

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Dodržování režimových opatření u pacientů s vředovou chorobou
žaludku a duodena**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Lucie Rolantová

2011

Autor práce:

Ilona Hesounová

Abstract

Patients with Ulcerous Stomach Disease and Duodena and their Observance of the Regime Precautions

The topic of the Bachelor Thesis is “Patients with Ulcerous Stomach Disease and Duodena and their Observance of the Regime Precautions”. In the Czech Republic the ulcerous stomach disease occurs with 3 to 10% of the population and it afflicts patients particularly in their active age. The theoretical part describes the disease history, its classification, aetiopathogenesis, clinical picture, diagnostics, compilation, treatment, regime precautions, patient’s education and the role of the nurse in the nursing process.

The practical part deals with three aims which were set at the beginning of the research. The first aim was to find out if the patients with the ulcerous stomach disease and duodena observe the regime precautions. The second aim was focused on the role of the nurse in the education of patients suffering from the ulcerous stomach disease and duodena. The last aim supposed to use the research results and elaborate information material concerning the regime precautions for patients suffering from the ulcerous stomach disease and duodena.

Four hypotheses were made. The first hypothesis presumed that patients suffering from the ulcerous stomach disease and duodena know the regime precautions. The second hypothesis claimed that patients suffering from the ulcerous stomach disease and duodena follow the regime precautions. The third hypothesis said that patients suffering from the ulcerous stomach disease and duodena are aware of the importance of following the regime precautions. The fourth hypothesis supposed that nurses play an important role in the educational process of patients suffering from the ulcerous stomach disease and duodena.

There was used the quantitative method of the research inquiry. The chosen technique for data collecting was the anonymous questionnaire. The research set formed patients with the ulcerous stomach disease and duodena from the Internal Department of the Hospital in Písek, from a General Practitioner Surgery in Písek, from the Internal

and Surgery Department of the Hospital in Strakonice, from the Gastroenterology Department of the Hospital in České Budějovice and from the Internal Outpatients' Department of the Clinic in Milevsko. On the basis of the evaluation of the anonymous questionnaire the first, the second and the third hypothesis was not proved. On the other hand the fourth hypothesis was proved.

On the basis of the research inquiry there was elaborated information material concerning the regime precautions of the patients suffering from the ulcerous stomach disease and duodena. This material can be an inspiration for the educational activity of nurses too.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Dodržování režimových opatření u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum 16. 8. 2011

.....

podpis studenta

Poděkování

Ráda bych vyjádřila své poděkování paní Mgr. Lucii Rolantové za cenné připomínky, rady, a hlavně čas strávený při psaní mé bakalářské práce. Poděkování patří také celé mojí rodině za pomoc, velkou trpělivost, psychickou podporu a toleranci v průběhu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	3
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 DEFINICE VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA.....	5
1.1.1 <i>Historie onemocnění</i>	5
1.1.2 <i>Klasifikace vředové choroby</i>	6
1.1.3 <i>Etiopatogeneze vředové choroby</i>	7
1.1.4 <i>Klinický obraz vředové choroby</i>	8
1.1.5 <i>Diagnostika vředové choroby</i>	9
1.1.6 <i>Komplikace vředové choroby</i>	11
1.1.7 <i>Léčba vředové choroby</i>	12
1.2 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ U VŘEDOVÉ CHOROBY	14
1.2.1 <i>Dietní opatření u pacienta s vředovou chorobou</i>	16
1.2.2 <i>Kouření jako rizikový faktor vředové choroby</i>	16
1.2.3 <i>Ulcerogenní léky jako rizikový faktor vředové choroby</i>	17
1.2.4 <i>Lázeňská léčba u pacientů s vředovou chorobou,</i>	19
1.3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S VŘEDOVOU CHOROBU ŽALUDKU A DUODENA	19
1.3.1 <i>Role sestry u pacienta při gastrokopickém vyšetření</i>	22
1.3.2 <i>Role sestry v edukaci pacienta s vředovou chorobou</i>	24
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	27
2.1 CÍLE PRÁCE.....	27
2.2 HYPOTÉZY	27
3 METODIKA	28
3.1 METODIKA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	28
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	28
4 VÝSLEDKY	29
5 DISKUZE	46

6	ZÁVĚR	54
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	56
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	60
9	PŘÍLOHY	61

ÚVOD

„Není smrtelníka, jež by se netkla bolest a nemoc.“

Marcus Tullius Cicero

Vředová choroba žaludku a duodena je onemocnění, které se v populaci vyskytuje poměrně často. Jen v České republice toto onemocnění postihuje 3 až 10 % populace. Před více než 150 lety byla popsána vředová choroba jako „nemoc, jejíž příčiny jsou zahaleny hlubokou temnotou“. Názor na vznik vředů žaludku a duodena se od té doby neustále vyvíjel. V roce 1983 objevil Marshall a Warren bakterii *Helicobacter pylori*, která má při etiopatogenezi vředové choroby žaludku a duodena rozhodující význam, a v roce 2005 dostali za tento objev Nobelovu cenu. Druhým momentem, který od základů změnil léčebné možnosti, byl objev protonové pumpy a syntézy látek, které jsou schopny téměř kompletně zablokovat její činnost pomocí inhibitorů protonové pumpy. Jedná se o nemoc s celospolečenským a celosvětovým významem a podle toho jí byla a je dodnes věnována pozornost.

Téma jsem si vybrala z důvodu mého zájmu o tuto problematiku, jelikož i přes nesporné pokroky v léčbě patří vředová choroba stále mezi častá onemocnění, která ovlivňují kvalitu života pacientů a ohrožují pacienty závažnými komplikacemi. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby pacienti dodržovali režimová opatření jako prevenci vzniku vředů a následných komplikací, jelikož u některých pacientů mohou být projevy choroby velice závažné a následné komplikace v podobě krvácení, penetrace nebo perforace vředu mohou pacienta ohrožovat na životě. Jedním z důležitých úkolů sestry je proto edukovat pacienty o režimových opatřeních, která jsou základní součástí léčby, kdy sestra může velkou měrou ovlivnit dodržování léčebného režimu u pacientů.

Cílem mé práce je zjistit, zda pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena dodržují režimová opatření, a zjistit, jakou roli mají sestry v edukaci pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena a na základě výsledků výzkumného šetření vypracovat informační materiál o režimových opatřeních u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena. Výsledky výzkumného šetření mohou přispět

k zefektivnění prevence vzniku nemoci, léčby a předcházení komplikací u vředové choroby.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Definice vředové choroby žaludku a duodena

Vředová choroba žaludku a duodena patří k častým onemocněním trávicího traktu a má chronický recidivující charakter. Objevuje se ve všech věkových skupinách, méně v dětském, častěji v adolescentním a běžně v dospělém věku. Vředová choroba je nejčastějším zdrojem nevarikózního krvácení z horní části trávicího traktu (5, 17, 43).

Peptický vřed je slizniční defekt, který proniká přes muscularis mucosae. Vyskytuje se v gastrointestinálním traktu všude tam, kde je přítomna volná kyselina chlorovodíková. Nejčastěji se vyskytuje v bulbu duodena, žaludku a jícnu (3, 40).

O vředové chorobě žaludku hovoříme, je-li vředová léze lokalizována v oblasti žaludečního těla (Příloha 2). Je-li lokalizace v duodenu, hovoříme o vředu duodenálním (Příloha 3), kdy 80 % všech vředových lézí se nachází v této oblasti. Duodenálním vředem onemocní nejčastěji muži ve věku 20 - 40 let. Vřed však může postihnout nejen děti, ale také osoby starší 70 let. Naopak žaludeční vřed se vyskytuje u obou pohlaví rovnoměrněji, postihuje spíše pacienty ve středním a starším věku (6, 26, 35).

„Vředová choroba žaludku a duodena je dána peptickými vředy v místech přirozené odolnosti sliznice vůči kyselině chlorovodíkové a pepsinu (tedy v žaludku a/nebo v bulbu duodena).“ (22, s. 42).

1.1.1 Historie onemocnění

Francouz Jean Cruveilhier v roce 1835 poprvé histopatologicky popsal peptický vřed, ale příčinu nemoci neznal. Následně v roce 1882 označil Quincke za peptický vřed takové vředové léze, které se nacházejí v místech dosahu působení žaludeční kyseliny solné (7, 35).

V roce 1924 v Berlíně vyvinuli lék Targesin, který se používal při léčbě zánětu žaludku nebo žaludečních vředů. Pacient se po vypití léčebného prostředku, což představovalo 6% sloučeninu stříbra ve formě laktózového granulátu, položil na lůžko

a otáčel se z levého boku na břicho, dále na pravý bok a záda. Tomuto procesu se říkalo rotační kúry, jelikož jedině tímto způsobem mohla tekutina působit na žaludeční sliznici ze všech stran (40).

V roce 1983 objevil patolog Robin Warren a gastroenterolog Barry J. Marshall na spodině vředu bakterii, kdy v průběhu několika let byla zjištěna souvislost mezi osídlením žaludku touto bakterií, která byla nazvána *Helicobacter pylori*, a vředovou chorobou (18, 25).

1.1.2 Klasifikace vředové choroby

Podle příčin můžeme vředovou chorobu žaludku a duodena rozdělit do dvou skupin. Do první skupiny řadíme vlastní vředovou chorobu žaludku a duodena, tedy žaludeční a duodenální vřed, kde hlavní příčinou je zánět sliznice, který je vyvolaný bakterií *Helicobacter pylori*. Do druhé skupiny patří vředy druhotné, tedy sekundární, které mají jinou příčinu, a tudíž je *Helicobacter pylori* negativní. Z nich jsou nejčastější vředy lékové, které jsou nejzávažnějším projevem chorobného stavu, jenž se označuje jako gastropatie z nesteroidních antirevmatik. Vředy stresové jsou vyvolané například stresem při polytraumatech, těžkých popáleninách, při kterých vzniká Curlingův vřed, po náročných operacích nebo traumatech centrální nervové soustavy. Endokrinní vředy se vyskytují u Zollingerova – Ellisonova syndromu, kde příčinou je nádor pankreatu, který produkuje hormon gastrin, jež stimuluje tvorbu žaludeční šťávy. Vředy hepatogenní vznikají při těžkých jaterních lézích, jako je například jaterní cirhóza. Vředy při respirační insuficienci bývají klinicky němé a projeví se až komplikacemi. Vředy stařecké mohou dorůst do velkých rozměrů a při jejich vzniku hrají roli zejména nutriční vlivy a zřejmě také poruchy cirkulace. Podle hloubky defektu rozeznáváme eroze, což jsou povrchní léze sliznice, a vřed samotný, který se projeví v hlubší vrstvě sliznice, pod muscularis mucosae. Podle lokalizace rozeznáváme vřed subkardiální, mediogastrický, pylorický a duodenální (3, 25, 26, 35, 40).

1.1.3 Etiopatogeneze vředové choroby

Pro vznik peptického vředu je nezbytnou podmínkou přítomnost kyseliny chlorovodíkové v žaludečním sekretu, kdy již v roce 1910 německý internista Schwarz řekl, že bez kyseliny není vřed. Na konci 20. století došlo k mimořádným pokrokům v oblasti medicíny, kdy se vysvětlila také etiologie vředové choroby žaludku a duodena. Vředová choroba vzniká v důsledku nerovnováhy mezi ochrannými a agresivními činiteli. Zjistilo se, že mikroorganismus *Helicobacter pylori* je určující příčina při vzniku nemocí žaludku a duodena a díky tomuto objevu vředová choroba žaludku a duodena již není spojována jen s poruchou rovnováhy mezi agresivními a ochrannými činiteli, ale především s nálezem infekce *Helicobacter pylori* ve sliznici žaludku. Vředová choroba žaludku a duodena je tedy svou podstatou infekční choroba (3, 26, 43).

K ochranným činitelům se řadí například zásaditá reakce slin, pankreatické šťávy, vrstva hlenu na žaludeční sliznici, endogenní prostaglandiny, sekrece bikarbonátů do žaludeční šťávy, hormony, kdy příkladem je sekretin a somatostatin, normální cirkulace a mikrocirkulace, regenerační schopnost buněk, normální membránový transport na apikální části epitelových buněk, antiulcerózní medikace nebo alkalický vliv potravy. K agresivním činitelům patří kyselina chlorovodíková, která tvoří základní podmínku pro vznik peptického vředu, není však jeho příčinou. Mezi další agresivní činitele patří proteolytické působení enzymu pepsin, žlučové kyseliny, které pronikají refluxem z duodena do žaludku, pankreatické enzymy, porucha cirkulace a mikrocirkulace v podobě ischemie, užívání ulcerogenních léků, nitrosaminy, které vznikají z dusičnanů, obsažených v uzeninách nebo zelenině účinkem kyseliny chlorovodíkové, psychosomatické poruchy, stres psychický, stres při popáleninách, stres při polytraumatech, kouření, kofein, alkohol a některá dráždivá jídla. V současnosti je ale za nejdůležitějšího útočného činitele považována přítomnost infekce *Helicobacter pylori*, což je gramnegativní bakterie s několika bičíky (Příloha 4). Existuje více druhů bakterií, které patří do rodu *Helicobacter*, kdy příkladem je *Helicobacter pylori* nebo *Helicobacter heilmannii*. U člověka se ale nejčastěji vyskytuje *Helicobacter pylori*, který produkuje různé enzymy, zvláště ureázu. Tato bakterie

osidluje sliznici žaludku a způsobuje její zánět v podobě gastritidy. V žaludku se *Helicobacter pylori* brání účinku kyseliny chlorovodíkové tím, že si z urey přítomné v žaludeční šťávě vytváří svým enzymem ureázou amoniak, který neutralizuje kyselou reakci žaludku. Infekce *Helicobacter pylori* se vyskytuje na celém světě, kdy predispozičními činiteli vzniku infekce *Helicobacter pylori* je nižší ekonomická a sociální úroveň života lidí, věková kategorie a příslušnost k nekavkazské rase. V rozvojových zemích se tato infekce objevuje u více než 80 % obyvatelstva. Přenos bakterie *Helicobacter pylori* se uskutečňuje cestou fekálně-orální a orálně-orální (2, 3, 7, 9, 18, 25, 28, 40, 43).

Riziko vzniku vředové choroby zvyšuje například cytomegalová infekce, tuberkulóza, Crohnova choroba, jaterní cirhóza, chronické renální selhání, sarkoidóza (36).

1.1.4 Klinický obraz vředové choroby

Pacient s duodenálním vředem má typickou epigastrickou bolest ve střední čáře nebo vpravo od ní, která se vyskytuje nalačno (dvě a více hodin po jídle) a nezřídka pacienta v noci budí ze spánku. Po jídle a po antacidech bolest většinou mizí, kdy právě tato závislost je charakteristická. Bolest se někdy může šířit do zad nebo pod pravý oblouk žeberní a velmi připomíná onemocnění žlučníku. Pacient může pociťovat bolestivý hlad až silnou bolest různé kvality (2, 6, 35).

Onemocnění je často provázeno pyrózou, kyselou regurgitací, říháním, zvracením kyselých šťáv nebo zácpou v období potíží. Pacienti přijímají častěji potravu kvůli bolesti, což má za důsledek zvýšení hmotnosti. Naopak u některých pacientů dochází k hubnutí, jelikož chuť k jídlu je menší. Pacienti jsou unavení, spaví a v rodinné anamnéze se může objevit údaj o výskytu vředu u příbuzných (2, 6, 17, 35).

Pacienti s duodenálním vředem, kdy je *Helicobacter pylori* pozitivní, mají přibližně dvakrát nižší riziko vzniku karcinomu žaludku než všeobecná populace (22).

U žaludečního vředu příznaky nejsou tak typické jako u vředu duodenálního. Hlavním příznakem u pacienta je bolest, která se však na rozdíl od duodenálního vředu

objevuje velice brzy, tedy do jedné hodiny po jídle. Čím blíže vstupu do žaludku se nalézá vřed, tím dříve po jídle potíže začínají. Bolest je tupá a nejčastěji se lokalizuje ve středním epigastriu. Pacient se kvůli bolesti vyhýbá jídlu, což vysvětluje ztrátu hmotnosti, dále se může objevit nauzea, zvracení a občas také záchvatovité slinění (2, 6, 7, 18).

U obou typů vředů je objektivním nálezem především palpační bolest v epigastriu (6).

Pro vředovou chorobu byl typický pravidelný sezónní výskyt na jaře a na podzim. Toto pravidelné opakování vředové choroby bylo však ovlivněno odstraněním bakterie *Helicobacter pylori* (18).

Peptický vřed může být bez příznaků a projeví se náhle až komplikacemi v podobě perforace nebo krvácení. Tato skutečnost se týká především vyšších věkových skupin nebo pacientů s diabetem, což je charakteristické pro pacienty s vředy po užívání nesteroidních antirevmatik (6, 18).

1.1.5 Diagnostika vředové choroby

Do diagnostiky vředové choroby žaludku a duodena patří anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření a endoskopické vyšetření spolu s cíleným odběrem bioptického materiálu a diagnostikou infekce *Helicobacter pylori*. V anamnéze jsou důležité údaje, které se týkají charakteru, intenzity, lokalizace a vyzařování bolesti. Hlavně ve vyšším věku může být bolest minimální. Vředová choroba může probíhat dokonce i bezbolestně (24, 25, 26).

Vředová choroba se může manifestovat například nauzeou, zvracením, pyrózou, změnami hmotnosti, změnami chuti k jídlu a zápachem z úst (26).

Laboratorní vyšetření informuje o stavu organismu. U každého pacienta se provádí vyšetření stolice na okultní krvácení a vyšetření krevní skupiny vzhledem k riziku možného krvácení (6).

Důležitou součástí diagnostiky je vyšetření přítomnosti *Helicobacter pylori*. Diagnostické testy na zjištění přítomnosti infekce *Helicobacter pylori* se rozdělují

na invazivní a neinvazivní podle toho, je-li k provedení testu potřeba endoskopické vyšetření. Mezi invazivní testy patří rychlý ureázový test, histologické vyšetření a kultivace. K neinvazivním testům patří dechový test (Příloha 5) a stanovení antigenu *Helicobacter pylori* ve stolici pacienta. Nejméně přínosné je sérologické vyšetření, které sice neukazuje aktuální stav, ale informuje o tom, že se organismus pacienta s *Helicobacterem pylori* již setkal (3, 26, 36).

„Názvem endoskopické metody jsou označovány ty vyšetřovací postupy, které umožňují zobrazovat a většinou i přímým pohledem vyšetřovat vnitřek dutých orgánů a tělesných dutin [řecky endo(n) = uvnitř, skopein = pozorovati].“ (24, s. 51). Dřívější optické přístroje nahradily moderní videoendoskopy, které pracují na elektronickém principu, kdy na obrazovku je promítán výsledný obraz. Současně s lékařem mohou výkon sledovat také sestry. Endoskopické metody umožňují současně s diagnostickým vyšetřením provádět takové léčebné výkony, jako je například stavění krvácení, aplikace léků, sklerotizace jícnových varixů, polypektomie, extrakce cizích těles, dilatace stenóz, endoskopická papilotomie, extrakce konkrementů ze žlučových cest, zavádění stentů nebo perkutánní transhepatální cholangiografie. Základem v diagnostice vředové choroby žaludku a duodena je endoskopické vyšetření gastroscopie (ezofagogastroduodenoskopie, orální endoskopie). V současné době se jedná o nejspolehlivější, zcela rutinní a široce dostupnou metodu, která nahradila dříve běžné rentgenové vyšetření. Řada pracovišť poskytuje nepřetržité služby v případě urgentní endoskopie, kdy pod přímou kontrolou zraku hodnotí morfologii sliznice jícnu, žaludku, dvanáctníku a její případné změny, jako je například zánět, varixy, tumor, divertikly nebo krvácení. Gastroscopie umožňuje odběr malých vzorků tkáně na histologické vyšetření. Endoskopická biopsie má mimořádný význam pro diagnostiku zhoubných nádorů. Při nálezu peptického vředu se provádí vyšetření přítomnosti *Helicobacter pylori* odběrem biopsie pomocí bioptických klíštěk. Kontraindikací gastroscopie je nespolupráce pacienta, anatomické překážky bránící bezpečnému zavedení, horečnaté stavy a šok (7, 26, 28, 35, 39).

