



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Ošetrovatelská péče o pacienta s onemocněním
vředové choroby gastroduodena

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Monika Růžičková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Hellerová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienta s onemocněním vředové choroby gastroduodena*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5. 2021:

.....

Monika Růžičková

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Věře Hellerové, Ph.D., vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení, ochotu, čas a cenné rady, které mi pomohly ve zpracování této problematiky. Dále děkuji rodině a přátelům za podporu a pomoc ve chvílích, kdy to bylo nejvíce potřeba. Nakonec bych chtěla poděkovat všem informantům za poskytnuté odpovědi k výzkumné části bakalářské práce.

Ošetrovatelská péče o pacienta s onemocněním vředové choroby gastroduodena

Abstrakt

Úvod: Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetřování pacientů s vředovým onemocněním. Populace by měla znát dopad onemocnění, který způsobuje nesprávná životospráva a nadměrné užívání léčiv.

Cíle práce: Cílem práce je popsat znalosti pacientů o režimových opatřeních vředové choroby gastroduodena. A popsání dopadu onemocnění na jednotlivé oblasti života.

Metodika: Empirická část byla zrealizována kvalitativním výzkumem pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Ten se skládal z 23 hlavních otázek a 50 podotázek. Informanti nad 18 let byli vybíráni z Vysočiny. Jednalo se o 5 mužů a 3 ženy. Pouze 2 informanti měli zdravotnické vzdělání, ostatní byli z laické veřejnosti.

Výsledky: Získané informace byly rozčleněny do 4 kategorií a 8 subkategorií. Bylo zjištěno, že nemocní by mohli být lépe edukováni o komplikacích vředového onemocnění. Největší znalosti projeví z oblasti výživy a odpočinku. Onemocnění mělo největší dopad na všechny životní oblasti v akutní fázi. V chronické fázi onemocnění informanti nepozorovali negativní dopad na jednotlivé oblasti života. Jedinou oblastí, kde je pro ně zapotřebí dodržovat jistá pravidla, je výživa.

Závěr: Zdravý životní styl je velmi důležitý v prevenci vředového onemocnění. Dostatek spánku, eliminace stresu a pravidelný režim člověka může předejít zdravotním problémům. Výsledky bakalářské práce mohou být zdrojem informací pro studenty ošetrovatelství připravující se na výkon povolání, ale i pro sestry v praxi. Poukazují na možné dopady onemocnění na jednotlivé oblasti života pacientů, které by měly být v rámci léčby zohledněny.

Klíčová slova:

Sestra, vředová choroba, režimová opatření, dopad onemocnění, edukace

Nursing Care of Patient with Gastro-Duodenal Ulcer

Abstract

Introduction: This Bachelors work deals with the issue of caring for patients with Gastro-Duodenal Ulcer disease. The population should be aware of the impact that the disease has which is caused by poor lifestyle and overusing of medicinal substances.

The aim of the work: The aim of this work is to describe the knowledge of the patients about the regime measures moderate gastroduodenal diseases and to describe the impact of the disease on individual areas of life,

Methodology: The empiric part was implemented by quantitative research through semi-structured dialog. The dialog consisted of 23 main questions and 50 subquestions. The informants above 18 years were selected from Vysočina (Highlands Region). They were 5 men and 3 women. Only two informants had medical education, the others were from the general future.

The results: The obtained information was divided into four categories and eight subcategories. Through the research it was discovered that patients could be better educated about the complications of peptic ulcer disease. They showed the most knowledge in the field of nutrition and resting. The disease had the most impact on all areas of living in the most acute state. In the chronic phase of the disease, the informants did not observe a negative impact on individual areas of life.

Conclusion: Healthy lifestyle is very important for prevention against peptic ulcer disease. Enough sleep, elimination of stress and regular regime can help prevent health issues. The result of this bachelors work can be a source of information for nursing students in education as well as nurses in practise. The results also point out the possible effects of the disease on individual areas of the patient's life, which should be taken into account during the treatment.

Key words:

Nurse, peptic ulcer disease, regime measures, impact of the disease, education

Obsah

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Anatomie a fyziologie žaludku a dvanáctníku.....	8
1.2 Etiopatogeneze.....	11
1.3 Klinický obraz.....	13
1.4 Diagnostika	13
1.5 Komplikace.....	15
1.5.1 Krvácení ze vředu.....	16
1.5.2 Penetrace.....	16
1.5.3 Perforace.....	17
1.5.4 Stenóza pyloru	17
1.6 Léčba a úloha sestry v péči o pacienta.....	18
1.6.1 Farmakologická léčba.....	18
1.6.2 Chirurgická léčba.....	20
1.6.3 Nefarmakologická léčba	21
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	24
3. OPERCIONALIZACE POJMŮ	25
4. METODIKA	26
5. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	27
5.1 Identifikační údaje informantů.....	27
5.2 Charakteristika zaměstnání	29
5.3 Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové chorobě.....	30
5.4 Režimová opatření při vředové chorobě	35
5.5 Život s vředovým onemocněním	38
6. DISKUZE	40
7. ZÁVĚR	47
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	48
9. SEZNAM PŘÍLOH	53

ÚVOD

Bakalářská práce se týká ošetřování pacientů s vředovým onemocněním gastroduodena. Téma mě zaujalo právě proto, že jsem se často starala o pacienty s tímto onemocněním a měla jsem možnost seznámit se blíže s nimi i jejich problémy.

Je všeobecně známo, že žaludeční a duodenální vředy vznikají z důvodu špatné životosprávy či nadměrného stresu a užívání léčiv. Ať už jsem měla praxe na jakémkoliv oddělení, setkala jsem se s pacienty, kteří by právě mohli být náchylní k tomuto onemocnění. A nebylo tomu tak pouze v nemocnici, ale i ve velmi blízkém okolí. Také mě překvapilo, že vředovou chorobou gastroduodena netrpí pouze starší populace, ale i ta mladší. Proto pokládám za důležité mít v povědomí rizika, která nese špatná životospráva a nadměrné užívání léčiv. Konkrétně jde o lékovou skupinu nesteroidní antirevmatika, jejímž zástupcem je populací oblíbený lék ibuprofen.

Teoretická část bakalářské práce popisuje anatomii žaludku, příčiny, příznaky a komplikace vředového onemocnění. V neposlední řadě také jeho léčbu. Kromě farmakologické léčby je v práci zmíněná i léčba nefarmakologická. Jejím obsahem jsou právě režimová opatření, která by měl znát každý pacient s vředovým onemocněním a dbát na jejich dodržování. Dále je v léčbě zmíněná role sestry, bez které by péče o pacienta nebyla komplexní. Zdravotnický personál by měl individuálně edukovat pacienty s vředy o správné životosprávě, opatřeních a o následné léčbě s pravidelnými kontrolami lékaře. Výzkumná část mapuje znalosti nemocných o vředové chorobě, o komplikacích a dietních pravidlech. Dále zjišťuje, v jakých jednotlivých životních oblastech došlo u pacientů k omezení a z jaké příčiny.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie žaludku a dvanáctníku

Žaludek je část trávicí trubice, která je napojená na jícen. Potrava je zde uchována a zčásti zpracována. Poté je přesunuta do střeva. Tvar žaludku je různorodý v závislosti na více faktorech. Žaludek hákovitý, který má nejdříve dlouhou sestupnou část a poté krátký vzestupný úsek, tvoří písmeno J. Žaludek tvaru býčího rohu má trubici lehce prohnutou. Nejnižší místo je tam, kde se nachází přechod jícnu do duodena. Tento tvar je typický pro prázdný žaludek a u ležícího člověka (Naňka, 2009).

Žaludek je uložen v dutině břišní na levé straně a naléhá na bránici (Čihák, 2013). Je složen z několika částí: fundus gastricus, corpus gastricum a pars pylori (viz Příloha č. 1). Fundus (česky klenba) je situován na vrcholu žaludku, bývá často naplněn vzduchem a je uložen pod levou bránicí. V pravé části fundu se nachází kardie neboli česlo. Slouží jako vstup do žaludku. Corpus gastricum (tělo žaludku), přechází v zúženou část pylorus, česky vrátník (Naňka, 2015). Žaludek má dvě zakřivení, které se latinsky nazývají *curvatura minor* (menší) a větší *curvatura major* (Čihák, 2013). Podél těchto zakřivení vedou mízní cévy, krevní cévy i nervy potřebné k zásobování žaludku (Kachlík, 2018).

Každá část žaludku produkuje jinou složku výsledné žaludeční šťávy. V těle a fundu žaludku jsou obsaženy parietální buňky tvořící kyselinu chlorovodíkovou a vnitřní faktor. Hlavní buňky v žaludku tvoří pepsinogen a lipázu. Buňky krčků zajišťují sekreci lipázy a hlenu. V oblasti pyloru a kardií jsou tubulární žlázy produkující hlen. V konečné části žaludku mucinózní buňky produkují hlen a pepsinogen. Dále G, D a ECL buňky produkují hormon gastrin, somatostatin a histamin (viz Příloha č. 1) (Kittnar, 2020).

Kyselina chlorovodíková, kterou produkují parietální buňky, zajišťuje v žaludku kyselé pH. To je nezbytné k činnosti pepsinů. Ty chrání některé vitamíny jako například vitamín C. Kyselina chlorovodíková má baktericidní účinek a způsobuje bobtnání vaziva. Tím dochází k rozvolnění svalových snopců. Dále porušuje prostorové uspořádání bílkovin. Díky tomu zjednodušuje jejich trávení a redukuje železo (Kittnar, 2020). Výdej kyseliny chlorovodíkové se zvyšuje při aktivaci parasympatiku

v souvislosti působením hormonu gastrinu a histaminu. Kyselinu tlumí hormon sekretin (Merkunová, 2008).

Živiny jsou vstřebávány pomocí enzymů přítomných v žaludku. Bílkoviny štěpí pepsiny na peptidy. Pepsin je vlivem kyselého prostředí proměněný na pepsinogen. Význam pepsinu tkví v trávení kolagenu. Kolagen patří mezi stavební komponenty mezibuněčného vaziva masa. Svalová vlákna, která jsou rozvolněna pepsinem, usnadní trávení svalových proteinů enzymy. Trávení tuků je umožněno lipázou. Většina tuků však není natrávena v žaludku, ale až v duodenu. Celkově resorpce živin v žaludku je minimální. Týká se především látek rozpustných v tucích. Za rychle vstřebatelný se považuje například alkohol. Cca 20 % se vstřebá v žaludku a zbytek v duodenu a v tenkém střevě (Petřek, 2019).

Na regulaci a produkci žaludeční šťávy se podílí hormonální i nervové složky. Hormon gastrin, který je produkován G buňkami, podporuje tvorbu žaludečních šťáv. Je uvolňován pomocí parasympatického systému – nervus vagus a mechanickými či chemickými vlivy v žaludku. Zvyšuje tonus žaludeční stěny, kontrakce žaludku a podporuje vazodilataci (Mourek, 2012). Důležitou roli v inervaci gastrointestinálního traktu hraje vegetativní nervový systém, tzv. sympatikus a parasympatikus. Parasympatikus stimuluje svalstvo k větší aktivitě a sympatikus má opačnou funkci. To znamená, že tlumí sekreci žaludečních šťáv a snižuje motilitu hladké svaloviny (Mourek, 2012).

Stěna žaludku je složená ze sliznice a žaludečních žlázek, z podslizničního vaziva (tela submucosa), svalové vrstvy (tunica muscularis) a serosního povlaku (tunica serosa) (Čihák, 2013). Sliznice (mucosa) je vytvarovaná do tzv. řas (viz Příloha č. 1). Řasy obsahují mnoho drobných žláz. Žlázy v oblasti česla a vrátníku produkují hlen, který je potřebný k ochraně sliznice a ve zbylých částech žaludku vyměšují žaludeční šťávu (Kachlík, 2018). Velmi důležité je také podslizniční vazivo. Skládá se z kolagenního vaziva, které umožňuje posun sliznice. Další část stěny je svalovina žaludku. Má tři vrstvy. První je zevní podélná. Druhá, nejsilnější v oblasti pyloru je střední cirkulární. Poslední šikmá vnitřní vrstva se nachází v oblasti kardií a fundu. Vnitřní vrstva ve tvaru kravaty má za úkol uzavírat kardií proti jícnu. Poslední část stěny žaludku se nazývá seróza neboli peritoneum. Jde o hladký a lesklý povrch žaludku (Naňka, 2009).

K trávení potravy je zapotřebí motility (pohyblivosti) žaludku. Začíná po pozření posledního sousta, kdy se česlo uzavře a žaludeční stěna se na třicet minut přimkne k obsahu žaludku. Začne sekrece žaludečních šťáv a poté se žaludek začne hýbat. Pohybová aktivita žaludku se nazývá peristaltika. Peristaltika promíchá obsah se žaludeční šťávou a mechanicky potravu rozmělní. Potrava se tím mění na natráveninu (chymus). Každou peristaltickou vlnou je chymus posouván polootevřeným vrátníkem (pylorem) do dvanáctníku. Dvanáctník tráveninu zpracuje, peristaltika se znovu aktivuje a přisune tak do dvanáctníku další porci. Takto to pokračuje až do vyprázdnění žaludku. Pokud bude obsahovat hodně tuků, může doba setrvání potravy v žaludku být až šest hodin. Narozdíl od cukrů, které jsou zpracovány i za méně než tři hodiny. Trávení pokračuje v tenkém střevě, kde je vše závislé na šťávě ze slinivky břišní a žluči, které přitékají do dvanáctníku (Merkunová, 2008).

Na vrátník navazuje duodenum neboli dvanáctník. Jeho velikost je cca 25-28 cm. Stejně jako žaludek se dělí na několik částí (viz Příloha č. 1). Pars superior o velikosti 5 cm. Pars descendens o velikosti 8 cm, do něhož ústí žlučovod i slinivkový vývod. Pars horizontalis o velikosti 10 cm. Pars ascendens o velikosti 3 cm. Duodenum má další části jako je pars superior a bulbus duodeni, kde je nejčastější výskyt vředů. Důvodem je chudší cévní prokrvení (Naňka, 2009). Nej hustěji klky osídlená část tenkého střeva se nachází právě v duodenu. Tam jsou také umístěny specifické žlázy (glandulae duodenales) produkující alkalický hlen, který chrání sliznici proti žaludečním šťávám a upravuje pH střevního obsahu. To vše napomáhá správné funkci trávicích enzymů pankreatu (Čihák, 2013).

Do dvanáctníku ústí vývod pankreatu a žlučovod z jater. Zásaditá pankreatická šťáva je produkována v množství cca jednoho litru za den. Její funkcí je neutralizace kyselého chymu ze žaludku i štěpení peptidů, cukrů, tuků a nukleových kyselin. Hlavní součástí žluči, která je produkována ve stejném množství jako pankreatická šťáva, je žlučová kyselina. Význam má ve vstřebání látek jako jsou mastné kyseliny, tuky, fosfolipidy, i vitamíny A, D, E, K. Co se týče trávení tuků, dochází k němu hlavně ve dvanáctníku (Mourek, 2012). Duodenum je nezbytný pro řízení trávicích dějů. Děje se tak pomocí vylučování místních hormonů. Hormony ovlivňují pohyblivost žaludku i střev, funkci přesunu potravy přes vrátník, vyměšování šťáv pankreatu a žluči z jater (Kachlík, 2018).

V duodenu je přítomna řada reflexů, které jsou aktivovány nervovými pleteněmi ve stěně trávicí trubice. Reflexy způsobují aktivitu gastrointestinálního traktu. Například enterogastrický reflex umožňuje útlum pohybové aktivity žaludku, pokud je dvanáctník dostatečně naplněn. Úloha duodena je také v humorální aktivitě. Hormony vyprodukované v tenkém střevě ovlivňují sekreci trávicích šťáv, tvorbu žluči, vyprazdňování žlučníku i žaludku. (Petřek, 2019).

Orgán je zásobovaný z břišní aorty. Žíly duodena podél tepen vedou krev do venae portae. V klkách začínají mízní cévy. Ty mohou způsobit rychlé rozšíření nemoci z důvodu různých směrů odtoku a tvořením anastomóz. Nervy duodena (parasympatická a sympatická) vycházejí z n. vagus (Čihák, 2013).

1.2 Etiopatogeneze

Za vředovou chorobu je odpovědná nerovnováha mezi agresivními a ochrannými (protektivními) slizničními faktory. Pokud žaludeční sekret pronikne k oslabené žaludeční sliznici, vznikne vřed. Ochranné faktory chrání žaludeční sliznici před poškozením. Mezi ně patří vrstva žaludečního hlenu, pravidelná obnova epitelálních buněk žaludeční sliznice i alkalická sekrece žaludeční sliznice. Pokud se utlumí sekrece hormonů prostaglandinů (viz níže), poruší se funkce komplexní ochranné bariéry. Mezi agresivní faktory patří peptický aktivní žaludeční sekret, helicobakterová gastritida, nebo útlum sekrece endogenních prostaglandinů. Sliznici mohou poškodit také vnější faktory jako je alkohol, nikotin, kofein, léky, bakterie a další. (Klener, 2012; Navrátil, 2017).

Jeden z hlavních faktorů vzniku vředové choroby jsou infekce *Helicobacter pylori*. Je to spirálovitá bakterie s několika bičíky, díky kterým se může velmi dobře pohybovat. Přežívá v kyselém prostředí kvůli své metabolické výbavě. Jiné bakterie by v takto kyselém prostředí přežít nedokázaly (Češka, 2015). Bakterie se váže na slizniční receptory v žaludku, kolonizuje tam a narušuje tak funkci sliznice. Při chronické infekci *Helicobacter pylori* vznikne gastritida a ta může přejít v žaludeční a dvanácterníkové vředy (Kroupa, 2015).

Jako další faktor je nadužívání nesteroidních antiflogistik (NSAID). Tato skupina léčiv poskytuje účinek v léčbě bolestí a zánětů, proto je velmi často předepisována. Bohužel nežádoucí účinky mají vliv na gastrointestinální trakt. NSAID působí na

prostaglandiny. Ty, jak je níže uvedeno, chrání GIT stimulací sekretu mucinu (hlenu), zlepšují prokrvení sliznice, ovlivňují homeostázu, hrají roli v zánětlivých reakcích i procesech hojení. Pokud je porušena funkce prostaglandinu, následně dojde i k poškození sliznice žaludku. To vede k tvorbě žaludečního či duodenálního vředu s pravděpodobnými komplikacemi jako je například krvácení a perforace (Hejda, 2014).

