

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Režimová opatření u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena

Karolína Sobotková

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karolína Sobotková**  
Osobní číslo: **Z13369**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Režimová opatření u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

Seznam odborné literatury:

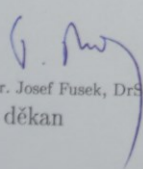
1. DÍTĚ, Petr et al. Vnitřní lékařství. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.
2. KOHOUT, Pavel. Vředová choroba. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 77 s. ISBN 80-7345-077-1.
3. KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2008. 109 s. ISBN 978-80-903820-7-7.
4. LUKÁŠ, Karel et al. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Ochtinská

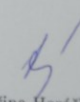
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce: 22. července 2016

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. dubna 2016

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 6. 2016

Karolína Sobotková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Haně Ochtinské za cenné rady, které přispěly k vytvoření této práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině za podporu, a respondentům za jejich ochotu a spolupráci na dotazníkovém šetření.

## **ANOTACE**

Cílem práce je popsat vředovou chorobu gastroduodena a dodržování režimových opatření. Práce zahrnuje přehled informací o anatomii žaludku a dvanáctníku, příčiny vzniku vředů a přehled diagnostických metod. Součástí je rovněž přehled o režimových a především dietních opatřeních, která by měla být dodržována pacienty s diagnostikovanou vředovou chorobou. Výše uvedené informace slouží jako podklad pro výzkumnou část, která využívá dotazníkové šetření jako výzkumnou metodu. S využitím dotazníkového šetření je zmapován současný stav dodržování režimových opatření u pacientů s diagnostikovanou vředovou chorobou gastroduodena.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

dieta, helicobacter pylori, inhibitory protonové pumpy, režimová opatření, vředová choroba

## **TITLE**

Observance of the regime precautions by patients with ulcerous stomach and duodenal disease.

## **ANNOTATION**

The aim of this work is to introduce gastroduodenal ulcer disease and observation of régime measurements. The work includes an overview of the anatomy of the stomach and duodenum, causes ulcers and an overview of diagnostic methods. It also includes an overview of the régime and especially dietary measures that should be observed by patients who have diagnosed peptic ulcer disease. Based on this information, the practical part was created. The practical part uses the questionnaire survey as a research method. Using a questionnaire survey mapped the current state of compliance with lifestyle changes by patients who have diagnosed gastroduodenal ulcer disease.

## **KEYWORDS**

diet, helicobacter pylori, proton pump inhibitors, regime measurements, ulcer disease

## OBSAH

Úvod.....	12
Cíle práce .....	14
I Teoretická část .....	15
1 Anatomie a fyziologie žaludku a dvanáctníku.....	15
1.1 Anatomie žaludku .....	15
1.2 Fyziologie žaludku .....	15
1.3 Anatomie dvanáctníku .....	16
1.4 Fyziologie dvanáctníku .....	17
2 Vředová choroba gastrooduena .....	18
2.1 Peptický vřed.....	18
2.2 Příčiny vzniku .....	18
2.2.1 Helicobacter pylori .....	19
2.3 Příznaky.....	20
2.4 Diagnostika .....	20
2.4.1 Endoskopické vyšetření .....	21
2.5 Léčba .....	23
2.5.1 Nemocniční péče.....	25
2.6 Komplikace .....	26
3 Režimová opatření u vředové choroby gastrooduena.....	28
3.1 Dieta .....	28
3.1.1 Zásady šetřící diety .....	29
II Výzkumná část.....	31
4 Výzkumné otázky .....	31
5 Metodika výzkumu .....	32
5.1 Forma dotazníku.....	32
5.2 Místo realizace dotazníkového šetření .....	32

5.2.1	Pilotní šetření .....	32
5.2.2	Spolupráce zdravotnického personálu .....	32
5.2.3	Realizace sběru dotazníků .....	33
5.2.4	Počet dotazníků.....	33
5.2.5	Způsob vyhodnocení získaných dat.....	33
6	Výsledky výzkumu .....	34
7	Diskuze .....	46
	Závěr .....	51
	Použitá literatura .....	53
	Přílohy.....	56



## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Získání informací o režimových opatřeních.....	34
Obrázek 2 Forma sdělení informací.....	35
Obrázek 3 Míra informovanosti o režimových opatřeních.....	35
Obrázek 4 Srozumitelnost získaných informací.....	36
Obrázek 5 Dodržování režimových opatření.....	36
Obrázek 6 Znalost režimových opatření.....	37
Obrázek 7 Počet kuřáků před onemocněním.....	38
Obrázek 8 Počet kuřáků po diagnóze.....	38
Obrázek 9 Konzumace alkoholický nápojů.....	39
Obrázek 10 Konzumace nápojů s obsahem kofeinu.....	39
Obrázek 11 Užívání nesteroidních antirevmatik.....	40
Obrázek 12 Dodržování dietních opatření.....	40
Obrázek 13 Znalost dietních opatření.....	41
Obrázek 14 Domácí příprava stravy.....	42
Obrázek 15 Pravidelnost stravy.....	42
Obrázek 16 Počet hodin spánku.....	43
Obrázek 17 Denní režim.....	43
Obrázek 18 Pohlaví respondentů.....	44
Obrázek 19 Věk respondentů.....	44

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

Hp	Helicobacter pylori
GIT	Gastrointestinální trakt
PPI	Inhibitory protonové pumpy

## ÚVOD

Vředová choroba gastroduodena je onemocnění, které se v současnosti objevuje napříč celou populací. Nejčastěji se vyskytuje v dospělém věku, současně přibývá i výskytu u mladistvých. LUKÁŠ et al. (2005, s. 98) uvádí výskyt ve 3 – 10% populace, jde tedy o časté onemocnění vyskytující se v české populaci.

Jedná se o onemocnění, při kterém vzniká defekt žaludeční nebo duodenální sliznice. Defekt vzniká při narušení rovnováhy mezi agresivními a ochrannými faktory působícími na sliznici. Mezi agresivní faktory řadíme kyselinu chlorovodíkovou, infekci *Helicobacter pylori*, ulcerózní vliv některých léků, kouření a další. Proti působení agresivních faktorů působí řada ochranných faktorů. Příkladem je normální skladba žaludečního hlenu, regenerační schopnost buněk žaludečního epitelu a další. Podrobně jsou tyto faktory uvedeny v teoretické části práce (Navrátil, 2008, s. 259)

Součástí léčby vředové choroby je dodržování režimových opatření a doporučení získaných od zdravotnického personálu. Mezi základní režimová opatření se řadí klidový režim, dostatek spánku a pravidelné stravování. Základem stravovacích doporučení je úprava stravovacího režimu. (Lukáš a Žák, 2007, s. 98 - 102)

Lékaři doporučená režimová opatření jsou v některých případech velmi obecná a ne každý pacient se jimi řídí. Je nutné se zabývat dodržováním těchto opatření z pohledu pacienta a případně navrhnout, jakým způsobem zlepšit informovanost pacientů v této oblasti.

Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část.

Teoretická část se dále dělí na tři části. V první části je popsána anatomie a fyziologie orgánů souvisejících s vředovou chorobou, tedy žaludku a dvanáctníku. Druhá část představuje vředovou chorobu gastroduodena. Její součástí jsou příznaky a příčiny vzniku gastroduodenálních vředů. Dále je uveden přehled současných metod využívaných pro diagnostiku vředové choroby, včetně současných farmakologických i nefarmakologických léčebných postupů. Současně jsou zde uvedeny informace o nemocniční péči, která se uplatňuje v případě hospitalizace pacienta. Druhá část je zakončena informacemi o možných komplikacích, které se mohou u vředové choroby vyskytovat. Obsahem třetí části je přehled o režimových opatřeních, která souvisí s vředovou chorobou a měla by být dodržována pacienty, jimž je tato choroba diagnostikována.

Obsahem výzkumné části je zjišťování informovanosti a dodržování režimových opatření u pacientů s diagnostikovanou vředovou chorobou gastroduodena ve vztahu k věkovému složení těchto pacientů.

## **Cíle práce**

Teoretický cíl:

1. Uvedení do problematiky vředové choroby gastroduodena, diagnostiky, příznaků, příčin, komplikací, léčby a režimových opatření u vředové choroby gastroduodena.

Výzkumné cíle:

1. Zjistit u respondentů s diagnostikovanou vředovou chorobou, jakou nejčastější formou probíhá, edukace o tomto onemocnění.
2. Zjistit, zda respondenti s vředovou chorobou gastroduodena dodržují režimová opatření.
3. Zjistit, jakou skupinu obyvatel z hlediska věku a pohlaví postihuje vředová choroba gastroduodena nejčastěji.
4. Na základě výsledků výzkumu vytvořit informační materiál o režimových opatřeních spojených s léčbou vředové choroby gastroduodena.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽALUDKU A DVANÁCTNÍKU

Žaludek a dvanáctník jsou důležitou součástí trávicího traktu, kde dochází k rozmělnování, zpracování a transportu přijaté potravy. V následujících podkapitolách je popsána anatomie a fyziologie těchto dvou orgánů.

### 1.1 Anatomie žaludku

Žaludek (gaster, ventriculus) je částí trávicí trubice (Merkunová a Orel, 2008, s. 134). Začíná v místě zvaném česlo (kardie), což je místo, kde ústí do žaludku jícen. Kardie dále přechází v tělo žaludku (corpus), které se vyklenuje směrem nahoru v žaludeční klenbu (formix). Směrem dolů dochází k zužování těla žaludku, zároveň se ohýbá vpravo a navazuje na vrátníkovou část (pars pylorica). Tato část je zakončena vrátníkem (pylorus). Schematické znázornění žaludku je součástí přílohy A. Tvar žaludku je ovlivněn mnoha faktory, mezi které patří poloha těla, náplň žaludku, věk apod. (Lukáš a Žák, 2007, s. 40; Naňka, Elišková a Eliška, 2009, s. 155)

Je umístěn v levé brániční klenbě. Na žaludku lze popsat přední stěnu (paries anterior) a zadní stěnu (paries posterior). Přední stěna naléhá na játra, bránici a stěnu břišní. Zadní stěna naléhá např. na levou ledvinu, slezinu. Na přechodu těchto dvou stěn se nachází malé ohbí (curvatura minor), ze kterého odstupuje směrem k játrům malá předstěra (omentum minus) a velké ohbí (curvatura major), ze kterého odstupuje velká předstěra (omentum majus), směřující ke kličkám střeva. Tyto dvě předstěry tvoří pobřišnici (peritoneum). (Lukáš a Žák, 2007, s. 40; Naňka, Elišková a Eliška, 2009, s. 155)

### 1.2 Fyziologie žaludku

Žaludek je schopen pojmout až 1,5 l potravy. Pro zajištění správné funkce žaludku je důležitá žaludeční šťáva, které se za den vytvoří 2 – 3 l. Pomocí kyseliny chlorovodíkové a pepsinu dochází ke štěpení bílkovin na menší části. Vylučování žaludeční šťávy je ovlivněno třemi fázemi: cefalickou, gastrickou a intestinální. Pro fázi cefalickou jsou určující nepodmíněné podněty (chuť, čich) i podmíněné podněty (zrak, představivost). Pro fázi gastrickou je důležitá reflexní činnost, která působí na chemoreceptory v žaludeční sliznici. S pomocí chemoreceptorů je řízena sekrece žaludečních šťáv a pohybu žaludku. V poslední intestinální

fázi jsou základní humorální faktory (sekretin, histamin, cholecystokinin). (Lukáš a Žák, 2007, s. 55 - 65; Merkunová a Orel, 2008, s. 136)

Dalším důležitým faktorem pro správnou funkci žaludku je kyselé pH, s jehož pomocí dochází k ničení bakterií přijatých s potravou. Po příchodu do žaludku je potrava uložena v kardií a těle žaludku po dobu přibližně jedné hodiny. Během této doby nedochází k jejímu promíchávání, ale potrava je pouze rozdělena dle hustoty tak, že na spodní části se nachází látky v tekutém stavu a v horní části se nachází lipidy. Ostatní složky potravy se rovnoměrně rozloží podle hustoty mezi výše uvedené složky. Podle uvedeného rozdělení se pak jednotlivé složky mísí se žaludeční šťávou (Kittnar, 2011, s. 357). Tato směs je v odborné literatuře nazývána chymus. Za pomoci peristaltických pohybů dochází k posouvání chymu do dvanáctníku. (Lukáš a Žák, 2007, s. 57- 65; Rokyta et al., 2009, s. 133)

Vyprazdňování žaludku je závislé na množství přijaté potravy a může trvat až několik hodin. Proces vyprazdňování začíná v okamžiku, kdy je chymus dostatečně zpracován jak mechanicky, tak chemicky. Podmínkou pro další trávení ve dvanáctníku je postupné vyprazdňování žaludku, které zajišťuje tzv. enterogastrický reflex. Jedná se o děj, při kterém se vlivem tuků, nízkého pH a dalších faktorů dočasně utlumí činnost vrátníku a dvanáctník má k dispozici dostatečně dlouhou dobu pro zpracování přijatého chymu. (Mourek, 2012, s. 98)

Postupné vyprazdňování žaludku má i další významnou roli. Částečně vyrovnává protichůdné potřeby organismu, který pro své fungování vyžaduje stálou hladinu živin, ale z důvodu časové úspory dochází ke konzumaci potravy v nepravidelných časových intervalech. Nedochází tak ke zvýšení hladiny živin po konzumaci potravy a k jejímu snížení mezi jídly. (Kittnar, 2011, s. 368)

### **1.3 Anatomie dvanáctníku**

Dvanáctník (duodenum) je první částí tenkého střeva, která je zároveň jeho nejkratší částí. Jeho délka je v rozmezí 25 – 30 cm. Jedná se o nepohyblivý orgán, který je přirostlý na zadní stěnu břišní. Má tvar podkovy, která se konkávně stáčí doleva. Je uložen retroperitoneálně, tedy peritoneum kryje pouze jeho přední část. (Lukáš a Žák, 2007, s. 42; Mourek, 2012, s. 101)

Dvanáctník je složen ze čtyř částí. Na žaludek navazuje první část (pars superior), která jde od pyloru směrem vpravo a naléhá na játra. Vpravo od páteře sestupuje druhá část (pars descendens), která leží v rozmezí 2. – 3. bederního obratle. V této části duodena zároveň ústí

hlavní vývod (papilla duodeni major) a přídatný vývod (papilla duodeni minor) slinivky břišní. Třetí část (pars horizontalis) probíhá vodorovným směrem vlevo. Jde okolo aorty a dolní duté žíly. Poslední část (pars ascendens) přechází prudkým ohybem (flexura duodenojejunalis) do další části tenkého střeva. (Lukáš a Žák, 2007, s. 42; Naňka et al., 2009, s. 158)

#### **1.4 Fyziologie dvanáctníku**

Hlavní a vedlejší vývod slinivky břišní, které ústí do duodena, dodávají další potřebné složky pro trávení. Správná funkce trávení v duodenu je závislá na jeho pH, které je oproti žaludku alkalické. Změnu pH v duodenu z původně kyselého na alkalické zajišťuje hydrouhličitan sodný. Tuky jsou rozpouštěny pomocí solí pocházejících ze žlučových kyselin. Sacharidy jsou natravovány na jednoduché cukry (glukóza, fruktóza), které jsou za pomoci buněk střevní sliznice vstřebávány. Při vstupu chymu do duodena se nejdříve objevují místní vlny, což jsou kontrakce hladké svaloviny zajišťující jeho pohyb. Tyto kontrakce se vyskytují v náhodných časových intervalech. S vyšší náplní duodena se mění na koordinované kývavé pohyby, což vede k efektivnějšímu procesu vstřebávání. Při dalším zvýšení obsahu duodena se kývavé pohyby mění v peristaltické, které chymus posouvají do dalšího úseku střeva. (Lukáš a Žák, 2007, s. 58 – 65; Langmeier, 2009, s. 157)



## 2 VŘEDOVÁ CHOROBA GASTROGUODENA

Vředová choroba gastroduodena je onemocnění, které se vyskytuje napříč celou populací. Běžně se vyskytuje v dospělém věku, ale přibývá výskytu i u mladistvých. (Lukáš a Žák, 2007, s. 98)

### 2.1 Peptický vřed

Peptický vřed žaludku či dvanáctníku je definován jako onemocnění, které vzniká působením kyseliny chlorovodíkové, která může poškodit sliznici žaludku či dvanáctníku. Toto poškození zasahuje i do hlubších vrstev trávicí trubice. Peptické vředy se dále rozdělují na vředy primární a sekundární. Jako primární se vřed nazývá tehdy, pokud se prokáže přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*. Sekundární vřed neboli vřed druhotný má jinou definovanou příčinu. Nejčastěji se vyskytují vředy lékové, kde je hlavní příčinou časté užívání nesteroidních antirevmatik, které mají nepříznivý vliv na gastrointestinální trakt. Druhou skupinou jsou vředy stresové, které mohou být vyvolány stresem při popáleninách, polytraumatech nebo po náročných operacích. Do třetí skupiny patří vředy endokrinní, které vznikají na podkladu Zollinger-Ellisova syndromu. Jedná se o nadprodukcii gastrinu obvykle z nádoru lokalizovaného ve slinivce břišní. Do dalších skupin patří vředy hepatogenní, stařecké a vředy při respirační insuficienci. Podmínkou pro vznik vředu není ve všech případech přítomnost kyseliny chlorovodíkové. Vřed vzniká i po požití kyseliny nebo louhu. (Navrátil, 2008, s. 259; Lukáš a Žák, 2007, s. 98)

Z hlediska lokalizace se vředy rozdělují na žaludeční a dvanáctníkové. Žaludeční vředy lze rozdělit na 5 podskupin. (Zimandlová a Bureš, 2012, s. 51):

- peptické vředy počáteční části dvanáctníku a vrátníkového kanálu,
- vředy vývodné části žaludku,
- vředy žaludečního těla,
- vředy žaludečního česla,
- Cameronovy vředy.