1.1.6 Komplikace vředové choroby

Mezi komplikace vředové choroby patří krvácení, perforace a penetrace, stenóza pylorického kanálu nebo vývodné části bulbu duodena a nádorová změna vředu (25, 26).

Krvácení z vředu je nejčastější komplikací vředové choroby, která se projevuje melénou, hematemézou, anemií až hemoragickým šokem pacienta. Tato komplikace se může objevit kdykoliv v průběhu choroby. 15 - 20 % všech vředových lézí provází krvácení, které má rozdílnou intenzitu a často bývá prvním příznakem vředové choroby, což se týká hlavně vředů, které vznikají v souvislosti s medikací salicylátů a nesteroidních antirevmatik, kdy postačí jediná tableta Acylpyrinu. Vznik krvácení ale nezávisí pouze na dávce léku. U více jak poloviny pacientů s akutním krvácením nebo pacientů endoskopovaných z důvodu krvácení lze dotazem získat údaj o předchozím užití léků s obsahem kyseliny acetylsalicylové nebo nesteroidních antirevmatik. Po této informaci je důležité cíleně pátrat (6, 7, 35, 40).

Velice obtížná je prognóza vývoje krvácení, kdy každé krvácení do trávicího traktu je nutné považovat za stav, který potenciálně ohrožuje život. Pacienti se známkami krvácení se vždy hospitalizují nejlépe na anesteziologicko – resuscitačních odděleních, na chirurgických jednotkách intenzivní péče nebo personálně a technicky vybavených interních odděleních, kdy je nutné u pacienta monitorovat životní funkce, zajistit žilní přístup, udržet cirkulaci aplikací náhradních roztoků a převodem krve, eventuálně krevních derivátů, zavést nazogastrickou sondu k odsávání krve a koagul ze žaludku, nasadit hemostyptika a antisekreční léčbu, což jsou inhibitory protonové pumpy. Ulcerogenní léky se nesmí podávat. Provádí se endoskopické vyšetření, které má obrovský diagnostický přínos a zároveň je to také významná terapeutická metoda. Kanálem endoskopu zavádí lékař speciální jehlu a touto cestou následně podává některé hemostyptické substance, nejčastěji 0,1 % adrenalin, ale také tkáňové fibrinové lepidlo. Velmi účinné je provedení koagulace unipolární nebo bipolární elektrodou. Další léčba spočívá v podávání inhibitoru protonové pumpy parenterálně. Za 24 – 48 hodin se provádí kontrolní gastroskopie. V případě, že se krvácení u pacienta nepodaří zastavit

konzervativně, je potřeba indikovat chirurgickou léčbu, která spočívá v opichu cévy, nebo v podobě většího výkonu ve smyslu resekce žaludku (7, 17).

Perforace je mimořádně závažná komplikace. Její mortalita se pohybuje kolem 15 %. K perforaci dochází při rychlém pronikání vředu stěnou orgánu, aniž se vytvoří srůsty s okolními tkáněmi. Vřed může perforovat do volné dutiny břišní nebo do omezeného prostoru ohraničeného srůsty. Bolest při perforaci vzniká náhle, prudce, je neobyčejně intenzivní a šokující, kdy pacienti popisují bolest, jako by byli „propíchnuti mečem,“ zaujímají úlevovou polohu, kolena mají přitažena k hrudníku a mělce dýchají. V důsledku těchto faktorů se rozvíjí akutní peritonitida a šok, kdy nativní snímek břicha prokáže plyn v dutině břišní. Rentgenové vyšetření žaludku síranem barnatým je zásadně kontraindikováno. V krevním obraze je přítomna leukocytóza a léčba je chirurgická. V případě pozitivity *Helicobacter pylori* se doporučuje co nejrychlejší eradikační léčba (7, 9, 28, 40).

Penetrace je postupné pronikání vředu do hloubky skrze celou stěnu žaludku nebo duodena do sousedních orgánů, především do slinivky břišní. Vytvářejí se srůsty s okolím, kdy pacienti udávají úporné, až skličující bolesti v epigastriu, které často vyzařují do zad. Pro diagnózu je přínosné rentgenologické vyšetření s použitím baryové kaše. Léčba je chirurgická (7, 28, 35, 40).

Stenóza pylorického kanálu nebo vývodné části bulbu duodena se jako komplikace objevuje vzácně. Stenóza je způsobena edémem nebo fibrózou, kdy pacienti udávají pocit plnosti, mají nauzeu nebo zvrací. Množství zvratků je velké a staršího data. Diagnostika je endoskopická nebo rentgenologická (3, 7, 40).

1.1.7 Léčba vředové choroby

Léčbu dělíme na konzervativní a chirurgickou. Do konzervativní léčby patří medikamentózní léčba a režimová opatření. Cílem léčby je potlačení kyselé sekrece a eradikace *Helicobacter pylori* (6, 7).

Medikamentózní léčba je zaměřena na utlumení agresivních a posílení ochranných činitelů. Mezi léky, které působí proti agresivním činitelům, patří antacida,

kteřé neutralizují kyselinu chlorovodíkovou, anticholinergika, H₂ blokátory, které blokují působení histaminu na H₂ receptory, a především blokátory protonové pumpy. Mezi léky, které posilují ochranné činitele, patří sukralfát, který kryje vředový defekt, prostaglandiny, které tlumí sekreci kyseliny chlorovodíkové a soli bismutu, které mají krycí efekt na vřed a současně baktericidní účinky na *Helicobacter pylori*. Je – li přítomen *Helicobacter pylori*, je nutné provést jeho eradikaci, která spočívá v užívání dvou antimikrobiálních prostředků a inhibitoru protonové pumpy, jako je omeprazol, pantoprazol, lansoprazol nebo esomeprazol, po dobu jednoho týdne, obvykle dvakrát denně jedna tableta. Z antibiotik se nejvíce používá amoxicillin, clarithromycin, azithromycin. Tato léčba eradikuje infekci *Helicobacter pylori* až v 90 % případů, kdy výrazně klesá možná recidiva, a můžeme tudíž mluvit o možnosti úplného vyhojení vředové choroby. „O eradikaci bakterie *H. pylori* hovoříme tehdy, jestliže s odstupem jednoho měsíce po skončené léčbě přítomnost *H. pylori* neprokážeme (nejlépe dechovým testem).“ (6, s. 258) (3, 6, 40).

U sekundárních vředů, jejichž příčina je jiná a není prokázána helicobakterová infekce, je základem léčby eliminace vyvolávajícího faktoru. Ve většině případů se vřed projevuje gastropatii z nesteroidních antirevmatik. Z tohoto důvodu se tyto léky snažíme vyloučit nebo je nahradit jinými léčebnými prostředky například paracetamolem, který nepatří mezi ulcerogenní léky (3, 6, 7).

V případech, kde nelze odstranit základní příčinu vzniku vředu například u endokrinních vředů, se snažíme o zhojení vředu inhibicí kyselé sekrece nebo stimulací ochranných faktorů. Pro zhojení peptické léze jakéhokoliv původu je nejdůležitější míra inhibice žaludeční sekrece, kdy inhibitory protonové pumpy jsou nejúčinnější léky. Tyto léky se obvykle podávají tři až šest týdnů. Zhojení se musí endoskopicky kontrolovat (6).

Naopak zhojení nekomplikovaného duodenálního vředu se endoskopicky nekontroluje. U žaludečního vředu se vždy provádí endoskopická kontrola jednou za čtyři až dvanáct týdnů (22).

V současné době je chirurgická léčba indikovaná pouze u pacienta s komplikací vředu, jako je krvácení a perforace nebo penetrace, nebo anatomických změn, které brání evakuaci žaludku (3, 40).

V naprosté většině případů je prognóza vředové choroby žaludku a duodena velice příznivá (22).

1.2 Režimová opatření u vředové choroby

Léčebný režim je základní součástí léčby a je tvořen relativním fyzickým klidem, duševním klidem a dostatkem spánku, dietou a pravidelným stravovacím režimem, zákazem nebo alespoň podstatným omezením kouření, zákazem ulcerogenních léků, pracovní neschopností, která se posuzuje přísně individuálně, hospitalizací, která je nutná jen při komplikacích, a lázeňskou léčbou (6, 7, 35).

Na naše zdraví může mít stres negativní účinek, jelikož déle trvající stres narušuje normální tělesné funkce a může dojít k poškození imunitního systému, kdy tělo podlehne nemoci psychické nebo tělesné. Podle Světové zdravotnické organizace WHO znamená stres největší zdravotní riziko 21. století (12, 20, 31).

„O stresové situaci (o stresu) hovoříme jen v tom případě, že míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní - nadhraniční zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí (strain) a ke kritickému narušení rovnováhy (homeostázy) organismu.“ (21, s. 170).

Stres je spojením fyziologických a psychologických reakcí organismu, který je vystaven zvýšeným požadavkům. Stres má dvě základní složky. Jedná se o stresové faktory a reakci na stres. Stresové faktory jsou momentální okolnosti, jež stres způsobují, a reakce na stres je odpověď člověka na stresové faktory. V reakci na stres nalézáme individuální rozdíly. Pro někoho může být zkouška, hádka s přítelem nebo rozvod vyčerpávajícím zážitkem, který má velmi negativní vliv na jeho organismus, zatím co jiného člověka podobné situace téměř nevyvedou z klidu (31).

Sestra informuje pacienta o důsledcích chronického stresu na fyziologický a psychický stav člověka, kdy naše emoce působí na celý zažívací systém. Při stresu

nebo úzkosti dochází k mimořádným změnám žaludečních funkcí. V situacích, kdy jsme rozzlobení a cítíme v sobě nějaký nesmiřitelný odpor, tvoří žaludeční stěny řadu kyselin a enzymů, které narušují ochrannou slizniční vrstvu. Žaludeční vředy mohou vzniknout důsledkem tohoto procesu. V případě, že se přidá nějaká deprese s pocity hluboké beznaděje, snižuje se prokrvení orgánů, kdy se orgány stávají méně odolnými. Za těchto okolností se mohou mnohem snadněji vytvořit vředy. Stres také zhoršuje střevní peristaltiku, která zajišťuje pohyb nestrávené potravy střevem, a může docházet k dráždění střevních stěn, podobně jako při vzniku žaludečního vředu (30, 31).

Největší souvislost se stresem ze všech poruch zažívací ústrojí mají právě žaludeční a duodenální vředy. Vředová choroba může postihnout pacienty, kteří jsou velmi aktivní v práci i v osobním životě a jsou až úzkostně odpovědní se snahou k preciznosti. Určitý vliv na chorobu má u pacienta také přepracovanost, nevyřešené konflikty, porušení mezilidských vztahů, strach a napětí ze ztráty zaměstnání. Léčba těchto problémů se musí spojit s ovládnutím stresu. Sestra edukuje pacienta o tom, jak zvládat stres, kdy ho seznámí s antistresovými metodami a pomůže mu sestavit seznam, které situace nebo stresory jsou pro něho nejnáročnější a které situace zvládne bez větších výkyvů. Pomůže mu stanovit hranice a vymezit, co je pro něho nejdůležitější, kdy se pacient s pomocí sestry pokusí odstranit stresující podněty z okolí. Sestra doporučí pacientovi otevřenou komunikaci o stresu s partnerem, kolegy v práci nebo kýmkoli jiným, komu důvěřuje a myslí si, že se mu může svěřit. Sestra pacienta také seznámí s různými relaxačními způsoby a technikami, jako jsou například tělesná, duševní a tvořivá cvičení. K nejosvědčenějším technikám patří jóga, dechová cvičení, aromaterapie nebo terapie barvami. K dalším způsobům zvládnání stresu patří abstinence od tabáku, alkoholu, kofeinu nebo jiných škodlivých drog, dostatek odpočinku a spánku (4, 15, 20, 25, 30, 31, 40).

Spánek a odpočinek jsou nutné pro zachování a udržení tělesného a duševního zdraví. Pro organismus pacienta má spánek ochranný a regenerační význam, jelikož dostatečný spánek je obranným mechanismem proti vyčerpání organismu, kdy u každého pacienta je potřeba spánku a odpočinku individuální. V případě nespavosti se sestra snaží odstranit příčinu poruchy spánku, kdy pacientovi doporučí vhodná opatření

k navození spánku, například zatmění pomocí závěsů, žaluzií nebo zabezpečení příjemné, tiché hudby. V případě nezbytné situace podává sestra po dohodě s lékařem pacientovi sedativa nebo hypnotika. Sestra musí umět informovat pacienta o vedlejších účincích léků a možném riziku při jejich dlouhodobém užívání (40, 44, 45).

1.2.1 Dietní opatření u pacienta s vředovou chorobou

Sestra edukuje pacienta o tom, co je vhodné konzumovat a čeho se má vyvarovat. V současné době nejsou již přísná dietní opatření tak důležitá jako před objevem účinných léků, které výrazně potlačí kyselou žaludeční sekreci (18, 26, 40).

To ovšem neznamená, že určitá dietní opatření nejsou nutná. Nejprve je potřeba upravit stravovací režim, kdy pacient přijímá jídlo častěji a v menších dávkách, jelikož tím dochází k neutralizaci kyseliny solné v žaludku. Pokrmy se připravují vždy čerstvé. Správným způsobem úpravy potravy je dušení a vaření. Nejsou vhodná příliš kořeněná jídla, tučná, smažená a těžce stravitelná pokrmy, uzeniny a konzervy. Kořeněná jídla způsobují u pacienta překrvení sliznice a krvácení. Sestra doporučí pacientovi jíst kvalitní libová masa, například králičí, drůbeží, telecí. Sestra upozorní pacienta na nevhodnost nezralé a tuhé zeleniny a nadýmavých druhů, jako je například kapusta, květák a zelí. Pacientovi doporučí konzumaci dobře vyzrálého ovoce nejlépe nastrohaného nebo namixovaného. Sestra v rámci dietního opatření upozorní pacienta na nevhodnost čerstvého pečiva a konzumaci velmi horkých nebo velmi studených nápojů, velkých objemů mléka, alkoholu, perlivé vody, džusů, kávy a nápojů obsahující kofein. Naopak z nápojů sestra doporučí jako nejvhodnější pramenitou vodu a minerální vody nesycené kyslíčkem uhličitým (3, 6, 18, 22, 40).

1.2.2 Kouření jako rizikový faktor vředové choroby

Jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu je kouření. Je to zlovyk, který přitahuje nejrůznější onemocnění. Státní zdravotní ústav provedl výzkum, který ukázal, že lidé, kteří vykouří dvacet a více cigaret denně, jsou nemocní průměrně třicet sedm

dnů v roce. Jen obtížně se dá škodlivost kouření k něčemu přirovnat. Tabákový kouř obsahuje nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, arzenik nebo kyanid. Řada z těchto látek je prudce jedovatá a rakovinotvorná. Nikotin jako návyková látka způsobuje závislost kuřáka. U kuřáků se vyskytuje o 60 % více případů žaludečních a duodenálních vředů než u nekuřáků. Kouření způsobuje poruchy mikrocirkulace, a tím zpomaluje hojení vředů (4, 27, 40).

Sestra doporučí pacientovi nutnost zanechání kouření, popřípadě zajistí kontakt pacienta s poradnou pro odvykání kouření. Při odvykání je prospěšné samotné přesvědčení pacienta s abstinencí nikotinu. Je důležité si s pacientem promluvit o jeho nejčastějších kuřáckých situacích a doporučit mu, aby si dopředu přichystal náhradní řešení jak se vyhnout cigaretě, a kdy si sám určí datum, od jaké doby skončí s kouřením. Je podstatné skoncovat s kouřením najednou a úplně, neboť jediná opět vykouřená cigareta zapříčiní návrat do pravidelného kuřáctví. Z nejbližšího okolí odstraní pacient všechny popelníky, zapalovače, cigarety a vyhýbá se zakouřenému prostředí. Je výborné, když ho podporuje rodina. Pro kuřáky se závislostí existují nikotinové žvýkačky nebo náplasti, které tlumí trýznivé abstinenci symptomy a tím zabraňují touze po cigaretě. Zanechání kouření je zdravotně prospěšné v každém věku, kdy se zlepši nejen fyzická kondice, ale také klesne riziko různých onemocnění (4, 15, 27).

1.2.3 Ulcerogenní léky jako rizikový faktor vředové choroby

Některé léky mají ulcerogenní charakter. Jedná se především o nesteroidní antirevmatika, kyselinu acetylsalicylovou a kortikoidy. Tyto léky mění fyzikálně chemickou skladbu žaludečního hlenu (mucinu) (35, 40).

Nesteroidní antirevmatika, kdy příkladem je ibuprofen, diklofenak, indometacin, piroxikam, jsou druhou nejčastější příčinou vředové choroby žaludku a duodena. Způsobují až 25 % žaludečních vředů. V mnoha lékařských oborech, jako je vnitřní lékařství, traumatologie, revmatologie, se nesteroidní antirevmatika řadí k nejčastěji předepisovaným a užívaným lékům jak u dětí, dospělých, tak seniorů. Některá z nich jsou volně prodejná, a tak mohou být lehce nadužívána bez odborné kontroly.

Epidemiologové odhadují, že asi 30 miliónů lidí na světě dlouhodobě užívá nesteroidní antirevmatika. Tyto léky mají na jedné straně pozitivní léčebné účinky, kdy příkladem je analgetický, antipyretický, protizánětlivý, antiuratický účinek. Ovšem na druhé straně jsou to léky, které mohou způsobovat závažné zdravotní potíže. I při minimální dávce, i krátkodobém podávání i při aplikaci jinou než perorální cestou. K nežádoucím reakcím patří postižení gastrointestinálního traktu, postižení ledvin, kožní reakce a méně časté je postižení jater nebo kostní dřeně a zhoršení astmatu. Pacienti si stěžují na dyspeptické obtíže nebo tlakové bolesti různé intenzity nejčastěji v epigastriu nebo kolem pupku, na průjem, zácpu, nauzeu a zvracení. Vážnějšími komplikacemi jsou žaludeční a duodenální vředy, kdy jejich prvním projevem může být krvácení do gastrointestinálního traktu. Pacienti, kteří užívají nesteroidní antirevmatika, jsou asi dvakrát častěji ohroženi náhlou příhodou břišní v důsledku perforace vředu. Kontraindikací v podávání nesteroidních antirevmatik jsou hemorhagické diatézy, vředová choroba, asthma bronchiale, dna a přecitlivělost na jednotlivé látky (1, 13, 25, 29, 35).

Salicyláty mají účinek analgetický, protizánětlivý, antipyretický a antiagregační. Kyselina acetylsalicylová (zkratky KAS nebo ASA, synonymum aspirin) patří mezi nejčastěji užívané salicyláty, kdy jejich hlavní nežádoucí účinky jsou gastroduodenální potíže, krvácení, tinitus, poruchy krvetvorby, projevy přecitlivělosti a ostatní toxické účinky. Mezi gastrointestinální potíže patří dyspeptické obtíže, nauzea, epigastrický tlak a vomitus, okultní krvácení, žaludeční eroze, gastroduodenální vředy, ale i postižení ezofagu a dalších částí trávicího ústrojí. Kontraindikace jsou stejné jako u nesteroidních antirevmatik (13, 23).

Glukokortikoidy nazývané též kortikoidy, kortikosteroidy zvyšují gastrickou sekreci kyseliny solné a pepsinu (23).

Spironolakton, který patří mezi diuretika šetřící kalium, zvyšuje nebezpečí vředové choroby a krvácení do horní části trávicí trubice (29).

Sestra poučuje pacienta o možných nežádoucích účincích léků (32).