Mezi atypické příčiny patří Zollinger-Ellisonův syndrom, hyperfunkce příštítných tělísek i stres. U Zollinger-Ellisonova syndromu dochází k nadprodukcí kyseliny chlorovodíkové, která zapříčiní vředovou chorobu. U hyperfunkce příštítných tělísek (hyperparathyreóza) se zvedne hladina kalcia. Kalcium stimuluje zvýšenou hladinu hormonu gastrinu produkovaného G-buňkami a zvýší tak hladinu kyseliny chlorovodíkové. To opět vede ke vzniku vředů (Konečný, 2018).

Dalším typem vředů, u kterých se neobjasnila příčina, jsou vředy idiopatické. Vředy mohou způsobit i některá onemocnění jako je jaterní cirhóza, renální insuficience či chronická obstrukční plicní nemoc (Konečný, 2018).

Pacienti s vředovým onemocněním trpí také následkem uspěchaného požívání stravy, přejídáním se těžkými a tučnými pokrmy, nevhodnými potravinami v pozdních večerních hodinách, jezením jídla ve stresu, pitím nadměry alkoholu a kouřením (Svačina, 2008). Kouření více jak patnácti cigaret denně zvyšuje riziko komplikací minimálně třikrát více ve srovnání s nekuřáky. Zesiluje také účinek *Helicobacter pylori* a tím negativně ovlivňuje sliznici gastroduodenálního traktu. Pravidelné pití alkoholu opět zvyšuje riziko komplikací. Krvácení ze vředu se vyskytuje častěji oproti lidem, kteří pijí méně (Begovic, 2015).

1.3 Klinický obraz

Obecné příznaky pro vředovou chorobu jsou pálivá bolest v oblasti žaludku, nadýmání, časté pálení žáhy, nevolnosti i zvracení. Dále jsou ukazatelé onemocnění i změny na váze, změny chuti k jídlu a zápach z úst (Chen, 2020; Lukáš, 2019).

Pro žaludeční vřed je typický výskyt ve vyšším věku. Nejčastěji se jedná o vředy způsobené nesteroidními antirevmatiky. V tomto případě bývají objeveny, až když dojde ke komplikacím. Příznakem může být tupá, tlaková bolest, dostavující se až 60 minut po jídle. Pacient se žaludečním vředem by nejčastěji lokalizoval bolest pod levým obloukem žeberním. Bolesti mohou pulzovat do levého ramene či do zad. Žádnou výjimkou není ani zvracení. Zvracení poukazuje na poruchu vyprazdňování žaludku, u které může dojít k sevření pylorického kanálu. I přesto, že průběh tohoto onemocnění se udává spíše na jaře a na podzim, není výjimkou, když choroba probíhá jednorázově mimo toto roční období (Češka et al., 2015).

Pro duodenální vředy, na rozdíl od žaludečních, je typická bolest na lačno. To znamená 2-3 hodiny po jídle nebo v noci při spaní. Po příjmu potravy nebo lékařem naordinovaných lécích se bolest většinou zmírní. Lokalizace bolesti je individuální stejně jako tomu je u žaludečních vředů. Stává se, že je diagnostika mylná, z důvodu podobnosti žlučnickových onemocnění. Bolest se objevuje pod pravým obloukem žeberním a „vystřeluje“ až do zad. Nemocný s vředovou chorobou duodena by to mohl popsat jako bolestivý hlad různé intenzity. Tyto příznaky mohou doprovázet i pálení žáhy, říhání nebo zácpa (Souček, 2019).

1.4 Diagnostika

V anamnéze jsou zásadní informace ohledně charakteru, lokalizace, intenzity i časové frekvence bolesti. Obvykle mladší osoby nevnímají bolest tak intenzivně jako pacienti v pokročilém věku. Vředová choroba bývá i asymptomatická. Onemocnění může provázet i ascites neboli tekutina v dutině břišní, ikterus (kůže zbarvená do žluta), zvětšené supraklavikulární uzliny a další příznaky rozpoznatelné pohledem. Neméně důležité jsou informace o pacientově životním stylu. Týkají se kouření, užívání alkoholu, pravidelnosti stravování, pití černé kávy a podobně (Lukáš et al., 2007).

Při podezření na onemocnění vředové choroby se provádějí také laboratorní testy. Stává se, že při laboratorních testech se neobjeví patologická odchylka. Jsou prováděny k ověření komplikací, mezi něž patří zejména krvácení (Lukáš, 2018a). V krevním obrazu by byla zřetelná leukocytóza a později by došlo k poklesu hemoglobinu a hematokritu. Dále jsou laboratorní testy užitečné k vyloučení akutní pankreatitidy a cholelitiázy. Koagulační parametry by také neměly být v testech opomíjeny (Ferko, 2015).

Hlavní a nejspolehlivější diagnostikou gastroduodenálních vředů je endoskopické vyšetření. Nález díky kameře můžeme vizuálně zhodnotit a díky endoskopickému přístroji je umožněn lékařům odběr části poškozeného orgánu – biopsie (Souček, 2019). Vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku se nazývá ezogastroduodenoskopie. Flexibilní endoskop se dá zavést ústy i nosem. Za 5-10 minut je výkon hotový. Příprava na vyšetření vyžaduje odběry na krevní srážlivost a krvácivost i EKG a interní vyšetření. Pacient musí být od půlnoci nalačno, nepít, nekouřit, neužívat léky per os. Vše se provádí v gastroenterologické ambulanci nebo u imobilních pacientů přímo na lůžku. Častěji se zavádí endoskop ústy. Proto sestra musí před vyšetřením zkontrolovat, zda pacient nemá zubní protézu. V tomto případě se aplikuje do žíly sedativum, které tlumí dávkový reflex. Dále se lokálně znecitliví hltan anestetiky ve formě spreje. Pacient při výkonu bude ležet na levém boku s lehce pokrčenými dolními končetinami. Do ruky pacientovi dáme emitní misku nebo buničinu. Lékař vyzve pacienta k polknutí při zavádění endoskopu ústy. Po vyšetření pacient minimálně 2 hodiny nesmí pít a jíst z důvodu anestezie hltanu. Sestra po výkonu bude sledovat projevy bolesti, polykání, zvracení, krev ve stolici nebo zvratkách (Nejedlá, 2015). Krvácení ze vředu lékaři léčí endoskopickou hemostatickou terapií (viz Příloha č. 1). První možností je terapie pomocí injekčního katetru se zasouvací jehlou. Jehla se umístí do vředu vedle cévy, ze které vřed krvácel. Je zde vysoké riziko recidivy krvácení. Další možností je zástava krvácení pomocí tepelné sondy. Ta se přiloží na problematické místo a dojde tak k zástavě krvácení. Poslední možností je použití uzavíratelných klipů. Klipy se aplikují na problematickou cévu a místo krvácení tak uzavřou (Laine, 2016).

Vředovou choroba lze také diagnostikovat pomocí kapslové endoskopie. Kapsle se skládá ze záznamového zařízení. K vyhodnocení slouží počítačová stanice. Kapsle je dlouhá 11x26 mm a váží necelých čtyřicet gramů. Vysílá 2 obrázky za sekundu po celou dobu nabitě baterie – cca 8 hodin. Kapsle je velmi pevná a odolná proti

agresivním vlivům v žaludku a střevech. Pouze lačnění jako příprava k vyšetření nestačí. Před podáním je nutná celková střevní očista. Střevo se vyčistí polyetylglycolem. Ten zajistí lepší přehlednost sliznice. Speciální kapsle se nepodává v případě perforace trávicí trubice, při stenóze, píštěli nebo u těhotných žen. Pacient před vyšetřením musí podepsat informovaný souhlas. Jako komplikace se udává aspirace. To znamená vdechnutí kapsle. Děje se tak většinou u pacientů s dysfagickými obtížemi. Další komplikací je retence. Retence znamená stav, kdy kapsle setrvává v trávicím traktu déle než 2 týdny. Vyskytuje se u pacientů léčených nesteroidními antirevmatiky, u pacientů s Crohnovou chorobou nebo u lidí s nádory v zažívacím traktu (Špičák, 2007).

Další diagnostickou metodou, která se provádí u vředové choroby je prokázání infekce *Helicobacter pylori*. K detekci se užívá několika metod. Invazivní metoda je endoskopická. Endoskopem se z horní části trávicího traktu odebere vzorek sliznice. Díky vzorku se může provést ureázový test nebo ho lze odeslat na histologické vyšetření na přítomnost *Helicobacter pylori*. Neinvazivní vyšetření zahrnuje dechový ureázový test. V tomto testu se užívá schopnost bakterie produkovat enzym ureázu. A poslední neinvazivní metodou vyšetření je odběr stolice na stanovení antigenu bakterie. Nevhodná je indikace sérologického vyšetření. Nebyl by vyjasněn aktuální stav. Jen by šlo o informaci, zda se pacient setkal s infekcí (Lukáš, 2018a; Češka, 2015).

Pokud nelze indikovat endoskopické vyšetření, provádí se zobrazovací metody. Například kontrastní RTG gastroduodena. Případně lze indikovat CT vyšetření. Na CT se zobrazí komplikace vředové choroby (Ferko, 2015).

1.5 Komplikace

Existují čtyři hlavní komplikace gastroduodenálního vředu. A to krvácení, perforace, penetrace a obstrukce. Tyto komplikace se mohou objevit u vředu vzniklého z jakékoliv příčiny. Vyšší pravděpodobnost vředových komplikací mají hlavně starší osoby. Nejčastěji dochází ke krvácení ze vředu (Milosavljevic et al., 2011). Sestra by pacienta měla edukovat v oblasti komplikací v souvislosti s vředovou chorobou. Popíše mu příznaky komplikací, které na sobě může zpozorovat: bolesti, pocity na zvracení, říhání nebo celkovou slabost či příznaky při krvácení, které jsou detailněji popsány v následující podkapitole (Libová, 2019).

1.5.1 Krvácení ze vředu

Krvácení cca ve dvou třetinách způsobují nesteroidní antirevmatika. Proto by se neměla podávat pacientům s anamnézou peptických vředů nebo nemocným, kteří již měli problémy spojené s těmito léky. Dokonce i malé dávky těchto léků mohou zapříčinit vznik vředu a následně jeho komplikaci. Hlavní příčina masivního krvácení je narušení cévní stěny buď na okrajích nebo na spodině vředové léze (viz Příloha č. 1). Nejčastěji je krvácení lokalizováno na zadní stěně bulbu duodena a na malé straně žaludeční křiviny. Tam mají vředové léze přístup k velkým tepnám (Lukáš, 2018b).

Za projev akutního krvácení považujeme hematemézu neboli zvracení krve. Dalšími projevy jsou meléna (natrávená krev ve stolici) a kolapsové stavy, bolest za hrudní kostí (stenokardie) a závratě. Je životně důležité umět rozpoznat tyto příznaky a zavčas je řešit. Nejprve bychom měli zmapovat oběhovou stabilitu pacienta. Změříme krevní tlak a tepovou frekvenci. Poté by měl lékař indikovat laboratorní vyšetření krevního obrazu a koagulačních parametrů. Dalším krokem je zajištění krevních derivátů pro pacienta. Poté se podají farmaka a zajistí se oběhová stabilita. Proto by měl mít pacient zavedenou jednu až dvě flexily. Pacienta si převezme zdravotnický personál z akutních lůžek a co nejdříve lékař provede urgentní endoskopické vyšetření. Tam odborníci zjistí zdroj krvácení a zhodnotí ho dle Forrestovy klasifikace:

I a – vřed s tepenným krvácením

I b – vřed s prosakujícím krvácením

II a – nekrvácející vřed s patrnou cévou

II b – vřed krytý koagulem

II c – vřed krytý hematinem

III – vřed s čistou spodinou

(Konečný, 2018)

1.5.2 Penetrace

Penetrace znamená postupné prohlubování vředu stěnou žaludku nebo duodena. Nejběžněji vřed penetruje do hlavy slinivky břišní. Zánět vytvoří srůsty s okolím, proto nedojde k perforaci (proděravění) stěny do dutiny břišní. Pro penetraci jsou typické úporné bolesti v epigastriu vystřelující až do pravého podžebří, nevolnosti, ztráta chuti k jídlu, ztráta hmotnosti, zvýšená teplota. Vlivem penetrace není vyloučeno ani krvácení do gastrointestinálního traktu (Klener, 2012; Maceček, 2013).

1.5.3 Perforace

K perforaci dochází, pokud vřed proniká příliš rychle stěnou orgánu. Nestačí tak přilnout k ostatním orgánům. Perforace se občas vyskytne i bez předešlých vředových obtíží. Při akutní perforaci nejdříve dojde ke kontaminaci břišní dutiny a posléze k rozvoji chemické peritonitidy. Po šesti až dvanácti hodinách od vzniku perforace pacient pocítí prudké bolesti. Po nařazení dráždivé kyseliny gastroduodena peritoneálním výpotkem, dochází po cca jednom dni od vzniku perforace k rozvoji nitrobřišní infekce. Příznaky samozřejmě včetně intenzivní bolesti jsou: nauzea, zvracení a šokový stav. Šokový stav se vyznačuje poklesem středního arteriálního tlaku pod 80 mm Hg. Dále může být přítomna hypotenze a vysoká teplota. Větší riziko této komplikace mají pacienti kuřáci, alkoholici, pacienti s vředovou anamnézou, osoby užívající nesteroidní antirevmatika, mužské pohlaví (z 79 %) a jedinci starší 48 let. První náznaky perforace lékař objeví při sběru anamnézy a při klinickém vyšetření. Nález potvrdí RTG vyšetření břicha ve stoje. Nejčastěji je perforace lokalizována pod pravou brániční klenbou. Na RTG snímku může být viditelná vzduchová náplň. Lékař ke kompletnímu vyšetření provádí ještě ultrazvukové nebo CT vyšetření břicha (Satinský, 2012). Mezi komplikace s nutným chirurgickým zákrokem patří perforace gastroduodenálního vředu. Provádí se excize a následná sutura (sešití). Jednoduchý uzávěr se provádí pouze u pacienta v šokovém stavu, u polymorbidního pacienta nebo u peritoneálních kontaminací. Výkon u starších pacientů s touto komplikací je výrazně náročnější. Chirurgická léčba penetrace je také častá. Je vhodné pacienta zajistit širokospektrými antibiotiky, infuzemi pro hydrataci a vhodné je i zavést nazogastričnou sondu k zajištění odvodu žaludečního obsahu. Stenóza se chirurgicky léčí výjimečně. Hlavní volbou je endoskopická léčba za účelem zavedení balonové dilatace. Dále se pak stenóza léčí farmakologicky (Zimandlová, 2012).

1.5.4 Stenóza pyloru

Stenóza pyloru znamená zúžení koncové části žaludku. Tato komplikace je vzácná. Dochází k ní díky otoku nebo jizevnatou stenózou. Pacient začne mít pocit plnosti, výjimkou není zvracení 1x až 3x denně s nestrávenými zbytky potravy. Pokud lékař provede fyzikální vyšetření, je přítomna šelest (Klener, 2012).

1.6 Léčba a úloha sestry v péči o pacienta

1.6.1 Farmakologická léčba

Při léčbě vředů jsou nejčastěji ordinována léčiva jako blokátory histaminových H₂ receptorů. Tato léková skupina snižuje hlavně bazální žaludeční sekreci (cca o 90 %) a noční výdej kyseliny (cca o 70 %). Zástupci H₂ blokátorů jsou například cimetidin, famotidin a ranitidin. Po čtyřech týdnech užívání by mělo být viditelné zlepšení vředových lézí. Výrazně účinnější jsou však Inhibitory protonové pumpy. Velmi rychle se vstřebávají z gastrointestinálního traktu a krevní cestou se šíří k buňkám žaludeční sliznice. Běžný zástupce této skupiny léčiv je omeprazol, lansoprazol nebo pantoprazol. Účinnost inhibitorů je nejvyšší v případě, když jsou podávány na lačno. Nejčastěji se dávají 1x denně třicet až 60 minut před snídaní. U nemocných, kde je potřeba vyšší dávka, jsou pak podávány také před večeří. Nejvyšší účinnost mají 2 dny po podání léku. I tyto léčiva mají své nežádoucí účinky. Nejsou sice časté, ale pacient může pociťovat nevolnost, nadýmání nebo svědění. Mimo jiné se někdy u pacienta vyskytne minerální deficit pro sníženou absorpci kalcia, železa a vitamínu B12. Studie zabývající se inhibitory protonové pumpy ukázala snížení rizika recidivy krvácení, snížení počtu provedených chirurgických zákroků i eliminaci spotřeby krevních derivátů (Lukáš, 2007).

Dále se v léčbě vředů užívají Antacida. Byla oblíbenými léky díky jejich rychlému účinku. Pacientovi se rychle ulevilo od bolesti a neutralizovala se mu sekrece kyseliny. Při dlouhodobém užívání urychlovala hojení defektů na žaludku a v duodenu. Mohou také ulevit od pálení žáhy a dyspeptických potíží spojených s překyslením žaludku. Bohužel účinek antacid je krátkodobý, proto se léky podávaly opakovaně mezi jídly. I přesto, že jsou v léčbě vředové choroby účinná, překonala je modernější léčiva (Lukáš, 2018; Martínková, 2018).

Léková skupina s názvem prokinetika působí taktéž příznivě na gastroduodenální trakt. Podporují pohyblivost střev. Indikace u vředových chorob je individuální. U pacientů s tímto onemocněním se může objevit i gastroduodenální reflux. Prokinetika mohou v těchto případech zmírnit příznaky a být tak nápomocny v hojení gastroduodenálních vředů. Představitelé této lékové skupiny jsou metoklopramid, domperidon a itoprid (Lukáš, 2007).

Pro podporu ochrany sliznice pacienta s onemocněním vředové choroby lékař ordinuje komplexní soli bismutu. Sestra by měla pacienta upozornit pacienta na možné zbarvení jazyka a stolice. Dále se využívá sukralfát, který rovněž chrání sliznici a působí i jako prevence vředů vyvolaných stresem. Tvoří gel v kyselém prostředí, který na sebe váže pepsin a žlučové kyseliny. Díky tomuto účinku se zvyšuje tvorba prostaglandinů (Martínková, 2018).

