

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Šarlota Plachá

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Šarlota Plachá

**KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ S KOMPLIKOVANOU
VŘEDOVOU CHOROBOU GASTRODUODENA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Galušková

PLZEŇ 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Plachá Šarlota

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Galušková

Počet stran – číslované: 66

Počet stran – nečíslované: 28

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 61

Klíčová slova: vředová choroba, gastroduodenum, komplikace, kvalita života

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na zjištění kvality života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou. V teoretické části jsme se věnovali kvalitě života, následně jsme se zaměřili na vředovou chorobou, včetně etiologie, příznaků, diagnostiky a léčby. Závěr teoretické části je věnován komplikacím vředové choroby, na které je v práci kladen velký důraz. Praktická část se zabývá výzkumem kvality života pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL – BREF. Z výsledků vyplývá, že toto onemocnění má vliv na kvalitu života. Rozdíly v hodnocení mezi pohlavími byly patrné především v doméně sociální vztahy. Ve všech doménách měly ženy vyšší průměrné hrubé skóre než muži.

Abstract

Surname and name: Plachá Šarlota

Department: Department of Nursing and Midwife

Title of thesis: Quality of life of patients with complicated gastroduodenal ulcer disease

Consultant: Mgr. Soňa Galušková

Number of pages – numbered: 66

Number of pages – unnumbered: 28

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 61

Keywords: peptic ulcer disease, gastroduodenum, complications, quality of life

Summary:

This bachelor thesis is focused on the quality of life in patients with complicated ulcer disease. In the theoretical part, we discussed quality of life, followed by a focus on pressure ulcer disease, including etiology, symptoms, diagnosis and treatment. Finally, the theoretical part is devoted to the complications of ulcer disease, which are given great emphasis in the thesis. The practical part deals with the research of quality of life using the standardized WHOQOL - BREF questionnaire. The results show that this disease has an impact on the quality of life. Differences in scores between the sexes were particularly evident in the social relationships domain. In all domains, women had higher mean raw scores than men.

Poděkování

Chtěla bych mnohokrát poděkovat Mgr. Soně Galuškové za trpělivost, cenné rady a podporu při vedení této bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům za vyplnění dotazníků. Děkuji své rodině za podporu během studia.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	9
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	13
1.1 Současný stav problematiky	13
1.2 Popis řešeršních strategií	13
2 KVALITA ŽIVOTA.....	14
2.1 Pojem kvalita života.....	14
2.2 Koncept kvality života související se zdravím	15
2.3 Měření kvality života	16
2.4 Nástroje na měření kvality života	16
2.4.1 Generické dotazníky	16
2.4.2 Specifické dotazníky.....	17
3 VŘEDOVÁ CHOROBA	18
3.1 Epidemiologie.....	18
3.2 Etiologie.....	18
3.2.1 Helicobacter pylori	19
3.2.2 Nesteroidní antirevmatika.....	20
3.3 Symptomy	20
3.4 Diagnostika	21
3.5 Léčba.....	22
3.5.1 Farmakologická	22
3.5.2 Režimová opatření.....	23
3.5.3 Chirurgická léčba.....	23
3.5.4 Pooperační komplikace.....	24
4 KOMPLIKACE	26
4.1 Krvácení.....	26
4.2 Perforace	29
4.3 Stenóza.....	31
4.4 Penetrace.....	31
4.5 Malignizace.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	33
6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	34

6.1	Hlavní cíl.....	34
6.2	Dílčí cíle a výzkumné předpoklady	34
6.3	Operacionalizace pojmů	35
METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE		36
6.4	Metodologie výzkumu	36
6.5	Charakteristika sledovaného souboru	36
6.6	Organizace výzkumu	37
6.7	Zpracování dat	37
7	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	38
DISKUZE		70
ZÁVĚR.....		76
SEZNAM LITERATURY.....		78
SEZNAM PŘÍLOH		85
PŘÍLOHY		86