1.2.4 Lázeňská léčba u pacientů s vředovou chorobou,

Vhodným doplňkem je lázeňská léčba. Lázně, které se zaměřují na léčbu vředové choroby, jsou především Karlovy Vary, Bílina a Luhačovice. Lázeňská léčba zajistí pravidelný stravovací režim a léčebné procedury. V neposlední řadě poskytne pacientovi psychoterapii. O lázeňské léčbě uvažujeme hlavně u pacientů po resekci žaludku nebo duodena, kdy tuto léčbu plně hradí zdravotní pojišťovna (7, 17, 19).

Pracovní neschopnost se posuzuje přísně individuálně. Důležitou roli hraje objektivní nález, intenzita potíží pacienta, povaha a náročnost práce, ale také postoj pacienta k pracovní neschopnosti. Doporučuje se pracovní neschopnost pacientům s akutní vředovou chorobou, kteří vykonávají fyzicky těžkou práci nebo pracují ve směnném provozu. Samozřejmě to platí také pro pacienty s komplikovaným průběhem vředové choroby (3, 7).

Pacienti s vředovou chorobou jsou hospitalizováni v podstatě jen při komplikacích (3, 7).

1.3 Ošetřovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou žaludku a duodena

Sestra plánuje a poskytuje ošetřovatelskou péči metodou ošetřovatelského procesu. Jedná se o cyklický proces, který se skládá z pěti fází. Ošetřovatelský proces začíná posuzováním, sběrem informací a tříděním následných údajů. Ve druhé fázi sestra stanoví ošetřovatelskou diagnózu, kde identifikuje potřeby pacienta, posuzuje míru jejich naplnění, eventuelně narušení a hledá cestu k nápravě. Nejčastější ošetřovatelské problémy u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena jsou dyspeptické potíže, bolest, porušený spánek, únava, nedostatek informací o prevenci a léčbě onemocnění, potencionální vznik poruchy výživy, potencionální vznik poruchy objemu tekutin následkem zvracení nebo krvácení. Ve třetí fázi sestra plánuje ošetřovatelskou péči. Ve čtvrté fázi ji realizuje a v páté fázi ji vyhodnocuje. Ošetřovatelský plán a jeho plnění zaznamenává sestra do ošetřovatelské dokumentace (40, 41).

Vyšetřování a léčba u pacienta s nekomplikovanou vředovou chorobou se zpravidla uskutečňuje formou domácího ošetřování a léčby pod dohledem praktického lékaře. Při vzniku komplikací jsou pacienti s vředovou chorobou obvykle přijímáni na standardní lůžkové jednotky interního oddělení. V případě akutní komplikace, nebo z důvodu operativní léčby jsou hospitalizováni na chirurgickém oddělení (34, 40, 44).

Sestra provádí pečlivou ošetrovatelskou anamnézu, kde klade cílené otázky, které co nejlépe vystihnou podstatné příznaky, potíže pacienta a jejich průběh (24, 40).

V gastroenterologii je speciální anamnéza, která se týká trávicích obtíží. Pacienti si velice často stěžují na bolest v oblasti břicha. Sestra se zajímá o dyspeptické obtíže pacienta. To je název pro velice často se vyskytující soubor obtíží, kterými se projevují poruchy trávení. Do dyspepsie řadíme potíže, jako je nechutenství, kručení v břiše, říhání, zvýšený odchod střevních plynů, zápach z úst, plynatost, nauzea, pocit tlaku v břiše, pocit netrávení, pálení žáhy, průjem, zácpa, zvracení. Pokud průjem, zácpa nebo zvracení jsou jediným nebo vedoucím příznakem, pak je nezařazujeme do dyspepsie, ale označujeme tyto příznaky jejich jménem (24).

Do fyzikálního vyšetření patří celkové posouzení tělesného a duševního stavu pacienta a vyšetření jednotlivých tělesných partií. Při celkovém posouzení tělesného stavu se sestra zajímá o vzrůst, tělesnou polohu, celkovou hybnost a pohyb končetin, hmotnost, stav výživy, zbarvení kůže a sliznic. U duševního stavu sleduje sestra stav vědomí, hlas, řeč, orientace osobou, místem a časem. Poruchy vědomí mohou nastat při krvácení do trávicí trubice. Při vyšetření tělesného stavu pacienta se používají vyšetřovací metody, kterými jsou pohled, pohmat, poklep a poslech. Hlavním vyšetřením u pacienta s gastroenterologickými příznaky je vyšetření břicha a nejvýznamnější fyzikální metodou je palpace. Do základního vyšetření břicha patří také vyšetření konečníku, kde se může prokázat přítomnost krve (24, 26, 40).

Sestra v rámci vyšetření odebírá pacientovi krev a moč. Ke standardním vyšetřením se řadí chemické vyšetření moči, základní krevní obraz, krvácivost a srážlivost, soubor jaterních testů, amyláza a lipáza v séru (24, 26, 40).

Sestra při příjmu uloží pacienta na klidný pokoj. Pohybový režim pacienta je většinou volný. Sestra zajistí pohodlnou polohu pacienta. Nejčastěji pacient zaujímá polohu přirozenou, popřípadě úlevovou v důsledku bolesti (40, 44).

Dále zajistí pro pacienta dostatek odpočinku a dohlédne na to, aby pacient v nemocnici nepracoval. Sestra zajistí klidný nerušený spánek a hodnotí kvalitu spánku s cílem navození pocitu psychické pohody (15, 40).

U pacienta v rámci ošetrovatelské péče sestra sleduje fyziologické funkce a hmotnost pacienta (40).

Sestra sleduje a zaznamenává vyprazdňování stolice – pravidelnost, množství a kvalitu. V případě objevení melény sestra ihned upozorní lékaře a uloží pacienta na lůžko, kdy změří základní fyziologické funkce a plní ordinace podle lékaře (40, 44).

Sestra sleduje a hodnotí charakter bolesti, intenzitu, lokalizaci, vyzařování, závislost na jídle a na denní době, délku trvání bolesti a po čem dochází k úlevě. Bolest zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace a informuje lékaře. Cílem ošetrovatelské péče je ulevit pacientovi od bolesti. Zajistí pacientovi pravidelné užívání ordinovaných léků a úlevovou polohu. V případě potřeby umožní pacientovi příjem potravy i v noci. Sestra se snaží odvést jeho pozornost od bolesti (15, 40).

V případě, že pacient zvrací, sestra sleduje okolnosti vzniku zvracení, množství, vzhled, zápach a častost. Pokud se objeví hemateméza, volá ihned lékaře a informuje ho o případném zvracení krve čerstvé, nebo natrávené. Zvratky s natrávenou krví mají tmavou barvu vzhledu „kávové sedliny“. Sestra uloží pacienta do Fowlerovy polohy, do rukou podá emitní misku s buničitou vatou. Vak s ledem přiloží sestra na nadbříšek a nepodává nic per os, přičemž sleduje množství ztráty krve, zajistí periferní žílu kanylou, aplikuje kyslík, měří a zaznamenává základní fyziologické funkce do dekursu. Pacienta uklidňuje (15, 37, 40).

V akutním stádiu podává sestra pacientovi dietu 1, což je dieta kašovitá, a při nekomplikovaném průběhu dietu 2, což označuje dietu šetřící, a kontroluje, zda ji pacient dodržuje. Upozorní pacienta na nevhodné pokrmy, jako jsou dráždivá a kořeněná jídla, smažená jídla, nezralá a tuhá zelenina, kynuté výrobky, tučné maso, uzeniny a konzervy, alkohol, káva, silné čaje nebo minerální vody s větším obsahem

kysličníku uhličitého a podobně. Sestra doporučuje pacientovi vhodné pokrmy, jako je libové maso, například drůbeží, králičí, telecí, mléčné výrobky, bramborová jídla a těstoviny. Sestra informuje o vhodné úpravě jídel, jako je dušení a vaření, a také o nevhodné úpravě potravy, jako je smažení a pečení. Sestra poučí pacienta o vhodnosti dobrého rozkousání a rozžvýkání stravy a příjmu stravy v menších dávkách. Jídlo musí být vždy čerstvé a přiměřeně teplé. V případě potřeby sestra zajistí návštěvu nutričního terapeuta, který sestaví jídelníček vhodných jídel. Pacienti s komplikacemi mohou být vyživováni parenterálně nebo enterálně pomocí zavedené nazogastrické sondy (15, 40, 44).

Hygienickou péči si ve většině případů zajišťuje pacient sám, pokud není ve stavu, kdy není schopen si tyto činnosti sám obstarat (15, 40).

Jedním z důležitých úkolů sestry je péče o psychický stav pacienta, kdy sestra vede pacienta k aktivní spolupráci na léčbě, poskytuje mu dostatek informací a naučí ho různým způsobům uvolnění a relaxace (40).

Před propuštěním do domácí péče sestra zajistí, aby byl pacient informován o nutnosti dodržování režimových opatření, o další kontrole u lékaře, o možném výskytu komplikací, co má pacient sledovat a o účincích a správném podávání předepsaných léků (40).

1.3.1 Role sestry u pacienta při gastrokopickém vyšetření

Při objednávání na gastrokopii informuje sestra pacienta o přípravě na vyšetření, což znamená šest až osm hodin před vyšetřením pacient lační. Samotné vyšetření vysvětlí pacientovi lékař a podepíše s ním souhlas s výkonem. Endoskopická sestra před gastrokopickým vyšetřením vysvětlí pacientovi význam, podstatu, průběh a požadavky kladené na spolupráci při vyšetření, kdy upozorní na možnost pocitu nepříjemného tlaku v žaludku při pohybu fibroskopu, pocit plnosti a nafukování. Vysvětlí pacientovi polohu při vyšetření, která je vleže na levém boku, kdy hlava je v rovině s trupem, může mírně přesahovat stůl, dolní končetiny jsou mírně pokrčeny, dlaní levé horní končetiny si pacient podpírá hlavu a pravá horní končetina je volně

položena před tělem. Sestra odpovídá na otázky pacienta a snaží se zmírnit jeho případné obavy. Oznámi pacientovi způsob a provedení lokální anestezie a její možné vedlejší účinky. Informuje pacienta o časovém intervalu vyšetření, který je kolem třiceti minut. Sestra odebere osobní anamnézu pacienta a obstará výsledky odběru krve. Sestra sleduje fyziologické funkce a těsně před výkonem se přesvědčí otázkou, zda pacient skutečně nejedl, nepil. Zkontroluje, zda pacient nemá zubní protézu. Sestra má připravené k vyšetření pomůcky, kdy příkladem je ochranný náustek pro pacienta, ochranné pracovní prostředky, mezi které patří jednorázové rukavice, ochranné brýle nebo štíty, jednorázové zástěry, vydezinfikované, odzkoušené a funkční endoskopické přístroje, odsávačku, koagulační jednotku, k výkonu sterilní akcesoria, ke kterým například patří bioptické kleště, injektory a kanyly na oplach, pomůcky k premedikaci, pomůcky a přípravek k místnímu znecitlivění, zkumavky s fixačním roztokem na odebraný materiál a set na vyšetření přítomnosti *Helicobacter pylori*. V případě, že se výkon provádí v analgosedaci, musí mít sestra připravený pulzní oxymetr, kyslíkové brýle nebo masku, tonometr, ruční dýchací přístroj a kompletní vybavení pro intubaci. Těsně před výkonem sestra zkontroluje, zda pacient nemá zubní protézu a dotazem se přesvědčí o lačnosti pacienta, provede kontrolu podepsaného souhlasu s výkonem. Opět se ptá na alergickou anamnézu. Sestra před každým vyšetřením provede zkoušku přístroje. Během vyšetření sestra asistuje lékaři a spolupracuje s ním. Pomůže pacientovi zaujmout správnou polohu. Sestra aplikuje perorálně lokální anestetikum (Xylocain). U neklidných pacientů podává dle ordinace lékaře analgosedaci (Aparin nebo Dormicum i. v. frakciovaně) a připojí oxymetr. Je dobré, může-li sestra zvláště na začátku vyšetření podržet pacienta za ruku. Lékař vysvětluje pacientovi, co bude dělat a co pacient bude pociťovat. Sestra podá lékaři vyzkoušený endoskop a ten ho zavede přes kořen jazyka do jícnu a žaludku a dále až do duodena. Po celou dobu vyšetření sleduje sestra stav pacienta a endoskopický obraz. Pečuje o dostatečné naplnění insuflační baňky vodou a kontroluje naplnění odsávačky. Je-li třeba, provádí se biopsie nebo léčebné výkony, například stavění krvácení. Po provedeném vyšetření informuje lékař pacienta o výsledku vyšetření. Po vyšetření sestra monitoruje vitální funkce pacienta dle ordinace lékaře a zaznamenává je do dokumentace. Odebraný

materiál označí a odesílá do laboratoře. Uloží pacienta na levý bok, sleduje projevy bolesti společně s objektivními a subjektivními příznaky pacienta, jako jsou nauzea, zvracení, nadýmání, plynatost, enteroragie a meléna. Po běžné diagnostické nekomplikované gastrokopii, která byla provedena jen s lokálním anestetikem, může pacient začít perorálně přijímat potravu a tekutiny za půl hodiny. Po léčebných a komplikovaných gastrokopiích stanoví lékař další postup. Pacient po celkové anestezii je monitorován na dospávacím pokoji anesteziologicko - resuscitačního oddělení. Sestra upozorní pacienta na možné pozdější příznaky signalizující komplikace, kdy příkladem jsou přetrvávající polykací potíže, zvýšená teplota, bolest, meléna nebo hemateméza a zapíše veškeré údaje o provedené ošetrovatelské péči do dokumentace pacienta (16, 24, 33, 39).

Po každém výkonu sestra provádí zkoušku těsnosti přístroje dle instrukcí výrobce. Tato zkouška pomůže odhalit případné netěsnosti a poškození endoskopu. Vlastní dezinfekce se řídí doporučeným postupem. Sestra vhodně a šetrně pokládá přístroj do dezinfekčních van, jelikož nešetrné zacházení může poškodit jakoukoliv část přístroje. Vydezinfikovaný a vysušený endoskop se buď použije v následujícím vyšetřovacím programu, nebo se bezpečně uloží do dalšího použití (16).

1.3.2 Role sestry v edukaci pacienta s vředovou chorobou

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educio, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince.“(14, s. 9).

V edukačním procesu existují čtyři činitelé: edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukantem je subjekt učení. Ve zdravotnictví bývá nejčastějším edukantem pacient. Edukátor je ten, který učí. Ve zdravotnictví to bývají nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka. Edukační konstrukty představují plány, zákony nebo edukační materiály. Edukační prostředí je místo, kde probíhá

edukace. Příkladem edukačního prostředí může být ambulance. Ve zdravotnictví hraje edukace důležitou roli v primární, sekundární a terciální prevenci. V rámci primární prevence je edukace zaměřena na zdravé jedince, především na prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření. V rámci sekundární prevence je edukace převážně zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění u již nemocných jedinců. V rámci terciální prevence se edukace zaměřuje na zlepšení kvality života u jedinců, kteří mají již trvalé a nevratné změny ve svém zdravotním stavu (14).

Sestra působí na pacienta především edukací o dodržování režimových opatřeních, což představuje relativní fyzický klid, duševní klid a dostatek spánku, dietní opatření a pravidelný stravovací režim, zákaz nebo alespoň podstatné omezení kouření, zákaz užívání ulcerogenních léků, pracovní neschopnost a lázeňskou léčbu (11, 14, 38).

Sestra svým profesionálním působením zastává ve společnosti více rolí. Role sester mají vliv na změny ve společnosti a celkový zdravotní stav obyvatelstva. Jednou z rolí, které sestra v současnosti plní, je role edukátorky (8).

„Edukační role sestry je mnohostranně zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a jednání jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví.“(8, s. 182).

Sestra při poskytování informací pacientovi dodržuje určitá pravidla. Informace musí být na úrovni pacientova chápání. Opakování je nutné při každém kontaktu s pacientem. Nejlépe si pacienti pamatují informace, které jim sestra sdělí na začátku rozhovoru, a ty, které jim několikrát zopakuje a řekne s důrazem. Sestra vysvětlí pacientovi problém, poté si zkontroluje, zda mu pacient porozuměl, co nepochopil, vysvětlí sestra znovu. Sestra se ptá pacienta, odpovídá na jeho otázky. Pacient musí mít dostatek prostoru pro své dotazy. Ústní informace je nutno doplnit písemnými (letáky, brožury), anebo audiovizuálními informacemi. Zásadní informace sestra pacientovi napíše. Vysvětlí výhody dodržování režimových opatření. Sestra komunikuje s pacientem jasně a efektivně (10, 42).

Edukace pacienta musí zahrnovat podporu celé jeho osobnosti. Sestra musí pacienta respektovat. Podporuje pacienta tím, že svými slovy a chováním vyjadřuje důvěru v jeho schopnosti. Pomáhá pacientovi najít nový smysl života, novou cestu (42).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena dodržují režimová opatření.

Cíl 2 Zjistit, jakou roli mají sestry v edukaci pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena.

Cíl 3 Na základě výsledků výzkumného šetření vypracovat informační materiál o režimových opatřeních u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena.

2.2 Hypotézy

H 1 Pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena znají režimová opatření.

H 2 Pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena dodržují režimová opatření.

H 3 Pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena vědí o významu dodržování režimových opatření.

H 4 Sestry mají důležitou roli v edukaci pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena.

3 METODIKA

3.1 Metodika a technika výzkumu

Ve výzkumné části bakalářské práce jsem využila kvantitativní metodu výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl anonymní dotazník (Příloha 1). Úvodní část otázek dotazníku byla věnována identifikačním údajům respondentů (pohlaví, věk, délka léčby s vředovou chorobou žaludku a duodena). Následné otázky byly zaměřeny na informovanost pacientů, na znalosti a na dodržování režimových opatření.

Dotazník se skládal z uzavřených, polouzavřených, otevřených a filtračních otázek. Celkem obsahoval 30 otázek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

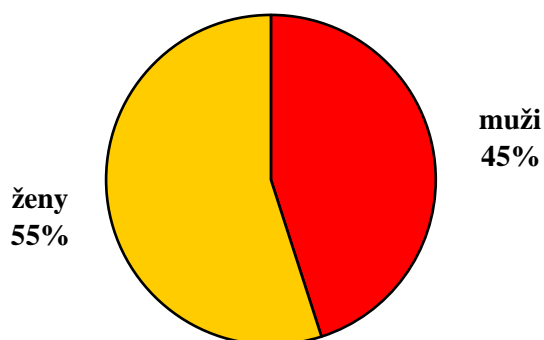
Výzkumný soubor tvořili pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena. Výzkumné šetření probíhalo v gastroenterologické ambulanci a na interním oddělení nemocnice v Písku, v ordinaci praktického lékaře v Písku, na interním a chirurgickém oddělení nemocnice ve Strakonici, v gastroenterologické ambulanci a na gastroenterologickém oddělení nemocnice v Českých Budějovicích a v gastroenterologické ambulanci na poliklinice v Milevsku. O umožnění distribuce dotazníků byly požádány hlavní sestry nemocnic a vrchní sestry interních oddělení, chirurgického a gastroenterologického oddělení. Dále byli požádáni o umožnění distribuce dotazníků lékaři v ordinacích. Výzkumné šetření probíhalo v dubnu, květnu a červnu 2011.

Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků, jejichž návratnost činila 74 %. Vrátilo se 103 dotazníků, ze kterých muselo být vyřazeno 11 dotazníků. Ke zpracování výsledků bylo použito 92 dotazníků (100 %). Výsledky byly zpracovány do grafů.