Pokud je vřed zapříčiněn infekcí *Helicobacter pylori*, základní eradikační léčba zahrnuje kombinaci inhibitorů protonové pumpy a antibiotik. Nevýhodou je v naší populaci narůstající odolnost vůči antibiotikům. Další možností je kombinace bismutu s antibiotiky. Avšak tato léčiva se musí užívat třikrát denně. Pravidelnost je zásadní. Pokud nemocný nebere medikaci pravidelně, dojde k selhání efektu léčiv. Jestliže dochází k selhání opakovaně, doporučí se pacientovi vyšetření na citlivost antibiotik (Lukáš, 2018b).

Medikamentózní léčba je užitečná také při komplikaci krvácení. Při masivním krvácení musí být zajištěny vitální funkce a upraveny hemodynamické parametry. Efektivnost prokázaly inhibitory protonové pumpy ve vysoké dávce. Krevní koagulum je sníženo při nízkém pH následkem sekrece kyseliny chlorovodíkové. Ta narušuje koagulační kaskády, zvyšuje fibrinolýzu (proces rozpouštění krevní sraženiny) následkem pepsinu a je utlumeno shlukování krevních destiček. K dosažení normálního stavu je zapotřebí udržet v optimálním stavu hemokoagulaci a vytvořit pevnou hemostatickou zátku. Všeho je možné dosáhnout, pokud dlouhodobé pH v žaludku bude pod hodnotou 6. Docílíme toho například bolusovou dávkou omeprazolu a následovně kontinuální infuzí s omeprazolem po dobu tří dnů. Popsaný způsob léčby prokazatelně snižuje recidivy krvácení (Lukáš, 2018b).

Práce sestry je ve farmakologické oblasti nanejvýš důležitá. Dohlíží na podání správného léku, a to správnému pacientovi. Lék musí být podán také ve správný čas dle ordinací lékaře. Pokud lék nebude podán, v dokumentaci musí být uveden do kroužku s napsaným odůvodněním, proč nebyl podán. Dále je důležité, aby si sestra všímala žádoucích a nežádoucích účinků. Pokud pacient bude zvracet, nebo bude v bezvědomí, zmatený, neschopný polknouti léčiva, bude po vyšetření zažívacího traktu či operaci, sestra lék nebude podávat a domluví se s lékařem na dalším postupu léčby. Při podání léčiva sestra edukuje nemocného o důvodu medikace a způsobu podání. Dále o

správném užívání léku – tedy 30 minut před jídlem. Také musí pacienta upozornit na vhodné tekutiny pro zapíjení léku a na možné vedlejší účinky. Pokud pacient nebude dodržovat léčebný režim, sestra by ho měla umět přesvědčit o správnosti jeho dodržování (Vytejková et al., 2015).

1.6.2 Chirurgická léčba

Indikací k operaci bývá selhání konzervativního postupu, časté návraty onemocnění vředové choroby, intolerance medikamentózní léčby, vředy v neobvyklé lokalizaci. Při životně ohrožujících komplikacích se operace provádí urgentně. Jedná se o momenty, kdy je krvácení endoskopicky nezastavitelné či u perforace vředu (Ferko, 2015).

U žaludečního vředu je hlavním cílem chirurgickou cestou odstranit vředové léze. Buď excizí (vyříznutím defektu) nebo resekci (odstranění celé části žaludku). Existují dva typy resekce. Resekce I. typu (dle Billroth I) znamená odstranění 2/3 žaludku a vytvoření gastroduodenoanastomózy. Neboli spojení žaludku a duodena. Resekce II. typu představuje odstranění žaludku ze 2/3. Pahýl dvanáctníku se tímto uzavře. Lékaři pak napojí žaludek na lačník. Latinsky se napojení žaludku na lačník nazývá gastrojejunoanastomóza. Dále je účinná vagotomie. Výkon docílí přerušování hlavních nebo periferních větví nervus vagus. To vede ke zpomalení vyprazdňování žaludku i k eliminaci sekrece kyseliny chlorovodíkové. kompletní odstranění žaludku (Ferko 2015, Vodička 2014).

Každý operační výkon může mít své komplikace. Po resekci I. typu se občas vytvoří dehiscence anastomózy. To znamená, že se spojka mezi žaludkem a duodenem rozpadne. Další komplikací je stenóza anastomózy. Bývá způsobena pooperačním otokem. Pooperační krvácení je velmi vzácné. V tomto případě by byla indikována urgentní operační revize. Po operaci II. typu je nejčastější komplikací insuficience pahýlu duodena. K napravení lékař zavede T-drén. Neobvyklou komplikací u I. i II. typu je pooperační žloutenka. Dochází k ní z důvodu poranění žlučovodu nebo hlavy slinivky břišní. Po vagotomii je pooperační komplikací poranění orgánů: jícnu, žaludku, sleziny nebo levého laloku jater. Po operaci se občas tvoří i hematomy (Vodička,2014).

Co se pooperačního období týče, by sestra měla dodržovat obecné zásady a principy pooperační ošetrovatelské péče. Po operaci musí být pacient uložen na jednotku intenzivní péče nebo na chirurgické oddělení. Sestra musí monitorovat a zaznamenávat

vitální funkce pacienta a pravidelně 2x za den zaznamenávat diurézu a bilanci tekutin. Stejně tak střevní peristaltiku a vyprazdňování stolice. Dále musí aplikovat antibiotika dle ordinací doktora. Měla by sledovat výsledky laboratorních vyšetření a sledovat bolest pacienta dle VAS. Pokud by intenzita bolesti byla u pacienta vysoká, sestra dle ordinací lékaře může podat analgetika a vše zaznamenat do dokumentace. Důležitá je i důkladná hygiena nemocného po operaci a pravidelné odsávání žaludečního obsahu, pokud to bude nutné. Sestra by měla zaznamenat barvu, množství a charakter sekretu do dokumentace. Dále by neměla zapomínat na péči o nasogastrickou sondu a o operační ránu. Ta se musí převazovat dle ordinace lékaře za aseptických podmínek. Po operaci je také nutné pečovat o drény. To znamená vypouštět a sledovat charakter obsahu z drénu a zapisovat to do dokumentace (Libová et al., 2019).

1.6.3 Nefarmakologická léčba

Základem nefarmakologické léčby je dodržování dietního opatření. Jak už jsem v kapitole o etiopatogenezi uvedla, špatná životospráva je příčinou gastroduodenálních vředů. Proto by se pacienti měli vyhnout špatným zvyklostem a změnit tak životní styl k lepšímu (Svačina, 2008). Co se výživy týče, příjem určitých složek z potravin je spojen s gastroduodenálními vředy. Vysoký obsah vlákniny souvisí s nízkou prevalencí zmíněné choroby. Vitamín A pro změnu zabraňuje duodenálním vředům a vitamín C hraje klíčovou roli v ochranně proti vředům a jejich komplikacím (Kim et al., 2017).

Nemocný by měl jíst pravidelně. Minimálně 6-8 malých porcí denně. Pokud bude strava dobře energeticky vyvážená, pacient se tak vyhne přibývání na váze. Pro zhodnocení stavu výživy sestra v rámci příjmu může provést nutriční screening (viz Příloha č. 2). Skládá se ze čtyř otázek, které zní: „Je BMI pod 20,5?“, „Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?“, „Omezil pacient příjem stravy za poslední týden?“, „Je pacient závažně nemocen?“. Pokud je jedna z odpovědí ANO, je vhodná konzultace s nutričním terapeutem. Jsou-li všechny odpovědi NE, provede se nutriční screening po týdnu. Pro první otázku je potřeba vypočítat BMI (Body Mass Index). Vyjadřuje poměr kilogramů ke druhé mocnině výšky v metrech. Dle BMI sestra snadno stanoví, v jakém výživovém pásmu se pacient nachází. Pokud vyjde výsledek pod 20, má nemocný podváhu. BMI v rozmezí 20-24,9 je pacient v normě. Výsledek 25-29,9 značí nadváhu a 30-34,9 obezitu. Pokud má pacient BMI vyšší jak 35, jedná se o těžkou obezitu (Kelarová, 2009). Dále by nemocný neměl pít velké množství tekutin najednou. Měl by v průběhu

onemocnění vyzorovat, které potraviny mu dělají potíže a následně se jim vyhýbat (hlavně kořeněné a kyselé potraviny). Jídlo by mělo mít vhodnou teplotu. Ani horké ani studené. Dále syrovou a tuhou zeleninu, jako je kedlubna a mrkev, je nutné před podáváním namixovat či nastroumat. Strava pacienta by se také měla skládat z potravin bohatých na bílkoviny (Slezáková, 2012).

Jídelníček pro pacienta by měl být připravován dle šetřící diety s číslem 2. Pokrmy je vhodné vařit, dusit a péct pouze na vodě. Například snídaně by se mohla skládat z čaje, rohlíku, krájeného sýra a přesnídávky. K obědu by si nemocný mohl dát rajskou polévku s nudlemi, dušené kuře s brambory nebo koprovou omáčku s vídeňským knedlíkem. Žemlovka s jablky a tvarohem nebo dušený vepřový plátek je ideální večeří pro nemocného s vředovou chorobou. Pro dietu určenou ke snížení žaludeční sekrece platí: lehce stravitelná strava, některé druhy koření (trocha pepře, sladká paprika, nové koření...) nemusí být vyloučeny z jídelníčku a nutně škodlivá nemusí být ani slabá překapávaná káva nebo malá sklenice piva (Svačina, 2008).

Sestra by v nefarmakologické léčbě měla být pacientovi nápomocná a podporovat ho ve změně životního stylu. To znamená, že vysvětlí důležitost eliminace stresu, snížení fyzické aktivity, doporučí pacientovi více spánku a relaxací. Pokud pacient pracuje ve směnném provozu nebo náročném zaměstnání, měl by jít na pracovní neschopnost. Mimo jiné by ho měla edukovat o vhodnosti zvolnění životního tempa a vyhnout se tak nadměře stresových situací (Slezáková, 2012).

Dále je důležité, aby monitorovala charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti pacienta a zapisovala jí do dokumentace. Určení typu bolesti může sestra provést díky analogové stupnice intenzity bolesti (VAS). Pro tuto techniku potřebujeme papír s nakreslenou deseti centimetrovou vodorovnou čarou. Na jeden konec napíšeme „žádná bolest“ a na druhý konec „největší bolest“. Čáru očíslováme od jedné do desíti a pacient dle intenzity bolesti křížkem označí číslo, které určí intenzitu jeho bolesti. U dětí se k zaznamenání bolesti používají škály výrazů obličeje či obrázky znázorňující různé typy počasí. Slunečný počasí znázorňuje stav bez bolesti a deštivý obrázek stav s bolestí (Mikšová, 2005). Nezbytné je sledovat psychický stav nemocného, dyspeptické potíže, chuť k jídlu nebo zvracení.

Důležitá je i monitorace soběstačnosti pacienta. Informace sestra získá pozorováním nemocného a rozhovorem s pacientem nebo rodinnými příslušníky. Míru soběstačnosti provede sestra například pomocí Barthelova testu základních všedních činností ADL (aktivity daily living). Barthel test je znázorněn v příloze (viz Příloha č. 2) Nesoběstačným pacientům sestra také věnuje péči v oblasti uspokojování základních potřeb. Pečuje o výživu, hygienu a o vyprazdňování. Nemocným s omezenou hybností sestra vytvoří vhodné podmínky. To znamená, že zdravotnický personál připraví pomůcky ke zlepšení soběstačnosti a zajistí bezbariérový přístup (Trachtová, 2013).

V rámci vyprazdňování pacienta by sestra měla sledovat, jestli má stolice fyziologickou barvu nebo zápach a edukovat pacienta o možných patologiích. Pokud stolice bude mít černou barvu, může se jednat o melénu. Meléna je způsobena krvácením v zažívacím traktu a natrávením krve. Pokud bude mít pacient zácpu, sestra by měla upozornit lékaře na problém a řešit ho. Ošetrovatelský personál i lékaři edukují pacienta o zákazu kouření a pití alkoholu. Nemocný by měl také pochopit důležitost eliminace fyzicky náročného zaměstnání a dodržovat pravidelný režim jídla i odpočinku. Ke kompletnímu zotavení je vhodné doporučit lázeňskou léčbu (Slezáková, 2012).

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cíle práce

Cíl 1

Popsat znalosti pacientů o režimových opatřeních vředové choroby gastroduodena.

Cíl 2

Popsat dopad onemocnění na jednotlivé oblasti života pacienta s onemocněním gastroduodena.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jaké znalosti o režimových opatřeních mají pacienti s onemocněním gastroduodena?

Výzkumná otázka 2

Jaký bude dopad onemocnění na jednotlivé oblasti života pacienta s onemocněním gastroduodena?

3. OPERACIONALIZACE POJMŮ

Vředové onemocnění gastroduodena

Vředy jsou defekty na sliznici gastroduodena. Pronikají do hlubších vrstev stěny. Onemocnění vzniká výsledkem působení kyseliny chlorovodíkové a pepsinu v žaludeční šťávě (Lukáš, 2018a).

Prevence onemocnění gastroduodena

Prevence je činnost, která upevňuje zdraví jedince. Může zabraňovat vzniku onemocnění a prodlužuje aktivní délku života. Je zaměřena na zdravé životní i pracovní podmínky a na prosazování zdravého životního stylu. Nedílnou součástí prevence jsou i pravidelné prohlídky u praktického lékaře (Čeledová, 2010).

Rizikové faktory onemocnění gastroduodena

Podklad pro vznik peptických vředů je nerovnováha mezi agresivními a protektivními faktory. Tyto faktory negativně působí na sliznici a způsobují vředové onemocnění. Endogenní agresivní faktory jsou kyselina chlorovodíková, pepsin i bakterie *Helicobacter pylori*. Mezi exogenní faktory patří kouření, alkohol, káva, koření i léky (Ferko, 2015).

Sestra

Sestra vykonává činnosti, které podporují zdraví a předcházejí nemocem. Plánuje a poskytuje péči nemocnému. Zahrnuje rodinu do zdravotní péče a podporuje soběstačnost nemocného. Je to pracovnice, která zodpovídá za péči, kterou poskytuje (Salvage, 1997).

4. METODIKA

Bakalářská práce na téma „*Ošetrovatelská péče o pacienta s onemocněním vředové choroby gastroduodena*“ se skládá z teoretické a výzkumné části. Teoretická část byla zpracována pomocí moderní on-line knihovny BOOKPORT, Akademické knihovny Jihočeské univerzity a rešerše z Národní lékařské knihovny.

Výzkumná část byla zpracována kvalitativní formou. Technika sběru dat byla použita ve formě polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor specifikuje okruhy otázek, na které se budeme dotazovat. Jeho výhodou jsou rozsáhlejší odpovědi informantů díky dotazům, které mohou být kladeny v průběhu výzkumu (Kutnohorská, 2009). Výběr informantů byl záměrný. Informanti s přítomným onemocněním byli vybíráni z Vysočiny. Pro sběr informantů byla nápomocná metoda „sněhová koule“. A to pouze pod podmínkou nejnižší věkové hranice osmnácti let. Před zahájením rozhovoru informanti podepsali Informovaný souhlas (viz Příloha č. 3), kde jim byly popsány cíle, výzkumné metody a postupy bakalářské práce. Souhlasy jsou uloženy u autora práce bez možnosti přístupu další osoby. Všichni informanti souhlasili s anonymním výzkumem a poskytli odpovědi na dotazy ohledně vředového onemocnění. Data pro výzkum byla sbírána v březnu 2021. Nejkratší rozhovor trval 25 minut a nejdelší 35 minut. Celkem jsme zhotovili 23 hlavních otázek a 50 doplňujících podotázek. Doplňující podotázky byly využívány v případě, že se informant nedotkl v průběhu rozhovoru hlavních témat. Před realizací rozhovoru jsme se domluvili na přesném datu a čase telefonátu. Rozhovor byl se souhlasem nahráván a doslovně prepisován. Následně byl analyzován metodou „Tužka a papír“ (viz Příloha č. 4). Označili jsme podobné informace, které byly následně kódovány (Švaříček, 2014). Seznamy kódů jednotlivých rozhovorů jsou uvedeny v příloze (viz Příloha č. 5). Na základě analýzy dat byly identifikovány 4 kategorie a 8 subkategorií.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládal z 8 informantů. Pěti mužů a tří žen. Nejmladšímu informantu bylo 34 let a nejstaršímu 72 let. Dva z těchto informantů pracovali ve zdravotnictví a zbytek byl z laické veřejnosti různého typu zaměstnání. Všichni informanti souhlasili s anonymním výzkumem.

5. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Identifikační údaje informantů

V této kapitole se budeme zabývat výsledky výzkumného šetření. V úvodní tabulce (viz Tabulka 1) jsou vyobrazeni informanti (I), jejich věk a zaměstnání. Na základě kódování byly identifikovány 4 kategorie a 8 subkategorií (viz Tabulka 2). Přehled jednotlivých kódů konkrétních rozhovorů je uveden v příloze (viz Příloha č.5).

Tabulka 1 – Identifikační údaje o informantech

INFORMANT	POHLAVÍ	VĚK	ZAMĚSTNÁNÍ
I1	Muž	60 let	Dělník v továrně
I2	Muž	34 let	Všeobecná sestra
I3	Žena	41 let	Kuchařka
I4	Muž	51 let	Zaměstnanec Českých drah
I5	Muž	63 let	Důchodce
I6	Žena	34 let	Všeobecná sestra
I7	Muž	47 let	Vedoucí výrobní dílny
I8	Žena	72 let	Důchodce

Zdroj: Vlastní, 2021

Informant 1 je muž ve věku 60 let. Pracuje jako dělník v továrně. Aktuálně je kvůli vědovému onemocnění na pracovní neschopnosti. Rozhovor s I1 byl v délce 25 minut.

Informant 2 je muž ve věku 34 let. Pracuje jako všeobecná sestra na operačních sálech. Vzhledem k současné situaci vypomáhá na infekčních odděleních. Rozhovor s I2 byl v délce 30 minut

Informant 3 je žena ve věku 41 let. Celý život pracuje jako kuchařka. Nejprve v restauraci, poté ve školní jídelně. Rozhovor s I3 byl v délce 35 minut.

Informant 4 je muž ve věku 51 let. Pracuje pro České dráhy jako mistr. Rozhovor s I4 byl v délce 23 minut.

Informant 5 je muž ve věku 63 let. Celý život pracoval v Kosteleckých uzeninách. Nyní je v důchodu. Rozhovor s I5 byl v délce 30 minut.

Informant 6 je žena ve věku 34 let. Pracuje jako všeobecná sestra na dětském oddělení. Rozhovor s I6 byl v délce 35 minut.

Informant 7 je muž ve věku 47 let. Pracuje ve velké firmě jako vedoucí výroby. Rozhovor s I7 byl v délce 33 minut.

