

Znalosti všeobecných sester v péči o klienta s peptickým vředem

Markéta Glücková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Glücková**

Osobní číslo: **H13847**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Znalosti všeobecných sester v péči o klienta s peptickým vředem**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu a problematiky peptického vředu.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu formou dotazníkového šetření na vybraných pracovištích.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KEIL, Radan. Vybrané kapitoly z gastroenterologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 86 s. ISBN 978-80-246-1970-5.

KOHOÚT, Pavel. Vředová choroba: průvodce ošetřujícího lékaře. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 77 s. ISBN 80-734-5077-1.

KOHOÚT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2008. 109 s. ISBN 978-80-903820-7-7.

MAŘÁTKA, Zdeněk. Differential diagnosis in gastrointestinal endoscopy. 1. ed. Prague: Karolinum Press, 2003. 107 p. ISBN 80-246-0594-5.

ŠVÍGLEROVÁ, Jitka a Jana SLAVÍKOVÁ. Fyziologie gastrointestinálního traktu: průvodce ošetřujícího lékaře. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 110 s. ISBN 978-80-246-1526-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Vladimír Koutecký
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

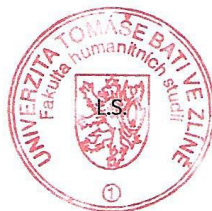
13. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ...14.5.2016

.....
Fliecher

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíádne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce zkoumá znalosti všeobecných sester v péči o klienta s peptickým vředem. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje charakteristiku peptického vředu, zabývá se anatomií a fyziologií žaludku a duodena, klasifikací tohoto onemocnění, je popsána také etiologie a patogeneze peptického vředu, rizikové faktory a prevence. Práce dále obsahuje informace o příznacích, diagnostice, terapii, možných komplikacích a prognóze onemocnění. Teoretickou část uzavírá kapitola, která se věnuje ošetrovatelské péči. Praktická část zkoumá pomocí dotazníkového šetření znalosti všeobecných sester v péči o klienta s peptickým vředem. Výsledky šetření jsou uspořádány do tabulek, grafů a slovních komentářů.

Klíčová slova: peptický vřed, žaludeční vřed, vředová choroba, gastroduodenální

ABSTRACT

This Bachelor thesis explores the required knowledge of a nurse when caring for clients with a peptic ulcer. This thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part defines peptic ulcers, deals with the anatomy and physiology of stomach and duodenum, and classifies the disease, etiology and pathogenesis. The risk factors and prevention of peptic ulcers are also described. This thesis also includes information about symptoms, diagnostics, therapy, possible complications and prognosis of the disease. The theoretical part concludes with the chapter about nursing care. The practical part explores the knowledge of nurses by using a questionnaire and the results are arranged into tables, graphs and verbally commented.

Keywords: peptic ulcer, stomach/gastric ulcer, peptic ulcer disease, gastroduodenal

Ráda bych poděkovala Mgr. Vladimíru Kouteckému za cenné rady a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat všem sestřám za vyplnění mých dotazníků.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PEPTICKÝ VŘED	12
1.1 DEFINICE ONEMOCNĚNÍ.....	12
1.2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽALUDKU A DUODENA	13
1.2.1 Anatomie žaludku	13
1.2.2 Fyziologie žaludku	13
1.2.3 Anatomie duodena	14
1.2.4 Fyziologie duodena	15
1.3 KLASIFIKACE.....	15
1.4 ETIOLOGIE A PATOGENEZE	16
1.4.1 Helicobacter pylori.....	17
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE	17
1.6 KLINICKÝ OBRAZ	18
1.6.1 Jícnový vřed	18
1.6.2 Žaludeční vřed.....	18
1.6.3 Duodenální vřed	18
1.7 DIAGNOSTIKA	19
1.7.1 Endoskopické vyšetření	19
1.7.2 Přítomnost Helicobacter pylori	20
1.7.3 Diferenciální diagnostika	20
1.8 TERAPIE	21
1.8.1 Medikamentózní terapie.....	21
1.8.2 Dietoterapie	22
1.8.3 Režimová opatření	23
1.8.4 Chirurgická terapie.....	23
1.9 KOMPLIKACE.....	24
1.10 PROGNÓZA	26
1.11 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
2 METODIKA PRŮZKUMU	30
2.1 CÍLE PRÁCE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY	30
2.2 CHARAKTERISTIKA POUŽITÉ METODY	31
2.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	32
2.4 ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	32
3 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA	33
4 DISKUZE	65
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	67
6 ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	72

SEZNAM OBRÁZKŮ	74
SEZNAM TABULEK.....	75
SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Peptický vřed je dnes stále častějším civilizačním onemocněním. Může mít akutní průběh, ale mnohdy nemocného obtěžuje dlouhodobě, někdy i celý život. Tím dochází ke snížení kvality života a je nutné dodržovat různá omezení. S klienty s peptickým vředem se dnes můžeme setkat téměř na každém oddělení. Proto je třeba, aby sestry měly o tomto onemocnění dostatek informací a byly tak schopné klientovi správně poradit. Tato práce mapuje úroveň vědomostí všeobecných sester zejména v péči o klienta s peptickým vředem. Rádi bychom zjistili, je-li potřeba sestry v této oblasti více vzdělávat. Mnohdy je totiž na sestře, aby včas rozpoznala komplikace, doporučila klientovi vhodnou dietu či zajistila kvalitní péči.

Incidence tohoto onemocnění stále příliš neklesá, navzdory mnohým pokrokům moderní medicíny. To můžeme přičítat nezdravému životnímu stylu. V dnešní uspěchané době lidé často místo kvalitní přípravy pokrmů dávají přednost fastfoodům či polotovarům, jejichž příprava nezabere tolik času. Nejvíce to však zatěžuje náš organismus, a to především trávicí trakt. Možné příčiny jsou také stále častější nadužívání některých léků, zejména nesteroidních antirevmatik, která mohou přispívat k tvorbě peptických vředů. Častěji se vyskytuje vřed duodenální, ten postihuje muže až dvakrát častěji než ženy, zatímco vřed gastrický postihuje obě pohlaví srovnatelně. Dnes se peptický vřed léčí převážně konzervativně. Pochopení patogenetických mechanismů tohoto onemocnění, dostupnost moderních diagnostických metod a pestrá škála účinných medikamentů umožnily výrazný pokrok v terapii, snížilo se i riziko komplikací a výskyt recidiv. Chirurgická léčba je indikována pouze v případě závažných komplikací. Nezbytnou součástí léčby je také dodržování správné diety a určitá omezení, týkající se zejména kouření a konzumace alkoholu, ale je třeba také zvážit například práci ve směnném provozu.

Peptický vřed tedy nemůžeme brát na lehkou váhu. Je to onemocnění, které výrazně zasahuje do běžného života nemocného. Je proto třeba veřejnost co nejvíce informovat o prevenci vzniku tohoto onemocnění.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PEPTICKÝ VŘED

Vředová choroba žaludku a duodena je dnes poměrně častým onemocněním všech věkových skupin. Běžně se vyskytuje u dospělých, často u adolescentů a méně často u dětí. Prevalence tohoto onemocnění v populaci je odhadována na 5–10 %. Vřed je charakterizován jako defekt sliznice, pronikající nejméně pod lamina muscularis mucosae, tedy pod vrstvu hladké svaloviny oddělující sliznici od podslizniční vrstvy. Vzniká pouze tam, kde je přítomna kyselina chlorovodíková. Žaludeční vřed poprvé popsal francouzský patologický anatom Jean Cruveilhier v roce 1835. Název peptický vřed pochází z roku 1882 od německého lékaře Heinricha Quinkeho. Velkým zlomem v léčbě peptického vředu byl objev bakterie *Helicobacter pylori* australskými lékaři Robinem Warrenem a Barry Marshallem v roce 1983, za který získali Nobelovu cenu. Po tomto objevu došlo k radikálnímu snížení výskytu tohoto onemocnění. Diagnostikou a léčbou vředové choroby se dnes převážně zabývají gastroenterologové. V průběhu posledních třiceti let došlo ke změně léčby zavedením H_2 blokátorů a inhibitorů protonové pumpy. Dříve preferovaná chirurgická léčba byla postupně nahrazena léčbou konzervativní a k zahájení časně léčby přispívá i umožnění předepisování těchto medikamentů praktickým lékařům. (Kohout, Pavlíčková, 2008, s. 5-6; Kohout, 2005, s. 11-12, Keil, 2012, s. 59)

1.1 Definice onemocnění

„Peptický vřed je poškození sliznice trávicí trubice (pronikající pod muscularis mucosae) v místech, kde je přítomna kyselina chlorovodíková (HCl), pokud převládnu činitelé agresivní nad obrannými (protektivními). Může se tedy vyskytovat v jícnu, žaludku, dvanáctníku, tenkém střevě, v Meckelově divertiklu. Eroze je poškození sliznice, které postihuje pouze vrchní vrstvy sliznice, neproniká pod muscularis mucosae. Vředová choroba je peptický vřed vznikající v oblasti intaktní sliznice trávicí trubice, na jeho vzniku se hlavní měrou podílí *Helicobacter pylori*.“ (Kohout, 2005, s. 13)

1.2 Anatomie a fyziologie žaludku a duodena

1.2.1 Anatomie žaludku

Žaludek (řec. gaster, lat. ventriculus), je vakovitý orgán, ležící v horní části dutiny břišní pod brániční klenbou. Dělí se na tři části – horní část – fundus, střední část – corpus, dolní část – pylorus. Fundus bývá označován jako slepý konec žaludku a hromadí se zde spolykaný vzduch. Fundus přechází do těla žaludku (corpus) a pomocí zářezu - incisura angularis přechází do vrátníku (pylorus). Na žaludku můžeme nalézt dvě zakřivení – curvatura minor neboli malé zakřivení je vpravo a měří asi 10-12 cm. Curvatura major – velké zakřivení, je asi trojnásobně dlouhá a nachází se vlevo. Od malého zakřivení spojuje žaludek k játrům malá předstěra - omentum minus. Od velkého zakřivení, kde nalézáme velkou předstěru - omentum majus, přirůstá žaludek na příčný tračník - colon transversum. Objem žaludku kolísá v závislosti na jeho náplni. Kapacita nenaplněného žaludku je přibližně 50 ml a po jeho naplnění narůstá na 1-2 l. Tvar žaludku je proměnlivý a můžeme popsat dva typické tvary – žaludek hákovitý a žaludek tvaru býčího rohu. Naplněný žaludek je podobný prvnímu typu, žaludek vyprázdňovaný typu druhému. Stěna žaludku je složena ze čtyř vrstev – sliznice, podslizniční vazivo, hladká svalovina a seróza. Žaludeční sliznice (mucosa), má růžovou barvu a je tvořena řasami (plicae gastricae). Je 1-2 mm silná a obsahuje buňky, produkující trávicí fermenty a kyselinu chlorovodíkovou. Podslizniční vazivo (tela submucosa), je složeno převážně z kolagenního vaziva, je řídké a obsahuje cévy, nervy a žlázy produkující trávicí enzymy. Svalovinu žaludku tvoří tři vrstvy – zevní podélná svalovina, střední cirkulární svalovina a vnitřní šikmá svalovina. Její funkcí je promíchání potravy a vyprázdňování obsahu žaludku. Seróza neboli pobřišnice je blána obalující žaludek. Arteriální zásobení žaludku zajišťují tepny z truncus coeliacus. Venózní krev je ze žaludku odváděna do vena portae. Inervace žaludku je zajištěna autonomním nervovým systémem. Parasympatické nervy vedou z n. vagus, sympatické nervy přichází z hrudní míchy cestou nn. splanchnici a plexus coeliacus. (Tylajková, 2013, s. 12-13; Buřičová, 2008, s. 7-8; Švíglerová, Slavíková, 2008, s. 32-33)

1.2.2 Fyziologie žaludku

K motorickým funkcím žaludku řadíme skladování potravy, promíchávání potravy a vyprázdňování obsahu žaludku. Po příjmu potravy žaludek nejprve nevyvíjí motorickou aktivitu, pouze pevně obepíná žaludeční obsah a asi po 30-60 minutách začíná pracovat. Tento

stav se nazývá žaludeční peristola. Nastává fáze rozmělnování potravy a jejím promícháním se žaludečními šťávami vzniká chymus – polotekutá trávenina. Dochází k rozvoji peristaltických vln a chymus se přesouvá kaudálně směrem k duodenu. Tento stav označujeme jako propulze. Peristaltické vlny způsobí kontrakci pyloru a ten vrací tráveninu zpět do žaludku – retropulze. Dochází k mechanickému drcení potravy a tyto děje se několikrát opakují a tím zajišťují dokonalé rozmělnění a promíchání potravy. Pylorus tedy zabraňuje příliš rychlému vyprázdnění žaludku. Propustí pouze částice o velikosti menší než 2 mm. Vyprazdňování žaludku trvá v průměru od 1 do 6 hodin. Nejdéle v žaludku zůstává potrava tuhá, bohatá na tuky, cukry a bílkoviny. Tekutá strava žaludkem pouze protéká. Významnou roli má hormon gastrin, produkovaný G-buňkami žaludeční sliznice. Při naplnění obsahu žaludku dochází k jeho zvýšenému uvolňování. Gastrin podporuje žaludeční motilitu, uvolňování tráveniny do duodena a zároveň zabraňuje refluxu potravy do jícnu. Tubulární žlázy denně v žaludku vytvoří 2-3 l žaludeční šťávy. Ta se skládá z vody, elektrolytů (H^+ , K^+ , Na^+ , HCO_3^-), mucinu, vnitřního faktoru a enzymů. Nejvýznamnější je zde enzym pepsin, který napomáhá trávení bílkovin. K trávení tuků slouží gastrická lipáza, gelatináza štěpí kolagen. Chymosin sráží mléčné bílkoviny na drobné vločky tvarohu a uplatňuje se při trávení mateřského mléka. U dospělého člověka chymosin není přítomen. Mucin je hlen produkovaný mucinózními buňkami, který pokrývá povrch žaludeční sliznice. Jeho základní funkcí je ochrana této sliznice před kyselým pH. Hlavními buňkami jsou produkovány pepsinogeny, které se v kyselém prostředí žaludku přeměňují na enzym pepsin. Vnitřní faktor a kyselina chlorovodíková jsou produkovány parietálními buňkami. Vnitřní faktor hraje zásadní roli při vstřebávání vitamínu B_{12} . Kyselina chlorovodíková udržuje v žaludku kyselé prostředí, které je podstatné pro spoustu důležitých přeměn a má baktericidní účinek. (Švíglerová, Slavíková, 2008, s. 33-42; Dřevíková, 2007, s. 9; Pechová, 2007, s. 8, Krivánková, Hradová, 2009, s. 8)

1.2.3 Anatomie duodena

Dvanáctník neboli duodenum je proximální část tenkého střeva zaujímající tvar podkovy. Přirůstá k zadní stěně břišní a navazuje na žaludeční pylorus. Jeho délka je 20-28 cm, průměr 3,5-4,5 cm. Duodenum se skládá ze čtyř částí – pars superior, pars descendens, pars horizontalis a pars ascendens. Pars superior se nachází v úrovni prvního lumbálního obratle (L_1) a jeho délka je asi 5 cm. Začíná jako bulbus duodeni, to je zároveň nejčastějším místem výskytu duodenálního vředu díky chudšímu cévnímu zásobení. Na rozdíl od ostatních částí duodena je pars superior uložen intraperitoneálně. Pars descendens je asi 8 cm dlouhá

a obsahuje slizniční řasy. Nachází se v úrovni L2-L3. Leží zde papilla duodeni major, kam ústí hlavní vývod pankreatu, ductus pancreaticus major společně s vývodem žlučových cest – ductus choledochus. Pars horizontalis je asi 10 cm dlouhá a leží v úrovni L3. Je uložena pod hlavou pankreatu. Pars ascendes má délku asi 3 cm a je uložena kraniálněji na úroveň L2. Je zde ohyb (flexura duodenojejunalis), kterým dvanáctník přechází do jejunu. Sliznice se skládá z plochých klků a kruhovitých řas (plicae circulares), které se nachází v dolní části duodena. Sliznice zde obsahuje dva druhy žlázek – trubicovitého tvaru (glandulae intestinales), které vytváří izotonickou tekutinu, do níž se uvolňují enzymy z enterocytů a žlázy specifické pro duodenum (glandulae duodenales), které vytváří alkalický sekret, jehož úkolem je neutralizovat kyselinu chlorovodíkovou ze žaludku. Arteriální zásobení duodena je zajištěno aa. pancreaticoduodenales a venózní krev odtéká do vv. pancreaticoduodenales. (Naňka, Elšíková, 2009, s. 158-159; Vilímovský, 2012)

1.2.4 Fyziologie duodena

Dvanáctník je nezbytný pro resorpci všech druhů živin, minerálů, iontů a vody. Přichází zde pankreatická šťáva, která obsahuje řadu enzymů (denní produkce asi 1 litr) a žluč. Pomocí hydrogenuhličitanu sodného dochází ke změně pH tráveniny z kyselé na zásaditou. Bez této změny by nemohly fungovat některé trávicí děje. Sacharidy se přeměňují na jednoduché cukry a tím dochází k jejich snadné resorpci. Bílkoviny se štěpí na jednotlivé aminokyseliny. Tuky se emulgují pomocí soli žlučových kyselin až na malé snadno vstřebatelné částice. Podle charakteru tráveniny je do duodena secernováno jen malé množství žlučových kyselin – přibližně mezi 12 – 35 g. Tyto umožňují vstřebávání lipidů, ale i vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K). (Kittnar a kol., 2011, s. 370; Mourek, 2012, s. 101)

1.3 Klasifikace

O vředové chorobě hovoříme tehdy, je-li příčinou vzniku peptického vředu přítomnost bakterie *Helicobacter pylori* (dále jen HP). Sekundární vředy vznikají bez přítomnosti této bakterie například na podkladě stresu, jako důsledek užívání některých typů léků, po těžkých operacích, při nadměrné produkci parathormonu, při těžkých jaterních onemocněních či respirační insuficienci. Příčinou rovněž může být Zollinger-Ellisonův syndrom při nadprodukcí gastrinu. Nežádka se také vyskytují vředy stařecké. Vředy můžeme rozdělit na

dva druhy – vředy žaludku, ty nazýváme také gastrické vředy a vředy dvanáctníku – duodenální vředy. Vřed se dále může vyskytovat všude tam, kde působí kyselina chlorovodíková, v jícnu tedy nalézáme vřed juncční (marginální), který přechází z dlaždicového epitelu jícnu na cylindrický epitel v žaludku, tzv. Z-zóna, nebo vřed Barretův při metaplazii cylindrického epitelu do jícnu. Topograficky dělíme žaludeční vředy na subkardiální, vředy fornixu a corpusu - mediogastrické či angulární, vředy vývodné části žaludku (vředy antrální), vředy pyloru. Ve dvanáctníku můžeme nalézt vředy bulbární a vředy jiných částí duodena nazýváme postbulbární. Dle hloubky můžeme rozlišit povrchní lézi – erozi - a vřed zasahující do hlubší vrstvy. Ten může být akutní – má hladké okraje, nevyvyšují se nad okolí, je přítomna mírná zánětlivá reakce, hojí se jizvou – nebo chronické – navolitě okraje z důvodu silné zánětlivé reakce, spodina vředu je bílá, při krvácení tmavá. Dále mohou být vředy ploché, oválné, vředy s vyvýšenými okraji, vředy s nepravidelným ohraničením, vředy zahnuté, vředy podélné, vředy abnormální velikosti či tvaru, mnohočetné vředy, krvácející, penetrující a perforované. (Navrátil a kol., 2008, s. 259 ; Kohout, 2005, s. 14-15; Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 218; Mařatka, 2003, p. 39-61)

1.4 Etiologie a patogeneze

Při vzniku peptického vředu hrají roli dvě skupiny činitelů – faktory agresivní, kdy kyselé žaludeční šťávy mají schopnost natrávit vlastní sliznici a faktory protektivní – ochranné. K agresivním faktorům řadíme například acido-peptický účinek žaludeční šťávy, HP, kouření, ulcerogenní vliv určitých léků, kofein či poruchu mikrocirkulace. Protektivní faktory zahrnují hlen v žaludeční sliznici, alkalickou sekreci, regenerační schopnost buněk, normální cirkulaci a mikrocirkulaci, přítomnost bikarbonátů v žaludečním sekretu, přítomnost prostaglandinů. Vředová choroba patří mezi psychosomatické onemocnění. Na výskytu onemocnění se tedy může podílet i psychická nestabilita. Takové vředy se většinou vyskytují v žaludečním těle, obvykle ve větším počtu a doprovází je další chorobné stavy, např. hemoragická gastropatie. Stresové vředy duodenální mají vyšší sklony k perforaci a krvácení. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 218-219; Kohout, 2005, 16-19)