4 VÝSLEDKY

Graf 1 Pohlaví respondentů

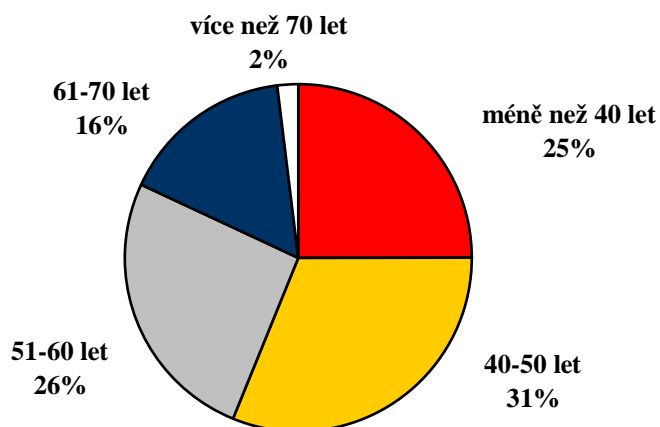
(graf k otázce č.1)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů je 51 (55 %) žen a 41 (45 %) mužů.

Graf 2 Věk respondentů

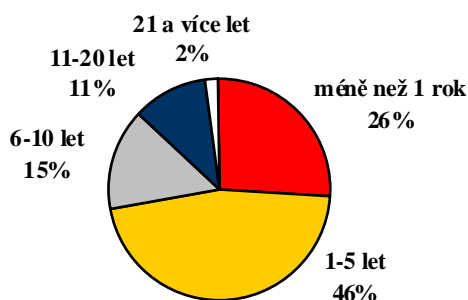
(graf k otázce č.2)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů je ve věkovém rozmezí méně než 40 let 23 (25 %) respondentů, největší počet je ve věkovém rozmezí 40-50 let 28 (31 %) respondentů, v rozmezí 51-60 let 24 (26 %) respondentů, ve věkovém rozmezí 61-70 let je 15 (16 %) respondentů, nejméně je zastoupeno rozmezí více než 70 let 2 (2 %).

Graf 3 Délka léčby pacientů s vředovou chorobou

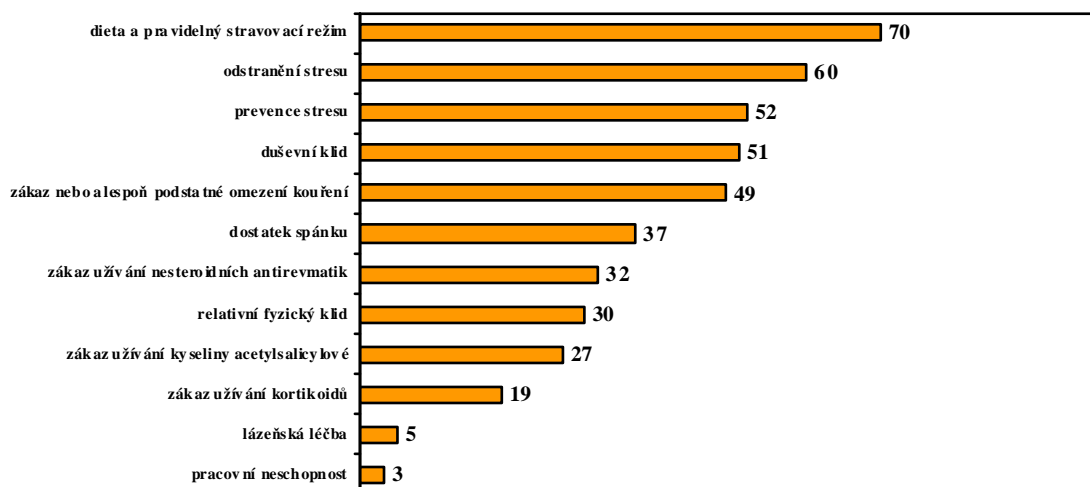
(graf k otázce č.3)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů se léčí 1-5 let 42 (46 %) respondentů, méně než 1 rok 24 (26 %), 6-10 let 14 (15 %), 11-20 let 10 (11 %), 21 let a více 2 (2 %) respondenti.

Graf 4 Znalost režimových opatření u vředové choroby

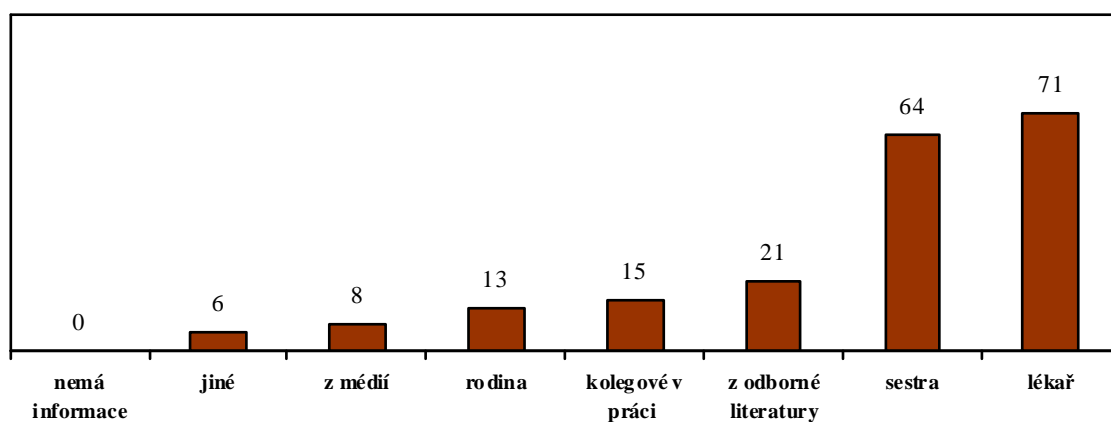
(graf k otázce č.4)



U této otázky mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 435 odpovědí byla označena dieta a pravidelný stravovací režim 70krát, odstranění stresu 60krát, prevence stresu 52krát, duševní klid 51krát, zákaz nebo alespoň podstatné omezení kouření 49krát, dostatek spánku 37krát, zákaz užívání nesteroidních antirevmatik 32krát, relativní fyzický klid 30krát, zákaz užívání kyseliny acetylsalicylové 27krát, zákaz užívání kortikoidů 19krát, lázeňská léčba 5krát a odpověď pracovní neschopnost 3krát.

Graf 5 Zdroj informací o režimových opatřeních u vředové choroby

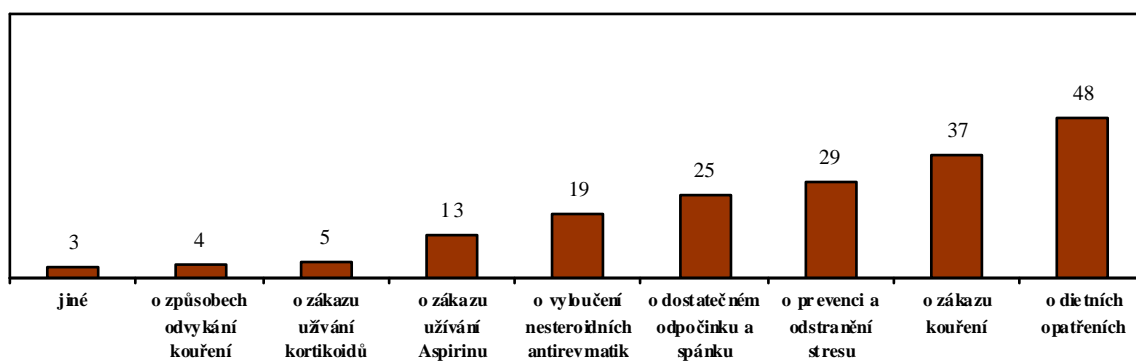
(graf k otázce č.5)



U této otázky mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 198 odpovědí nejčastěji 71krát označili respondenti odpověď lékař, 64krát sestra, 21krát z odborné literatury, 15krát kolegové v práci, 13krát rodina, 8krát z médií, 6krát jiné a odpověď nemám, informace nebyla označena.

Graf 6 Informace o režimových opatřeních

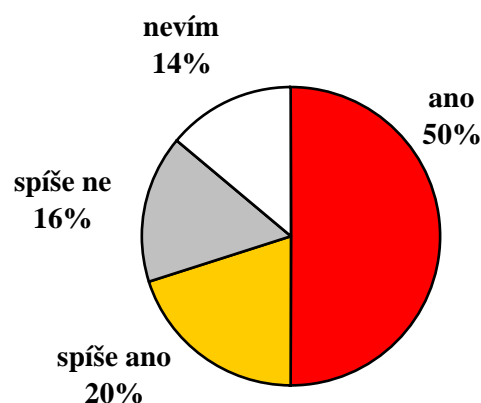
(graf k otázce č.6)



Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří označili v otázce č. 5 také možnost sestra (64). U této otázky mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu odpovědí 183 byla odpověď o dietních opatřeních označena 48krát, o zákazu kouření 37krát, o prevenci a odstranění stresu 29krát, o dostatečném odpočinku a spánku 25krát, o vyloučení nesteroidních antirevmatik 19krát, o zákazu užívání Aspirinu 13krát, o zákazu užívání kortikoidů 5krát, o způsobech odvykání kouření 4krát, odpověď jiné 3krát.

Graf 7 Dostatek času na podání informací

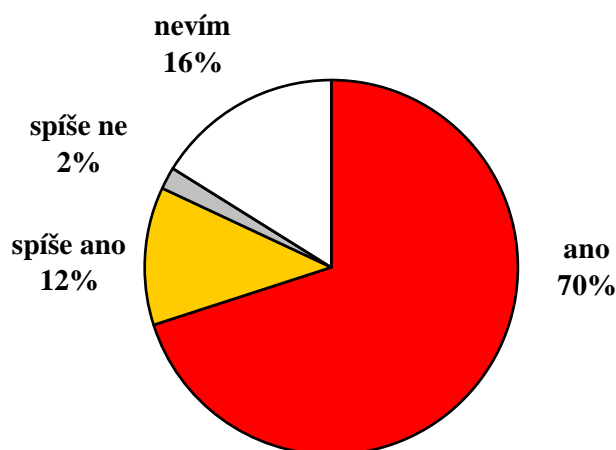
(graf k otázce č.7)



Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří označili v otázce č. 5 také možnost sestry - 64 (100 %) respondentů. 32 (50 %) respondentů odpovědělo ano, 13 (20 %) respondentů spíše ano, 9 (14 %) nevím, 10 (16 %) spíše ne a nikdo neoznačil odpověď ne.

Graf 8 Ochota sestry odpovědět na dotazy

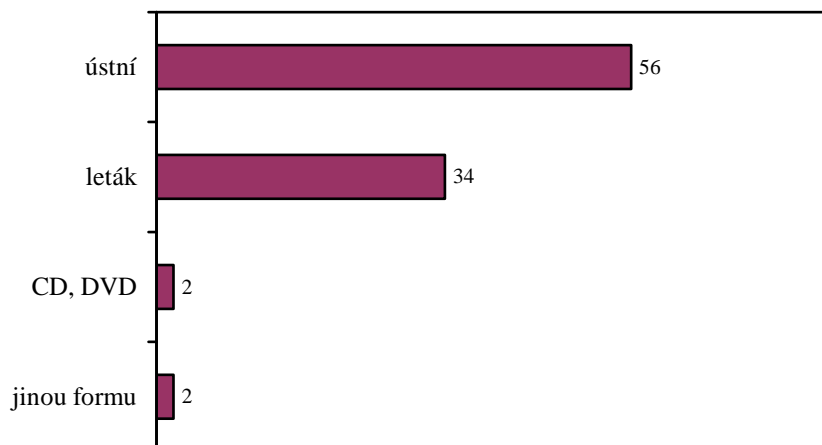
(graf k otázce č.8)



Na tuto otázku, zda byla sestra ochotná odpovědět na dotazy, odpovídali pouze ti, kteří označili v otázce č. 5 také možnost sestry – 64 (100 %) respondentů. 45 (70 %) respondentů uvedlo možnost ano, 10 (16 %) uvedlo možnost nevím, 8 (12 %) spíše ano, 1 (1 %) respondent uvedl spíše ne. Nikdo neuvedl možnost ne.

Graf 9 Metoda při podávání informací

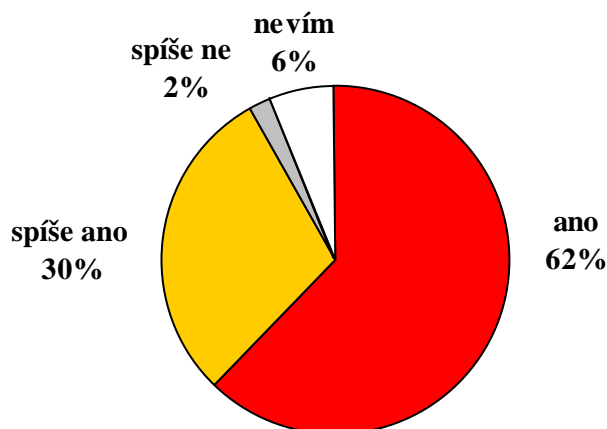
(graf k otázce č.9)



Na tuto odpovídali pouze ti, kteří označili v otázce č. 5 také možnost sestry (64). U této otázky mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 94 odpovědí byla uvedena odpověď ústní 56krát, leták 34krát, CD/DVD 2krát a jiná forma 2krát.

Graf 10 Posouzení metody

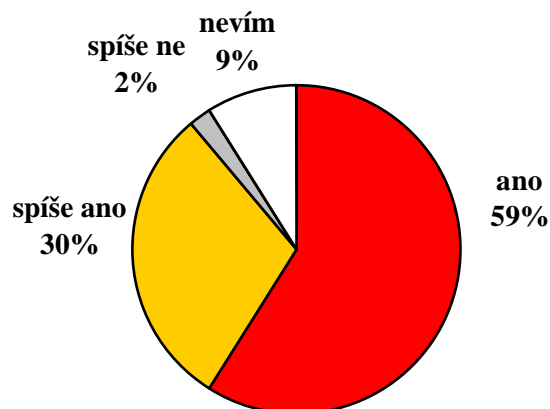
(graf k otázce č.10)



Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří označili v otázce č. 5 také možnost sestry - 64 (100 %) respondentů. 40 (62 %) respondentů uvedlo, že jim metoda vyhovovala, 19 (30%) uvedlo spíše ano, 4 (6 %) uvedli nevím a 1 (2 %) respondent uvedl spíše ne. Nikdo neuvedl, že by mu metoda nevyhovovala.

Graf 11 Srozumitelnost informací

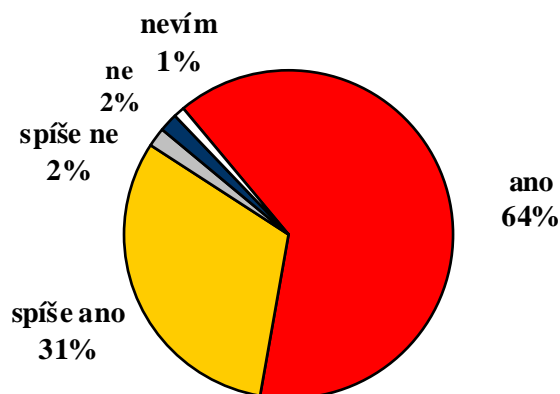
(graf k otázce č.11)



Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří označili v otázce č. 5 také možnost sestra - 64 (100 %) respondentů. Na otázku, zda byly podané informace srozumitelné, uvedlo 38 (59 %) respondentů možnost ano, 19 (30 %) spíše ano, 6 (9 %) uvedlo nevím, 1 (2 %) spíše ne. Nikdo neuvedl možnost ne.

Graf 12 Dostatečnost informací

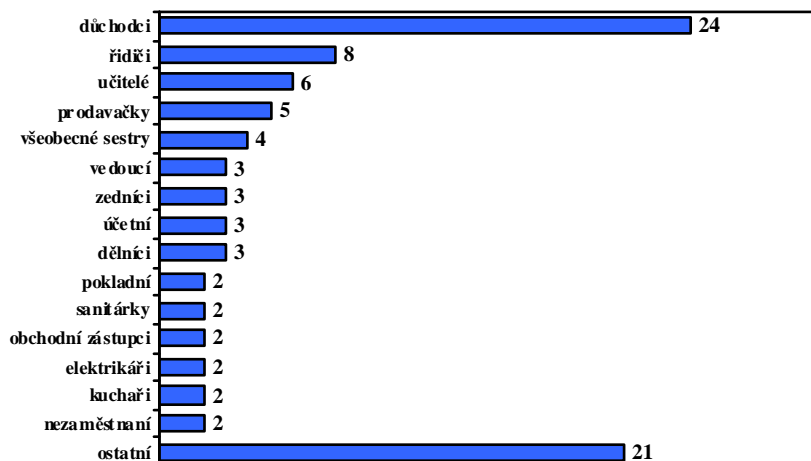
(graf k otázce č.12)



Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří označili v otázce č. 5 také možnost sestra - 64 (100 %) respondentů. 41 (64 %) respondentů uvedlo možnost ano, 20 (31 %) spíše ano, 1 (1 %) respondent nevím, 1 (2 %) spíše ne a pro 1 (2 %) respondenta nebyly informace dostatečné.

Graf 13 Zaměstnání

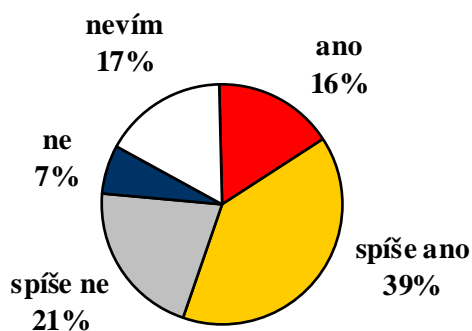
(graf k otázce č.13)



Z grafu je patrné, že z celkového počtu 92 respondentů bylo 24 důchodců, 8 řidičů, 6 učitelů, 5 prodavaček, 4 všeobecné sestry, 3 vedoucích, 3 zedníků, 3 účetních, 3 dělníků, 2 pokladních, 2 sanitářky, 2 obchodní zástupci, 2 elektrikáři, 2 kuchaři, 2 nezaměstnaní. Ostatní (21) po 1 respondentovi: technik, projektant, konstruktér, strojař, mechanik, pracovnice technických služeb, zootechnička, stavební inženýrka, nákupčí, dispečerka, barmanka, studentka, automechanik, zástupkyně ředitele, asistentka ředitele, skladník, kadeřnice, redaktorka, policista, právnička, duchovní.

Graf 14 Psychická pohoda

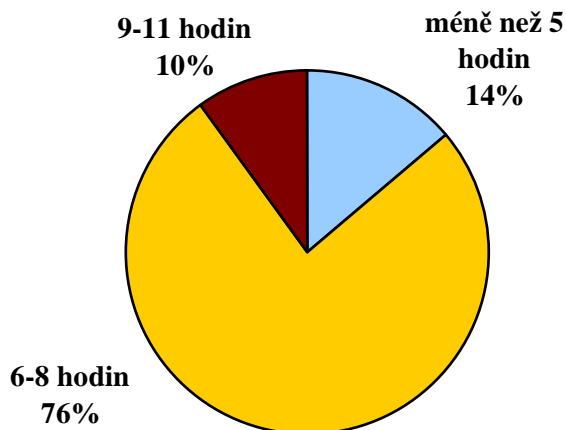
(graf k otázce č.14)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů odpovědělo 36 (39 %) spíše ano, 19 (21 %) spíše ne, 16 (17 %) nevím, 15 (16 %) ano, 6 (7 %) respondentů odpovědělo ne.

