondentů se v rodině již v minulosti vředové onemocnění vyskytlo.
- **Dílčí cíl č. 4:** Zjistit, jakému počtu respondentů byla diagnostikována přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*.

K dílčím cílům byly formulovány tyto výzkumné otázky:

- **Výzkumná otázka č. 1:** Jak se liší stravovací návyky pacientů před a po diagnóze vředového onemocnění?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Jaké rizikové faktory se vyskytují v životním stylu pacientů s vředovou chorobou? A dojde v průběhu léčby k jejich eliminaci?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Jaký počet pacientů má alespoň jednoho rodinného příslušníka, který také trpí nebo v minulosti trpěl vředovým onemocněním?

- **Výzkumná otázka č. 4:** U kolika pacientů se prokázala přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*?

Podle stanovených cílů byly definovány následující předpoklady:

- **Předpoklad č. 1:** Před diagnózou bylo stravování min. u 75 % respondentů nepravidelné, docházelo k vynechávání jídel během dne. Více než 40 % respondentů preferovalo nezdravou úpravu pokrmů – smažení. Očekávám, že stravovací návyky se po rozvoji onemocnění pozitivně změní max. u 60 % respondentů – zejména nebude docházet k vynechávání jednotlivých jídel během dne a u více než poloviny (30 %) z těchto respondentů dojde ke zvýšení konzumace ovoce nebo zeleniny.
- **Předpoklad č. 2:** Nejfrekventovanějším rizikovým faktorem je konzumace kávy (u více než 90 % respondentů), dále konzumace alkoholu (min. 70 % respondentů), kouření cigaret (max. 65 % respondentů) a častá konzumace kořeněných jídel (min. 45 % respondentů). Pouze každý čtvrtý respondent užívá před rozvojem onemocnění některý z ulcerogenních léků. Předpokládám, že v průběhu léčby dojde ke snížení či k úplné eliminaci konzumace kávy, alkoholu a počtu vykouřených cigaret min. u 55 % respondentů.
- **Předpoklad č. 3:** Minimálně 78 % respondentů má alespoň jednoho rodinného příslušníka, u kterého se někdy rozvinulo vředové onemocnění.
- **Předpoklad č. 4:** Přítomnost bakterie *Helicobacter pylori* je prokázána min. u 58 % testovaných pacientů.

4.2 Metodika výzkumného šetření

Nástrojem pro realizaci výzkumného šetření, které je součástí praktické části bakalářské práce, byl zvolen dotazník.

4.2.1 Dotazníkové šetření

Vytvořený dotazník (viz příloha 1) se skládá z celkem 22 uzavřených otázek. Tyto otázky jsou pro přehlednost rozděleny do 4 částí. Část první se zaměřuje na obecné informace o pacientovi (pohlaví a věk), jsou zde obsaženy dvě položky nezávisle proměnné. Část druhá zjišťuje, jaká byla životospráva pacienta před rozvojem vředového onemocnění. Třetí část zkoumá bližší informace o pacientově diagnóze

a čtvrtá část se zaměřuje na to, jakým způsobem ovlivnila vředová choroba životní styl respondentů. Většina (13) otázek v dotazníku je uzavřeného typu – respondenti mají nabídnuté odpovědi, z nichž volí tu správnou. Z toho na 10 otázek je vždy pouze 1 správná odpověď a u zbývajících 3 otázek je možné zvolit více správných odpovědí - jedná se o uzavřené otázky polytomické. Na tento fakt jsou respondenti u každé otázky tohoto typu písemně upozorněni. V dotazníku se dále vyskytuje číselná škála (1), otázky polouzavřené (3) a filtrační (5). V závěru mají respondenti příležitost připsat své náměty a komentáře. Dotazník je zcela anonymní, což je respondentům sděleno na jeho úvodní straně. Příklad vyplněného dotazníku je součástí přílohy č. 2.

4.2.2 Pilotní studie

Poté, co jsem formulovala jednotlivé otázky a uspořádala je do anonymního dotazníku, jsem v listopadu roku 2015 realizovala pilotní studii. Dotazník jsem předložila k vyplnění 1 odbornému lékaři a 3 pacientům, u kterých byla diagnostikována vředová choroba, přičemž jeden z těchto pacientů byl z okruhu mých rodinných příslušníků. Účelem pilotní studie bylo zjistit, zda jsou jednotlivé otázky v připraveném dotazníku pro pacienty srozumitelné a zda je u otázek adekvátní počet možných odpovědí. Přínos provedené pilotáže hodnotím pozitivně. Z výsledků jsem se dozvěděla o nutnosti uvést konkrétní příklad léčiv, která se řadí k nesteroidním antirevmatikům, neboť respondenti uvedené pojmenování neznali. Dále byly rozšířeny možné odpovědi u otázky týkající se konzumace alkoholických výrobků.

4.2.3 Cílová skupina

Cílová skupina respondentů byla záměrně vybrána. Tvoří ji pacienti s diagnostikovanou vředovou chorobou žaludku nebo dvanáctníku. Tito respondenti v současné době navštěvují některé z následujících gastroenterologických pracovišť na území hlavního města Prahy: Gastroenterologie a hepatologie – Thomayerova nemocnice, Chirurgická ambulance - Nemocnice Na Bulovce, Gastroenterologie – Poliklinika Vysočany, Gastroenterologie – Poliklinika Vršovice, Gastroenterologie – Poliklinika Budějovická.

Distribuce dotazníků byla provedena v průběhu měsíce prosince (rok 2015) a ledna (rok 2016). Výběr jsem omezila na následující gastroenterologická pracoviště:

- Gastroenterologie a hepatologie – Thomayerova nemocnice, Praha

- Chirurgická ambulance – Nemocnice Na Bulovce, Praha
- Gastroenterologie – Poliklinika Vysočany, Praha
- Gastroenterologie – Poliklinika Vršovice, Praha
- Gastroenterologie – Poliklinika Budějovická, Praha
- Ostatní

V neposlední řadě jsem dotazníky distribuovala také mezi své rodinné příslušníky a okruh známých, o kterých vím, že se s vředovou chorobou léčí, případně v minulosti léčili. Tato skupina tvoří položku „ostatní“.

4.3 Výsledky dotazníkového šetření

Dotazníky byly rozdávány pacientům přímo v ordinacích výše zmíněných gastroenterologických pracovišť na území hlavního města Prahy. Na to, aby se každý dotazník dostal do rukou správného pacienta, tedy takového, u kterého byla diagnostikována vředová choroba, dohlížel ordinující lékař, případně zdravotní sestra. Tento zdravotnický personál pacientům jednotlivé dotazníky předával. Časový limit pro vyplnění dotazníků určen nebyl. Vybraní pacienti vraceli vyplněné dotazníky zpět zdravotním sestřím nebo ošetřujícím lékařům v ordinaci.

Celkově bylo rozdáno 115 dotazníků, z toho 52 se jich vrátilo vyplněných. Nižší návratnost dotazníků (45,2 %) přisuzuji faktu, že dotazníky nebyly rozdávány přímo mou osobou, a tedy jsem osobně nemohla dohlédnout na jejich zpětné navrácení.

Tabulka č. 5: Přehled počtu distribuovaných a navrácených dotazníků na jednotlivých gastroenterologických pracovištích

Gastroenterologické pracoviště	Počet distribuovaných dotazníků	Počet vrácených dotazníků
Thomayerova nemocnice	15	4
Nemocnice Na Bulovce	20	8
Poliklinika Vysočany	25	11
Poliklinika Vršovice	10	10
Poliklinika Budějovická	20	4
Ostatní	25	15
Celkem	115	52

Zpracování získaných dat

Pro zpracování výsledků dotazníkového šetření jsem použila textový procesor Microsoft Word 2007, ve kterém jsem vytvořila jednotlivé tabulky, a tabulkový procesor Microsoft Excel 2007, pomocí kterého jsem vytvořila grafy. Výsledky jsou zaokrouhleny na 1 desetinné místo a jsou prezentovány v tabulkách nebo grafech prostřednictvím absolutní a relativní četnosti.

Z celkového počtu 52 vyplněných dotazníků jsem 1 dotazník vyloučila a nezařadila jej do procesu vyhodnocování, neboť některé otázky v něm byly vyplněny chybně nebo naopak zůstaly zcela nevyplněné. Vyhodnoceno bylo tedy 51 dotazníků.

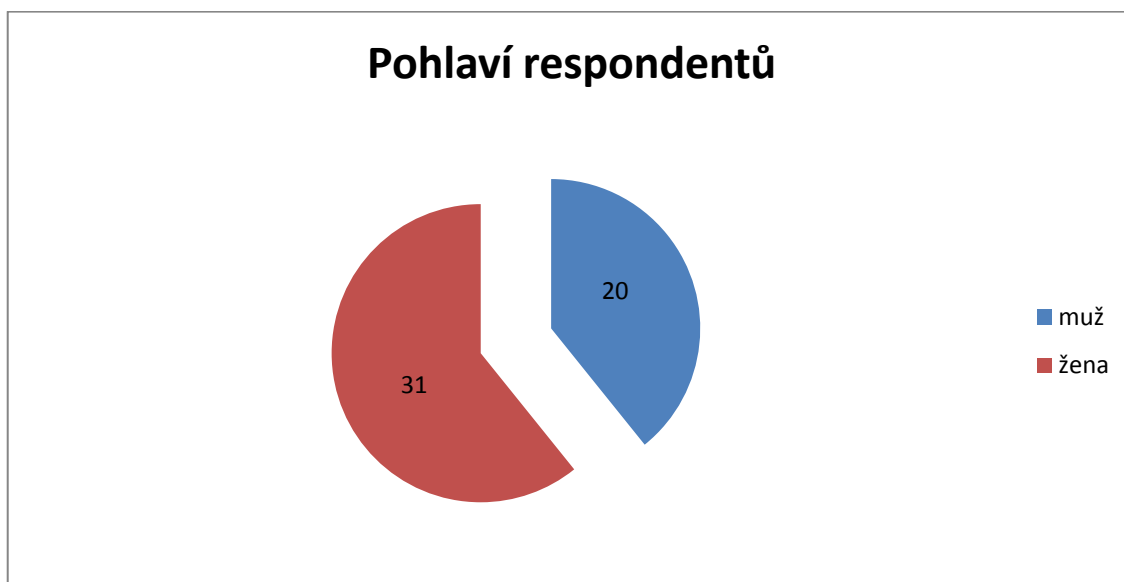
Následuje vyhodnocení dat získaných prostřednictvím dotazníkového šetření.

Část I.: Obecné informace

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví

Graf 1: Pohlaví respondentů

N = 51

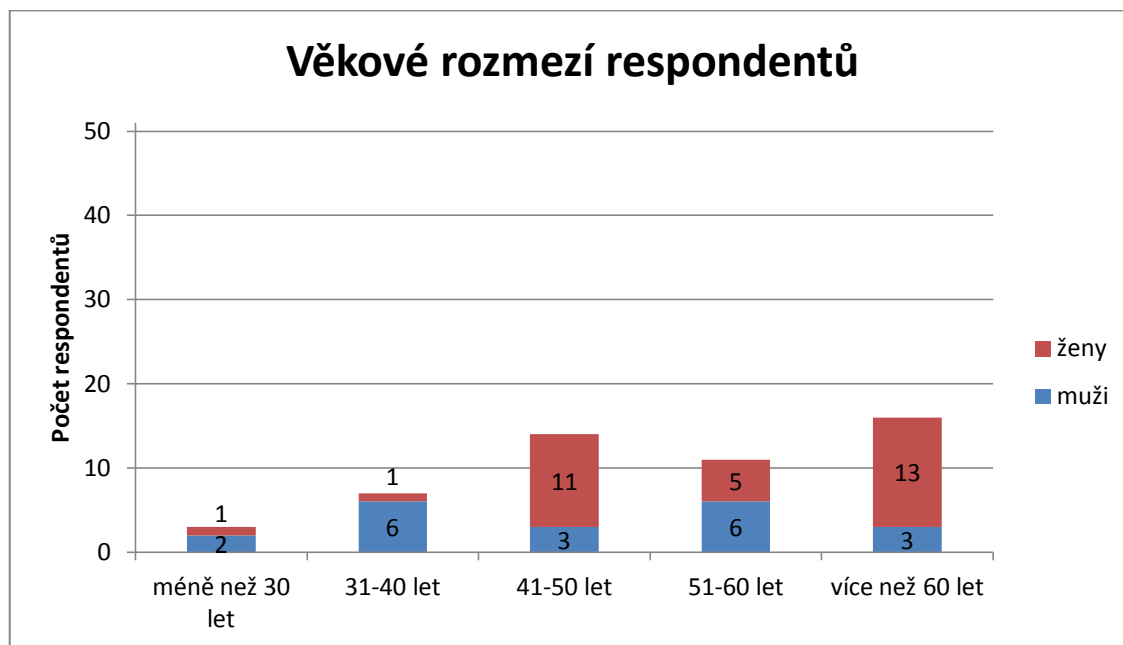


Z grafu 1 je patrné, že dotazník vyplnilo celkem 51 (100,0 %) respondentů. Ti tvoří výzkumný vzorek, který je zastoupen 20 (39,2 %) muži a 31 (60,8 %) ženami.

Otázka č. 2: Do jaké věkové kategorie patříte?

Graf 2: Věkové rozmezí respondentů

N = 51



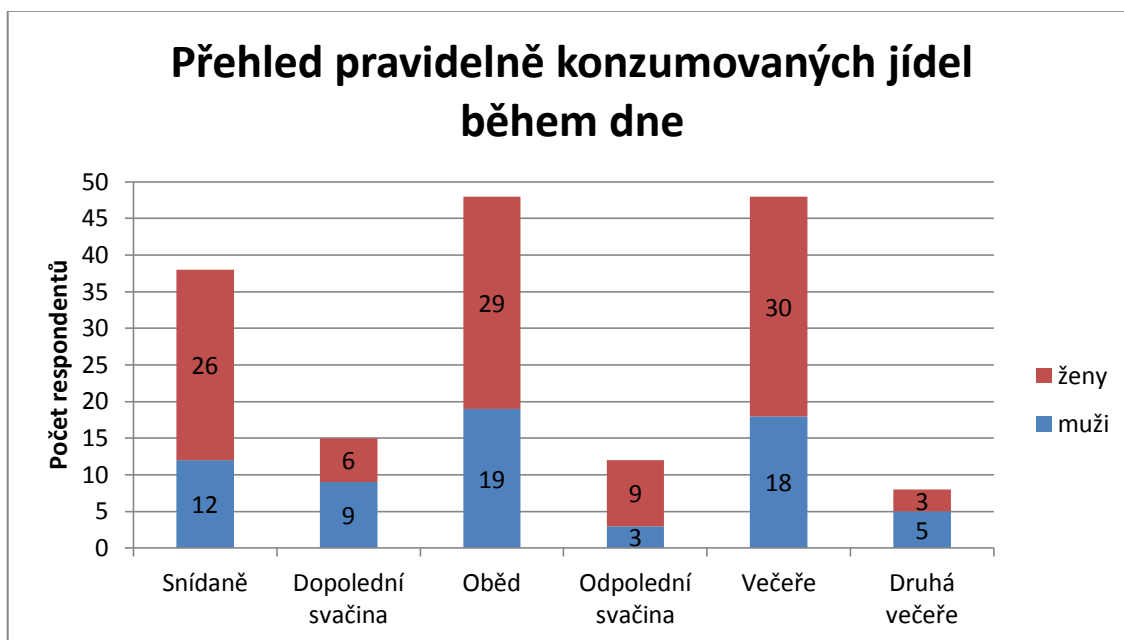
Věkové rozmezí respondentů bylo rozděleno do 5 kategorií. První kategorii (méně než 30 let) zvolili 3 (5,9 %) respondenti - 2 muži a 1 žena. Druhou kategorii (31 – 40 let) označilo 7 (13,7 %) dotázaných, z toho 6 mužů a 1 žena. Třetí kategorii (41 – 50 let) byla zvolena 14 (27,5 %) respondenty - 3 muži a 11 žen. Do čtvrté kategorie (51 – 60 let) se zařadilo 11 (21,6 %) dotázaných z toho 6 mužů a 5 žen. Nejvíce respondentů – 16 (31,4 %) označilo pátou kategorii, což znamená, že 3 muži a 13 žen byli starší 60 let.

Část II.: Životospráva před rozvojem vředového onemocnění

Otázka č. 1 zjišťuje pravidelnost ve stravování u respondentů před rozvojem vředového onemocnění.

Graf 3: Přehled pravidelně konzumovaných jídel během dne

N = 51



Z grafu 3 je zřejmé, že větší část respondentů před rozvojem vředového onemocnění nezařazovala do svého běžného jídelníčku doporučený počet porcí a některá denní jídla dokonce zcela vynechávala. Respondenti mohli zvolit více vhodných odpovědí najednou, celkem jimi bylo zvoleno 169 odpovědí.

Z celkového počtu 51 respondentů pravidelně snídá 38 (74,5 %) respondentů, z toho 12 mužů a 26 žen. Dopolední svačinu do svého jídelníčku pravidelně zařazuje 15 (29,4 %) respondentů z 51 – 9 mužů a 6 žen. Pravidelně obědovat nezapomíná až 48 (94,1 %) respondentů zastoupených 19 muži a 29 ženami. Konzumaci odpolední svačiny potvrdilo 12 (23,5 %) z 51 respondentů, z toho 3 muži a 9 žen. Večeře tvoří jedno z hlavních jídel dne, které cílovou skupinou nebývá vynecháváno. Pravidelně si večeři dopřává 48 (94,1 %) z 51 respondentů – 18 mužů a 30 žen. Nejméně označovanou variantou byla druhá večeře. Tu do svého jídelníčku pravidelně zařazuje 8 (15,7 %) z 51 respondentů zastoupených 5 muži a 3 ženami.