1.4.1 *Helicobacter pylori*

Jedná se o acidorezistentní bakterii z rodu bičíkovců. Podle WHO je klasifikována jako karcinogen 1. třídy. Její prevalence se zvyšuje s věkem. U osob s žaludečními vředy se vyskytuje v 70-80 % případů, nemocní s duodenálními vředy jsou infikováni touto bakterií až z 90-95 %. V České republice je asi 45-50 % obyvatel pozitivních na HP. Tato bakterie má řadu patogenních účinků, k nimž patří zejména produkce toxické ureázy, vakuolizačního cytotoxinu (Vac A) a proteinu asociovaného s cytotoxinem (Cag A), čímž narušuje buněčné membrány a poškozuje mucin. Přenáší se fekálně-orální a oro-orální cestou. Infekce HP může probíhat zcela asymptomaticky, nebo může způsobovat dyspeptické potíže jako např. pálení žáhy, regurgitace, nauzea, nechutenství, bolesti v epigastriu. Existuje hypotéza, podle níž u jedinců HP pozitivních bez jakýchkoli příznaků může být tato bakterie součástí fyziologických funkcí žaludku. Z tohoto důvodu se neprovádí plošná eradikace HP. (Marek a kol., 2010, s. 197; Navrátil a kol., 2008, s. 259; Pospíšilová, 2013, s. 15-16, 20-21)

1.5 Rizikové faktory a prevence

K rizikovým faktorům, které můžeme ovlivnit, patří především užívání ulcerogenních léků, jako jsou nesteroidní antirevmatika a kyselina acetylsalicylová. Řadíme zde také kouření, stres a konzumaci potravin či nápojů, které podporují tvorbu kyseliny chlorovodíkové (dále jen HCl), např. přílišná konzumace černé kávy. I když alkoholické nápoje podporují uvolňování HCl, nebyla prokázána přímá souvislost mezi konzumací alkoholu a vznikem peptického vředu. Doposud také nebyla prokázána souvislost mezi používáním koření, jako je pepř či paprika a incidencí peptických vředů. Podle nejnovějších studií konzumace mléka při užívání H₂ blokátorů zpomaluje hojení vředových lézí. Podle řady studií má naopak příznivý vliv konzumace balastních látek (tj. látky, které tělo nevstřebá a v nezměněné formě vylučuje, např. vláknina), které nacházíme v obilninách, zelenině a luštěninách. Je proto dobré bílou mouku nahradit moukou pšeničnou či celozrnnou a do jídelníčku také zařadit pšeničné nebo rýžové otruby. Vliv fyzické aktivity je v literatuře popisován sporně. Někde se uvádí pozitivní vliv, jinde spojitost mezi fyzickou aktivitou a vznikem peptického vředu popírají. Je známo, že HP je přenášena fekálně-orální cestou, proto je třeba dbát na dodržování hygienických zásad při základních denních činnostech. (Kasper, 2009, s. 156-159; Kohout, 2005, s. 21)

1.6 Klinický obraz

Pro exacerbaci peptického vředu je typická sezónnost – vyskytují se častěji na jaře a na podzim. V některých případech onemocnění probíhá zcela asymptomaticky, především ve vyšším věku, jindy se manifestují příznaky typické. Dominantním příznakem bývá bolest a její intenzita je proměnlivá v závislosti na různých faktorech. Nemocní často udávají pocit plnosti, mohou pociťovat tlak až palčivé bolesti v oblasti od hrudní kosti po pupek. Při výskytu prudké, ostré až nesnesitelné bolesti je třeba myslet na možnost perforace vředu do břišní dutiny a je třeba neprodleně chirurgického zásahu. Příznaky dále dělíme dle lokalizace. (Lukáš, Žák a kol., 2007 s. 99)

1.6.1 Jícnový vřed

„Typická symptomatologie jícnového vředu zahrnuje (kromě často se vyskytujících příznaků refluxní nemoci – pálení žáhy, regurgitace či kašle) retrosternální bolest, ztížené či bolestivé polykání (dysfagie, odynofagie).“ (Kohout, 2005, s. 22)

1.6.2 Žaludeční vřed

Žaludeční vřed se vyskytuje u obou pohlaví rovnoměrně, častěji ve středním a vyšším věku. Typickým příznakem je bolest břicha po jídle. Může být tupá, bodavá nebo palčivá a obvykle ji lokalizujeme vpravo od střední čáry břišní pod hrudní kostí a nezřídka se šíří až pod pravý oblouk žeberní. Čím orálněji se vřed nachází, tím dříve se objeví algická reakce. U subkardiálního vředu se dostavuje brzy po jídle, u vředu mediogastrického a angulárního asi za hodinu po konzumaci. Bolest zhoršují dráždivá jídla nebo alkohol. Nemocný má často strach se najíst, a proto dochází k váhovému úbytku. Dalším příznakem je nauzea a zvracení (emesis). Zvracení u gastrického vředu přináší nemocnému úlevu a bolest pak rychle mizí. Nemoc probíhá většinou chronicky. K exacerbacím dochází 1-2x do roka v sezónním období. Mohou se objevit komplikace, jako například krvácení, které se projeví nálezem natrávené krve ve stolici či hematemézou. Při dlouhodobém průběhu žaludečního vředu hrozí vznik píštělí. (Navrátil a kol., 2008, s. 260; Krejčí, 2007, s. 209)

1.6.3 Duodenální vřed

Duodenální vřed postihuje častěji muže, obvykle ve věku mezi 20-40 lety. Bolest je lokalizována v oblasti epigastria nebo kaudálněji vpravo od střední čáry. Zde se nachází tzv. duodenální bod. Pokud se jedná o vřed postbulbární, bolest může vyzařovat i do pravého

podžebrí nebo do zad. Bolest je tlaková, pálivá. Přichází až dvě hodiny po jídle a později, často v noci a nad ránem v závislosti na diurnální sekreci HCl. Projevuje se jako „bolestivý hlad“. Bolesti se zmírňují po požití potravy a antacid. Snaha potlačit bolest příjmem potravy bývá často příčinou nárůstu hmotnosti. Může se objevit zvracení, které nepřináší úlevu, nauzea, pyróza, změněná chuť k jídlu, foetor ex ore, někdy i průjem či zácpa. Ke zhoršení bolesti dochází po požití černé kávy, bílého vína a jakéhokoli alkoholu, dráždivých a kořeněných jídel. U vředové choroby duodena se bolest pravidelně vrací a odchází v určitých intervalech. Vzplane několikrát za rok a obvykle netrvá déle než 14 dní.

(Keil a kol., 2012, s. 61; Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 242; Lukáš, Žák a kol., 2007 s. 99 – 100)

1.7 Diagnostika

První podezření na vředové onemocnění jícnu, žaludku či duodena může lékař vyjádřit již při odebírání anamnézy. Fyzikální vyšetření většinou nebývá v diagnostice přínosem, proto se přistupuje k vyšetřením paraklinickým. Laboratorní vyšetření napomáhá při zjišťování vzniklých komplikací, avšak k rozpoznání nekomplikovaných vředů nepomůže. V minulosti se jako hlavní diagnostická metoda používalo výhradně rentgenové vyšetření, to je však nyní zcela nahrazeno endoskopickými metodami. Může však napomáhat k průkazu komplikací. (Kohout, Pavlíčková, 2008, s. 29)

1.7.1 Endoskopické vyšetření

Gastroskopie (přesněji ezofagogastroduodenoskopie) či orální endoskopie je základní endoskopickou vyšetřovací metodou využívanou v diagnostice peptického vředu. Přístroj s prohrádní optikou je ústy zaveden přes jícen do žaludku a dvanáctníku a umožňuje přímý, barevný pohled do těchto orgánů a zároveň odběr vzorku tkáně na histologické či mikrobiologické vyšetření. V tomto případě vždy požadujeme vyšetření přítomnosti HP. Je také možná touto metodou provést terapeutický zásah, například u krvácení. V roce 1932 byl poprvé použit rigidní endoskop Wolffem a Schindlerem, později v roce 1958 Hirschowitz poprvé použil semiflexibilní endoskop. Dnes se používají výhradně flexibilní přístroje s šířkou menší než 10 mm. Peptický vřed je jedním z nejčastějších nálezů při gastroskopii. Gastrický vřed je nejčastěji lokalizován v oblasti curvatura minor a v přilehlé

části přední a zadní stěny. Duodenální vřed je převážně lokalizován v bulbu, v polovině případů na přední stěně. Kromě vředů můžeme při tomto vyšetření objevit také eroze, které jsou většinou o velikosti do 3 mm. (Lukáš, Žák, 2007, s. 73; Kohout, Pavlíčková, 2008, s. 29-30; Lukáš, Žák a kol., 2007, s. 100-101)

1.7.2 Přítomnost *Helicobacter pylori*

Helicobacter pylori je možné diagnostikovat několika způsoby. Při endoskopickém vyšetření žaludku a duodena se může provést biopsie, z tohoto materiálu pak snadno prokážeme přítomnost této bakterie. Provádí se histologické vyšetření, kultivace (vysoká specifita, dlouhá čekací doba na výsledek) či rychlý ureázový test (výsledek do 2 hodin). Vysokou specifitu a senzitivitu má i neinvazivní dechový test, ten je však velmi finančně náročný, a tak nebývá součástí běžných vyšetření. Přítomnost HP lze vysledovat i ze stolice standardní metodou ELISA. Existují i různé serologické metody, ty se však v současné době považují za méně vhodné, neboť protilátky proti HP se v těle vůbec nemusí objevit, nebo často přetrvávají i měsíce po úspěšné eradikaci. (Pospíšilová, 2013, s. 17-20)

1.7.3 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika slouží k rozpoznání jiných onemocnění, které mohou mít stejné příznaky jako peptický vřed. Je obsáhlá a zahrnuje jak choroby GIT, tak i možná onemocnění jiných systémů, např. kardiovaskulárního, respiračního či potíže vertebrogenní. Vždy záleží na příznacích, jaké klient popisuje. Mohou být celkové, jako je únava, slabost, nauzea, či specifické – zvracení, bolesti. Často diagnostikujeme gastritidy, žaludeční dyspepsie, cholecystitidu, cholecystolitiázu, výjimkou není ani rozpoznání Crohnovy choroby, apendicitis či maligního bujení. Můžeme zjistit i ischemickou chorobu srdeční, anginu pectoris, akutní infarkt myokardu, aneurysma aorty, pankreatitis, pleurální afekce či vertebrogenní algický syndrom. (Kohout, 2005, s. 35-39; Kohout, Pavlíčková, 2008, s. 31)

1.8 Terapie

Léčba peptického vředu je komplexní, zahrnuje farmakoterapii, dietoterapii, režimová opatření a eradikaci HP, je-li přítomna. Jejím účelem je nejen zhojení vředu a úleva od obtíží, ale zároveň zabránění zánětlivým změnám a recidivě onemocnění. V posledních letech se upřednostňuje konzervativní terapie. Je velmi efektivní, pomáhá k hojení vředových lézí a k prevenci exacerbací choroby. (Marečková, Mengerová, 2014, s. 35)

1.8.1 Medikamentózní terapie

Prvním cílem je eradikace HP, neboť se tak výrazně urychlí zacelení vředů a snižuje se i riziko krvácení. Obvykle se používá trojkombinace léků – inhibitory protonové pumpy (PPI) a dva druhy antibiotik (např. Omeprazol s Claritromycinem a Ampicilinem, nebo Omeprazol + Azitromycin + Metronidazol). Pokud je po čtyřech týdnech negativní nález HP, můžeme léčbu považovat za zdařilou. K medikamentózní terapii dále patří:

- **Antacida** se dnes již v terapii peptického vředu příliš nevyužívají. Jejich účelem je neutralizovat kyselou žaludeční šťávu. Umí také vázat žlučové kyseliny a mají cytoprotektivní účinek. Při jejich užívání je třeba dát pozor na to, že mohou ovlivnit vstřebávání jiných léků, a to např. blokátorů H_2 receptorů, proto je vždy podáváme s alespoň dvouhodinovým odstupem.
- **Inhibitory protonové pumpy (PPI)** brání sekreci HCl v žaludku tím, že v krycí buňce způsobí nevratnou inhibici protonové pumpy. Její účinek přetrvává minimálně 24 hodin a z toho důvodu je dostačující jedna tableta denně. Pokles tvorby kyseliny je velmi žádoucí, proto jsou PPI k eradikaci HP nezbytné. Nejběžnější je užívání Omeprazolu, Pantoprazolu, Lanzoprazolu či Rabeprazolu. U této léčby se téměř nevyskytují nežádoucí účinky.
- **Antagonisté H_2 receptorů** potlačují tvorbu HCl tím, že blokují histaminové H_2 receptory na krycí buňce žaludeční sliznice. Obvykle se užívá Ranitidin, Cimetidin, Roxatidin či Famotidin.
- **Cytoprotektiva** podporují obranné funkce žaludeční sliznice. Patří zde mnoho léků s různými mechanismy účinku. Mohou zde patřit například antacida. Sukralfát a bismutové soli působí v oblasti poškození sliznice a chrání také proti kyselému prostředí. Patří zde i syntetická analoga prostaglandinů, která vyrovnávají nedostatek prostaglandinů v žaludku zejména při užívání ulcerogenních léků. (Kohout, 2005, s.

48-49, Marečková, Mengerová, 2014, s. 25-26, 35-36; Lukáš, Žák a kol., 2007, s. 104)

1.8.2 Dietoterapie

„Základní dietou při nemocech žaludku a dvanáctníku je dieta šetřící. V dietním systému pro nemocnice je dieta šetřící uváděna jako dieta č. 2. Dieta je energeticky plnohodnotná, s fyziologickým poměrem živin a chemicky i mechanicky šetřící.“ (Marečková, Mengerová, 2014, s. 40)

V minulosti se přistupovalo spíše k dietám přísnějším, ty však z důvodu dnešních kvalitních medikamentů ztratily svůj účel. Na trhu dnes nalézáme velký výběr kvalitních potravin a naše stravování je pestré. Důležitý je nejen vhodný výběr stravy, ale také způsob tepelného zpracování a jistá pravidelnost v přijímání potravy. Abychom mohli označit dietu za plnohodnotnou, musí obsahovat vyvážené množství proteinů, lipidů a sacharidů. Nesmí chybět vitamíny, minerální látky, vláknina a samozřejmě tekutiny. Poměr těchto složek ve stravě nazýváme biologická hodnota potravy. Ta se mění v závislosti na nevhodném či dlouhodobém skladování (např. ovoce a zelenina), či nesprávnou tepelnou úpravou. Poměr bílkovin, tuků a sacharidů je při této dietě podobný jako příjem u zdravých lidí. V procentuálně vyjádřeném poměru připadá na bílkoviny 14 %, na tuky 30 % a na sacharidy 56 %. Uvádí se také poměr 1 : 1 : 4 ve stejném pořadí. Strava je složena tak, aby odpovídala požadované hmotnosti člověka. Ke správnému určení nám pomáhá Body Mass Index (BMI). Pokud jsou hodnoty v normě (18,5-25) dieta obsahuje 9500 kJ, tedy 2 270 kcal. Doporučuje se rozdělit si jídla na menší dávky a jíst asi 5x-6x denně. Pro správné fungování organismu je důležitá hydratace. Na 1 kg hmotnosti se má denně vypít 30 ml tekutin. Měla by to být zejména voda či neslazené čaje. Mléko může být součástí diety, záleží na individuální snášenlivosti klienta. Dieta rozhodně nesmí obsahovat potraviny připravované za přítomnosti přepálených tuků. Nevhodné je smažení, opékání za přítomnosti tuků, grilování na přímém ohni, uzení a nakládání masa. Naopak vaření, dušení pod pokličkou či příprava pokrmů v alobalu je velmi vhodná. Vyloučíme také pokrmy a tekutiny, které podporují sekreci HCl, tedy alkohol, kofein, černou kávu, silný čaj, příliš kořeněná jídla, houby, česnek, tučné uzeniny či jídla s vysokým obsahem tuku. Jídlo se nepožívá příliš horké nebo naopak mražené. Zahušťuje se moukou či zálivkou z mléka a smetany. (Lukáš a kol., 2005, s. 244; Marečková, Mengerová, 2014, s. 40-42; Holubová, Novotná, Marečková a kol., 2013)

1.8.3 Režimová opatření

Kromě dodržování správné životosprávy a diety je velmi vhodné omezit náročnou fyzickou aktivitu. Nevhodná je těžká fyzická práce, práce ve směnném provozu či práce se zvýšenou mírou stresu. Kouření by mělo být vyloučeno, nebo alespoň omezeno, není-li klient schopen přestat. Nejškodlivější je kouření nalačno. Také je třeba omezit užívání ulcerogenních léků. Podle japonské studie z roku 2014 zejména nesteroidní antirevmatika, anti-koagulancia a nízké dávky aspirinu zvyšují riziko krvácení do gastrointestinálního traktu. Nemocný se může cítit oslabený, proto je třeba dostatečný spánek a odpočinek. Vhodný je i krátký odpočinek po každém jídle. Klient je po celou dobu onemocnění dispenzarizován gastroenterologem. Hospitalizace při běžném průběhu onemocnění není nutná. V akutním stadiu platí vždy pracovní neschopnost. Je také možné využít k doléčení lázeňskou léčbu, která kromě léčebných procedur a zajištění zdravého stravování napomáhá k psychické pohodě, která je pro vyléčení velmi důležitá. (Marek a kol., 2010, s. 197; Kawasaki, Kurahara, Yanai, Kochi, Fuchigami, Matsumoto, 2014; Tylajková, 2014, s. 24)

1.8.4 Chirurgická terapie

Není-li konzervativní léčba úspěšná, přistoupíme k chirurgické terapii. Jistý průlom v této léčbě způsobil německý lékař Theodor Billroth, který v roce 1881 provedl první resekci žaludku. Tento operační postup se od té doby příliš nezměnil. Avšak dnes, kdy výrazně převládá postup konzervativní, se využívá hlavně k řešení akutních nebo komplikovaných stavů, při chronicitě vředové choroby při neúspěšné konzervativní léčbě či pokud máme podezření na malignitu vředů. Provádí se tyto výkony:

- **Billroth I** – je provedena resekce distálních dvou třetin žaludku tam, kde dochází k produkci hormonu gastrinu. Zbývající třetina žaludku je následně spojena s dvanáctníkem. Z důvodu pooperačního výskytu duodenogastrického refluxu se už příliš nepoužívá.
- **Billroth II** – je taktéž provedena resekce dvou třetin žaludku, ale dvanáctník se uzavře a k žaludku se anastomózou připojí první klička jejunu. Časté jsou pooperační komplikace jako je navrácení žluči do žaludku, dumping syndrom a je rovněž zvýšené riziko malignizace.
- **Y-Roux** je dnes nejvyužívanějším typem resekce. Resekují se rovněž distální dvě třetiny žaludku a dvanáctník se uzavírá. Dochází k přerušení jejunu, to se anasto-

mózou spojí s žaludkem a přidá se jejuno-jeunoanastomóza. Tento výkon bývá snášen podstatně lépe.