Graf 15 Délka spánku

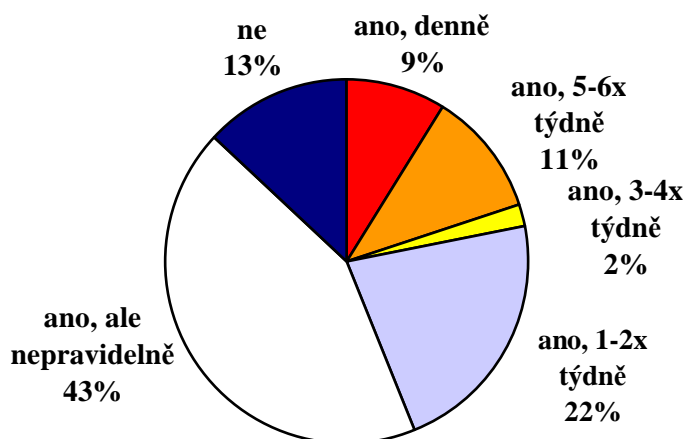
(graf k otázce č.15)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů 70 (76 %) respondentů spí 6-8 hodin, 13 (14%) spí méně než 5 hodin, 9 (10 %) spí 9-11 hodin. Nikdo nespí 12 a více hodin.

Graf 16 Relaxace a odpočinek

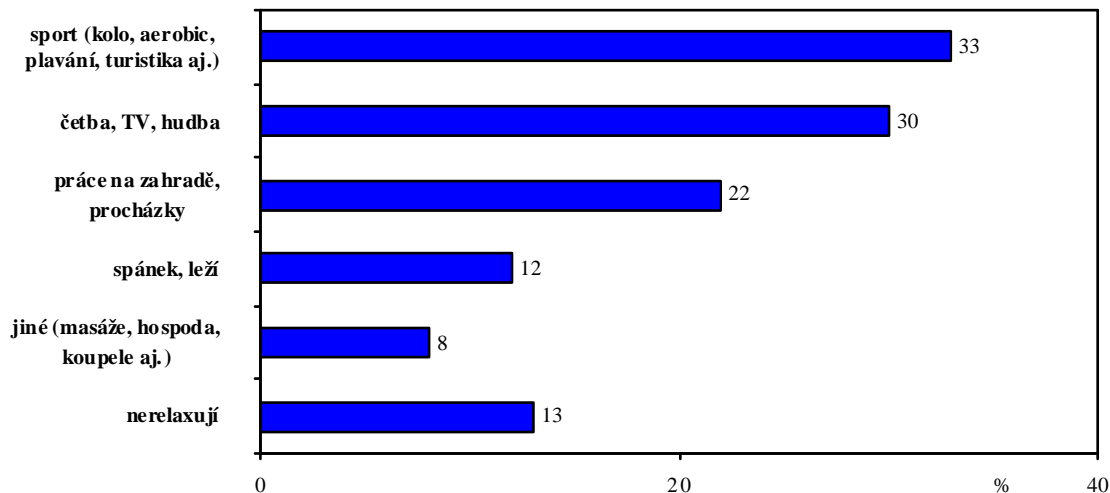
(graf k otázce č.16)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů uvedlo 40 (43 %) možnost ano, ale nepravidelně, 20 (22 %) ano, 1-2x týdně, 12 (13 %) nerelaxuje a neodpočívá, 10 (11 %) uvedlo ano, 5-6x týdně, 8 (9 %) odpočívá denně, 2 (2 %) respondenti relaxují a odpočívají 3-4x týdně.

Graf 17 Způsoby relaxace a odpočinku

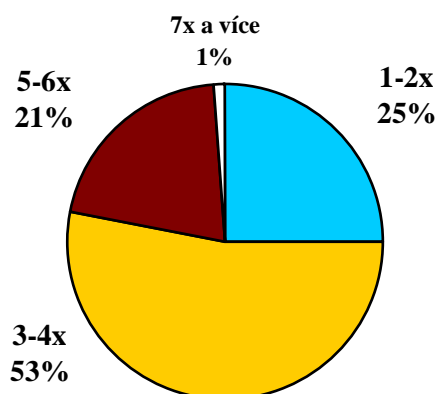
(graf k otázce č.16)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů 30 (33 %) relaxuje pomocí sportu, 28 (30 %) pomocí četby, TV a hudby, 20 (22 %) prací na zahradě a procházkou, 11 (12 %) spánkem a ležením, 7 (8 %) respondentů uvedlo masáže, koupele, hospodu, rekonstrukci veteránů, 12 (13 %) respondentů nerelaxuje.

Graf 18 Jak často denně jíte

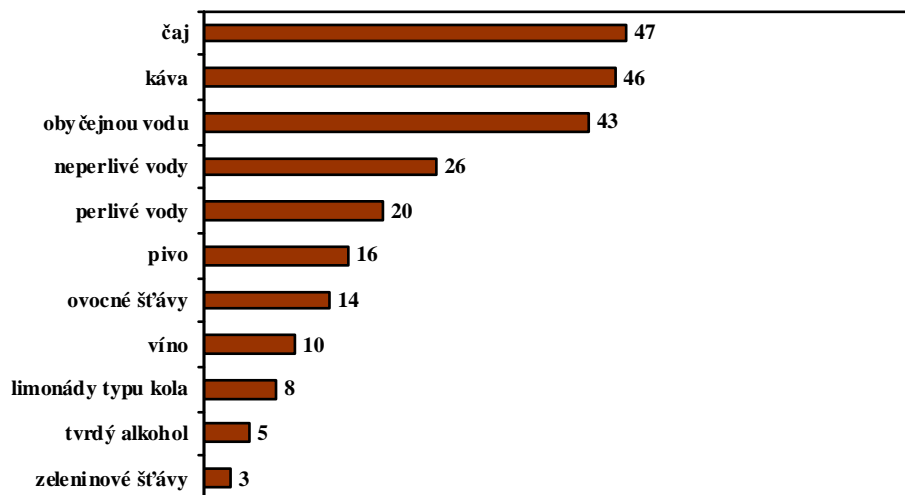
(graf k otázce č.17)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů 49 (53 %) respondentů jí 3-4x denně, 23 (25 %) jí 1-2x denně, 19 (21 %) respondentů 5-6x denně, 1 (1 %) jí 7x a více.

Graf 19 Nejčastěji konzumované nápoje

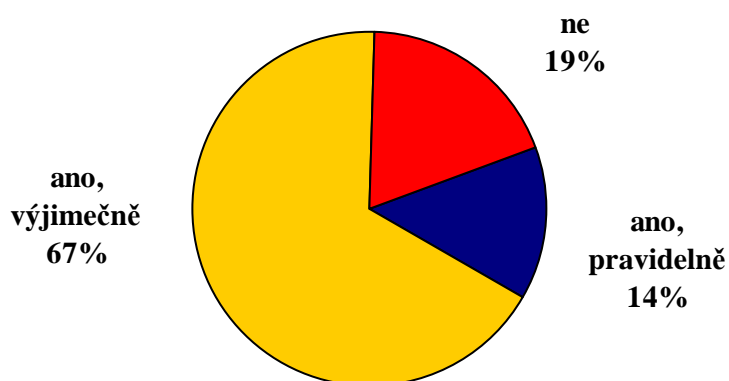
(graf k otázce č.18)



V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 238 odpovědí byla nejčastěji uvedena odpověď čaj 47krát, káva 46krát, obyčejná voda 43krát, neperlivé vody 26krát, perlivé vody 20krát, pivo 16krát, ovocné šťávy 14krát, víno 10krát, limonády typu kola 8krát, tvrdý alkohol 5krát a zeleninové šťávy 3krát.

Graf 20 Konzumace alkoholických nápojů

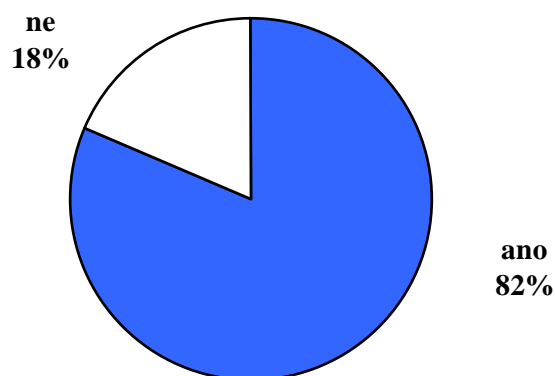
(graf k otázce č.19)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů uvedlo 62 (67 %) možnost ano – výjimečně, 17 (19 %) uvedlo možnost ne, 13 (14 %) uvedlo možnost ano – pravidelně.

Graf 21 Konzumace kávy

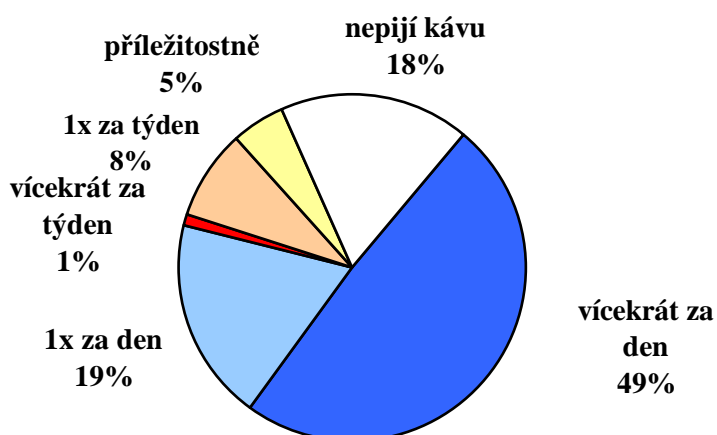
(graf k otázce č.20)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů 75 (82 %) pije kávu a 17 (18 %) nepije kávu.

Graf 22 Frekvence pití kávy

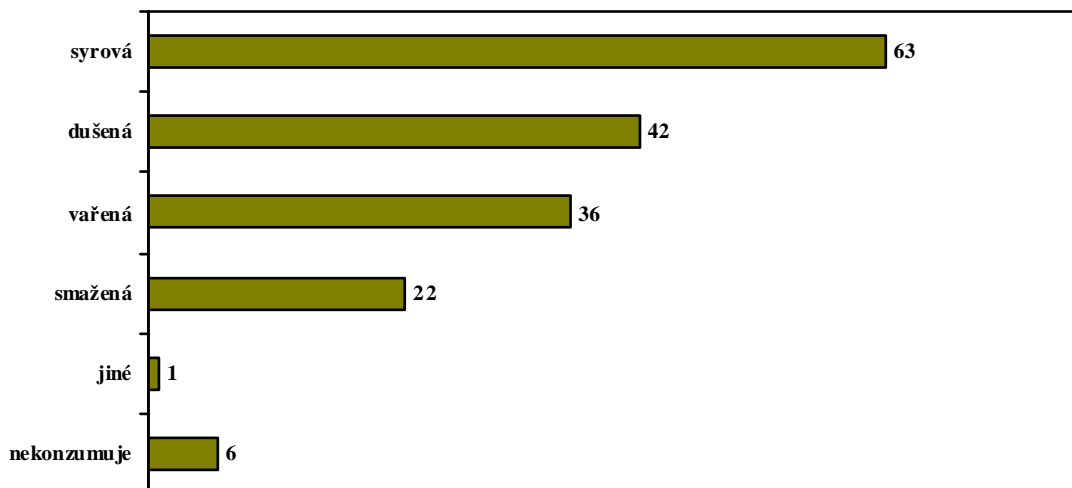
(graf k otázce č. 20)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů 17 (18 %) nepije kávu, 45 (49 %) respondentů pije kávu vícekrát za den, 17 (19 %) respondentů 1x denně, 7 (8 %) 1x za týden, 5 (5 %) příležitostně, 1 (1 %) vícekrát za týden.

Graf 23 Stav konzumace zeleniny

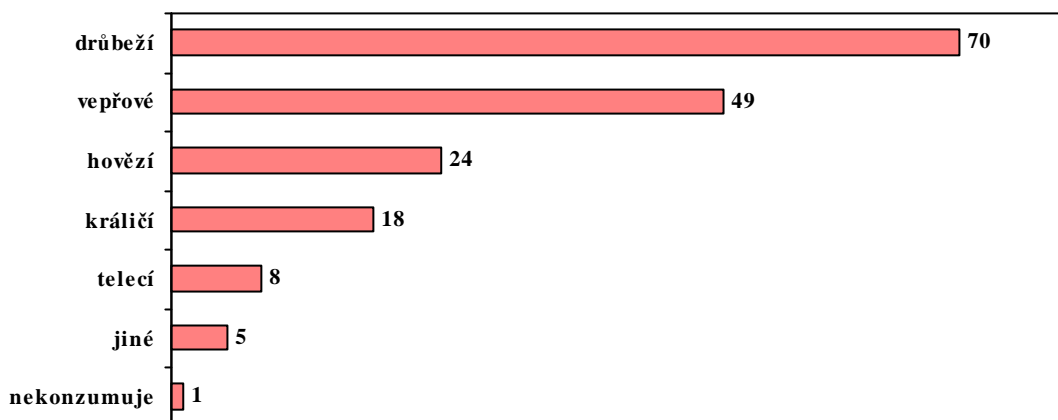
(graf k otázce č.21)



V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 170 odpovědí byla syrová zelenina označena 63krát, dušená 42krát, vařená 36krát, smažená 22krát, jiné 1krát a 6krát byla označena odpověď nekonzumuji.

Graf 24 Nejčastější druhy masa ve stravě

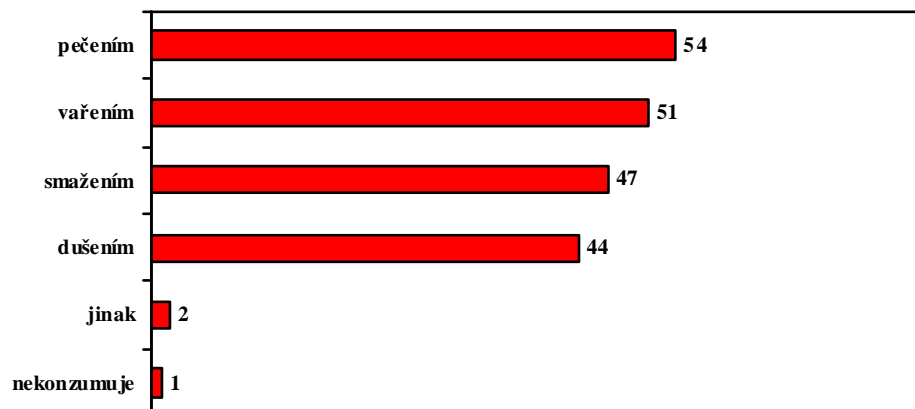
(graf k otázce č.22)



V této otázce mohli respondenti volit více odpovědí. Z celkového počtu 175 odpovědí byla odpověď drůbeží maso označena 70krát, vepřové 49krát, hovězí 24krát, králičí 18krát, telecí 8krát, jiné 5krát a odpověď nekonzumuji 1krát.

Graf 25 Způsoby úpravy masa

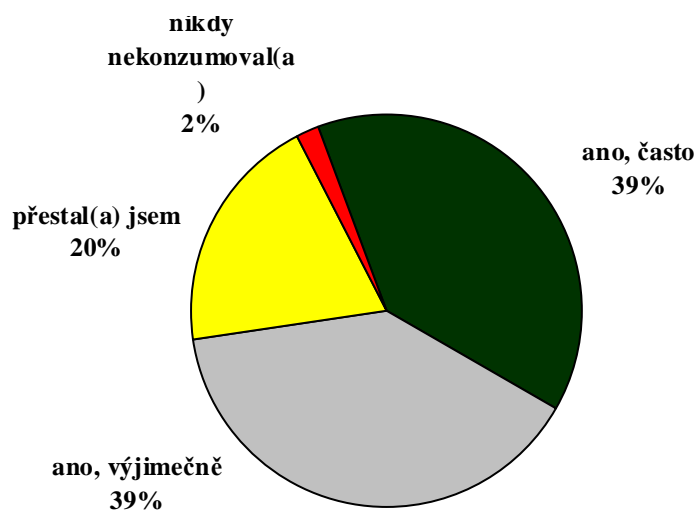
(graf k otázce č.23)



V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 199 odpovědí byla odpověď pečením označena 54krát, vařením 51krát, smažením 47krát, dušením 44krát, odpověď jiné byla označena 2krát a odpověď nekonzumuji 1krát.

Graf 26 Konzumace uzenin

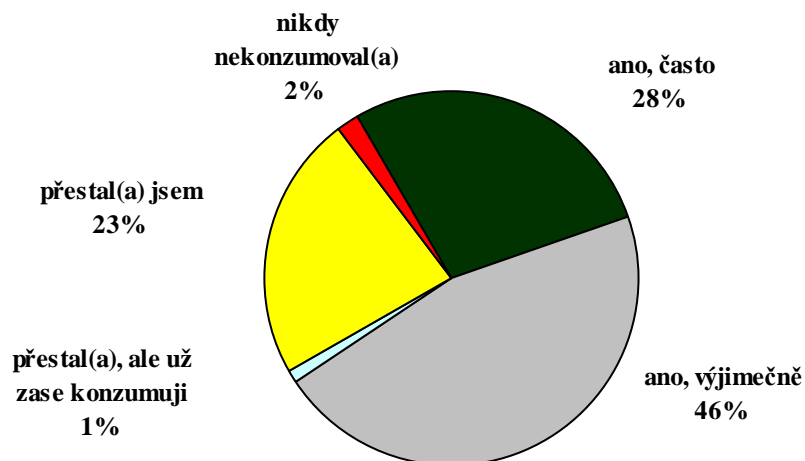
(graf k otázce č.24)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů uvedlo 36 (39 %) možnost ano, často, 36 (39 %) možnost ano, výjimečně, 18 (20 %) respondentů přestalo konzumovat uzeniny a 2 (2 %) nikdy nekonzumovali uzeniny.

Graf 27 Konzumace kořeněných jídel

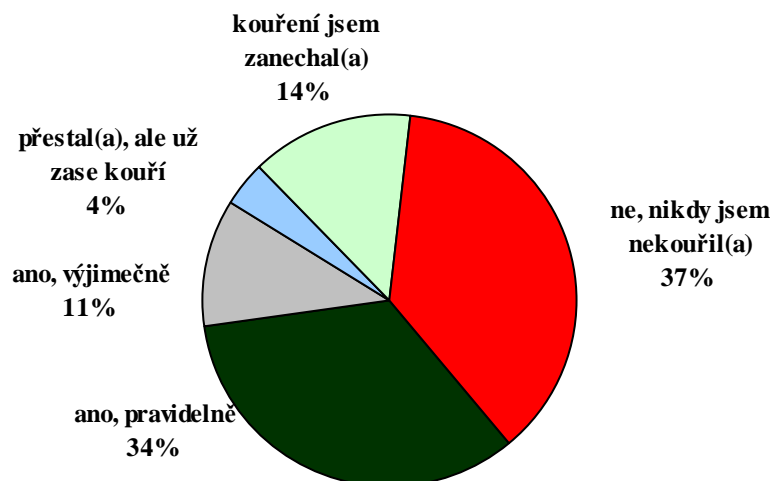
(graf k otázce č.25)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů uvedlo 42 (46 %) možnost ano, výjimečně, 26 (28 %) ano, často, 21 (23 %) respondentů přestalo, 2 (2 %) nikdy nekonzumovali, 1 (1 %) respondent přestal, ale už zase konzumuje.

Graf 28 Kouření

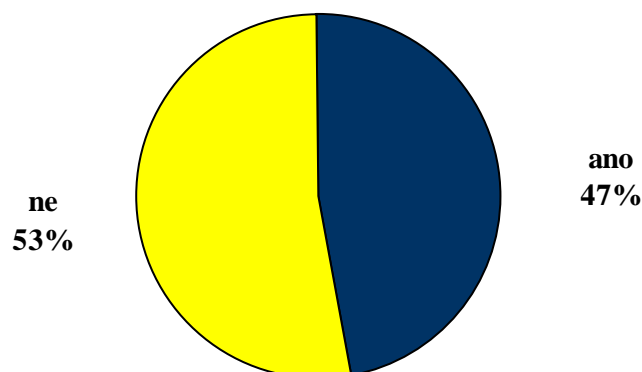
(graf k otázce č.26)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů uvedlo 34 (37 %) možnost ne, nikdy jsem nekouřil/a, 31 (34 %) ano, pravidelně, 13 (14 %) respondentů kouření zanechalo, 10 (11 %) uvedlo možnost ano, výjimečně, 4 (4 %) respondenti přestali, ale už zase kouří.