### 2.2 Příčiny vzniku

Příčinou vzniku gastroduodenálních vředů je narušení rovnováhy ochranných a agresivních činitelů působících v žaludku a dvanáctníku. Mezi ochranné činitele patří hlen (mucin) u kterého je důležité množství a kvalita, také prokrvení sliznice, které bývá narušeno u starších. Dále prostaglandiny, které stimulují sekreci žaludečních šťáv, sekrety a hormony. Mezi agresivní činitele patří kyselina chlorovodíková, která se sice podílí na trávení živin, ale

ve zvýšeném množství vede k natravování sliznice a dalších vrstev žaludku. Zvýšenou produkci kyseliny chlorovodíkové způsobuje kofein a kouření. Souvislost žaludeční kyseliny se vznikem vředu popsal poprvé v roce 1910 chorvatský vědec Dragutin Schwarz svým tvrzením „Bez kyseliny není vředu“ (Dítě et al., 2012, s. 423). Dalším agresivním činitelem jsou skupiny léků, které mění skladbu hlenu – nesteroidní antirevmatika, antihypertenziva, kortikoidy, kardiotonika a kyselina acetylsalicylová. Agresivním činitelem jsou rovněž žlučové kyseliny, které se vracejí z dvanáctníku do žaludku a nitrosaminy, které jsou obsaženy v zelenině a uzeninách. Stejně důležitým faktorem je stres, který je psychického původu či jako polytrauma. Mezi bakteriální agresivní faktory patří *Helicobacter pylori*, který je popsán v následující podkapitole. (Filipová, 2010, s. 17)

### **2.2.1 *Helicobacter pylori***

*Helicobacter pylori* (Hp) je gramnegativní tyčkovitá bakterie. Její schematické znázornění je součástí přílohy B. V roce 1983 ji objevil australský patolog Robert Warren. O pomoc požádal kolegu Barryho Marshalla, který potvrdil příčinnou souvislost bakterie s gastroduodenálními vředy. Marshall svoji teorii zveřejnil na mezinárodní konferenci, kde byl s posměchem vyprovoden ze sálu. Na jeho práci navázali další vědci, kteří se rozhodli provést další výzkumy, při kterých zjistili, že měl Marshall pravdu. (Joshi, 2007, s. 53 – 54)

Hp se vyskytuje v kyselém prostředí. Aby mohl osídlit žaludek, musí překonat kyselé pH a uhnízdit se v hlenu v blízkosti epiteliálních buněk. Tato bakterie se přenáší z člověka na člověka fekál-orální, případně orální cestou. U velké části populace je přítomnost Hp bezpříznaková. Rozšíření bakterie je silně závislé na hygienických podmínkách. Schindler (2010, s. 89) uvádí, že je popsáno okolo dvaceti druhů helicobacterů, které jsou úzce přizpůsobeny k hostiteli – na psy, kočky, fretky. Prokázat přítomnost Hp lze invazivní nebo neinvazivní cestou. K invazivním technikám řadíme ty, při kterých je potřeba odebrat vzorek sliznice při endoskopickém vyšetření. Tyto techniky zahrnují rychlý ureázový test, kultivace Hp a histologické vyšetření sliznice s barvením na přítomnost Hp. Při využívání neinvazivních technik není vyžadován přístup do trávicího traktu. Patří sem odběr krve na průkaz protilátek, odběry stolice a dechové testy. V důsledku nalezení příčinné souvislosti Hp a peptických vředů došlo k radikální změně v oblasti léčby vředů. Využívá se léčba eradikační, která má za cíl odstranit Hp z žaludeční nebo dvanáctníkové sliznice. Počáteční léčbou je využití trojkombinace inhibitorů protonové pumpy s antibiotiky amoxicilinem a klaritromycinem. (Kohout a Pavlíčková, 2008, s. 27 - 28; Juhaňák, 2012, s. 57 - 59)

Podle odhadů je touto infekcí celosvětově nakaženo 60 – 80 % populace. V zemích Evropy a Severní Ameriky je procento výskytu mezi 15 – 40 %. V České republice se výsledky jednotlivých studií značně liší. Výsledky se pohybují v rozmezí 45 – 83 %. Důvodem této odlišnosti je využití různých metodologických a diagnostických postupů. (Švestka, 2011, s. 123)

### **2.3 Příznaky**

Pro vředovou chorobu gastroduodena je typická široká škála projevů, která je ale u každého člověka individuální. U některých lidí je tato nemoc doprovázena těžkými bolestmi, které ovlivňují běžnou denní činnost. Stupeň bolesti se pohybuje od pocitu plnosti a od pocitu bolestivého hladu až po palčivou bolest v epigastriu. Prudká, ostrá bolest může být známkou perforace vředu do dutiny břišní, což vyžaduje akutní chirurgický zákrok. V mnoha případech se ale příznaky nemusí projevit. To je typické pro pacienty s cukrovkou a u lidí ve vyšším věku, u kterých se přítomnost vředu projeví až s komplikacemi. Častými příznaky je nechutenství, nucení na zvracení (nauzea), zvracení a snížená chuť k jídlu. (Kohout a Pavlíčková, 2008, s. 28 – 29; Lukáš a Žák, 2007, s. 99)

Pro žaludeční vředy je typická bolest břicha, která je lokalizovaná vpravo pod mečíkovitým výběžkem hrudní kosti. Bolest je závislá na umístění vředu v žaludku. Čím blíže leží vřed u jícnu, tím dříve po jídle se začne bolest projevovat. Tento projev může přispět k určení přibližného umístění vředu v žaludku. (Kohout a Pavlíčková, 2008, s. 28)

Pro dvanáctníkové vředy je typickým příznakem bolest, která je lokalizována pod pravým žeberním obloukem, vyskytuje se více než 2 hodiny po jídle a v noci probouzí nemocného ze spánku. Ustupuje po požití potravy. Chuť k jídlu bývá často individuální. Dalšími projevy může být pálení žáhy (pyróza), zácpa (obstipace), únavnost a spavost. (Navrátil, 2008, s. 260)

### **2.4 Diagnostika**

V rámci diagnostiky vředové choroby gastroduodena je zcela nezbytná anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření a endoskopické vyšetření. Anamnéza je forma pohovoru s pacientem, která se zaměřuje především na tyto části: nynější onemocnění, osobní anamnéza, rodinná anamnéza, farmakologická anamnéza a pracovní anamnéza. V anamnéze jsou důležité informace o lokalizaci, intenzitě, charakteru a vyzařování bolesti včetně časových údajů. (Lukáš a Žák, 2007, s. 99; Holubová et al., 2013, s. 65 – 66)

Mezi fyzikální vyšetření patří pohled, poslech, pohmat, poklep a vyšetření skrz konečník (per rectum). Nejdůležitější metodou je pohmat (palpace). Dítě (2007, s. 256) udává, že nález palpační bolestivosti v epigastriu je pravidlem. Laboratorní vyšetření není diagnosticky významné. (Holubová et al., 2013, s. 66)

První možností prokázání vředu je využití endoskopické metody. Druhou možností je rentgenové vyšetření žaludku s využitím metody dvojího kontrastu. Nejen pro léčbu, ale i pro určení patogenetických vlivů je důležité vyšetření na přítomnost infekce Hp, které je součástí kapitoly 2.2.1. (Navrátil, 2008, s. 260)

### **2.4.1 Endoskopické vyšetření**

Mezi základní vyšetřovací a terapeutické metody v oboru gastroenterologie a hepatologie patří endoskopická vyšetření. Podstatou endoskopického vyšetření je možnost náhledu do dutých orgánů pomocí endoskopu, který je složen z dlouhého tubusu, ve kterém je umístěno optické vlákno, studené světlo a pracovní kanál, který je určen pro odběr tkáně na histologické vyšetření a případně slouží pro terapeutické a léčebné výkony jako je např. ošetření případného krvácení. V distální části se u většiny endoskopů nachází přímá optika. Vývoj endoskopické techniky pokračuje stejně jako v ostatních oblastech zdravotnické techniky a dnes se řadí mezi standardy videoendoskopy s technologií zoom, Narrow Band Imaging (NBI) a autofluorescencí (AFI). Mezi endoskopická vyšetření patří gastroscopie – endoskopie horní části trávicího traktu, kde je možnost zobrazení a přímý pohled na sliznici jícnu, žaludku a dvanáctníku. Rektoskopie - vyšetření konečníku pomocí rektoskopu. Kolonoskopie - endoskopie dolní části trávicího traktu. Enteroskopie - vyšetření části tenkého střeva. Kapslová enteroskopie - vyšetření tenkého střeva za pomoci spolknuté kapsle vybavené kamerou. ERCP - kombinace endoskopického vyšetření a RTG vyšetření pro zobrazení žlučových cest a slinivky břišní. Plánovaná endoskopická vyšetření jsou objednávana v příjmové kanceláři endoskopického pracoviště. Důvodem je specifická příprava u každého endoskopického vyšetření. (Beneš a Hep, 2006, s. 197; Pracná a Konečný, 2012, s. 362)

Endoskopické vyšetření zažívacího traktu je velmi přínosným a často zachraňujícím vyšetřením, ale řadí se mezi nepříjemná vyšetření. Především díky převládajícímu pocitu strachu z průběhu vyšetření, výskytu komplikací a potvrzení závažné diagnózy zažívacího traktu. Řada pacientů podléhá studu, především ze společenského hlediska. Pro endoskopická vyšetření je velice důležitá samotná příprava pacienta před výkonem. V důsledku špatné

přípravy může dojít k prodlužování doby vyšetření až k celkovému znemožnění výkon dokončit a ten se musí následně opakovat, což je pro pacienta nepříjemné. Přípravu pacienta na endoskopické vyšetření lze rozdělit do čtyř fází. Fyzická příprava, psychologická příprava, kontrola laboratorních výsledků a farmakologická příprava. V rámci fyzické přípravy se pacientovi doporučuje 6 - 8 hodin před výkonem nejíst, nepít a nekouřit. V případě pravidelného užívání léků by se měl pacient před výkonem poradit se svým lékařem o jejich užívání. Pokud má pacient zubní protézu, je požádán o její vyjmutí z úst. Dále sestra poučí pacienta o dýchání a poloze během výkonu - na levém boku, stabilizovaná poloha. Během výkonu sestra tuto polohu kontroluje. (Pracná a Konečný, 2012, s. 363; Pracná a Konečný, 2013, s. 52)

Nezbytnou součástí při endoskopickém vyšetření je psychologická příprava pacienta. Ten musí být o vyšetření v dostatečné míře poučen – edukován. Sestra ve spolupráci s lékařem musí získat od pacienta písemný souhlas s vyšetřením, který vyžadují legislativní předpisy. Pacient musí podepsat poučení a informovaný souhlas pacienta s endoskopií, případně poučení a souhlas zákonného zástupce pacienta s endoskopií, pokud pacient nedosáhl plnoletosti. Tímto podpisem pacient projevuje svobodnou vůli s vyšetřením. Před podpisem informovaného souhlasu je nutné pacientovi vysvětlit postup, důsledky a možné komplikace vyšetření. Součástí pacientových práv je odmítnutí vyšetření, právo na soukromí, rodinné poměry a víru, případně si lze vyžádat souhlas s přítomností studentů při vyšetření. Informovaný souhlas musí obsahovat následující náležitosti: iniciály pacienta, název výkonu, účel výkonu, povaha výkonu, vlastní výkon, alternativa výkonu, možná rizika, komplikace a zdravotní a alergologická anamnéza. Iniciály pacienta musí obsahovat jméno, příjmení, adresu, kód zdravotní pojišťovny, atd. Název výkonu udává, o jaký výkon se jedná – gastroscopie, kolonoskopie, atd. Účel výkonu ve zkratce charakterizuje, proč a jakým způsobem bude vyšetření provedeno. Povaha výkonu udává podmínky, které musí pacient dodržovat před vyšetřením. U gastroscopie lačnit, nejíst, nepít a nekouřit. Vlastní výkon charakterizuje pracovní postup vyšetření a uvedení diagnostických a terapeutických výkonů. Alternativa výkonu udává postupy, které lze aplikovat v případě, že uvedený výkon nelze provést. V rámci možných rizik se uvádějí možnosti výskytů alergických reakcí po premedikaci, poranění endoskopem, atd. Zdravotní a alergologická anamnéza obsahuje písemný souhlas pacienta, tedy datum, čas a podpis pacienta. Současně s tímto i datum, čas a podpis lékaře, který endoskopické vyšetření provedl. Součástí informovaného souhlasu musí být zápis o tom, že pacient otázkám rozuměl a byly mu sděleny a vysvětleny informace

o výkonu zdravotnickým pracovníkem. Písemný souhlas musí být uveden v jazyce, který je pro pacienta srozumitelný. V případě cizích státních příslušníků je žádoucí přítomnost tlumočníka. (Pracná a Konečný, 2012, s. 363)

Kontrola laboratorních výsledků zahrnuje invazivní výkony a je třeba znát výsledky koagulačního vyšetření a krevního obrazu. Součástí farmakologické přípravy je premedikace pacienta s využitím léků, které ovlivňují funkci centrálního nervového systému. Pacient je schopen reagovat na pokyny a lépe toleruje výkon. V případě potřeby se hltn umrtví lokálním anestetikem. Endoskopické vyšetření lze provádět v analgosedaci, celkové narkóze. Při ní je pacient v umělém spánku a u vyšetření je nezbytná přítomnost anesteziologa. Endoskopická vyšetření lze provádět rovněž bez premedikace. V případě umrtvení hltnu lokálním anestetikem je po výkonu nutné nejíst, nepít a nekouřit dle ordinace lékaře. Neřídít automobil v případě aplikace uklidňující injekce. Po analgosedaci monitorovat pacienta po dobu 2 hodin. Hospitalizace v nemocnici je nutná pouze v případě invazivního výkonu. Pokud se vyskytnou jakékoliv komplikace, je nezbytné neprodleně upozornit lékaře. (Pracná a Konečný, 2012, s. 363)

## **2.5 Léčba**

Léčba gastroduodenálních vředů zahrnuje režimová a dietní opatření, léčbu farmakologickou a v případě komplikací léčbu endoskopickou a chirurgickou. Režimová a dietní opatření jsou součástí kapitoly 3. (Čoupková a Slezáková, 2010, s. 204)

Léčba vředové nemoci se soustřeďuje na využívání přístupů vedoucím k ochraně žaludeční a dvanáctíkové sliznice před působením agresivních faktorů a podpoře ochranných faktorů. Důležitou roli hraje i omezení účinků skupin léků, které mohou negativně ovlivnit žaludeční sliznici. V léčbě vředové nemoci je naprosto zásadním požadavkem zhojení léze v co nejkratším čase spolu s ovlivněním symptomů nemoci a v neposlední řadě i zabránění případným recidivám. (Kohout a Pavlíčková, 2007, s. 35)

Při farmakologické léčbě jsou využívána antacida, H<sub>2</sub>-blokátory, inhibitory protonové pumpy a selektivní anticholinergika. Antacida jsou látky, které neutralizují HCl v žaludku. V minulosti se řadily mezi oblíbenou skupinu léčiv z důvodu rychlé úlevy pacienta od obtíží. Dnes nejsou téměř využívány z důvodu nepříznivého ovlivňování vstřebávání jiných léků zahrnujících i H<sub>2</sub>-blokátory. Jejich nevýhodou je krátkodobý účinek. Doporučené podávání je 1x 2-4 hodiny. Mezi nejužívanější antacida patří Anacid, Gastrogel, Rennie, Gaviscon a další. H<sub>2</sub>-blokátory jsou léky, které blokují H<sub>2</sub> histaminové receptory a tím snižují tvorbu HCl.

Nejdéle používaným lékem byl cimetidin, který má mnoho nežádoucích účinků jako jsou psychické změny a zvýšená hladina prolaktinu v krvi (hyperprolaktinémie). Z těchto důvodů byl cimetidin nahrazen novějšími léky jako je ranitidin, dostupný jako Ranisan, Ulcosan, atd. a famotidin, dostupný jako Famosan, Quamatel, atd. Inhibitory protonové pumpy, označovány jako PPI, jsou léky, které blokují protonovou pumpu. Ta na základě podnětů tvoří v krycí buňce HCl. (Martínková, 2007, s. 231; Perlík, 2008, s. 65)

Podle Lukáše a Žáka (2007, s. 105) dochází k obnovení sekrece nejpozději za 24 hodin. Oproti tomu Perlík (2008, s. 65) udává, že k obnovení dochází za 24 – 48 hodin. Ke kompletní obnově sekrece podle Martínkové (2007, s. 231) dojde až po 4 – 5 dnech. K zástupcům PPI patří omeprazol, dostupný jako Helicid, Losec, atd., pantoprazol, dostupný jako Controloc a lanzoprazol, dostupný jako Lanzul. Principem činnosti selektivních anticholinergik je blokáce M1 receptorů krycí buňky žaludku. Zástupcem je pirenzepin. Dnes je tato skupina nahrazena PPI a H2-blokátory, které jsou účinnější. (Martínková, 2007, s. 231; Perlík, 2008, s. 65)

Marek (2010, s. 196 - 197) řadí mezi skupiny léků, které souvisí s terapií vředové nemoci rovněž sloučeniny bismutu, sukralfát a prostaglandiny. Podávání bismutu je, více než 100 let, spojeno terapií průjmů. Vliv tohoto léku na sliznici žaludku a duodena byl objeven až mnohem později. Největší vliv mají sloučeniny bismutu v působení na Hp. Obvyklé dávkování je 3-4krát denně 1tbl, případně 2krát denně 2tbl. V současné době není lék využíván k léčbě vředové choroby z důvodu výskytu nežádoucích účinků a jako antiulcerózní lék nemá být podáván déle, než 2 měsíce.