- **Totální gastrektomie** je prováděna při suspektní malignizaci nebo u Zollinger-Ellisonova syndromu s mnohonásobnými vředy. (Marečková, Mengerová, 2014, s. 36-37)

1.9 Komplikace

Komplikace mohou být někdy prvním projevem onemocnění. K nejčastějším komplikacím peptického vředu řadíme krvácení, penetraci, perforaci, pylorostenózu až pylorospasmus, stenózu bulbu nebo jiných úseků dvanáctníku a maligní zvrát vředu. (Slezáková a kol., 2010, s. 204; Kohout, 2005, s. 29)

Krvácení

Ke krvácení dochází tehdy, když z důvodu rozvinutého nekrotického procesu vřed začne nahlodávat cévy. To je příčinou asi 50 % krvácení z horní části GIT. Projeví se melénou, hematemézou, může vzniknout anémie až anemický syndrom. Klienti si zpravidla přestávají stěžovat na bolest. Příčinou vzniku krvácení může být i užívání některých léků, viz výše. Diagnostikujeme a léčíme vždy endoskopicky. Závažnost určujeme pomocí klasifikace dle Forresta (Forrest I – aktivní krvácení, Forrest II – recentní krvácení, Forrest III – nejsou známky recentního krvácení). Klienta zpravidla ukládáme na jednotku intenzivní péče, zaznamenáváme fyziologické funkce, zavedeme nazogastrickou sondu k odsátí krve a krevních sraženin, zajistíme periferní žilní katetr (při masivním krvácení je vhodnější centrální) k aplikaci infuzních roztoků či krevních derivátů. Terapie spočívá v nasazení klipu na krvácející cévu, může se provést opich adrenalinem, ošetření elektrokauterem nebo používáme tkáňové lepidlo. Následuje medikamentózní terapie, podáváme PPI i.v. a účinnost terapie ověříme endoskopicky. (Kohout, 2005, s. 30-31; Kohout, Pavlíčková, 2008, s. 33)

Penetrace

Penetrace vředu znamená jeho postupné pronikání mimo žaludeční stěnu, tedy do okolních orgánů jako je slinivka břišní či játra. Projevuje se ostrou nepolevující bolestí vystřelující do zad, při penetraci do slinivky může vzniknout pankreatitida, při průniku vředu do jater vzniká ikterus, při průniku do tračnicku se objevuje průjem. Diagnostikuje se endoskopicky, možné je také provést kontrastní RTG horní části zažívacího traktu a CT s vodnou kontrastní látkou podanou p.o. Léčba je zřídka konzervativní, kdy se pokusíme vřed zhojit tak, jak je popsáno výše, častěji chirurgická. Provádíme resekci žaludku s ponecháním kráteru vředu na místě nebo kmenovou vagotomii s gastroenteroanastomózou. Při proniknutí dvanáctníkového vředu provádíme resekci žaludku a vypuštění vředu. Pokud se objeví gastrokolická píštěl, provedeme i resekci tračnicku. (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 246)

Perforace

O perforaci hovoříme tehdy, proniká-li vřed žaludeční stěnou dříve než dojde k jeho ohrazení. Je provázena akutní peritonitidou s indikací k urgentní chirurgické léčbě. Objevuje se velmi intenzivní bodavá bolest. Diagnózu určíme pomocí nativního RTG břicha a prostorů pod bránicí – na snímku je patrný volný vzduch. Stává se také, že diagnózu stanovíme až při urgentním výkonu z důvodu peritonitidy neznámé příčiny. Laboratorně je zvýšeno CRP, leukocyty a amylázy, které se zvýšeně vstřebávají z důvodů jejich vylití do dutiny břišní. V minulosti se léčilo resekci žaludku, dnes však máme k dispozici velmi účinné medikamenty, proto můžeme postupovat šetrněji. Chirurgický výkon spočívá v přešití vředové léze, následně se provádí omentoplastika a drenáž peritoneální dutiny, případně retroperitonea. (Kohout, 2005, s. 29-30)

Pylorostenóza, pylorospasmus, stenóza duodena

Pokud se vřed nachází v blízkosti vrátníku, může být přechodně postižen spasmem. Po správné terapii se vrací k původnímu stavu. Komplikaci může doprovázet zvracení. Terapie spočívá v užívání vysokých dávek PPI (80 mg denně). Zavádí se nazogastrická sonda k výživě klienta. Pokusíme se zavést tenkou sondu přes vrátník, nezdaří-li se, zahájíme parenterální výživu a hydrataci nitrožilně. Pokud je konzervativní terapie neúspěšná, přistoupíme k chirurgickému řešení. Podobné je to i u stenózy dvanáctníku. Stenóza je lokali-

zována v bulbu nebo v postbulbární oblasti. K terapii využíváme léky potlačující kyselou sekreci, nahrazujeme výživu a tekutiny parenterálně, odsáváme žaludeční obsah. Pokud do týdne nejsou patrné známky zlepšení, přistupujeme k chirurgickému výkonu. (Kohout, 2005, s. 31-32)

Maligní zvrát vředové léze

K maligní degeneraci vředu dochází v méně než 1 % případů chronické vředové choroby. Nejčastěji se vyskytuje tumor. V České republice byla incidence karcinomu žaludku v roce 2009 u mužů 19/100000, u žen 12/100000. Nejčastěji se vyskytuje ve věku kolem 70 let. Malignizaci mohou nasvědčovat vředy v atypických oblastech a vředové léze, které nemizí ani po intenzivní konzervativní terapii. Léčba závisí na velikosti karcinomu a případném nálezů metastáz. Primárně přistupujeme k resekci či chemoradioterapii. (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 247, 250, 253-254)

1.10 Prognóza

Možnost úspěšně eradikovat HP výrazně ovlivnila léčbu peptického vředu. Můžeme hovořit o výborné prognóze, neboť počet relapsů je výrazně snížen. Pokud u klienta dojde k recidivě onemocnění, většinou se prokáže neúspěšná eradikace této bakterie. Léčba je díky moderním a účinným medikamentům obvykle úspěšná. Úmrtnost na peptický vřed bez komplikací je velmi nízká. Komplikace se vyskytují jen zřídka, je-li léčba započata včas. Chirurgické řešení se dnes už omezuje jen na akutní komplikace, jako je nezastavitelné krvácení, perforace, pylorostenóza nebo stenóza dvanáctníku. Pokud je možné odstranit příčinu, která onemocnění vyvolala, pak je i u vředů sekundárních prognóza výborná. Pokud však příčina odstranit nelze, je nutné počítat s chronicitou tohoto onemocnění, rezistencí vředu a možností vzniku komplikací. Je třeba, aby se klient dále vyhýbal některým fyzicky náročným aktivitám, dodržoval dietu, užíval předepsané léky a docházel na pravidelné kontroly do gastroenterologické ambulance. Pokud klient pracuje ve stresujícím prostředí nebo pracuje na směny, je doporučována změna. (Tylajková, 2013, s. 28; Kohout, 2005, s. 32)

1.11 Ošetrovatelská péče

Terapie klienta s nekomplikovaným peptickým vředem většinou probíhá v domácím prostředí pod vedením praktického lékaře. Objeví-li se komplikace, klient je obvykle hospitalizován na interním oddělení, případně (např. při krvácení) na oddělení chirurgickém. Klient je při přijetí uložen na klidný pokoj. Obvykle mívá volný pohybový režim. Sestra dbá o klientův klid, zajistí tiché prostředí, kde bude mít klient dostatek času na odpočinek, jenž je pro vyléčení peptických vředů zásadní. Klienta trpělivě vyslechne a sepíše ošetrovatelskou dokumentaci. Zajistí předání důležitých informací ošetřujícímu personálu. Dále plní ordinace lékaře. U klienta vždy sleduje:

- Bolest – intenzitu, charakter, lokalizaci, zda ji něco vyvolává či naopak zmírňuje, jestli je silnější po jídle, monitoruje v kterou denní dobu je bolest nejintenzivnější. Vše zapisuje do dokumentace a v případě potřeby podá analgetika dle ordinace lékaře.
- Vyprazdňování stolice – vzhled stolice, zda je pravidelná, může se objevit meléna (černá stolice s příměsí natrávené krve), to je třeba neprodleně hlásit lékaři.
- Nauzeu a zvracení – co obtíže způsobuje, charakter, zápach, jak často a jak dlouho obtíže trvají. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 222-223)

„Při vzniku hematemézy (zvracení krve) volá sestra ihned lékaře a určuje, jde-li o zvracení krve čerstvé nebo natrávené. Natrávenou krev pozná podle tmavé barvy zvratků vzhledu *kávové sedliny*. Pacienta uloží do Fowlerovy polohy, na nadbříšek mu přiloží vak s ledem, do rukou mu vloží emitní misku a buničitou vatu a nepodává nic per os.“ (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 223)

Je také nutné monitorovat případné krevní ztráty a zajistit periferní žilní vstup, kdyby bylo nutné podávat infuze nebo krevní deriváty. Sestra dále monitoruje základní životní funkce a vše zapisuje do dekurzu. Klienta je třeba uklidnit a sledovat jeho psychický stav, protože může být z výskytu krvácení rozrušen. V některých případech můžeme zavést nazogastričskou sondu. Sestra dvakrát týdně zaznamenává hmotnost klienta, abychom si mohli ověřit, zda se razantně nezměnila. Dále dbá na dodržování správné diety a zajištění klidového režimu. Snaží se nabádat klienty, aby v nemocnici příliš nepracovali např. na laptopu. Stres zmírňuje i dostatečným vysvětlením nadcházejících lékařských vyšetření. Podává klientovi vždy dostatek informací o vhodnosti a nevhodnosti některých potravin či nápojů, případně zajistí konzultaci s nutričním terapeutem, který mu podá podrobné informace a může s ním

sestavit vhodný jídelníček. Nemocnému mohou být živiny podávány také parenterálně či nazogastrickou sondou. Klient je většinou soběstačný, proto si hygienickou péči obstarává sám. Pokud je soběstačnost snižena, s hygienickou péčí pomáhá sestra. Jednou z nedílných součástí ošetrovatelské péče je péče o duševní stav klienta. Sestra by měla v klientovi vzbuzovat důvěru. Je správné nechat ho vypovídat a pozorně naslouchat jeho problémům. Vhodné je důkladně vysvětlit vše co je třeba a odpovídat klientovi na otázky dle svých kompetencí. Může také navrhnout konzultaci s psychologem, uzná-li to za vhodné. Dříve než je klient propuštěn, zajistí, aby měl dostatečné znalosti o svém onemocnění, aby znal možné komplikace, aby byl informován o režimu a dietě, kterou by měl dodržovat a o termínu další lékařské kontroly. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 223-224, Tylajková, 2013, s. 28-29)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2 METODIKA PRŮZKUMU

2.1 Cíle práce a očekávané výsledky

Cíl č. 1: Zmapovat vědomosti sester v péči o klienta s peptickým vředem

Očekávaný výsledek č. 1: Předpokládáme, že více než 50 % dotazovaných sester bude znát správnou definici peptického vředu.

Očekávaný výsledek č. 2: Předpokládáme, že alespoň 60 % dotazovaných sester bude znát správnou dietu pro klienty s peptickým vředem.

Očekávaný výsledek č. 3: Předpokládáme, že alespoň 40 % sester bude vědět, kde se peptický vřed může vyskytovat.

Očekávaný výsledek č. 4: Předpokládáme, že alespoň 70 % sester bude znát možné komplikace peptického vředu.

Cíl č. 2: Rozšířit znalosti sester a veřejnosti o prevenci vzniku peptického vředu

Cíl č. 3: Přispět ke zkvalitnění péče o klienta s peptickým vředem

Cíl č. 4: Porovnat vědomosti sester z interního a chirurgického oddělení

Očekávaný výsledek č. 5: Předpokládáme, že sestry z chirurgických oddělení budou mít větší znalosti v péči o klienta s peptickým vředem než sestry z interních oddělení.

Cíl č. 5: Zjistit zájem sester o další vzdělávání v péči o klienta s peptickým vředem

Očekávaný výsledek č. 6: Předpokládáme, že alespoň 50 % dotazovaných sester bude mít zájem o více informací k tématu.

Cíl č. 6: Zmapovat četnost hospitalizovaných klientů s peptickým vředem na interních a chirurgických odděleních

Očekávaný výsledek č. 7: Předpokládáme, že na chirurgických odděleních se sestry setkávají s klienty s peptickým vředem častěji než na odděleních interních.

2.2 Charakteristika použité metody

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na zmapování vědomostí všeobecných sester v péči o klienta s peptickým vředem. Pro sběr dat byla použita kvantitativní metoda průzkumu formou dotazníkového šetření. Dotazník je poměrně rychlá metoda k získání informací od určité skupiny osob. Jeho výhodou je velké množství dotazovaných respondentů a jejich anonymita, naopak nevýhodou může být nízká návratnost rozdaných dotazníků.

Dotazník obsahoval 27 položek. V úvodu se nacházelo představení, účel dotazníku a instrukce k jeho vyplnění. Následovaly otázky demografické (1.-5.), poté otázky znalostní (6.-18., 21.-24.). Položka č. 19 se týkala subjektivního zhodnocení vlastních znalostí v oblasti výživového poradenství. 20. položka zjišťovala, jakým způsobem na oddělení klienta s peptickým vředem edukují. Položky 25. – 27. mapovaly získání znalostí a zájem sester o další vzdělávání v dané problematice.

Otázky se dále dělily na otevřené (4., 10.-12., 15.-17., 21., 24.), polouzavřené (1.-3., 20., 25., 27.) a uzavřené (2., 5.-9., 13., 14., 18., 19., 22., 23., 26.). Respondenti označovali pouze jednu odpověď a to takovou, se kterou se nejvíce ztotožňovali. Objevily se i otázky s možností označení více správných odpovědí, v takovém případě byli respondenti předem upozorněni v zadání otázky.

2.3 Charakteristika respondentů

Respondenty byly všeobecné sestry pracující na interním nebo chirurgickém oddělení. Šetření probíhalo na lůžkovém oddělení v nemocnicích ve Zlínském kraji a na Vysočině. Respondentky jsme záměrně neodlišovali podle nemocnice, v níž působí, protože cílem bakalářské práce bylo zmapovat znalosti sester všeobecně (v malém měřítku). Naopak rozdělení sester dle pracovišť (interní a chirurgické oddělení) bylo vzhledem k cílům práce žádoucí.

2.4 Organizace průzkumného šetření

Dotazníkovému šetření nejdříve předcházela pilotní studie. Dotazníky byly rozdány deseti všeobecným sestřím v prosinci minulého roku. Nebyly objeveny žádné nesrovnalosti a nebylo potřeba dalších úprav. Tyto dotazníky nebyly zahrnuty do výsledné studie.

Po získání povolení k provedení dotazníkového šetření na interních a chirurgických odděleních bylo v březnu r. 2016 rozdáno celkem 100 dotazníků. Dotazníky byly ponechány na odděleních po dobu tří týdnů, tedy od 7. 3. do 28. 3. 2016, aby se zajistilo dostatečné množství respondentů. Dotazníky byly následně sesbírány a byly vyřazeny ty, které nebyly kompletně vyplněny. Získali jsme celkem 79 kompletně vyplněných dotazníků vhodných k zahrnutí do studie. V dubnu r. 2016 pak byly dotazníky vyhodnocovány.

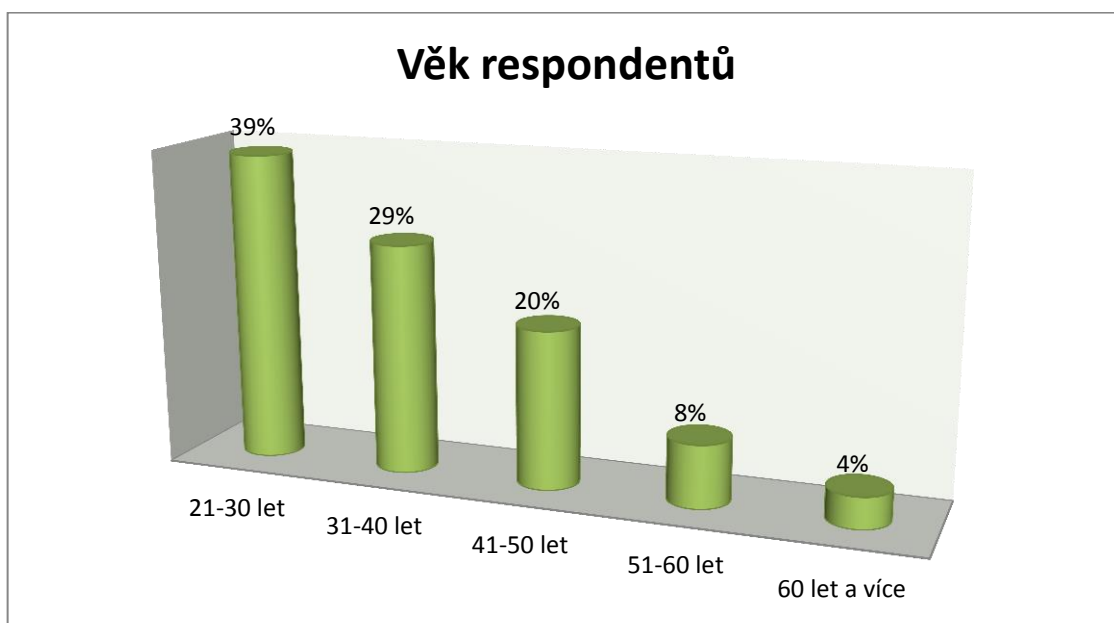
3 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Výsledky průzkumu byly zpracovány do tabulek a znázorněny pomocí přehledných grafů. Ke každé položce je také uveden komentář.

Otázka č. 1 – Věk respondentů

Tabulka 1 – Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
21-30 let	31	39 %
31-40 let	23	29 %
41-50 let	16	20 %
51-60 let	6	8 %
60 let a více	3	4 %
celkem	79	100 %



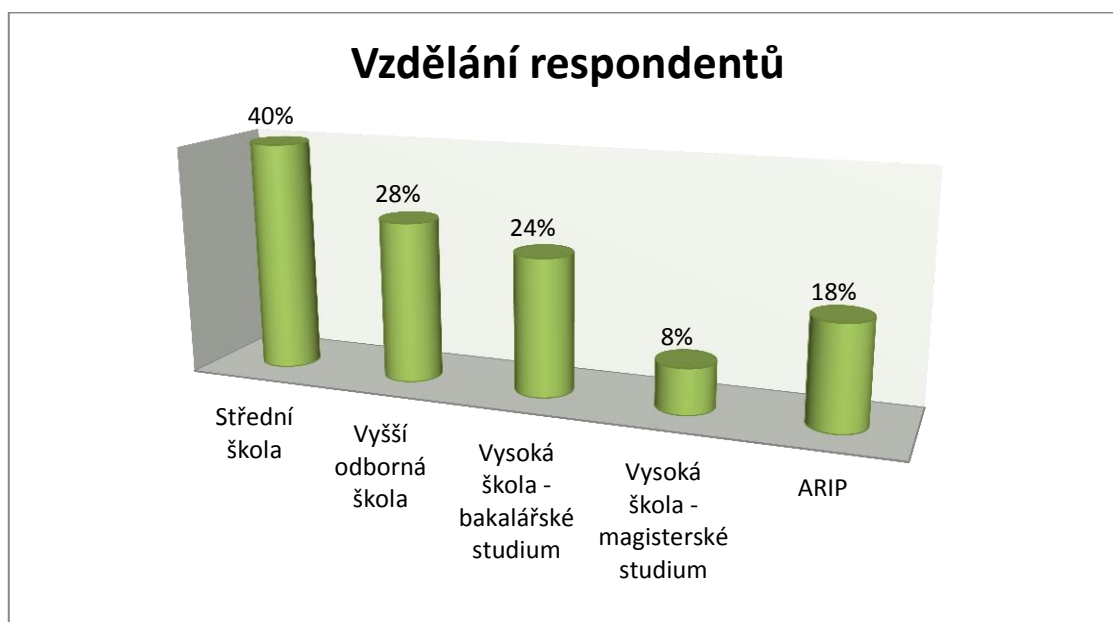
Graf 1 – Věk respondentů

V položce č. 1 jsme zjišťovali věk respondentů. Vytvořili jsme pět věkových kategorií, z nichž nejvíce zastoupená byla první kategorie, respondenti ve věku 21-30 let (39 %). Na druhém místě respondenti ve věku 31-40 let (29%), následně respondenti ve věku 41-50 let (20%), respondentů ve věku 51-60 let bylo 8% a nejméně bylo respondentů ve věkové kategorii 60 let a více a to 4 % z celkového počtu 79 respondentů.

Otázka č. 2 - Dosažené vzdělání

Tabulka 2 - Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Střední škola	32	40 %
Vyšší odborná škola	22	28 %
Vysoká škola - bakalářské studium	19	24 %
Vysoká škola - magisterské studium	6	8 %
celkem	79	100 %
Specializační vzdělání - ARIP	14	18 %



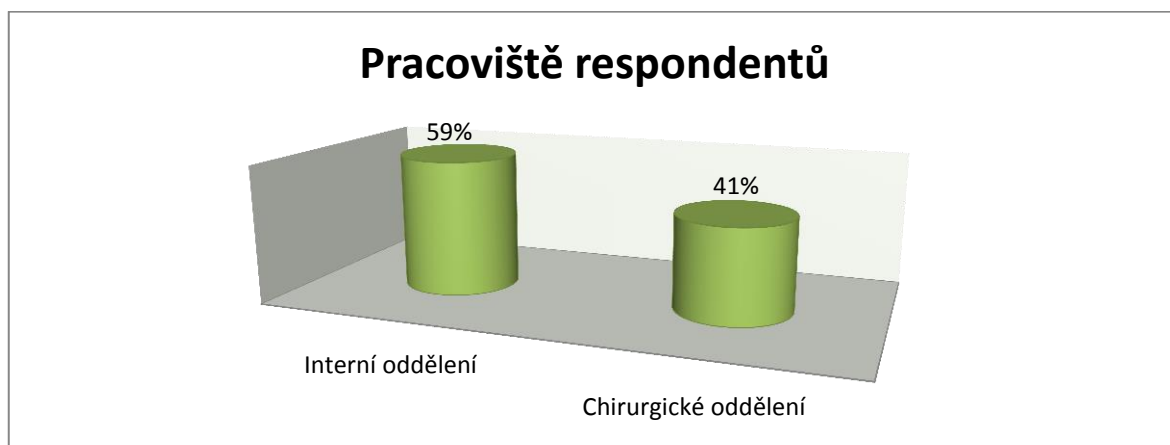
Graf 2 – Vzdělání respondentů

Ve druhé otázce se zaměřujeme na nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 79 respondentů má pouze středoškolské vzdělání 40 % sester. Dalších 28 % z dotazovaných dosáhlo vzdělání na vyšší odborné škole. Dokončené bakalářské studium na vysoké škole uvedlo 24 % respondentů. Nejméně početnou skupinu tvoří sestry s magisterským titulem, těch bylo celkem 8 %. Z celkového počtu dotazovaných sester má 18 % navíc specializační vzdělání – Ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (ARIP).