Graf 29 Bolest

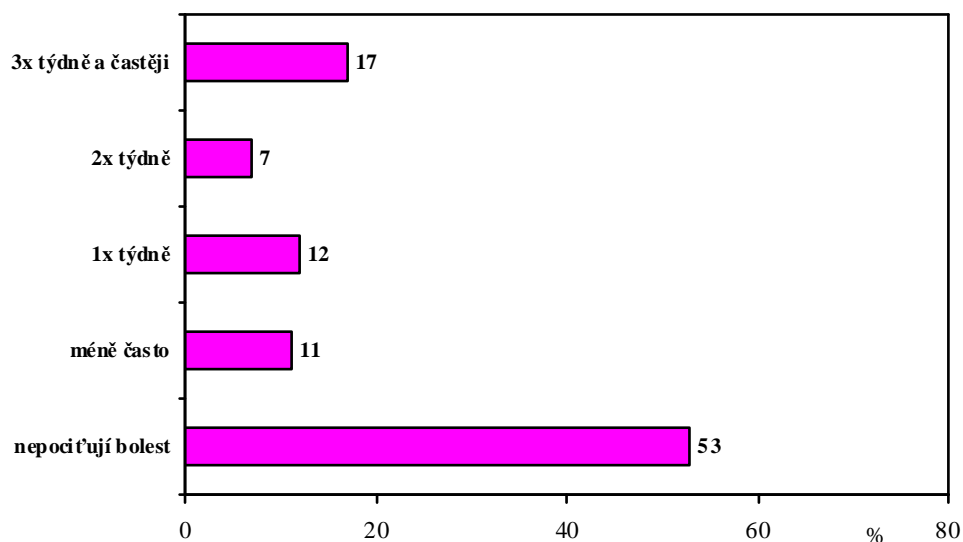
(graf k otázce č.27)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů 43 (47 %) respondentů pociťuje bolest a 49 (53 %) respondentů bolest nepociťuje.

Graf 30 Frekvence bolesti

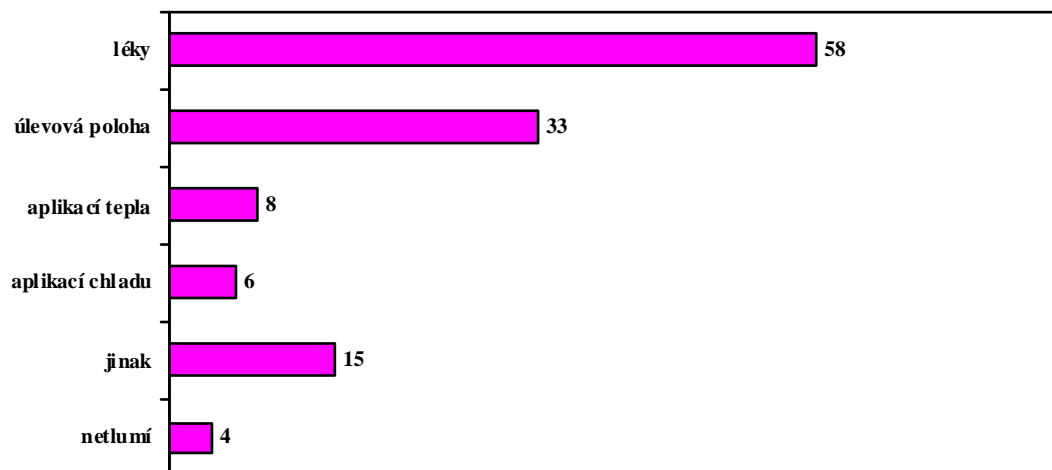
(graf k otázce č.27)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů 49 (53 %) respondentů nepociťují bolest, 16 (17 %) respondentů pociťuje bolest 3x týdně a častěji, 11 (12 %) respondentů 1x týdně, 10 (11 %) respondentů méně často, 6 (7 %) respondentů 2x týdně.

Graf 31 Způsoby tlumení bolesti

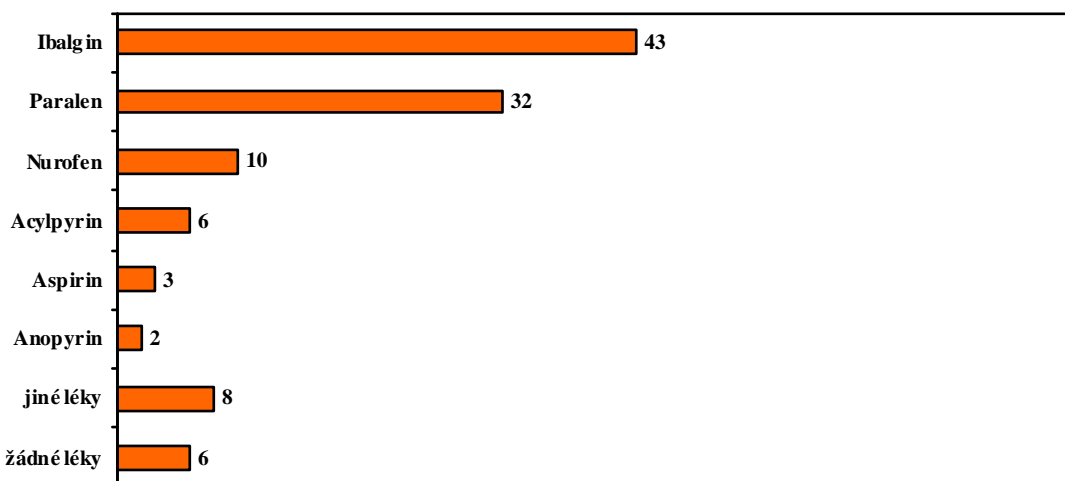
(graf k otázce č.28)



V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 124 odpovědí byla odpověď léky označena 58krát, úlevová poloha 33krát, aplikace tepla 8krát, aplikace chladu 6krát, odpověď jinak 15krát a netlumí 4krát.

Graf 32 Užívané léky při bolesti

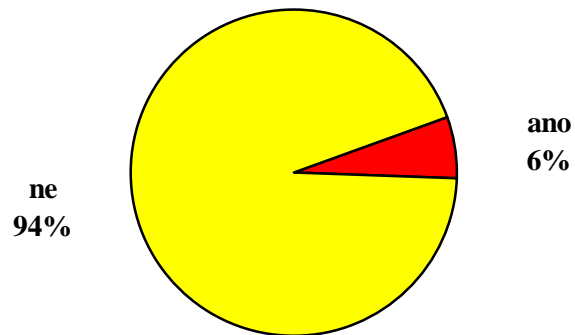
(graf k otázce č.29)



V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 110 odpovědí byla odpověď Ibalgin označena 43krát, Paralen 32krát, Nurofen 10krát, Acylpyrin 6krát, Aspirin 3krát, Anopyrin 2krát, jiné léky 8krát a žádné léky 6krát.

Graf 33 Návštěva lázní

(graf k otázce č.30)



Z celkového počtu 92 (100 %) respondentů 6 (6 %) respondentů navštívilo lázně a 86 (94 %) respondentů lázně nenavštívilo.

5 DISKUZE

Vředová choroba žaludku a duodena je onemocnění, které se vyskytuje v populaci poměrně často. Ovlivňuje kvalitu života pacientů a ohrožuje je závažnými komplikacemi. Je nezbytné, aby pacienti dodržovali režimová opatření jako prevenci vzniku vředu a následných komplikací. Záměrem bakalářské práce bylo zmapovat dodržování režimových opatření u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena.

Úvodní otázky dotazníku měly identifikační charakter. V největším počtu 51 (55 %) se výzkumného šetření účastnily ženy. Muži byli zastoupeni ve 41 (45 %) (graf 1). Rozdělení respondentů dle věku ukazuje největší zastoupení ve věkové kategorii 40 – 50 let 28 (31 %), dále ve věkové kategorii 51 – 60 let 24 (26 %), ve věkové kategorii méně než 40 let 23 (25 %), v kategorii 61 – 70 let 15 (16 %) a nejmenší zastoupení v kategorii více než 70 let 2 (2 %) (graf 2). Tyto výsledky potvrzují skutečnost, že vředová choroba žaludku a duodena postihuje pacienty zejména v produktivním věku, což uvádí také Švestka (2007).

Další část výzkumného šetření se týkala délky léčby pacientů s vředovou chorobou a jejich znalostí v oblasti režimových opatření. Z výsledků vyplývá, že většina respondentů se s vředovou chorobou žaludku a duodena léčí 1 – 5 let, což uvedlo 46 % respondentů, a méně než 1 rok uvedlo 26 % respondentů (graf 3).

Dítě (2007) ve své publikaci uvádí, že základní součástí léčby je léčebný režim. Dále Dítě (2000) uvádí, že základem režimových opatření je pravidelná životospráva s vyřazením všech faktorů, které mohou vředovou chorobu iniciovat. Mezi režimová opatření řadili respondenti nejčastěji dietu a pravidelný stravovací režim (70krát), odstranění stresu (60krát), prevenci stresu (52krát) a duševní klid (51krát) (graf 4). Podle Lukáše a Žáka (2007) se v současné době již takový velký důraz na dietní opatření neklade jako před objevem účinných léků, které výrazně potlačí kyselou žaludeční sekreci, což ovšem neznamená, že určitá dietní opatření nejsou nutná. Podle Melgosa (2001) mají žaludeční a duodenální vředy ze všech ostatních poruch zažívacího traktu největší souvislost se stresem a dále uvádí, že naše emoce působí na celý zažívací systém, kdy zvláště při stresu nebo úzkosti dochází k mimořádným

změnám žaludečních funkcí. V situacích, kdy jsme rozzlobeni a cítíme v sobě nějaký nesmiřitelný odpor, tvoří žaludeční sliznice řadu kyselin a enzymů, které narušují ochrannou slizniční vrstvu, a z tohoto důvodu mohou vzniknout žaludeční a duodenální vředy, jak dále uvádí Melgosa (2001). Podle Dítěte (2000) jsou duševní klid a dostatek spánku důležitým režimovým opatřením tam, kde vznik vředové choroby souvisí se stresovou situací, s výraznou psychickou zátěží v zaměstnání nebo u lidí ve směnných provozech. Dle četnosti odpovědí zákaz užívání nesteroidních antirevmatik označili respondenti pouze 32krát, stejně tak jako zákaz užívání kyseliny acetylsalicylové označili 27krát a zákaz užívání kortikoidů 19krát (graf 4). Z výše uvedených výsledků vyplývá, že respondenti sice znají obecná režimová opatření jako je například dieta, pravidelný stravovací režim, prevence a odstranění stresu nebo duševní klid, ale podle mého názoru je důležité mít povědomost nejen o obecných, ale také především o specifických režimových opatřeních, kde prioritou je zákaz užívání ulcerogenních léků. Je zážející, že možnost zákazu užívání nesteroidních antirevmatik byla označena pouze 32krát (graf 4). Podle Lukáše a Žáka (2007) jsou to léky, které při minimální dávce, krátkodobém podávání a také i při aplikaci jinou než perorální cestou mohou vyvolávat vážné zdravotní komplikace trávicího traktu. Riziko manifestace vředové choroby se zvyšuje právě užíváním nesteroidních antirevmatik až desetinásobně, jak dále uvádí Lukáš a Žák (2007), a užívání nesteroidních antirevmatik je vedle infekce *Helicobacter pylori* považováno za druhou nejčastější příčinu vředové choroby. Z grafu 4 je tedy patrné, že většina respondentů neznala zákaz užívání ulcerogenních léků, což souvisí s grafem 32, kde respondenti dle četnosti odpovědí uvedli jako nejvíce užívaný lék při bolesti Ibalgin (43krát), Nurofen (10krát) a Acylpyrin (6krát), a s grafem 31, kde respondenti jako nejčastější způsob tlumení bolesti označili možnost léky (58krát), přičemž 53 % respondentů bolest nepocíťovalo (graf 29). Dítě (2000) ve své publikaci doporučuje nekouřit nebo alespoň významným způsobem omezit kouření. Naopak Lata a kol. (2010) uvádí, že kuřáci musí skončit s kouřením úplně. Možnost zákazu nebo alespoň podstatného omezení kouření byla označena 49krát (graf 4), což se neslučuje s grafem 28, kde 34 % respondentů kouří pravidelně, 11 % respondentů kouří výjimečně a 4 % respondentů opětovně kouřit začalo.

Dítě (2000) uvádí, že fyzický klid může být u některých nemocných pouze relativní a že někteří nemocní fyzický klid vzhledem k tomu, že i menší fyzická námaha jejich potíže zesiluje, dodržují. Dle četnosti odpovědí v grafu 4 možnost dostatku spánku byla označena jen 37krát, dodržování relativního fyzického klidu označilo také poměrně málo respondentů (30krát), lázeňská léčba byla označena 5krát a jen 3krát byla označena pracovní neschopnost, kdy Kohout (2005) uvádí: „Pracovní neschopnost je doporučována pacientům po dobu 2 - 4 týdnů, pokud nejde o komplikovanou vředovou lézi. Pokud má pacient zaměstnání, při kterém nemá velkou fyzickou či psychickou zátěž, je možné při aplikaci účinné léčby připustit nepřerušování pracovní činnosti. Pacientům s větší vředovou lézí či pacientům komplikovaným je vhodné pracovní neschopnost prodloužit do úplného vyhojení peptického vředu.“ (Kohout, 2005, s. 32). Žádný z respondentů nevyužil možnosti jiné odpovědi a také žádný z respondentů neoznačil všechny výše uvedené možnosti, jelikož všechny uvedené varianty patří mezi režimová opatření. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že první hypotéza: **Pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena znají režimová opatření**, se nepotvrdila.

Další část výzkumného šetření se týkala povolání a dodržování režimových opatření. Z grafu 13 vyplývá, že mezi respondenty bylo 8 řidičů, což se shoduje s Kohoutem (2005), který uvádí, že vředová choroba se častěji vyskytuje u pacientů, pro jejichž povolání jsou příznačné stresové situace a nepravidelný režim, což odpovídá našemu výzkumnému šetření. Mezi respondenty bylo 6 učitelů (graf 13), kdy také Melgosa (2001) uvádí, že učitel patří do zaměstnání s vysokou úrovní stresu. Dále mezi respondenty bylo 24 důchodců (graf 13), kdy také Kohout (2005) uvádí, že ve vyšších věkových skupinách přibývá pacientů, u nichž jsou vředy způsobeny požíváním nesteroidních antirevmatik, kyseliny acetylsalicylové a kortikosteroidů. Bylo pro mě překvapující, že v psychické pohodě spíše není 19 (21 %) respondentů a 6 (7 %) respondentů odpovědělo, že není v psychické pohodě (graf 14). Myslím si, že to vyplývá z toho, že dnešní doba je velmi stresující, kdy lidé žijí ve finanční a sociální nejistotě a mají strach ze ztráty zaměstnání. Následující otázka se zabývala délkou spánku. Nejvíce respondentů 70 (76 %) spí 6 – 8 hodin denně, což se shoduje s Trachtovou (2006), podle které je potřeba spánku v dospělosti 6 – 8 hodin a ve stáří

6 hodin a méně, což většina respondentů splňuje (graf 15). Graf 16 ukazuje, že největší skupinu tvořili respondenti, kteří relaxují a odpočívají nepravidelně (43 %), dále ti, kteří relaxují a odpočívají 1 – 2x týdně (22 %), 12 (13 %) respondentů nerelaxuje a neodpočívá, 10 (11 %) respondentů relaxuje a odpočívá 5 – 6x týdně, 8 (9 %) denně, 2 (2 %) respondenti 3 – 4x týdně. Melgosa (2001) uvádí, že potřebujeme každodenní odpočinek, abychom se dobře zotavili z duševní i tělesné zátěže nashromážděné za celý den. Na otázku, jakým způsobem relaxují a odpočívají, nejvíce respondentů 30 (33 %) odpovědělo sportem, 28 (30 %) respondentů si čte, sleduje TV a poslouchá hudbu, 20 (22 %) respondentů relaxuje a odpočívá prací na zahradě a procházkou, 11 (12 %) spí anebo leží, 7 (8 %) respondentů uvedlo masáže, koupele, hospodu, rekonstrukci veteránů, malování, a 12 (13 %) nerelaxuje (graf 17). Podle Melgosity (2001) lépe odpočívá člověk, který pravidelně cvičí, následně snadněji usíná a má hlubší spánek, takže mu stačí méně hodin k obnovení sil.

V další části dotazníku jsou zastoupeny otázky z oblasti stravování, kdy nejvíce respondentů 49 (53 %) jí 3 – 4x denně, 23 (25 %) respondentů jí 1 – 2x denně, 19 (21 %) jí 5 – 6x denně a 1 (1 %) respondent jí 7x a více (graf 18). Podle Šafránkové a Nejedlé (2006) je vhodné celkovou dávku jídla rozdělit do více dávek (6 – 7x denně), což v našem výzkumném šetření provádí velmi malý počet respondentů. Lata a kol. (2010) uvádí, že častější malá množství jídla působí jako přirozené antacidum.

Další část výzkumného šetření se týkala konzumace nealkoholických a alkoholických nápojů. Bylo pro mě překvapující, jak jednoznačné odpovědi byly zastoupeny v otázkách nejčastěji konzumovaných nápojů. Dle četnosti odpovědí v grafu 19 byl nejčastěji konzumovaným nápojem čaj (47krát) a káva (46krát), o čemž také vypovídá graf 21, kde konzumaci kávy označilo 82 % respondentů, a graf 22, kde 49 % respondentů konzumuje kávu vícekrát za den a 19 % respondentů konzumuje kávu 1x za den. Dle četnosti odpovědí dalšími konzumovanými nápoji byla respondenty označena obyčejná pitná voda (43krát), neperlivé minerální vody (26krát), perlivé minerální vody (20krát), pivo (16krát), kdy Dítě (2000) uvádí, že řada pacientů velice dobře snáší „malé“ a méněstupňové pivo vypité po jídle. Dalšími konzumovanými nápoji dle četnosti odpovědí byly respondenty označeny ovocné šťávy (14krát), víno

(10krát), limonády typu kola (8krát), tvrdý alkohol (5krát), zeleninové šťávy (3krát), žádný z respondentů nevyužil možnost jiné odpovědi (graf 19). Graf 20 vypovídá, že 62 (67 %) respondentů pije výjimečně, 17 (19 %) nepije a 13 (14 %) respondentů pije pravidelně alkoholické nápoje. Podle Šafránkové a Nejedlé (2006) je důležité vynechat pití kávy, nepožívat alkohol, perlivou vodu a džusy. Dítě (2007) ve své publikaci zakazuje kávu, silný čaj, Coca-colu a alkohol. Podle Lukáše a Žáka (2007) je vhodné vynechat nápoje sycené kyslíčkem uhličitým, kávu a nápoje obsahující kofein, silný čaj, pivo, víno a tvrdý alkohol. Lata a kol. (2010) striktně nezakazují alkohol a dále uvádí, že podle nich malá množství kvalitních destilátů dokonce zlepšují hojení vředu. Je znepokojivé, že 75 (82 %) respondentů pije kávu a jen 17 (18 %) kávu nepije (graf 21). Češka (2010) ve své publikaci zakazuje pití kávy a Lata a kol. (2010) uvádí, že není vhodná ani dekofeinovaná černá káva. Podle Diehla a kol. (2009) kofein způsobuje mimo jiné třes, podrážděnost, nervozitu, překyselení žaludku, nespavost, závislost a zvýšenou stimulaci centrálního nervového systému, která potlačuje potřebu odpočinku, a mohou se zhoršit i problémy s žaludečními a duodenálními vředy.