Otázka č. 2: Jak často jste konzumoval/a ovoce a zeleninu před onemocněním?

Tabulka č. 6: Konzumace ovoce a zeleniny před onemocněním

N = 50

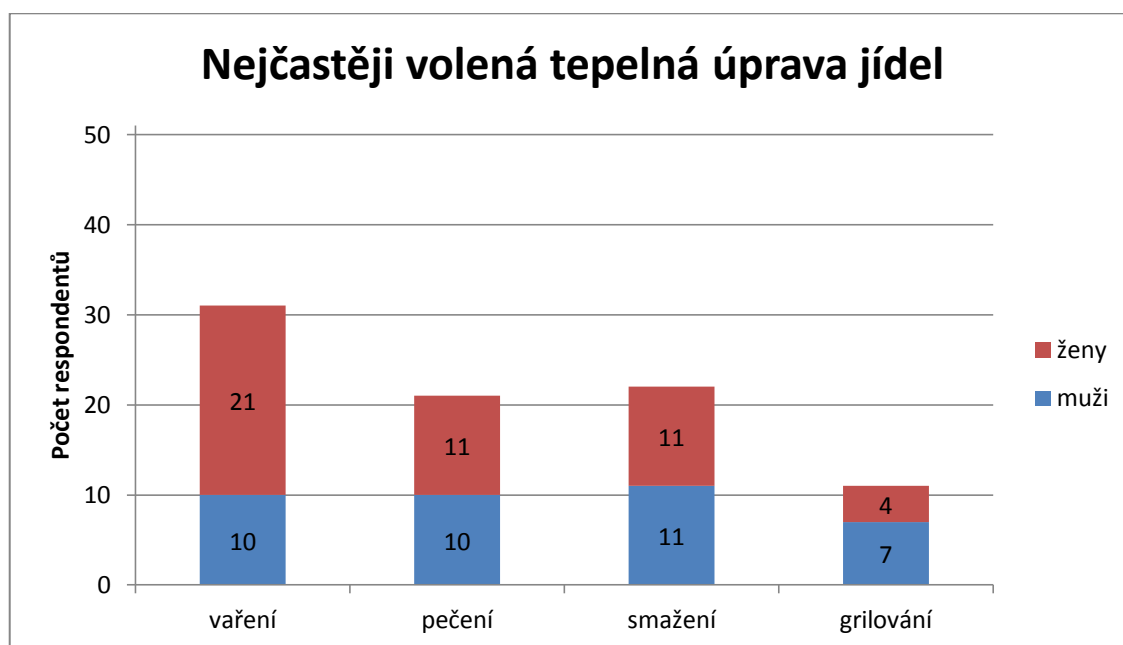
druh	ovoce				zelenina			
	muži		ženy		muži		ženy	
četnost	n	%	n	%	n	%	n	%
vůbec	2	4,0	0	0,0	2	4,0	1	2,0
2x za měsíc	3	6,0	2	4,0	3	6,0	3	6,0
1x za týden	5	10,0	4	8,0	7	14,0	4	8,0
obden	3	6,0	14	28,0	3	6,0	14	28,0
každý den	6	12,0	11	22,0	3	6,0	9	18,0
jiná možnost	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0
Celkem	19	38,0	31	62,0	19	38,0	31	62,0

Tabulka č. 6 podává přehled o konzumaci ovoce a zeleniny u pacientů před manifestací vředového onemocnění. Celkem bylo vyhodnoceno 51 dotazníků. Jelikož ale tato otázku zůstala v jednom z nich zcela nevyplněná, byl počet respondentů snižen na 50 (100,0 %), z toho 19 mužů a 31 žen. Z tabulky vyplývá, že 2 (4,0 %) respondenti – 2 muži a 0 žen ovoce vůbec nekonzumují. Naopak 2x za měsíc jej zařazovalo do svého jídelníčku 5 (10,0 %) respondentů zastoupených 3 muži a 2 ženami. Možnost jednou týdně zvolilo 9 (18,0 %) dotázaných, z toho 5 mužů a 4 ženy. Ke konzumaci ovoce obden se přihlásilo 17 (34,0 %) respondentů – 3 muži a 14 žen. Každý den si pak ovoce dopřávalo 17 (34,0 %) dotázaných – 6 mužů a 11 žen. Variantu „jiná možnost“ nezvolil žádný respondent. Zeleninu před onemocněním vůbec nekonzumovali 3 (6,0 %) respondenti, z toho 2 muži a 1 žena. 2x za měsíc ji zařazovalo do svého jídelníčku 6 (12,0 %) respondentů – 3 muži a 3 ženy. Jednou týdně si její konzumaci dopřávalo 11 (22,0 %) dotázaných, z toho 7 mužů a 4 ženy. Obden zeleninu jedlo 17 (34,0 %) respondentů zastoupených 3 muži a 14 ženami. A každý den se objevila na talíři u 12 (24,0 %) dotázaných – 3 mužů a 9 žen. Variantu „jiná možnost“ zvolil 1 (2,0 %) respondent - muž a specifikoval ji vlastními slovy - „příležitostně“.

Otázka č. 3: Jakou tepelnou úpravu jídel jste nejčastěji volil/a před rozvojem vředového onemocnění?

Graf 5: Nejčastěji volená tepelná úprava jídel u respondentů

N = 51

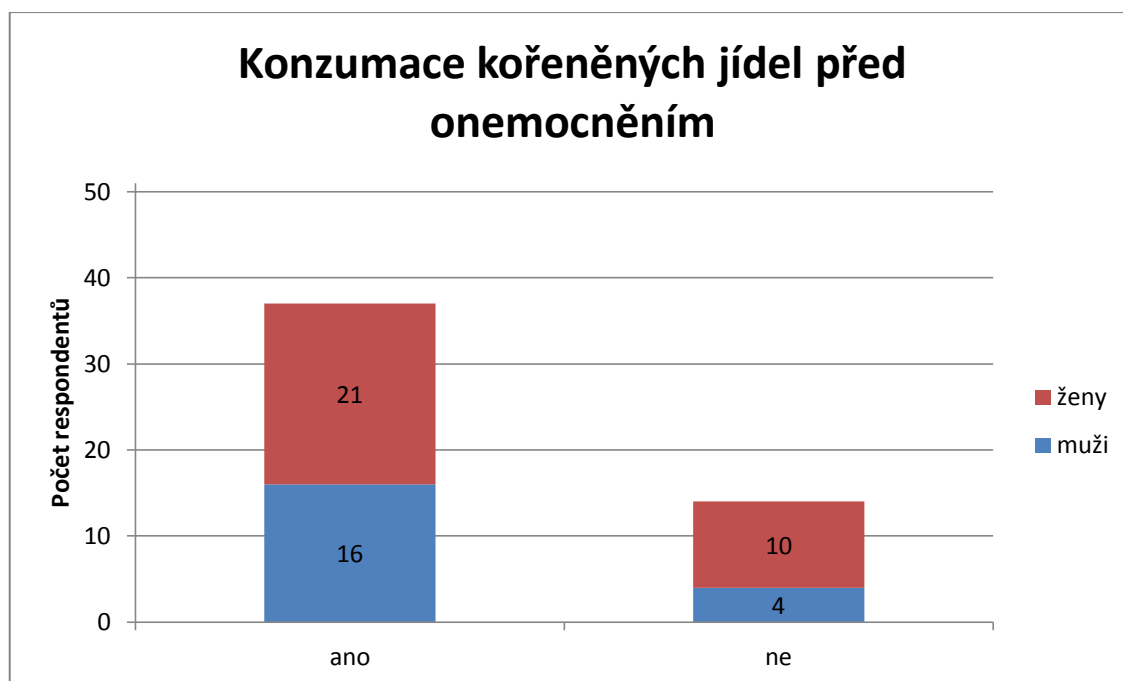


Otázka č. 3 byla uzavřená, respondenti měli možnost zvolit více vhodných odpovědí najednou, a vybrat tak ty tepelné úpravy, kterými obvykle připravují své jídlo. Celkový počet zvolených odpovědí činil 85. Odpovídalo 51 dotázaných pacientů. Nejčastěji volenou úpravou se ukázalo být vaření. Takto své jídlo připravuje 31 (60,8 %) respondentů z 51, z toho 10 mužů a 21 žen. Varianta pečení byla vybrána z celkového počtu 51 dotázaných 21 (41,2 %) respondenty – 10 muži a 11 ženami. Méně zdravou úpravu – smažení volí 22 (43,1 %) dotázaných z 51 zastoupených 11 muži a 11 ženami. Grilováním upravuje své pokrmy celkem 11 (21,6 %) respondentů z 51 – 7 mužů a 4 ženy.

Otázka č. 4: Konzumoval/a jste kořeněná jídla před rozvojem vředového onemocnění?

Graf 6a: Konzumace kořeněných jídel před onemocněním

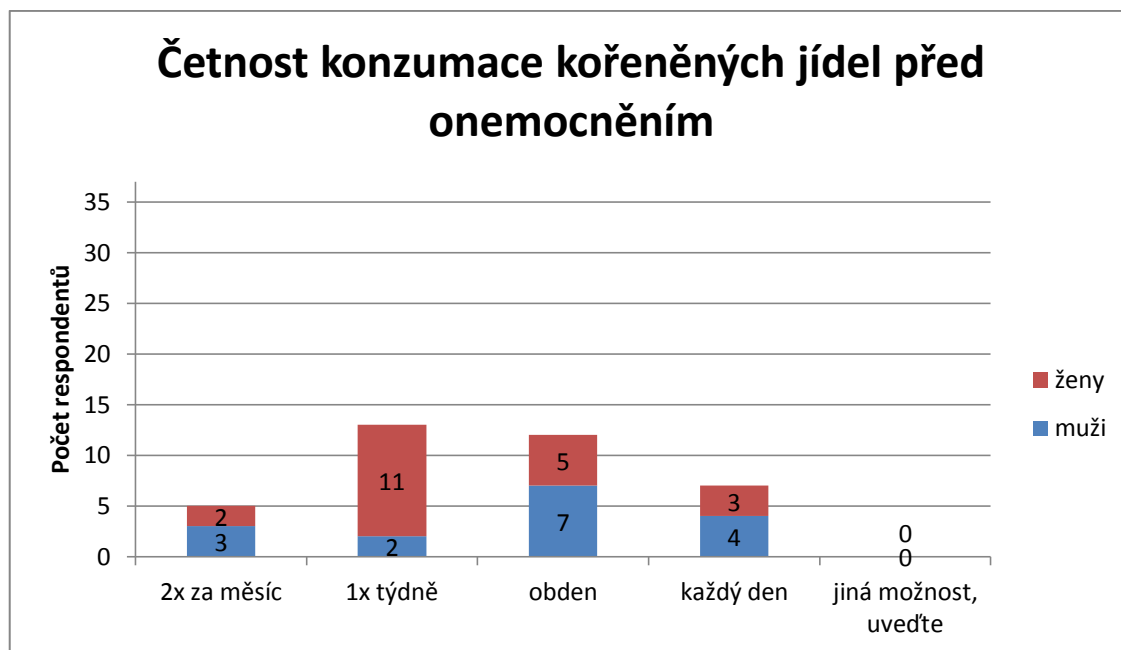
N = 51



Graf 6a prezentuje výsledky ohledně konzumace kořeněných jídel. Pravidelně tato jídla před rozvojem vředového onemocnění konzumovalo celkem 37 (72,5 %) respondentů, z toho 16 mužů a 21 žen. Zbýlých 14 (27,5 %) respondentů – 4 muži a 10 žen kořeněná jídla před rozvojem vředového onemocnění nekonzumovalo.

Graf 6b: Četnost konzumace kořeněných jídel před onemocněním

N = 37

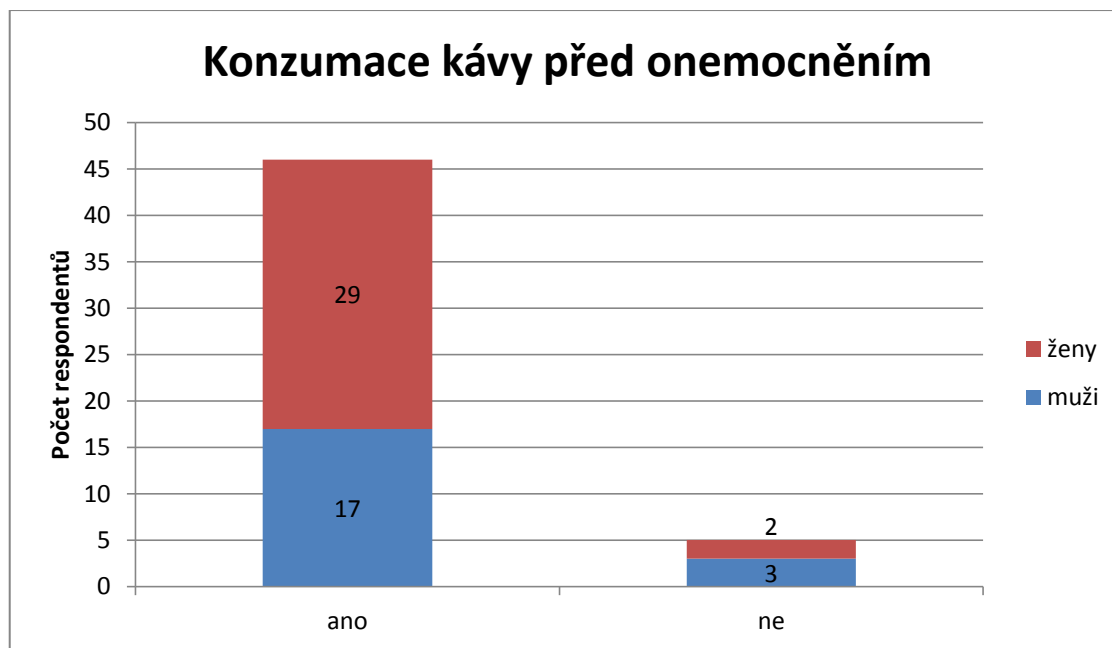


Graf 6b analyzuje odpovědi pouze od těch respondentů, kteří se přihlásili ke konzumaci kořeněných jídel (viz graf 6a). Z celkového počtu 37 (100,0 %) respondentů konzumuje kořeněná jídla pravidelně 2x za měsíc 5 (13,5 %) respondentů - 3 muži a 2 ženy. 1x týdně 13 (35,1 %) respondentů - 2 muži a 11 žen, obden 12 (32,4 %) dotázaných - 7 mužů a 5 žen. Každý den pak konzumuje kořeněné jídlo 7 (18,9 %) dotázaných, z toho 4 muži a 3 ženy. Varianta jiná možnost nebyla zvolena žádným respondentem.

Otázka č. 5: Byl/a jste zvyklý/á pít kávu před rozvojem vředového onemocnění?

Graf 7a: Konzumace kávy před onemocněním

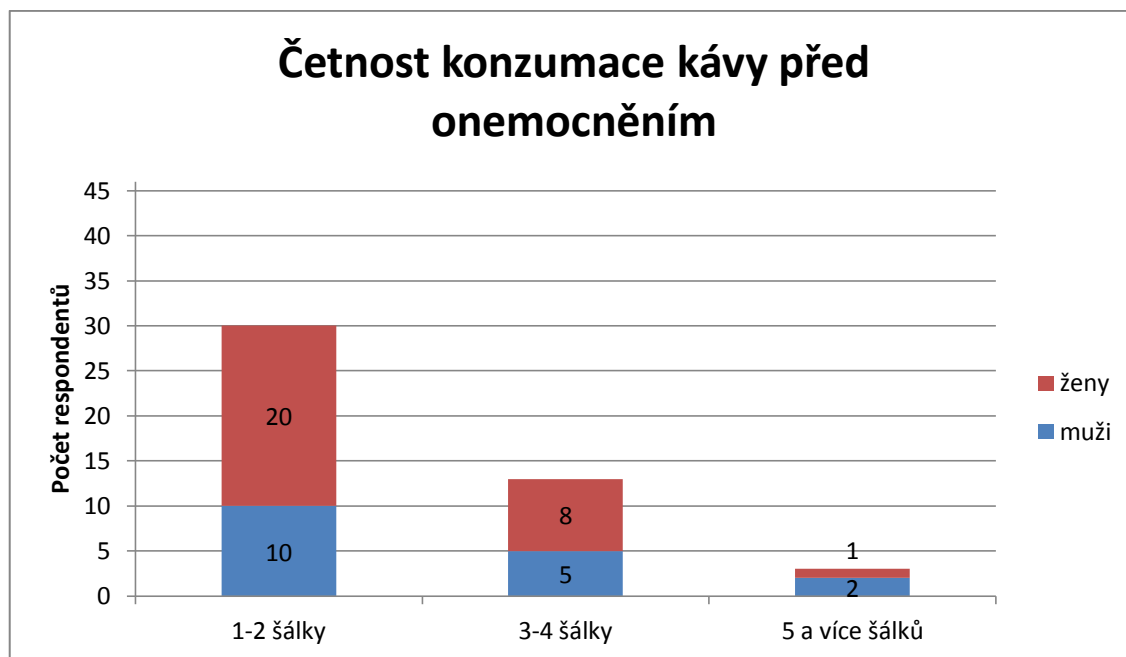
N = 51



V grafu 7a je nastíněna konzumace kávy u respondentů. Před rozvojem vředového onemocnění ji pravidelně konzumovalo celkem 46 (90,2 %) respondentů tvořených 17 muži a 29 ženami. Jen 5 (9,8 %) respondentů ze vzorku kávu nekonzumovalo vůbec. Mezi nimi byli 3 muži a 2 ženy.