Otázka č. 3 – Pracoviště respondentů

Tabulka 3 – Pracoviště respondentů

Pracoviště respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Interní oddělení	46	58 %
Chirurgické oddělení	33	42 %
celkem	79	100 %



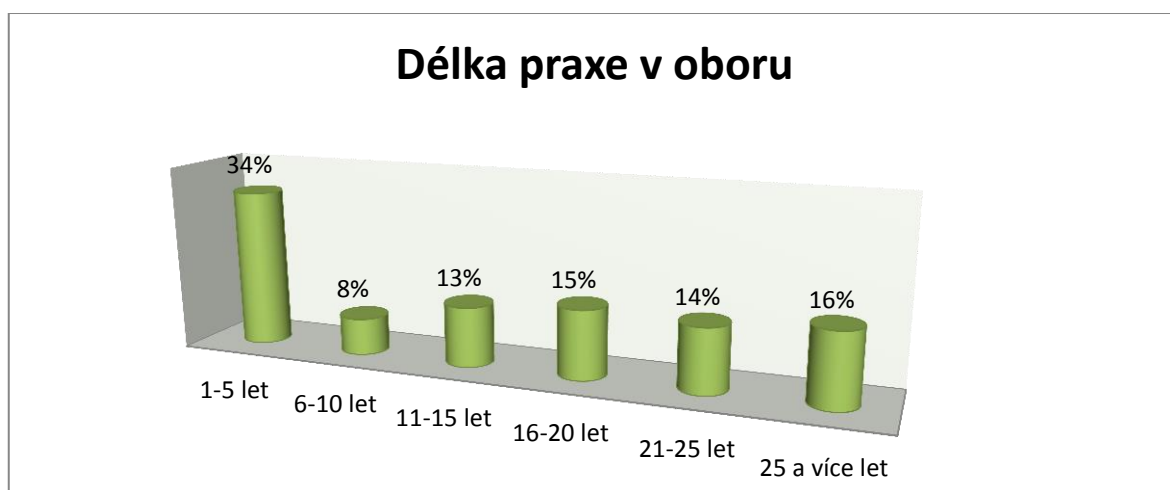
Graf 3 – Pracoviště respondentů

Třetí položka zjišťuje, na jakém oddělení dotazovaní respondenti pracují. Dotazníky byly záměrně rozdány na interních a chirurgických odděleních, protože zde je nejvyšší předpoklad hospitalizovaných klientů s peptickým vředem. Z dotazovaných tedy 59 % pracuje na interním oddělení, zbylých 41 % pracuje na oddělení chirurgickém. Žádná z dotazovaných sester nepracovala na jiném oddělení. Rozdíl mezi skupinami byl 13 respondentů a to především z důvodu nižší návratnosti dotazníků z chirurgických oddělení.

Otázka č. 4 - Délka praxe v oboru

Tabulka 4 – Délka praxe v oboru

Délka praxe v oboru	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1-5 let	27	34 %
6-10 let	6	8 %
11-15 let	10	13 %
16-20 let	12	15 %
21-25 let	11	14 %
25 a více let	13	16 %
celkem	79	100 %



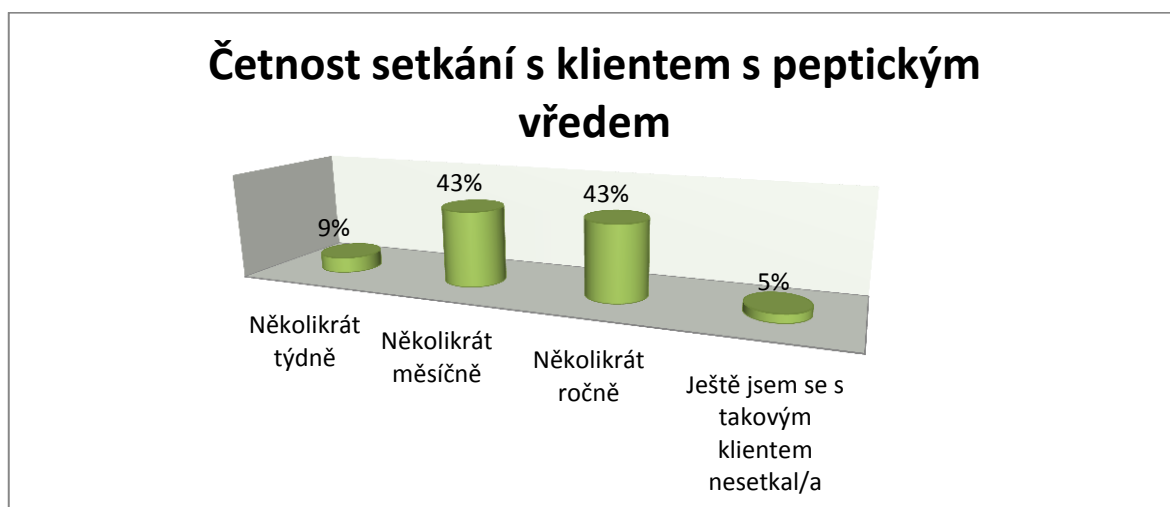
Graf 4 – Délka praxe v oboru

Čtvrtá otázka zkoumá, jak dlouho všeobecné sestry ve svém oboru pracují. Největší zastoupení zde mají respondentky, které jsou ve svém oboru nejkratší dobu, tedy 1-5 let, těch je celkem 34 %. Z dotazovaných sester 8 % pracuje ve stejném oboru 6-10 let. 11-15 let pracuje v jednom oboru 13 % z dotazovaných a 15 % pracuje v oboru 16-20 let. Podobně jsou na tom sestry pracující 21-25 let, těch se přihlásilo 14 % z dotázaných. Sester, které se v oboru pohybují 25 a více let bylo z dotázaných celých 16 %.

Otázka č. 5 - Četnost setkání s klientem s peptickým vředem na pracovišti

Tabulka 5 - Četnost

Četnost	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Několikrát týdně	6	13 %	1	3 %	7	9 %
Několikrát měsíčně	17	37 %	17	52 %	34	43 %
Několikrát ročně	19	41 %	15	45 %	34	43 %
Ještě nikdy	4	9 %	0	0 %	4	5 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



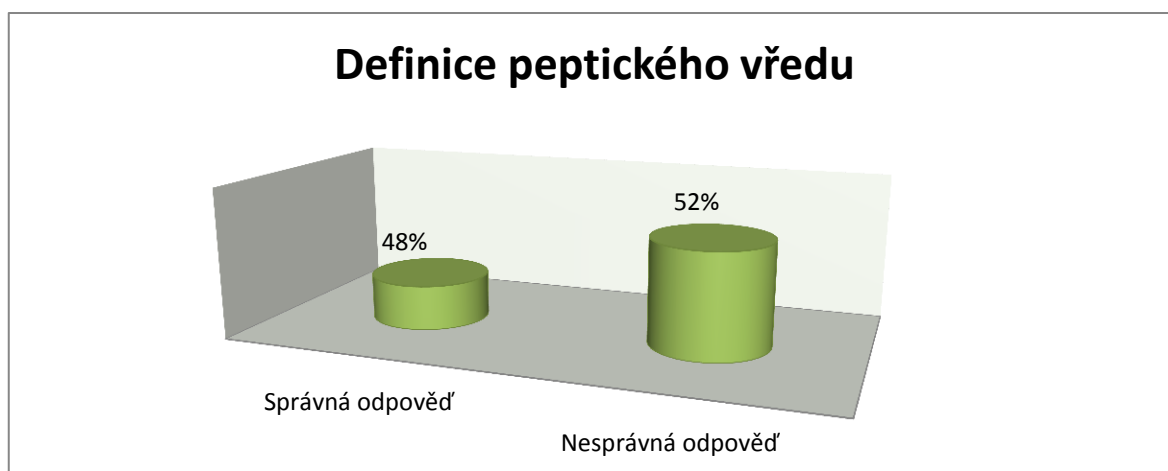
Graf 5 – Četnost setkání s klientem s peptickým vředem

Jen 9 % z celkového počtu dotazovaných respondentů uvedlo, že se s klientem na svém pracovišti setkává několikrát týdně. Dále 43 % sester udává, že se setká s takovým klientem několikrát měsíčně a shodně 43 % sester se s klientem s peptickým vředem setká několikrát do roka. Nejméně dotazovaných respondentů (5 %) odpovědělo, že se doposud nikdy na svém oddělení neměli možnost setkat s klientem hospitalizovaným s peptickým vředem.

Otázka č. 6 – Definice peptického vředu

Tabulka 6 – Definice peptického vředu

Definice peptického vředu	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Správná odpověď	20	43 %	18	55 %	38	48 %
Nesprávná odpověď	26	57 %	15	45 %	41	52 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



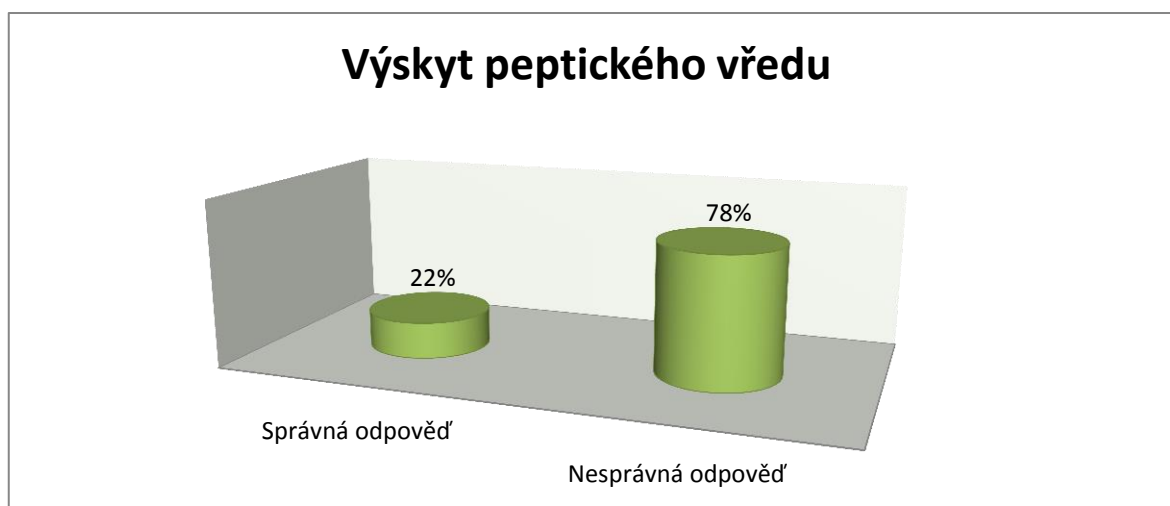
Graf 6 – Definice peptického vředu

V této položce měli respondenti správně definovat peptický vřed. Správná odpověď byla „poškození sliznice trávicí trubice pronikající pod muscularis mucosae“. Na tuto otázku z celkového počtu 79 respondentů správně odpovědělo 38 respondentů (48%), nesprávně pak odpovědělo 41 respondentů (52%). Porovnáme-li interní a chirurgické sestry, úspěšněji v této otázce odpovídaly sestry z chirurgického oddělení, a to s úspěšností 55 %. Sestry z interního oddělení měly úspěšnost 43 %.

Otázka č. 7 – Kde se peptický vřed může vyskytovat?

Tabulka 7 – Výskyt vředu

Výskyt vředu	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Správná odpověď	4	9 %	13	39 %	17	22 %
Nesprávná odpověď	42	91 %	20	61 %	62	78 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



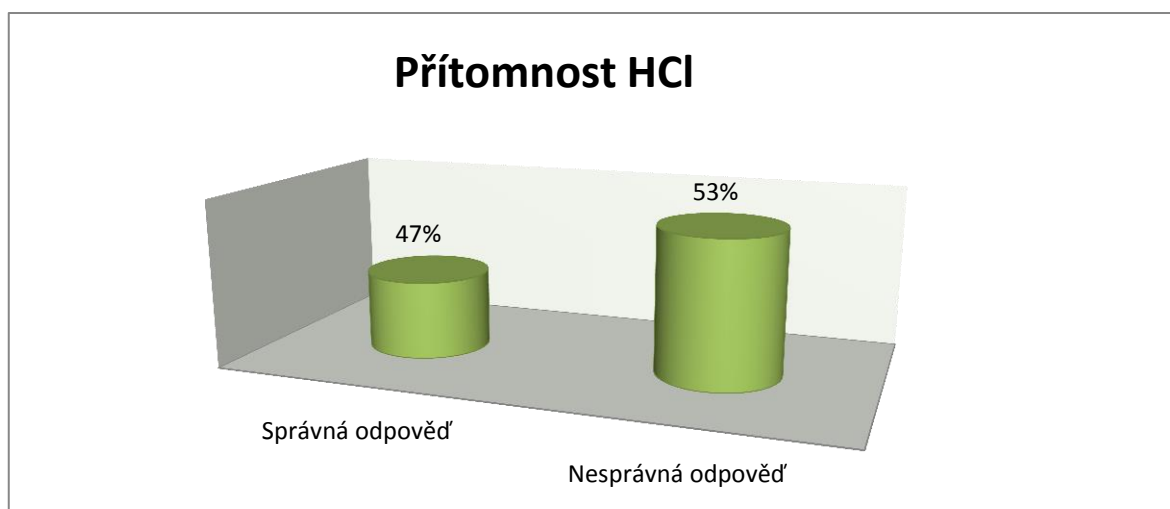
Graf 7 – Výskyt peptického vředu

Respondenti zde měli označit správnou odpověď na otázku „Kde se peptický vřed může vyskytovat?“ Odpověď zněla „V jícnu, žaludku, dvanáctníku, tenkém střevě a v Meckelově divertiklu.“ Překvapivě 62 dotázaných sester (78 %) z celkového počtu 79 odpovědělo na tuto otázku nesprávně. Jen 17 respondentů (22 %) označilo správnou odpověď. Z chirurgického oddělení to bylo 39 % respondentek, z oddělení interního pak jen 9 %.

Otázka č. 8 - Je kyselina chlorovodíková podmínkou pro vznik peptického vředu?

Tabulka 8 – Kyselina chlorovodíková

Kyselina chlorovodíková	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Správná odpověď	23	50 %	12	36 %	35	47 %
Nesprávná odpověď	23	50 %	21	64 %	44	53 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



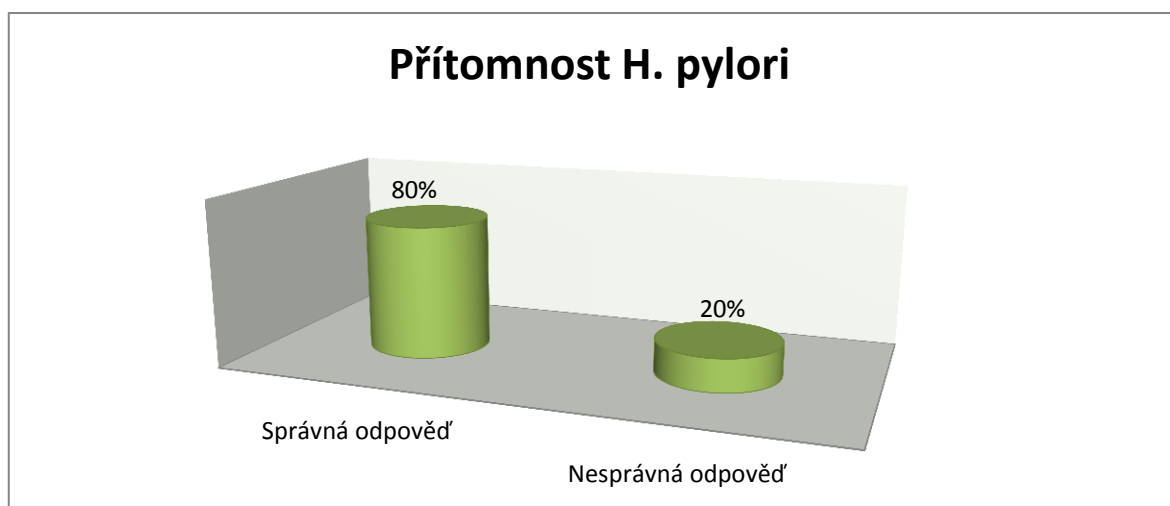
Graf 8 – Přítomnost HCl

Zde jsme pátrali po tom, zda sestry ví, je-li přítomnost kyseliny chlorovodíkové podmínkou pro vznik peptického vředu. Správná odpověď byla „Ano“, bez HCl peptický vřed vzniknout nemůže. Správně odpovědělo celkem 35 dotazovaných sester ze 79, tedy 47 %. S větší úspěšností zde odpovídaly sestry z interního oddělení (50 %). Na chirurgickém oddělení měly sestry úspěšnost v zodpovězení této otázky 36 %.

Otázka č. 9 - Je bakterie *Helicobacter pylori* podmínkou pro vznik peptického vředu?

Tabulka 9 – H. pylori

H. pylori	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Správná odpověď	37	80 %	26	79 %	63	80 %
Nesprávná odpověď	9	20 %	7	21 %	16	20 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



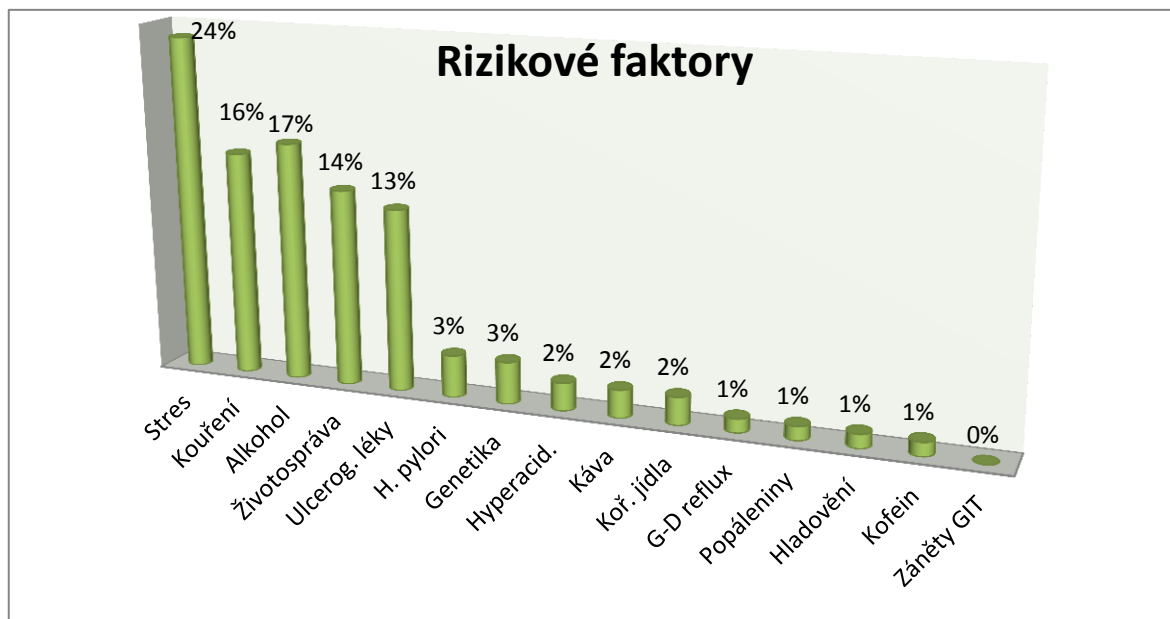
Graf 9 – Přítomnost H. pylori

V položce č. 9 jsme se ptali, je-li přítomnost H. pylori podmínkou pro vznik peptického vředu. Správná odpověď zněla „ne“, peptický vřed může vzniknout i bez přítomnosti této bakterie. Zde byly respondentky výrazně úspěšnější, správně odpovědělo celkem 63 respondentek ze 79, tedy 80 %. Sestry z interního a z chirurgického oddělení odpovídaly zcela srovnatelně s rozdílem v úspěšnosti pouhého 1 %. Tedy na interním oddělení správně odpovědělo 80 % z dotazovaných sester, na chirurgickém oddělení pak 79 % sester.