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Četnost respondentů	38
Tabulka 2 Odpovědi na otázku č. 1	38
Tabulka 3 Odpovědi na otázku č. 2	39
Tabulka 4 Odpovědi na otázku č. 3	40
Tabulka 5 Odpovědi na otázku č. 4	41
Tabulka 6 Odpovědi na otázku č. 5	42
Tabulka 7 Odpovědi na otázku č. 6	43
Tabulka 8 Odpovědi na otázku č. 7	44
Tabulka 9 Odpovědi na otázku č. 8	45
Tabulka 10 Odpovědi na otázku č. 9	46
Tabulka 11 Odpovědi na otázku č. 10	47
Tabulka 12 Odpovědi na otázku č. 11	48
Tabulka 13 Odpovědi na otázku č. 12	49
Tabulka 14 Odpovědi na otázku č. 13	50
Tabulka 15 Odpovědi na otázku č. 14	51
Tabulka 16 Odpovědi na otázku č. 15	52
Tabulka 17 Odpověď na otázku č. 16.....	53
Tabulka 18 Odpovědi na otázku č. 17	54
Tabulka 19 Odpovědi na otázku č. 18	55
Tabulka 20 Odpovědi na otázku č. 19	56
Tabulka 21 Odpovědi na otázku č. 20	57
Tabulka 22 Odpovědi na otázku č. 21	58
Tabulka 23 Odpovědi na otázku č. 22	59
Tabulka 24 Odpovědi na otázku č. 23	60
Tabulka 25 Odpovědi na otázku č. 24	61
Tabulka 26 Odpovědi na otázku č. 25	62
Tabulka 27 Odpovědi na otázku č. 26	63
Tabulka 28 Doména fyzické zdraví - průměrné hodnoty otázek.....	64
Tabulka 29 Doména prožívání - průměrné hodnoty otázek	64
Tabulka 30 Doména sociální vztahy - průměrné hodnoty otázek	65
Tabulka 31 Doména prostředí - průměrné hodnoty otázek	65
Tabulka 32 Hrubé skoré domén.....	66

Tabulka 33 Hrubé skóre kvality života.....	67
Tabulka 34 Hrubé skóre spokojenosti se zdravím.....	67

SEZNAM ZKRATEK

HRQoL.....	Koncept kvality života související se zdravím
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
WHOQOL.....	World Health Organization Quality of Life
EQ	European Quality of Life Questionnaire
NSAID	Nesteroidní antirevmatika
PPI	Inhibitory protonové pumpy
ATB	Antibiotika
SSRI.....	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
CT	Výpočetní tomografie
SIP.....	Sickness Impact Profile
NHP	Nottingham Health Profile
HEPQLQ.....	Hepatitis Quality of life Questionnaire
IBDQ.....	Inflammatory bowel disease questionnaire
EGDS.....	Ezofagogastroduodenoskopie
Et al.	A další
s.....	Strana

ÚVOD

Vředová choroba je jedním z nejčastějších onemocnění gastrointestinálního traktu. Onemocnění je způsobeno nerovnováhou mezi agresivními a protektivními faktory. Peptické vředy se nejčastěji vyskytují v žaludku a duodenu, ale můžeme se s nimi setkat i v jícnu a v tenkém střevě. Nejčastější příčiny vředové choroby jsou infekce *Helicobacter pylori* a nadměrné užívání nesteroidních antirevmatik. Významnými rizikovými faktory pro vznik onemocnění jsou kouření, užívání alkoholu a stres. Výskyt žaludečních vředů se zvyšuje věkem a je častější u mužů než u žen. V dnešní době výskyt onemocnění klesá, a to především z důvodu zlepšení hygienických podmínek a léčebných možností. Nemoc postihuje až 4 miliony lidí ročně.

Až u 25 % pacientů jsou komplikace první manifestací onemocnění. Nejčastější komplikací vředové choroby je krvácení. Mezi další komplikace řadíme perforaci, penetraci, stenózu a maligní zvrát. Tyto komplikace mohou pacienta ohrozit na životě a následně významně zhoršit kvalitu života nemocného tím, že ho omezují ve vykonávání každodenních činností. Dle studií mají pacienti s vředovou chorobou gastroduodena nižší kvalitu života než běžná populace. Onemocnění ovlivňuje fyzickou, psychickou a sociální oblast, v neposlední řadě může způsobit i ekonomickou zátěž.