Graf 7b: Četnost konzumace kávy před onemocněním

N = 46

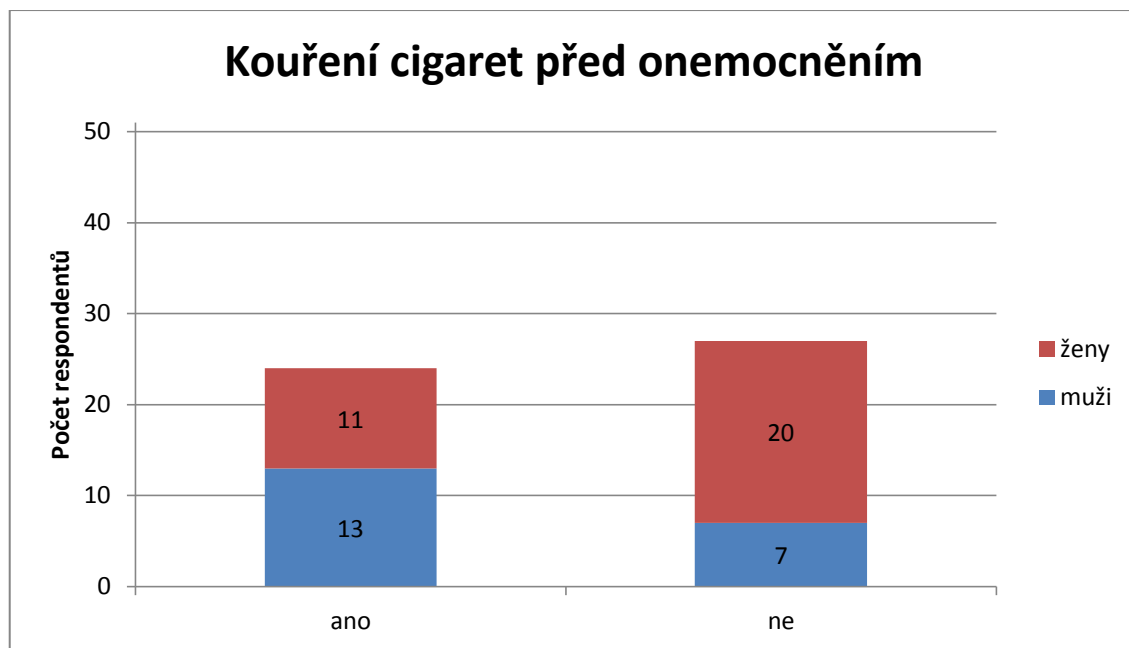


Ke konzumaci kávy se přihlásilo 46 dotázaných (viz graf 7a). U těchto respondentů pak byla zjišťována četnost konzumace kávy. 30 (65,2 %) respondentů denně vypilo 1 - 2 šálky kávy, z toho bylo 10 mužů a 20 žen. 13 (28,3 %) respondentů zastoupených 5 muži a 8 ženami vypilo 3 - 4 šálky kávy za den. Ke konzumaci 5 a více šálků denně se přihlásili 3 (6,5 %) respondenti – 2 muži a 1 žena.

Otázka č. 6: Byl/a jste zvyklý/á kouřit cigarety před rozvojem vředového onemocnění?

Graf 8a: Kouření cigaret před onemocněním

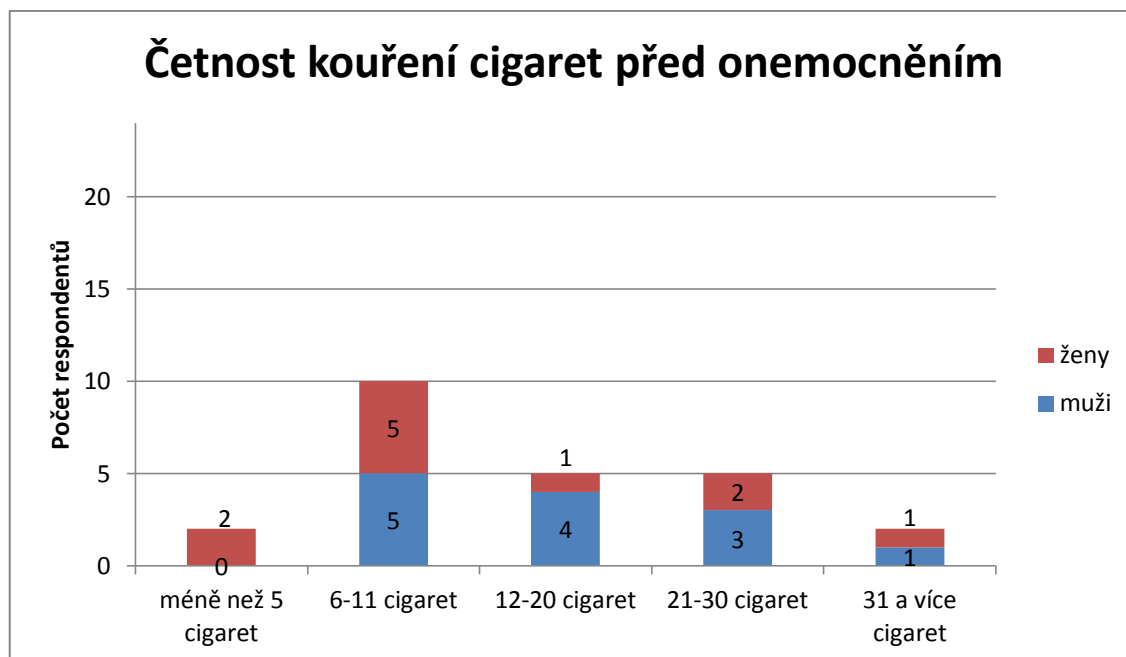
N = 51



Ke kouření cigaret před propuknutím vředového onemocnění se přiznalo 24 (47,1 %) respondentů – z toho bylo 13 mužů a 11 žen. Naopak za nekuřáky se označila více než polovina z výzkumného vzorku – 27 (52,9 %) respondentů. Mužů nekuřáků bylo 7, žen nekuřáček bylo 20.

Graf 8b: Četnost kouření cigaret před onemocněním

N = 24



Celkový počet respondentů byl snížen na 24, což odpovídá počtu respondentů, kteří se ke kouření přihlásili. Odpovědi nekuřáků (celkem 27) jsou v tomto případě irelevantní. Méně než 5 cigaret denně vykouřili 2 (8,3 %) respondenti – 0 mužů a 2 ženy. Nejčastěji voleným množstvím vykouřených cigaret bylo 6 - 11 kusů. Tuto variantu vybralo 10 (41,7 %) respondentů, z toho 5 mužů a 5 žen. 12 – 20 cigaret denně kouřilo 5 (20,8 %) respondentů – 4 muži a 1 žena. K počtu 21 - 30 vykouřených cigaret se přiznalo 5 (20,8 %) respondentů zastoupených 3 muži a 2 ženami. Možnost 31 a více vykouřených cigaret zvolili 2 (8,3 %) respondenti zastoupení 1 mužem a 1 ženou.

Otázka č. 7: Které alkoholické výrobky jste byl/a zvyklý/á vypít za 1 týden?

Tabulka č. 7a: Konzumace piva před onemocněním

N = 51

množství	1 malé pivo				1 velké pivo				pivo nepiji			
	muži		ženy		muži		ženy		muži		ženy	
četnost	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 – 2 x týdně	4	7,8	11	21,6	3	5,9	3	5,9	2	3,9	13	25,5
3 – 4 x týdně	1	2,0	2	3,9	3	5,9	0	0,0	-	-	-	-
5 – 6 x týdně	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	-	-	-	-
každý den	0	0,0	1	2,0	3	5,9	1	2,0	-	-	-	-
více než 7 x týdně	2	3,9	0	0,0	1	2,0	0	0,0	-	-	-	-
celkem	7	13,7	14	27,5	11	21,7	4	7,9	2	3,9	13	25,5

Tabulka 7a vyhodnotila data zaměřená na konzumaci piva u celkového počtu 51 (100,0 %) respondentů, z toho je 20 mužů a 31 žen. Respondentům byly nabídnuty pevně stanovené časové kategorie, označit mohli pouze jednu možnost. 1 – 2 týdně konzumovalo malé pivo 15 (29,4 %) respondentů – 4 muži a 11 žen, velké pivo 6 (11,8 %) respondentů – 3 muži a 3 ženy. Variantu 3 – 4x týdně zvolili pro malé pivo 3 (5,9 %) respondenti – 1 muž a 2 ženy, pro velké pivo také 3 (5,9 %) respondenti – 3 muži a žádná žena. 5 – 6 x týdně nekonzumoval malé pivo žádný z dotázaných, velké pivo si 5 – 6x týdně dopřál 1 (2,0 %) muž. Malé pivo každý den pila 1 (2,0 %) žena. Ke konzumaci velkého piva každý den se přiznali 4 (7,8 %) respondenti – 3 muži a 1 žena. Variantu více než 7x týdně zvolili pro malé pivo 2 (3,9 %) respondenti – 2 muži a žádná žena, pro velké pivo zvolil tuto možnost pouze 1 (2,0 %) muž.

Ve výzkumném vzorku se vyskytlo dále 15 (29,4 %) dotázaných, kteří před onemocněním pivo nekonzumovali vůbec. Tato část je zastoupena 2 muži a 13 ženami. Je tedy patrný nepoměr mezi pohlavími.

Tabulka č. 7b: Konzumace vína před onemocněním

N = 51

množství	1 sklenka			
	muži		ženy	
pohlaví				
četnost	n	%	n	%
1 – 2 x týdně	7	13,7	16	31,4
3 – 4 x týdně	2	3,9	2	3,9
5 – 6 x týdně	0	0,0	1	2,0
každý den	0	0,0	0	0,0
více než 7 x týdně	0	0,0	0	0,0
víno nepiji	11	21,6	12	23,5
celkem	20	39,2	31	60,8

Tabulka č. 7b podává přehled o tom, jak byli pacienti před rozvojem vředového onemocnění zvyklí konzumovat víno. Jelikož byla tato otázka vyplněna všemi dotázanými, celkový počet respondentů činí 51 (100,0 %), z toho je 20 mužů a 31 žen. Respondenti mohli zvolit pouze jednu z nabídnutých možností.

Obecně se ke konzumaci vína přiznala nadpoloviční většina, tedy 28 (54,9 %) respondentů, z toho ženy tvořily významnější část. Tato konzumace vína byla dále rozdělena do několika časových kategorií. K variantě 1 – 2x týdně se přihlásilo 23 (45,1 %) dotázaných – 7 mužů a 16 žen. Možnost 3 – 4x týdně zvolili 4 (7,8 %) respondenti zastoupeni 2 muži a 2 ženami. 5 - 6x týdně konzumuje sklenku vína 1 (2,0 %) žena. Varianty „každý den“ a „více než 7x týdně“ nebyly zvoleny žádným respondentem.

Mezi dotázanými se našlo 23 (45,1 %) respondentů, kteří víno nepijí vůbec. Tato skupina byla z větší části tvořena muži – celkem 11, menší procentuální zastoupení v ní mají ženy – celkem 12.

Tabulka č. 7c: Konzumace lihovin před onemocněním

N = 49

množství	1 panák			
pohlaví	muži		ženy	
četnost	n	%	n	%
1 – 2 x týdně	3	6,1	9	18,4
3 – 4 x týdně	4	8,2	2	4,1
5 – 6 x týdně	0	0,0	0	0,0
každý den	2	4,1	0	0,0
více než 7 x týdně	0	0,0	0	0,0
lihoviny nepijí	10	20,4	19	38,8
celkem	19	38,8	30	61,3

Tabulka č. 7c prezentuje výsledná data v oblasti konzumace lihovin u respondentů před tím, než u nich došlo k rozvoji vředového onemocnění. Z důvodu nevyplnění této otázky ve 2 dotaznících, je celkový počet respondentů snížen z 51 na 49, z toho 19 mužů a 30 žen. Z nabídnutých variant bylo možné zvolit pouze jednu.

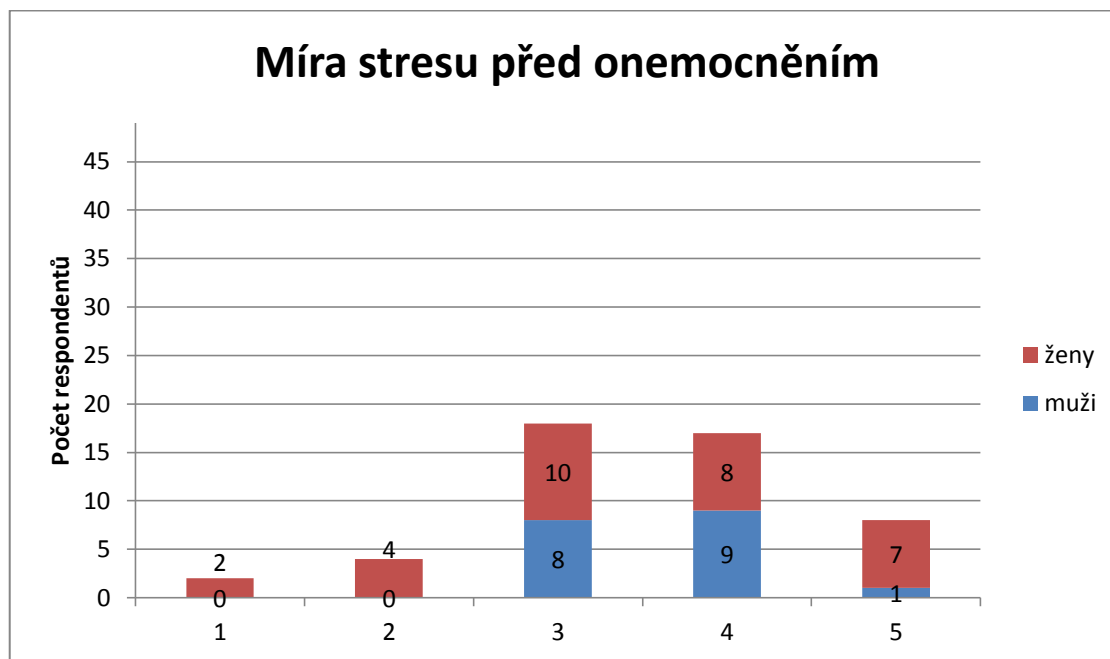
K pravidelné konzumaci lihovin se přiznalo 20 (40,8 %) dotázaných – 9 mužů a 11 žen. Z toho 1 – 2x týdně si lihoviny dopřeje 12 (24,5 %) respondentů – 3 muži a 9 žen. 3 – 4x týdně konzumuje lihoviny 6 (12,2 %) respondentů – 4 muži a 2 ženy. Možnost 5 – 6x týdně neoznačil žádný respondent. Konzumaci lihovin každý den potvrdili 2 (4,1 %) respondenti – 2 muži a 0 žen. Variantu častější konzumace než 7x týdně nezvolil žádný z dotázaných.

Ve výzkumném vzorku byla nadpoloviční část respondentů, kteří lihoviny nekonzumují vůbec. Tato část je tvořena celkem 29 (59,2 %) dotázanými, z toho je 10 mužů a 19 žen.

Otázka č. 8 zjišťuje míru stresu, se kterou se respondenti před rozvojem vředového onemocnění denně setkávali. Hodnota 1 znamená nulovou stresovou zátěž, hodnota 5 velkou stresovou zátěž.

Graf 10: Míra stresu před onemocněním

N = 49

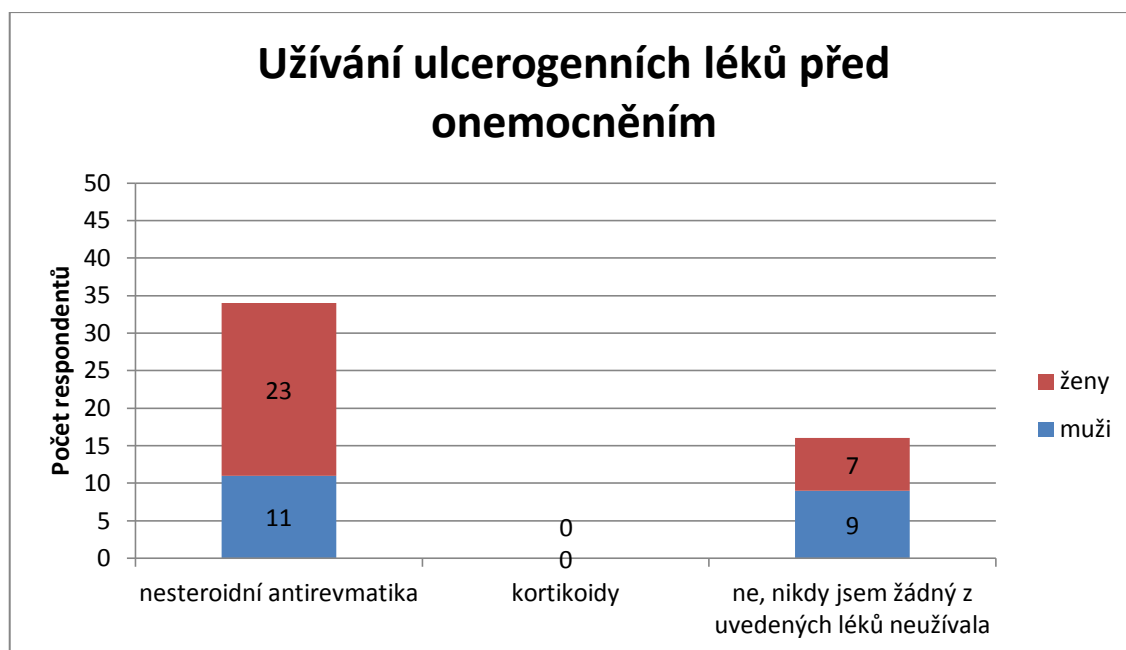


Celkový počet respondentů je snížen z 51 na 49, jelikož právě 2 respondenti (2 muži) tuto otázku nevyplnili. Na číselné škále respondenti volili hodnotu pro stresovou zátěž, které byli běžně vystaveni před manifestací vředového onemocnění. Nejméně byla volena varianta 1 (nulová zátěž) – označili ji 2 (4,1 %) dotázaní - 0 mužů a 2 ženy. Variantu 2 (mírnou stresovou zátěž) vybrali 4 (8,2 %) respondenti – žádný muž a 4 ženy. Nejčastěji volená byla varianta 3 (střední stresová zátěž) - označilo ji 18 (36,7 %) respondentů zastoupených 8 muži a 10 ženami. Ke čtvrté možnosti (vyšší stresové zátěži) se přiklonilo 17 (34,7 %) respondentů, z toho 9 mužů a 8 žen. S velkou stresovou zátěží (varianta 5) se denně setkávalo 8 (16,3 %) respondentů - 1 muž a 7 žen.