Otázka č. 10 – Jaké jsou rizikové faktory pro vznik peptického vředu?

Tabulka 10 – Rizikové faktory

Rizikové faktory	A (n)	R (%)	R vzhledem k počtu respondentů (%)
Stres	63	24 %	80 %
Kouření	43	16 %	54 %
Alkohol	45	17 %	57 %
Nesprávná životospráva	36	14 %	46 %
Ulcerogenní léky	35	13 %	44 %
Přítomnost H. pylori	8	3 %	10 %
Genetika	8	3 %	10 %
Hyperacidita žaludku	4	2 %	5 %
Káva	5	2 %	6 %
Kořeněná jídla	6	2 %	8 %
Gastroduodenální reflux	2	1 %	3 %
Popáleniny	2	1 %	3 %
Hladovění	2	1 %	3 %
Kofein	2	1 %	3 %
Záněty GIT	1	0 %	1 %
Celkem	262	100 %	333 %



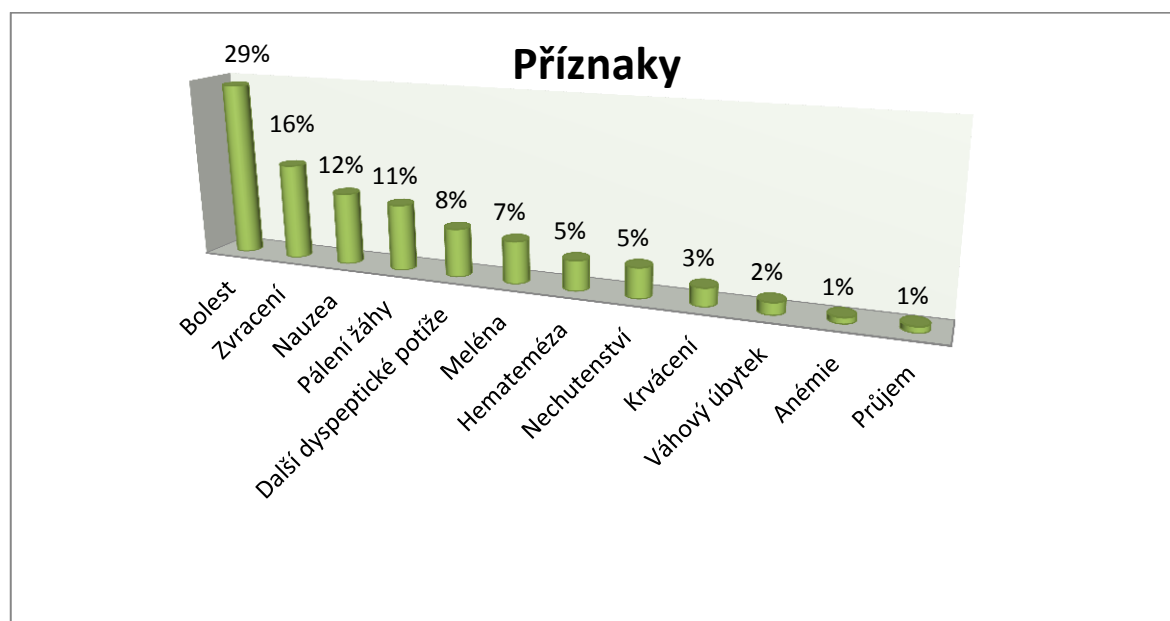
Graf 10 – Rizikové faktory

Tato otevřená otázka se zabývala znalostmi sester v oblasti rizikových faktorů pro onemocnění peptickým vředem a respondenti měli možnost volně odpovídat. Spočítali jsme 262 odpovědí na tuto otázku. Celkem 63 ze 79 dotazovaných respondentek, tedy 80 % uvedlo jako rizikový faktor stres. Na druhém místě s 57 % se v tomto dotazníku umístil alkohol jako rizikový faktor. 54 % uvedlo jako další rizikový faktor kouření. Dále 46 % dotazovaných sester si myslí, že rizikovým faktorem pro vznik peptického vředu je nevhodná životospráva. Celých 44% respondentů uvádí ulcerogenní léky. Genetické faktory a přítomnost H. pylori uvedlo 10 % sester. Dalších 5% se rovněž domnívá, že rizikovým faktorem je hyperacidita, čili překyselení žaludku. Kávu uvedlo 6 % dotazovaných sester. Celých 8 % respondentů označilo jako rizikový faktor konzumaci kořeněných jídel. Srovnatelně 3 % uvedlo gastroduodenální reflux, popáleniny, hladovění a kofein jako další z faktorů. 1 % si myslí, že se peptický vřed může rozvinout po dlouhodobých zánětech GIT. Graf znázorňuje procentuální zastoupení rizikových faktorů z celkového počtu odpovědí.

Otázka č. 11 – Příznaky peptického vředu

Tabulka 11 – Příznaky

Příznaky	A (n)	R (%)	R vzhledem k počtu respondentů (%)
Bolest	71	29 %	90 %
Zvracení	38	16 %	48 %
Nauzea	29	12 %	37 %
Pálení žáhy	25	11 %	32 %
Další dyspeptické potíže	20	8 %	25 %
Hemateméza	11	5 %	14 %
Meléna	16	7 %	20 %
Krvácení	8	3 %	10 %
Nechutenství	11	5 %	14 %
Váhový úbytek	5	2 %	6 %
Anémie	2	1 %	3 %
Průjem	2	1 %	3 %
Celkem	238	100 %	302 %



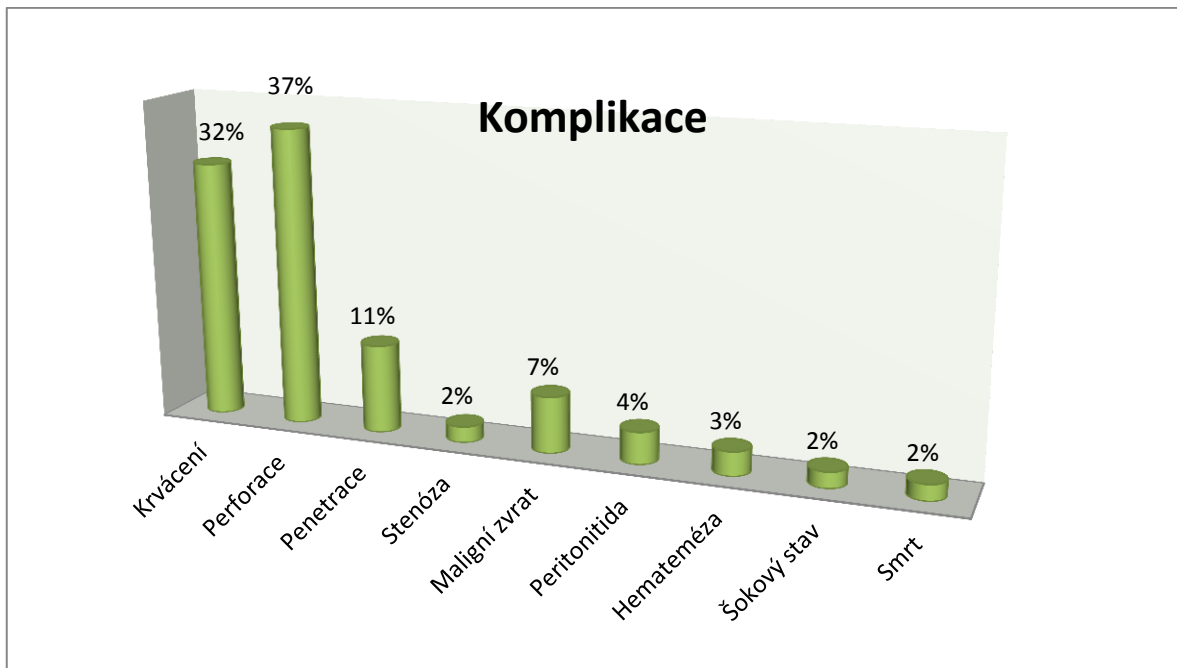
Graf 11 - Příznaky

Tato otázka byla také otevřená s možností volně odpovídat. Respondenti byli požádáni, aby uvedli alespoň tři příznaky peptického vředu. Celkem jsme dostali 238 odpovědí. 71 sester ze 79, tedy 90 % uvedlo jako příznak tohoto onemocnění bolest. Na druhém místě v četnosti shodných odpovědí se umístilo zvracení, to uvedlo 48 % dotazovaných respondentů. Že je příznakem peptického vředu nauzea se domnívá 37 % dotázaných sester. Pálení žáhy uvádí 32 %, zatímco další dyspeptické potíže připsalo 25 % sester. Celkem 14 % dotázaných si myslí, že příznakem je taktéž hemateméza a stejný počet sester uvádí nechutenství. Dalším příznakem peptického vředu je meléna, což potvrdilo 20 % respondentů. Že při tomto onemocnění dochází ke krvácení se domnívá 10 % z dotázaných. Dále 6 % uvedlo váhový úbytek a další 3 % do dotazníku vepsala anémii a průjem. Graf znázorňuje procentuální zastoupení nejčastějších odpovědí.

Otázka č. 12 – Komplikace

Tabulka 12 - Komplikace

Komplikace	A (n)	R (%)	R vzhledem k počtu respondentů (%)
Krvácení	52	32 %	66 %
Perforace	60	37 %	76 %
Penetrace	17	11 %	22 %
Stenóza	3	2 %	4 %
Maligní zvrát	11	7 %	14 %
Peritonitida	6	4 %	8 %
Hemateméza	5	3 %	6 %
Šokový stav	4	2 %	5 %
Smrt	3	2 %	4 %
Celkem	161	100 %	205 %



Graf 12 – Komplikace

V této otevřené otázce měli respondenti za úkol volně odpovídat, jaké mohou nastat komplikace, má-li klient peptický vřed. Zaznamenali jsme 161 odpovědí. Nejvíce respondentek uvedlo perforaci a to 60 sester ze 79, tj. 76 %. Celkem 52 dotázaných sester (66 %) si myslí, že komplikací peptického vředu je krvácení. Na penetraci si vzpomnělo 22 % respondentek, zatímco stenózu uvedla 4 % sester. Dále 14 % respondentek se domnívá, že sem také patří malignizace vředu. Peritonitidu jako možnou komplikaci uvedlo 8 % dotázaných. Hemateméza je komplikací peptického vředu podle 6 % dotázaných sester. Dalších 5 % se domnívá, že komplikací může být šok. Celkem 3 % respondentek v dotazníku uvedlo, že komplikovaný peptický vřed může skončit smrtí. Graf znázorňuje procentuální zastoupení nejčastějších odpovědí.

Otázka č. 13 - Je pro žaludeční vřed typická sezónnost?

Tabulka 13 - Sezónnost

Sezónnost	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Správná odpověď	24	52 %	28	85 %	52	66 %
Nesprávná odpověď	22	48 %	5	15 %	27	34 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



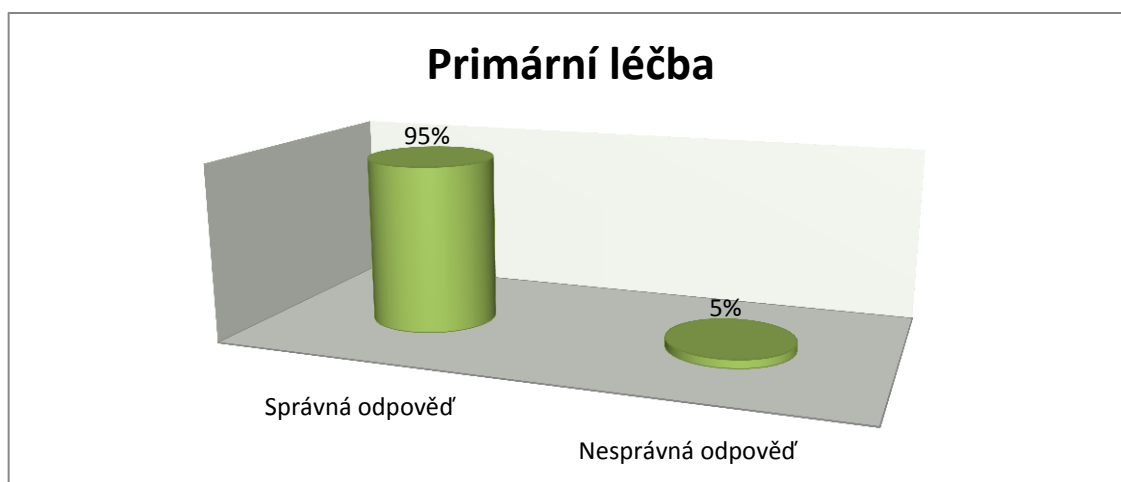
Graf 13 – Sezónnost výskytu vředu

Ve 13. otázce měli respondenti označit správnou odpověď na otázku „Je pro žaludeční vřed typická sezónnost?“ Správná odpověď byla „ano, objevuje se nejčastěji na jaře a na podzim“. Správně odpovědělo z celkového počtu 79 dotázaných respondentů celkem 52 sester, tedy 66 %. Větší úspěšnosti dosáhli sestry z chirurgického oddělení (85 %), sestry z interního oddělení odpovídaly s úspěšností 52 %.

Otázka č. 14 - Jak primárně léčíme žaludeční vřed?

Tabulka 14 – Primární léčba

Primární léčba	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Správná odpověď	43	93 %	32	97 %	75	95 %
Nesprávná odpověď	3	7 %	1	3 %	4	5 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



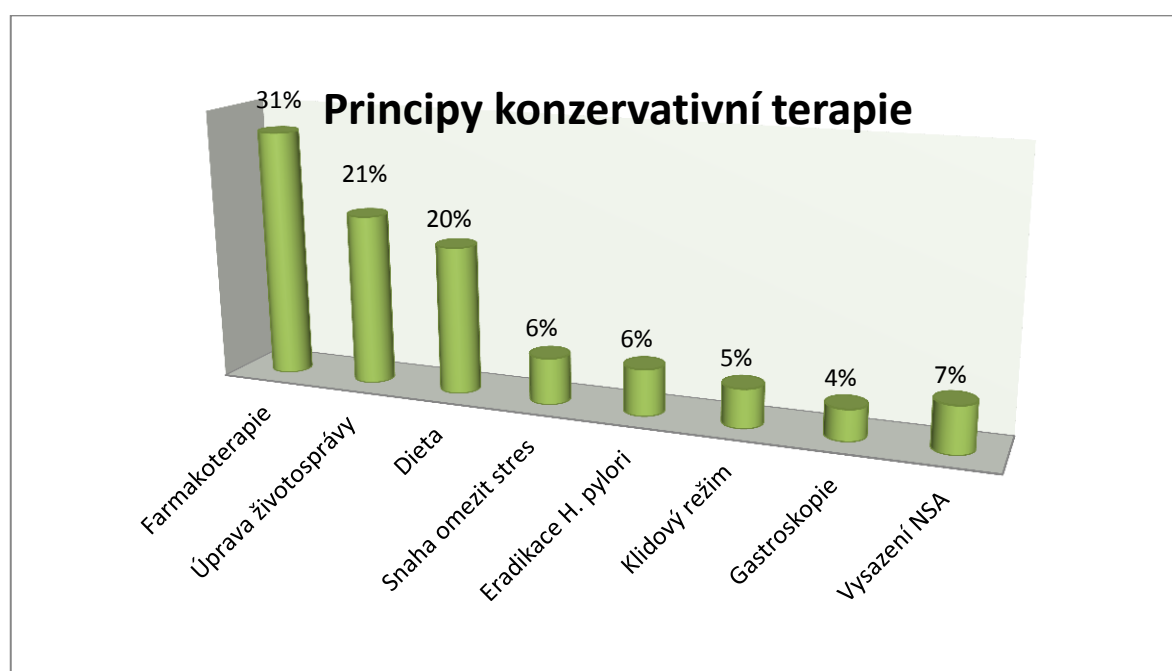
Graf 14 – Primární léčba

Jako primární léčbu peptického vředu by konzervativní léčbu (tj. správná odpověď) zvolilo 75 dotázaných ze 79, tedy 95 % sester. Jen 5 % by primárně volilo chirurgické řešení. Respondentky pracující na interním oddělení by z 93 % volily správný postup, na chirurgickém oddělení se správně rozhodlo 97 % respondentek. Tato otázka měla v dotazníku největší úspěšnost.

Otázka č. 15 – Principy konzervativní terapie

Tabulka 15 – Principy konzervativní terapie

Principy konzervativní terapie	A (n)	R (%)	R vzhledem k počtu respondentů (%)
Farmakoterapie	53	31 %	67 %
Úprava životosprávy	36	21 %	46 %
Dieta	33	20 %	41 %
Snaha omezit stres	10	6 %	13 %
Eradikace H. pylori	10	6 %	12 %
Klidový režim	8	5 %	10 %
Gastroskopie	6	4 %	8 %
Vysazení NSA	12	7 %	15 %
Celkem	168	100 %	212 %



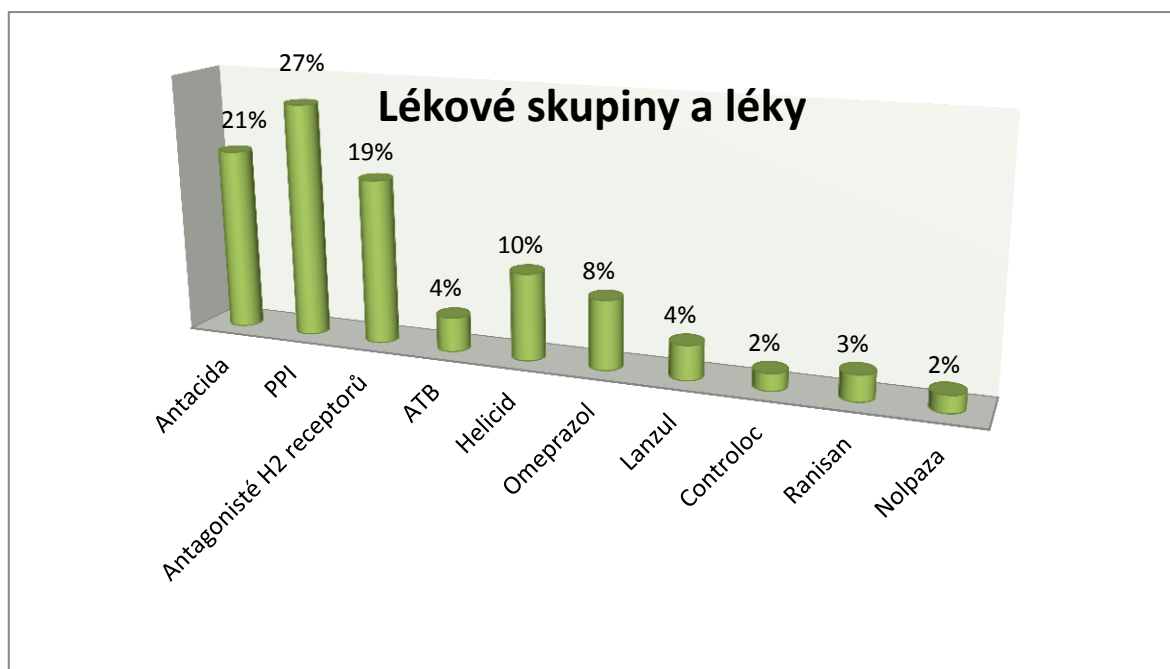
Graf 15 – Principy konzervativní terapie

V položce č. 15 byli respondenti požádáni, aby popsali principy konzervativní terapie. Celkem jsme získali 167 odpovědí. Nejčastější odpovědí byla medikamentózní léčba, do níž spadají i často zmiňované léky s antiulcerogenním účinkem. Takto odpovědělo 53 sester z celkového počtu 79 dotázaných, tedy 67 % respondentů. Dále 46% z dotázaných sester si myslí, že do konzervativní terapie spadá úprava životosprávy. Zde jsme zahrnuli i specifika jako omezit kouření a nepít alkohol. Dieta je důležitou součástí konzervativní terapie, s tím souhlasí 41 % respondentů. Že by se klienti s peptickým vředem měli snažit redukovat stres se domnívá 13 %, 12 % dotázaných si pak myslí, že je třeba udělat test na *H. pylori* a v případě jeho pozitivivity nasadit antibiotickou léčbu. Klidový režim a pracovní neschopnost by klientům doporučilo 10 % respondentů. Celkem 8 % dotázaných uvedlo, že do konzervativní terapie patří také gastrokopie. Nesteroidní antirevmatika mohou mít ulcerogenní účinky, a z toho důvodu si 15 % respondentů myslí, že by je klienti v rámci konzervativní terapie peptického vředu měli přestat užívat.