Účinek sukralfátu je podobný účinku, které mají sloučeniny bismutu. Jeho efekt tedy spočívá ve vytvoření ochranné vrstvy na sliznici žaludku nebo duodena. Nutnou podmínkou je vzniku ochranné vrstvy je kyselé prostředí žaludku, proto je považováno za zásadní chybu kombinace sukralfátu s blokátory protonové pumpy nebo H2-blokátory, protože tyto skupiny léků potlačují sekreci HCl v žaludku a tedy kyselost žaludečního prostředí. Stejně jako sloučeniny bismutu i léky na bázi sukralfátu jsou využívány ve stále menší míře, protože mohou snižovat absorpci některých jiných léků. To je důvodem, proč nemohou být podávány dlouhodobě. Terapie sukralfátem je indikována v akutní medicíně jako prevence stresových vředů. (Marek, 2010, s. 196 - 197)

Poslední uváděnou skupinou jsou prostaglandiny. V léčbě vředové choroby bylo od jejich používání upuštěno. Hlavním důvodem je vysoká cena v porovnání s PPI a H2-blokátory při stejném nebo nižším terapeutickém účinku. (Marek, 2010, s. 196 - 197)

Chirurgická léčba byla v polovině 20. století považována za účinnější alternativu léčby vředové choroby. Dnes je indikovaná pouze v akutních případech a při komplikacích. Řešení spočívá v provedení tzv. dvoutřetinové resekce žaludku. Při ní dochází k odstranění části těla, antra, pyloru a části nebo celého duodena. Důvodem je eliminace části sekreční plochy žaludku produkující HCl a antra produkujícího gastrin. (Vodička, 2016, s. 153; Pafko et al., 2006, s. 86 - 87)

V chirurgické léčbě vředové choroby gastroduodena jsou využívány techniky, které propagoval, na konci 19. století ve Vídni, profesor chirurgie Theodor Billroth. Resekce žaludku I. typu. (Billroth I.) spočívá ve vytvoření spojení mezi pahýlem žaludku a dvanáctníkem – gastroduodenoanastomóza, při zachování gastroduodenální dráhy. Při resekci žaludku II typu (Billroth II.) dochází ke slepému uzavření dvanáctníku a žaludeční pahýl je spojen s první kličkou tenkého střeva. (Steward a Ackroyd, 2011, s. 572)

Pokud jsou podmínky pro provedení obou typů resekce stejné, je přednostně využíváno resekce I. typu. Důvodem je považování resekce II. typu za méně fyziologickou a rovněž je spojena s častějším výskytem pooperačních komplikací. Mezi ně patří pocity nevolnosti, zvracení, průjem, únava a bušení srdce. Mezi další prováděné resekce řadíme totální gastrektomii, při které dochází ke kompletnímu odstranění žaludku s provedením následného spojení mezi jícnem a lačnickem. Při provedení subtotální gastrektomie se kolem kardie ponechává malý lem tvořený žaludeční tkání (Sedláková, 2010, s. 230)

### **2.5.1 Nemocniční péče**

Hospitalizovaný pacient je zpravidla uložený na klidnějším pokoji. Pokud nemá jiná zdravotní omezení, pohybový režim mu není žádným větším způsobem omezován. Pro pacienta jsou zásadními faktory odpočinek a klidný spánek, které jsou důležitou součástí léčby vředové choroby. Sestra sepisuje ošetrovatelskou anamnézu a zajišťuje provedení opatření naordinovaných lékařem. Během celé hospitalizace sestra sleduje faktory, které by mohli nepříznivě ovlivnit průběh léčby. Mezi ně se řadí bolest, vyprazdňování stolice, pocit na zvracení a zvracení, fyziologické funkce a hmotnost pacienta. U bolesti sestra sleduje její lokalizaci, sílu, charakter bolesti a závislost bolesti na denní době a požití potravy. Pro úlevu od bolesti sestra doporučí zaujmout úlevovou polohu a případně podá léky dle ordinace



lékaře. Dalším faktorem je vyprazdňování stolice, u které je důležitá pravidelnost a včasné odhalení případného krvácení do žaludku, které se projeví černou stolicí (meléna). V tomto případě sestra ihned informuje lékaře, plní jeho ordinace a sleduje fyziologické funkce – tělesnou teplotu - TT, puls - P a krevní tlak - TK. Hmotnost pacienta se kontroluje dvakrát týdně. Posledním faktorem je sledování zvracení, případně pocitu na zvracení, u kterého se sledují okolnosti vzniku množství, vzhled, zápach a časový výskyt. Při zvracení krve (hemateméza) sestra ihned informuje lékaře. Pacient je uložen do Fowlerovy polohy, je mu přiložen ledový obklad na nadbříšek a je mu k dispozici emitní miska a buničitá vata. Zásadní je nepodávat nic per os. Vhodné je zajištění periferní žilní kanyly pro případ naordinování infuze či transfuze. Sestra sleduje fyziologické funkce – TT, P, TK a zaznamenává je do dokumentace. Někdy je nutné zavést nazogastrickou sondu. Nedílnou součástí hospitalizace je i péče o psychický stav nemocného. Důležitým bodem je vést pacienta k aktivní spolupráci a nechat pacientovi prostor pro vyjádření jeho potíží. Sestra se snaží poučit o nutnosti dodržovat pravidelný režim a doporučí i možnost využití psychoterapie. Před propuštěním do domácího ošetřování se sestra postará o dostatečnou informovanost pacienta o pravidelném režimu, dietě, pravidelném užívání léků, možnosti rozvoje komplikací a následné kontrole u lékaře. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 223 - 224)

## **2.6 Komplikace**

Mezi komplikace gastroduodenální vředové choroby patří krvácení, pronikání (penetrace), proděravění (perforace), stenóza pyloru a maligní zvrát (Lukáš a Žák, 2007, s. 101 – 102).

Krvácení, které pochází z horní části GIT, patří k nejčastějším komplikacím vředové choroby. Projeví se zvracením čerstvé či natrávené krve (hemateméza), melénou až hemoragickým šokem. Pro zjištění místa a charakteru krvácení je nutné endoskopické vyšetření. Krvácení je ve většině případů ošetřeno konzervativní metodou pomocí léků, které snižují prokrvení břišních útroh. Další možností je využití endoskopického vyšetření, při kterém se připne svorka na krvácející cévu nebo se místo krvácení napustí lékem či tkáňovým lepidlem. V případě neúspěšné zástavy krvácení přichází na řadu chirurgické řešení. (Lukáš a Žák, 2007, s. 101 – 102; Vodička, 2006, s. 147 - 148)

Mezi další komplikace patří pronikání (penetrace), kdy vřed proniká skrz žaludeční nebo dvanáctníkovou stěnu do okolních orgánů, nejčastěji do slinivky břišní (Mačák et al., 2012, s. 222). Charakteristickým příznakem je úporná, vytrvalá bolest, která není závislá na požití jídla. Nejčastěji vyzařuje do zad. Při postupném pronikání vředu se vytvářejí srůsty, které

zabraňují prasknutí vředu. Pokud vřed proniká příliš rychle, srůsty se nestihnou vytvořit. Zvyšuje se riziko prasknutí vředu a je nutný chirurgický zákrok. (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 220, Vodička, 2006, s. 148)

Prasknutí (perforace) vředu nastane tehdy, pokud vřed proniká stěnou žaludku nebo dvanáctníku příliš rychle. Nestihnou se vytvořit srůsty, které zabraňují prasknutí vředu. Prasknout může do břišní dutiny s následkem zánětu dutiny břišní (peritonitida), nebo do prostoru ohraničeného srůsty, kde dochází k vytvoření dutiny vyplněné hnisem (absces). Prasknutí se projevuje krutou zničující bolestí přirovnávanou k bodnutí dýkou do břicha. (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 220, Vodička, 2006, s. 148)

Při zúžení (stenóze) je vřed lokalizován v okolí vrátníku (pyloru), což může způsobit otok či zúžení této oblasti a současně dochází k rozšíření žaludku s následným zvracením potravy staršího data. Poslední komplikací vředové choroby je maligní zvrát, u kterého není jasné, zda se jedná o komplikaci vředové choroby nebo o jiné onemocnění. (Kohout a Pavlíčková, 2008, s. 33, Filipová, 2010, s. 18)

### **3 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ U VŘEDOVÉ CHOROBY GASTRODUODENA**

Režimová opatření u vředové choroby gastroduodena jsou součástí léčby choroby. Zahrnují relativní duševní a fyzický klid a také dostatek spánku. Vhodnou volbou je odstranění případných stresorů. Dalším významným faktorem je kouření, které by mělo být, v případě diagnostikování vředové choroby gastroduodena, zakázáno nebo alespoň výrazně omezeno. Podstatné je vynechání složek potravy, které mohou stimulovat tvorbu HCl v žaludku. Mezi tyto složky se řadí především silné čaje, káva a další nápoje obsahující kofein a alkohol. (Klener, 2011, s. 585)

Z výše uvedených informací vyplývá, že mezi režimová opatření u vředové choroby gastroduodena patří: duševní klid, odstranění stresorů a vyhýbání se stresovým situacím, fyzický klid – přiměřená fyzická aktivita, zákaz nebo podstatné omezení kouření, zákaz konzumace nápojů s obsahem kofeinu, zákaz konzumace alkoholu a zákaz užívání nesteroidních antirevmatik. (Dítě, 2007, s. 258)

V souvislosti se vztahem konzumace kávy a výskytu vředů je zajímavý výzkum, který provedli japonští vědci v roce 2013. Na výzkumném vzorku 9517 dospělých, ve kterém bylo 5675 mužů a 3842 žen, vědci neprokázali významnou souvislost mezi konzumací kávy a vředovou chorobou. (Shimamoto et al., 2013, s. 1 – 8)

Léčebný režim může dále zahrnovat pracovní neschopnost. Zde je nutné přihlídnout k intenzitě potíží a náročnosti povolání konkrétního pacienta. Důležitý je i samotný postoj pacienta k pracovní neschopnosti. Vhodným doplněním léčebného režimu je také lázeňská léčba. Dále hospitalizace, která je však nezbytná pouze při výskytu komplikací. V roce 2013 bylo hospitalizováno v České republice celkem 6359 lidí s vředovou chorobou. Z toho 3573 mužů a 2786 žen. (Dítě, 2007, s. 258; Zdravotnická ročenka České republiky 2013, 2013, s. 106)

#### **3.1 Dieta**

Starnovská (2008, s. 6) definuje dietu jako: „Soubor výživových opatření, jejichž uplatnění zlepší kompenzaci onemocnění, zmírní nebo odstraní potíže pacienta/klienta (například vyloučením zatěžujících potravin či jejich součástí), případně umožní využít diagnostický postup (diety diagnostické). Do tohoto souboru patří jak nutriční specifikace dané diety, tak

i vhodné technologické postupy a rozbor surovin s ohledem na vhodné, nevhodné a za určitých podmínek použitelné“.

V současné době se vliv diety při léčbě vředové choroby gastroduodena snižuje. Je to následkem pokroku ve farmakologii, který umožnil využívání účinných léků.

V případě nutnosti chirurgické léčby vředové choroby lékař ordinuje dietu č. 2 – dieta šetřící. Tato dieta se dále uplatňuje při funkčních poruchách žaludku, chronické gastritidě a poruchách žaludeční sliznice, kdy se nevyžaduje speciální omezení biologické a energetické hodnoty stravy. Šetřící dieta snižuje práci trávicího traktu, usnadňuje trávení a nezatěžuje trávicí trubici průchodem stravy. Řadí se mezi plnohodnotné diety, kterou lze podávat dlouhodobě a řídí se zásadami šetřící diety. Sestra zajišťuje její podávání a dohlíží na dodržování diety pacientem. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 223; Čoupková, Slezáková, 2010, s. 58)

### **3.1.1 Zásady šetřící diety**

Důležitým faktorem je respektování jídel, které pacient dobře toleruje. Část pacientů může jíst téměř cokoliv bez omezení, další části pacientů ale určitá strava či způsob její přípravy způsobuje obtíže. Šetřící dieta se řídí zásadami tepelného, mechanického a chemického šetření.

Lukáš a Žák (2007, s. 326) uvádí definici tepelného šetření: „strava nesmí dráždit trávicí trakt svojí vysokou nebo nízkou teplotou.“

Mechanické šetření – strava nesmí ovlivňovat tonus, peristaltiku a dráždění stěny trávicího traktu. Příprava polévek není žádným způsobem omezována. Je vhodné se vyhýbat kořeněným a tučným polévkám a omáčkám. Potraviny jsou vybírány s ohledem na vyloučení nebo omezení nestravitelných složek potravy. Masa by tedy měla být pouze kvalitní, nikoli však tučná. Není doporučena konzumace sterilované a nadýmavé zeleniny, především květáku a zelí. Zelenina by měla být vždy čerstvá. Stejně tak konzumace luštěnin může mít za následek zažívací obtíže. Při konzumaci moučnicků by se neměla konzumovat čerstvá kynutá těsta. Z nápojů je nejvhodnější pramenitá voda, případně minerální vody nesycené kyslíčnickem uhličitým. Alternativou jsou džusy, mošty, ovocné a zeleninové šťávy. (Kohout a Pavlíčková, 2007, s. 38 – 39, Lukáš a Žák, 2007, s. 325)

Chemické šetření – obecným doporučením je pouze ze stravy odstranit složky, které způsobují zvýšenou produkci HCl, případně chemicky dráždí sliznice trávicího ústrojí a tím

zvyšují riziko vzniku vředu. Mezi silná chemická dráždiva řadíme extrakty z přepáleného tuku, černé kávy, silného čaje, koření, koncentrovaného alkoholu, apod. Jídlo podávané v pravidelných intervalech je považováno za nepřírozenější antacidum. Konzumace jídla by měla být v průběhu dne rozdělena na 5 – 6 malých porcí, aby nedocházelo ke zvýšené produkci HCl v žaludku. Obecná doporučení při technologické přípravě pokrmů jsou využívání dušení, vaření, pečení. Zcela nevhodná je příprava pokrmů smažením. Opékání masa se provádí nasucho s podléváním netučným vývarem a vodou. Pokrmy se zahušťují dietní zálivkou z opražené mouky nasucho a vodou, případně zaprášením moukou či solamylem. Jíška je zakázána, protože ztěžuje stravitelnost pokrmů. Důležité je připravovat pokrmy vždy čerstvé. (Lukáš a Žák, 2007, s. 325; Klener, 2011, s. 585)

## **II VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

1. Budou pacienti informováni o režimových opatřeních vředové choroby?
2. Budou pacienti dodržovat režimová opatření u vředové choroby?
3. Bude se vředová choroba vyskytovat nejčastěji u mužů do 40 let?

## **5 METODIKA VÝZKUMU**

Pro výzkum bylo zvoleno použití dotazníku, kdy byly odpovědi zaznamenány písemnou formou. Z důvodu objektivnosti získaných odpovědí byl dotazník veden jako čistě anonymní.

### **5.1 Forma dotazníku**

Dotazník, který je součástí přílohy C, byl realizován v papírové formě. Obsahuje celkem 19 otázek s možností výběru odpovědi u každé otázky. Tři otázky obsahovaly možnost „jiná odpověď“, kde mohli respondenti vyjádřit vlastní názor. Dotazník je seskupen do tří logických celků, zaměřených na informovanost o režimových opatřeních, dodržování režimových opatření a charakteristiku respondentů.

### **5.2 Místo realizace dotazníkového šetření**

Pro rozdávání dotazníků jsem vybrala gastroenterologickou ambulanci ve městě s více než 20 000 obyvateli. Samotnému rozdávání dotazníků předcházela osobní konzultace s lékařem vybrané ambulance a získáním jeho souhlasu s prováděným výzkumem. Současně s tím jsem byla tímto lékařem upozorněna, že je velice pravděpodobné, že se nepodaří v daném časovém horizontu nasbírat požadovaný počet dotazníků. Z tohoto důvodu jsem vybrala ještě jednu gastroenterologickou ambulanci, která byla rovněž ve městě s více než 20 000 obyvateli a její lékař souhlasil s provedením výzkumu. Po získání souhlasů z obou ambulancí mohlo být zahájeno rozdávání dotazníků. Výzkumný vzorek tvořili pacienti, bez rozdílu pohlaví, s diagnostikovanou vředovou chorobou gastroduodena, kteří navštívili gastroenterologickou ambulanci více než třikrát. Pro zajištění kontroly výběru pacientů podle stanovených kritérií a dodržování podmínky anonymity jsem byla v jedné z vybraných ambulancí dva týdny v rámci blokové praxe a dohlížela na dodržování těchto podmínek.

#### **5.2.1 Pilotní šetření**

Z důvodu dodržení stylistické a logické správnosti jednotlivých otázek bylo první týden provedeno pilotní šetření, ke kterému byli přizváni pacienti s diagnostikovanou vředovou chorobou gastroduodena. Na základě jejich připomínek nebylo třeba upravovat žádné otázky v dotazníku. Vyplněné dotazníky z pilotního šetření byly vyřazeny a nejsou zahrnuty ve výsledcích dotazníkového šetření.

#### **5.2.2 Spolupráce zdravotnického personálu**

V rámci druhého týdne praxe jsem zahájila sběr dotazníků v obou vybraných ambulancích. Domluvila jsem se se zdravotnickým personálem, zda by byl ochoten kontrolovat, kteří

pacienti jsou vhodnými kandidáty pro dotazníkové šetření, a současně je požádal o vyplnění dotazníku. Dále jsem personál instruovala o tom, jakým způsobem realizovat sběr dotazníků.

### **5.2.3 Realizace sběru dotazníků**

Dotazníky byly k dispozici na sesterně na stole. Po příchodu pacienta do čekárny a jeho nahlášení u sestry bylo z anamnézy zjištěno, zda má pacient diagnostikovanou vředovou chorobu gastroduodena a současně se jedná o jeho minimálně třetí návštěvu v ambulanci. V případě splnění výše uvedených podmínek byl pacient požádán o spolupráci na výzkumu. Pokud byl pacient ochoten se výzkumu účastnit, byl mu předán dotazník spolu s obálkou a nechán čas na vyplnění. Vyplněný dotazník pacient vložil do připravené obálky, kterou současně zalepil a vhodil do připraveného boxu, který byl opatřen vysvětlujícím popiskem a zabezpečen proti neoprávněnému vniknutí. Box byl jednou za 14 dní průběžně vyprazdňován.