Otázka č. 9: Užíval/a jste některý z těchto léků?

Graf 11: Užívání ulcerogenních léků před onemocněním

N = 50



Graf 11 prezentuje odpovědi respondentů na otázku, zda užívali některé z ulcerogenních léků před rozvojem vředového onemocnění. Celkový počet respondentů (51) je snížen o 1 respondenta, který v dotazníku tuto otázku nevyplnil.

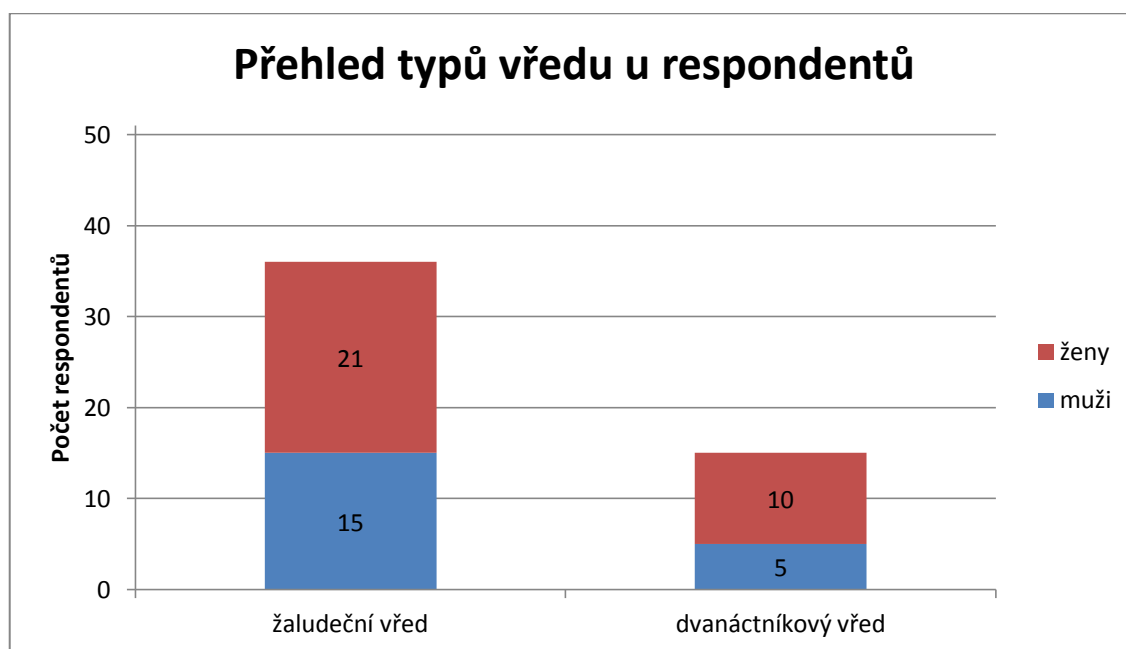
K užívání některého z nesteroidních antirevmatik se přiznalo 34 (68,0 %) respondentů, z toho 11 mužů a 23 žen. Zbýlých 16 (32,0 %) respondentů zastoupených 9 muži a 7 ženami před rozvojem vředového onemocnění žádný ulcerogenní lék neužívalo.

Část III.: Vředová choroba gastroduodena

Otázka č. 1: Jaký typ vředu Vám byl diagnostikován?

Graf 12: Přehled typů vředu u respondentů

N = 51

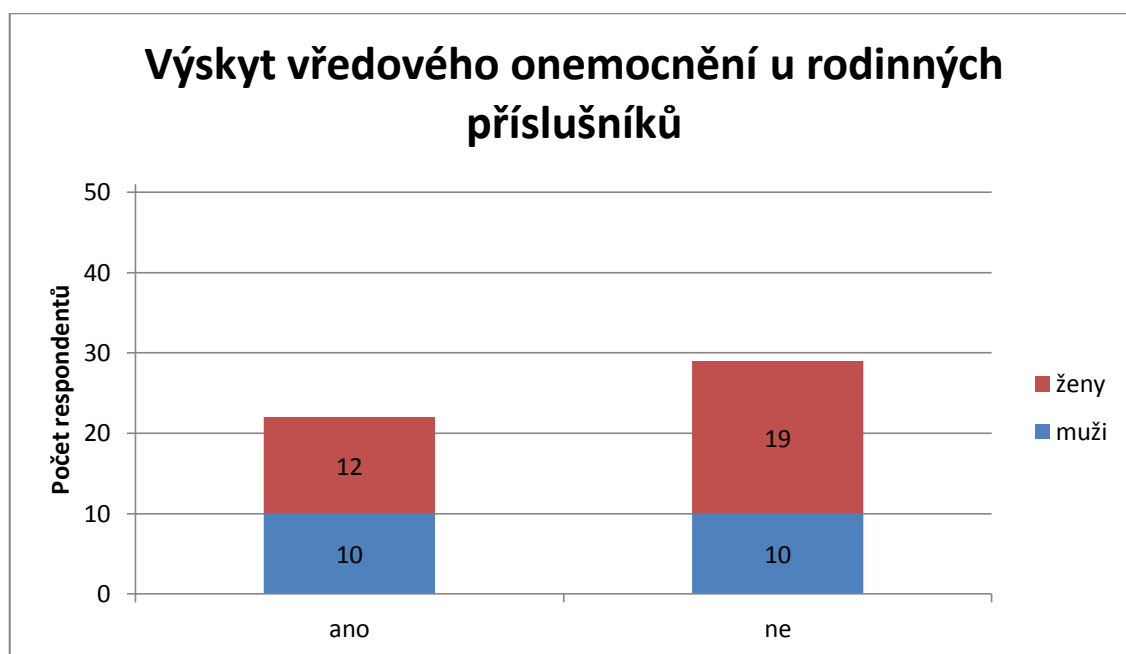


Graf 12 prezentuje zastoupení obou typů peptického vředu u respondentů. Nejčastěji byl pacientům diagnostikován žaludeční vřed. Označilo jej 36 (70,6 %) respondentů, z toho bylo 15 mužů a 21 žen. Dvanáctníkovým vředem trpí 15 (29,4 %) respondentů – 5 mužů a 10 žen.

Otázka č. 2: Trpěl nebo trpí některý z Vašich rodinných příslušníků vředovým onemocněním?

Graf 13: Výskyt vředového onemocnění u rodinných příslušníků

N = 51

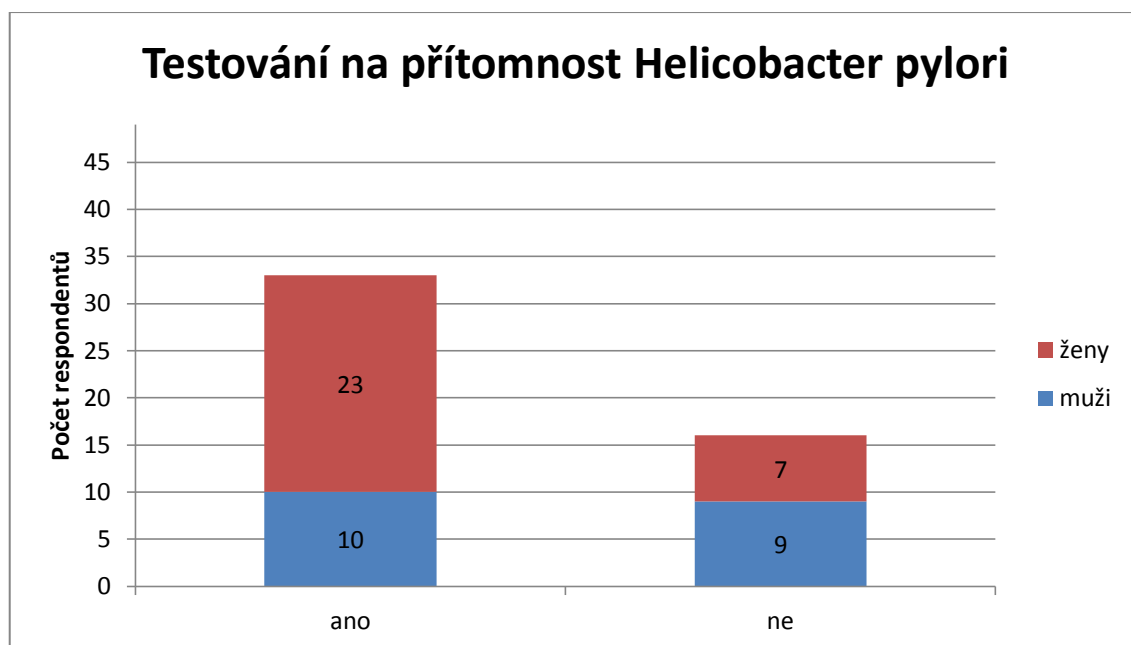


Výskyt stejné diagnózy alespoň u 1 rodinného příslušníka potvrdilo 22 (43,1 %) respondentů 10 mužů a 12 žen. U zbylých 29 (56,9 %) respondentů – 10 mužů a 19 žen se vředové onemocnění u žádného člena rodiny nevyskytlo.

Otázka č. 3: Byl/a jste testován/a na přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*?

Graf 14a: Testování na přítomnost *Helicobacter pylori*

N = 49

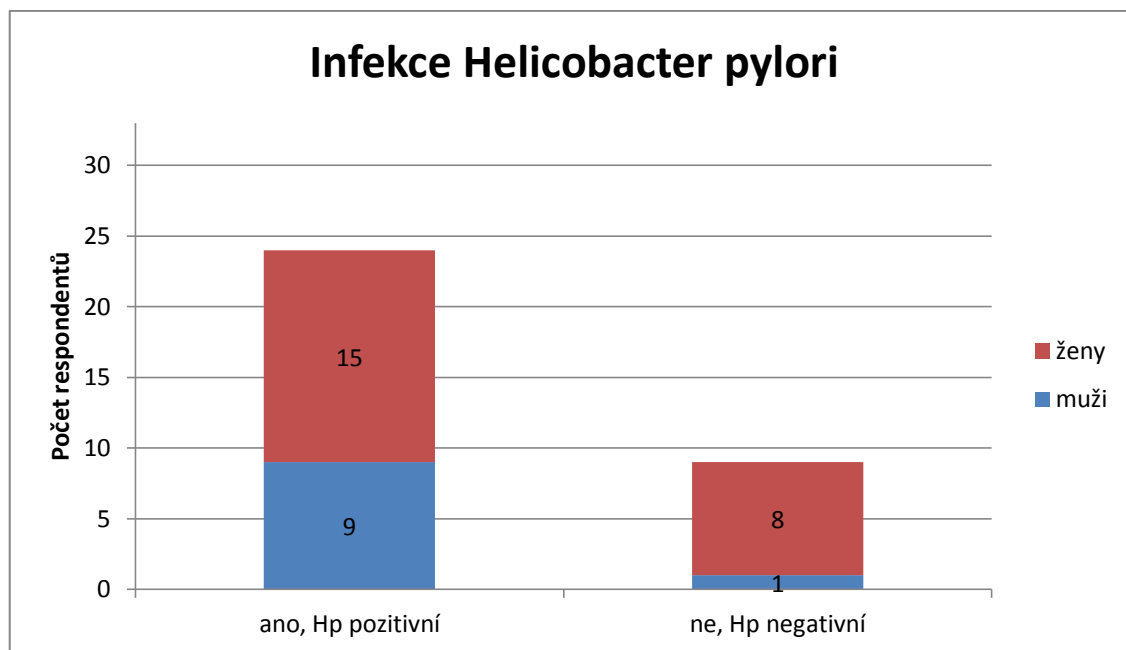


Počet dotázaných, jejichž odpovědi byly zařazeny do vyhodnocení, byl snížen z 51 na 49. Důvodem bylo nevyplnění této otázky u právě dvou respondentů (1 muž a 1 žena).

Graf 14a zjišťoval testování na přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*, jednoho z etiopatogenetických faktorů vředové choroby. Více než polovina dotázaných – 33 (67,3 %) zmíněné testování absolvovala. Tato skupina je tvořena 10 muži a 23 ženami. U zbylých 16 (32,7 %) respondentů – 9 mužů a 7 žen testování provedeno nebylo.

Graf 14b: Infekce Helicobacter pylori

N = 33



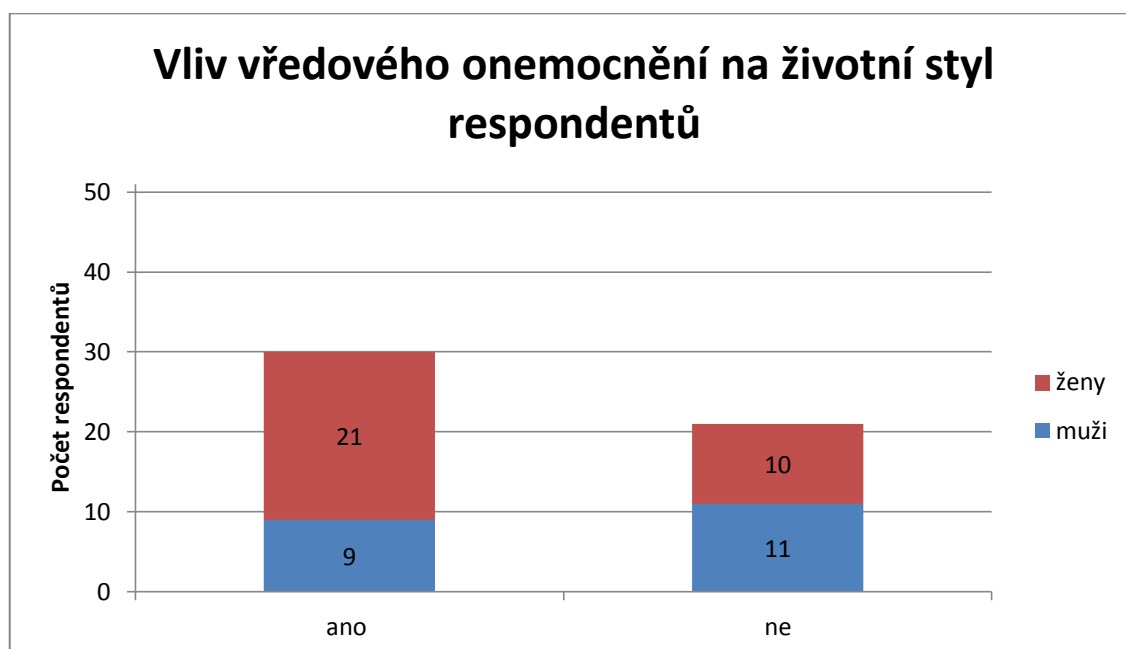
Graf 14b vyhodnocuje odpovědi pouze u těch respondentů, kteří byli testováni na přítomnost bakterie Helicobacter pylori. Celkový počet těchto respondentů činí 33. Na základě testování se přítomnost této bakterie prokázala u 24 (72,7 %) respondentů zastoupených 9 muži a 15 ženami. U 9 (27,3 %) respondentů – 1 muže a 8 žen se přítomnost této bakterie nepotvrdila.

Část IV.: Vliv vředové choroby na životní styl

Otázka č. 1: Myslíte si, že vředová choroba ovlivnila Váš životní styl?

Graf 15a: Vliv vředového onemocnění na životní styl respondentů

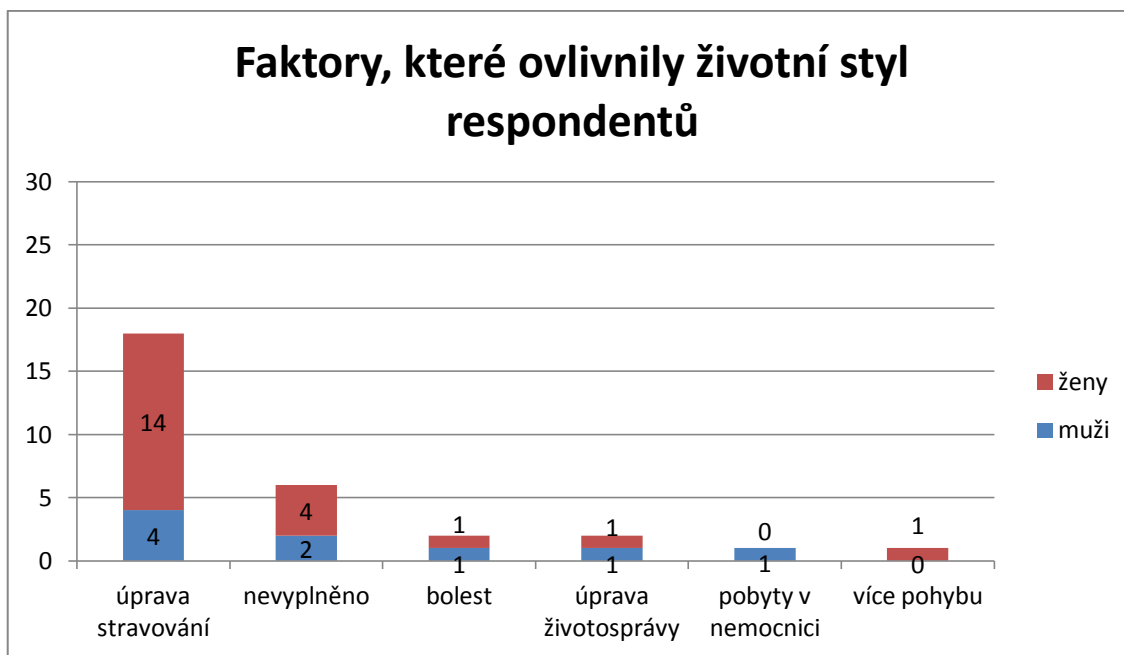
N = 51



Vliv vředové choroby na svůj dosavadní životní styl potvrdilo 30 (58,8 %) dotázaných, z toho 9 mužů a 21 žen. Zbýlých 21 (41,2 %) respondentů – 11 mužů a 10 žen uvedlo, že jejich životní styl nebyl výskytem této choroby ovlivněn.