Otázka č 16. Lékové skupiny a léky

Tabulka 16 – Lékové skupiny a léky

Lékové skupiny a léky	A (n)	R (%)	R vzhledem k počtu respondentů (%)
Antacida	36	21 %	46 %
PPI	48	27 %	61 %
Antagonisté H ₂ receptorů	33	19 %	42 %
ATB	7	4 %	9 %
Helicid	18	10 %	24 %
Omeprazol	14	8 %	18 %
Lanzul	7	4 %	9 %
Controloc	4	2 %	5 %
Ranisan	5	3 %	6 %
Nolpaza	3	2 %	4 %
Celkem	175	100 %	224 %



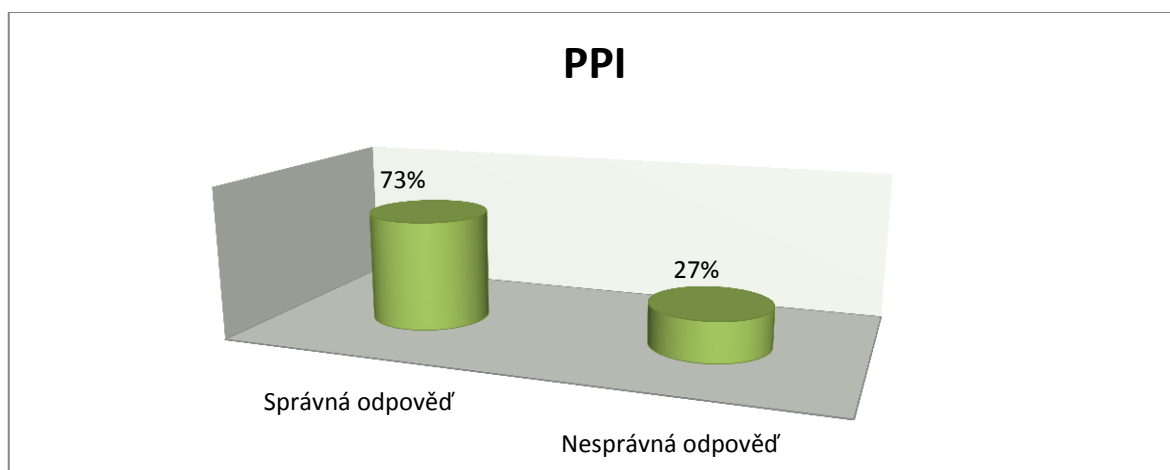
Graf 16 – Lékové skupiny a léky

Na tuto otevřenou otázku mohli respondenti volně odpovídat. Otázka zněla „Jaké lékové skupiny, popř. konkrétní léky, podáváme?“ odpovědělo 48 respondentů z celkového počtu 79, tedy 61 % - Inhibitory protonové pumpy (PPI). Dalších 36 respondentů (46 %) uvedlo jako další lékovou skupinu k léčbě peptického vředu antacida. Třetí nejpočetnější skupinou byly antagonisté H₂ receptorů, ty uvedlo 33 respondentů, tedy 42 %. Že se k léčbě také využívají antibiotika se domnívá 9 % z dotázaných. Z konkrétních léků byl nejvíce zmiňován Helicid, ten uvedlo 18 sester (24 %). 14 respondentů (18 %) do dotazníku napsalo Omeprazol. Na Lanzul si vzpomnělo 7 sester (9 %), zatímco Ranisan uvedlo 5 (6 %) z nich. 4 z dotázaných (5 %) si myslí, že lék k léčbě peptického vředu je Controloc a 3 sestry (4 %) uvedly lék Nolpaza. Celkem jsme získali 175 odpovědí a graf znázorňuje jejich procentuální zastoupení.

Otázka č. 17 – O jakou lékovou skupinu se jedná, podáváme-li PPI?

Tabulka 17 - PPI

PPI	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Správná odpověď	27	59 %	31	94 %	58	73 %
Nesprávná odpověď	19	41 %	2	6 %	21	27 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



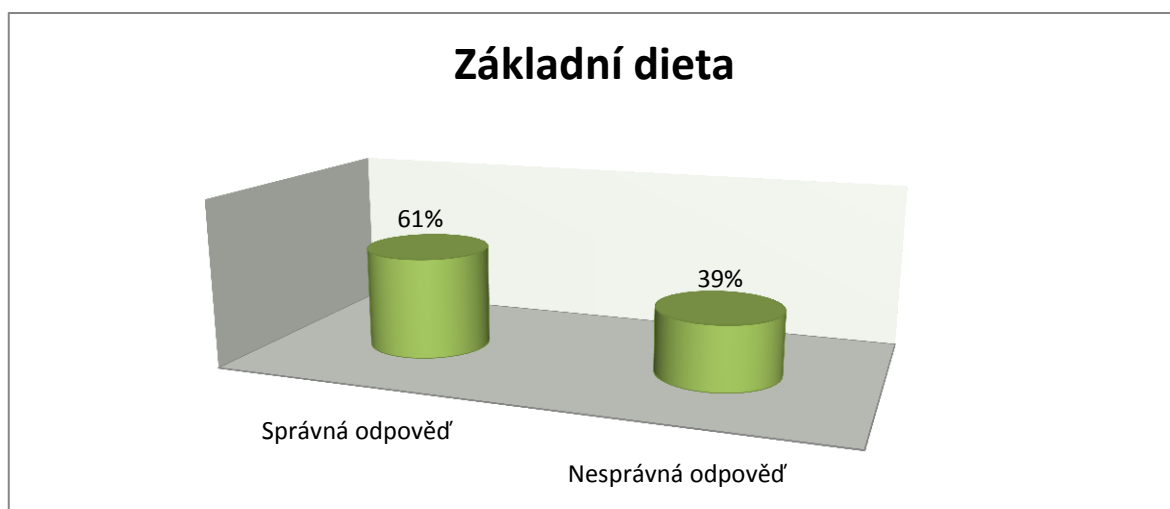
Graf 17 - PPI

Správná odpověď na tuto otázku zní „Inhibitory protonové pumpy“ (PPI z angl. proton pump inhibitors). Z celkového počtu 79 dotázaných sester na tuto otázku správně odpovědělo 58, tedy 73 % dotázaných. Z toho výrazně úspěšněji odpovídaly respondentky pracující na chirurgickém oddělení, tam z 33 sester správně odpovědělo 31, tedy 94 %. Z interního oddělení správně odpovědělo 27 respondentek ze 46, tedy 59 %.

Otázka č. 18 - Základní dieta

Tabulka 18 – Základní dieta

Základní dieta	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Správná odpověď	33	72 %	15	45 %	48	61 %
Nesprávná odpověď	13	28 %	18	55 %	31	39 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



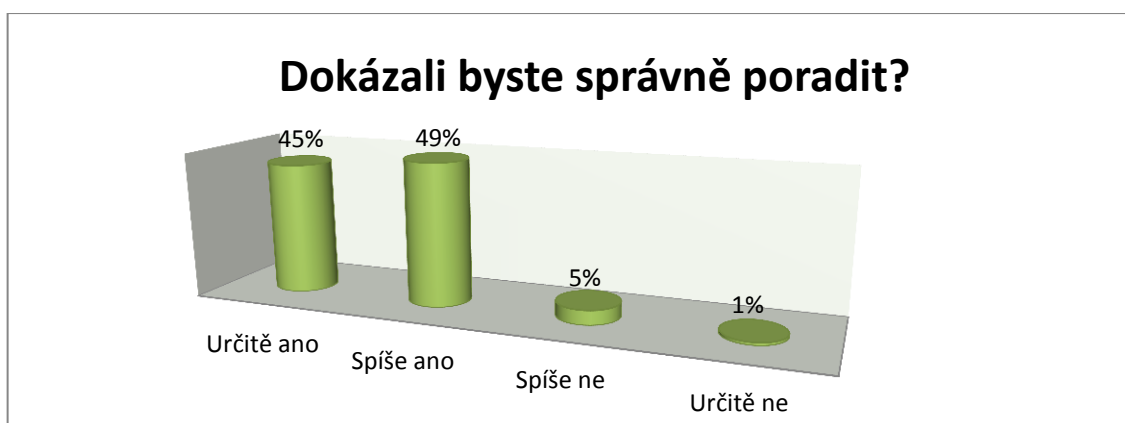
Graf 18 – Základní dieta

V této otázce jsme se zaměřili na znalosti sester v oblasti dietoterapie. Na otázku „Jaká je základní dieta pro klienta s peptickým vředem?“ Správnou odpověď („2 – šetřící“) označilo 48 z celkového počtu 79 dotazovaných sester, tedy 61 %. Úspěšněji zde odpovídaly respondentky pracující na interním oddělení a to s úspěšností 72 %. Sestry z chirurgického oddělení v této otázce dosáhly úspěšnosti 45 %.

Otázka č. 19 – Dokázali byste klientovi poradit, jak se správně stravovat?

Tabulka 19 – Dokázali byste správně poradit?

Dokázali byste správně poradit?	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Určitě ano	18	39 %	17	52 %	35	45 %
Spíše ano	23	50 %	16	48 %	39	49 %
Spíše ne	4	9 %	0	0 %	4	5 %
Určitě ne	1	2 %	0	0 %	1	1 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



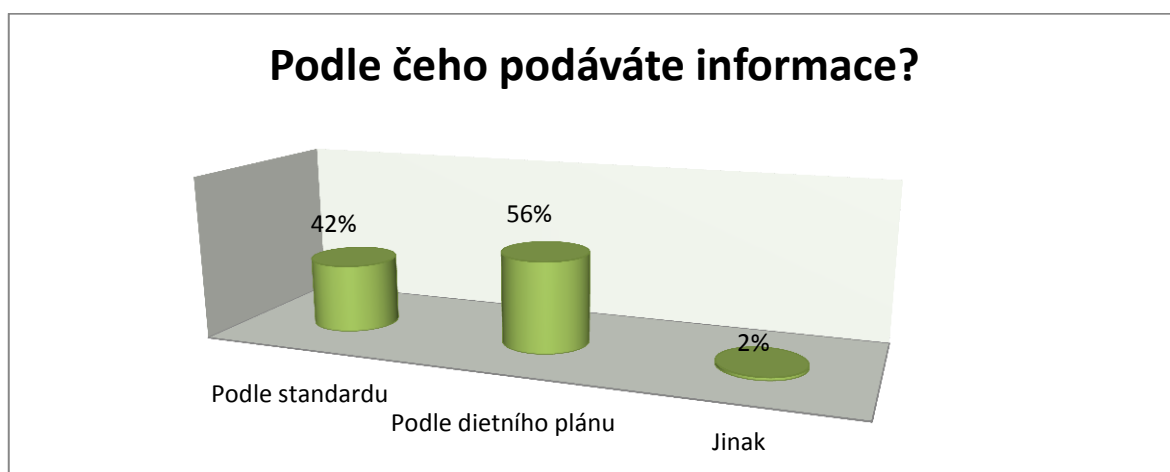
Graf 19 – Dokázali byste správně poradit?

Zde jsme zkoumali subjektivní pocity všeobecných sester. Jejich úkolem bylo zhodnotit sebe sama, jestli jsou natolik vzdělané, aby mohly klienta správně edukovat v oblasti výživy a aby mu dokázaly správně poradit. 35 dotázaných sester ze 79 si myslí, že určitě ano, to je celých 45 %. Dalších 39 sester (49 %) označilo odpověď „spíše ano“. 4 sestry (5 %) si myslí, že spíše ne a 1 sestra (1 %) se domnívá, že by určitě nedokázala klientovi správně poradit. Na interním oddělení se k odpovědi určitě ano přiklání 39 % dotázaných sester, zatímco na chirurgickém oddělení je to 52 %. K odpovědi spíše ano se z interního oddělení hlásí 50 % sester, z chirurgického oddělení pak 48 %. Odpověď „spíše ne“ označilo 9 % sester z interního oddělení, z oddělení chirurgie žádná. Odpověď „určitě ne“ označila jen jedna sestra z interního oddělení.

Otázka č. 20 – Podle čeho informace podáváte?

Tabulka 20 – Podle čeho informace podáváte?

Podle čeho informace podáváte?	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Podle standardu	21	46 %	12	36 %	33	42 %
Podle dietního plánu nutričního terapeuta	24	52 %	20	61 %	44	56 %
Jinak - uveďte prosím jak (literatura, vlastní zkušenost)	1	2 %	1	3 %	2	2 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



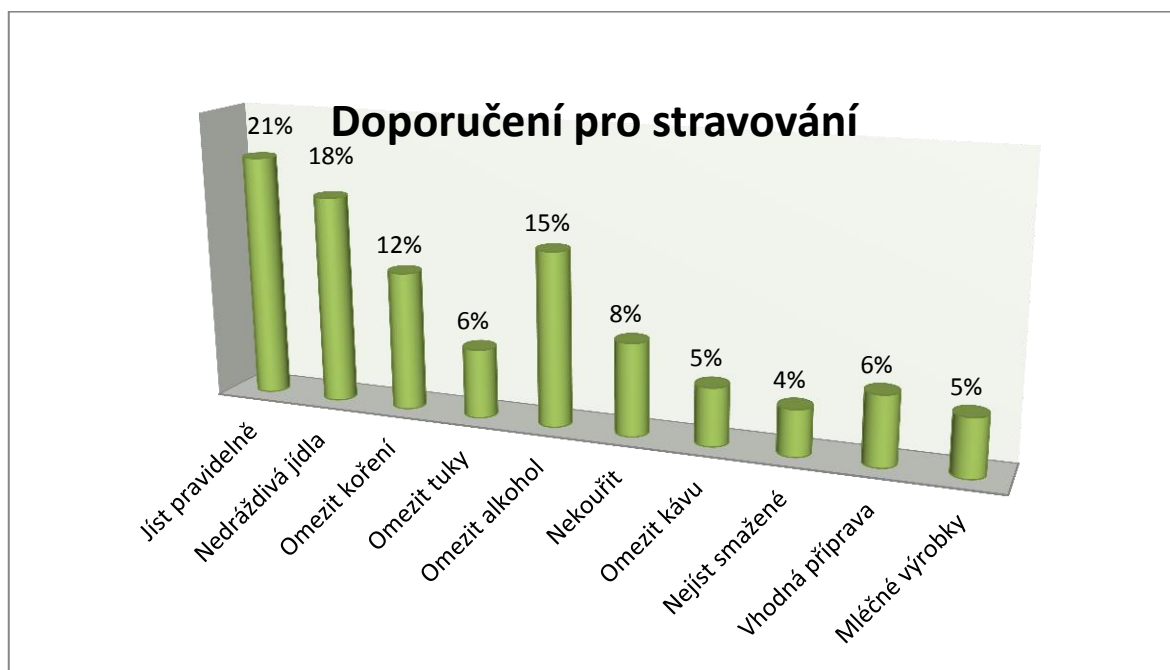
Graf 20 – Podle čeho podáváte informace?

Otázka zněla „Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, podle čeho informace podáváte?“ Nejvíce z dotázaných sester podává klientům informace o stravování podle dietního plánu vypracovaného nutričním terapeutem a to 44 sester ze 79 (56 %). 33 sester (42%) podává informace podle standardu. 2 % označilo v dotazníku odpověď jinak, z nichž jedna připsala „podle literatury“ a druhá sestra připsala odpověď „dle vlastních zkušeností“. Na chirurgickém i na interním oddělení mírně převládá odpověď „podle dietního plánu vypracovaného nutričním terapeutem“, procentuálně tak odpovědělo 52 % interních sester a 61 % sester chirurgických.

Otázka č. 21 – Doporučení pro stravování

Tabulka 21 – Doporučení pro stravování

Doporučení pro stravování	A (n)	R (%)	R vzhledem k počtu respondentů (%)
Jíst pravidelně, menší porce	43	21 %	54 %
Lehká, nedráždivá jídla	36	18 %	46 %
Omezit ostrá koření	25	12 %	32 %
Omezit konzumaci tuků	13	6 %	16 %
Omezit alkohol	27	15 %	34 %
Nekouřit	15	8 %	19 %
Omezit kávu	10	5 %	13 %
Nejíst smažená jídla	9	4 %	11 %
Vhodná příprava jídel	12	6 %	15 %
Jíst mléčné výrobky	11	5 %	14 %
Celkem	201	100 %	254 %



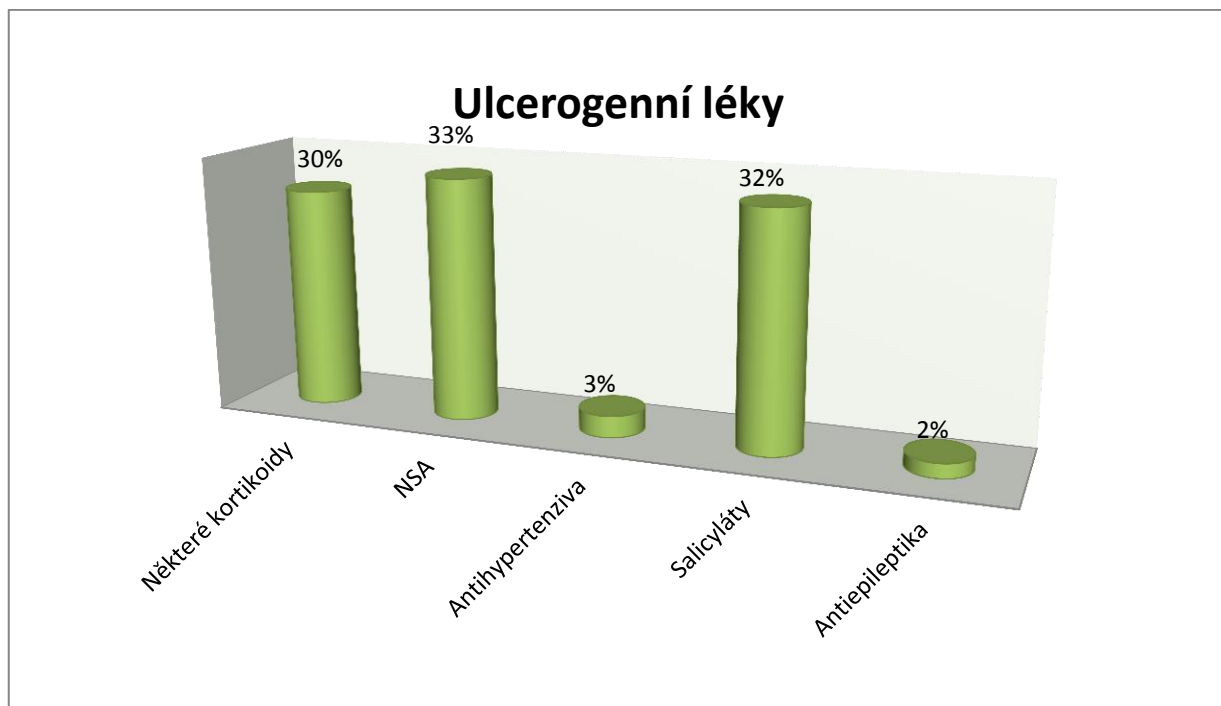
Graf 21 – Doporučení pro stravování

Otázka č. 21 byla otevřená a respondenti mohli volně odpovídat. Otázka zněla „Jaká doporučení pro stravování byste klientovi poradili?“ Celkem 43 respondentů ze 79 (54 %) odpovědělo, že by klienti měli jíst pravidelně, často a menší porce. Dalších 36 dotázaných (46 %) se shodlo na tom, že je nutné jíst lehká, nedráždivá jídla a dodržovat šetřící dietu. Důležitou součástí této diety je nekonzumovat příliš kořeněná jídla a to si také myslí 25 respondentů (32 %). S tím, že je nutné omezit konzumaci tuků, souhlasí 13 dotázaných (16 %). Další doporučení se týká omezení konzumace alkoholu, to uvedlo 27 sester (34 %). Kouření by zakázalo 15 sester (19 %). Káva, zejména na lačný žaludek, může mít ulcerogenní účinky, proto by ji doporučilo omezit 10 respondentů (13 %). Na vyloučení smažených jídel si vzpomnělo 9 sester (11 %). Dále 12 sester (15 %) by klientům s peptickým vředem doporučilo potraviny spíše vařit a dusit a konzumovat dostatek ovoce a zeleniny. Konečně 11 sester (14 %) se domnívá, že je vhodné jíst mléčné výrobky. Celkem jsme získali 201 odpovědí a graf znázorňuje jejich procentuální četnost.