Graf 23 zjišťuje, v jakém stavu respondenti konzumují zeleninu, kde nejčastěji byla označena syrová zelenina 63krát, dušená zelenina 42krát, vařená zelenina 36krát a smažená zelenina 22krát, v možnosti jiné odpovědi byla označena grilovaná zelenina (1krát). Šafránková a Nejedlá (2006) ve své publikaci doporučují konzumovat libové maso, a to králičí, drůbeží a telecí. Dle četnosti odpovědí v grafu 24 nejčastěji respondenti konzumují drůbeží maso (70krát), vepřové maso (49krát), hovězí maso (24krát), králičí maso (18krát), telecí maso (8krát). Šafránková a Nejedlá (2006) při úpravě potravy radí vyhnout se smažení a pečení, kdy respondenti zvolili způsob úpravy masa pečením (54krát), vařením (51krát), smažením (47krát), dušením (44krát), grilováním (2krát) v možnosti jiné odpovědi (graf 25). Šafránková a Nejedlá (2006) dále uvádí, že je nevhodné jíst uzeniny, o čemž vypovídá graf 26, kdy 36 (39 %) respondentů konzumuje uzeniny často a tentýž počet respondentů 36 (39 %) konzumuje uzeniny výjimečně a naopak 18 (20 %) respondentů přestalo uzeniny konzumovat a 2 (2 %) respondenti uzeniny nikdy nekonzumovali. Graf 27 ukazuje, že 26 (28 %)

respondentů konzumuje kořeněná jídla často, a to se neslučuje s literaturou, například Češka (2010) ve své publikaci radí vyhnout se kořeněnému jídlu.

Další část výzkumného šetření se týkala problematiky kouření, kdy 34 (37 %) respondentů nikdy nekouřilo, 31 (34 %) respondentů kouří pravidelně, 13 (14 %) respondentů kouření zanechalo, 10 (11 %) respondentů kouří výjimečně, 4 (4 %) respondenti přestali, ale už zase kouří (graf 28). Z výsledků vyplývá, že téměř polovina respondentů kouří. Ze získaných údajů můžeme usuzovat, že většina respondentů si neuvědomuje, že kouření patří mezi rizikové faktory vředové choroby, a to nejen pro vznik vředů, ale také pro jejich komplikace. Lukáš a Švestka (2002) doporučují striktní zákaz kouření. Podle Diehla a kol. (2009) se u kuřáků vyskytuje o 60 % více případů žaludečních a duodenálních vředů než u nekuřáků a také podle Kohouta (2005) jsou u kuřáků častější vředy. Podle Čěšky (2010) je prokázáno, že u kuřáků se hojí vředy hůře.

Z grafu 33 vyplývá, že lázně v souvislosti s vředovou chorobou žaludku a duodena navštívilo jen 6 (6 %) respondentů a naopak 86 (94 %) respondentů lázně nenavštívilo, což bylo pro mě překvapující, jelikož také Češka (2010) ve své publikaci uvádí lázeňskou léčbu jako vhodný doplněk léčby. Podle Dítěte (2000) lázeňská léčba zajistí pravidelný stravovací režim a léčebné procedury a disponuje významnou psychoterapeutickou složkou, která je nedílnou součástí léčby vředové choroby. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že druhá hypotéza: ***Pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena dodržují režimová opatření*** se nepotvrdila, přičemž se domnívám, že v případě, že pacienti režimová opatření nedodržují, tak ani nevědí o významu jejich dodržování. Jelikož v první části výzkumného šetření vyplynulo, že respondenti znají spíše obecná opatření než ta specifická, tak i přes to tato obecná opatření nedodržují, což vyplynulo z grafů 20, 21, 22, 25, 26, 27, a tudíž se třetí hypotéza: ***Pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena vědí o významu dodržování režimových opatření*** nepotvrdila.

Další část výzkumného šetření se zabývala problematikou bolesti, kdy 49 (53 %) respondentů bolest nepocíťovalo a 43 (47 %) naopak bolest pocíťovalo (graf 29). Dle Lukáše a Žáka (2007) je v nekomplikovaných případech bolest minimální, nebo

dokonce chybí. Odpověď byla rozvedena o frekvenci bolesti, kdy 16 (17 %) respondentů bolest pociťovalo 3x týdně a častěji, 11 (12 %) respondentů bolest pociťovalo 1x týdně, 10 (11 %) méně často, 6 (7 %) respondentů pociťovalo bolest 2x týdně (graf 30). Dle četnosti odpovědí respondenti bolest tlumili léky (58krát), úlevovou polohou (33krát), aplikací tepla (8krát), aplikací chladu (6krát), možnost jiné odpovědi označili respondenti (15krát) a bolest netlumilo (4krát) (graf 31). Domnívám se, že pacienti nadměrně a možná i zbytečně užívají léky proti bolesti. V otázce, jaké léky respondenti užívají, byla možnost Ibalgin označena 43krát, Paralen 32krát, Nurofen 10krát, Acylpyrin 6krát, jiné léky 8krát a zde uvedli Voltaren, Ibumax a Algifen, a pouze 6krát byla označena možnost, že respondenti neužívali žádné léky (graf 32). Za znepokojující pokládám skutečnost, že tolik pacientů užívá ulcerogenní léky. Tyto léky Dítě (2007) ve své publikaci zakazuje.

Poslední část výzkumného šetření se zabývala informovaností respondentů o režimových opatřeních. Dle četnosti odpovědí byl nejčastějším zdrojem informací lékař (71krát), sestra (64krát), odborná literatura (21krát), kolegové v práci (15krát), rodina (13krát), média (8krát), jiné (6krát) a odpověď nemám informace nebyla označena (graf 5). Z těchto údajů je patrné, že nejčastěji lékaři a sestry poskytují pacientům informace o režimových opatřeních, což je uspokojivé.

V grafech 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpovídali pouze ti respondenti, kteří označili v grafu 5, že zdrojem jejich informací je sestra (64). Z grafu 6 vyplývá, že dle četnosti odpovědí byli respondenti nejvíce informováni o dietních opatřeních (48krát) a zákazu kouření (37krát), ale informace o zákazu užívání ulcerogenních léků se objevily v malém množství odpovědí, což představovalo vyloučení nesteroidních antirevmatik, jako je například Ibalgin a Nurofen (19krát), zákaz užívání Aspirinu (13krát) a zákaz užívání kortikoidů (5krát). Z výsledků vyplývá, že jsou respondenti nejvíce informováni o dietních opatřeních a zákazu kouření (graf 6).

Na otázku, zda měla sestra dostatek času na podání informací, uvedlo 50 % respondentů ano a 20 % spíše ano (graf 7). Žádný z respondentů nevedl, že by sestra neměla dostatek času na podání informací, což hodnotím pozitivně (graf 7). Na otázku, zda byla sestra ochotná odpovědět na dotazy, 70 % respondentů odpovědělo ano a 12 %

spíše ano (graf 8). Žádný z respondentů nevedl, že by sestra nebyla ochotná odpovědět na dotazy, což je příjemné zjištění (graf 8).

Jako nejčastější metodu při podávání informací uvedli respondenti dle četnosti odpovědí ústní metodu (56krát) a leták (34krát) (graf 9). Podle Haluzíkové (2003) by se měly používat nejčastěji informace písemné, anebo audiovizuální, ale tyto informace je nutné doplnit také o informace ústní. Z výsledků šetření dále vyplývá, že 62 % respondentů vyhovovala metoda, kterou uplatnila sestra při podávání informací, a 30 % respondentů spíše vyhovovala (graf 10). Dále 59 % respondentů uvedlo, že podané informace byly srozumitelné, a 30 % respondentů uvedlo, že pro ně byly spíše srozumitelné (graf 11). Pouze jeden respondent uvedl, že mu podané informace spíše nevyhovovaly (graf 11). Z hlediska dostatku informací byly pro 64 % respondentů informace dostatečné, pro 31 % respondentů byly spíše dostatečné a pouze pro jednoho respondenta byly informace nedostatečné (graf 12). Z výsledků uvedených v grafech 5, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 se čtvrtá hypotéza: ***Sestry mají důležitou roli v edukaci pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena*** potvrdila.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla věnována problematice dodržování režimových opatření u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena. Mezi tato opatření patří: relativní fyzický klid, duševní klid a dostatek spánku, dieta a pravidelný stravovací režim, zákaz nebo alespoň podstatné omezení kouření, zákaz ulcerogenních léků, pracovní neschopnost, hospitalizace a lázeňská léčba.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena dodržují režimová opatření. Druhým cílem bylo zjistit, jakou roli mají sestry v edukaci pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena. Posledním cílem bylo na základě výsledků výzkumného šetření vypracovat informační materiál o režimových opatřeních u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena. Všechny tři cíle byly splněny. Byly stanoveny čtyři hypotézy:

H 1 Pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena znají režimová opatření. Hypotéza se nepotvrdila.

H 2 Pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena dodržují režimová opatření. Hypotéza se nepotvrdila.

H 3 Pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena vědí o významu dodržování režimových opatření. Hypotéza se nepotvrdila.

H 4 Sestry mají důležitou roli v edukaci pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena. Hypotéza se potvrdila.

První tři hypotézy o znalostech, dodržování a významu dodržování režimových opatření se nám nepotvrdily. Většina pacientů ví, že mezi režimová opatření patří dieta a pravidelný stravovací režim. Naprostá většina pacientů ovšem neví, a to je velice závažné, že mezi režimová opatření patří zákaz užívání ulcerogenních léků. Zajímavé výsledky přineslo výzkumné šetření týkající se dodržování režimových opatření. Výsledky ukázaly, že naprostá většina pacientů pije kávu a z nich polovina pije kávu vícekrát za den, polovina pacientů kouří, hodně pacientů užívá ulcerogenní léky, naprostá většina pacientů nedodržuje pravidelný stravovací režim, téměř polovina pacientů konzumuje uzeniny a kořeněná jídla, většina pacientů pije nevhodné nápoje,

skoro polovina pacientů relaxuje nepravidelně. Ve většině případů poskytli informace o režimových opatřeních pacientům lékař a sestra. Pacienti s informacemi, které jim poskytla sestra, byli spokojeni.

Na základě výzkumného šetření byl vypracován informační materiál o režimových opatřeních u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena (Příloha 6). Tento materiál může být také inspirací pro edukační činnost sester. Výsledky výzkumného šetření mohou přispět k zefektivnění prevence vzniku nemoci a předcházení komplikací u vředové choroby.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁTOVSKÝ, M. Gastroprotekcía pri dlhodobom užívaní nesteroidných antireumatík, resp. nízkych dávok kyseliny acetylosalicylovej. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*, 2010, roč. 64, č. 3, s. 18-23. ISSN 1213-323X.
2. CURYLOVÁ, K., MARTENOVÁ, H. Peptický vřed a vředová choroba. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 3, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
3. ČEŠKA, R. et al. *Interna*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.
4. DIEHL, H., LUDINGTONOVÁ, A., PRIBIŠ, P. *Síla zdraví*. 2. vyd. Praha: Advent-Orion, 2009. 349 s. ISBN 978-80-7172-093-5.
5. DÍTĚ, P. et al. Akutní nevarikózní krvácení do horní části trávicího traktu. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*, 2007, roč. 61, č. 1, s. 6-10. ISSN 1213-323X.
6. DÍTĚ, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.
7. DÍTĚ, P. *Vředová nemoc žaludku a duodena*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 111 s. ISBN 80-7262-079-7.
8. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
9. FELDMAN, M., FRIEDMAN, L. S., BRANDT, L. J. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management*. 9th ed. Philadelphia: Saunders, 2010. 1198 p. ISBN 978-1-4160-6189-2.
10. HALUZÍKOVÁ, J. Edukace-nástroj léčby. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 4, s. 14-15. ISSN 1210-0404.
11. HALUZÍKOVÁ, J. Informovaný pacient-spokojený pacient, zdravotník v roli edukátora. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 7, s. 276-280. ISSN 1801-1349.

12. HERMAN, E., DOUBEK, P. *Deprese a stres*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 94 s. ISBN 978-80-7345-157-8.
13. HYNIE, S. *Farmakologie v kostce*. 2. vyd. Praha: Triton, 2001. 520 s. ISBN 80-7254-181-1.
14. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
15. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V. *Ošetrovatelství - učební text pro střední zdravotnické školy 1. část - vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. 2. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 228 s. ISBN neuvedeno.
16. KEIL, R. et al. *Gastroskopie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 173 s. ISBN 80-7345-106-9.
17. KOHOUT, P. *Vředová choroba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 77 s. ISBN 80-7345-077-1.
18. KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2008. 109 s. ISBN 978-80-903820-7-7.
19. KOUTNÁ, A. Lázeňská léčba spojená s edukací. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 2, s. 52-53. ISSN 1210-0404.
20. KRASKA-LÜDECKE, K. *Nejlepší techniky proti stresu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 116 s. ISBN 978-80-247-1833-0.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
22. LATA, J. et al. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.
23. LINCOVÁ, D., FARGHALI, H. et al. *Základní a aplikovaná farmakologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 672 s. ISBN 978-80-7262-373-0.
24. LUKÁŠ, K. et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
25. LUKÁŠ, K., ŠVESTKA, T. *Refluxní choroba jícnu a vředová choroba gastroduodena*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 207 s. ISBN 80-7254-309-1.

26. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. et al. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
27. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. et al. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
28. MARTÍNEK, J., ŠPIČÁK, J. *Onemocnění žaludku a dvanáctníku, Helicobacter pylori*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 127 s. ISBN 80-7254-106-4.
29. MARTÍNKOVÁ, J. et al. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
30. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství II. Díl – Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2004. 162 s. ISBN 80-246-0428-0.
31. MELGOSA, J. *Zvládni svůj stres*. 2. vyd. Praha: Advent-Orion, 2001. 193 s. ISBN 80-7172-624-9.
32. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
33. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
34. MOJŽÍŠOVÁ, A. *Zdravotně sociální pracovník*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 220 s. ISBN neuvedeno.
35. NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
36. RAMAKRISHNAN, K., SALINA, R. C. Peptická vředová choroba. *Medicína po promoci*, 2008, roč. 9, č. 1, s. 14-24. ISSN 1212-9445.
37. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
38. STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE Nemocnice Písek č. 14 A, Edukace. 2010.
39. STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP Nemocnice Písek č. 02, Gastroskopie. 2010.
40. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.

41. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
42. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 496 s. ISBN 80-7172-841-1.
43. ŠVESTKA, T. Vředová choroba gastroduodena. *Medical Tribune*, 2007, roč. 3, č. 26, s. 4-6. ISSN 1214-8911.
44. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 218 s. ISBN 80-7040-454-X.
45. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Edukace pacienta

Režimová opatření

Sestra

Vředová choroba žaludku a duodena

9 PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1 - Dotazník

PŘÍLOHA 2 - Vřed žaludku

PŘÍLOHA 3 - Vřed bulbu dvanáctníku s krvácením

PŘÍLOHA 4 - Helicobacter pylori

PŘÍLOHA 5 - Dechový test

PŘÍLOHA 6 - Informační brožura pro pacienty

PŘÍLOHA 1

Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Ilona Hesounová a studuji 3. ročník kombinovaného studia na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích obor Všeobecná sestra. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: Dodržování režimových opatření u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena. Dotazník je anonymní a zjištěné údaje budou využity pouze v rámci výzkumu v mé bakalářské práci. Není-li uvedeno jinak, označte vždy jen jednu odpověď. Mnohokrát Vám děkuji za čas strávený vyplněním tohoto dotazníku a přeji hezký den.

Hesounová Ilona

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk:

- a) méně než 40 let
- b) 40-50 let
- c) 51-60 let
- d) 61-70 let
- e) více než 70 let

3. Jak dlouho se léčíte s vředovou chorobou žaludku a duodena?

- a) méně než 1 rok
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11-20 let
- e) 21 a více let

4. Mezi režimová opatření u vředové choroby žaludku a duodena dle Vašeho názoru patří: (můžete označit i více odpovědí)
- a) dieta a pravidelný stravovací režim
 - b) relativní fyzický klid
 - c) duševní klid
 - d) dostatek spánku
 - e) prevence stresu
 - f) odstranění stresu
 - g) zákaz nebo alespoň podstatné omezení kouření
 - h) zákaz užívání nesteroidních antirevmatik (např. Ibalgin, Nurofen)
 - i) zákaz užívání kyseliny acetylsalicylové (např. Anopyrin, Aspirin)
 - j) zákaz užívání kortikoidů (např. Prednison)
 - k) pracovní neschopnost
 - l) lázeňská léčba
 - m) jiné (prosím doplňte)
5. Kdo Vám poskytl informace o režimových opatřeních u vředové choroby žaludku a duodena? (můžete označit i více odpovědí)
- a) sestra
 - b) lékař
 - c) kolegové v práci
 - d) rodina
 - e) z médií
 - f) z odborné literatury
 - g) nemám informace
 - h) jiné (prosím doplňte)

Pokud jste označil/a v otázce č. 5 také možnost a) sestra, pokračujte otázkou č.6.

Pokud se ve Vašich odpovědích neobjevila možnost a) sestra, přejděte na otázku č. 13.

6. O čem Vás sestra informovala? (můžete označit i více odpovědí)
- a) o prevenci a odstranění stresu
 - b) o dostatečném odpočinku a spánku
 - c) o dietních opatřeních
 - d) o zákazu kouření
 - e) o způsobech odvykání kouření

- f) o vyloučení nesteroidních antirevmatik – např. Ibalgin, Nurofen
- g) o zákazu užívání Aspirinu
- h) o zákazu užívání kortikoidů (např. Prednison)
- i) jiné (prosím doplňte)

7. Měla sestra dostatek času na podání informací?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

8. Byla sestra ochotná odpovědět na Vaše dotazy?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

9. Jakou metodu uplatnila sestra při podávání informací? (můžete označit i více odpovědí)

- a) ústní
- b) leták (brožura)
- c) CD/DVD
- d) jiná forma (prosím doplňte).....