Předkládaná bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme kvalitou života a vymezením tohoto pojmu. V další kapitole se věnujeme hlouběji problematice vředové choroby gastroduodena. V poslední kapitole klademe důraz na komplikace vředové choroby gastroduodena, zejména na krvácení, perforaci, penetraci, stenózu a maligní zvrát a jejich následnou léčbu. Praktická část je vedena kvantitativní metodou. Pro výzkumné šetření je zvolen standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF vytvořený Světovou zdravotnickou organizací. Cílem práce je zjistit kvalitu života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena. V práci jsou stanoveny dílčí cíle, které se zaměřují na kvalitu života v oblastech fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí. Výsledky výzkumu jsou interpretovány pomocí tabulek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Současný stav problematiky

V současné době je kvalita života poměrně často používaným pojmem ve zdravotnictví. Je cílem výzkumu v oblasti zdraví a medicíny. V posledních 30 letech se kvalita života stala zásadním měřítkem u pacientů s chronickým onemocněním. Měří fyzickou, duševní a emocionální pohodu pacientů. Kvalita života hraje důležitou roli při posuzování dopadů nemoci a léčby na život pacienta. V několika studiích udávají pacienti s vředovou chorobou gastroduodena nižší kvalitu života než běžná populace. Onemocnění vede ke zhoršení celkového stavu, omezení každodenních činností a ke zvýšeným nákladům na zdravotní péči. Vředová choroba gastroduodena postihuje za život asi 10 % lidí v Evropě i ve Spojených státech. Ve Spojených státech byly odhadnuty roční náklady na léčbu na 5,7 miliardy dolarů (Wen et al., 2014, s. 1-2; Wan et al., 2020, s. 2).

1.2 Popis rešeršních strategií

Z důvodu získání relevantních zdrojů byla v červenci 2022 zadána rešerše, která byla zpracována Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje. Pro rešerši byla použita v českém jazyce tato klíčová slova: vředová choroba, gastroduodenum, komplikace, kvalita života. V anglickém jazyce byla klíčová slova: peptic ulcer disease, gastroduodene, complication, quality of life. Další zdroje byly hledány v databázích PubMed a Google Scholar. Časové rozmezí pro vyhledávání literatury bylo od roku 2006 po současnost. Na téma kvalita života je v současné době nedostatek literatury pro validní zpracování, z toho důvodu bylo rozšířeno časové rozmezení pro vyhledávání literatury na publikace starší 10 let. V bakalářské práci bylo použito 61 zdrojů, z toho 27 v knižní podobě a 34 elektronických zdrojů. Čerpáno bylo ze zdrojů v českém, slovenském a anglickém jazyce. Všechny zdroje jsou uvedeny abecedně v seznamu literatury dle citační normy ISO 690.

2 KVALITA ŽIVOTA

2.1 Pojem kvalita života

Pojem kvalita života nelze jednoznačně definovat. O definici tohoto pojmu se již pokusilo mnoho autorů. Dle světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem*“ (Heřmanová, 2012, s. 43-44). Slovo kvalita znamená jakost nebo hodnotu. Když se řekne kvalita života, většina laické populace si představí to, jak je život kvalitní neboli dobrý. Odborně se kvalita života používá ve spojitosti s pozitivními i negativními aspekty života (Gurková, 2011, s. 21-22).

S kvalitou života se setkáváme v ošetrovatelství, psychologii, pedagogice, sociologii, filozofii a v medicíně. Této problematice se věnuje mnoho výzkumů jak u nás, tak ve světě. Tomu odpovídá i velké množství nástrojů měření kvality života (Gurková, 2011, s. 23-24). Kvalita života je velmi často používaným pojmem ve zdravotnictví. Souvisí s uspokojováním potřeb a zdůrazňuje význam individuálních hodnot. Kvalita života má vliv na zdraví a na pohodu jedince (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 128-130). Ve zdravotnictví je často spojována s chronicky nemocnými, jelikož u nich dochází ke zhoršení jejich psychické i fyzické stránky a následně ke snížení kvality života. Mnoho studií se zabývá kvalitou života u chronických pacientů (Gurková, 2017, s. 35, 45).

V literatuře se setkáváme s kvalitou objektivní a subjektivní. Objektivní kvalita života se zaměřuje na životní úroveň jednotlivců a na životní podmínky, kterými jsou dostatek potravin, dostupnost zdravotní péče, možnosti bydlení, dostupnost vzdělávání a trh práce. Subjektivní kvalita života je spojena se sebereflexí, emocionalitou, sebehodnocením a tím, jak lidé prožívají vlastní život (Heřmanová, 2012, s. 47, 50).

Jsou tři přístupy chápání kvality života: psychologický, medicínský a sociologický. V psychologickém přístupu se jedná o pojmy jako je životní spokojenost, štěstí, osobní pohoda a radost. Pro pohodu se v souvislosti s kvalitou života ustálil pojem well - being. V přístupu sociologickém je kvalita života spojována se sociální úspěšností, životním stylem, vzděláním a majetkem. V medicínském přístupu je kvalita života spojována především s pojmem zdraví (Gurková, 2011, s. 30; Dvořáčková, 2012, s. 62-63).