### **5.2.4 Počet dotazníků**

K dispozici bylo 60 (100 %) dotazníků. Z tohoto počtu bylo průběžně vyplněno v ambulancích 40 (66,7 %). Po jejich získání a základním vyhodnocení bylo zjištěno, že 9 (15 %) dotazníků není pro výzkum použitelných z důvodu chybného vyplnění, proto jejich sběr pokračoval, aby bylo nashromážděno celkem 40 (66,7 %) relevantních dotazníků.

### **5.2.5 Způsob vyhodnocení získaných dat**

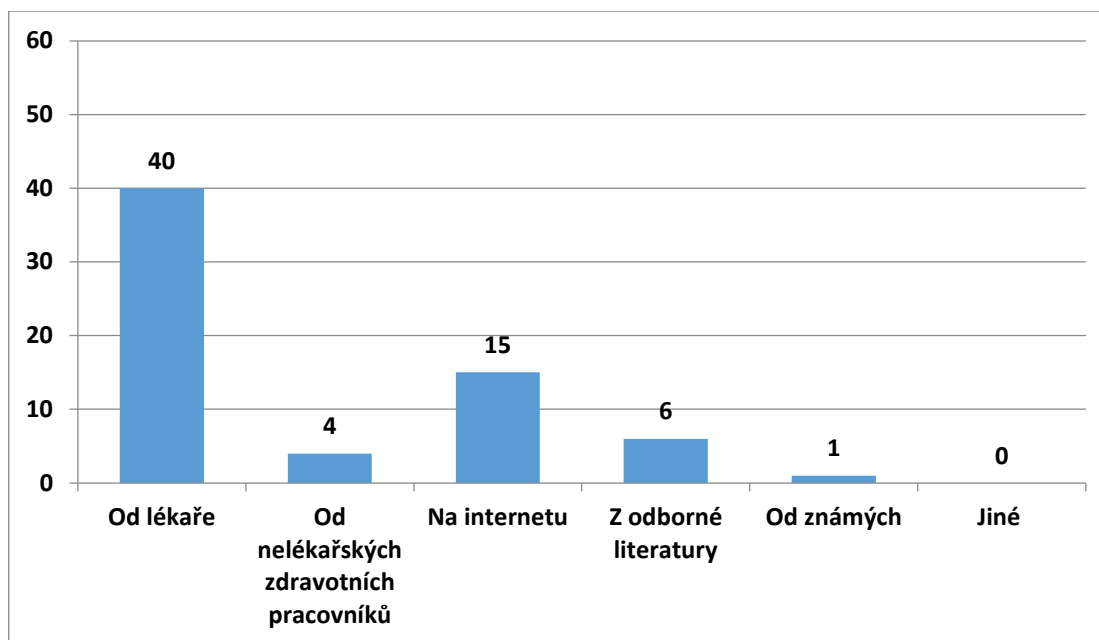
Pro vyhodnocení dotazníku byly použity kvantitativní metody. Výhodou těchto metod je rychlý sběr dat a relativně snadné zobecnění výsledků. Zásadní vliv na jejich využití pro vyhodnocení výzkumu byla maximální nezávislost na konkrétním respondentovi. Získaná data byla vyhodnocena s využitím programu Microsoft Excel. Výsledky každé otázky jsou zpracovány v grafické formě s uvedenou relativní četností a současně v písemné formě obsahující absolutní i relativní četnost.



## 6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky výzkumu jsou interpretovány grafickou formou. Popis výsledků je uveden ve formě – počet odpovědí (procento z celku).

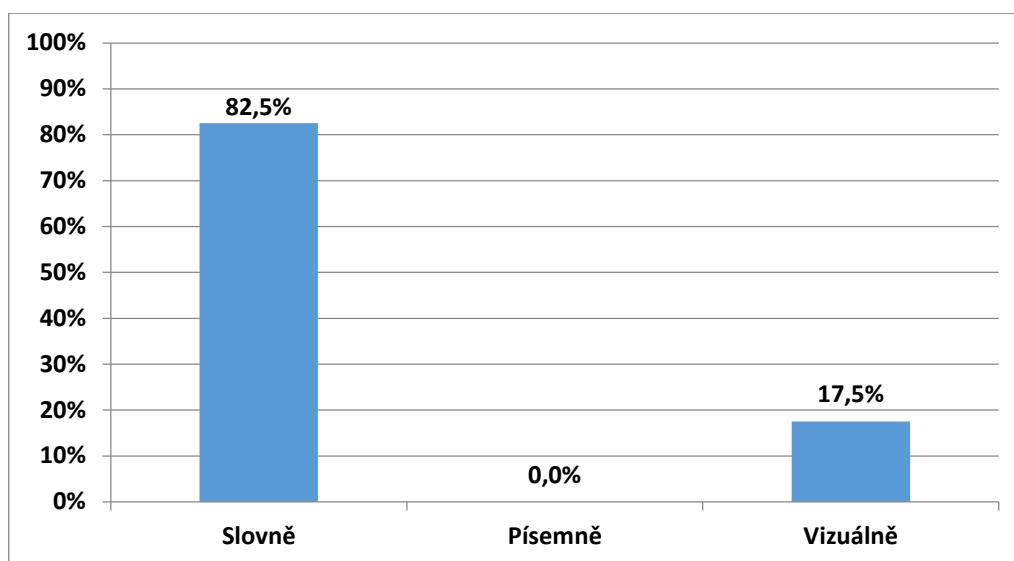
### Otázka č. 1 – Kde jste získal/a informace o režimových opatřeních?



Obrázek 1 Získání informací o režimových opatřeních

První otázka byla zaměřena na zdroj informací o režimových opatřeních. V této otázce byla možnost zakroužkovat více odpovědí. Všem respondentům podal informace lékař – 40. Jako druhý nejčastější zdroj respondenti využívali internet – 15. Dále respondenti čerpali informace z odborné literatury – 6 a od nelékařských zdravotních pracovníků – 4. Nejméně respondentů vyhledávalo informace u známých – 1. Žádný jiný zdroj nebyl respondenty využíván.

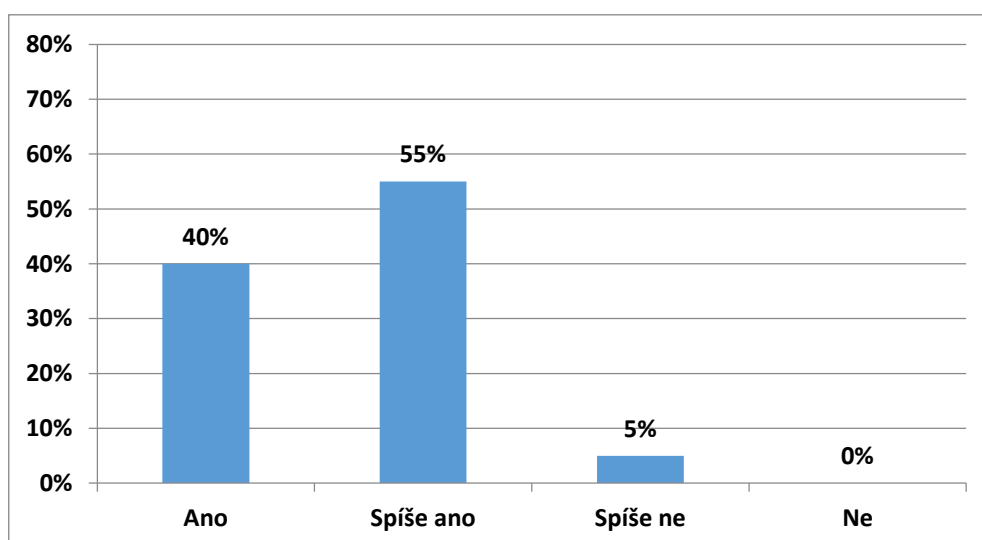
### Otázka č. 2 – Jakou formou Vám byly informace sděleny?



Obrázek 2 Forma sdělení informací

V otázce č. 2 respondenti sdělovali, jakou formou jim byly podány informace o režimových opatřeních. Nejčastěji jim byly informace podány slovní formou – 33 (82,5 %). Druhou nejčastější formou bylo sdělení informací vizuální formou – 7 (17,5 %). Písemnou formou nebyly informace podány nikomu.

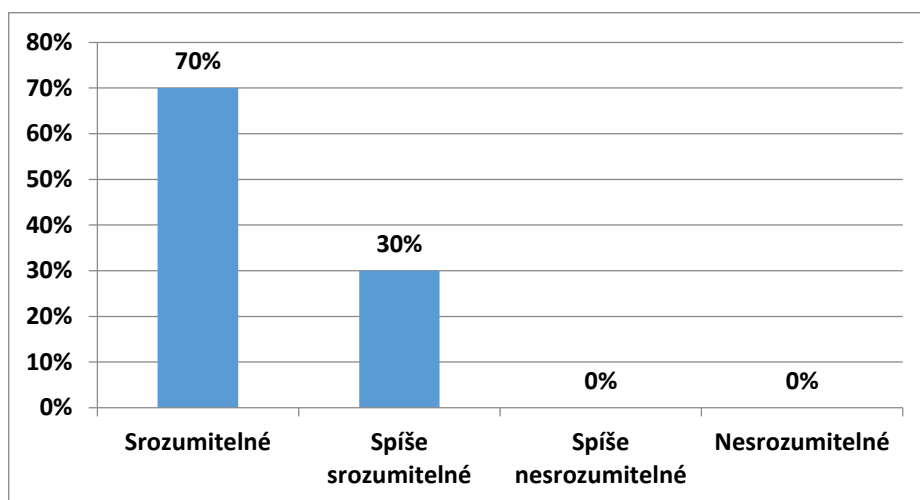
### Otázka č. 3 – Myslíte si, že máte dostatek informací o režimových opatřeních?



Obrázek 3 Míra informovanosti o režimových opatřeních

Otázka č. 3 se zaměřovala na míru informovanosti o režimových opatřeních. Nejčastější odpovědí byla možnost spíše ano – 22 (55 %), druhou nejčastější odpovědí byla možnost ano – 16 (40 %). Malá část respondentů uvedla možnost spíše ne – 2 (5 %). Nikdo z dotazovaných nevedl, že by neměl dostatek informací.

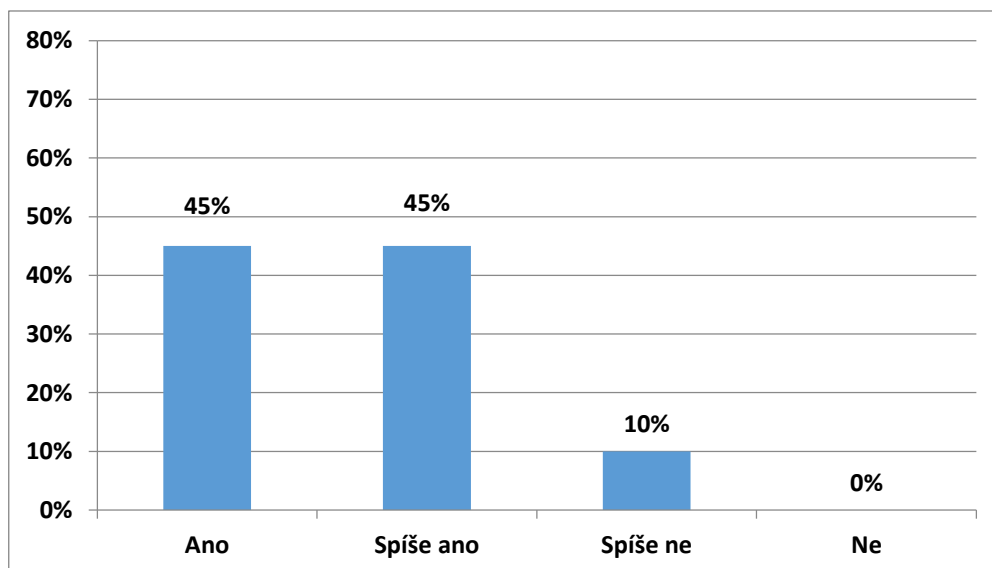
#### Otázka č. 4 – Jak hodnotíte srozumitelnost získaných informací?



Obrázek 4 Srozumitelnost získaných informací

V otázce č. 4 respondenti sdělovali, jak podaným informacím rozuměli. Nejvíce respondentů považovalo podané informace za srozumitelné – 28 (70 %), zbylá část zvolila odpověď spíše srozumitelné – 12 (30 %). Žádný z respondentů nezvolil odpověď spíše nesrozumitelné a nesrozumitelné.

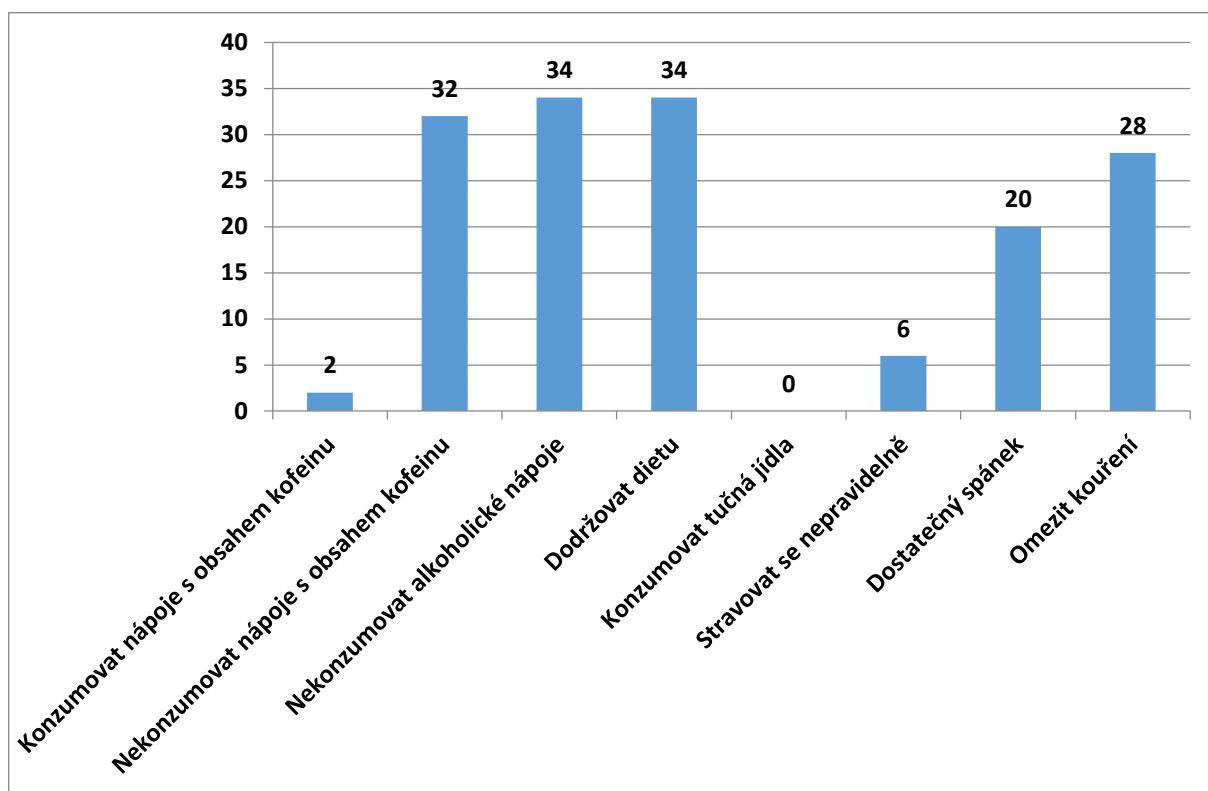
#### Otázka č. 5 – Dodržujete v souvislosti s onemocněním vředové choroby nějaká režimová opatření?



Obrázek 5 Dodržování režimových opatření

Otázka č. 5 zjišťovala, jestli respondenti dodržují režimová opatření. Stejným počtem byly zastoupeny odpovědi ano a spíše ano – 18 (45 %), nejméně bylo zodpovězeno odpovědí spíše ne – 4 (10 %). Žádný z respondentů nevedl, že by nedodržoval žádná režimová opatření.

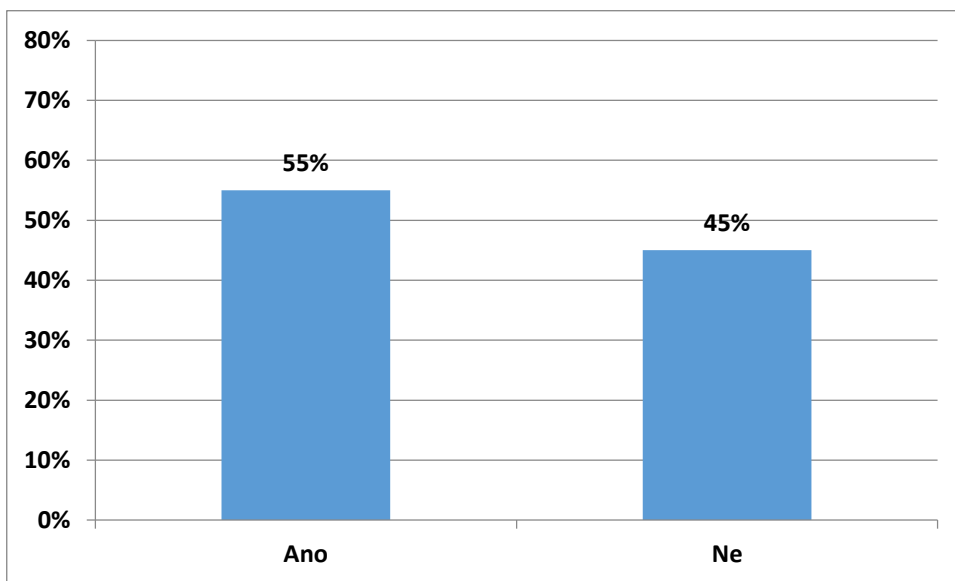
### Otázka č. 6 – Víte, které z následujících možností patří do režimových opatření?