Otázka č. 22 – Ulcerogenní léky

Tabulka 22 – Ulcerogenní léky

Ulcerogenní léky	Interní oddělení			Chirurgické oddělení			Celkem		
	A (n)	R (%)	R2 (%)	A (n)	R (%)	R2 (%)	A (n)	R (%)	R2 (%)
Některé kortikoidy	33	31 %	72 %	25	27 %	76 %	58	30 %	73 %
NSA	35	32 %	76 %	31	34 %	94 %	66	33 %	84 %
Antihypertenziva	5	5 %	11 %	1	1 %	3 %	6	3 %	8 %
Salicyláty	31	29 %	67 %	33	37 %	100 %	64	32 %	81 %
Antiepileptika	3	3 %	7 %	1	1 %	3 %	4	2 %	5 %
Celkem	107	100 %	233 %	91	100 %	276 %	198	100 %	251 %



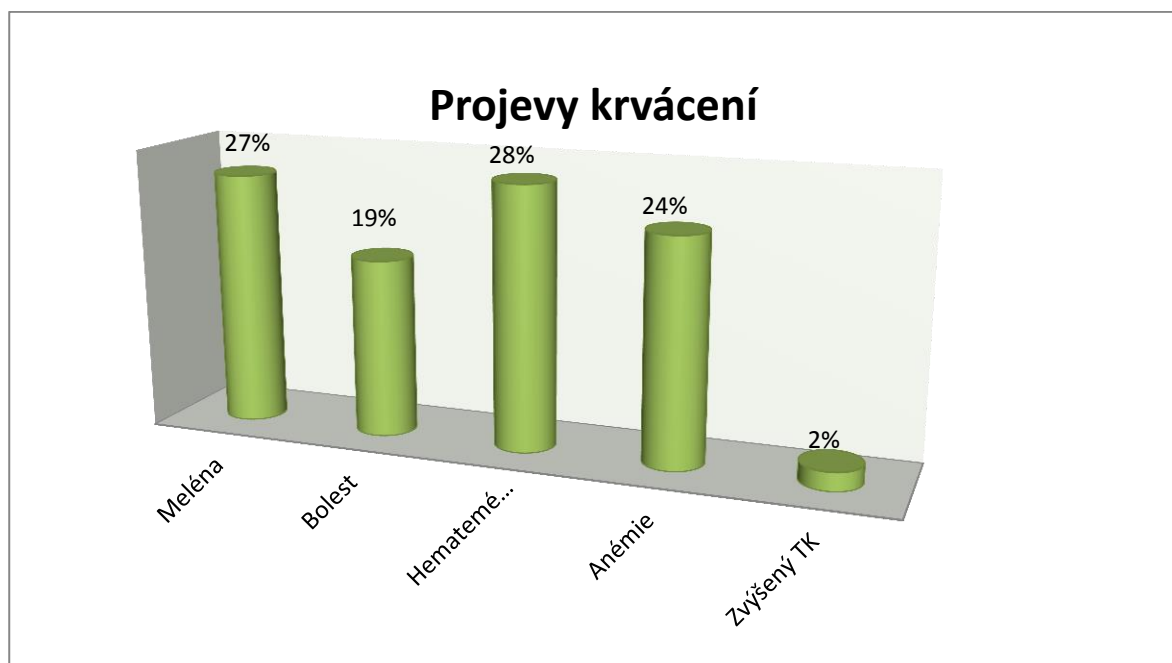
Graf 22 – Ulcerogenní léky

Otázka „Které lékové skupiny mohou být ulcerogenní?“ měla možnost výběru více správných odpovědí. První položku „některé kortikoidy“ jsem dala do dotazníku záměrně, protože se dlouhá léta věřilo, že kortikoidy mají ulcerogenní účinky. Podle nejnovějších studií však nebylo prokázáno, že by samotné kortikoidy zvyšovaly riziko vzniku peptického vředu. Výjimku tvoří pouze užívání kortikoidů v kombinaci s NSA, kde jsou ulcerogenní účinky ověřeny. Přesto však většina sester označila tyto léky za ulcerogenní, v naší studii tedy 58 sester ze 79, tedy 73 %. Zcela správně označilo NSA jako léky s ulcerogenními účinky 66 respondentů (84 %). Celkem 6 z dotázaných (8 %) se domnívá, že zde patří rovněž antihypertenziva, jejich vliv na vznik peptického vředu však nebyl prokázán. Salicyláty do této skupiny rozhodně patří a s tím souhlasí 64 z dotazovaných, tedy 81 %. Antiepileptika označili 4 respondenti (5 %), avšak ulcerogenní účinky antiepileptik nebyly prokázány. Ve všech položkách dosáhly sestry z chirurgického oddělení vyšší úspěšnosti než sestry z interního oddělení.

Otázka č. 23 – Projevy krvácení z peptického vředu

Tabulka 23 – Projevy krvácení

Projevy krvácení	Interní oddělení			Chirurgické oddělení			Celkem		
	A (n)	R (%)	R2 (%)	A (n)	R (%)	R2 (%)	A (n)	R (%)	R2 (%)
Meléna	37	26 %	80 %	29	27 %	88 %	66	27 %	84 %
Prudký nárůst bolesti	29	21 %	63 %	19	17 %	58 %	48	19 %	61 %
Hemateméza	39	28 %	85 %	31	29 %	94 %	70	28 %	89 %
Anémie	33	23 %	72 %	27	25 %	81 %	60	24 %	76 %
Zvýšený TK	3	2 %	7 %	2	2 %	6 %	5	2 %	6 %
Celkem	141	100 %	307 %	108	100 %	327 %	249	100 %	316 %



Graf 23 – Projevy krvácení

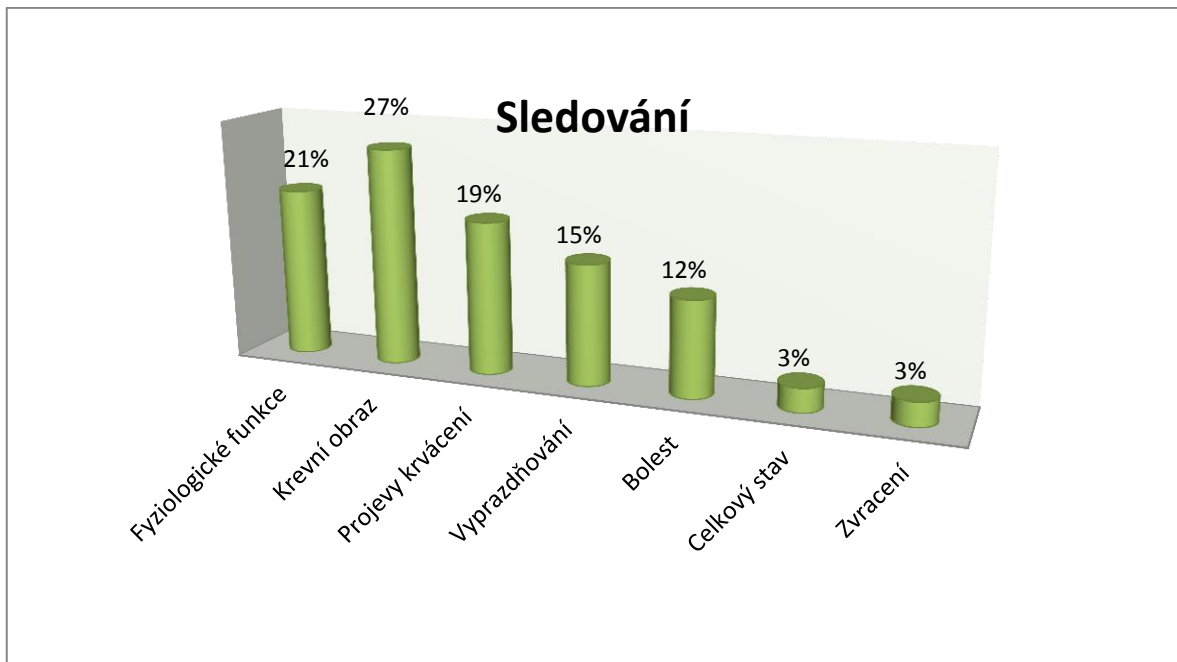
Tato otázka se ptala na projevy krvácení z peptického vředu a bylo zde možné označit více správných odpovědí. Celkem 66 respondentů z celkového počtu 79, tedy 84 % potvrdilo,

že projevem krvácení z peptického vředu je černá stolice obsahující natrávenou krev, tedy meléna. Mylná odpověď je však prudký nárůst bolesti, neboť dojde-li ke krvácení, klienti zpravidla udávají ústup bolesti. Nesprávně tedy odpovědělo 48 dotázaných sester (61 %). Hemateméza, tedy zvracení krve, mezi projevy krvácení z peptického vředu určitě patří a s tím souhlasí 70 respondentů, tedy 89 %. Krvácení se projevuje taktéž anémií, tu správně označilo 60 (76 %) všeobecných sester. Ke zvýšení krevního tlaku obvykle nedochází, nesprávně tedy odpovědělo pouze 5 sester, to je 6 %. Zhodnotíme-li úspěšnost v odpovědích sester z interního a sester z chirurgického oddělení, sestry z chirurgie odpovídaly prokazatelně lépe. Celkem jsme získali 249 odpovědí a graf mapuje jejich procentuální četnost.

Otázka č. 24 – Co u klienta nejvíce sledujeme?

Tabulka 24 – Sledování

Sledování	A (n)	R (%)	R vzhledem k počtu respondentů (%)
Fyziologické funkce	34	21 %	43 %
Krevní obraz	44	27 %	56 %
Projevy krvácení	31	19 %	39 %
Vyprazdňování	24	15 %	30 %
Bolest	19	12 %	24 %
Celkový stav	6	3 %	8 %
Zvracení	6	3 %	8 %
Celkem	164	100 %	208 %



Graf 24 – Sledování

Zde jsme se zeptali všeobecných sester, co u klienta s peptickým vředem nejvíce sledujeme. Na prvním místě sestry uvedly pravidelné kontroly krevního obrazu a to v počtu 44 sester ze 79 (56 %). Na druhém místě je podle dotázaných sester třeba sledovat fyziologické funkce, tedy především krevní tlak a puls. To si myslí 34 dotázaných (43 %). Důležité je monitorovat možné projevy krvácení a s tím souhlasí 31 respondentů (39 %). Dalších 24 z nich (30 %) do dotazníku napsalo, že je třeba sledovat frekvenci vyprazdňování a charakter stolice. Celkem 19 sester (24 %) by monitorovalo bolest. Že je nutné sledovat celkový stav klienta se domnívá 6 sester (8 %), zatímco stejný počet sester by sledovalo zvracení a charakter zvratků. Celkem jsme získali 164 odpovědí a graf znázorňuje jejich procentuální zastoupení.

Otázka č. 25 – Kde jste získali vědomosti o daném tématu?

Tabulka 25 – Kde jste získali vědomosti?

Kde jste získali vědomosti?	A (n)	R (%)	R vzhledem k počtu respondentů (%)
Ve škole	66	38 %	84 %
Během praxe	62	36 %	78 %
Na seminářích, přednáškách	26	15 %	33 %
Při samostudiu	19	11 %	24 %
Celkem	173	100 %	219 %



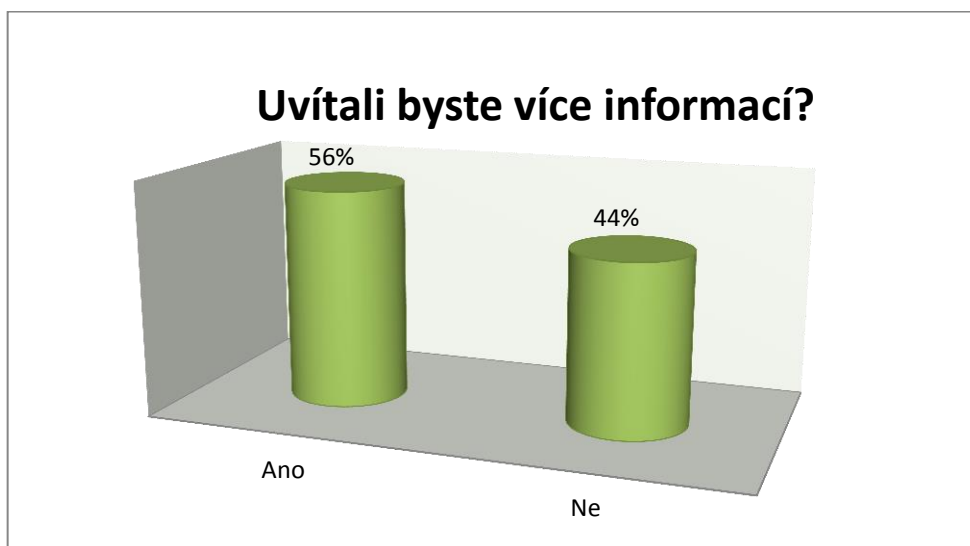
Graf 25 – Kde jste získali vědomosti?

V otázce č. 25 mohli respondenti volit více možností. Celkem 66 sester ze 79 dotázaných (84 %) získalo nejvíce informací o peptickém vředu během studia. Dalších 62 dotázaných (78 %) označilo, že své vědomosti získávají také během praxe. Na seminářích a přednáškách se vzdělávalo 26 sester (33 %), zatímco 19 sester (24 %) preferovalo samostudium. Žádná z dotázaných sester neodpověděla na tuto otázku jinak. Celkem bylo 173 odpovědí a graf mapuje jejich procentuální četnost.

Otázka č. 26 – Uvítali byste více informací o tématu?

Tabulka 26 – Uvítali byste více informací?

Uvítali byste více informací?	Interní oddělení		Chirurgické oddělení		Celkem	
	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)	A (n)	R (%)
Ano	30	65 %	14	42 %	44	56 %
Ne	16	35 %	19	58 %	35	44 %
Celkem	46	100 %	33	100 %	79	100 %



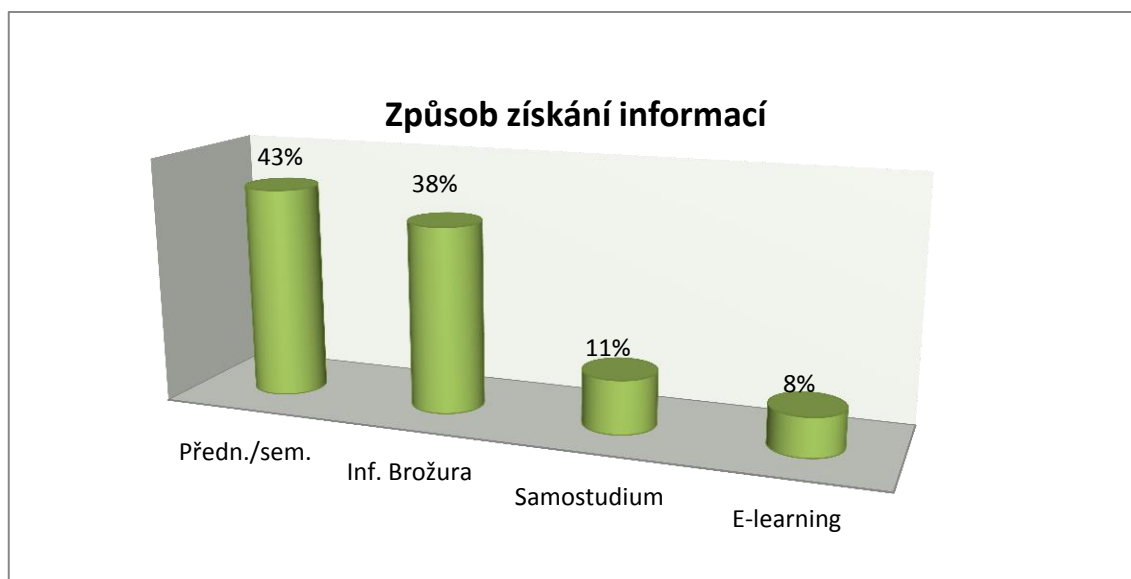
Graf 26 – Uvítali byste více informací?

Na otázku, jestli by respondenti uvítali více informací o tématu, odpovědělo 44 sester z celkového počtu 79, tedy 56 %, že ano. Z toho bylo 30 sester ze 46 z interního oddělení (65 %) a z chirurgie by více informací uvítalo 14 sester z 19, tedy jen 42 %. Podle naší studie je tedy větší zájem o další vzdělávání v této tématice na interním oddělení.

Otázka č. 27 – Jakým způsobem byste dané informace rádi získali?

Tabulka 27 – Způsob získání informací

Způsob získání informací	A (n)	R (%)	R vzhledem k počtu respondentů (%)
Přednáška/seminář	26	43 %	59 %
Informační brožura	23	38 %	52 %
Samostudium	7	11 %	16 %
E-learning	5	8 %	11 %
Celkem	61	100 %	138 %



Graf 27 – Způsob získání informací

Respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli ano, si v této otázce měli vybrat způsob, jakým by informace rádi získali. Označili zde více odpovědí. Z celkového počtu 41 respondentů by 26 (59 %) nejraději navštívilo přednášku nebo seminář zabývající se danou tematikou. 23 sester (52 %) by také uvítalo informační brožuru. 7 sester (16 %) se raději bude věnovat samostudiu a e-learning by zaujal 5 sester, tedy 11 % z dotazovaných. Získali jsme 61 odpovědí a graf mapuje procentuální četnost těchto odpovědí.

4 DISKUZE

Diskuze je zaměřena na posouzení a zhodnocení daných cílů. Výsledky průzkumu bohužel nebylo možné porovnat s prací s podobným tématem, protože jsem v dostupných zdrojích srovnatelnou práci nenalezla.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat vědomosti sester v péči o klienta s peptickým vředem. V očekávaném výsledku č. 1 jsme předpokládali, že více než 50 % dotazovaných sester bude znát správnou definici peptického vředu. Touto otázkou se v dotazníku zabývala položka č. 6. Očekávaný cíl se zde nepotvrdil, neboť podle výsledků dotazníkového šetření zná správnou definici jen 48 % sester. Z oddělení chirurgického znalo správnou definici 55 % sester, z oddělení interního pak 43 % sester.

V očekávaném výsledku č. 2 jsme odhadovali, že alespoň 60 % dotazovaných sester bude znát správnou dietu pro klienty s peptickým vředem. Tímto se v dotazníku zabývala otázka č. 18. Zde se očekávaný výsledek potvrdil, správnou odpověď znalo celkem 61 % dotázaných sester. Lépe informované se zdají být sestry z interního oddělení, ty odpovídaly s úspěšností 72 %, na chirurgickém oddělení pak s úspěšností 45 %.

V očekávaném výsledku č. 3 jsme předpokládali, že nejméně 40 % sester bude vědět, v kterých místech se peptický vřed může vyskytovat. Touto otázkou se zabývala položka č. 7. Výsledek studie byl velmi překvapivý. Zjistili jsme, že jenom 22 % sester dokázalo správně odpovědět na tuto otázku. Pro srovnání – z interního oddělení sestry dosáhly úspěšnosti 9 %, z chirurgického oddělení pak odpovídaly s úspěšností 39 %. Očekávaný výsledek nebyl potvrzen.

V očekávaném výsledku č. 4 jsme odhadovali, že alespoň 70 % sester bude vědět, že přítomnost bakterie HP není nutná ke vzniku peptického vředu. Tím se zabývala položka č. 9. Zde se očekávaný výsledek potvrdil. Až 80 % sester znalo správnou odpověď na tuto otázku. Úspěšnost sester na oddělení chirurgickém a na oddělení interním byla srovnatelná s nepatrným rozdílem jednoho procenta. Na interním oddělení tedy sestry dosáhly úspěšnosti 80 %, na oddělení chirurgickém pak 79 %.

Dalším cílem bakalářské práce bylo porovnat vědomosti sester z interního a chirurgického oddělení. Tím se zabývaly položky č. 6-9, 13, 14, 17, 18, 22, 23. V sedmi z těchto deseti vědomostních otázek (konkrétně otázky č. 6, 7, 13, 14, 17, 22, 23) odpověděli lépe respondenti pracující na chirurgickém oddělení. Chirurgické sestry tedy dosáhly úspěšnosti 70 %.

Ve třech otázkách z deseti (konkrétně otázky č. 8, 9, 18) naopak dosáhly větší úspěšnosti sestry pracující na interním oddělení, tedy dosáhly úspěšnosti 30 %. Očekávaný výsledek č. 5, kde jsme předpokládali, že sestry z chirurgických oddělení budou mít větší znalosti v péči o klienta s peptickým vředem než sestry z interních oddělení, se tedy naplnil.

Jedním z dalších cílů této bakalářské práce bylo zjistit zájem sester o další vzdělávání v péči o klienta s peptickým vředem. Touto otázkou se zabývala položka č. 26. Celkem 56 % sester by uvítalo více informací o tomto tématu. Větší zájem o další vzdělávání jsme zaznamenali u sester pracujících na interním oddělení. Tam mělo zájem o více informací 65 % sester z dotázaných. Na chirurgickém oddělení mělo o další vzdělávání zájem 42 % sester. Očekávaný výsledek č. 6, tedy že předpokládáme, že alespoň 50 % dotazovaných sester bude mít zájem o více informací k tématu, se potvrdil.