Informant 8 je žena ve věku 72 let. Pracovala jako skladnice a uklízečka. Nyní je paní v důchodu. Rozhovor s I8 byl v délce 32 minut.

Tabulka 2 – Kategorie a subkategorie

<u>KATEGORIE</u>	<u>SUBKATEGORIE</u>
1) Charakteristika zaměstnání	<ul style="list-style-type: none"> • Stres a zaměstnání • Vliv onemocnění na zaměstnání
2) Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové chorobě	<ul style="list-style-type: none"> • Informovanost o vředovém onemocnění • Diagnostika vředového onemocnění • Komplikace a léčba vředů • Poskytování informací
3) Režimová opatření při vředové chorobě	<ul style="list-style-type: none"> • Dodržování režimových opatření • Konzumace potravin při vředové chorobě
4) Život s vředovým onemocněním	

Zdroj: Vlastní, 2021

5.2 Charakteristika zaměstnání

Tato kategorie pojednává o pracovním zaměření informantů. Vředová choroba se často vyskytuje u osob vystavujících se nadbytečnému stresu. Proto jsme otázky zaměřili i na zaměstnání informantů, kde často mohou vzniknout stresové situace.

5.2.1 Stres a zaměstnání

Otázky v této subkategorii se týkaly stresu v zaměstnání. Na úvodní otázku, která u informantů zjišťovala obor jejich práce, byly odpovědi velmi rozdílné. Konkrétně I1 odpověděl „*Jsem jakoby dělník ve fabrice. Ted' momentálně marodím, ale jinak pracuju ve fabrice.*“ I7 pracuje jako vedoucí výrobní dílny. Informanti 5 a 8 jsou nyní v důchodu. I8 odpověděla: „*Už jsem v důchodu. Ale pracovala jsem jako skladnice, pak jsem odpoledne chodila uklízet.*“ I3 odpověděla, že je kuchařkou a I4 pracuje jako mistr Správy železnice. I6 a I2 pracují jako Všeobecné sestry v nemocnici. I6 je dětská sestra a I2 odpověděl: „*Jsem zdravotní sestra v nemocnici. Pracuju na operačních sálech. Ale ted' vypomáhám na covid odděleních. Není to úplně sranda.*“

Další otázka zněla: „*Nakolik je pro Vás práce stresující? Popište to prosím pomocí stupnice od 0 do 10. Nula znamená méně stresující práce a deset znamená velmi stresující práce.*“ I1,4 odpověděli stejně. Na stupnici od 0-10 by stres v práci popsali číslem 5. Informanti 2,3 a 7 pak číslem 7. I6 by stres v práci ohodnotila jako 4. I5 a 8 jsou v důchodu, tudíž se k popisu nevyjadřovali.

Za nejvíce stresující v práci považují zodpovědnost I 2,6 a 7. Konkrétně I2 řekl: „*Ta zodpovědnost, střídání nových oddělení...Nový lidi, směny. Hodně sester ted' bylo na neschopence, tak jsem musel mít směny na víc. Nebylo to úplně příjemný. Zrovna jsem ještě do toho všeho koupil nový byt, tak potřebuju mít čas na rekonstrukci, a to mě stresuje taky. Nemám na nic čas...*“ I1 považuje za stresující požadavky vedení a časové termíny, stejně tak I3. I4 připadá stresující práce s lidmi. Na otázku: „*Čím se v práci odreagujete?*“ Odpověděl I1 „*Kolektivem. Děláme si v práci srandu. Jinak mě nic jiného nenapadá.*“ I3 měla podobnou odpověď: „*Kolektivem a jinak ničím. Jak kde jsem pracovala. Ted' teda kolektivem.*“. I6 uvedla: „*My máme dobrý kolektiv v práci a když se něco stane, tak je tam ta druhá. Stojíme za sebou a s holkami jezdíme i na dovolený.*“

5.2.2 Vliv onemocnění na zaměstnání

Na otázku: „*Jak ovlivňuje onemocnění Vaši práci?*“ I4 a 6 řekli, že je v zaměstnání vředové onemocnění vůbec neovlivňuje. I1 a 2 měli v práci veliké potíže, kdy nemohli normálně pracovat a museli odejít na neschopenku. I3 a 7 byli vředovou chorobou v práci ovlivněni. I3 zmiňuje: „*Musela jsem si hlídat, co jím. Jsou nějaké věci, které nemůžu jíst, tak si to musím hlídat, aby mě to neomezovalo v práci. Musím přemýšlet dopředu. A mám občas problém se soustředěním. Hlavně v době, kdy mám bolesti.*“ I7 pociťoval nervozitu: „*Byl jsem nervóznější. Pořád jsem na to musel myslet. I jsem si musel hlídat co jím a kdy to jím. Nebylo to jen tak. V práci jsem pak nebyl tak výkonný. Dělal jsem chyby, které jsem dělat nemusel a pak z toho byly akorát problémy.*“

Další otázka této podkategorie zní: „*Musel/a jste učinit nějaké změny vzhledem k onemocnění?*“ I7 sdělil, že musel odejít na nějakou dobu na neschopenku. I3 odpověděla: „*Ano, musela jsem. Hlídám si, co sním a kdy to sním.*“ I1 odpověděl podobně jako I3: „*V první řadě je tam ta dieta. Což vlastně jsem musel změnit jídelníček. Musím vynechávat věci, které jsem měl rád. Třeba pikantnější. Všechno, co se týče diety. Z práce jsem musel odejít. Jsem na neschopence.*“ I2 uvedl: „*Spíš ne. V práci mi to nejde. Někdy je toho hodně a nestihnu se najíst. To samé se spánkem. Nemůžu mít pravidelný režim.*“ Informanti 4 a 6 nemuseli učinit žádné změny v práci vzhledem k onemocnění.

5.3 Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové choroby

Ve druhé kategorii jsme se zaměřili na všeobecné vědomosti pacientů o onemocnění. Také na jejich domněnky ohledně příčiny vředového onemocnění, na vyšetření, které museli podstoupit, na komplikace v souvislosti s vředovým onemocněním i na léčbu vředů. Druhá kategorie se dále dělí na další 4 subkategorie.

5.3.1 Informovanost o vředovém onemocnění

Jako první otázkou v této podkategorii byla: „*Co se Vám vybaví pod pojmem vředová choroba žaludku?*“ Informant 1 odpověděl jako jediný, že si pod pojmem vředová choroba vybaví typ nádoru na žaludeční stěně. I 2,3 a 7 měli podobnou odpověď. Konkrétně I7 odpověděl: „*Ta štáva mi asi rozleptává žaludeční stěnu. Je to asi nějaký*

defekt na žaludku.“ I 4 a 8 si žaludeční vřed představují jako díru v žaludku. I 5 a 6 by vřed pojmenovali jako ránu. „*Ranky na stěně žaludku. Jako kdyby byl žaludek nahlodaný. Porušený. Můžou být už i zhojený. Podle toho, v jakém stádiu jsou.*“ (I 6).

Další otázka v této podkategorii zněla: „*Čím si myslíte, že bylo zapříčiněno Vaše onemocnění?*“ I 1, 2, 4 a 7 si myslí, že příčina jejich onemocnění je ve špatné životosprávě. I1 řekl: „*Určitý nedostatky v životosprávě, nepravidelnost v jídle, stres, ale základ je určitě ta životospráva. Dále jsem kuřák a hodně piju kafe. Asi za to může i celkové oslabení organismu.*“ Zatímco I 3, 5, 6 a 8 dávají největší vinu za vředové onemocnění stresu. I 5 se vyjádřil takto: „*Asi hlavně ten stres. Jím zdravě, jím zeleninu a takhle jooo. V rodině to taky nikdo neměl. Takže stres.*“. I8 řekla: „*Byla jsem hodně ve stresu. Zemřeli mi příbuzní a od té doby už se to vezlo. Ze zaměstnání to nebylo, ale životní stresy. To asi bude tím. Neměla jsem to v životě lehké.*“

Na otázku, co informanty přimělo vyhledat odpornou pomoc, všichni jednoznačně odpověděli bolest. Například I6 uvedla: „*Vždycky se mi zhoršil stav na jaře a na podzim. Nikdy jsem tomu nevěřila. Třeba když jsme se o tom učili a tak, ale vážně to tak je. Mám šílený bolesti a nevolnosti. Vždycky při změně počasí. Proto jsem vyhledala lékaře. Nepřišlo mi to normální.*“. I2 uvedl: „*Ukruté bolesti. Fakt si neumím představit nic horšího. Nemohl jsem jíst, nemohl jsem spát, nemohl jsem se hýbat... Hrozný. Ani se mi nechce si na to vzpomínat.*“

Další z našich dotazů k této podkategorii zněl, zda informanti vyhledali odbornou pomoc včas. I 1, 2, 7 a 8 řekli, že ne. I2 řekl: „*Ne. Řešil jsem to až v té době, kdy se to nedalo vydržet... Jsem lajdák.*“. Konkrétně I 3, 4 a 5 ano. I 6 odpověděla: „*No tak napůl. Asi jsem to mohla řešit dřív, ale nenechala jsem to úplně rozjet.*“

Když jsme se ptaly, co všechno informantům způsobovala vředová choroba, všichni informanti se shodli na bolestech břicha. Například odpověď I1 byla: „*Pociťoval jsem hlavně bolesti a zvracel jsem, zvracel jsem také jenom šťávy. I před tím, než vředy praskly. A když jsem se najedl tak mě ten žaludek i tlačil.*“. I4 řekl: „*Bolesti břicha, tlačení v oblasti žaludku. Občas mi je na zvracení. Jinak nic.*“. Pocit na zvracení měli informanti 1, 2, 4, 6 a 7. I 2 a 7 sdělili i problémy se stolicí. I7 odpověděl: „*Omezuje Vás to v pohybu. Třeba když jedete třeba nakupovat a neustále hledáte toalety. Měl jsem problémy i se stolicí. Jinak mi bylo na zvracení a měl jsem velké bolesti břicha.*“ Bolest by charakterizovali jako tupou I 2,3, 4 a 5.

I1 by bolest popsal jako rozšiřující se: „*V oblasti žaludku a bolest se rozšiřovala dál do celého břicha. Tyhle problémy jsem měl už od loňského roku. V Budějovicích mě objednali na vyšetření. Na fibroskopii kvůli těmto potížím. Než jsem se tam dostal, tak problémy ustaly a lékař usoudil, že na vyšetření jít nemusím.*“. Podobně by ji popsala i I8. I6 jako bolest tlakovou. I7 pociťoval křeče: „*Křeče, které mi vystřelovaly do celého břicha. Bylo to hodně závislé na stravě. Nejvíce to bolelo tam, kde je žaludek. Většinou mi bylo takhle špatně, protože jsem něco špatného snědl.*“. Intenzitu bolesti by I 1,2 a I7 popsali číslem 7. I5,6 číslem 5 a I4 číslem 3. I3 a I8 by intenzitu popsala jako 10. Na otázku, co nemocným pomohlo od bolesti překvapivě odpověděl I4: „*To je hodně zajímavé. Cigarety. Ty mi hodně pomáhají.*“. Spánek odpověděl I1a také I8. Léky různého druhu odpověděli I8,2,3, 5 a 6. Nejčastěji informantům ulevily od bolesti algifenové kapky. Konkrétně I3 odpověděla: „*Hodně algifenové kapky. 50 kapek. To mi pomůže*“.

5.3.2 Diagnostika vředového onemocnění

Na otázku znějící: „*Jaká vyšetření jste musel/a podstoupit pro diagnostiku vředové choroby?*“ odpověděli všichni informanti stejně. Gastroskopii. Konkrétně I7 řekl: „*Byl jsem na gastroskopii, tam mi odebrali vzorky asi z toho vředu na rozbor...*“. I4 uvedl: „*Poslala mě doktorka na gastroskopii, odebrali mi krev...*“.

I3,6 a 7 podstoupili i kolonoskopii. Informantům 1,2,3,4,6 odebírali zdravotníci krev na rozbor a I1, 2 a 8 byli posláni na CT. Když jsme se informantů zeptali, zda mohou popsat vyšetření, odpověděli následovně: „*Jooo tak to mám zrovna v živé paměti. Nejdřív jsem byla na konzultaci s doktorkou, pak jsem šla na vyšetření. Lehla jsem si a vyplázla jsem jazyk a postříkli mi ho nějakou látkou. Chtěli mi dát i něco do žíly. Ale to jsem nechtěla. Dali mi nějaké kousátko do pusy. Byli na mě moc hodní a uklidňovali mě. Trvalo to chvilku. Strčili mi hadičku do žaludku a za chvíli bylo hotovo.*“ (I3). Ostatní informanti odpověděli velmi podobně. Konkrétně I 2 odpověděl: „*Fibroskopie byla celkem rychlá. Stříkli mi do krku tu vodičku na umrtvení. Nevím, jak se přesně jmenuje. Pak mi dali na stisknutí do pusy takový plastový kroužek, abych nezavřel ústa. Zavedli mi hadičku do jícnu a u toho mi doktor popisoval co vidí. Nic příjemného opravdu.*“ I7 by vyšetření popsal takto: „*No tak to vám je zážitek, který bych vám doporučil. Opravdu. Je to prostě nepříjemný, samozřejmě. Při obědě se bojím, že špatně spolknou dlouhou špagetu, natož zvládnout gastroskopii... Dá se to jako vydržet... Musel*

jsem tam jít na lačno, pak jsem si lehnul na bok a pak do Vás strkají hadičku. Něco mi nastříkali do krku, to mě trochu znecitlivělo a pak mi dali i něco do žíly. Neptali se mě, jestli to chci, nebo ne. Ale protože jsem se dávil, tak mi to dali automaticky. Nemohl jsem po tom řídit.“

Informanty 1-8 vyšetřoval pan doktor nebo paní doktorka. Pouze I1 řekl, že ho vyšetřovala paní doktorka specialista: *„Paní doktorka specialista a po týdnu co jsem byl hospitalizovaný mi odebírali i vzorky tkáně. Na rozbor na histologii“*. I6 dodala, že ji vyšetřoval pan primář. Následně jsme se dotazovaly, jakou roli ve vyšetření hrál lékař a jakou sestra. Všichni informanti se shodli, že lékař prováděl výkon a sestra asistovala i psychicky pacienty podporovala. Na dotaz: *„Které vyšetření pro Vás bylo nejhorší a proč?“* informanti I1-8 opět odpověděli totožně – gastrokopie z důvodu dávicího reflexu. Na to, jestli z vyšetření měli strach či nikoliv I 1, a 5 sdělili ano. Konkrétně I1: *„Obavy mi dělala ta fibroskopie. Dopředu mi řekli, jak to bude probíhat. Ale aspoň jsem věděl do čeho jdu.“* I 2,3,4,6,7 a 8 strach neměli: *Ne. Věděl jsem, co mě čeká.“* (I2)

5.3.3 Komplikace a léčba vředů

První otázka této subkategorie zněla: *„Víte, jaké komplikace se v souvislosti s vředovou chorobou mohou vyskytnout?“* I 1,2,3, 5, 7 a 8 vědí o prasknutí a krvácení ze vředu. I7 si navíc myslí, že může dostat otravu a I4 ví o recidivě vředové choroby. I6 zmínila pouze výskyt rakoviny ze vředů a víc prý vědět nechce. Zbytečně by se stresovala. I2 odpověděl: *„Hele vím, že jsem se to učil. Z toho si už moc nepamatuju. Můžou prasknout a krváčet. Nevzpomenu si, co ještě dalšího.“* I8 si také nebyla jistá komplikacemi *„Můžou prasknout. A víc mi nikdo neřekl.“* I4 byl informovaný pouze o možném krvácení ze vředu. I5 uvedl: *„To mi říkali, že vřed může prasknout a že bych taky mohl vykrváčet. To jediné mi řekl pan doktor, jinak nic.“* Komplikace se objevily u I 1,3 a 8. Informantům 1 a 8 vřed prasknul, I3 krvácel. Konkrétně I8 popisovala komplikaci takto: *„Praskly mi. Byli jsme na chalupě a hodně mě bolelo na prsou. Tak si říkám, že je špatné počasí, tak to bude tím. Ale to jsem se dozvěděla až později, že to bylo kvůli vředům. Měli jsme na tý chalupě návštěvu, pak odešli, natáhla jsem se na pohovku a už to začalo. Byl to pocit jako když natáhnete gumu od kalhotek. Prostě to cvrnklo a začala příšerná bolest. Doplazila jsem se k telefonu, zavolala jsem si rychlou a přijela si pro mě sanitka. Dříve jsem chodila na rentgen a nikdo mi neřekl, že mám*

vředy. *To všechno zjistili, až když praskly.*“ I3 popisovala komplikaci následovně: *„Bylo mi strašně špatně a měla jsem krev ve zvratkách i ve stolici. Ale prý to nebylo nic hrozného.“*

Navázali jsme další otázkou, zda informanti vědí, co můžou udělat pro to, aby ke komplikacím nedocházelo. I 1, 2, 3, 4, 6 a 7 odpověděli dodržování životosprávy. Konkrétně I6 uvedla: *„Tak určitě dodržovat režimová opatření. Jen s naším povoláním je to těžké. Nemůžu každý den jíst ve stejný čas...Ale aspoň trochu pravidelnosti se snažím dodržet, jím zdravě, teplá jídla, cvičím jógu a snažím se nestresovat.“* I5 řekl: *„Nestresovat se a abych se vyvaroval ostrých jídel.“* A jediné, co I8 ví je, že by se neměla přejídat. I7 uvedl: *„Změnit životosprávu, sportovat, odpočívat, dbát o sebe, jíst pravidelně a správné věci. To je hodně důležité. Mám pak problémy třeba po pálivém a tak...“*. I 1,3,4,5 dodržují správnou životosprávu: *„V pohodě. V podstatě jsem nemusel nic měnit. Jen vynechávám pálivé. Dal bych si za 2.“* (I5). I 2,6, 7 a 8 se snaží, ale nedodržují ji 100 %: *„No 2-. Jestli mám být upřímný, tak někdy se na to prostě vykašlu.“*(I7).