Veenhoven v roce 2000 vytvořil teorii čtyř kvalit života. Touto teorií přispěl ke kategorizaci konceptů kvality života. Teorie zahrnuje vnější a vnitřní kvality, má zcela odlišný pohled na kvalitu života. Čtyři kvality života vnímá jako předpoklady neboli životní šance, životní výsledky, vnější kvality neboli charakteristika prostředí a vnitřní kvality neboli charakteristika jedince. Takto vymezené „kvality života“ umožňují klasifikovat koncept dobrého života podle toho, kterým hlediskem kvality života se věnují. Následně vznikají čtyři kvadranty, které mají nezvyklý pohled na různé kvality života. Do kvadrantu A patří vhodnost prostředí a ekologické, sociální, kulturní a ekonomické podmínky, kterými se zabývá ekologie, sociologie a sociálně - politické vědy. Kvadrant B zahrnuje fyzické i duševní zdraví, schopnosti a znalosti. Touto problematikou se zabývá lékařství, psychologie a pedagogika. Kvadrant C představuje vnější užitečnost člověka pro ostatní, zahrnuje morální vývoj člověka a jeho vnitřní cenu. O tuto oblast se zajímá především filozofie. Kvadrant D zahrnuje hodnocení spokojenosti s jednotlivými oblastmi života a celkovou spokojenost v životě. Patří sem dotazníky WHOQOL (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 9; Heřmanová, 2012, s. 91, Dvořáčková, 2012, s. 74).

2.2 Koncept kvality života související se zdravím

Koncept kvality života související se zdravím (HRQoL) se začal používat v 80. letech 20. století. American Thoracic Society (2010, in Gurková, 2011, s. 47) definuje HRQoL jako *„Pocit štěstí nebo spokojenost s tím, v jakém rozsahu ovlivňují oblasti života jedince, jeho zdraví nebo jsou zdravím ovlivňované. HRQoL představuje pokus o zjištění toho, jak proměnné související se zdravím (jakými jsou například onemocnění a jeho léčba) ovlivňují ty oblasti života, které jsou u lidí všeobecné (všeobecná HRQoL) nebo u lidí s určitou chorobou (specifická HRQoL) považovány za důležité.“* Ze začátku byly používány generické dotazníky Sickness Impact Profile (SIP) a Nottingham Health Profile (NHP). Tyto dotazníky se spíše orientovaly na hodnocení funkčního stavu. SIP se zaměřuje na vnímání zdravotního stavu pomocí behaviorálních aspektů. NHP je nástroj, který posuzuje zdraví. Dále se začaly používat dotazníky jako SF – 36 a EQ – 5D. Psychologové kritizovali používání nástrojů pro měření zdravotního stavu jako nástroje pro měření kvality života. Následně WHO s pracovní skupinou vytvořily známý dotazník WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), který byl vytvořen z důvodu chybějícího dotazníku zkoumajícího kvalitu života (Gurková, 2011, s. 42-43).

2.3 Měření kvality života

Kvalita života může být měřena ze tří perspektiv. První je objektivní měření sociálních ukazatelů. Do této skupiny patří bezpečí, fyzické zdraví, stabilita rodiny a vzdělání. Jsou to životní podmínky, které ovlivňují život člověka. Druhá je subjektivní odhad celkové spokojenosti, který znamená výsledek osobních hodnot a životního stylu. Jak je člověk spokojený v oblastech života, které on sám určí za důležité. Poslední je subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, do nichž patří fyzická kondice, schopnost provádět každodenní činnosti, mezilidské vztahy, zájmy a volný čas (Dvořáčková, 2012, s. 69; Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 10).

2.4 Nástroje na měření kvality života

Kvalita života se nejčastěji měří pomocí generických nebo specifických dotazníků.

2.4.1 Generické dotazníky

Generické dotazníky jsou určeny pro měření kvality života u pacientů nebo zdravých osob. Jako první byly využívány dotazníky SIP a NHP. Mezi nejznámější generické dotazníky řadíme SF-36, EQ -5 a WHOQOL. Tyto dotazníky jsou dostupné jak v českém, tak slovenském jazyce.

SIP – Obsahuje 136 položek, mající zobrazovat denní aktivity. Položky jsou dále rozděleny do 12 subškál.