Graf 15b: Faktory, které ovlivnily životní styl respondentů

N = 30

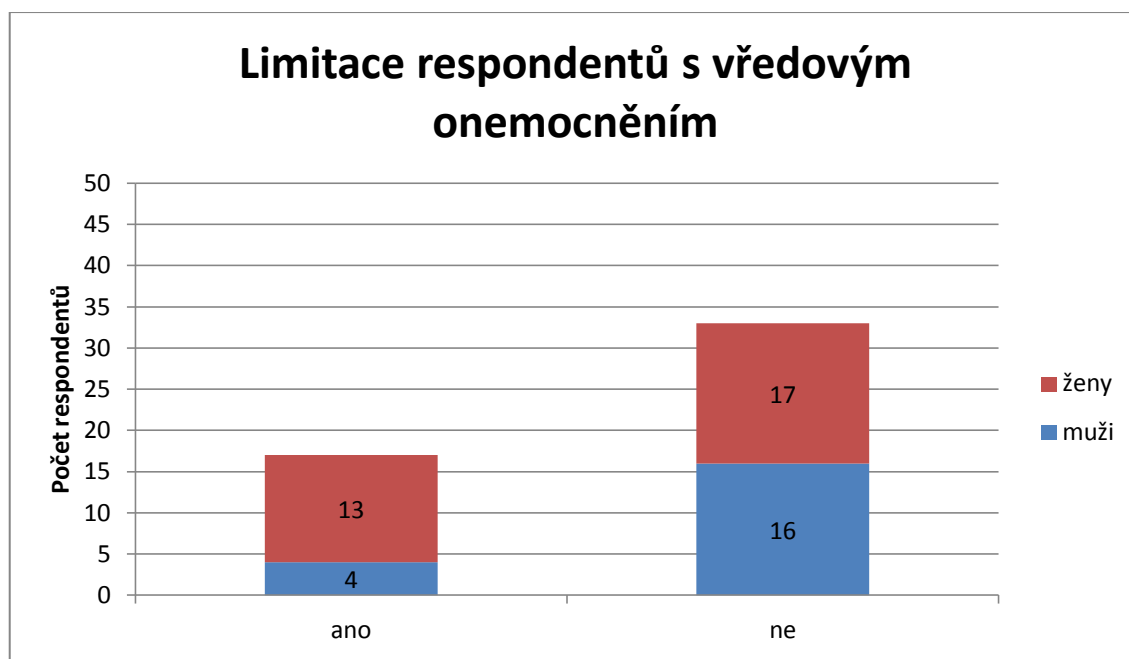


U 30 respondentů (9 mužů a 21 žen), kteří přiznali dopad vředové choroby na svůj životní styl, zjišťuje otázka č. 1 jednotlivé příčiny ovlivnění. Nejmarkantnější dopad na životní styl má úprava stravování. Takto to vnímá až 18 (60,0 %) respondentů, z toho 4 muži a 14 žen. 2 (6,7 %) respondenti – 1 muž a 1 žena se cítí být ovlivněni bolestí, která bývá nepříjemným doprovodným jevem vředové choroby. Další dva (6,7 %) respondenti – 1 muž a 1 žena vnímají úpravu životosprávy jako největší ovlivnění svého životního stylu. Méně zastoupenými odpověďmi byli „časté pobyty v nemocnici“, které byly zmíněny 1 mužem (3,4 %), a „více pohybu“, což do dotazníku uvedla 1 žena (3,4 %). Celkem 6 (20,0 %) respondentů – 2 muži a 4 ženy nevyplnilo přesnou příčinu ovlivnění svého životního stylu.

Otázka č. 2: Cítíte se být limitován/a vředovou chorobou v běžném životě?

Graf 16a: Limitace respondentů s vředovým onemocněním

N = 50

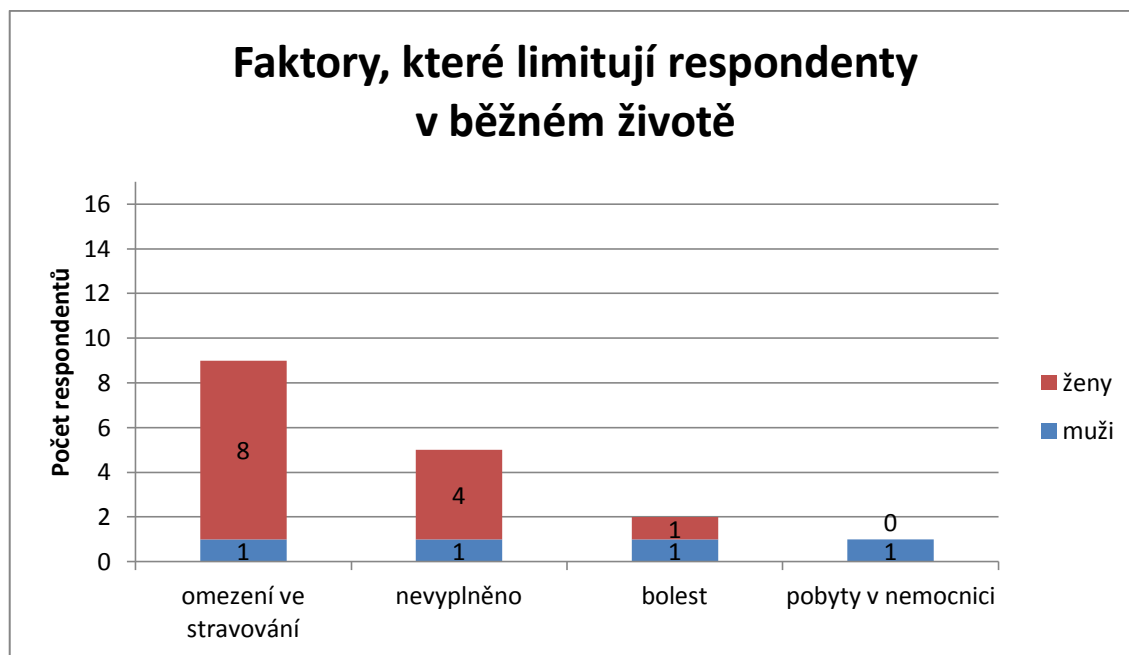


Celkový počet respondentů byl ponížen z 51 na 50, jelikož 1 respondent tuto otázku nechal bez odpovědi.

Otázka č. 2 zkoumala, zda se pacienti cítí být svým onemocněním limitováni. Výsledky ukázaly, že více než polovinu z nich toto onemocnění v běžném životě nelimituje. Tato skupina je tvořena 16 muži a 17 ženami, celkem 33 (66,0 %) respondentů. Zbýlých 17 (34,0 %) respondentů zastoupených 4 muži a 13 ženami je vředovým onemocněním limitováno.

Graf 16b: Faktory, které limitují respondenty v běžném životě

N = 17

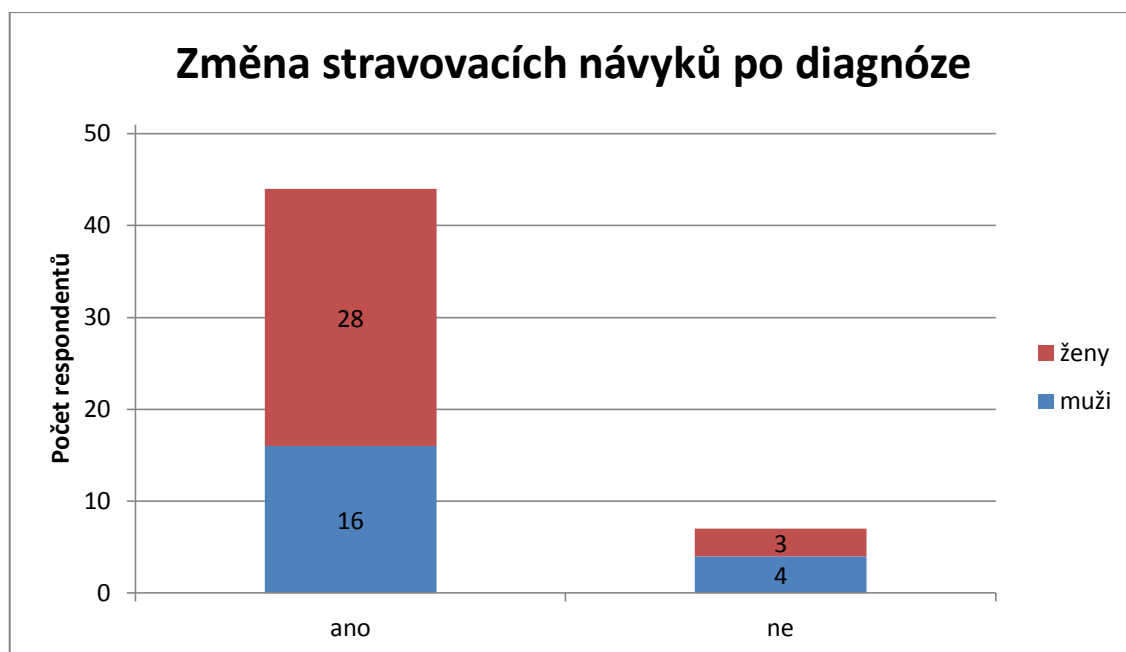


Graf 16b vyhodnocuje odpovědi pouze těch respondentů, kteří se cítí být vředovým onemocněním limitováni. Celkový počet je proto snížen na 17 respondentů. Tito respondenti byli požádáni, aby napsali faktor spojený s vředovým onemocněním, který je nejvíce limituje. Devět (53,0 %) respondentů, z toho 1 muž a 8 žen uvedlo omezení ve stravování. Dalším limitujícím faktorem byla bolest. Tuto variantu uvedli 2 (11,8 %) respondenti – 1 muž a 1 žena. Jedenkrát byl označen jako limitující faktor také pobyt v nemocnici. Tuto možnost uvedl 1 muž (5,9 %). Celkem 5 (29,4 %) respondentů – zastoupených 1 mužem a 4 ženami nevypsalo žádný limitující faktor.

Otázka č. 3: Změnily se Vaše stravovací návyky po diagnóze vředového onemocnění?

Graf 17a: Změna stravovacích návyků po diagnóze

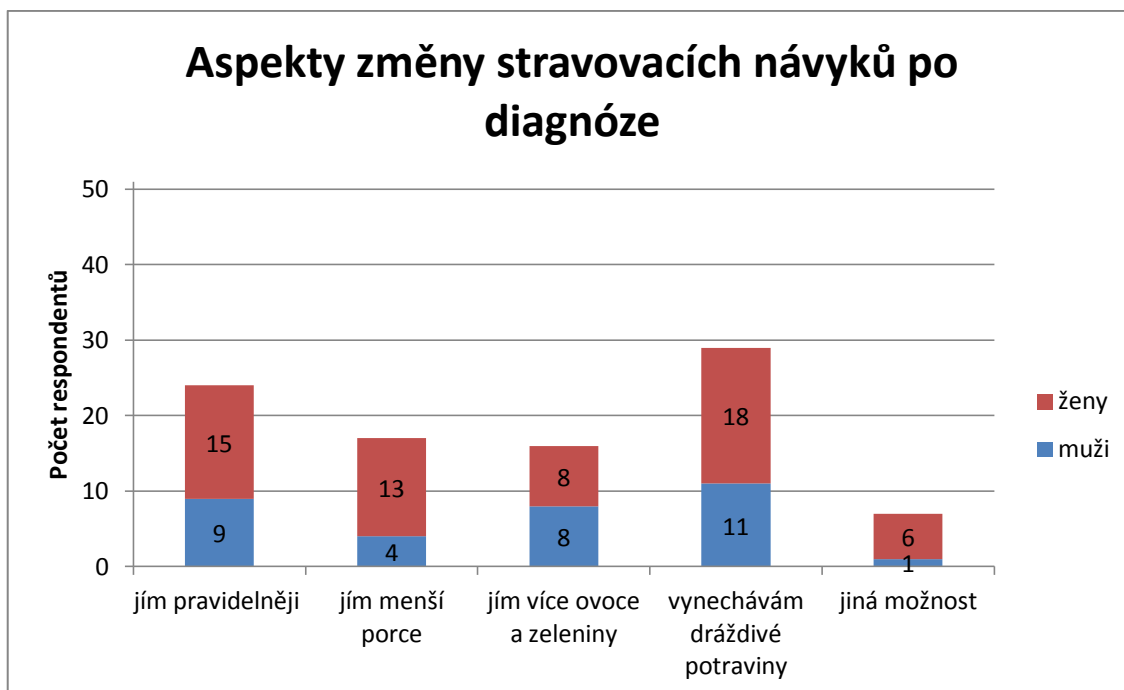
N = 51



Více než $\frac{3}{4}$ respondentů přiznali, že změnili své stravovací návyky poté, co jim bylo diagnostikováno vředové onemocnění. Tato skupina je tvořena celkem 44 (86,3 %) respondenty, z toho je 16 mužů a 28 žen. Pouze 7 (13,7 %) respondentů – 4 muži a 3 ženy uvedlo, že své stravování po diagnóze neupravili.

Graf 17b: Aspekty změny stravovacích návyků po diagnóze

N = 49



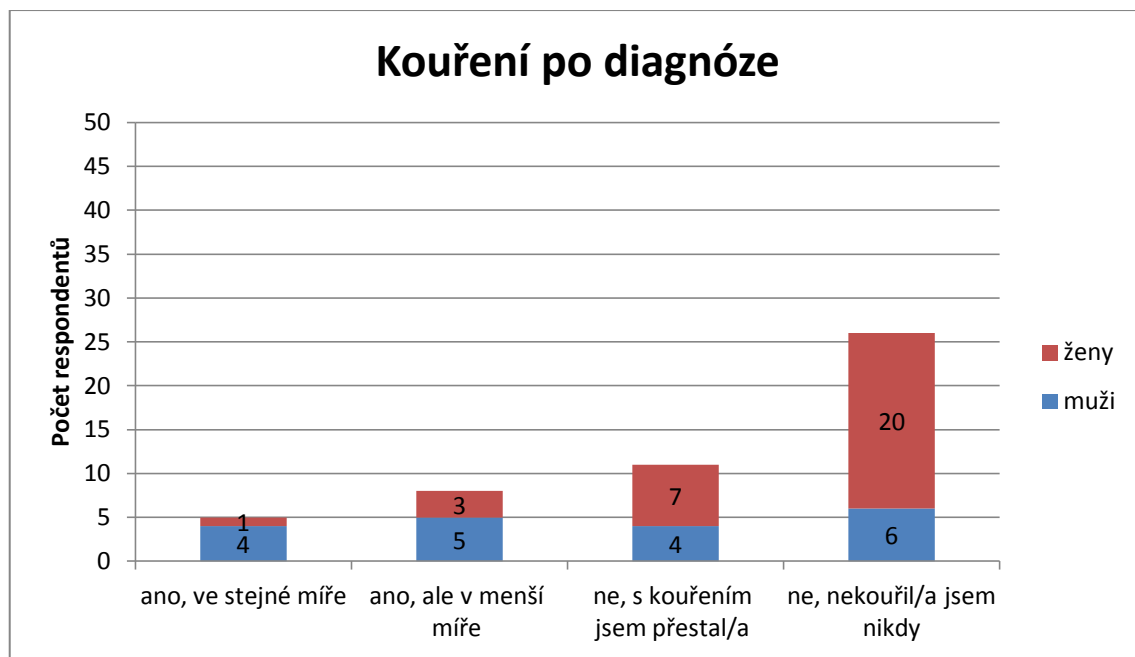
Graf 17b odhaluje, v jakém smyslu se změnilo stravovací návyky respondentů po diagnóze vředového onemocnění. Respondenti měli na výběr z 5 uzavřených odpovědí, přičemž jich mohli označit více najednou. Celkový počet zvolených odpovědí činil 91. Počet respondentů byl snížen z celkového počtu 51 na 49 a to z důvodu nevyplnění této otázky dvěma dotázanými.

Variantu „jím pravidelněji“ volilo 24 (49,0 %) ze 49 dotázaných, z toho 9 mužů a 15 žen. Ke konzumaci menších porcí se přiznalo 17 (34,7 %) respondentů ze 49, z toho 4 muži a 13 žen. Po diagnóze jí více ovoce a zeleniny 16 (32,7 %) ze 49 respondentů – 8 mužů a 8 žen. Nejčastěji volenou odpovědí pak bylo vynechávání dráždivých potravin z jídelníčku. Celkem ji vybralo 29 (59,2 %) ze 49 dotázaných – zastoupených 11 muži a 18 ženami. Variantu „jiná možnost“ označilo 7 (14,3 %) respondentů ze 49, z toho 1 muž a 6 žen. Při zvolení této varianty byli respondenti vybídnuti k napsání vlastního faktoru změny jejich stravování. Jeden muž uvedl, že stravování změnil tím, že vynechává okurkový salát. Ženy uvedly následující odpovědi: vysazení alkoholu, vynechávání kompotu, omezení konzumace papriky a kořeněných luštěnin, omezení kávy a dieta.