Obrázek 6 Znalost režimových opatření

Otázka č. 6 zjišťovala znalosti respondentů o režimových opatřeních. V této otázce byla možnost zakroužkovat více odpovědí. Otázka obsahovala celkem sedm možností. Stejným počtem byly zastoupeny odpovědi nekonzumovat alkoholické nápoje a dodržovat dietu – 34. Druhou nejčastěji zodpovězenou možností bylo nekonzumovat nápoje s obsahem kofeinu – 32. Další odpovědí bylo omezení kouření – 28 a dostatečný spánek – 20. Nejméně zastoupenou možností bylo stravovat se nepravdělně – 6 a konzumovat nápoje s obsahem kofeinu – 2. Žádný z respondentů neuvedl možnost konzumovat tučná jídla.

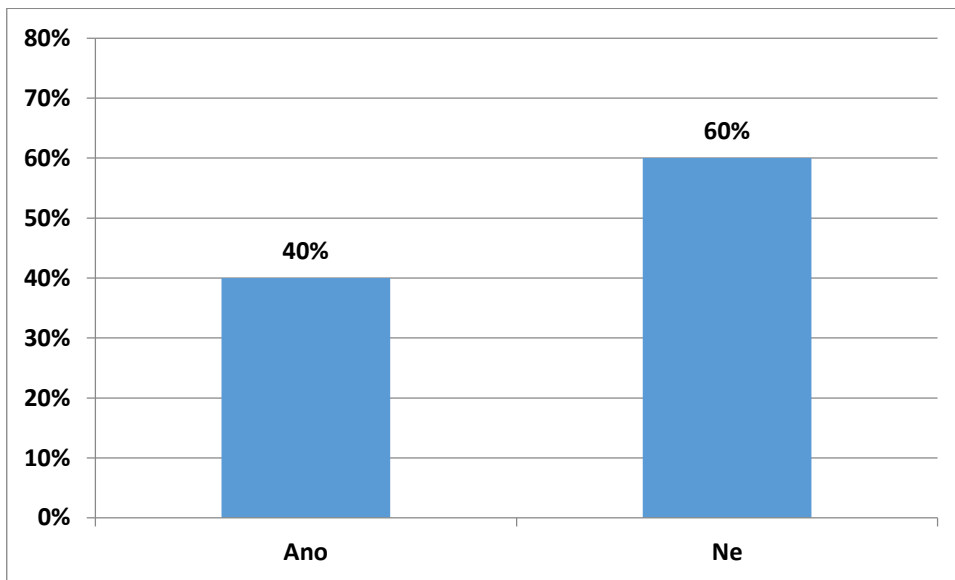
### Otázka č. 7 – Kouřil/a jste před diagnostikováním vředové choroby?



Obrázek 7 Počet kuřáků před onemocněním

V otázce č. 7 respondenti uváděli, zda kouřili před diagnostikováním vředové choroby. Kouřila více jak polovina respondentů – 22 (55 %), 18 (45 %) byli nekuřáci.

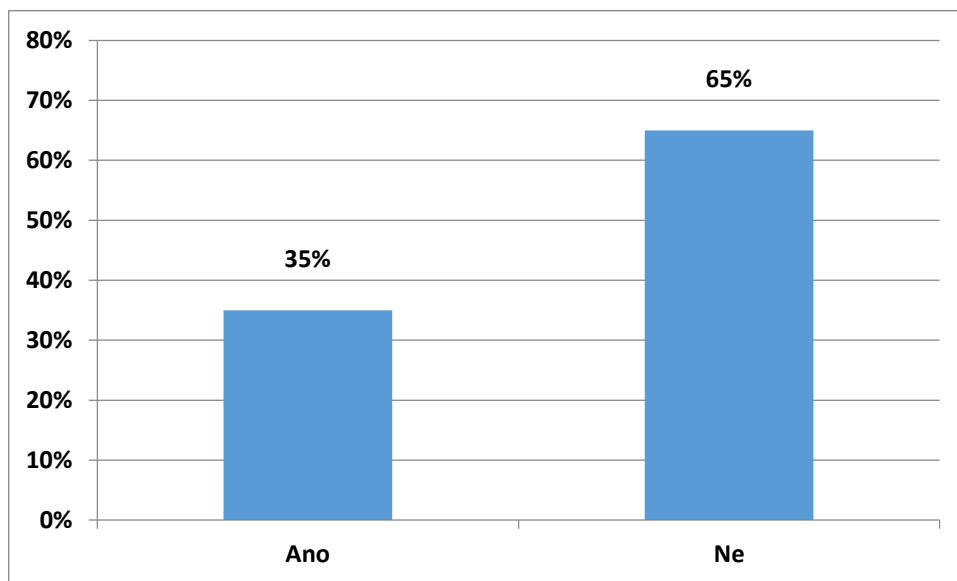
### Otázka č. 8 – Kouříte i nyní?



Obrázek 8 Počet kuřáků po diagnóze

Otázka č. 8 zjišťovala, zda respondenti kouří i po diagnostikování vředové choroby. 16 (40 %) odpovědělo ano a 24 (60 %) respondentů odpovědělo, že ne.

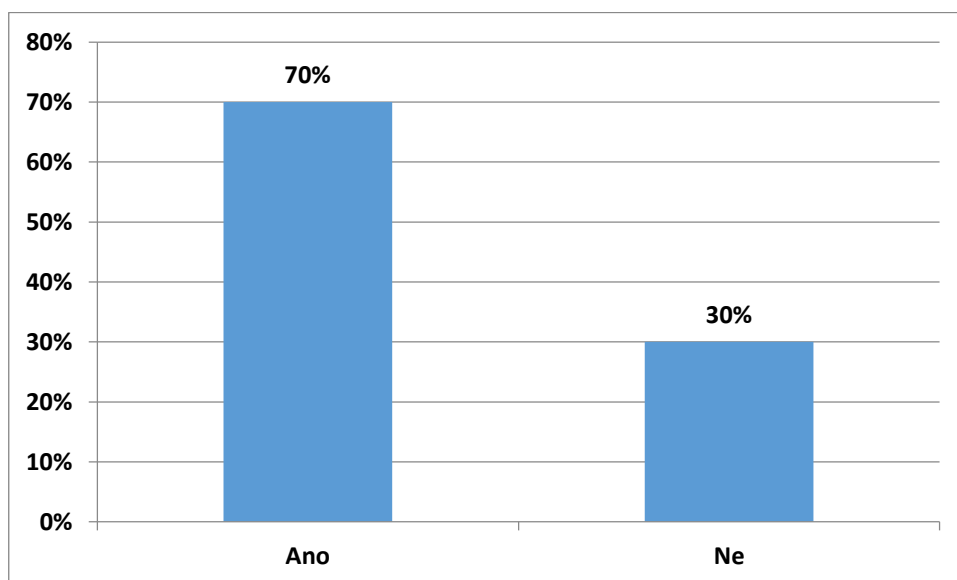
### Otázka č. 9 – Konzumujete alkoholické nápoje?



**Obrázek 9 Konzumace alkoholický nápojů**

V otázce č. 9 respondenti odpovídali, zda konzumují alkoholické nápoje. Jejich konzumaci neuvvedlo – 26 (65 %) respondentů, 14 (35 %) respondentů uvedlo, že alkoholické nápoje konzumují.

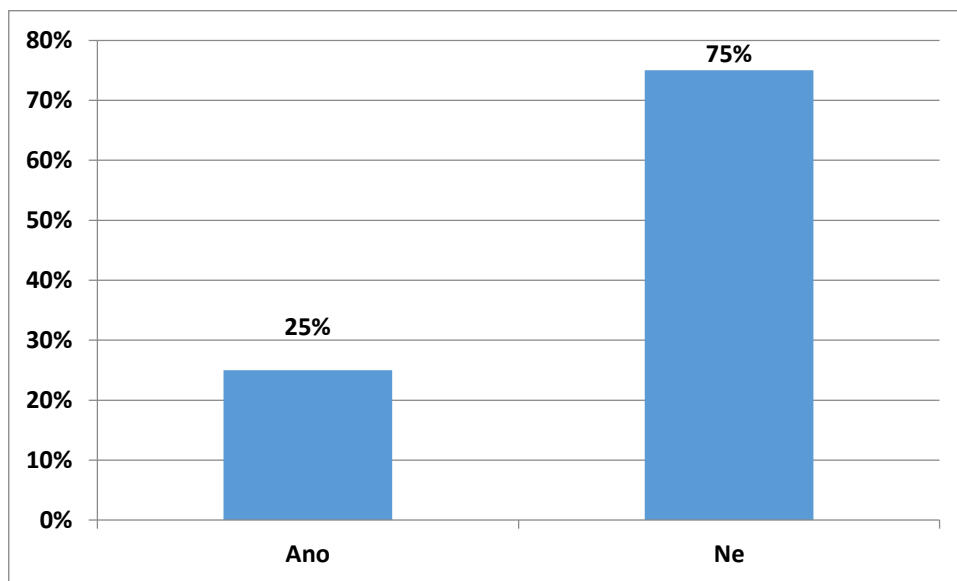
### Otázka č. 10 – Konzumujete nápoje s obsahem kofeinu?



**Obrázek 10 Konzumace nápojů s obsahem kofeinu**

V otázce č. 10 respondenti odpovídali, zda konzumují nápoje s obsahem kofeinu. Větší část respondentů – 28 (70 %) odpověděla ano, 12 (30 %) odpovědělo ne.

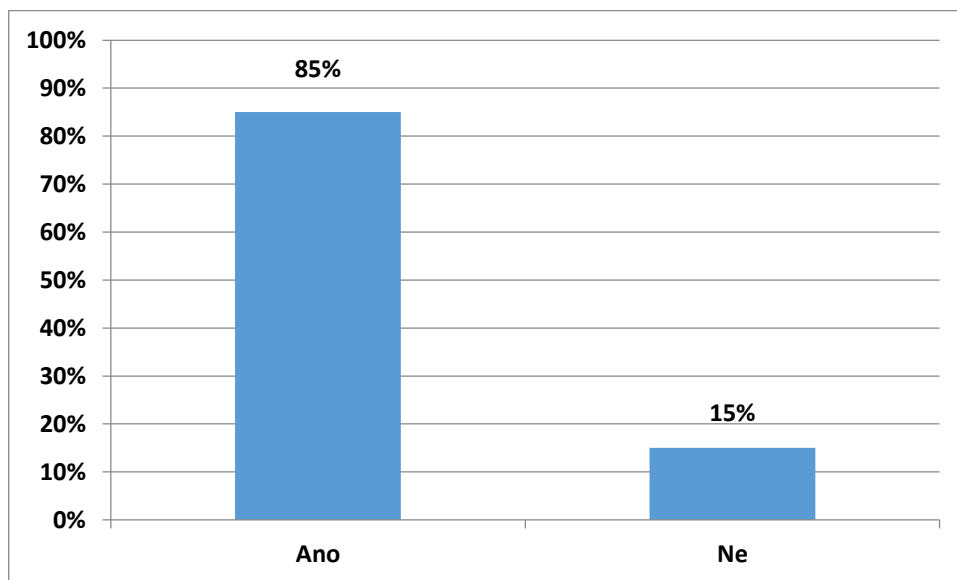
### Otázka č. 11 – Užíváte nesteroidní antirevmatika?



Obrázek 11 Užívání nesteroidních antirevmatik

V otázce č. 11 respondenti odpovídali na otázku, zda užívají nesteroidní antirevmatika. Nejvíce zastoupenou možností bylo ne – 30 (75 %). Užívání nesteroidních antirevmatik uvedlo – 10 (25 %) respondentů.

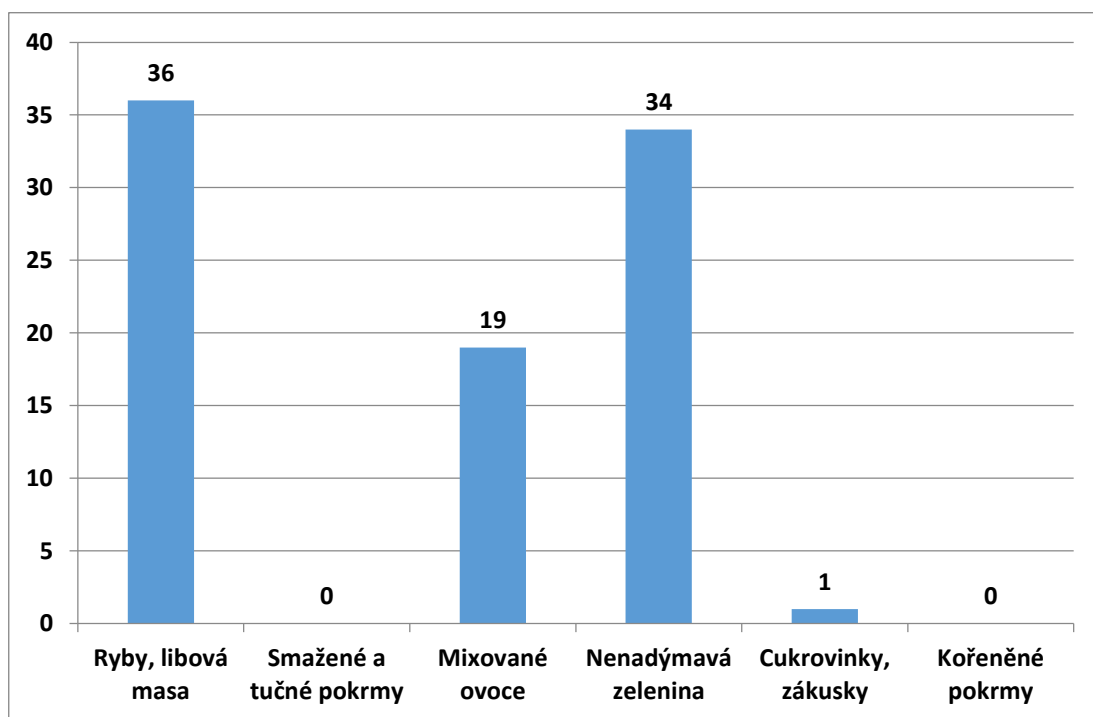
### Otázka č. 12 – Dodržujete dietní opatření u vředové choroby?



Obrázek 12 Dodržování dietních opatření

V otázce č. 12 respondenti odpovídali na otázku, zda dodržují dietní opatření. Nejvíce bylo odpovědí ano – 34 (85 %), 6 (15 %) odpovědělo ne.

### Otázka č. 13 – Víte, která strava je vhodná při vředové chorobě?

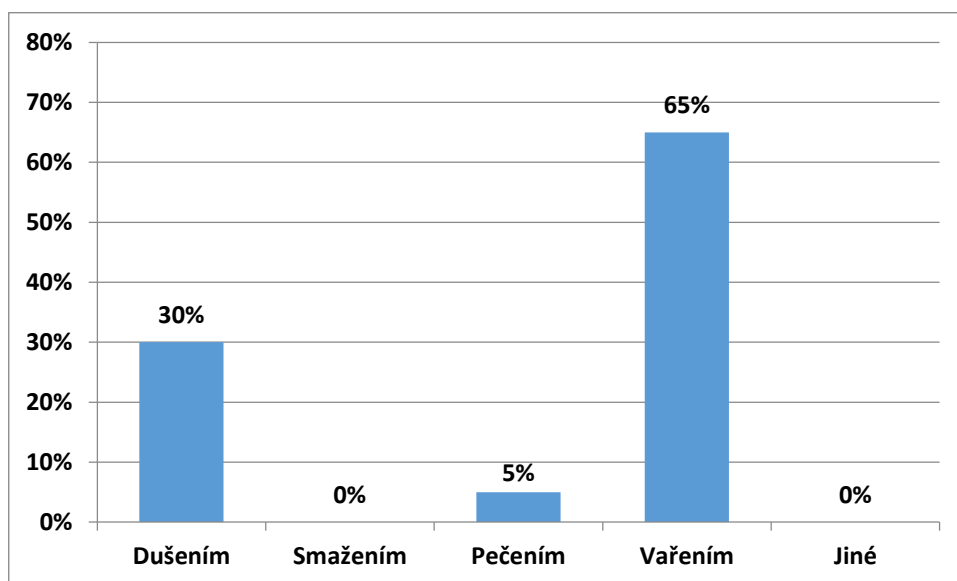


Obrázek 13 Znalost dietních opatření

Otázka č. 13 zjišťovala znalosti respondentů o dietních opatřeních a vhodné stravě. V této otázce byla možnost zakroužkovat více odpovědí. Otázka obsahovala celkem šest možností. Nejvíce zastoupenou možností byla odpověď ryby a libová masa – 36. Druhou nejčastější možností byla odpověď nenadýmavá zelenina – 34. 19 respondentů zodpovědělo mixované ovoce. Nejméně odpovědí bylo u možnosti cukrovinky a zákusky – 1. Žádný z respondentů nezakroužkoval smažené a tučné pokrmy a kořeněná jídla.



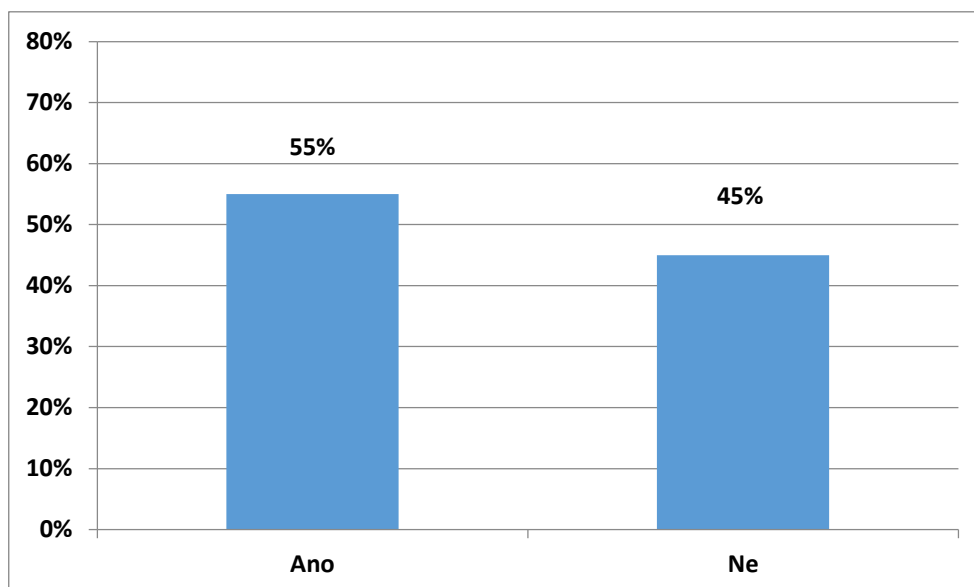
#### Otázka č. 14 – Jakým způsobem si doma připravujete stravu?