Jako další cíl práce jsme stanovili zmapovat četnost hospitalizovaných klientů s peptickým vředem na interních a chirurgických odděleních. V očekávaném výsledku č. 7 jsme předpokládali, že na chirurgických odděleních se sestry setkávají s klienty s peptickým vředem častěji než na odděleních interních. Tímto se zabývala položka č. 5. Ze získaných dat můžeme říci, že 52 % sester z chirurgie se setkává s klienty s peptickým vředem několikrát měsíčně. Na interním oddělení se několikrát měsíčně s takovými klienty setká 37 % sester. Několikrát ročně se setká s klienty 45 % chirurgických sester a 41 % sester interních, což je srovnatelné číslo. Dále 13 % sester z interního oddělení uvedlo, že se setká s těmito klienty několikrát týdně, na chirurgii pak respondentky uvedly jen ve 3 %, že se setkávají s takovými klienty několikrát týdně. Z toho je možno usuzovat, že s klienty s peptickým vředem se můžeme setkat s téměř stejnou pravděpodobností jak na oddělení chirurgickém, tak na oddělení interním. Očekávaný výsledek č. 7 se tedy nepotvrdil.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z analýzy dat zjištěných v praktické části této bakalářské práce považuji za důležité uvést návrh řešení zjištěných nedostatků. Na prvním místě bych sestřám doporučila maximální účast na seminářích a přednáškách pořádaných zdravotnickými zařízeními a rovněž bych doporučila adekvátně k tomu sestry motivovat. Podle mého průzkumu mělo zájem o další vzdělávání v této problematice 56 % sester. Proto jedno z doporučení může být informování vrchních sester daných oddělení, že jejich zaměstnanci mají o toto vzdělávání zájem. Přínosem také může být účast sestry při rozhovorech klientů s nutričními terapeutky, kde mohou získat nové vědomosti v oblasti dietního režimu a budou tak moci klientovi správně poradit, nebude-li nutriční terapeut zrovna k dispozici. Sestry se také mohou vzdělávat z velkého množství článků na internetu, v odborné literatuře, časopisech a případně z brožur určených pro klienty s peptickým vředem. Zde by si ovšem měly dávat pozor na to, aby informace pocházely z odborných a ověřených zdrojů. V rámci vzdělávání sester a jejich informovanosti o nových poznatcích v léčbě či prevenci by mohl management nemocnic zajistit předplatné odborných časopisů pro oddělení interní, chirurgická nebo jiná. Vhodnou metodou k získání informací by také mohl být e-learningový kurz. V mém průzkumu o něj sestry nejevily příliš velký zájem, jen 11 % dotázaných sester by se chtělo dále vzdělávat pomocí e-learningových kurzů. To můžeme, dle mého názoru, přisuzovat nedostatečné informovanosti a nedostatečným zkušenostem s těmito kurzy. Doporučuji tedy sestry k těmto kurzům, ale také k vyšší návštěvnosti seminářů, lépe motivovat. Bylo by velmi příjemné, kdyby došlo ke spolupráci UZV a odborné organizace a vytvořil se e-learning, během kterého by studenti získávali informace, současně by docházelo k prověřování znalostí sester a následně by jim byly uděleny kredity do celoživotního vzdělávání, což by jistě zvýšilo motivaci sester. Dnes sestry navštěvují semináře ve svém volném čase a musí si je samy financovat. Situaci by mohlo zlepšit zavedení bezplatných seminářů a kurzů. Sestry by měly mít možnost je navštěvovat ve své pracovní době nebo za jejich absolvování dostat finanční ohodnocení.

Jako jeden z výstupů práce bude vydání odborného článku v časopise Florence, kde se chci zaměřit na rozšíření znalostí sester v daném tématu. Článek by měl pravděpodobně vyjít v říjnu nebo listopadu 2016.

6 ZÁVĚR

Základem kvalitní ošetrovatelské péče o klienta jsou znalosti a to jak teoretické, tak i praktické. Proto jsem se ve své práci zaměřila na znalosti všeobecných sester v péči o klienta s peptickým vředem. S klienty s gastrointestinálním onemocněním se setkáváme téměř denně, proto by se tohle téma rozhodně nemělo opomíjet. Naopak důležité je neustále prohlubovat vědomosti sester, aby pak péče o klienta byla co nejkvalitnější. Zjistila jsem, že sestry mají ve svých znalostech o tomto onemocnění stále jisté rezervy.

V teoretické části této bakalářské práce jsem se zabývala vysvětlením pojmu „peptický vřed“, anatomii a fyziologií žaludku a duodena, klasifikací, etiologií a patogenezi, popsala jsem rizikové faktory, příznaky, diagnostiku, možnosti léčby, komplikace, prognózu onemocnění a specifika ošetrovatelské péče. V praktické části jsem si stanovila určité cíle a očekávané výsledky a sestavila jsem dotazník, na jehož výsledcích jsem vypracovala praktickou část práce. Výsledky jsem prezentovala do tabulek, grafů a popisků. Prvním cílem bylo zmapovat vědomosti sester na dané téma a ten se mi podařilo splnit. Dalším cílem bylo rozšířit znalosti sester a veřejnosti o prevenci vzniku peptického vředu a toho bych ráda docílila vydáním článku v časopise Florence. S tím souvisí také můj další cíl. Rozšířením vědomostí sester bych ráda alespoň částečně přispěla ke zkvalitnění péče o klienta. Dále jsem chtěla porovnat znalosti sester z interního a chirurgického oddělení a tento cíl byl také splněn. Zároveň se mi podařilo zmapovat zájem sester o další vzdělávání. Překvapilo mě také, že celých 18 % z dotazovaných všeobecných sester má dokončený vzdělávací kurz ARIP, což značí jistý zájem sester o sebevzdělávání. Dalším mým cílem bylo také zjistit, na kterém oddělení jsou klienti s peptickým vředem hospitalizováni častěji a z našeho průzkumu vyplynulo, že na interním a chirurgickém oddělení je to velmi srovnatelné. Na základě zjištěných skutečností jsem se pokusila navrhnout několik doporučení pro praxi.

Díky své práci jsem si prohloubila své znalosti o gastrointestinálním traktu a o tomto onemocnění a v tom vidím velký přínos pro svou budoucí praxi. Zároveň se mi podařilo poukázat na určité nedostatky ve znalostech všeobecných sester. Z průzkumu také vyplývá, že jen asi polovina sester má zájem o sebevzdělávání v daném tématu. Tyto výsledky však nemohou být uplatněny na širokou odbornou veřejnost. Pro objektivní posouzení skutečnosti by bylo potřeba mnohem rozsáhlejšího průzkumu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BUŘIČOVÁ, Linda, 2008. *Ošetrovatelská péče o nemocného s dg. Vředová choroba gastro-duodena* [online]. Kolín [cit. 2016-2-8]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. Lékařská fakulta, Ústav pro lékařskou etiku a ošetrovatelství. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/57225/>
- ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I.* 1. vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
- DŘEVIKOVSKÁ, Jitka, 2007. *Život s vředovou chorobou gastroduodena* [online]. Brno [cit. 2016-1-17]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/142435/lf_b/Bakal.prace.pdf
- FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, 2015. *Chirurgie v kostce.* 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
- HESOUNOVÁ, Ilona, 2011. *Dodržování režimových opatření u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena* [online]. České Budějovice [cit. 2016-2-2]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: http://theses.cz/id/57mks5/bakalarska_prace_Hesounova.pdf
- HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii.* 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6.
- KASPER, Heinrich, 2015. *Výživa v medicíně a dietetika.* 1. vyd. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
- KAWASAKI, Keisuke, KURAHARA, Koichi, YANAI, Shunichi, KOCHI, Shuji, FUCHIGAMI, Tadahiko and Takayuiki MATSUMOTO, 2014. Medline: *Low-Dose Aspirin and Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs Increase the Risk of Bleeding in Patients with Gastroduodenal Ulcer* [online] © Springer Science+Bisomess Media New York. [cit. 2016-2-6]. Dostupné z: DOI: 10.1007/s10620-014-3415-9
- KEIL, Radan, 2012. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie.* 1. vyd. Praha: Karolinum. 86 s. ISBN 978-80-246-1970-5.
- KITTNAR, Otomar, 2011. *Lékařská fyziologie.* 1. vyd. Praha: Grada. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.

- KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2008. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku: dieta šetřící a rady lékaře*. 1. vyd. Praha: Forsapi. 80 s. ISBN 978-80-903820-7-7.
- KOHOUT, Pavel, 2005. *Vředová choroba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. 77 s. ISBN 80-734-5077-1.
- KŘIVÁNKOVÁ, Markéta a Milena HRADOVÁ, 2009. *Somatologie: učebnice pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-2988-6.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
- LUKÁŠ, Karel, 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
- MAREČKOVÁ, Olga a Olga MENGEROVÁ, 2014. *Nemoci žaludku a dvanáctníku: dieta šetřící a rady lékaře*. 1. vyd. Čestlice: Medica Publishing. 132 s. ISBN 978-80-85936-69-8.
- MAREK, Josef, 2010 *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 808 s. ISBN 978-80-247-2639-7.
- MAŘATKA, Zdeněk, 2003. *Differential diagnosis in gastrointestinal endoscopy*. 1. ed. Prague: Karolinum Press. 107 p. ISBN 80-246-0594-5
- MOUREK, Jindřich, 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
- NAVRÁTIL, Leoš, 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- PECHOVÁ, Lenka, 2007. *Dietní opatření a léčba vředové choroby* [online]. Brno [cit. 2016-2-3]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/142356/lf_b/Bakalarska_prace.pdf
- POSPÍŠILOVÁ, Michaela, 2013. *Diagnostika a terapie infekce Helicobacter pylori* [online]. České Budějovice [cit. 2016-1-18]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: http://theses.cz/id/kdiy1u/BP_Michaela_Pospilov.pdf
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.

- ŠVÍGLEROVÁ, Jitka a Jana SLAVÍKOVÁ, 2008. *Fyziologie gastrointestinálního traktu: průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 110 s. ISBN 978-80-246-1526-4.
- TYLAJKOVÁ, Lenka, 2013. *Kvalita života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou* [online]. Zlín [cit. 2016-1-14]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20773/tylajkov%C3%A1_2013_bp.pdf?sequence=1
- VILÍMOVSKÝ, Michal, 2012. Medlicker: *Dvanáctník: struktura a funkce* [online]. Poslední změna: 28. 11. 2012 [cit. 2016-1-19]. Dostupné z: <http://cs.medlicker.com/18-dvanactnik-struktura-a-funkce>
- ZBOŘIL, Vladimír, 2005. *Mikroflóra trávicího traktu: klinické souvislosti*. 1. vyd. Praha: Grada. 153 s. ISBN 80-247-0584-2.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

A	Absolutní četnost
aa	artérie, tepny (mn.č.)
angl.	anglicky
ARIP	Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
cit.	citováno
cm	centimetr
č.	číslo
CRP	C-reaktivní protein
CT	Computed Tomography (výpočetní tomografie)
DOI	Digital Object Identifier (identifikátor digitálního objektu)
g	gram
G-buňky	endokrinní buňky produkující gastrin
GIT	gastrointestinální trakt
H	vodík
HCl	kyselina chlorovodíková
HCO ₃	hydrogenuhličitan
HP	Helicobacter pylori
i.v.	intravenózní, nitrožilní
ISBN	International Standard Book Number (mezinárodní standardní číslo knihy)
K	draslík
kcal	kilokalorie
kJ	kilojouble
L1, L2, L3	první, druhý a třetí bederní obratel
lat.	latinsky

l	litr
mg	miligram
ml	mililitr
mm	milimetr
n.	nervus (nerv)
např.	například
nn.	nervy
p.o.	per os
pH	lat. pondus hydrogenia (potenciál vodíku)
PPI	angl. Proton Pump Inhibitors (inhibitory protonové pumpy)
R	relativní četnost
R3	relativní četnost vzhledem k počtu respondentů
r.	roku
RTG	rentgenografie
řec.	řecky
tj.	to je
tzv.	takzvaný
vit. A	axeroftol, retinol
vit. B12	kobalamin
vit. D	antirachitický vitamín
vit. E	tokoferoly
vit. K	fytochinon
vv.	vény, žíly
vyd.	Vydání
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1 – Věk respondentů	33
Graf 2 – Vzdělání respondentů	34
Graf 3 – Pracoviště respondentů	35
Graf 4 – Délka praxe v oboru	36
Graf 5 – Četnost setkání s klientem s peptickým vředem.....	37
Graf 6 – Definice peptického vředu.....	38
Graf 7 – Výskyt peptického vředu	39
Graf 8 – Přítomnost HCl.....	40
Graf 9 – Přítomnost H. pylori	41
Graf 10 – Rizikové faktory	43
Graf 11 - Příznaky.....	44
Graf 12 – Komplikace.....	46
Graf 13 – Sezónnost výskytu vředu	47
Graf 14 – Primární léčba.....	48
Graf 15 – Principy konzervativní terapie.....	49
Graf 16 – Lékové skupiny a léky	51
Graf 17 - PPI.....	52
Graf 18 – Základní dieta	53
Graf 19 – Dokázali byste správně poradit?.....	54
Graf 20 – Podle čeho podáváte informace?	55
Graf 21 – Doporučení pro stravování	56
Graf 22 – Ulcerogenní léky	58
Graf 23 – Projevy krvácení.....	59
Graf 24 – Sledování	61
Graf 25 – Kde jste získali vědomosti?	62
Graf 26 – Uvítali byste více informací?.....	63
Graf 27 – Způsob získání informací	64

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Věk respondentů	33
Tabulka 2 - Vzdělání respondentů	34
Tabulka 3 – Pracoviště respondentů	35
Tabulka 4 – Délka praxe v oboru.....	36
Tabulka 5 - Četnost.....	37
Tabulka 6 – Definice peptického vředu	38
Tabulka 7 – Výskyt vředu.....	39
Tabulka 8 – Kyselina chlorovodíková	40
Tabulka 9 – H. pylori	41
Tabulka 10 – Rizikové faktory	42
Tabulka 11 – Příznaky	44
Tabulka 12 - Komplikace	45
Tabulka 13 - Sezónnost.....	47
Tabulka 14 – Primární léčba	48
Tabulka 15 – Principy konzervativní terapie.....	49
Tabulka 16 – Lékové skupiny a léky	50
Tabulka 17 - PPI	52
Tabulka 18 – Základní dieta	53
Tabulka 19 – Dokázali byste správně poradit?	54
Tabulka 20 – Podle čeho informace podáváte?	55
Tabulka 21 – Doporučení pro stravování	56
Tabulka 22 – Ulcerogenní léky.....	57
Tabulka 23 – Projevy krvácení	59
Tabulka 24 – Sledování	60
Tabulka 25 – Kde jste získali vědomosti?	62
Tabulka 26 – Uvítali byste více informací?.....	63
Tabulka 27 – Způsob získání informací	64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Dotazník

Příloha II: Povolení k dotazníkovému šetření I

Příloha III: Povolení k dotazníkovému šetření II

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK

Vážené kolegyně,

jmenuji se Markéta Glücklichová a studuji na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně studijní obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na znalosti všeobecných sester v péči o klienta s peptickým vředem. Ráda bych vás tímto požádala o spolupráci při vyplňování dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu mé bakalářské práce. Doba vyplnění dotazníku je asi 10 minut.

Předem vám děkuji za ochotu a spolupráci.

Pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte vždy jen jednu správnou odpověď a to tu, se kterou se nejvíc ztotožňujete. U otázek s volnou odpovědí prosím doplňte dle svého uvážení.

1. Uved'te prosím váš věk.....

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední škola
- b) Vyšší odborná škola
- c) Vysoká škola – bakalářské studium
- d) Vysoká škola – magisterské studium
- e) Specializační vzdělání – uveďte jaké

3. Na jakém oddělení pracujete?

- a) Interní oddělení
- b) Chirurgické oddělení
- c) Jiné – uveďte prosím

4. Uved'te délku vaší praxe v oboru (zaokrouhlete na roky)
5. Jak často se na svém oddělení setkáváte s klientem s peptickým vředem?
- a) Několikrát týdně
 - b) Několikrát měsíčně
 - c) Několikrát ročně
 - d) Ještě jsem se s takovým klientem nesetkal/a
6. Jaká je podle vás správná definice peptického vředu?
- a) Poškození sliznice trávicí trubice postihující pouze vrchní vrstvy sliznice (neproniká pod muscularis mucosae)
 - b) Poškození sliznice trávicí trubice pronikající pod muscularis mucosae
 - c) Obě odpovědi jsou správné
7. Kde se peptický vřed může vyskytovat?
- a) V žaludku a dvanáctníku
 - b) V jícnu, žaludku a dvanáctníku
 - c) V jícnu, žaludku, dvanáctníku a tenkém střevě
 - d) V jícnu, žaludku, dvanáctníku, tenkém střevě a v Meckelově divertiklu
 - e) V jícnu, žaludku, dvanáctníku, tenkém střevě, Meckelově divertiklu a tlustém střevě
8. Je kyselina chlorovodíková podmínkou pro vznik peptického vředu?
- a) Ano
 - b) Ne
9. Je bakterie *Helicobacter pylori* podmínkou pro vznik peptického vředu?
- a) Ano
 - b) Ne
10. Jaké jsou rizikové faktory pro vznik peptického vředu? (uved'te alespoň 3 příklady)
-
-

11. Uved'te prosím příznaky peptického vředu. (alespoň 3)

.....
.....

12. Jaké mohou nastat komplikace?

.....
.....

13. Je pro žaludeční vřed typická sezónnost?

- a) Ano, objevuje se nejčastěji v létě a v zimě
- b) Ano, objevuje se nejčastěji na jaře a na podzim
- c) Ano, objevuje se nejčastěji na podzim a v zimě
- d) Ne, roční období nemá na vznik žaludečního vředu vliv

14. Jak primárně léčíme žaludeční vřed?

- a) Konzervativně
- b) Chirurgicky

15. Popište principy konzervativní terapie.

.....
.....

16. Jaké lékové skupiny, popř. konkrétní léky, podáváme?

.....
.....

17. O jakou lékovou skupinu se jedná, podáváme-li „PPI“?

.....

18. Jaká je základní dieta pro klienta s peptickým vředem?

- a) 1 – kašovitá
- b) 2 – šetřící
- c) 3 – racionální

- d) 4 – s omezením tuků
- e) 8 – redukční

19. Dokázali byste klientovi poradit, jak se správně stravovat?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

20. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, podle čeho informace podáváte?

- a) Podle standardu
- b) Podle dietního plánu vypracovaného nutričním terapeutem
- c) Jinak – uveďte prosím jak:.....

21. Jaká doporučení pro stravování byste klientovi poradili?

.....
.....
.....

22. Které lékové skupiny mohou být ulcerogenní? (možnost více správných odpovědí)

- a) Některé kortikoidy
- b) Nesteroidní antirevmatika
- c) Antihypertenziva
- d) Salicyláty
- e) Antiepileptika

23. Jak se projevuje krvácení z peptického vředu? (možnost více správných odpovědí)

- a) Melénou
- b) Prudkým nárůstem bolesti
- c) Hematemézou
- d) Anémií
- e) Zvýšením TK

24. Co u klienta s peptickým vředem nejvíce sledujeme?

.....

25. Kde jste získali znalosti o daném tématu?

- a) Ve škole
- b) Během praxe
- c) Na seminářích, přednáškách
- d) Samostudiem
- e) Jinak – uveďte jak.....


26. Uvítali byste více informací o tématu?

- a) Ano
- b) Ne

27. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jakým způsobem byste dané informace rádi získali?


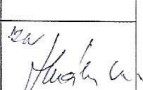

- a) Formou přednášky/semináře
- b) Formou informačních brožur
- c) Samostudiem
- d) Formou e-learningu
- e) Jinak – uveďte:

PŘÍLOHA II - ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ I

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

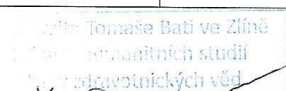

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

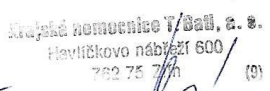

Jméno a příjmení studenta	Markéta Glücková		
Téma bakalářské práce	Znalosti sestry v péči o klienta s peptickým vředem		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koutecký		
	 podpis		
Skupina respondentů	Všeobecné sestry		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín – Interní klinika	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín – Chirurgické oddělení	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 30-03-2016





 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd


 razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA III ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ II

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Markéta Glücková	
Téma bakalářské práce	Znalosti sester v péči o klienta s peptickým vředem	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koutecký	
	 podpis	
Skupina respondentů	Všeobecné sestry	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o. – Interní oddělení	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o. – Chirurgické oddělení	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

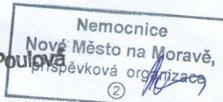
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 30-03-2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd



 razítko a podpis zástupce zařízení