Otázka č. 4: Kouříte v současné době?

Graf 18: Kouření po diagnóze

N = 50

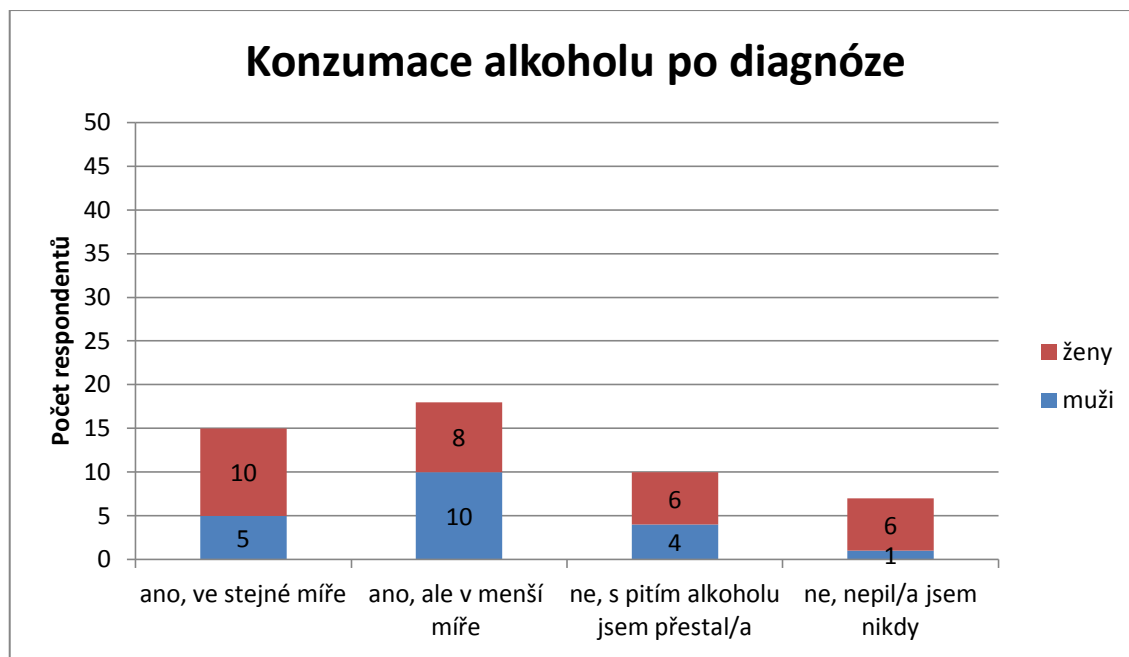


Otázka č. 4 zkoumala, zda došlo ke změně v kouření cigaret u respondentů. Z celkového počtu 51 dotázaných 1 respondent otázku nevyplnil, proto byl součet respondentů snížen na 50. Dohromady 5 (10,0 %) pacientů – 4 muži a 1 žena se přiznalo k tomu, že diagnóza pro ně nebyla impulzem k omezení kouření. Počet vykouřených cigaret zredukovalo 8 (16,0 %) respondentů, z toho 5 mužů a 3 ženy. S kouřením po diagnóze zcela přestalo 11 (22,0 %) respondentů zastoupených 4 muži a 7 ženami. U 26 (52,0 %) respondentů – 6 mužů a 20 žen změna v kouření nenastala, neboť tyto respondenti nekouřili před diagnózou a nezačali ani po ní.

Otázka č. 5: Pijete některý z alkoholických výrobků v současné době?

Graf 19: Konzumace alkoholu po diagnóze

N = 50

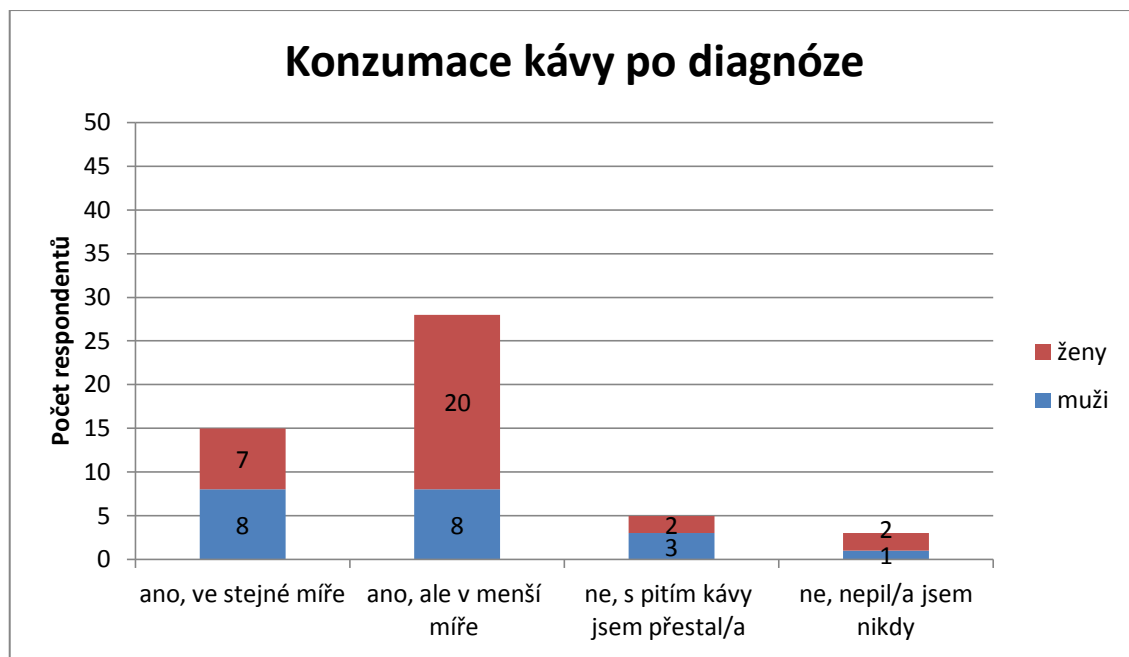


Konzumaci alkoholu u pacientů po diagnostikované vředové chorobě zjišťovala otázka č. 5. Celkový počet respondentů je snížen na 50, neboť u jednoho z navrácených dotazníků zůstala tato otázka zcela nevyplněna. Alkohol konzumuje ve stejné míře 15 (30,0 %) respondentů, z toho 5 mužů a 10 žen. K omezení konzumace alkoholických nápojů se přiznalo 18 (36,0 %) respondentů – 10 mužů a 8 žen. 10 (20,0 %) respondentů zastoupených 4 muži a 6 ženami s požíváním alkoholu po diagnóze přestalo úplně. Mezi abstinenty před i po diagnóze se zařadilo 7 (14,0 %) respondentů, z toho 1 muž a 6 žen.

Otázka č. 6: Pijete kávu v současné době?

Graf 20: Konzumace kávy po diagnóze

N = 51

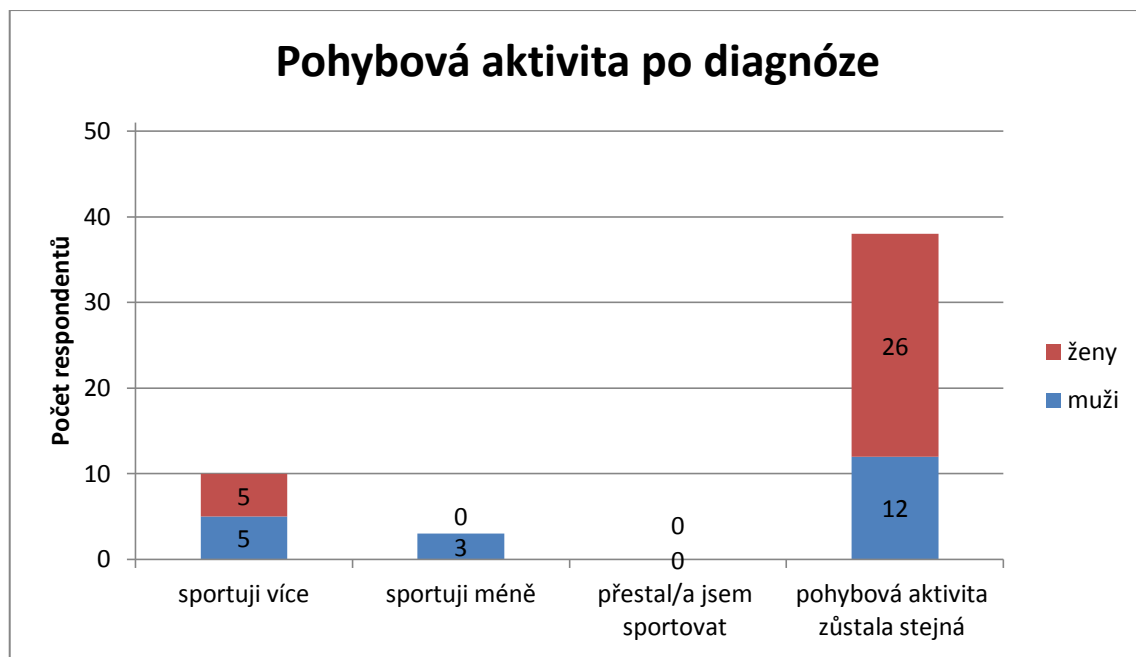


Jak se změnila konzumace kávy u pacientů po diagnóze vředové choroby, prezentuje graf 20. Ve stejné míře pije kávu 15 (29,4 %) respondentů zastoupených 8 muži a 7 ženami. 28 (54,9 %) respondentů – z toho 8 mužů a 20 žen po diagnóze zredukovalo počet vypitých šálků kávy. Kávu zcela vynechává 5 (9,8 %) respondentů, z toho 3 muži a 2 ženy. Zbylí 3 (5,9 %) respondenti – 1 muž a 2 ženy nezaznamenali žádnou změnu, neboť kávu nepili před diagnózou, ani po ní.

Otázka č. 7: Změnila se Vaše pohybová aktivita v současné době?

Graf 21: Pohybová aktivita po diagnóze

N = 51

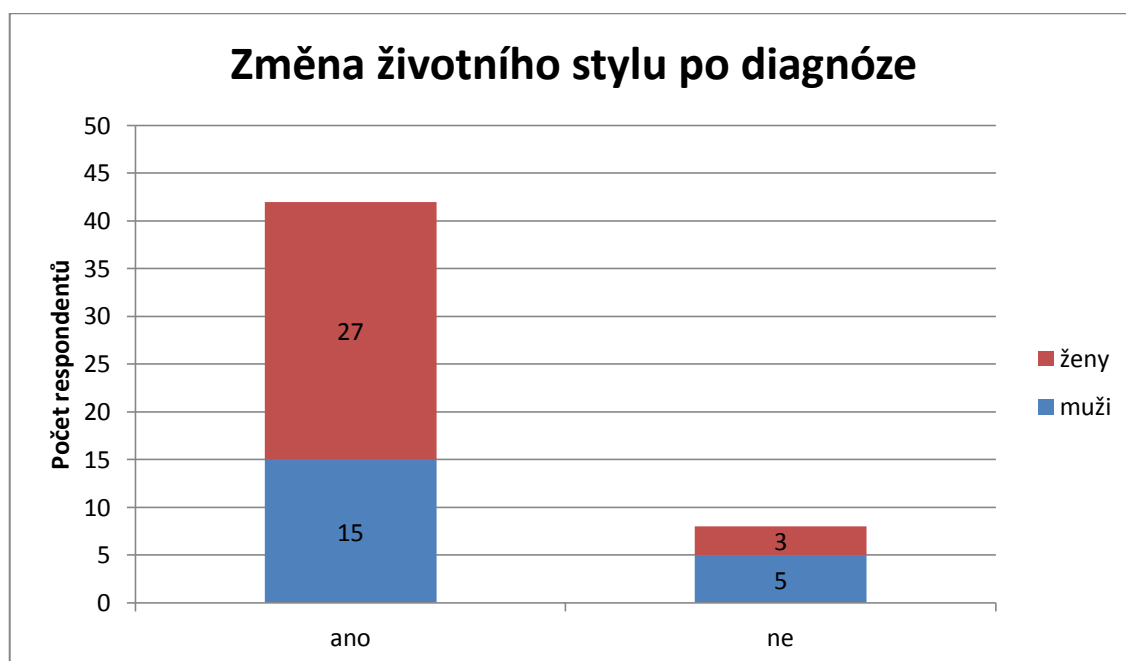


Vliv vědové choroby na pohybovou aktivitu pacientů zkoumala otázka č. 7. K větší sportovní aktivitě se přiznalo 10 (19,6 %) respondentů, z toho 5 mužů a 5 žen. Naopak menší sportovní aktivitu potvrdili 3 (5,9 %) respondenti – 3 muži a 0 žen. Možnost úplného vynechání sportu ne zvolil žádný z respondentů. Pohybová aktivita zůstala stejná jako před onemocněním u 38 (74,5 %) respondentů zastoupených 12 muži a 26 ženami.

Otázka č. 8: Myslíte si, že jste začal/a žít zdravějším životním stylem po té, co Vám byla diagnostikována vředová choroba?

Graf 22: Změna životního stylu po diagnóze

N = 50



Graf 22 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku ohledně změny jejich životního stylu. Z důvodu nevyplnění této otázky v jednom z dotazníků je počet respondentů snižen na 50, z toho je 20 mužů a 30 žen. 42 (84,0 %) respondentů – 15 mužů a 27 žen potvrzuje, že po rozvoji vředového onemocnění přehodnotili svůj dosavadní styl života a nyní žijí zdravěji. Zbýlých 8 (16,0 %) respondentů zastoupených 5 muži a 3 ženami se domnívá, že rozvoj vředové choroby pro ně nebyl impulzem ke zdravějšímu životnímu stylu.

Tabulka č. 8: Aspekty změny životního stylu po diagnóze

N = 42

Aspekty změny životního stylu po diagnóze				
pohlaví	muži		ženy	
četnost	n	%	n	%
úprava stravování	6	14,3	12	28,6
omezení alkoholu nebo kouření	2	4,8	1	2,4
více odpočinku	0	0,0	2	4,8
cítím se lépe	0	0,0	2	4,8
strach z návratu onemocnění	1	2,4	0	0,0
nevyplněno	6	14,3	10	23,8
celkem	15	35,8	27	64,4

Součástí polouzavřené otázky č. 8 zaměřené na změnu životního stylu bylo zdůvodnit vybranou odpověď. Celkem změnu potvrdilo 42 (100,0 %) dotázaných – 15 mužů a 27 žen. Jejich odpovědi byly shrnuty do nadřazených kategorií a jsou prezentovány v tabulce č. 8.

Jako nejmarkantnější změnu svého životního stylu uvedlo 18 (42,9 %) respondentů - 6 mužů a 12 žen úpravu stravování. Omezení alkoholu nebo kouření považují za hlavní změnu 3 (7,1 %) respondenti, z toho 2 muži a 1 žena. Více odpočinku pak pouze 2 ženy (4,8 %). Jako další variantu uvedli 2 ženy (4,8 %) doslovnou odpověď „cítím se lépe“. Strach z návratu onemocnění uvedl jako důvod pro změnu životního stylu 1 muž (2,4 %). Z celkového počtu 42 dotázaných nezdůvodnilo vybranou odpověď přesně 16 (38,1 %) respondentů zastoupených 6 muži a 10 ženami.

Ve výzkumném vzorku se vyskytlo celkem 8 (16,0 %) respondentů, kteří se domnívají, že po diagnostikovaném vředovém onemocnění nezačali žít zdravějším životním stylem. Většina (5) z nich svou výpověď neodůvodnila, 3 respondenti ano. Jejich zdůvodnění uvádím v doslovném přepisu:

„Není vůle.“

„Za 75 let života se těžko něco mění.“

„Vzhledem ke stáří.“

Prostor pro Vaše náměty a komentáře:

Tato část dotazníku v jeho samotném závěru dávala respondentům možnost sdělit připomínky, kterými by chtěli okomentovat průzkumný prostředek. Svůj komentář přidali pouze 2 respondenti z 51 dotázaných. Jejich doslovný přepis je uveden níže:

„Užívám léky pro odkyselení žaludečních šťáv, které zas způsobují odvápnění kostí. Setkala jsem se s rozdílnými názory lékařů.“

„V určitých otázkách není možnost pro jinou odpověď. Úplně nejsou dobře zvolené odpovědi.“

4.4 Diskuze a komparace dat

Vředová choroba je relativně často se vyskytující onemocnění, které postihuje 2 orgány trávicího traktu – žaludek a dvanáctník. Dochází při něm k poškození sliznice těchto orgánů a k vytvoření charakteristického peptického vředu. Zmíněné onemocnění je však v současné době úspěšně léčitelné, přičemž léčba by se měla skládat ze dvou na sebe navazujících bodů. Prvním a nejvýznamnějším bodem je farmakoterapie, tedy léčení pomocí lékařem předepsaných léčiv. Druhým bodem je pak terapie nefarmakologická, která usnadňuje a výrazně urychluje léčebný proces. Její princip spočívá zejména v eliminaci rizikových faktorů a celkové úpravě životosprávy daného pacienta. Na tuto úpravu životního stylu pacientů zaměřuje pozornost průzkumné dotazníkové šetření, jež je součástí praktické části bakalářské práce a jež probíhalo ve vybraných zdravotnických zařízeních v Praze. Dotazník sestával z 22 otázek, přičemž v úvodní části byly zjišťovány základní identifikační údaje – pohlaví a věk. Do průzkumu se zapojilo celkem 51 pacientů s peptickým vředem, z toho ve větším zastoupení byly ženy (60,8 %) oproti mužům (39,2 %). Tímto výsledkem se v mém šetření popírá fakt, který uvádí Martínek (2000), a sice že častěji bývají vředovým onemocněním postiženi muži.