Obrázek 14 Domácí příprava stravy

V otázce č. 14 měli respondenti uvést, jakým způsobem si doma připravují stravu. Velká část respondentů si stravu připravuje vařením – 26 (65 %). 12 (30 %) respondentů si stravu připravuje dušením a nejméně zodpovězenou možností bylo pečením – 2 (5 %). Žádný z respondentů si stravu nepřipravuje smažením nebo jiným způsobem.

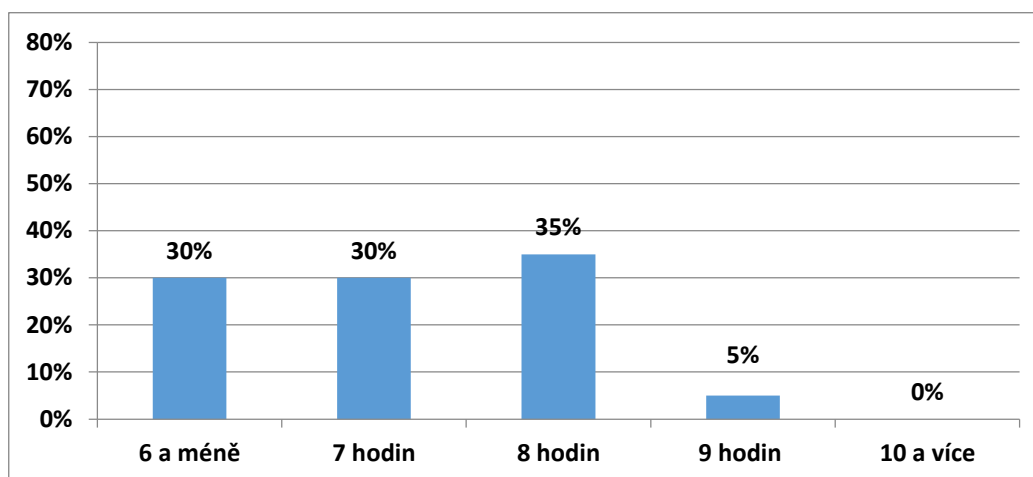
#### Otázka č. 15 – Jíte pravidelně?



Obrázek 15 Pravidelnost stravy

Otázka č. 15 byla zaměřena na pravidelnost stravování respondentů. 22 (55 %) respondentů odpovědělo ano, 18 (45 %) odpovědělo ne.

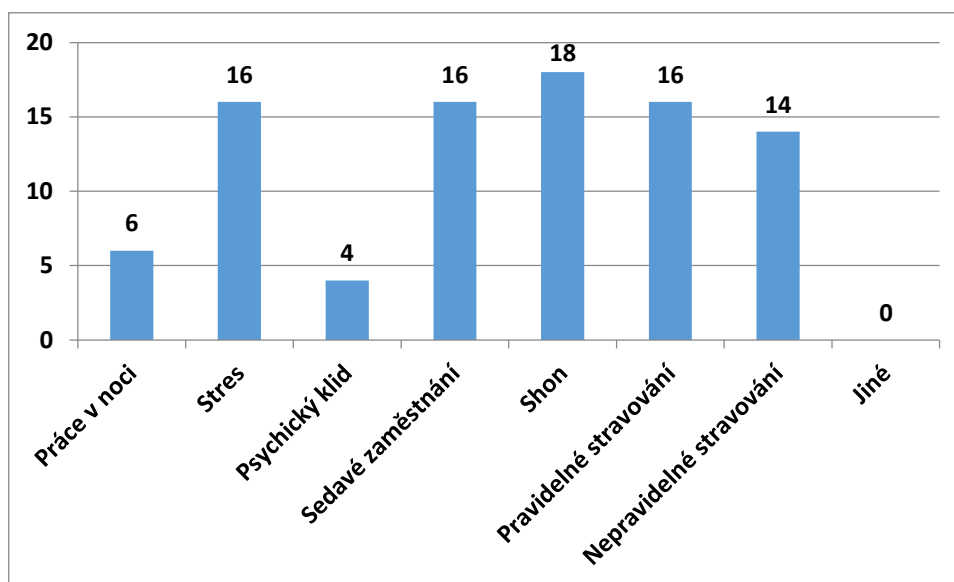
### Otázka č. 16 – Kolik hodin denně spíte?



Obrázek 16 Počet hodin spánku

Otázka č. 16 byla zaměřena na počet hodin, který respondenti denně spí. Nejčastější možností byla odpověď 8 hodin – 14 (35 %). Stejným počtem byla zastoupená odpověď 7 hodin a 6 a méně hodin – 12 (30 %). Nejméně zodpovídanou možností byla odpověď 9 hodin – 2 (5 %). Žádný z respondentů nezakroužkoval možnost 10 a více hodin.

### Otázka č. 17 – Co se podobá Vašemu dennímu režimu?

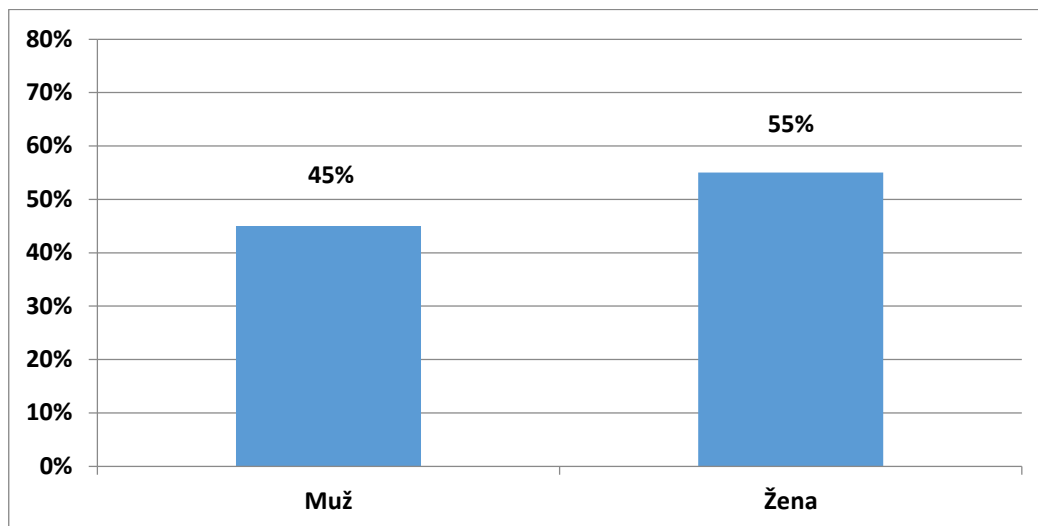


Obrázek 17 Denní režim

Otázka č. 17 zjišťovala denní režim respondentů. V této otázce byla možnost zakroužkovat více odpovědí. Otázka obsahovala celkem osm možností. Nejvíce zastoupenou možností byla odpověď shon – 18. Stejně zastoupenou možností byla odpověď stres, sedavé zaměstnání a pravidelné stravování – 16. Další často zodpovídanou možností byla odpověď nepravidelné

stravování – 14. Méně častou odpovědí byla práce v noci – 6. Nejméně odpovědí bylo u možnosti psychický klid – 4. Žádný z respondentů neuvedl jinou odpověď.

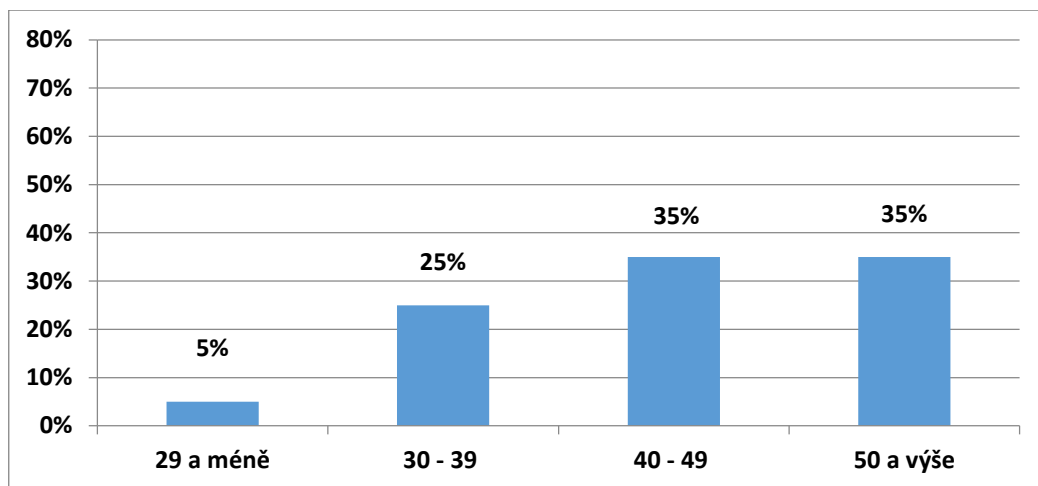
#### Otázka č. 18 – Jaké je Vaše pohlaví?



Obrázek 18 Pohlaví respondentů

Otázka č. 18 byla zaměřena na pohlaví respondentů. Dotazníkového šetření se účastnilo 22 (55 %) žen a 18 (45 %) mužů.

#### Otázka č. 19 – Kolik Vám je let?



Obrázek 19 Věk respondentů

Otázka č. 19 byla zaměřena na věk respondentů. Stejně zastoupenou možností byl věk 40 – 49 let a 50 a výše – 14 (35 %). Méně zodpovídanou možností byl věk respondentů 30 – 39 let – 10 (25 %). Nejméně zastoupenou odpovědí byl věk 29 a méně – 2 (5 %).

Součástí přílohy D je graf, který udává počet respondentů v závislosti na jejich věku a současně pohlaví. Nejvíce zastoupenou skupinou respondentů, jak je patrné z grafu, byli muži nad 50 let a současně ženy mezi 40 – 49 lety – 8 (20 %). Druhou nejčastější skupinou byli muži ve věku 40 – 49 let, muži ve věku 30 – 39 let a současně ženy nad 50 let – 6 (15 %). Méně zastoupenou skupinou byli muži ve věku 30 – 39 let – 4 (10 %). Nejméně zastoupenou skupinou byly ženy ve věku 29 let a méně – 2 (5 %).

## 7 DISKUZE

V této kapitole je popsána diskuze nad výzkumnými otázkami a odpověďmi plynoucími z dotazníkového šetření. Podobný výzkum s názvem Dodržování režimových opatření u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena provedla v roce 2011 v rámci závěrečné práce, s názvem Dodržování režimových opatření u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena, Ilona Hesounová na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. V rámci jejího výzkumu bylo rozdáno celkem 140 dotazníků a ke zpracování výsledků bylo použito 92 dotazníků. Součástí diskuze je tedy také srovnání výsledků jejího výzkumu a provedeného výzkumu v rámci této práce.

### **Výzkumná otázka č. 1: Budou pacienti informováni o režimových opatřeních vředové choroby?**

K této výzkumné otázce jsem zjišťovala informace za pomoci dotazníkových otázek č. 1, 2, 3 a 4. Těmito otázkami jsem chtěla zjistit zdroj informací o režimových opatřeních, jakou formou byly respondentům informace sděleny, zda si myslí, že mají dostatek informací a jak byly tyto informace srozumitelné.

Z výsledků těchto otázek vyšlo najevo, že všechny respondenty informoval o režimových opatřeních lékař. Současně si část respondentů vyhledala další informace na internetu – 15, z odborné literatury – 6 a od známých – 1. Pouze 4 respondentům podal informace nelékařský zdravotnický personál.

Podle článku s názvem Urgentní endoskopický výkon, který byl publikován v časopise Sestra (2013, s. 56), by měl pacienta edukovat nejen lékař, ale i sestra. Edukací by měl pacient získat potřebné vědomosti, dovednosti a motivaci k léčbě. Sestra by měla navázat na edukaci lékaře, objasnit podané informace, které pro něj nebyly srozumitelné, a doplnit o informace z ošetrovatelské péče. Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že sestry edukovaly mé respondenty jen v minimální míře, i přes to, že je to v jejich kompetencích. Myslím si, že by to mohlo být tím, že v 70 % byly respondentům podány srozumitelné informace od lékaře a většina respondentů považovala tyto informace za dostatečné nebo spíše dostatečné. Respondenti tedy neměli potřebu doptávat se na informace sestry. Na druhou stranu by se sestra měla sama aktivně dotazovat respondentů, zda potřebují informace doplnit nebo dovysvětlit. Je možné, že sestry měli plnou čekárnu dalších pacientů a neměli tedy dostatek času věnovat se pouze mému respondentovi.

Dále respondenti sdělovali, jakou formou jim byly podány informace o režimových opatřeních. Nejčastěji respondenti uvedli slovní formu sdělení informací – 33 (82,5 %), dále vizuální formou – 7 (17,5 %). Písemnou formou nebyly informace podány nikomu. Ve výzkumu Hesounové (2011, s. 53) je slovní forma sdělení informací rovněž využívána jako nejčastější metoda. Dále se výsledky odlišují, protože Hesounová uvádí jako druhou nejčastější metodu informační letáky, tedy písemnou formu, přičemž v mém výzkumu byla více využívána audiovizuální forma. Respondenti současně uváděli míru informovanosti o režimových opatřeních. Z výsledků vyplývá, že 22 respondentů (55 %), je spíše informováno, dále 16 respondentů (40 %) uvedlo, že jsou plně informováni a malá část respondentů uvedla možnost spíše neinformování – 2 (5 %). Nikdo z dotazovaných nevedl, že by neměl dostatek informací. Provedené šetření dále ukázalo, jak respondenti rozuměli podaným informacím. Nejvíce respondentů považovalo podané informace za srozumitelné – 28 (70 %), pro zbylou část respondentů byly podané informace spíše srozumitelné – 12 (30 %). Žádný z respondentů nevedl, že by pro něj byly informace spíše nesrozumitelné a nesrozumitelné. Tyto výsledky rovněž korespondují s výsledky výzkumu Hesounové, která uvádí pro 59 % respondentů srozumitelné informace a 30 % spíše srozumitelné.

### **Výzkumná otázka č. 2: Budou pacienti dodržovat režimová opatření u vředové choroby?**

K této výzkumné otázce jsem zjišťovala, zda respondenti dodržují režimová opatření u vředové choroby. K této výzkumné otázce se vztahují otázky 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17. Zjišťovala jsem, zda dodržují režimová a dietní opatření. To jsem si zároveň ověřila u otázky č. 6 a 13. Dále jsem se v rámci výzkumného šetření respondentů dotazovala, zda kouří, pijí alkoholické a kofeinové nápoje, jestli se stravují pravidelně a jak si doma připravují stravu, kolik hodin denně spí apod.

V knize s názvem Vnitřní lékařství (Dítě, 2007, s. 258) je uvedeno, že mezi režimová opatření patří zákaz konzumace alkoholických a kofeinových nápojů, dodržování diety, dostatečný spánek a zákaz nebo alespoň omezení kouření. Zde se odkazuje otázka č. 6, kde jsem se ptala respondentů, zda vědí, jaká režimová opatření jsou správná. 34 respondentů správně uvedlo dodržování diety a nevhodnost alkoholických nápojů. Dále 32 respondentů správně uvedlo nevhodnost konzumace kofeinových nápojů, 28 zakroužkovalo omezení kouření a 20 dostatečný spánek. 6 respondentů zvolilo špatnou odpověď nepravidelné stravování a 2 uvedli konzumaci nápojů s obsahem kofeinu. Správně nikdo z respondentů nevedl odpověď konzumovat tučná jídla. Dle otázky č. 5 v dotazníkovém šetření 45 % respondentů

uvedlo, že dodržují a 45 % že spíše dodržují nějaká režimová opatření. Myslím si tedy, že většina respondentů opravdu režimová opatření dodržuje. U těch, co uvedli možnost, že spíše nedodržují, si myslím, že si jsou vědomi nedodržování režimových opatření.

Dle stejné knihy by mělo u kuřáků dojít k podstatnému omezení kouření či úplnému zákazu kouření. Před diagnostikováním vředové choroby kouřilo 22 respondentů (55 %) a 18 (45 %) nekuřáků. Po určení diagnózy přestalo kouřit pouze 6 (15 %) respondentů. Na druhou stranu, 4 (10 %) respondenti kouřit začali. U 10 (25 %) respondentů došlo sice k výraznému omezení, ale ne k úplnému zanechání kouření. I přes určení diagnózy tedy stále kouří 16 (40 %) respondentů, kteří kouřili před diagnostikováním vředové choroby. K těmto navíc musíme připočítat i 4 (10 %) respondenty, kteří před diagnostikováním vředové choroby nekouřili, ale začali kouřit až po jejím diagnostikování. Vzhledem k tomu, že respondenti uvedli, že mají dostatek informací o režimových opatřeních, by mělo u všech dojít k výraznému omezení nebo zanechání kouření. Dle výše uvedených výsledků je počet respondentů, kteří nezanechali nebo výrazně neomezili kouření, roven 10 (25 %) respondentům. Uvedené hodnoty jsou velice blízké s výzkumem Hesounové, která uvedla 37 % respondentů, kteří byli nekuřáci a dále 14 % respondentů, kteří přestali kouřit.

Dále dle této knihy platí zákaz konzumace alkoholických nápojů, nápojů s obsahem kofeinu a zákaz užívání nesteroidních antirevmatik. Dle dotazníkového šetření alkoholické nápoje nekonzumuje 65 % respondentů. Tento fakt ale nekoresponduje s otázkou č. 6, kde 34 respondentů uvádí jako jedno z režimových opatření zákaz konzumace alkoholu. Vzhledem k tomu, že v otázce č. 5 uvedlo 45 % respondentů, že spíše dodržuje režimová opatření a 10 %, že spíše nedodržují režimová opatření, myslím si, že si jsou respondenti vědomi zákazu konzumace alkoholu, ale vědomě jej porušují.