Na otázku: *„Jak se léčíte s tímto onemocněním?“* informanti odpovídali následovně. Užívání helcidu uvedl I1,2,3,6, 8. Controloc užívá I5, anacid I4 a I7 odpověděl: *„Bral jsem prášky, ty jsem po 3 měsících úplně vysadil. Osypal jsem se z toho a prostě mi nedělaly pak dobře. Místo nich jsem se snažil hodně dodržovat to stravování a životosprávu. Doktorům jsem to neřekl, že už je neberu. Nijak mi ani nechybí. Nemám další problémy.“* Antibiotika užívali I 2, 3 a 5. I1 a 6 odpověděli, že součástí léčby je i správná životospráva. I5 a 8 měli podobnou odpověď: *„Beru helcid na lačno. Jak jsem byla hospitalizovaná, tak nevím, co mi dávali do těch kapaček. Vím jen o helcidu.“*(8).

Na dotaz, zda museli informanti podstoupit operaci uvedli I 1,3,4,5,6 a 7, že nemuseli. Konkrétně I5 řekl: *„Doktor říkal, že už se to prej ani neoperuje. Dřív brali kus žaludku třeba. Ale teď už prý jen antibiotika. Takže mě na operaci neposlal.“* I2 podstoupil operaci, ale z důvodů mylné diagnózy: *„Ano, operaci jsem podstoupil. Ale z toho důvodu, že si mysleli, že mám problém se žlučníkem... Což jsem neměl. Vředy mi zjistili až potom, co mi vzali žlučník.“* I8 operaci kvůli vředovému onemocnění podstoupila. Žádné komplikace neměla a jizva se jí hojila rychle.

5.3.4. Informace o vředové chorobě

Čtvrtá subkategorie začíná otázkou: „*Jaké informace Vám byly poskytnuty?*“. V této otázce se odpovědi lišily. I1, 3 a 6 zmínili důležitost pravidelného užívání léků. Informantům 1,2,3,4,5,7 a 8 byl kladen důraz na konzumování správných potravin a dodržování zdravé životosprávy. I6 bylo doporučeno vynechat alkohol. I1: „*Doktorka mi popsala vředové onemocnění. Pak mi vysvětlila, co bych měl dodržovat. Nemám jíst hodně pikantní a kořeněný. Řekla mi, jak mám užívat léky. Po fibroskopii mi sdělila výsledek vyšetření a nechali si mě v nemocnici na pozorování. Podívovali se jen nad tím, že po krvácení ze vředu se vředy zatahly a dále už nekrvácely. Vředy jsem měl 4. Tři na žaludku a jeden na dvanácterníku.*“. Odpověď I2 byla: „*Nemám jíst pálivý, kořeněný, mastný, nemám pít kafe. Což já nepiju, tak to pro mě nebylo žádné omezení. Měl bych jíst pravidelně léky a moc se nepřetěžovat. Mít pravidelný režim.*“

Po detailnějším dotazování všichni informanti sdělili, že informacím rozuměli. I2,3,4,7 a 8 informace podával lékař. I1 řekl: „*Paní doktorka a primář na vizitě.*“. Stejně tak odpověděli i I5 a I6. Žádnému dotazovanému informace neposkytla sestra. Pouze lékař. Informace byly u všech sděleny ústně a I4 a 7 dostaly i letáček o vředové chorobě.

Další dotaz zněl: „*Jsou nějaké informace, které jste si musel/a dohledat?*“. I1,2,3 a 5 si nic nepotřebovali dohledávat. I6 a 8 odpověděli velmi podobně: „*Ne vůbec. Co mi neřekne pan doktor, to nechci vědět. A internetu už vůbec nevěřím.*“(I8). Jediný I7 projevil větší zájem o vředové onemocnění. Informace dohledával na internetu. Na další otázku, jak poznal, jestli se jedná o vhodný zdroj řekl: „*Ty informace byly skoro totožný s těmi, co mi říkal pan doktor. Bylo to i hezky popsány. Tak, aby to pochopil i lajk.*“

5.4 Režimová opatření při vředové chorobě

Ve třetí kategorii se zaměříme na režimová opatření při vředové chorobě. Otázky se týkaly dodržování opatření i reakcí zdravotníků na nedodržování správné životosprávy. Týkaly se také potravin, které by nemocní měli a neměli konzumovat. Poslední otázka této kategorie zjišťovala, zda nemocní pijí alkohol.

5.4.1 Dodržování režimových opatření

Čtvrtou součástí kategorie zaměřené na režimová opatření byla subkategorie vyjadřující jejich dodržování. Zde se ukazuje, že polovina informantů se o jejich dodržování snaží. Ostatní informanti vědí, jaká jsou režimová opatření, ale například kvůli podmínkám a časovému omezení v zaměstnání je nedodržují.

První otázka ve čtvrté kategorii zněla: *„Nakolik se vám daří dodržovat režimová opatření? Označte se od 1-5 jako ve škole.“* Odpovědi informantů byly půl na půl. I1,4,5 by si dali za 2. Konkrétně I 4 odpověděl: *„Tak jako snažím se to dodržovat. Asi za 2.“*. Ostatní informanti by si dali za 3. I 1,2 a 8 nedodržovali opatření, protože mají chuť. I6 a 7 udávají, že nemohou dodržovat režimová opatření kvůli práci. I4 a 5 se k této otázce nevyjádřili. I 3 odpověděla: *„Kvůli zvyku. A taky kvůli kolektivu. Když si dají ostatní, dám si taky. Nejhorší to je třeba na dovolených.“*. I2: *„Mám chuť. Když nejsem v práci, tak chodím pomáhat na statek za nevlastním bratrem. Tam se vaří typická česká domácí kuchyně. Je pak těžké odolat a nedat si to, na co máš zrovna chuť.“*

Dále nás zajímaly reakce zdravotníků na nedodržování režimových opatření. I8 sdělila: *„Tak doktor mi povolil všechno. Víím, že nesmím kachnu každý den. Ale občas nevádí, když si dám. Třeba jednou za půl roku.“*. I3: *„Říkám jim to všechno popravdě. Nic se mnou nenadělají, tak se k tomu moc nevyjadřují.“* Zbytek informantů měl velmi podobnou odpověď jako I3. Zda by se informanti za něco pochválili či nikoliv, odpověděl I2: *„Nemám jíst pálivý, kořeněný, mastný, nemám pít kafe. Což já nepiju, tak to pro mě nebylo žádné omezení. Měl bych jíst pravidelně léky a moc se nepřetěžovat. Mít pravidelný režim.“*. I3 řekla: *„Přestala jsem kouřit a nepiju alkohol.“*. I6 uvedl: *„Jím teplá jídla. Omezila jsem kávu a alkohol a cvičím. I beru léky pravidelně na lačno. Hlídám si to. A nepochválila občas piju kafe.“*. I7 se chválil za snídaně a vyřazení špatných návyků.

Následovala otázka, zda mají informanti problémy po jídle či před jídlem. I1,3,4,7 a 8 po jídle. Konkrétně I3 odpověděla: *„Bolest po určitém jídle. Třeba po hodně ostrým jídle, po chipsech nebo po špekáčcích.“*. I5 a I6 měli problémy před jídlem: *„To bylo na spíš před jídlem...“* (I5).

5.4.2 Konzumace potravin při vředové chorobě

Informace obsažené v kategorii naznačují, které potraviny informanti nejčastěji nakupují. I1,2,3 a 4 nakupují mléčné výrobky. I1 zmínil: „*Ted' momentálně jogurty, pečiva, tvarohové dezerty, ostatní mléčné výrobky. Raději jím jenom toustový chléb. Světlý nebo tmavý. Je lehce stravitelný. Rohlíky zatím vynechávám. Po domluvě s doktorem se snažím hodně vynechávat a pak přejdu na jinou dietu.*“ I 5,6,7 a 8 nakupují nejvíce zeleninu: „*Zeleninu. Ve velkém množství. A pak na co mám zrovna chuť. Nic mě teď nenapadá. Jím jako normální člověk. Hlídám se jen kvůli cukrovce.*“ (I8). Úprava stravy u I1,5,6,7 a 8 je nejčastěji dušení: „*Dusíme, nesmažíme, všechno na přírodno, nekořeníme. Jen minimálně. Žádné přepálené tuky.*“ (I1). I3 a 4 nijak úpravu nezměnili. I2 na otázku ohledně úpravy stravy odpověděl podobně jako ostatní: „*Snažím se nedělat jídlo tak mastné. Jinak jsem to moc neměnil. Vynechávám ostré koření.*“.

Následovala otázka, jak často informanti jedí. I1,2,5 a 6 si jídlo dopřejí 3x až 4x denně. I3,4, 7 a 8 odpověděli podobně. I4 řekl: „*Vícekrát po menších porcích. Tak 5x denně.*“ Pokračování této kategorie bylo otázkou: „*Které potraviny jste musel/a vyřadit ze svého jídelníčku?*“. I1,2,4 a 6 měli podobnou odpověď jako I7. Ten uvedl: „*Salámy, smažené, plesnivý sýry nemůžu, těžce stravitelný potraviny. Třeba zelenina s tvrdou slupkou. To není vůbec dobrý. Z toho je mi špatně.*“. I3 má problém s potravinami upravovanými na ohni: „*Potraviny dělaný na ohni. To je pro mě nejhorší. Jinak mi dost pomůžou prášky. Nemám s tím problém.*“ I5 odpověděl: „*Vůbec žádné potraviny jsem nevyřadil. Všechno jím tak jak dřív. Jen si beru ty léky.*“ I8 se také nijak neomezuje.

Další otázka zněla následovně: „*Proč pro Vás nejsou vhodné?*“ I2,3,4 a 8 uvedli bolesti břicha. I5 žádné potraviny z jídelníčku nevyřadil. I1 odpověděl: „*Způsobují bolesti, mohlo by to podráždit hojící se vředy, snižovat účinnost léků.*“ a I6 odpověděl velmi podobně. Informanti povětšinou nedodržují vhodný jídelníček, protože na něco mají chuť, kvůli zvyku nebo nedostatku času. I2 uvedl: „*Jsem na ta jídla zvyklý. A někdy nemám čas na to, abych si vařil jídlo speciálně pro mě, proto sním, co mám zrovna před nosem.*“ Poslední otázka této subkategorie byla: „*Pijte alkohol?*“ I2,3,4,5,7 a 8 pijí občas pivo nebo víno: „*Tak standartně. Jakoby ne. Trochu vína. Nebo vypiju jedno pivo za dva dny, když je léto. Co nemůžu je tvrdý alkohol. To vůbec nepiju.*“ (I7). I1 sdělil:

„Vůbec nepiju. Občas si dám nealkoholické pivo. Z toho nemám žádné potíže. Alkohol maximálně 2x do roka.“

5.5 Život s vředovým onemocněním

Ve čtvrté kategorii nám informanti sdělili, zda se jim změnila váha z důvodu vředového onemocnění nebo jestli změnilo životní tempo. Dotazovali jsme se jich také na sociální život při vředové chorobě i na kvalitu jejich spánku. Tato kategorie nemá žádné subkategorie. První otázkou této kategorie je: *„Změnila se Vaše váha od té doby, kdy jste onemocněl/a vředovým onemocněním?“*. I1,2 a 3 zhubli. Konkrétně I3 odpověděla: *„Hele, zhubla jsem 15 kg. Půl roku jsem nemohla pořádně jíst.“*. I4,5,6, a 8 se váha nezměnila. V rozporu s ostatními informanty byl I7: *„Přibral jsem. Ze začátku jsem tak 6 kg zhubnul a pak jsem začal přibírat. Nevím kolik mám teď kg. Asi je to tím, že piju hodně šlehačky. Obaluje mi to žaludek a je mi po tom lépe.“*

Další otázka k této kategorie zněla: *„Změnil/a jste životní tempo od té doby, co jste onemocněla?“*. I1 řekl: *„Určitě, snažím se být víc v klidu a nestresovat se. I dodržovat dietu. Člověk to musí brát v tom dobrým. Není nejhůř. Spraví se to.“*. Na změnu reaguje pozitivně: *„Mám už jednu zkušenost s onemocněním. Měl jsem nádor a rodina mě hodně podržela i doktoři. Z toho důvodu mám už pozitivnější myšlení. Od té doby.“* I2,3,4,5,6,7 a 8 životní tempo nezměnili. I8 z důvodu: *„Protože je mi pořád dobře. Je pravda, že už nechodím třeba na pětikilometrové procházky, ale to je taky věkem.“*. Konkrétně I7 uvedl: *„Jen tu chvíli v akutní fázi. Asi tak na 3 měsíce jsem se šetřil. Pak už vůbec. Nebylo to potřeba.“*

Na dotazy ohledně sociálního života odpověděli I1,2,3,4,5,6 a 8, že je vředová choroba nijak neomezuje v sociální oblasti. Konkrétně I6 řekla: *„Nene, vůbec. Do práce chodím, s přáteli se taky občas vídám.“*. I7 zmínil covidovou situaci: *„Ne, omezuje mě teď jenom covidová situace.“* I3 odpověděla následovně: *„Jen v té akutní fázi. A to z toho důvodu, že jsem měla bolesti. Nechodila jsem na návštěvy ani do práce. Už se ten stav zlepšil, takže se už nijak neomezují.“*. Na tuto otázku navazovala podotázka, zda informanti nemají problém se svěřit o zmíněném onemocnění rodině a blízkým. Všichni se shodli, že o vředové chorobě mluví bez problému a nestydí se za ni. I1 odpověděl: *„Ano určitě. Dcery i syn se to dozvěděli od manželky a vzkázali mi, ať se rychle uzdravím, abych mohl chodit do práce a byl v pořádku.“*

Odpovědi na otázku „*Jakou máte kvalitu spánku?*“ byly následující: I1,2,4,5 a 8 mají kvalitní spánek. I3 řekla: „*Ve spánku mě někdy bolest probudí. Ale není to nic hrozného.*“, problém řeší: „*Dám si asi tak 50 algifenových kapek.*“. I7 se občas budí, ale z důvodu stresu ze zaměstnání. I6 uvedl: „*Spí se mi dobře. Dřív mě občas pobolívalo břicho. Tak se mi stalo, že jsem si musela dát algifen na noc. Ale už je to dobrý. Nemám žádné problémy se spaním.*“.

Poslední otázkou rozhovoru byla, zda informanti kouří. I1: „*Předtím jsem kouřil těch 20 až 25 cigaret denně. Ted' se snažím dát tak deset. Do 15 cigaret. Problémy mi to nedělá. Už kouřím 40 let. Tělo je na nikotin zvyklý.*“. I2,3,6 a 7 nekouří. I8 odpověděla: „*Kouřila jsem několik let 10-15 cigaret denně. 5 let už nekouřím. Ale ne kvůli vředům. Měla jsem problémy se srdcem, tak proto jsem přestala.*“. I5 sdělil: „*Jsem abstinující kuřák 7 let. Předtím jsem vykouřil krabičku i více.*“. I4 kouří i přes onemocnění. Cca 10-15 cigaret denně.

6. DISKUZE

Práce se zaměřovala na popsání vředového onemocnění tak, jak ho vnímají pacienti. Dále také na popsání režimových činností. V diskuzi zmíníme cíle bakalářské práce a její výsledek. Prvním cílem bylo popsat znalosti pacientů o režimových opatřeních. Druhý cíl, který si bakalářská práce klade, bylo popsat dopad onemocnění na jednotlivé oblasti života pacienta s onemocněním gastroduodena. V následující části textu se budeme věnovat komparaci zjištění s dostupnými zdroji.

Lukáš (2018a) doporučuje pacientům s vředovým onemocněním klidový relaxační režim. Pacient by měl být v pracovní neschopnosti. Dále je vhodné pacientovi navrhnout lázeňskou léčbu. V nemocnici se velmi často můžeme setkat i s nemocnými, kteří nedbají na tato doporučení a od rodiny si nechají přinést notebook. Mají pak možnost pracovat na dálku z nemocničního prostředí. Neuvědomují si však, jaké následky to může mít na jejich zdraví. V první kategorii výzkumu s názvem „*Charakteristika zaměstnání*“ jsme se informantů ptali, v jakém zaměstnání pracují. Pouze informant 5 a 8 jsou v důchodu. Ostatní informanti pracují v zaměstnání, kde jsou vystaveni stresovým situacím. Například I2 a I6 pracují jako všeobecné sestry v nemocnici. Nebo I7 je zaměstnaný jako vedoucí výrobní dílny. Většina pracujících informantů (I1,2,3, a 7) se řídila doporučením lékaře a odešli na pracovní neschopnost.

Vředová choroba gastroduodena se vyznačuje defektem na sliznici trávicího traktu (viz Příloha č. 1). Povrchové defekty zasahující pouze do sliznice se nazývají eroze. Pokud defekt proniká až pod slizniční svalovou vrstvu, jde o vřed. Tvar vředu je různý. Vypadá často jako kulatý nebo oválný útvar o velikosti cca 5-20 mm. Výskyt je obvyklý všude tam, kde je přítomna kyselina chlorovodíková. Tedy v jícnu, žaludku i ve dvanáctníku (Klener, 2012). Vředy mohou být lokalizovány v žaludku, kdy označujeme vředy za žaludeční. Nebo jsou přítomny (cca z 80 %) ve dvanáctníku (Lukáš, 2019). Pro srovnání, jak vředové onemocnění vnímají odborníci a laická veřejnost, jsme se informantů dotazovali, co se jim vybaví pod pojmem vředová choroba žaludku a jak ji dokáží definovat. Výsledky věnující se této oblasti jsou shrnuty ve druhé kategorii s názvem „*Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové chorobě*“. Informant 1 odpověděl, že si vředy představuje jako nádory na žaludeční sliznici. I5 a 6 uvedli, že

vřed vypadá jako rána na žaludku. Ostatní informanti si je představují jako defekty a popsali onemocnění podobně jako tomu je v literatuře od Klenera (2012).

Za primární vředovou chorobu označujeme vředy způsobené infekcí bakterií *Helicobacter pylori*. Vředy sekundární mají jinou příčinu, než je *Helicobacter pylori*. Jedná se například o vředy lékové, kde nesteroidní antirevmatika či kyselina acetylsalicylová působí nepříznivě na sliznici žaludku a duodena. Mezi další typy patří vředy stresové. Ty vznikají po polytraumatech, těžkých operacích a po závažných popáleninách. Vředy endokrinní se objevují u Zollingerova-Ellisonova syndromu. Vředy hepatogenní mohou vzniknout u jaterní cirhózy díky kombinaci helikobakterových změn a změn v prokrvení orgánu při portální hypertenzi (Klener, 2012). O příčině vzniku vředů jsme pojednávaly také ve druhé kategorii (a první subkategorii) s názvem „*Informovanost o vředovém onemocnění*“ Naprostá většina informantů je přesvědčena, že za vznik může hlavně špatná životospráva. Informanti nejedli pravidelně, kouřili nebo pili hodně kávy. Za příčinu onemocnění může oslabení organismu, uvedl I1. I3 si myslí, že onemocnění vzniklo na základě dědičnosti, kdy vředové onemocnění měl i její bratr a otec.