Za účelem srovnání jsem část výsledných dat z provedeného dotazníkového šetření porovnávala s bakalářskou prací odevzdanou v roce 2013 studentkou Lenkou Tylajkovou z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Její práce se zabývala „Kvalitou života u pacientů

s gastroduodenální vředovou chorobou“. Náš průzkum se střetává v několika otázkách zaměřených na rizikové faktory a změnu životního stylu pacientů. Autorka mezi rizikové faktory (mimo jiné) zařadila stres, kouření a užívání ulcerogenních léků. Co se týká stresové zátěže, respondenti v autorčině cílové skupině odpovídali takto: 71,0 % pacientů si myslí, že žijí ve stresu, zbývajících 29,0 % stresovou zátěž nepocítuje. Respondenti v mé cílové skupině jsou dle výsledků zatíženi tímto faktorem mnohem více, neboť na číselné škále volilo mírnou až velkou stresovou zátěž 95,9 % dotázaných. Potenciální rizikovost tohoto faktoru potvrzuje také Nečas (2003) uvádějící ve své publikaci skutečnost, že stres dokáže vyvolat větší produkci kyselé žaludeční šťávy. Ta je sama o sobě jedním z ulcerogenních činitelů.

Jako další rizikový faktor je v porovnávané bakalářské práci zkoumáno kouření. K němu se přiznalo 61,0 %, tedy více než polovina. Pro srovnání, v mé cílové skupině je procentuální zastoupení kuřáků menší – pouze 47,1 %. Na skutečnost, že kouření je jedním z etiopatogenetických faktorů, upozorňuje i literatura: „*Kuřáci trpí 1,7 častěji žaludečními vředy, hlavně když kouří ráno nalačno.*“ (Pradáčová, 2005, s. 5)

Dále studentka Tylajková zjišťuje užívání ulcerogenních léků. V její cílové skupině ho potvrdilo 27,0 % respondentů. Z mých výsledných dat se však ukázalo být užívání těchto farmak mnohem častější. Přiznalo se k němu 68,0 % dotázaných, což je 2x více než u cílové skupiny v porovnávané práci. Na základě rozdělení mé cílové skupiny podle pohlaví, jsem odhalila zajímavou skutečnost, a tedy že velké procentuální zastoupení patří právě ženám – 76,7 %. Důvodem může být zejména nižší práh bolesti u žen. Ty pak, aby nežádoucí bolest zahnal, častěji sahají po nesteroidních antirevmaticích. Podle Mařatky (1999) jsou NSAR jedním z klíčových činitelů zapříčiňujících vznik peptického vředu. Hlavním důvodem je jejich vliv na snížení produkce protektivních prostaglandinů, což dále způsobuje menší odolnost gastroduodenální sliznice. Mařatka (1999) zároveň upozorňuje na nadužívání a dodává, že vynechání těchto léčiv významně urychluje léčbu.

Poslední aspekt průzkumu, ve kterém se s porovnávanou prací střetáváme, je změna životního stylu u respondentů. V cílové skupině studentky Tylajkové připouští změnu životního stylu 55,0 % dotázaných. Zde je patrná shoda s mými výslednými daty, kde podobně rozměrná nadpoloviční většina - 58,8 % také vnímá změnu ve svém životním

stylu. Je tedy zřejmé, že u více než poloviny pacientů ovlivňuje rozvoj vředové choroby gastroduodena jejich dosavadní způsob života.

S ohledem na předem stanovené předpoklady je diskuze dále rozdělena do 4 oblastí.

➤ **Vyhodnocení získaných dat se zřetelem na předpoklad č. 1**

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jaké stravovací návyky se vyskytují u respondentů v průběhu onemocnění a jejich srovnání se stravovacími návyky před rozvojem onemocnění.

Výzkumná otázka č. 1: Jak se liší stravovací návyky pacientů před a po diagnóze vředového onemocnění?

Předpoklad č. 1: Před diagnózou bylo stravování min. u 75 % respondentů nepravidelné, docházelo k vynechávání jídel během dne. Více než 40 % respondentů preferovalo nezdravou úpravu pokrmů – smažení. Očekávám, že stravovací návyky se po rozvoji onemocnění pozitivně změní max. u 60 % respondentů – zejména nebude docházet k vynechávání jednotlivých jídel během dne a u více než poloviny (30 %) z těchto respondentů dojde ke zvýšení konzumace ovoce nebo zeleniny.

S tímto předpokladem jsou v dotazníku spojené otázky č. 1 - 3 (část II.) a otázky č. 3 a 8 (část IV.).

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že většina respondentů před rozvojem vředového onemocnění nejedla pravidelně, tedy nesnědla každý den dostatečný počet porcí. Podmínkou pravidelnosti stravování bylo označit mezi denně konzumovanými jídly alespoň 5 porcí z 6 uvedených. Z celkového počtu 51 respondentů (100,0 %) splnilo tento požadavek pouze 6 respondentů (11,8 %). Zbýlých 45 respondentů (88,2 %) se před onemocněním stravovalo nepravidelně, některé porce zcela vynechávalo, což vedlo k tomu, že nekonzumovali adekvátní počet porcí jim určených. Tato část se potvrdila.

V otázce č. 3 týkající se tepelné úpravy konzumovaných jídel měli respondenti na výběr ze 4 možných odpovědí – vaření, pečení, smažení a grilování, přičemž za nejméně vhodnou variantu pro pacienta trpícího peptickým vředem se považuje smažení. Z celkového počtu 51 respondentů (100,0 %) zvolilo tuto možnost 22 respondentů, tj. 43,1 %. V této části se předem stanovený předpoklad potvrdil.

Další část předpokladu usuzuje, že ke změně stravovacích návyků dojde max. u 60,0 % respondentů. Avšak z 51 respondentů (100,0 %) tuto změnu ve stravovacích návycích potvrdilo 44 respondentů (86,3 %), tedy více než odhadovaných 60,0 %. V tomto ohledu nebyl předpoklad potvrzen. Zmíněná změna se měla vyznačovat hlavně pravidelnějším stravováním a zvýšenou konzumací ovoce a zeleniny u více než 30,0 % dotázaných. U otázky, která zjišťovala tyto aspekty změny, bylo možné zvolit z následujících odpovědí: „jím pravidelněji“, „jím menší porce“, „jím více ovoce a zeleniny“, „vynechávám dráždivé potraviny“ a „jiná možnost“. Jelikož nejčastěji volenou variantou bylo vynechávání dráždivých potravin, nikoliv „jím pravidelněji“, je zřejmé, že ani tato část předpokladu se nepotvrdila. Co se týká ovoce a zeleniny, celkem 31,4 % dotázaných se přiznalo k jejich větší konzumaci, což znamená potvrzení poslední části.

Dílčí cíl č. 1 i výzkumná otázka č. 1 byly splněny. Předem stanovený předpoklad č. 1 se nepodařilo potvrdit.

Data z dotazníkového šetření přinesla v porovnání s předpokladem mnohem optimističtější výsledky ohledně úpravy stravovacích návyků u respondentů. Důvodem může být především lékařem doporučený dietní režim a samotná edukace pacienta. Předpoklad se dále odlišoval v aspektu změny stravování. Výsledky ukazují, že respondenti spíše vynechávají dráždivé potraviny. To si vysvětlují zejména tím, že obtíže, které s konzumací těchto dráždivých potravin nastupují, mohou být natolik nepříjemné a obtěžující, že pacient je ze svého jídelníčku raději vyřadí.

➤ **Vyhodnocení získaných dat se zřetelem na předpoklad č. 2**

Dílčí cíl č. 2: Odhalit v životním stylu respondentů rizikové faktory související s rozvojem onemocnění a zjistit, zda došlo po diagnóze vředového onemocnění k jejich eliminaci.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké rizikové faktory se vyskytují v životním stylu pacientů s vředovou chorobou? A dojde v průběhu léčby k jejich eliminaci?

Předpoklad č. 2: *Nejfrekventovanějším rizikovým faktorem je konzumace kávy (u více než 90 % respondentů), dále konzumace alkoholu (min.. 70 % respondentů), kouření cigaret (max. 65 % respondentů) a častá konzumace kořeněných jídel (min. 45 % respondentů). Pouze každý čtvrtý respondent užívá před rozvojem onemocnění některý*

z ulcerogenních léků. Předpokládám, že v průběhu léčby dojde ke snížení či k úplné eliminaci konzumace kávy, alkoholu a počtu vykouřených cigaret min. u 55 % respondentů.

S tímto předpokladem jsou v dotazníku spojené otázky č. 4 - 9 (část II.) a otázky č. 4 - 6 (část IV.)

Druhý předpoklad byl zaměřen na četnost rizikových faktorů u dotázaných respondentů. Před rozvojem vředového onemocnění se nejčastěji vyskytoval rizikový faktor **konzumace kávy**, a to u 46 respondentů (90,2 %) z 51 dotázaných (100,0 %). Druhé místo ve frekvenci výskytu získal rizikový faktor **konzumace alkoholu**. K ní se z 51 respondentů přiznalo 44, tj. 86,3 %. Třetím nejčastějším rizikovým faktorem byla **konzumace kořeněných jídel**, kterou zvolilo 37 dotázaných (72,5 %) z celkového počtu 51. K užívání ulcerogenních léčiv se pak přiznalo 34 respondentů (68,0 %) z 50. Co se týká snížení či úplné eliminace vybraných rizikových faktorů (konzumace kávy, alkoholu a kouření), jsou výsledky následující: snížení či eliminaci konzumace kávy potvrdilo 33 respondentů (64,7 %) z celkového počtu 51 (100,0 %). Konzumaci alkoholu se povedlo snížit či zcela eliminovat 28 respondentům (56,0 %) z celkového počtu 50 dotázaných (100,0 %). A omezit či zcela přestat s kouřením se rozhodlo 19 respondentů (38,0 %) z 50 (100,0 %). Abych zjistila procentuální zastoupení respondentů, kteří rizikové faktory omezili či je eliminovali, vyhodnotila jsem u otázek 4, 5 a 6 (část IV.) pouze odpovědi „ano, ale v menší míře“ a „ne, přestal/a jsem“.

Stanovený dílčí cíl č. 2 spolu s výzkumnou otázkou č. 2 byly uskutečněny. Předpoklad č. 2 se nepotvrdil.

Výsledná data se od předpokladu lišila pouze u četnosti užívání ulcerogenních léků. V tomto případě je reálný počet uživatelů až dvojnásobně vyšší než původně odhadovaný počet. Domnívám se, že předpoklad se v této části nepotvrdil zejména kvůli tomu, že k užívání těchto farmak se přihlásili i ti respondenti, kteří je užívají pouze sporadicky nikoli dlouhodobě.

Předpoklad byl dále chybný v odhadu omezení a eliminace kouření. Nepotvrzení předpokladu v tomto ohledu si vysvětlují zejména tím, že kouření vede k vytvoření závislosti, díky které je pro kuřáka velmi těžké s kouřením přestat nebo ho jen omezit. Zvláště pro starší lidi, kteří tvoří ve výzkumném vzorku většinu, je těžké měnit své

dosavadní návyky. Dalším důvodem může být fakt, že respondenti se spoléhají pouze na farmakologickou léčbu a podceňují důležitost úpravy životního stylu, kam patří také omezení či úplná redukce počtu vykouřených cigaret.

➤ **Vyhodnocení získaných dat se zřetelem na předpoklad č. 3**

Dílčí cíl č. 3: Prozkoumat, u kolika respondentů se v rodině již v minulosti vředové onemocnění vyskytlo.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký počet pacientů má alespoň jednoho rodinného příslušníka, který také trpí nebo v minulosti trpěl vředovým onemocněním?

Předpoklad č. 3: *Minimálně 78 % respondentů má alespoň jednoho rodinného příslušníka, u kterého se někdy rozvinulo vředové onemocnění.*

S tímto předpokladem je v dotazníku spojená otázka č. 2 (část III.).

Z celkového počtu 51 respondentů (100,0 %) potvrdilo výskyt vředového onemocnění alespoň u 1 rodinného příslušníka 22 respondentů, tj. 43,1 %. V rodinách 29 respondentů (56,9 %) není žádný člen, který by trpěl některým druhem peptického vředu.

Dílčí cíl č. 3 spjatý výzkumnou otázkou č. 3 byl realizován. Vymezený předpoklad č. 3 se nepodařilo potvrdit.

To může být zapříčiněno například tím, že ne všichni lidé trpící trávicími obtížemi skutečně vyhledají lékaře, aby jim stanovil diagnózu. Je tedy možné, že u určitého počtu rodinných příslušníků se vředové onemocnění objevilo, pouze nebylo diagnostikováno. Dalším důvodem může být nevědomost respondentů o výskytu tohoto onemocnění u jejich rodinných příslušníků.

➤ **Vyhodnocení získaných dat se zřetelem na předpoklad č. 4**

Dílčí cíl č. 4: Zjistit, jakému počtu respondentů byla diagnostikována přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*.

Výzkumná otázka č. 4: U kolika pacientů se prokázala přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*?

Předpoklad č. 4: *Přítomnost bakterie *Helicobacter pylori* je prokázána min. u 58 % testovaných pacientů.*

S tímto předpokladem je v dotazníku spojená otázka č. 3 (část III.).

Na přítomnost *Helicobacter pylori* bylo testováno celkem 33 respondentů (100,0 %). Pozitivní nález se objevil u 24 respondentů, tj. 72,7 %, u zbylých 9 respondentů (27,3 %) tato bakteriální nákaza prokázána nebyla.

Dílčí cíl č. 4 a výzkumná otázka č. 4 byly splněny. Předpoklad č. 4 se potvrdil.

Na základě výsledných dat získaných z dotazníkového šetření jsem vytvořila návrh preventivních opatření, jehož cílem je především snížit riziko rozvoje vředového onemocnění, případně podpořit již probíhající farmakoterapii. Tento návrh tvoří samostatnou podkapitolu a je součástí teoretické části práce.

5 Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou vředové choroby gastroduodena a jejího vlivu na životní styl pacientů. V teoretické části byl nejprve vytvořen anatomický a fyziologický popis žaludku a dvanáctníku za účelem lepší orientace v oblasti, kde peptický vřed vzniká. Navazovala definice samotné choroby spolu s klinickým obrazem, přičemž důraz byl kladen zejména na antagonicky působící etiopatogenetické faktory agresivní a protektivní. Dále byly nastíněny teze nefarmakologické léčby jako možnost podpory již probíhajícího léčebného procesu. Součástí teoretické části je i vytvořený návrh preventivních opatření. Tento výstup bakalářské práce si klade za cíl snížit riziko rozvoje vředové choroby u zdravých lidí, případně podpořit farmakoterapii u těch, kteří již touto chorobou trpí. Návrh spočívá zejména v eliminaci rizikových faktorů a vede k úpravě životního stylu.

Praktická část vyhodnotila výsledná data získaná prostřednictvím dotazníku, který sestával z 22 otázek a byl distribuován mezi pacienty s diagnózou vředové choroby gastroduodena. V této části je dále zkoumáno, zda došlo k potvrzení předem stanovených předpokladů a ke splnění dílčích cílů. Před samotným zpracováním bakalářské práce byly definovány celkem 4 předpoklady a 4 dílčí cíle zaměřené především na výskyt rizikových faktorů u pacientů a také na jejich životní styl před a po rozvoji vředového onemocnění. Životní styl, tedy způsob, jakým žijeme, má na naše zdraví větší dopad, než se obecně předpokládá. Značnou výhodou je, že jej můžeme relativně lehce změnit, a vytvořit tak vhodné podmínky pro podporu svého zdravotního stavu. Jediné, co je potřeba, je naše vlastní motivace a iniciativa.

Závěrem lze konstatovat, že ze čtyř stanovených předpokladů se pouze jeden z nich podařilo potvrdit a zbývající tři předpoklady se potvrdit nepodařilo. Předem stanovené cíle byly splněny.

6 Seznam použitých informačních zdrojů

1. BARTŮŇKOVÁ, Staša. 2010. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6.
2. ČELEDOVÁ, Libuše. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
3. DAŇKOVÁ, Iva. 2010. *Káva a zdraví: mýty a fakta*. 1.vyd. Olomouc: Solen. 12 s. ISBN 978-80-87327-42-5.
4. DÍTĚ, Petr. 2000. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 196 s. ISBN 80-210-2379-1.
5. DÍTĚ, Petr. 2000. *Vředová nemoc žaludku a duodena: diagnostika a terapie v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. 111 s. ISBN 80-7262-079-7.
6. DYLEVSKÝ, Ivan. 2009. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
7. HANZLOVÁ, Jitka; HEMZA, Jan. 2006. *Základy anatomie soustavy trávicí, žláz s vnitřní sekrecí a soustavy močopohlavní II*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 77 s. ISBN 80-210-3962-0.
8. HOLUBOVÁ, Adéla; NOVOTNÁ, Helena a MAREČKOVÁ, Jana. 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hematologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6.
9. JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
10. JIRÁSEK, Václav. 1995. *Poruchy trávení*. 1. vyd. Praha: MAXDORF. 120 s. ISBN 80-85912-30-6.
11. KITTNAR, Otomar. 2011. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 790 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
12. KMENT, Milan. 2002. *Diety při onemocnění peptickými vředy: recepty, rady lékaře*. 2. vyd. Praha: Sdružení MAC. 31 s. ISBN 80-86015-85-8.