Nápoje s obsahem kofeinu nekonzumuje pouze 30 % respondentů. Protože velké procento uvedlo, že znají režimová opatření a mají dostatek informací, tak lze konstatovat, že tento zákaz vědomě porušují. Nesteroidní antirevmatika nekonzumuje 75 % respondentů. Myslím si, že zmiňovaných 25 % respondentů, kteří užívají nesteroidní antirevmatika, nezná přesný význam pojmu a nevědí, které léky do této skupiny patří, i přes to, že uvedli dostatečnou informovanost, případně také zákaz užívání vědomě porušují.

Dle knihy s názvem Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku (Kohout a Pavlíčková, 2007, s. 38 – 39) by měla dieta zahrnovat kvalitní, libová masa, nenadýmavou zeleninu, ovocné a zeleninové šťávy. Naopak by neměla zahrnovat kořeněná jídla, tučné

pokrmu a čerstvé kynuté moučníky. V dotazníkovém šetření měli respondenti možnost vybrat z několika možností, která jídla jsou vhodná při vředové chorobě. 36 respondentů správně zvolilo ryby, libová masa, 34 respondentů nenadýmavou zeleninu a 19 respondentů mixované ovoce. Pouze 1 respondent zvolil špatnou odpověď cukrovinky a zákusky. Žádný z respondentů nezvolil odpověď smažené, tučné a kořeněné pokrmy. Podle Lukáše a Žáka s názvem Gastroenterologie a hepatologie (2007, s. 325 - 326) by se respondenti měli stravovat v pravidelných intervalech. Dle výsledků se 55 % stravuje pravidelně a 45 % nepravidelně. Myslím si, že respondenty, kteří se stravují nepravidelně, ovlivňuje pracovní doba. Myslím si, že v dnešní době v některých zaměstnáních není možnost pravidelně se stravovat. Dále v této knize je povoleno upravovat stravu pomocí vaření a dušení. Vaření v dotazníkovém šetření zvolilo 65 % respondentů a 30 % respondentů si stravu připravuje dušením. S uvedenou literaturou se ztotožňuje také kniha (Kohout a Pavlíčková, 2007, s. 38 – 39), která ještě povoluje přípravu stravy pečením. Tuto možnost zvolilo 5 % respondentů. Žádný z respondentů si stravu nepřipravuje smažením, které je v tomto případě zakázáno. V porovnání s Hesounovou je informovanost respondentů, kteří se účastnili mého výzkumu, v této oblasti na vyšší úrovni. Ve výzkumu Hesounové si 12 % respondentů připravovalo zeleninu smažením a dokonce 23 % respondentů, kteří využívali smažení při úpravě masa i přes to, že by se smažení nemělo vůbec využívat.

Z výše uvedených informací konstatuji, že informovanost respondentů o dietě, vhodných potravinách a vhodných technologických úpravách pokrmů je dostatečná a vzhledem k tomu, že 85 % respondentů uvedlo dodržování dietních opatření, je i zcela vypovídající.

Dítě (2007, s. 258), Lukáš a Žák (2007, s. 102) a i Kohout a Pavlíčková (2007, s. 34) uvádějí mezi režimovými opatřeními vyhýbání se stresovým situacím, dostatek spánku a pravidelný denní režim. To jsem zjišťovala v otázce č. 17 a 18, kde respondenti měli definovat, co se podobá jejich dennímu režimu, respektive uvést délku spánku. Nejvíce zastoupenou možností byla odpověď shon – 18. Dále stejným podílem byly zastoupeny možnosti stres, sedavé zaměstnání a pravidelné stravování – 16. 14 respondentů se stravuje nepravidelně. 6 respondentů pracuje v noci. Pouze 4 respondenti mají v rámci pravidelného denního režimu psychický klid. Podle mého názoru lze hledat příčinu v dnešní době, která je uspěchaná a pro hodně lidí velmi stresující především z hlediska finanční nejistoty. Na druhou stranu je pozitivní fakt, že 40 % respondentů uvedlo pravidelné stravování. Podle Trachtové (2010, s. 69) je vhodná potřeba spánku mezi 7 až 9 hodinami denně. Respondenti spí nejčastěji 8 hodin denně, konkrétně 14 (35 %) z nich. Stejným počtem byla zastoupená odpověď



7 hodin a 6 a méně hodin – 12 (30 %). Lze tedy konstatovat, že většina respondentů má prostor k dostatečnému spánku.

**Výzkumná otázka č. 3: Bude se vředová choroba vyskytovat nejčastěji u mužů do 40 let?**

K potvrzení či nepotvrzení této výzkumné otázky sloužily otázky č. 18 a 19, které identifikovaly respondenty z hlediska pohlaví a věku. Větší zastoupení, konkrétně 22 (55 %) měly ženy a 18 (45 %) respondentů byli muži. Nejvíce zastoupenými věkovými kategoriemi byly 40 – 49 let a 50 a výše, kde byl počet respondentů roven 14 (35 %). V kategorii 30 – 39 let bylo 10 (25 %) respondentů. Nejméně zastoupenou kategorií tvořil věk 29 a méně – 2 (5 %) respondentů. Z výše uvedeného plyne, že nejčastější výskyt vředové choroby je u mužů nad 50 let a současně u žen mezi 40 – 49 lety. Tento výsledek nekoresponduje s výzkumem Hesounové, která uvádí výskyt vředové choroby gastroduodena zejména u pacientů v produktivním věku. Myslím si, že jedna z množných příčin je provedení mého výzkumu v jiném kraji České republiky, kde mohou hrát velkou roli například demografické faktory nebo životní úroveň.

## ZÁVĚR

Práce se zabývala problematikou vředové choroby gastroduodena a dodržování režimových opatření souvisejících s touto chorobou. V teoretické části práce je na úvod představena anatomie a fyziologie žaludku a dvanáctníku. V dalších podkapitolách jsou popsány příčiny, příznaky, diagnostika a léčba vředové choroby gastroduodena. Samostatnou kapitolu tvoří přehled režimových opatření, která jsou součástí efektivní léčby vředové choroby gastroduodena.

Základem výzkumné části jsou tři výzkumné otázky stanovené pro tuto práci. Pro jejich zodpovězení bylo využito dotazníkového šetření v písemné formě, které bylo vedeno jako čistě anonymní. V rámci dotazníkového šetření bylo zjišťováno, zda jsou respondenti dostatečně informováni o režimových opatřeních, kdo jim informace poskytl, zda tato režimová opatření dodržují a jaká je nejčastější věková skupina a pohlaví respondentů, kteří mají diagnostikovanou vředovou chorobu gastroduodena. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že většina respondentů má dostatečné informace o režimových opatřeních, které jim podal ve všech případech lékař, ale pouze z malé části nelékařský zdravotnický personál. Většina respondentů uvedla, že jsou dostatečně informováni o režimových opatřeních a dodržují je. To se potvrdilo v ověření jejich dostatečné informovanosti ohledně dodržování diety, ve znalosti vhodných potravin a vhodných technologických úpravách pokrmů. Na druhou stranu i přes tvrzení respondentů, že mají dostatečné informace o režimových opatřeních, velká část z nich nedodržuje zákaz konzumace alkoholických nápojů, kávy a nesteroidních antirevmatik.

Závěrem lze konstatovat, že pacienti s diagnostikovanou vředovou chorobou by měli být dostatečně informováni především ze strany zdravotnického personálu, znát význam režimových opatření, která jsou součástí léčby této nemoci. Podle informací, které vyplynuly z uvedeného výzkumu, lze učinit závěr, že informovanost pacientů o režimových opatřeních je dostatečná ze strany lékařů, ale měl by se současně do edukace zapojovat i nelékařský zdravotnický personál. I přes uvedený nedostatek je informovanost pacientů na poměrně dobré úrovni. Ze strany zdravotnického personálu by mělo docházet ke zpětné vazbě, tedy průběžnému zjišťování informovanosti o režimových opatřeních ze strany pacientů a v případě zjištění nedostatečné informovanosti doplnit pacientům chybějící informace. Důraz by měl být kladen především na zákaz konzumace alkoholu, užívání nesteroidních antirevmatik a konzumaci nápojů s obsahem kofeinu, protože, jak se ukázalo z výsledků výzkumu, tyto faktory jsou ze strany pacientů nedodržovány i přes to, že jsou o nich pacienti

informování. Za účelem odstranění těchto nedostatků a zvýšení informovanosti pacientů jsem vytvořila edukační materiál, který je součástí přílohy E.

## POUŽITÁ LITERATURA

BENEŠ, Zdeněk a Aleš HEP. Význam gastroskopie pro dnešní praxi. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2006, 3(4), 197-198 [cit. 2016-03-26]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/04/12.pdf>.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

DÍTĚ, Petr, 2007. *Vnitřní lékařství*. 2., dopl. a přepr. vyd. Praha: Galén, 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.

DÍTĚ, Petr, Radek KROUPA, Ivo NOVOTNÝ a Martina JELŠÍKOVÁ, 2012. Blokátory protonové pumpy v terapii peptických lézí. *Medicína pro praxi* [online]. 9(11), 423-426 [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/11/02.pdf>.

FILIPOVÁ, Taťána, 2010. *Ošetrovatelství - interna: pracovní sešit*. 1. vyd. Praha: Grada, 102 s. ISBN 978-80-247-3212-1.

HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 267 s. ISBN 978-80-2042-806-6.

JUHAŇÁK, Stanislav, 2012. *Klinicky významné bakterie*. 1. vyd. Praha: Triton, 123 s. ISBN 978-80-7387-588-6.

JOSHI, Vinay, 2007. *Stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 156 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-211-9.

KITTNAR, Otomar, 2011. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 790 s. ISBN 978-80-247-3068-4.

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

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2008. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 109 s. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-9038-207-7.

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

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

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 347 s, ISBN 978-80-247-3530-6.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina, 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 379 s. ISBN 978-80-247-1356-4.

MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 302 s. ISBN 978-80-2471-521-6.

MOUREK, Jindřich, 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 222 s. ISBN 978-80-247-3918-2.

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ, Oldřich ELIŠKA, 2009. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 416 s. ISBN 978-80-2461-717-6.

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

PAFKO, Pavel, Jaromír KABÁT a Václav JANÍK, 2006. *Náhlé příhody bříšní: operační manuál*. 1. vyd. Praha: Grada, 135 s. ISBN 80-247-0981-3.

PERLÍK, František, 2008. *Základy klinické farmakologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 192 s. ISBN 978-80-7262-528-4.

PRACNÁ, Lenka a Michal KONEČNÝ. Příprava pacienta před endoskopickým vyšetřením zažívacího traktu. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2012, **9**(8-9), 362 - 364 [cit. 2016-03-26]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/11.pdf>.

PRACNÁ, Lenka a Michal KONEČNÝ. Urgentní endoskopický výkon. *Sestra* [online]. 2013, **23**(6), 52-53 [cit. 2016-03-26]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/urgentni-endoskopicky-vykon-472818>.

ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ, 2009. *Somatologie*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 258 s. ISBN 978-80-7357-454-3.

SCHINDLER, Jiří, 2010. *Mikrobiologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. 223 s., ISBN 978-80-247-3170-4.

SHIMAMOTO, Takeshi, Nobutake YAMAMICHI, Shinya KODASHIMA, Yu TAKAHASHI, Mitsuhiro FUJISHIRO, Masashi OKA, Toru MITSUSHIMA, Kazuhiko KOIKE a Xin-Yuan GUAN, 2013. *No Association of Coffee Consumption with Gastric Ulcer, Duodenal Ulcer, Reflux Esophagitis, and Non-Erosive Reflux Disease: A Cross-Sectional Study of 8,013 Healthy Subjects in Japan* [online]. [cit. 2015-12-15]. DOI: 10.1371/journal.pone.0065996. ISBN 10.1371/journal.pone.0065996. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0065996>.

STARNOVSKÁ, Tamara, 2008. *Výživa hospitalizovaných pacientů/klientů: pracovní postup*. 1. vyd. Praha: Česká asociace sester, 40 s. ISBN 978-80-7262-596-3.

STEWART, Duncan J. a Roger ACKROYD, 2011. Peptic ulcers and their complications. *Surgery (Oxford)* [online]. 29(11), 568-574 [cit. 2016-02-17]. DOI: 10.1016/j.mpsur.2011.08.006. ISSN 02639319. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0263931911001797>.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-2471-148-5.

ŠVESTKA, Tomislav, 2011. *Infekce Helicobacter pylori* [online]. *Interní medicína pro praxi*, 8(3), s. 123 – 125. [cit. 2016-02-07]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/03/06.pdf>.

Zdravotnická ročenka České republiky 2013, ÚZIS ČR 2013. ISSN 1210-9991. ISBN 978-80-7472-135-9 [online]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdroccz2013.pdf> [citováno 2016-05-21].

ZIMANDLOVÁ, Dana, Jan BUREŠ, 2012. *Současné možnosti léčby peptických vředů*. *Interní medicína pro praxi*, 14(2), s. 51 - 54. [cit. 2015-12-15]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/02/02.pdf>.

# **PŘÍLOHY**

Příloha A – Schematické znázornění žaludku

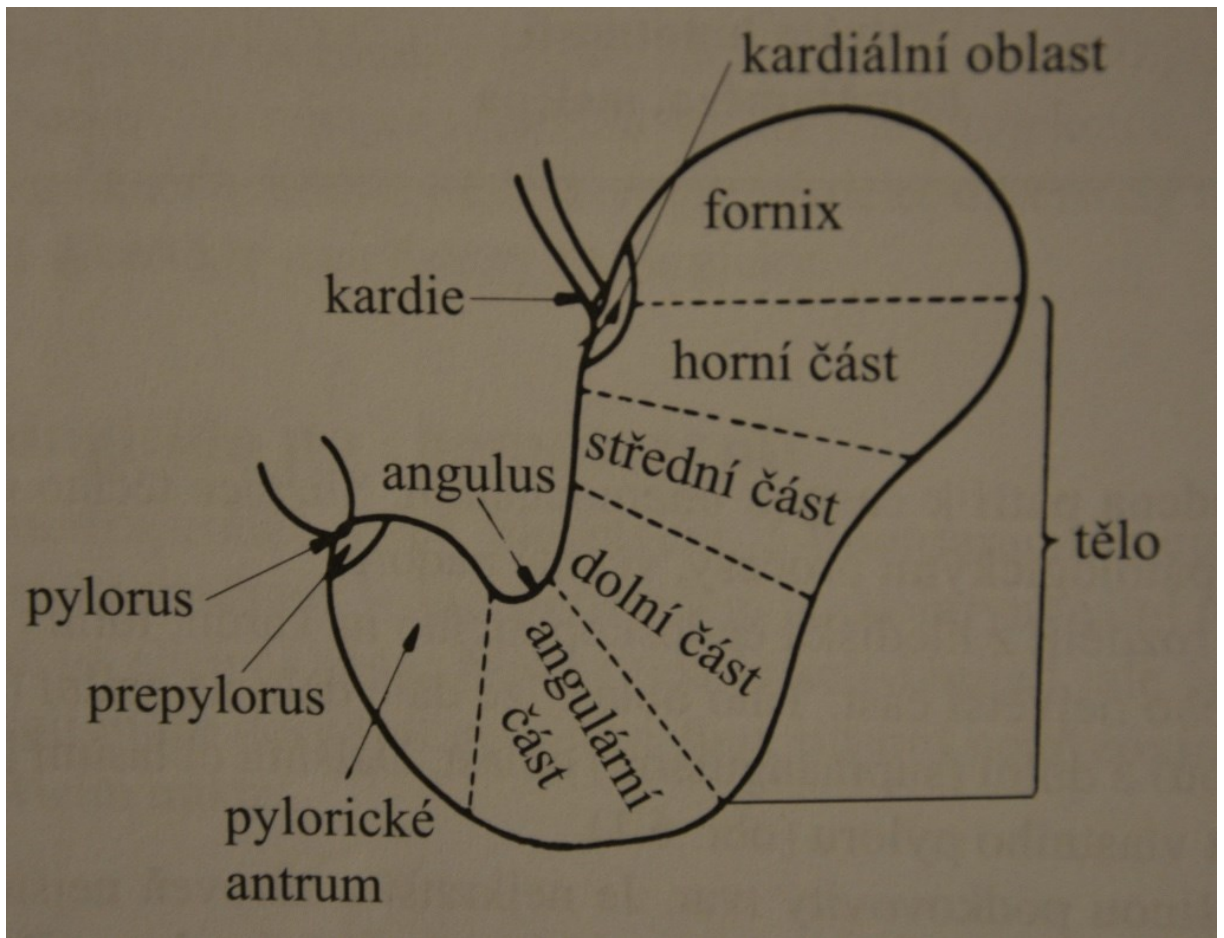
Příloha B – *Helicobacter pylori*

Příloha C – Dotazník

Příloha D – Graf pohlaví a věku respondentů

Příloha E – Edukační materiál

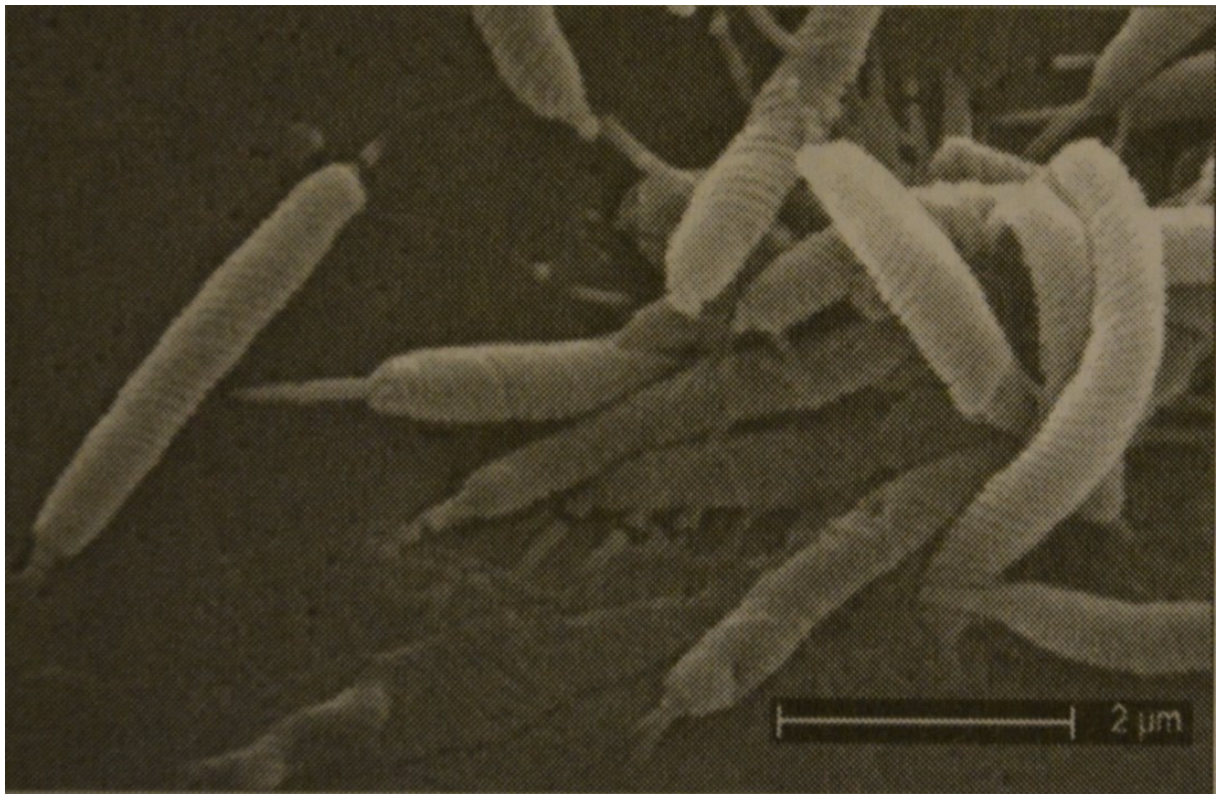
Příloha A – Schématické znázornění žaludku