10. Vyhovovala Vám tato metoda?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

11. Byly pro Vás podané informace srozumitelné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Pokud jste odpověděl/a v otázce č. 11 d) spíše ne nebo e) ne prosím doplňte,
čemu jste nerozuměl/a

12. Byly informace dle Vašeho názoru dostatečné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

13. Jaké je Vaše zaměstnání?

Prosím doplňte

14. Jsem v psychické pohodě:

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

15. Kolik hodin denně spíte?

- a) méně než 5 hodin
- b) 6 – 8 hodin
- c) 9 – 11 hodin
- d) 12 a více hodin

16. Relaxujete a odpočíváte?

- a) ano, 1-2x týdně
- b) ano, 3-4x týdně
- c) ano, 5-6x týdně
- d) ano, denně
- e) ano, ale nepravidelně
- f) ne

Pokud ano, prosím doplňte, jakým způsobem

17. Jak často denně jíte?

- a) 1 - 2x
- b) 3 - 4x
- c) 4 - 6x
- d) 7x a více

18. Které nápoje pijete nejčastěji? (můžete označit i více odpovědí)

- a) obyčejnou pitnou vodu
- b) neperlivé minerální vody
- c) perlivé minerální vody
- d) limonády typu kola
- e) čaj
- f) ovocné šťávy (např. džusy)
- g) zeleninové šťávy
- h) káva
- i) pivo
- j) víno
- k) tvrdý alkohol
- l) jiné (prosím doplňte)

19. Pijete alkoholické nápoje?

- a) ano - pravidelně
- b) ano - výjimečně
- c) ne

20. Pijete kávu?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, jak často?

- a) 1x denně
- b) vícekrát za den
- c) 1x za týden
- d) vícekrát za týden
- e) příležitostně

21. V jakém stavu konzumujete zeleninu? (můžete označit i více odpovědí)
- a) syrová
 - b) dušená
 - c) smažená
 - d) vařená
 - e) jiné (prosím doplňte)
 - f) nekonzumuji
22. Jaké druhy masa konzumujete nejčastěji? (můžete označit i více odpovědí)
- a) drůbeží
 - b) králičí
 - c) telecí
 - d) vepřové
 - e) hovězí
 - f) jiné (prosím doplňte)
 - g) nekonzumuji
23. Jakým způsobem upravujete maso? (můžete označit i více odpovědí)
- a) vařením
 - b) dušením
 - c) smažením
 - d) pečením
 - e) jiné (prosím doplňte)
 - f) nekonzumuji
24. Konzumujete uzeniny?
- a) ano, často
 - b) ano, výjimečně
 - c) přestal/a jsem
 - d) přestal/a jsem, ale už zase konzumuji
 - e) nikdy jsem nekonzumoval/a
25. Konzumujete kořeněná jídla?
- a) ano, často
 - b) ano, výjimečně
 - c) přestal/a jsem
 - d) přestal/a jsem, ale už zase konzumuji
 - e) nikdy jsem nekonzumoval/a

26. Kouříte?
- a) ano, pravidelně
 - b) ano, výjimečně
 - c) ne, nikdy jsem nekouřil/a
 - d) přestal/a jsem, ale už zase kouřím
 - e) kouření jsem zanechal/a

27. Pociťujete bolest?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, jak často pociťujete bolest?

Prosím doplňte

28. Jakým způsobem tlumíte bolest? (můžete označit i více odpovědí)

- a) léky
- b) aplikace tepla
- c) aplikace chladu
- d) úlevová poloha
- e) netlumím bolest
- f) bolest vůbec nepociťuji
- g) jiné (prosím doplňte)

29. Jaké léky užíváte při bolesti? (můžete označit i více odpovědí)

- a) Aspirin
- b) Acylpyrin
- c) Paralen
- d) Ibalgin
- e) Anopyrin
- f) Nurofen
- g) žádné léky
- h) jiné léky (prosím doplňte)
- i) nepociťuji bolest

30. Navštívil/a jste lázně v souvislosti s vředovou chorobou žaludku a duodena?

- a) ano
- b) ne

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA 2

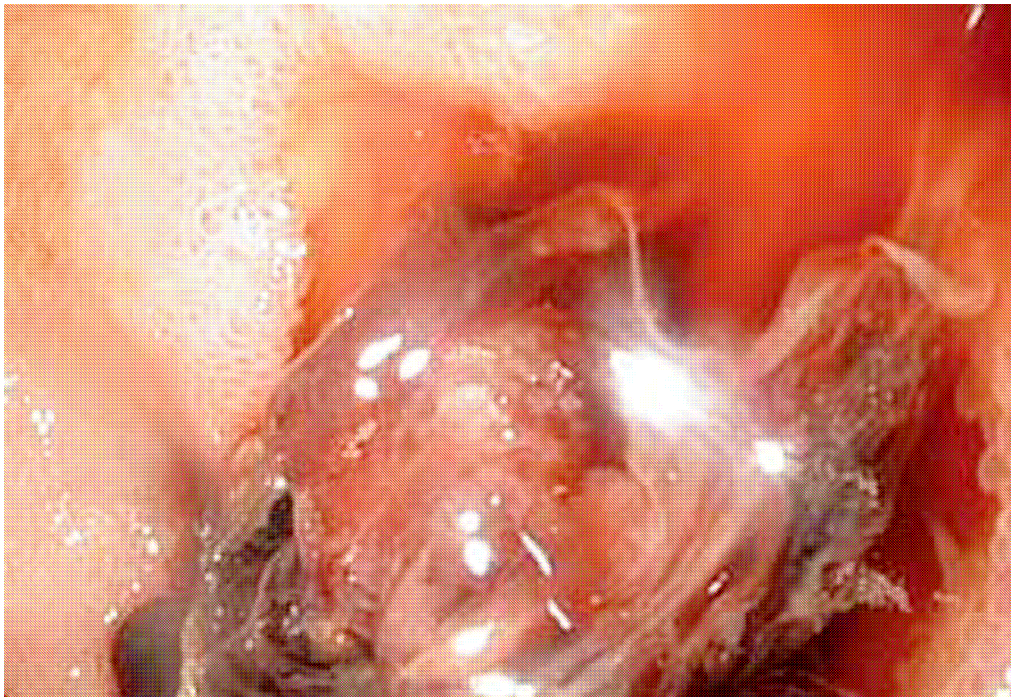
Vřed žaludku



Zdroj: <http://www.gasset.cz/userdata/suplementy/gastro-minimum-07.pdf>

PŘÍLOHA 3

Vřed bulbu dvanáctníku s krvácením



Zdroj: <http://www.gasset.cz/userdata/suplementy/gastro-minimum-07.pdf>

PŘÍLOHA 4

Helicobacter pylori



Zdroj: GREGAR, I., EHRMANN, J. Peptický vřed. *Postgraduální medicína*, 2000, roč. 2, č. 6, s. 664-670. ISSN 1212-4184.

PŘÍLOHA 5

Oddělení laboratorní medicíny Nemocnice Šternberk

Jívavská 20, 78516, Sternberk, Czech Republic

tel/fax+420585084305 +420585087306

E-mail: olm@nemstbk.cz Info www.nemstbk.cz/olm



Dechový test pro průkaz *Helicobacter pylori*

Substrát: ^{13}C -urea

Program: *Helicobacter pylori* Status (UBT)

Teorie: Princip dechového testu k průkazu infekce *Helicobacter pylori* je založen na schopnosti bakterie *Helicobacter pylori* štěpit ureu. Bakterie obsahuje ureázu, která štěpí močovinu získanou z potravy. Močovina je ureázou štěpena na oxid uhličitý a amoniak. Bakterie si pomocí této reakce může regulovat pH svého okolí a přežít v jinak velmi kyselém prostředí žaludku. Vzniklý oxid uhličitý je rychle absorbován, dostává se do krve, krevním řečištěm do plic, odkud je vydýchán. Z dynamiky změn poměru $^{13}\text{CO}_2/^{12}\text{CO}_2$ ve vydechovaném vzduchu před podáním 75 mg substrátu a 30 minut po podání substrátu lze prokázat HP infekci.

Postup:

Pacient musí být nalačno. Během testu se může podávat pouze čistá nesycená voda.

Příprava testovacího nápoje: 75mg ^{13}C -urey rozpuštěné ve 200ml pomerančového džusu bez chemické konzervace (kyselé prostředí v žaludku ovlivní setrvání substrátu po dobu testu).

Odběr vzorků dechu:

1. připraví se 1 dechový dvojsáček (2 dechové vzorky), označí se jménem a pořadím odběru (0 a 30 minut)
2. odebere se první dechový vzorek (spodní plicní výdech) v 0 min = bazální nulová hodnota
3. pacient vypije testovací nápoj
4. po 30 minutách od podání substrátu se odebere druhý dechový vzorek

1. sáček	2. sáček
0 min	30 min

Vyhodnocení: IRIS-SW verze 2.3, vyhodnocení podle DOB (Delta Over Baseline – rozdíl vůči nulové hodnotě).

DOB (‰)	Interpretace nálezu
0-2,5	negativní
2,5-5	šedá zóna (možná interference s některými léky)
≥5	pozitivní

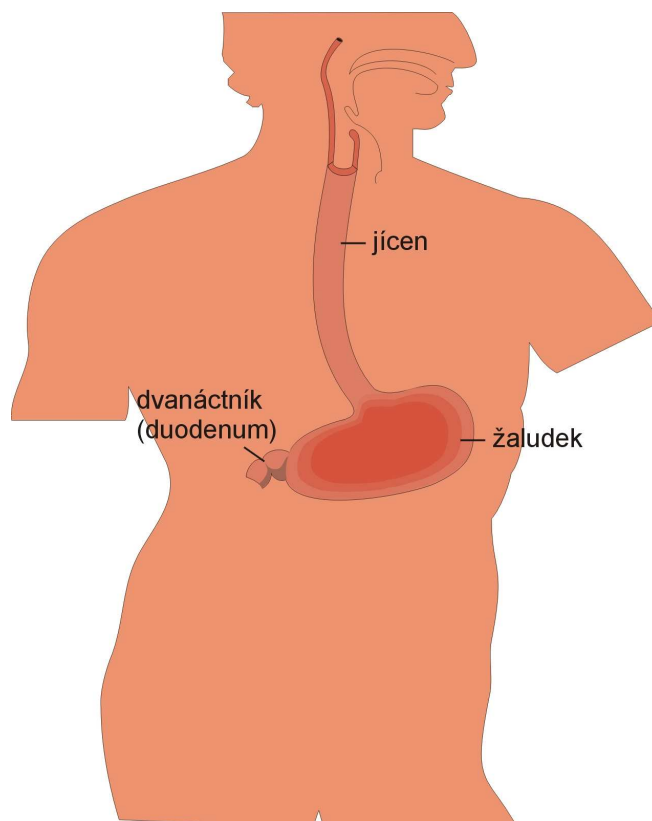
DOB..změna poměru $^{13}\text{CO}_2/^{12}\text{CO}_2$ za 30 min po podání substrátu

Poznámka: Na výsledek testu má vliv motilita i morfologické změny žaludku, léčba inhibitory protonové pumpy, antibiotiky či preparáty bismutu. Dechový test by se měl provádět za 4-6 týdnů po ukončení eradikační terapie. Pokud je výsledek testu v hodnotách šedé zóny je nutno zjistit, zda pacient neužíval výše uvedené medikamenty, pokud ano je diagnóza HP pozitivní, pokud ne pak je pravděpodobně HP negativní.

Zdroj: http://olm.nemstbk.cz/olm/soubost/navod_hp.doc

Vředová choroba žaludku a duodena

Informace pro pacienty



Co je vředová choroba žaludku a duodena?

Vředová choroba žaludku a duodena (dvanáctníku) je onemocnění, které se vyskytuje v populaci poměrně. V České republice toto onemocnění postihuje 3 až 10 % populace.

Vřed je hluboké poškození sliznice. Vyskytuje se v trávicí trubici všude tam, kde je přítomna volná kyselina chlorovodíková, tj. v jícnu, žaludku a duodenu.

O **vředové chorobě žaludku** hovoříme, je-li vředová léze (poškození) lokalizována v oblasti žaludečního těla. Je-li lokalizace v duodenu, hovoříme o **vředu duodenálním**. 80 % všech vředových lézí je lokalizováno v oblasti duodena. Duodenálním vředem onemocní nejčastěji muži ve věku 20-40 let. Vřed však může postihnout jak děti, tak i osoby starší 70 let. Žaludeční vřed se vyskytuje u obou pohlaví rovnoměrněji, postihuje spíše pacienty ve středním a starším věku.

Vředovou chorobu žaludku a duodena můžeme rozdělit do dvou skupin. Do první skupiny řadíme **vlastní vředovou chorobu žaludku a duodena** (žaludeční a duodenální vřed), kde hlavní příčinou je zánět sliznice vyvolaný bakterií *Helicobacter pylori* (Hp). Do druhé skupiny patří **vředy druhotné (sekundární)**, které mají jinou příčinu (*Helicobacter pylori* negativní). Z nich jsou nejčastější vředy lékové.

Při vzniku vředu má zásadní význam porušení rovnováhy mezi tzv. agresivními a ochrannými faktory.

Agresivní faktory
HCl – kyselina chlorovodíková (kyselina solná)
Peptická aktivita žaludečního sekretu
Helicobacter pylori
Žlučové kyseliny, pankreatické enzymy
Porucha cirkulace a mikrocirkulace
Užívání ulcerogenních léků - nesteroidní antirevmatika, - kortikoidy - kyselina acetylsalicylová
Nitrosaminy (vznikají z dusičnanů, obsažených v uzeninách nebo zelenině účinkem kyseliny chlorovodíkové)
Stres
Kouření
Kofein
Alkohol
Některá dráždivá jídla

Ochranné faktory
Zásaditá reakce slin, pankreatické šťávy
Bikarbonáty v žaludečním sekretu
Vrstva hlenu na žaludeční sliznici
Endogenní prostaglandiny
Normální cirkulace a mikrocirkulace
Regenerační schopnost buněk
Antiulcerózní medikace
Alkalický vliv potravy

Příznaky onemocnění

Tabulka: Znamky a příznaky

Vřed žaludeční	Vřed duodenální
převládá bolest v nadbřišku po jídle	bolest nalačno (2 a více hodin po jídle)
bolest je tupá	bolest budí ze spaní
nauzea, zvracení	bolest ustoupí po jídle a antacidech
pocit sytosti, nechut' k jídlu	časté pálení žáhy, říhání, zácpa, zvracení
ztráta hmotnosti	chuť k jídlu zvýšená, zvýšení hmotnosti
častěji se vyskytuje mezi 40. až 70. rokem	častý výskyt je mezi 20. až 40. rokem

Pokud se objeví černá stolice (meléna) nebo zvracení s přítomností čerstvé nebo natrávené krve, která připomíná kávovou sedlinu (hematemeza), je bezpodmínečně nutné rychlé vyšetření lékařem. Stejný postup je nutný i v případě, že vznikne náhlá krutá bolest v nadbřišku, která vzbuzuje podezření z proděravění (perforace) vředu.



Diagnóza (jak onemocnění zjistit)

Anamnéza (předchorobí)

Fyzikální vyšetření

Laboratorní vyšetření

Endoskopické vyšetření - **gastroskopie** - vyšetření žaludku přímým pohledem pomocí

endoskopu (ohebná hadička), který se zavede do horní části trávicí trubice. Během vyšetření je možno odebrat malý kousek tkáně na histologické či mikrobiologické vyšetření.

Příprava na vyšetření – 6 hodin před plánovaným vyšetřením nejíst, nepít, nekouřit.

Průběh vyšetření – lékař zavádí endoskop přes kořen jazyka do jícnu a žaludku. Vyšetření se provádí vleže na levém boku a trvá většinou jen několik minut. Krk je znecitlivěn pomocí lokálního prostředku (anestetika). Po běžné nekomplikované gastroskopii může pacient pít a jíst za půl hodiny.

Vyšetření infekce *Helicobacter pylori*:

Invazivní vyšetření při gastroskopii.

Neinvazivní vyšetření:

- dechový test
- vyšetření stolice
- odběr krve

Komplikace vředové choroby

Krvácení

Perforace (proděravění)

Penetrace (pronikání vředu celou stěnou do jiného orgánu)

Stenóza pyloru (zúžení vrátníku)

Nádorová změna vředu

Léčba

U nekomplikovaného vředu léčba medikamentózní a režimová opatření.

Cílem léčby je potlačení kyselé sekrece a odstranění (eradikace) *Helicobacter pylori*.

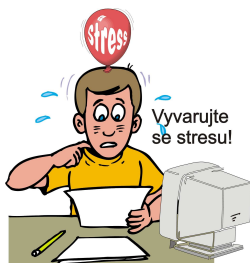
Prognóza

Prognóza vředové choroby je v naprosté většině případů velice příznivá.

Medikamentózní léčba – podle ordinace lékaře. Tato léčba je dnes velmi účinná.

Režimová opatření – léčebný režim je základní součástí léčby. Tvoří ho tyto složky:

Relativní fyzický klid

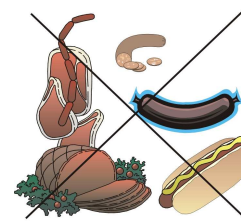
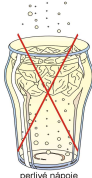
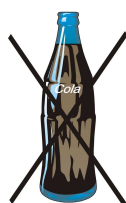


Duševní klid, dostatek spánku

Snažte se vyvarovat stresu. Jste-li přesto stresu vystaveni, používejte různé relaxační způsoby a techniky. K nejosvědčenějším technikám patří jóga, dechová cvičení, aromaterapie, terapie barvami. Dopřejte si každý den dostatek odpočinku a spánku.



Úprava stravy a pravidelný stravovací režim



Jezte častěji a v menších dávkách (6-7x denně). Nejezte tučnou stravu a kořeněné jídlo. Při úpravě potravy používejte dušení a vaření. Není vhodné smažení a pečení. Nekonzumujte nápoje s obsahem kofeinu, alkohol, perlivou vodu. Nejsou vhodné velmi horké či velmi studené nápoje.

Tabulka potravin

	Vhodné potraviny
Maso	králíčí, drůbeží, telecí
Zelenina	čerstvá kvalitní zelenina
Ovoce	kvalitní druhy, dobře vyzrálé
Nápoje	pramenitá voda, minerální vody nesyčené kyslíčným uhlíkem

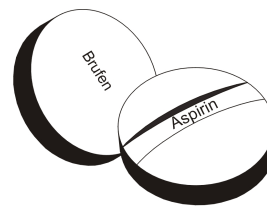
	Nevhodné potraviny
Maso	tučné a nakládané
Zelenina	nadýmavé druhy - kapusta, zelí, květák paprika, nakládaná a sterilovaná kyselá zelenina
Moučnický	nejsou doporučována čerstvá kynutá těsta
Luštěniny	hrách, čočka, sójové boby, fazole
Pochutiny	sójové a worchesterové omáčky, hořčice, ostré kečupy, octy, omáčky připravené z ryb
Nápoje	káva, perlivá voda, silný čaj, Coca-cola, Kofola, alkohol
Ostatní	smažené a pečené potraviny

Zákaz kouření



Kouření dráždí ochrannou vrstvu žaludku a dvanáctníku, podílí se na zhoršení prokrvení sliznice žaludku a duodena. Zvyšuje riziko komplikací a zpomaluje hojení. Pokud kouříte, je nejvyšší čas přestat. Existují protikuřácké programy a odvykáací léčba (www.odvykani-koureni.cz, www.stop-koureni.cz).

Zákaz ulcerogenních léků



Neužívejte ulcerogenní léky

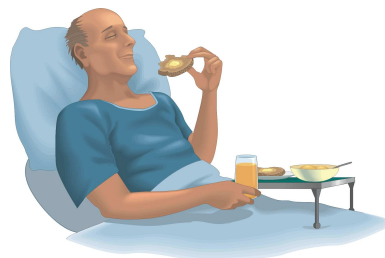
Vyvarujte se užívání léků obsahujících kyselinu acetylsalicylovou (např. Aspirin, Acylpyrin), vyvarujte se užívání nesteroidních antirevmatik (např. Ibalgin, Brufen, Voltaren, Nurofen) a kortikoidů.

Pracovní neschopnost

Posuzuje se přísně individuálně. Důležitou roli hraje objektivní nález, intenzita obtíží pacienta, povaha a náročnost práce a i postoj pacienta k pracovní neschopnosti. Doporučuje se pracovní neschopnost pacientům s akutní vředovou chorobou, kteří vykonávají fyzicky těžkou práci nebo pracují ve směnném provozu. Samozřejmě to platí i pro pacienty s komplikovaným průběhem vředové choroby.

Hospitalizace

Hospitalizace je nutná jen při komplikacích.



Lázeňská léčba

Je vhodný doplněk léčby. Lázně, které se zaměřují na léčbu vředové choroby, jsou především Karlovy Vary, Bílina a Luhačovice.



Shrnutí režimových opatření



Shrnutí režimových opatření

Přestaňte kouřit.

Neužívejte nesteroidní antirevmatika, léky obsahující kyselinu acetylsalicylovou a kortikoidy. Požádejte svého lékaře, aby Vám doporučil jiné léky proti bolesti.

Jezte vhodnou stravu.

Jezte vícekrát denně (6-7x) menší porce.

Z nápojů vynechte kávu, alkohol, perlivou vodu, kolu, silný čaj.

Nejezte tučná jídla na noc.

Vyvarujte se stresu.

Užívejte léky doporučené lékařem.

Podpořte léčebný proces

Vy sami můžete přispět ke zlepšení své choroby dodržováním režimových opatření.

Léčba	Přípravek	Dávkování
Inhibitor protonové pumpy		
Antimikrobiální přípravek		
Antimikrobiální přípravek		

Příští kontrola

Poznámky

	Datum	Hodina
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		



Tato brožura slouží jen jako informační materiál, proto prosím vždy konzultujte onemocnění s lékařem.

Tato brožura byla vytvořena na základě mé bakalářské práce.