Ve výzkumu nás také zajímalo, zda pacienti kouří či nikoliv. I1 dříve vykouřil až 25 cigaret denně. Nyní cigarety omezil na polovinu. I8 kouřila několik let 15 cigaret denně. V současnosti nekouří vůbec. Avšak ne z důvodu vředového onemocnění. I5 dříve také kouřil. Přestal, protože za cigarety nechtěl dávat tak vysoký obnos peněz. I4 kouří i přes onemocnění cca 15 cigaret denně. Begovice (2015) uvedl, že více jak 15 cigaret denně zvyšuje minimálně 3x riziko komplikací. Zesiluje účinek *Helicobacter pylori*. Informanti 1 a 4 jsou poučeni o rizicích, které kouření přináší v souvislosti s vředovým onemocněním. Avšak v plánu přestat nemají. I4 dokonce uvedl, že mu cigarety pomáhají od bolesti. V praxi se můžeme setkat i s pacienty, kteří jsou v nouzi schopni si zapálit cigaretu přímo na pokoji v nemocnici. Bohužel neškodí tím pouze sobě, ale i spolupacientům, kteří se tak nedobrovolně stávají pasivními kuřáky.

Vředy se vyskytují také u osob, které jsou vystavené dlouhodobému stresu. Stres ovlivňuje mnoho fyziologických funkcí gastrointestinálního traktu. Trakt je bohatě inervován. Nachází se zde přes 100 milionů neuronů. To je téměř stejné jako počet neuronů v míše. Centrální a střevní nervový systémy jsou propojeny a tvoří tak osu „mozek-střevo“. Chronický stres tuto osu narušuje a může dojít k poruše žaludeční

sekrece, střevní motility či bariérové funkce střevní sliznice. Například v zaměstnání řízení letového provozu onemocnění vředové choroby vzniká častěji než v jiném pracovním oboru. A to právě z důvodu dlouhodobého stresu (Kostiuk, 2018). Informanti 1,2,3,6 a 7 jsou v zaměstnání vystaveni stresovým situacím. Například I6 pracuje jako sestra na dětském oddělení. Na otázku „*Můžete mi popsat, co Vás v práci stresuje?*“ řekla, že za stresující považuje nečekané příjmy a propouštění pacientů. Velmi podobně uvažuje I2. Také pracuje jako sestra v nemocnici, ale na covid oddělení. Například I2 kvůli práci mnohdy nemá čas ani na jídlo. Proto vznik vředů pravděpodobně plyne ze stresujícího zaměstnání, kde informanti mají jistou zodpovědnost a nemůžou se dopustit chybování. Ostatní informanty nepracující ve zdravotnictví nejčastěji stresuje vedení a jejich požadavky. I5 a I8 jsou v důchodu. Nejsou proto vystaveni tak stresujícím situacím, jako tomu je u pracujících informantů.

Hejda (2014) popisuje vznik vředového onemocnění z důvodu nadužívání nesteroidních antiflogistik. Tato skupina léčiv se užívá v léčbě bolestí a zánětů. Nežádoucí účinky těchto léků mohou mít negativní vliv na gastrointestinální trakt. Odpověď na otázku „*Co Vám pomáhá od bolesti?*“ I8 sdělila, že užívá při potížích ibuprofen. To mohla být příčina vzniku komplikací, kvůli kterým byla později hospitalizována v nemocnici. I8 nebyla od zdravotníků informována o nežádoucích účincích ibuprofenu na gastrointestinální trakt. Dále paralen zmínila ve své odpovědi I6. Problémy řeší nejdříve bylinkovými čaji ze směsi fenyklu, kmínu a žebříku. Pokud čaj informantce nepomůže, užívá paralen. Nemocní s vředovými či gastroduodenálními vředy se v příbalovém letáku paralenu 500 dočtou informaci o vhodnosti užívání i s tímto onemocněním (©Příbalový-leták.cz,2020). Nezhoršuje chorobu a je vhodnějším lékem na bolest než ibuprofen. Efektivním lékem pro informanty s vředy jsou algifenové kapky. I1,3,5 a 6 je občas užívají při bolestech žaludku. Každý se ve zvláštních upozorněních příbalového letáku algifenu neo 500mg je psáno, že velmi opatrně mají mimo jiné postupovat i pacienti s aktivní vředovou chorobou žaludku a dvanáctníku (©Příbalový-leták.cz,2020). Informantům však kapky pomáhají a nezpůsobují jim další problémy. Dále popíjení mléka pomohlo I1,2,3,4 a 7. Konkrétně I7 často popíjí šlehačku. Ta mu prý obaluje žaludek a je mu potom lépe.

Jednou z 8 informantů je i 72letá diabetička (I8). O vředové chorobě nevěděla do té doby, než u došlo k perforaci žaludečního vředu. Odvezla jí záchranná služba do nemocnice na urgentní příjem. Pacientka byla operována bez komplikací. I8 sdělila, že

po operaci dostávala infuze k doléčení vředu. Jizva se jí hojila per primam. Výsledek lze porovnat se článkem od Tachecí (2011). Vředy u pacientů trpících diabetem mají většinou horší průběh. Tito pacienti bývají 3x až 7x častěji hospitalizováni. Diabetická mikroangiopatie narušuje integritu sliznice. To zapříčiňuje vznik větších defektů. Dále mají pacienti vyšší riziko vzniku infekce po perforaci vředu. Pozorování jsou především starší pacienti z důvodu polymorbidity a pacienti s komplikacemi diabetu (retinopatie, periferní angiopatie, nefropatie...). V porovnání s praxí je všeobecně známo, že u diabetiků je nejdůležitější prevence. Pacientka by v nemocnici měla mít zvýšený dozor zdravotnickým personálem. Také by měla být edukována o důležitosti dodržování režimových opatření. Už jen z toho důvodu, že je pacientka jako diabetička náchylnější ke vzniku komplikací, než by tomu bylo u pacienta bez diabetu.

O komplikacích jsme s informanty pojednávali ve druhé kategorii a první subkategorii s názvem „*Komplikace a léčba vředů*“. Doptávali jsme se otázkou „*Víte, jaké komplikace se v souvislosti s vředovou chorobou mohou vyskytnout?*“ Na informantech bylo znát, že si komplikacemi nejsou jistí. I 1,2,3,5,7 a 8 uvedli prasknutí a krvácení ze vředu. I7 si myslí, že může dostat otravu a I6 uvedla větší predispozici vzniku rakoviny. Více vědět nechtěla, aby se nemusela zbytečně stresovat. I2 pracující ve zdravotnictví řekl, že se o komplikacích učili. V současnosti si z toho prý moc nepamatuje. Uvedl pouze krvácení a prasknutí vředů. I8 věděla jen o perforaci, protože jí více informací o komplikaci nikdo neřekl. Češka a kolektiv (2015) z pohledu komplikací varují před masivním krvácením, penetrací, perforací a stenózou. Krvácení se projevuje zvracením krve nebo jako meléna. Při penetraci dochází k postupnému prohloubení vředu stěnou žaludku či duodena do okolí. Perforace neboli proděravění stěny vznikne v době, kdy vřed proniká stěnou žaludku či duodena příliš rychle a nedojde tak k adhezi s okolními orgány. Nemocní by pocítovali prudkou bolest, tak jak tomu bylo i I8. Další komplikací je stenóza pyloru. To znamená, že se pylorus zúží otokem či fibrózou stěny trávicí trubice. U pacientů se tato komplikace projeví zvracením. Díky výzkumu jsme zjistili, že by zdravotníci mohli lépe vysvětlovat komplikace vředového onemocnění. Pacienti by tak možná lépe dodržovali režimová opatření, aby se vyvarovali zbytečných problémů.

Jak Slezáková (2012) ve své publikaci uvádí, nemocný by měl v průběhu onemocnění vyzorovat, které potraviny mu dělají potíže a následně se jim pak vyhýbat. Většinou jde o kořeněná a kyselá jídla. V subkategorii s názvem „*Konzumace potravin při*

vředové chorobě“ zazněla otázka: „Které potraviny jste musel/a vyřadit z Vašeho jídelníčku?“ Konkrétně I7 nemůže jíst salámy, smažené, plesnivé sýry ani zeleninu s tvrdou slupkou. I3 řekla, že má největší problém s potravinami upravovanými na ohni. I1 a 4 mají problémy s kořeněnými potravinami. I6 musela vyřadit z jídelníčku pochutiny, uzeniny i slané oříšky. Dále jí dělá problém studená voda, tvrdý alkohol a káva. Informantů jsme se ptaly, proč tyto potraviny vyřadili. Většina nemocných má po konzumaci nevhodných potravin bolesti břicha. I1 navíc doplnil, že by se mu mohly podráždit hojící se vředy a léky, které užívá, by pak ztratily účinnost.

Naopak za vhodná jídla Svačina (2008) považuje: rohlíky, krájený sýr, polévky, tvaroh, jogurty, ryby a koření jako je sladká paprika nebo nové koření. Zdůraznil důležitost správné úpravy stravy. Doporučuje potraviny dusit, vařit a péct na vodě. Pokud má nemocný chuť na slabou kávu či pivo, nemusí se omezovat a v malém množství si je může dopřát. Dle Kima (2017) vitamín A zabraňuje duodenálním vředům a vitamín C chrání proti vředům a jeho komplikacím. Informanti se dle doporučení řídí následovně. I1 konzumuje jogurty, tvarohové dezerty i lehce stravitelný toustový chléb. V našem výzkumu jsme se dozvěděli, že I8 nejčastěji nakupuje zeleninu. Stejně tak I2,5,6 a 7. Dále jsme se informantů dotazovaly: „*Jak stravu upravujete?*“ Dušenou úpravu potravin upřednostňuje I1,6,7 a 8. I1 má rád také maso upravované na „přírodno“ minimálně kořeněné. Ryby konzumuje pouze I5 a 7. Za vhodné potraviny při vředové chorobě považují informanti mléčné výrobky různého typu. Pravidelně je jedí I1,2,3,4,6 a 7. Co se alkoholu týče I2,3,4 a 5 pijí pivo v malém množství. Konkrétně I7 uvádí, že pije trochu vína nebo jedno pivo za dva dny, pokud je léto. Víno při zvláštních příležitostech pije i I8. Sladký alkohol nedělá problémy I6 a nealkoholické pivo si občas dá I1. Všichni informanti byli zdravotníky edukováni o správných potravinách, avšak dietu nikdo je dodržuje na 100 %. I1,3,4 a I6 pijí kávu. I1,2 a I8 občas snědí tučné či mastné, protože na to mají chuť. Dle Kelnarové (2009) je důležité jíst 6-8 malých porcí denně. Doporučení publikací zlehčují informanti 2,5 a 6. Jedí méněkrát za den, než by vzhledem k onemocnění měli, a to cca 3x až 4x denně. Častěji jedí I1,3,4,7 a 8. 5 až 8 malých porcí za den.

Na základě uvedeného můžeme konstatovat, že pacienti s onemocněním gastroduodena mají znalosti o režimových opatřeních. Informanti si jsou nejčastěji vědomi toho, že mastné, kořeněné, pálivé jídlo a alkohol není vhodný ke konzumaci v souvislosti s vředovým onemocněním. Ukazuje se, že ne vždy dietní opatření dodržují 100 %. Například na dovolených (I6), návštěvách (I3) nebo při zvláštních příležitostech (I8) občas konzumují potraviny, které by jim mohly uškodit.

Ve vztahu dopadu k onemocnění Slezáková (2012) zdůrazňuje nutnost podporování nemocných ve změně životního stylu. Nemocní by měli eliminovat stres, snížit fyzickou aktivitu, více spát a relaxovat, zvolnit životní tempo a vyhnout se stresovým situacím. Porovnat publikaci a výsledek výzkumu můžeme ve druhé a čtvrté kategorii. Informanti 1,2,3 a 7 kvůli vředovému onemocnění v akutní fázi byli v pracovní neschopnosti. V oblasti pracovní výkonnosti, tedy informanti byli v akutní fázi onemocnění značně omezeni. Na otázku „Čím se v práci odreagujete?“ odpověděli všichni pracující informanti stejně. Kolektivem. I7 se ještě obvykle odreaguje procházkou. Dále nás zajímalo, zda životní tempo nemocní zvolnili či nikoliv. Byla položena otázka: „Změnil jste životní tempo od té doby, co jste onemocněl/a?“. I1 se snaží být více v klidu a nestresovat se. Informant 1 měl před několika lety nádorové onemocnění. Proto ho vředová choroba po psychické stránce tolik neovlivnila, jako tomu bylo před lety s onkologickou diagnózou. Z toho důvodu myslí pozitivněji a dělá vše pro to, aby se vyléčil. Na tuto otázku měli opačnou odpověď zbývající informanti. Konkrétně I8 uvedla, že se cítí dobře a na pětikilometrové procházky nechodí spíš kvůli vyššímu věku, než aby tomu bylo z důvodu onemocnění. Akutní fázi nemoci si prošel I1,2,3,7 a 8. Konkrétně I7 se musel šetřit pouze 3 měsíce a poté se vrátil zpátky do běžného životního tempa. Jediné pravidlo, které musel dodržovat byla úprava jídelníčku. Totožnou odpověď měli i I1,2 a I3. V rozhovoru jsme se také informantů ptali na oblast sociální. Všichni uvedli, že je onemocnění nijak neomezuje. I7 připomněl covidovou situaci. Ta je prý pro něho největším omezením. I3 zmínila akutní fázi onemocnění, kdy se v největších bolestech nemohla chodit na návštěvy. Nyní je její stav stabilní a vředová choroba ji také nijak neomezuje. Na sociální oblast tedy vředové onemocnění nemá vliv. Opět pouze v akutní fázi onemocnění. Ostatní informanti se nadále stýkají s přáteli, jezdí na dovolené (I6) nebo se věnují svým volnočasovým aktivitám.

Na základě zmíněných odpovědí si můžeme vyvodit to, že pacienti nejsou nijak omezováni vředovým onemocněním a mohou žít normální život jako zdraví jedinci. Jen s tou podmínkou, že na sebe musí brát ohledy hlavně co se týče stravy. Dále by se měli mimo jiné vyhýbat se stresovým situacím, aby nedošlo ke komplikacím, které se vážou na toto onemocnění.

Šafránková a Nejedlá (2006) zmiňují jako součást léčby dostatečný odpočinek a spánek. Ten zkracuje dobu léčby. Nemocný by měl pravidelně odpočívat a být v klidu. Na nespavost doporučují vhodnou přípravu ke spánku nebo nefarmakologická opatření. Pokud jsou nefarmakologická opatření bez efektu, kvalitnějšímu spánku mohou dopomoci například hypnotika. Ve čtvrté kategorii výzkumu jsme zjišťovali, jak na tom jsou nemocní se spánkem. Informantů jsme se ptali otázkou „*Jakou máte kvalitu spánku?*“. I3 se jednou za čas vzbudí z důvodu bolesti břicha. Bolesti by dle VAS škály hodnotila v nižších číslech. Na problém jí pomůžou algifenové kapky. I7 odpověděl, že má kvalitu spánku horší. Příčinou není vředové onemocnění, ale starosti s prací. Problém řeší procházkou se psem. Poté bez problému usne. I 1,2,4,5 a 6 mají kvalitní spánek. Z výsledku šetření této oblasti plyne, že ani jeden z informantů netrpí pravidelnou poruchou spánku při vředové chorobě.

7. ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním vředové choroby gastroduodena. V teoretické části jsme zmínili anatomii gastroduodena, příčiny, příznaky a komplikace onemocnění. Dále zde byla popsána farmakologická, nefarmakologická a chirurgická léčba. V teoretické části byla také uvedena role sestry, která má za úkol pečovat o každého pacienta individuálně a edukovat ho o režimových opatřeních při vředové chorobě.

Pro bakalářskou práci jsme si stanovili dva cíle. Prvním bylo popsat znalosti pacientů o režimových opatřeních vředové choroby gastroduodena. Druhým cílem bakalářské práce bylo popsat dopad onemocnění na jednotlivé oblasti života pacienta s vředovou chorobou gastroduodena. Pro splnění výzkumných cílů jsme si položili dvě otázky. První zněla: Jaké znalosti o režimových opatřeních mají pacienti s onemocněním gastroduodena? Druhá otázka se zaměřovala na oblasti života pacienta s onemocněním gastroduodena, které může pacienta ovlivnit: Jaký bude dopad onemocnění na jednotlivé oblasti života pacienta s vředovou chorobou?

Výzkumnou část jsme zrealizovali pomocí kvalitativního výzkumu. Využili jsme polostrukturovaný rozhovor, který se skládal z 23 hlavních otázek a 50 podotázek. Na informanty jsme kladli dvě kritéria. Jednalo se o nemocné z kraje Vysočina. Dále informanti museli být ve věku nad 18 let. Získané znalosti od informantů jsme rozčlenili do 4 kategorií a 8 subkategorií. Zjistili jsme, že nejlépe byli informanti edukováni v oblasti výživy a odpočinku. Naopak v oblasti komplikací vředového onemocnění projeví menší znalosti. Z toho vyplývá potřeba zefektivnění edukace v této oblasti. Ukazuje se také, že největší dopad onemocnění na jednotlivé životní oblasti je v akutní fázi. Potvrzuje se, že po odeznění akutní fáze se jako významné v rámci režimových opatření jeví dodržování pravidel v oblasti výživy. Z toho důvodu je nutností, aby se sestra zaměřila na problémové oblasti pacienta a dle toho volila potřebné intervence v péči o nemocného.

Díky poukázání na problematické oblasti v edukaci pacientů s vředovým onemocněním gastroduodena, může být práce zdrojem zajímavých informací pro studenty ošetrovatelství i pro sestry v praxi.