13. KOHOUT, Pavel. 2005. *Vředová choroba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. 77 s. ISBN 80-7345-077-1.
14. KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
15. KYZEKOVÁ, Jozefína. 1998. *Žaludeční dyspepsie a Helicobacter pylori*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 80-7169-621-8.
16. MARTÍNEK, Jan, ŠPIČÁK, Julius. 2000. *Onemocnění žaludku a dvanáctníku, Helicobacter pylori*. 1. vyd. Praha: TRITON. 127 s. ISBN 80-7254-106-4.
17. MAŘATKA, Zdeněk. 1999. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 490 s. ISBN 80-7184-561-2.
18. MILOSCHEWSKY, Dimitrij. 1999. *Analgetika: minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: TRITON. 152 s. ISBN 80-7254-043-2.
19. NAVRÁTIL, Leoš. 1989. *Prostaglandiny v klinické medicíně*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova. 56 s. 17-051-89.
20. NEČAS, Emanuel. 2003. *Patologická fyziologie orgánových systémů*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 760 s. ISBN 80-246-0675-5.
21. PRADÁČOVÁ, Jarmila. 2005. *Kouření a zdraví*. 1. vyd. Praha: Liga proti rakovině. 16 s.
22. SEDLÁČKOVÁ, Miloše. 1996. *Infekce Helicobacter pylori: vředová choroba, karcinom žaludku, dyspepsie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. 163 s. ISBN 80-85800-32-2.
23. SCHREIBER, Vratislav. 1985. *Stres: Patofyziologie, endokrinologie, klinika*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 383 s. 08-045-85.
24. STARNOVSKÁ, Tamara. 1998. *Diety při onemocnění peptickými vředy II*. 1. vyd. Praha: Sdružení MAC. 31 s. ISBN 80-86015-36-X.
25. TROJAN, Stanislav. 2003. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada. 771 s. ISBN 80-247-0512-5.
26. TYLAJKOVÁ, Lenka. 2013. *Kvalita života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. Fakulta humanitních studií.

27. VELEMÍNSKÝ, Miloš. 2011. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 134 s. ISBN 978-80-7394-326-4.
28. VOKURKA, Martin. 2008. *Praktický slovník medicíny*. 9. vyd. Praha: MAXDORF. 518 s. ISBN 978-80-7345-159-2.

7 Seznam příloh

Příloha 1 - Nevyplněný dotazník

Příloha 2 - Příklad respondentem vyplněného dotazníku

Příloha 1 - Respondentem nevyplněný dotazník

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Vendula Bezoušková a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty UK, oboru biologie a výchova ke zdraví. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je výzkumným nástrojem mé bakalářské práce s názvem *Vředová choroba gastroduodena a její vliv na kvalitu života pacientů*. Dotazník je zcela anonymní a zjištěná data budou použita pouze pro účely výzkumné části mé bakalářské práce. Zvolte, prosím, vždy jen jednu z nabízených možností, pokud není uvedeno jinak.

Předem Vám velmi děkuji za pravdivé vyplnění dotazníku a přeji úspěšný den.

Vendula Bezoušková

(e-mail: bezouskova.vendula@gmail.com)

Část I.: Obecné informace

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) muž
 - b) žena

- 2) Do jaké věkové kategorie patříte?
 - a) méně než 30 let
 - b) 31- 40 let
 - c) 41-50 let
 - d) 51-60 let
 - e) více než 61 let

Část II.: Vaše životospráva před rozvojem vředového onemocnění

- 1) Prosím, označte jídla, která jste byl/a zvyklý/á každý den konzumovat před rozvojem onemocnění (pokud jste některé z těchto jídel obvykle vynechával/a, neoznačujte je):
 - a) snídane
 - b) dopolední svačina
 - c) oběd
 - d) odpolední svačina
 - e) večeře
 - f) druhá večeře

- 2) Jak často jste konzumoval/a ovoce a zeleninu před onemocněním? (Zaškrtněte , prosím, vždy jen jednu z možností ze sloupečku „ovoce“ a jen jednu z možností ze sloupečku „zelenina“):

	ovoce	zelenina
Vůbec		
2x za měsíc		
1x týdně		
Obden		
Každý den		
Jiná možnost, uveďte:		

- 3) Jakou tepelnou úpravu jídel jste nejčastěji volil/a před rozvojem vředového onemocnění?

- a) vaření
- b) pečení
- c) smažení
- d) grilování

- 4) Konzumoval/a jste kořeněná jídla před rozvojem vředového onemocnění?

- a) ne
- b) ano → Zvolte, prosím, jak často:
 - a. 2x měsíce
 - b. 1x týdně
 - c. obden
 - d. každý den
 - e. jiná možnost, uveďte:

- 5) Byl/a jste zvyklý/á pít kávu před rozvojem vředového onemocnění?

- a) ne
- b) ano → Kolik šálků denně jste vypil/a? (Šálek = 200 ml):
 - a. 1-2 šálky
 - b. 3-4 šálky
 - c. 5 a více šálků

- 6) Byl/a jste zvyklý/á kouřit cigarety před rozvojem vředového onemocnění?

- a) ne
- b) ano → Kolik cigaret jste denně vykouřil/a?
 - a. méně než 5 cigaret
 - b. 6-11 cigaret
 - c. 12-20 cigaret
 - d. 21-30 cigaret
 - e. 31 a více cigaret

7) Které alkoholické výrobky jste byl/a zvyklý/á vypít za 1 týden? (U bodů a-c označte vždy jen 1 odpověď)

a) Pivo: (Označte vždy jen 1 hodící se možnost)

	1- 2x týdně	3 – 4x týdně	5- 6x týdně	každý den	více než 7x týdně
1 malé pivo (300ml)					
1 velké pivo (500ml)					
Pivo nepiji					

b) Víno: (Označte vždy jen 1 hodící se možnost)

	1- 2x týdně	3 – 4x týdně	5- 6x týdně	každý den	více než 7x týdně
1 sklenka (200ml)					
Víno nepiji					

c) Lihoviny (destiláty, likéry): (Označte vždy jen 1 hodící se možnost)

	1- 2x týdně	3 – 4x týdně	5- 6x týdně	každý den	více než 7x týdně
1 panák (40ml)					
Lihoviny nepiji					

d) Jiná možnost, uveďte:

.....

8) Na číselné stupnici označte míru stresu, se kterým jste se denně setkával/a před rozvojem onemocnění (1 – se stresem se neseťkávám, 5 – velká stresová zátěž):

1 – 2 – 3 – 4 – 5

- 9) Užíval/a jste některý z těchto léků? (*Možno zvolit více odpovědí*)
- a) nesteroidní antirevmatika (Např.: ibalgin, nurofen, nalgesin, apo-ibuprofen, brufedol, diklofenak, atd.)
 - b) kortikoidy (Např.: prednisolon, methylprednisolon, hydrokortizon, atd.)
 - c) ne, nikdy jsem žádný z uvedených léků neužívala

Část III.: Vředová choroba gastroduodena

- 1) Jaký typ vředu Vám byl diagnostikován?
- a) žaludeční
 - b) dvanáctníkový
- 2) Trpěl nebo trpí některý z Vašich rodinných příslušníků vředovým onemocněním? (žaludeční vřed, duodenální vřed, atd.)
- a) ne
 - b) ano
- 3) Byl/a jste testován/a na přítomnost bakterie *Helicobacter pylori* (dále jen Hp)?
- a) ne
 - b) ano —————> Byla Vám diagnostikována přítomnost Hp?
 - a. Ano, Hp mi byla diagnostikována
 - b. Ne, Hp mi nebyla diagnostikována

Část IV.: Vliv vředové choroby na Váš životní styl

- 1) Myslíte si, že vředová choroba ovlivnila Váš životní styl?
- a) ne
 - b) ano – uveďte v jakém smyslu:
.....
- 2) Cítíte se být limitován vředovou chorobou v běžném životě?
- a) ne
 - b) ano – uveďte čím:
- 3) Změnily se Vaše stravovací návyky po diagnóze vředového onemocnění?
- a) ne
 - b) ano —————> V jakém smyslu? (možno zvolit více odpovědí)
 - a. jím pravidelněji než před onemocněním
 - b. jím menší porce než před onemocněním
 - c. jím více ovoce a zeleniny
 - d. vynechávám dráždivé potraviny (př. česnek)
 - e. jiná možnost,
uveďte:.....

- 4) Kouříte v současné době?
- a) ano, ve stejně míře jako před diagnózou vředového onemocnění
 - b) ano, ale v menší míře jako před diagnózou vředového onemocnění
 - c) ne, s kouřením jsem přestal/a po diagnóze vředového onemocnění
 - d) ne, nekouřil/a jsem ani před diagnózou vředového onemocnění
- 5) Pijete některý z alkoholických výrobků v současné době?
- a) ano, ve stejně míře jako před diagnózou vředového onemocnění
 - b) ano, ale v menší míře než před diagnózou vředového onemocnění
 - c) ne, s pitím alkoholu jsem přestal/a po diagnóze vředového onemocnění
 - d) ne, nepil/a jsem alkohol ani před diagnózou vředového onemocnění
- 6) Pijete kávu v současné době?
- a) ano, ve stejně míře jako před diagnózou vředového onemocnění
 - b) ano, ale v menší míře než před diagnózou vředového onemocnění
 - c) ne, s pitím kávy jsem přestal/a po diagnóze vředového onemocnění
 - d) ne, nepil/a jsem kávu ani před diagnózou vředového onemocnění
- 7) Změnila se Vaše pohybová aktivita po diagnóze?
- a) ano, sportuji více
 - b) ano, sportuji méně
 - c) ano, přestal/a jsem sportovat úplně
 - d) ne, pohybová aktivita zůstala stejná jako před diagnózou
- 8) Myslíte si, že jste začal/a žít zdravějším životním stylem po té, co Vám byla diagnostikována vředová choroba? (*Svou volbu, prosím, zdůvodněte vlastními slovy*)
- a) ano, zdůvodněte:
.....
 - b) ne, zdůvodněte:
.....

Prostor pro Vaše náměty a komentáře:

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku. Tento dotazník, prosím, odevzdejte ošetřujícímu lékaři nebo zdravotní

Příloha 2 - Příklad respondentem vyplněného dotazníku

26

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Vendula Bezroušková a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty UK, oboru biologie a výchova ke zdraví. Prosim Vás o vyplnění dotazníku, který je výzkumným nástrojem mé bakalářské práce s názvem *Vědomá choroba gastrodiagnosta a její vliv na kvalitu života pacientů*. Dotazník je zcela anonymní a zjištěná data budou použita pouze pro účely výzkumné části mé bakalářské práce. Zvolte, prosím, vždy jen jednu z nabízených možností, pokud není uvedeno jinak.

Předem Vám velmi děkuji za pravdivé vyplnění dotazníku a přeji úspěšný den

Vendula Bezroušková

(e-mail: bezrousova.vendula@gmail.com)

Část I: Obecné informace

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
 a) muž
 b) žena
- 2) Do jaké věkové kategorie patříte?
 a) méně než 30 let
 b) 31 - 40 let
 c) 41-50 let
 d) 51-60 let
 e) více než 61 let

Část II: Vaše životospráva a před rozvojem vědomého onemocnění

- 1) Prosim, označte jídla, která jste bývala zvyklá/káždý den konzumovat před rozvojem onemocnění (*prokat jste některé z těchto jídel obvykle vynechávala, neznáte/jíte je*):
 a) sůlčane
 b) dopolední svačina
 c) oběd
 d) odpolední svačina
 e) večeře
 f) druhá večeře

- 2) Jak často jste konzumovala ovoce a zeleninu před onemocněním? (*Zaškrtněte "prosim, vždy jen jednu z možností ze sloupceku „ovoce“ a jen jednu z možností ze sloupceku „zelenina“*):

	ovoce	zelenina
Vůbec		
2x za měsíc		<input checked="" type="checkbox"/>
1x týdně		<input checked="" type="checkbox"/>
Obden		
Každý den		
Jiná možnost, uveďte:		

- 3) Jakou tepelnou úpravu jídel jste nejčastěji volila před rozvojem vědomého onemocnění?

- a) vaření
 b) pečení
 c) smažení
 d) grilování

- 4) Konzumovala jste křehčená jídla před rozvojem vědomého onemocnění?

- a) ne
 b) ano → Zvolte, prosím, jak často:
 a. 2x měsíčně
 b. 1x týdně
 c. obden
 d. každý den
 e. jiná možnost, uveďte:

- 5) Byl/a jste zvyklý/á pít kávu před rozvojem vědomého onemocnění?

- a) ne
 b) ano → Kolik šálků denně jste vypil/a? (Šálek = 200 ml):
 a. 1-2 šálky
 b. 3-4 šálky
 c. 5 a více šálků

- 6) Byl/a jste zvyklý/á kouřit cigarety před rozvojem vědomého onemocnění?

- a) ne
 b) ano → Kolik cigaret jste denně vykouřil/a?
 a. méně než 5 cigaret
 b. 6-11 cigaret
 c. 12-20 cigaret
 d. 21-30 cigaret
 e. 31 a více cigaret

7) Které alkoholické výrobky jste byl/a zvyklý/a vypít za 1 týden? (U každé označte ✓ vždy jen 1 odpověď)

a) Pivo: (Označte vždy jen 1 hodici se možností)

	1-2x týdně	3-4x týdně	5-6x týdně	každý den	více než 7x týdně
1 malé pivo (300ml)					
1 velké pivo (500ml)	✓				
Pivo nepiji					

b) Vino: (Označte vždy jen 1 hodici se možností)

	1-2x týdně	3-4x týdně	5-6x týdně	každý den	více než 7x týdně
1 sklenka (200ml)	✓				
Vino nepiji					

c) Lihoviny (destiláty, likéry): (Označte vždy jen 1 hodici se možností)

	1-2x týdně	3-4x týdně	5-6x týdně	každý den	více než 7x týdně
1 panák (40ml)	✓				
Lihoviny nepiji					

d) Jiná možnost, uveďte:

8) Na číselné stupnici označte míru stresu, se kterým jste se denně setkával/a před rozvojem onemocnění (1 – se stresem se nesekávám, 5 – velká stresová záležitost):

1 – 2 – 3 – 4 – 5

3

9) Užival/a jste některý z těchto léků? (Možno zvolit více odpovědí)

- a) nesteroidní antiinflamika (Např.: ibuprofen, nurofen, nalgesin, apo-thuprofen, brufenol, diklofenak, atd.)
- b) kortikoidy (Např.: prednisolon, methylprednisolon, hydrokortizon, atd.)
- c) ne, nikdy jsem žádný z uvedených léků neužíval/a

Část III.: Vředová choroba gastroduodena

1) Jaký typ vředu Vám byl diagnostikován?

- a) žaludeční
- b) dvanáctníkový

2) Trpěl nebo trpí některý z Vašich rodinných příslušníků vředovým onemocněním? (žaludeční vřed, duodenální vřed, atd.)

- a) ne
- b) ano

3) Byla jste testována na přítomnost bakterie Helicobacter pylori (dále jen Hp)?

- a) ne
- b) ano

→ Byla Vám diagnostikována přítomnost Hp?
 a. Ano, Hp mi byla diagnostikována
 b. Ne, Hp mi nebyla diagnostikována

Část IV.: Vliv vředové choroby na Vaš životní styl

1) Myslíte si, že vředová choroba ovlivnila Vaš životní styl?

- a) ne
- b) ano – uveďte v jakém smyslu:

2) Chtíte se být limitován vředovou chorobou v běžném životě?

- a) ne
- b) ano – uveďte čím:

3) Změnily se Vaše stravovací návyky po diagnóze vředového onemocnění?

- a) ne
- b) ano → V jakém smyslu? (možno zvolit více odpovědí)

- a. jím pravidelněji než před onemocněním
- b. jím menší porce než před onemocněním
- c. jím více ovoce a zeleniny
- d. vynchávám držadivo potraviny (př. česnek)
- e. jiná možnost, uveďte:

4

Prosor pro Vaše náměty a komentáře:

4) Kouříte v současném době?

- a) ano, ve stejné míře jako před diagnózou vředového onemocnění
- b) ano, ale v menší míře jako před diagnózou vředového onemocnění
- c) ne, s kouřením jsem přestal/a po diagnóze vředového onemocnění
- d) ne, nekouřil/a jsem ani před diagnózou vředového onemocnění

5) Pijete některý z alkoholických výrobků v současném době?

- a) ano, ve stejné míře jako před diagnózou vředového onemocnění
- b) ano, ale v menší míře než před diagnózou vředového onemocnění
- c) ne, s pitím alkoholu jsem přestal/a po diagnóze vředového onemocnění
- d) ne, nepil/a jsem alkohol ani před diagnózou vředového onemocnění

6) Pijete kávu v současném době?

- a) ano, ve stejné míře jako před diagnózou vředového onemocnění
- b) ano, ale v menší míře než před diagnózou vředového onemocnění
- c) ne, s pitím kávy jsem přestal/a po diagnóze vředového onemocnění
- d) ne, nepil/a jsem kávu ani před diagnózou vředového onemocnění

7) Změnila se Vaše pohybová aktivita po diagnóze?

- a) ano, sportuji více
- b) ano, sportuji méně
- c) ano, přestal/a jsem sportovat úplně
- d) ne, pohybová aktivita zůstala stejná jako před diagnózou

8) Myslíte si, že jste začal/a žít zdravějším životním stylem po té, co Vám byla diagnostikována vředová choroba? *(Svou vlnu, prosím, zřívodíte vlastními slovy)*

- a) ano, zřívodíte: MEJŠE KORBENI
- b) ne, zřívodíte:

Děkují Vám za vyplnění dotazníku. Tento dotazník, prosím, odevzdejte ošetřujícímu lékaři nebo zdravotní sestře v ordinaci.