Obrázek 20 Schématické znázornění žaludku (Zdroj: Lukáš a Žák, 2007, s. 96)



Příloha B – *Helicobacter pylori*



Obrázek 21 *Helicobacter pylori* (Zdroj: Schindler, 2010, s. 88)

## Příloha C – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Karolína Sobotková a jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tématem mé bakalářské práce je dodržování režimových opatření u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena. Dotazník je zcela anonymní. U otázek zakroužkujte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. V případě výběru možnosti *jiné*, odpověď krátce rozveďte. Vyplnění dotazníku Vám zabere zhruba 5 minut. Děkuji Vám za spolupráci a za Váš čas.

1. Kde jste získal/a informace o režimových opatřeních? (lze zakroužkovat více odpovědí)
  - a. u lékaře
  - b. od nelékařských zdravotnických pracovníků (zdravotní sestry, apod.)
  - c. na internetu
  - d. z odborné literatury
  - e. od známých
  - f. jiné .....
  
2. Jakou formou Vám byly informace sděleny?
  - a. slovně (diskuze, rozhovor)
  - b. písemně (brožury)
  - c. vizuálně (TV, internet)
  
3. Myslíte si, že máte dostatek informací o režimových opatřeních?
  - a. ano
  - b. spíše ano
  - c. spíše ne
  - d. ne
  
4. Jak hodnotíte srozumitelnost získaných informací?
  - a. srozumitelné
  - b. spíše srozumitelné
  - c. spíše nesrozumitelné
  - d. nesrozumitelné
  
5. Dodržujete v souvislosti s onemocněním vředové choroby nějaká režimová opatření?
  - a. ano
  - b. spíše ano
  - c. spíše ne
  - d. ne

6. Víte, které z následujících možností patří do režimových opatření? (lze zakroužkovat více odpovědí)
- a. konzumovat nápoje s obsahem kofeinu
  - b. nekonzumovat nápoje s obsahem kofeinu
  - c. nekonzumovat alkoholické nápoje
  - d. dodržovat dietu
  - e. konzumovat tučná jídla
  - f. stravovat se nepravidelně
  - g. dostatečný spánek
  - h. omezit kouření
7. Kouřil/a jste před diagnostikováním vředové choroby? (pokud ano, uveďte počet cigaret za den)
- a. ano .....
  - b. ne
8. Kouříte i nyní? (pokud ano, uveďte počet cigaret za den)
- a. ano .....
  - b. ne
9. Konzumujete alkoholické nápoje?
- a. ano
  - b. ne
10. Konzumujete nápoje s obsahem kofeinu? (káva, energetické nápoje, apod.)
- a. ano
  - b. ne
11. Užíváte nesteroidní antirevmatika? (léky na bolest – Ibalgin, Ibuprofen)
- a. ano
  - b. ne
12. Dodržujete dietní opatření u vředové choroby?
- a. ano
  - b. ne
13. Víte, která strava je vhodná při vředové chorobě? (lze zakroužkovat více odpovědí)
- a. ryby, libová masa (drůbeží, králíčí....)
  - b. smažené a tučné pokrmy
  - c. mixované ovoce
  - d. nenadýmavá zelenina
  - e. cukrovinky, zákusky
  - f. kořeněné pokrmy
14. Jakým způsobem si doma připravujete stravu?
- a. dušením
  - b. smažením
  - c. pečením
  - d. vařením
  - e. jiné .....
15. Jíte pravidelně? (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře)
- a. ano
  - b. ne

16. Kolik hodin denně spíte?

- a. 6 a méně
- b. 7
- c. 8
- d. 9
- e. 10 a více

17. Co se podobá Vašemu dennímu režimu? (lze zakroužkovat více odpovědi)

- a. práce v noci
- b. stres
- c. psychický klid
- d. sedavé zaměstnání
- e. shon
- f. pravidelné stravování
- g. nepravidelné stravování
- h. jiné .....

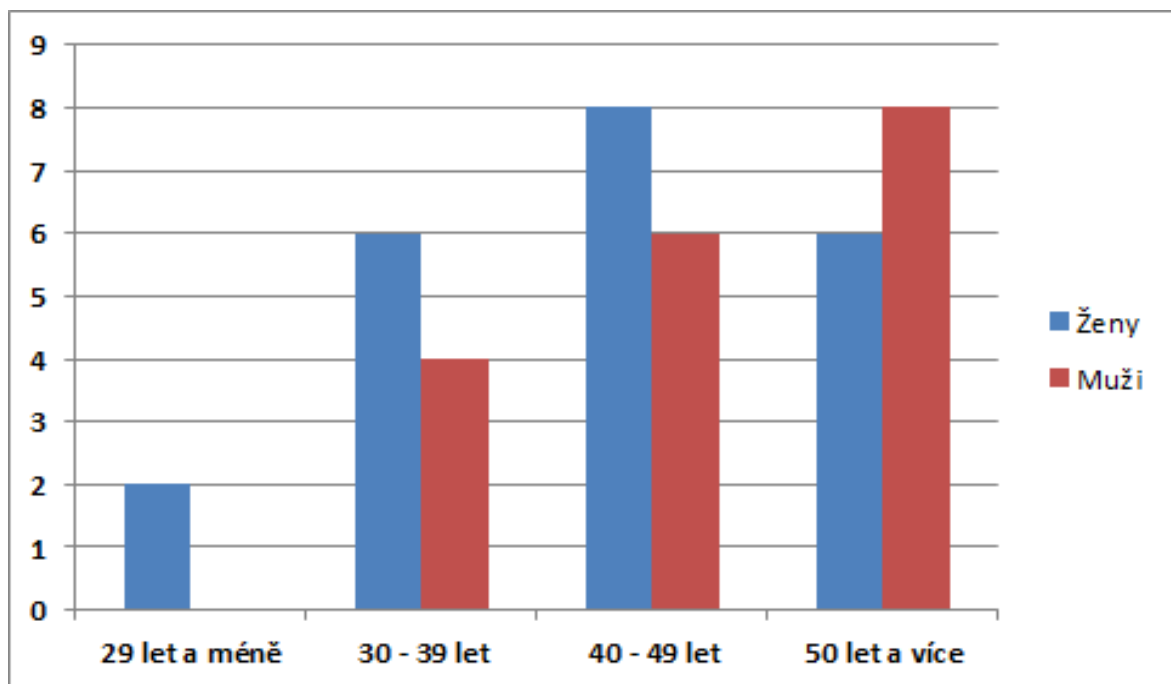
18. Jaké je Vaše pohlaví?

- a. muž
- b. žena

19. Kolik Vám je let?

- a. 29 a méně
- b. 30 – 39
- c. 40 – 49
- d. 50 a výše

Příloha D – Graf pohlaví a věku pacientů

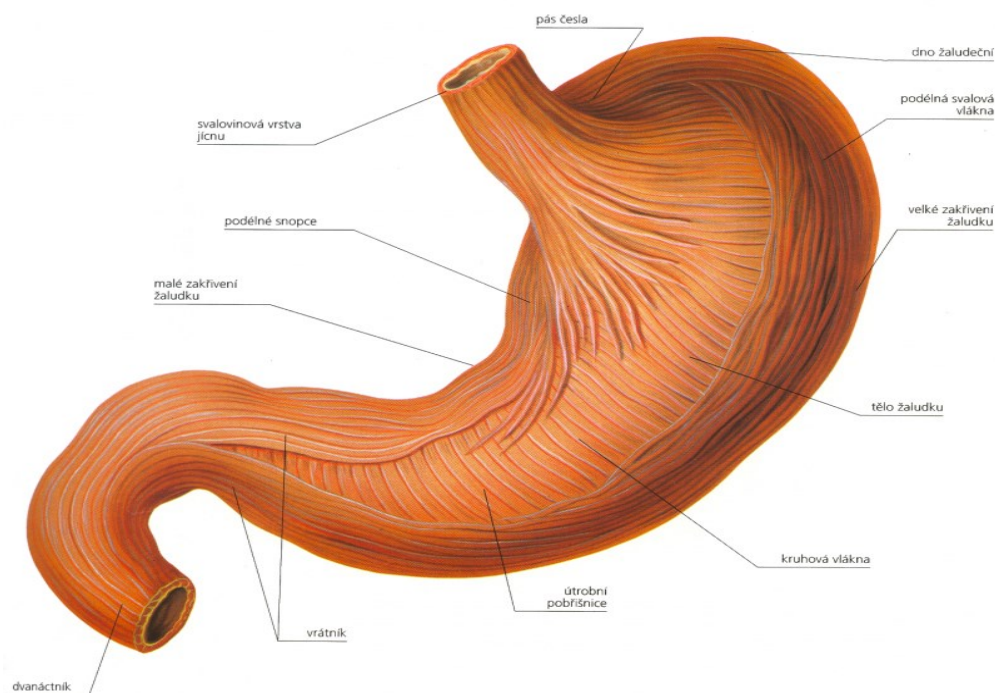


Obrázek 22 Pohlaví a věk respondentů

# Víte vše o vředové chorobě žaludku a dvanáctníku?

## CO JE VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU A DVANÁCTNÍKU?

Vředová choroba žaludku a dvanáctníku je onemocnění, při kterém dochází k poškození sliznice žaludku či dvanáctníku. Příčinou vzniku vředů je narušení rovnováhy ochranných a agresivních činitelů působících v žaludku či dvanáctníku. Mezi ochranné činitele patří hlen a normální prokrvení sliznice. Mezi agresivní činitele patří kyselina chlorovodíková, která se sice podílí na trávení živin, ale ve zvýšeném množství vede k poškození sliznice a dalších vrstev žaludku či dvanáctníku. Porušení rovnováhy napomáhá i řada dalších vlivů. Mezi ně řadíme složení potravy a její nepravidelné přijímání, kouření tabákových výrobků a pití koncentrovaného alkoholu a černé kávy. (Dítě et al., 2012, s. 423; Lukáš a Žák, 2007, s. 98) Jedním z činitelů, který se podílí na vzniku vředové choroby, je také bakterie *Helicobacter pylori*. Ta se přenáší z člověka na člověka fekal-orální cestou (způsob přenosu některých infekčních chorob, jejichž choroboplodné zárodky se vylučují stolicí a do organismu mohou vstoupit zažívacím ústrojím), případně orální cestou (přenos ústy). (Filipiová, 2010, s. 17)



## VÍTE, ŽE?

- Vředová choroba žaludku či dvanáctníku patří mezi časté onemocnění.
- Rizikové faktory, které vedou ke vzniku vředů, se dají snadno eliminovat.
- Při dodržování léčby se Vaše onemocnění výrazně zlepší.

## RIZIKOVÉ FAKTORY, KTERÉ VEDOU KE VZNIKU VŘEDOVÉ CHOROBY

Tabulka 1 Rizikové faktory (Dítě, 2007, s. 258)

<b>Kouření</b>	<b>Nevhodné technologické úpravy pokrmů</b>
<b>Konzumace nápojů s obsahem alkoholu</b>	<b>Nepravidelné stravování</b>
<b>Konzumace nápojů s obsahem kofeinu</b>	<b>Užívání nesteroidních antirevmatik</b>
<b>Nedostatek spánku</b>	<b>Stres</b>
<b>Přítomnost bakterie Helicobacter pylori</b>	

## DOPORUČENÍ:

### 1. Co nemůžete ovlivnit

Nemůžete ovlivnit vrozené dispozice. Pokud u Vás v rodině došlo k častému výskytu vředové choroby žaludku či dvanáctníku, je třeba věnovat velkou pozornost omezení vlivu rizikových faktorů, které vedou k vředové chorobě žaludku či dvanáctníku (Štěpková a Novotná, 2008, s. 6).

### 2. Co můžete ovlivnit

Výrazně omezte vliv rizikových faktorů, které vedou ke vzniku vředové choroby žaludku či duodena (Kohout a Pavlíčková, 2007, s. 38-39; Dítě 2007, s. 258; Klener, 2011, s. 585).

- Nekuřte – kouření způsobuje zvýšenou produkci kyseliny chlorovodíkové, která ve zvýšeném množství přispívá ke vzniku vředu.

- Nekonzumujte nápoje s obsahem kofeinu – stejně jako v případě kouření, i konzumace nápojů s obsahem kofeinu má za následek zvýšenou produkci kyseliny chlorovodíkové
- Nekonzumujte nápoje s obsahem alkoholu – alkoholické nápoje rovněž podporují zvýšenou produkci kyseliny chlorovodíkové
- Dodržujte pravidelné stravovací návyky – rozložte si stravu na 5 – 6 menších porcí v průběhu dne.
- Připravujte si stravu výhradně dušením, vařením a pečením. Nepoužívejte smažení.
- Pokrmy připravujte vždy čerstvé
- Vyhýbejte se užívání nesteroidních antirevmatik – do této skupiny patří především léky na bolest jako Ibalgin, Ibuprofen a další. Pravidelně sdělujte svému lékaři všechny léky, které užíváte. Pokud si nejste jistí, zda léky, které užíváte, patří do nesteroidních antirevmatik, poraďte se se svým lékařem nebo lékárníkem.
- Zajistěte si dostatečný spánek v rozsahu 7 – 9 hodin denně.
- Vyhýbejte se stresovým situacím.
- Dodržujte hygienické návyky jako prevenci proti *Helicobacter pylori* – Po použití WC a před jídlem si umyjte ruce teplou čistou vodou a mýdlem (Maňasková, 2015).
- Vyhýbejte se sdílení nádobí s osobou, která má pálení žáhy. Vyhýbejte se kontaminované vodě a potravinám, především nedovařenému či nedopečenému masu.

### **3. Dodržujte termíny naplánovaných kontrol u Vašeho gastroenterologa.**

### **4. Užívejte správně předepsané léky. V případě nejasností ohledně užívání se neprodleně poraďte se svým lékařem nebo lékárníkem.**



### **Použitá literatura:**

1. DÍTĚ, Petr, 2007. *Vnitřní lékařství*. 2., dopl. a přepr. vyd. Praha: Galén, 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.
2. DÍTĚ, Petr, Radek KROUPA, Ivo NOVOTNÝ a Martina JELŠÍKOVÁ, 2012. Blokátory protonové pumpy v terapii peptických lézí. *Medicina pro praxi* [online]. 9(11), 423-426 [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/11/02.pdf>.
3. FILIPOVÁ, Taťána, 2010. *Ošetrovatelství - interna: pracovní sešit*. 1. vyd. Praha: Grada, 102 s. ISBN 978-80-247-3212-1.
4. KLENER, Pavel, 2011. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a doplň. vyd. Praha: Galén, 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9.
5. KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2008. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 109 s. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-9038-207-7.
6. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada, 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
7. MAŇASKOVÁ, Dana, 2015. Helikobakter pylori. *Medicinman.cz* [online]. [cit. 2016-05-31]. Dostupné z: <http://medicinman.cz/?p=nemoci-sympt/helikobakter-pylori>
8. ŠTĚPKOVÁ, Miloslava a Jana NOVOTNÁ, 2008. *Edukace zaměřená na výživu u klientů s vředovou chorobou* [online]. [cit. 2016-05-31]. Dostupné z: <http://slideplayer.cz/slide/1967595/>

### **Použité ilustrace:**

1. [http://skolajecna.cz/biologie/Sources/Photogallery\\_Detail.php?intSource=1&intImageId=121](http://skolajecna.cz/biologie/Sources/Photogallery_Detail.php?intSource=1&intImageId=121)

Autor: Karolína Sobotková

Kontaktní údaj: [sobotkova.kaja@email.cz](mailto:sobotkova.kaja@email.cz)

Vedoucí práce: Mgr. Hana Ochtinská

Kontaktní údaj: [hana.ochtinska@upce.cz](mailto:hana.ochtinska@upce.cz)

Tento materiál byl vytvořen jako součást bakalářské práce s názvem Režimová opatření u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena, pod Fakultou zdravotnických studií, Univerzity Pardubice.