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALGIFEN NEO – příbalový leták [online]. *Příbalový – leták.cz*. Copyright, 2020. Pribalovy-letak.cz. [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: <https://www.pribalovy-letak.cz/17-algifen-neo>
2. BÁRTOVÁ, J., 2015. *Přehled patologie*. V Praze: Karolinum. 232 s. ISBN 978-80-246-2745-8.
3. BEGOVIC, G., SELMANI, R., 2015. *Etiological Factors in Urgent Gastroduodenal Ulcer*. *Pril.* 36(2), 203-210. ISSN 1857-9345.
4. ČELEDOVÁ L., ČEVELA R., 2010. *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
5. ČEŠKA, R., et al., 2015. *Interna*. 2.vydání. Praha: Triton s.r.o. 870 s. ISBN 978-80-7387-885-6.
6. ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. 3.vydání. Praha: Grada. 497 s. ISBN 978-80-247-9210-1.
7. FERKO, A., et al., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2 vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
8. HEJDA, V., 2014. *Vliv NSAID na žaludeční sliznici*. *Tempus medicorum*. 23(4), 5-6. ISSN 1214-7524.
9. CHEN, B., et al. 2020. *Psychological effect of comprehensive nursing intervention in elderly patients with perforated peptic ulcer*. *Medicine*. Baltimore. 99(39). ISSN 1536-5964.
10. JUGOVÁ, H., et al, 2015. *Psychosociální stres u gastroduodenálního vředu v dětství: děja vu?* *Pediatric pro praxi*. 16(2). 118-120. ISSN 1213-0494.

11. KACHLÍK, D., 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Karolinum, 154 s. ISBN 978-80-246-4058-7.
12. KELNAROVÁ, J., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
13. KIM, J., et al., 2017. *Association of peptic ulcer disease with obesity, nutritional components, and blood parameters in the Korean population*. PLoS ONE. 12(8). 1-14. ISSN 1932-6203.
14. KITTNAR, O. et al., 2020. *Lékařská fyziologie*. 2.vydání. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-1963-4.
15. KONEČNÝ, M., 2018. *Vředová choroba gastroduodenální*. Via practica. (15)1, 13-16. ISSN 1336-4790.
16. KOSTIUK, P., 2018. *Chronický stres: vliv na gastrointestinální systém*. Biotherapeutics. (8)4, 46-48. ISSN 1805-1057.
17. KLENER, P., et al., 2012. *Vnitřní lékařství*. 4. vydání. Praha: Galén. 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9.
18. KROUPA, R., 2015. *Vředová choroba žaludku a dvanácterníku a infekce Helicobacter pylori u starší populace*. Geriatrie a gerontologie. 4(4), 177-180. ISSN 1805-4684.
19. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4
20. LAINE, L., 2016. *Upper Gastrointestinal Bleeding Due to a Peptic Ulcer*. N Engl J Med. 374(24), 2367-2376. ISSN 1533-4406.
21. LIBOVÁ, L., et al., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-2466-4.

22. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
23. LUKÁŠ, K., et al., 2018a. *Nemoci střev*. Praha: Grada. 736 s. ISBN 978-80-2710353-9.
24. LUKÁŠ, M., 2018b. *Terapie peptického vředu*. *Vnitřní lékařství*. 64(6), 595-599. ISSN 1801-7592.
25. MACEČEK, J., et al., 2013. *Asymptomatická penetrace duodenálního vředu do jater u antikoagulovaného pacienta*. *Interní medicína pro praxi*. 15(6-7),225-228. ISSN 1212-7299.
26. MAČÁK, J., et al., 2012. *Patologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
27. MARTÍNKOVÁ J., 2018. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2.vydání. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-4157-4.
28. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
29. MIKŠOVÁ, Z., et al., 2005. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 2. vydání. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
30. MLOSAVLJEVIC, T., et al., 2011. *Complications of peptic ulcer disease*. *Dig dis*. 29(5), 491-493. ISSN 1421-9875.
31. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
32. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., ELIŠKA, O., 2009. *Přehled anatomie*. 2.vydání. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

33. NAVRÁTIL, L., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vydání. Praha: Grada. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.
34. NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5.
35. PETŘEK, J., 2019. *Základy fyziologie člověka pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-2208-0
36. PARALEN 500 – příbalový leták [online]. *Příbalový – leták.cz*. Copyright 2020. Pribalovy-letak.cz. [cit. 2021-4-27]. Dostupné z: <http://www.pribalovy-letak.cz/12-paralen-500>
37. ROZNĚTINSKÁ, M., et al., 2017. *Krvácení do gastrointestinálního traktu – velké riziko pro geriatrické pacienty*. Geriatrie a gerontologie. 6(4), 168-171. ISSN 1805-4684.
38. SALVAGE, J., 1997. *Ošetrovatelství v akci*. 1.Světová zdravotnická organizace. 119 s. ISBN 92-890-1312-5.
39. SATINSKÝ, I., 2012. *Perforovaný peptický vřed – předoperační rizika, pooperační morbidita a mortalita, profylaxe v intenzivní péči a doporučení*. Anesteziologie a intenzivní medicína. 23(5), 259-263. ISSN 1214-2158.
40. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I*. 2.vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3601-3.
41. SOUČEK, M., SVAČINA P., 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-271-2289-9.
42. SVAČINA, Š., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
43. ŠAFRÁNKOVÁ A., NEJEDLÁ M., 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.

44. ŠPICÁK, J., et al, 2007. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada. 444 s. ISBN 978-80-247-1783-8.
45. ŠVAŘÍČEK, R., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
46. TACHECÍ, I., BUREŠ, J., 2011. *Gastroduodenální vředová choroba u diabetika*. *Vnitřní lékařství*. 57(4), 347-350 s. ISSN 0042-773X.
47. TRACHTOVÁ, E., et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
48. VODIČKA, J., et al., 2014. *Speciální chirurgie*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 318 s. ISBN 978-80-246-2512-6.
49. VYTEJČKOVÁ R., et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
50. ZIMANDLOVÁ, D., et al., 2012. *Současné možnosti léčby peptických vředů*. *Interní medicína pro praxi*. 14(2), 51-54. ISSN 1212-7299.

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1

Vředové onemocnění gastroduodena

Příloha 2

Screeningy v ošetrovatelství

Příloha 3

Informovaný souhlas

Příloha 4

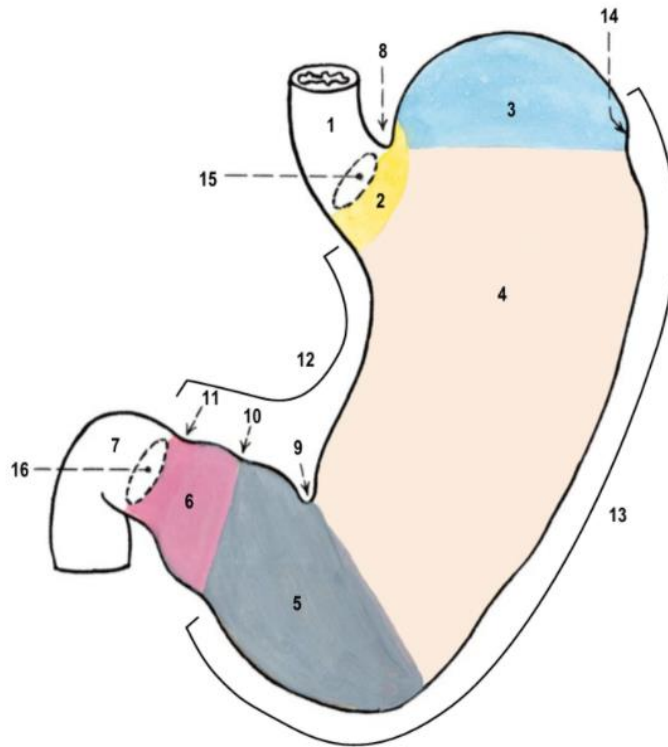
Metoda „Tužka a papír“

Příloha 5

Souhrn kódů jednotlivých rozhovorů

Příloha č. 1 – Vředové onemocnění gastroduodena

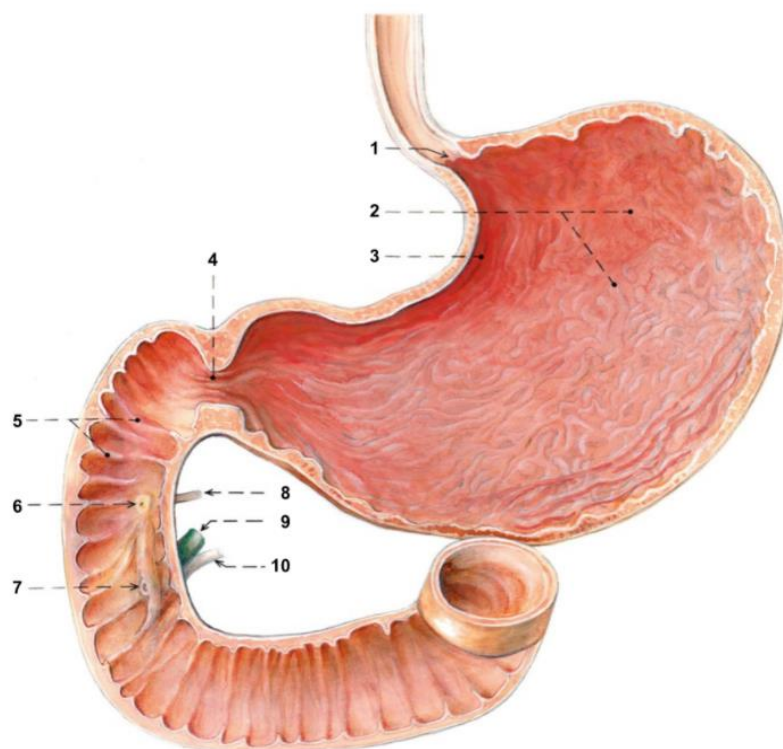
82 ŽALUDEK



Obr. 47. FUNKČNÍ ÚSEKY A HLAVNÍ ÚTVARY ŽALUDKU; schema

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1 jícen | 9 incisura angularis |
| 2 pars cardiaca | 10 sulcus intermedius |
| 3 fundus gastricus | 11 pylorus |
| 4 corpus gastricum | 12 curvatura minor |
| 5 antrum pyloricum | 13 curvatura major |
| 6 canalis pyloricus | 14 incisura major (viz str. 83) |
| 7 pars superior duodeni | 15 ostium cardiacum |
| 8 incisura cardiaca | 16 ostium pyloricum |

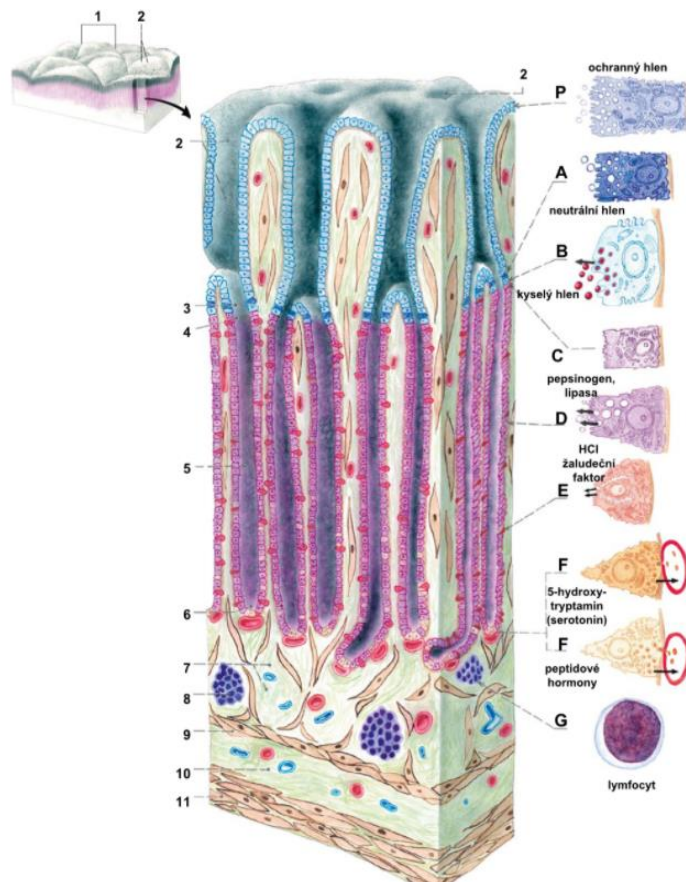
Zdroj: Anatomie 2 – Čihák, 2013. Str. 82



Obr. 52. RELIÉF SLIZNICE ŽALUDKU A DUODENA

- | | |
|--|--|
| <p>1 rozhraní sliznice jícnu a žaludku
 2 řasy ve fundu žaludku
 3 podélné řasy při malé křivatce (Waldeyerova cesta)
 4 ostium pyloricum
 5 cirkulární řasy duodena</p> | <p>6 papilla duodeni minor na plica longitudinalis duodeni
 7 papilla duodeni major na plica longitudinalis duodeni
 8 ductus pancreaticus accessorius
 9 ductus choledochus
 10 ductus pancreaticus</p> |
|--|--|

Zdroj: Anatomie 2 – Čihák, 2013. Str. 87

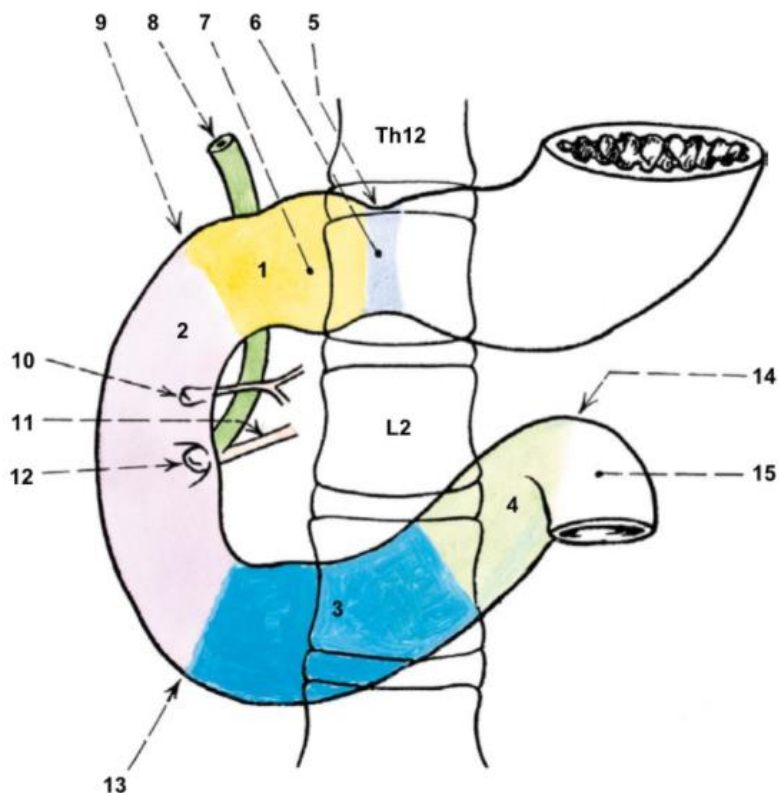


◀ Obr. 53. STAVBA SLIZNICE ŽALUDKU; žlázy těla žaludku; schematický model (modifikováno podle Gray's anatomy, 38. vyd., Churchill Livingstone, 1995)

- 1 areae gastricae
- 2 foveolae gastricae, do jejichž dna ústí glandulae gastricae
- 3 isthmus žlásky
- 4 krček žlásky
- 5 tělo žlásky
- 6 dno žlásky
- 7 lamina propria mucosae
- 8 lymfatický uzlík v lamina propria
- 9 lamina muscularis mucosae
- 10 tela submucosa

- 11 tunica muscularis
- P buňka povrchového epithelu
- A hlenová buňka isthmu žlásky
- B hlenová buňka krčku žlásky
- C nediferencovaná (kmenová) buňka
- D hlavní buňka
- E krycí buňka
- F endokrinní buňky
- G lymfocyt mizního uzlíku

Zdroj: Anatomie 2 – Čihák, 2013. Str 88



Obr. 64. ROZDĚLENÍ DUODENA PODLE PRŮBĚHU; schema

- | | | | |
|---|---------------------------------|----|--|
| 1 | pars superior | 9 | flexura duodeni superior |
| 2 | pars descendens | 10 | papilla duodeni minor (ústí ductus pancreaticus accessorius) |
| 3 | pars horizontalis | 11 | ductus pancreaticus |
| 4 | pars ascendens | 12 | papilla duodeni major s ústím ductus choledochus a ductus pancreaticus |
| 5 | hranice žaludku a bulbu duodena | 13 | flexura duodeni inferior |
| 6 | pylorus | 14 | flexura duodenojejunalis |
| 7 | bulbus duodeni | 15 | začátek jejunu |
| 8 | ductus choledochus | | |

Zdroj: Anatomie 2 – Čihák, 2013. Str. 104



Obr. B.1.1 Vřed bulbu duodena



Obr. B.1.2 Vřed duodena

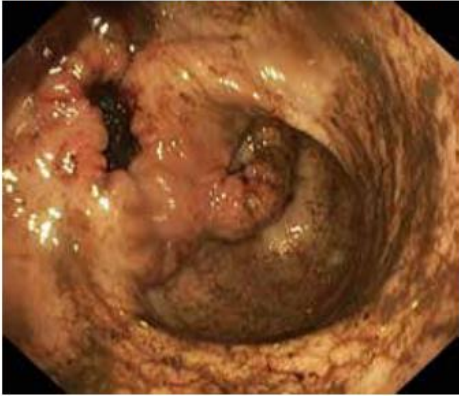
Zdroj: Nemoci střev – Lukáš, 2018. Str. 149

Obrázek 1. Peptický vřed angulární řasy žaludku



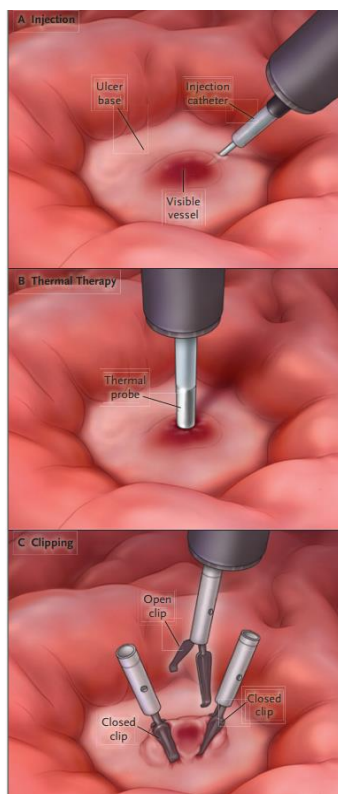
Zdroj: Vředová choroba gastroduodenální – Konečný, 2018. Str. 14

Obrázek 2. Hluboký žaludeční vřed po krvácení



Zdroj: Vředová choroba gastroduodenální – Konečný, 2018. Str. 14

Způsoby invazivní léčby komplikace krvácení ze vředu



Zdroj:

Upper Gastrointestinal Bleeding Due to a Peptic Ulcer – Laine L., 2016. Str. 2371

Příloha č. 2 – Screenings v ošetrovatelství

Základní nutriční screening			
Bod 1	Věk	do 65 let	0
		nad 65 let	1
Bod 2	BMI/ pomůcka	20 – 35	0
		18 – 20, nad 35	1
		pod 18	2
Bod 3	Ztráta hmotnosti v důsledku výživy	žádná	0
		více než 3 kg/3 měsíce, více než 0,5 kg/týden	1
		více než 6kg/3 měsíce, více než 2kg/týden	2
		Nežle-li pacienta zvážit nebo změřit	2
Nežle-li od pacienta získat informace			3
Bod 4	Jídlo za poslední měsíc	beze změn v množství	0
		poloviční porce	1
		ji občas nebo neji	2
Bod 5	Projevy nemoci ovlivňené stravováním	žádné	0
		bolesti břicha, nechutenství	1
		zvracení, průjem nad 6/den	2
Bod 6	Faktor stresu	žádný	0
		střední	1
		a) mírná deprese	
		b) chronické onemocnění např. DM, IM, HT	
		c) menší nekomplikovaný chirurgický výkon	
vysoký			2
a) akutní onemocnění (IM, úrazy, ileus, renální a jiná kolika, UPV, ...)			
b) rozsáhlý chirurgický výkon (tot.endop.kloubů, oper.hlavy.plíce)			
c) pooperační komplikace (embolie, trombóza, zánět, septický stav)			
Výsledný počet bodů:			
0 – 3 bez zvláštní nutriční intervence			
4 – 7 nutně vyšetření nutričním terapeutem			
8 – 11 bezpodmínečně nutná speciální nutriční terapie, těžká malnutrice			

Zdroj: Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník - Kelnarová, 2009. Str. 227

Tab. č. 7: Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedenní napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu – Trachtová, 2013. Str.23

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum. Cílem práce je popsat znalosti pacientů o režimových opatřeních vředové choroby žaludku a dvanáctníku. Další cíl, který si bakalářská práce klade, je popsat dopad onemocnění na jednotlivé oblasti života pacienta s tímto onemocněním. Výzkum bude realizován formou polostrukturovaného rozhovoru, kdy jeden hovor bude v délce cca 30 minut. Rozhovor bude nahráván, poté přepsán a zpracován. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývá tato výhoda. Uvědomíte si, jak moc dodržíte režimová opatření v souvislosti s vředovým onemocněním. Rizikem pro Vás může být rozpoznání vlastní odpovědi v textu. Rozhovor je čistě anonymní. Nemusíte se proto bát, že by část textu rozpoznal i někdo jiný.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce):

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis studentky: _____

Příloha č. 4 – Metoda „Tužka a papír“

7. >Jaká vyšetření jste musel/a podstoupit pro diagnostiku vředové choroby?

„Gastroskopie, odběry krve, kolonoskopie. Brali mi vzorek z gastrokopie ze vředu.“

8. >Popište mi ta vyšetření?

„Přišla jsem tam, za plného vědomí mě vyšetřili. Nechtěla jsem nic do žíly na uklidnění. Není mi po tom dobře. Tu hadičku mi zavedli do žaludku a pomocí kamery mi žaludek vyšetřili. Bylo to velmi nepříjemné. Netrvalo to dlouho. Dalo se to vydržet.“

a. Kdo Vás vyšetřoval?

„Pan primář.“

b. Jakou úlohu ve vyšetření hrála sestra a lékař?

„Lékař mi zaváděl hadičku. Měla jsem to z protekce. Dělal mi vyšetření na tom přístroji sestra mě hladila po vlasech, psychicky mě podporovala a asistovala lékaři.“

c. Které pro Vás bylo nejhůřší a proč? (Jaké to pro Vás bylo?)

„Gastroskopie. Bylo mi to nepříjemný a hodně jsem se dávala.“

d. Mě/va jste z nějakého vyšetření strach?

„Vůbec. Věděla jsem, že to bude nepříjemný. Ale nebála jsem se.“

9. >Víte, jaké komplikace se v souvislosti s vředovou chorobou mohou vyskytnout?

„Nevím. Nečetla jsem si to a ani to vědět nechci. Doktor mi to neřekl. Vím, že tam může vzniknout i rakovina. Nechci se tím vůbec stresovat.“

a. Vyskytly se u Vás nějaké komplikace?

„Ne.“

b. Pokud ano, které to byly? Popište je prosím. (Co? Proč?, příznaky)

c. Víte, co můžete udělat proto, aby ke komplikacím nedošlo?

„Tak určitě dodržovat [režimová opatření]. Jen s našim povoláním je to těžké.

Nemůžu každý den jíst ve stejný čas...Ale aspoň trochu pravidelnosti se snažím dodržet, jím zdravé, teplá jídla, cvičím jógu a snažím se nestresovat.“

d. Řídíte se podle těchto režimových opatření?

Zdroj: Vlastní, 2021 – Metoda „Tužka a papír“

Příloha č. 5 - Souhrn kódů jednotlivých rozhovorů

INFORMANT 1

KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
1) <i>Charakteristika zaměstnání</i>	• Stres a zaměstnání	Dělník, stres, náročnost, termíny, kolektiv
	• Vliv onemocnění na zaměstnání	Pracovní neschopnost, dieta, žádná změna, náročnost, fyzická zátěž, strach
2) <i>Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové chorobě</i>	• Informovanost o vředovém onemocnění	Nádor, nedostatky v životosprávě, stres, kuřák, káva, oslabení organismu, pohotovost, zvracení krve, záchranná služba, bolest, akutní stav, rozšiřující se bolest, mléko, kapky
	• Diagnostika vředového onemocnění	Odebírání krve, fibroskopie, CT, nepříjemná záležitost, hadička, kamera, obavy, popis onemocnění, doktorka specialista, ovládání fibroskopu, vyšetření, obavy
	• Komplikace a léčba vředů	Prasknutí, bolesti, krvácení, infekce, zvracení krve, krev ve stolici, bolesti, záchranná služba, režimová opatření, příprava pokrmů, mastné, pálivé, kořeněné, léky, helicid, fibroskopie, gastroenterologické oddělení, kontroly
	• Poskytování informací	Popis onemocnění, vysvětlení onemocnění, užívání léků, výsledky vyšetření, porozumění, pochopení, doktorka, primář, vizita, ústní informace, dostačující informace
3) <i>Režimová opatření při vředové chorobě</i>	• Dodržování režimových opatření	Chuť, nesdělil informace, poctivost, potíže po jídle
	• Konzumace potravin při vředové chorobě	Jogurty, pečiva, tvarohový dezert, mléčné výrobky, toustový chléb, stravitelné potraviny, dušení stravy, úprava na „přírodno“, frekvence jídla, tuky, koření, káva, hojení rány, zvracení, bolest, potíže, abstinence alkoholu
4) <i>Život s vředovým onemocněním</i>		Snížení váhy, klid, žádný stres, dieta, pracovní neschopnost, léky, světil se, odpočinek, kuřák, zvyk

Zdroj: Vlastní, 2021

INFORMANT 2

KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
1) <i>Charakteristika zaměstnání</i>	<ul style="list-style-type: none"> Stres a zaměstnání 	Zdravotní sestra, operační sály, zodpovědnost, stresující práce, kolektiv, zábava
	<ul style="list-style-type: none"> Vliv onemocnění na zaměstnání 	Pracovní neschopnost, škola, nepravidelný režim, směny, pozornost
2) <i>Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové choroby</i>	<ul style="list-style-type: none"> Informovanost o vředovém onemocnění 	Defekty, životospráva, pravidelný režim, alkohol, bolesti, zvracení, tupá bolest, léky
	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostika vředového onemocnění 	Odběr krve, SONO, CT, fibroskopie, znečitlivující voda, plastový kroužek, hadička, popis vyšetření, lékař, asistence, psychická podpora
	<ul style="list-style-type: none"> Komplikace a léčba vředů 	Prasknutí, krvácení, bolesti, režimová opatření, nepálivá jídla, nemastné, antibiotika, helcid, operace žlučníku
	<ul style="list-style-type: none"> Poskytování informací 	Správná dieta, káva, pravidelnost, léky, režim, srozumitelné, lékař, ústně
3) <i>Režimová opatření při vředové chorobě</i>	<ul style="list-style-type: none"> Dodržování režimových opatření 	Chuť, domácí kuchyně, problémy na lačno
	<ul style="list-style-type: none"> Konzumace potravin při vředové chorobě 	Ovoce, zelenina, mastné, mléčné výrobky, kaše, nestravitelná strava, bolesti, zvyk, pivo
4) <i>Život s vředovým onemocněním</i>		Úbytek na váze, žádná změna, dobrá kvalita spánku, nekuřák

Zdroj: Vlastní, 2021

INFORMANT 3

KATEGORE	SUBKATEGORIE	KÓDY
1) <i>Charakteristika zaměstnání</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Stres a zaměstnání 	Kuchařka, čas, restaurace, škola, kolektiv
	<ul style="list-style-type: none"> • Vliv onemocnění na zaměstnání 	Přemýšlet dopředu, soustředěnost, bolest, zvyk, fyzická náročnost
2) <i>Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové chorobě</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Informovanost o vředovém onemocnění 	Bolest, defekt, kuřačka, stres, pochutiny, tupá bolest, algifenové kapky.
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostika vředového onemocnění 	Fibroskop, odběr krve, vzorek, kolonoskopie, konzultace, znečítlivující voda, kousátko, psychická podpora, hadička, lékař, dávivý reflex
	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikace a léčba vředů 	Prasknutí, krvácení, zvracení krve, krev ve stolici, životospráva, helicid, algifenové kapky, antibiotika
	<ul style="list-style-type: none"> • Poskytování informací 	Léky, jídlo, pravidelnost, mléčné výrobky, srozumitelnost, lékař, ústně
3) <i>Režimová opatření při vředové chorobě</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dodržování režimových opatření 	Zvyk, kolektiv, nekuřačka, abstinent, pravdivá sdělení, problémy po jídle
	<ul style="list-style-type: none"> • Konzumace potravin při vředové chorobě 	Mléčné výrobky, jogurty, sýry, opékané jídlo, mastné, smažené, pálivé, bolest, krvácení vředů, chuť, pivo
4) <i>Život s vředovým onemocněním</i>		Úbytek na váze, únava, žádná změna, kvalitní spánek, nekuřačka

Zdroj: Vlastní, 2021

INFORMANT 4

KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
1) <i>Charakteristika zaměstnání</i>	<ul style="list-style-type: none"> Stres a zaměstnání 	Mistr, Správa železnice, práce s lidmi, týmová práce, komunikace, plány, období, kolektiv, procházky
	<ul style="list-style-type: none"> Vliv onemocnění na zaměstnání 	Zvyk
2) <i>Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové chorobě</i>	<ul style="list-style-type: none"> Informovanost o vředovém onemocnění 	Díra v žaludku, životospráva, nepravidelný režim, studené jídlo, práce, bolest, vyšetření, Tupá bolest, zvracení, cigarety
	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostika vředového onemocnění 	Gastroskopie, odběr krve, znečítlivění, hadice, doktor, sestra, psychická podpora, vyšetření, manipulace
	<ul style="list-style-type: none"> Komplikace a léčba vředů 	Žádné komplikace, zdravý životní styl, anacid
	<ul style="list-style-type: none"> Poskytování informací 	Režimová opatření, srozumitelný, doktor, leták
3) <i>Režimová opatření při vředové chorobě</i>	<ul style="list-style-type: none"> Dodržování režimových opatření 	Omezení kávy, problémy po jídle
	<ul style="list-style-type: none"> Konzumace potravin při vředové chorobě 	Mléčné výrobky, jogurty, běžná úprava stravy, smažené, kořeněné, pivo
4) <i>Život s vředovým onemocněním</i>		Žádný úbytek na váze, žádná změna v životním tempu, žádné sociální omezování, kvalitní spánek, kuřák

Zdroj: Vlastní, 2021

INFORMANT 5

KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
1) <i>Charakteristika zaměstnání</i>	• Stres a zaměstnání	Důchodce, Kostelecké uzeniny
	• Vliv onemocnění na zaměstnání	Žádná omezení
2) <i>Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové choroby</i>	• Informovanost o vředovém onemocnění	Rána, prasknutí, krvácení, stres, tupá bolest, algifenové kapky
	• Diagnostika vředového onemocnění	Gastroskopie, vzorky, znecitlivění, na lačno, informace, lékař, asistence, vyšetření, hadice, dávicí reflex, strach
	• Komplikace a léčba vředů	Prasknutí, vykrvácení, žádný stres, žádná ostrá jídla
	• Poskytování informací	Contorloc, antibiotika, nemocnice, žádné operace, komplikace, prasknutí, krvácení, ostré pokrmy, srozumitelnost, primář, ústně
3) <i>Režimová opatření při vředové chorobě</i>	• Dodržování režimových opatření	Žádná změna, potíže na lačno
	• Konzumace potravin při vředové chorobě	Ryby, drůbež, zelenina, nesmažené, léky, pivo
4) <i>Život s vředovým onemocněním</i>		Cílené hubnutí, žádné fyzické omezení, kvalitní spánek, abstinující kuřák

Zdroj: Vlastní, 2021

INFORMANT 6

KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
1) <i>Charakteristika zaměstnání</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Stres a zaměstnání 	Sestra, dětské oddělení, akutní příjmy, ambulance, nárazový stres, kolektiv, dovolená
	<ul style="list-style-type: none"> • Vliv onemocnění na zaměstnání 	Žádné ovlivnění, léky na lačno, zodpovědnost
2) <i>Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové chorobě</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Informovanost o vředovém onemocnění 	Ranky, stres, káva, kofeinové tablety, změna počasí, zvracení, tlaková bolest, paralen, algifenové kapky
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostika vředového onemocnění 	Gastroskopie, odběry krve, kolonoskopie, hadička, kamera, nepříjemné vyšetření, primář, zavedení, psychická podpora, asistence, dávicí reflex
	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikace a léčba vředů 	Nevědomost, rakovina, režimová opatření, zdravá strava, teplá jídla, jóga, nestresovat se, helacid, omeprazol
	<ul style="list-style-type: none"> • Poskytování informací 	Léky, vyvarovat se alkoholu, nestresovat se, primář, ústně
3) <i>Režimová opatření při vředové chorobě</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dodržování režimových opatření 	Teplá jídla, abstinence alkoholu a kávy, cvičení, léky, pravidelnost, nestihá, potíže na lačno
	<ul style="list-style-type: none"> • Konzumace potravin při vředové chorobě 	Zelenina, bezlepkové pečivo, jogurty, dušená strava, nesmažené, nepálivé jídlo, uzeniny, chipsy, slané oříšky, sladkosti, káva, tvrdý alkohol, studené jídlo, studená voda, bolest, zhoršené hojení, chutě, sladký alkohol
4) <i>Život s vředovým onemocněním</i>		Stejná váha, nešetří se, kvalitní spánek, bolest algifenové kapky, nekuřačka

Zdroj: Vlastní, 2021

INFORMANT 7

KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
1) <i>Charakteristika zaměstnání</i>	<ul style="list-style-type: none"> Stres a zaměstnání 	Vedoucí výrobní dílny, rozhodování, nárazová práce, kolektiv, procházky, změna
	<ul style="list-style-type: none"> Vliv onemocnění na zaměstnání 	Nervózní, hlídání stravy, výkonnost, chyby, problémy, pracovní neschopnost, akutní fáze, pravidelná strava, zvyk, soustředění, zodpovědnost
2) <i>Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové chorobě</i>	<ul style="list-style-type: none"> Informovanost o vředovém onemocnění 	Defekt, životní styl, alkohol, bolest, urgentní stav, málo pohybu, nepravidelný režim, bolest, problémy, pocit na zvracení, křeče, spánek
	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostika vředového onemocnění 	Kolonoskopie, gastroskopie, vzorek, laboratoř, nepříjemné, na lačno, hadička, žíla, znečítlivění, neřídít, lékař, sestra, asistence, příprava, psychická podpora, popis, dávicí reflex, nutnost
	<ul style="list-style-type: none"> Komplikace a léčba vředů 	Otrava, krvácení, životospráva, sport, odpočinek, pravidelná strava, prášky, alergická reakce,
	<ul style="list-style-type: none"> Poskytování informací 	Leták, konzultace, žádné přepálené tuky, ostrá jídla, mléčné výrobky, pravidelný režim, srozumitelné, lékař, ústně, internet
3) <i>Režimová opatření při vředové chorobě</i>	<ul style="list-style-type: none"> Dodržování režimových opatření 	Dodržuje napůl, ranní snídaně, špatné návyky, potíže po jídle
	<ul style="list-style-type: none"> Konzumace potravin při vředové chorobě 	Ryby, zelenina, mléčné výrobky, dušení potravy, salámy, smažené, plesnivý sýr, těžce stravitelné, tvrdá slupka, uzený, chuť, návštěvy, víno
4) <i>Život s vředovým onemocněním</i>		Zvýšení váhy, šlehačka, akutní fáze, žádná omezení, covidová situace, buzení, procházka, nekuřák

Zdroj: Vlastní, 2021

INFORMANT 8

KATEGORIE	SUBKATEGORIE	KÓDY
1) <i>Charakteristika zaměstnání</i>	• Stres a zaměstnání	Důchodce, skladnice
	• Vliv onemocnění na zaměstnání	Žádné omezení
2) <i>Všeobecná informovanost dotazovaných o vředové chorobě</i>	• Informovanost o vředovém onemocnění	Díra v žaludku, stres, nelehký život, bolesti, ibuprofen
	• Diagnostika vředového onemocnění	CT, gastroskopie, šlahoun, znečlivění, nepříjemné, lékař, sestra, vyšetření, psychická podpora, dávivý reflex,
	• Komplikace a léčba vředů	prasknutí, bolest na prsou, záchraná služba, žádné tučné
	• Poskytování informací	Helicid, hospitalizace, infuze, rychlé zhojení, jizva, nepřejídat se, chuť, informace pouze od lékaře
3) <i>Režimová opatření při vředové chorobě</i>	• Dodržování režimových opatření	Chuť, kachna, problém po jídle
	• Konzumace potravin při vředové chorobě	Zelenina, cukrovka, dušení potravy, bůček, víno
4) <i>Život s vředovým onemocněním</i>		Stejná váha, nešetří se, kvalitní spánek, žádné omezení v sociálním životě, pracovní neschopnost, nekuřačka

Zdroj: Vlastní, 2021