NHP – Dotazník byl vytvořený v roce 1981, zaměřuje se především na prožívání. V porovnání s dotazníkem SIP je jednodušší na vyplnění.

SF – 36 - Byl vytvořen kolektivem Ware et al. 1992., obsahuje 36 položek, ve kterých se zabývá hodnocením fyzického a mentálního zdraví. Můžeme se s ním setkat v klinické praxi a ve výzkumech. Je využíván také při sběru statistických údajů o zdravotním stavu obyvatelstva. Byl přeložen do více než 15 jazyků.

EQ – 5 (European Quality of Life Questionnaire – Version EQ – 5D) – Tento dotazník hodnotí ukazatele objektivní a subjektivní. Mezi objektivní ukazatele patří pohyblivost, sebezpečí, obvyklé činnosti, bolest/potíže a úzkost/deprese. Do subjektivního ukazatele patří vizuální analogová škála, na které pacient hodnotí svůj subjektivně vnímaný zdravotní stav (Gurková, 2011, s. 145-146).

WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Questionnaires) – Byl vytvořen v 90. letech 20. století. Dotazník je možno využít v celé verzi WHOQOL – 100 nebo ve zkrácené verzi WHOQOL – BREF. WHOQOL – 100 obsahuje 100 položek a 6 domén - fyzické zdraví, prožívání, fyzická nezávislost, sociální vztahy, prostředí a duchovní oblast. WHOQOL – BREF obsahuje 26 položek, které jsou ve čtyřech oblastech. Mezi hodnotící oblasti patří fyzické zdraví, psychická oblast, sociální vztahy a prostředí. 2 položky se zabývají celkovým hodnocením. WHOQOL – BREF existuje v 50 jazykových verzích. Dále existuje verze WHOQOL – OLD pro lidi od 65 let (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 51, Gurková, 2011, s. 146).

2.4.2 Specifické dotazníky

Specifické dotazníky jsou určeny pro konkrétní onemocnění. U těchto dotazníků nelze hodnotit všeobecné oblasti, které by určovaly kvalitu života. Existují speciální dotazníky pro pacienty s onkologickým onemocněním, s kardiovaskulárním onemocněním, s gastroenterologickým onemocněním, s respiračním onemocněním, s kožními chorobami, s neurologickým onemocněním nebo s onemocněním pohybového aparátu. Například u gastroenterologických onemocněních se používají dotazníky Hepatitis Quality of life Questionnaire (HEPQLQ) a Inflammatory bowel disease questionnaire (IBDQ). HEPQLQ je určen pro pacienty s virovou hepatitidou C. U pacientů s nespecifickým zánětem střev se využívá dotazník IBDQ.

Některé dotazníky jsou specifické tím, pro koho jsou určeny. Mohou se zaměřovat na kvalitu života dětí, seniorů nebo pečujících osob (Gurková, 2011, s. 144-169).

3 VŘEDOVÁ CHOROBA

Vředová choroba je onemocnění sliznice žaludku nebo duodena, které je způsobeno narušením rovnováhy mezi agresivními a ochrannými faktory. Mezi agresivní faktory řadíme kyselinu chlorovodíkovou, pepsin, žlučové kyseliny a látky snižující odolnost sliznice. Mezi ně řadíme alkohol, nikotin, cytostatika a nesteroidní antirevmatika. Naopak ochranné faktory jsou sliny, slizniční hlen, potrava v žaludku a dobré prokrvení sliznice (Vodička, 2014, s. 145). Na tuto souvislost přišel jako první lékař Schwarz, jenž řekl známou větu „bez *kyseliny není vředu*“. Pokud se jedná o povrchovou lézi, mluvíme o erozi, pokud je defekt hlubší, jedná se už o vřed (Dražilová et al., 2020, s. 63).

Vředovou chorobu žaludku dělíme na 5 typů: vředy bulbu duodena a pyloru, vředy žaludečního antra, vředy žaludečního těla, vředy kardie žaludku a Cameronovy vředy v hiatové hernii (Konečný, 2017, s. 178).

3.1 Epidemiologie

Roční incidence vředové choroby gastroduodena v České republice je asi 0,1 (Konečný, 2017, s. 177). Prevalence se odhaduje na 5 - 10 %. Celkově výskyt tohoto onemocnění klesá. Důvodem je zlepšení hygienických podmínek, zlepšení diagnostiky a léčby infekce *Helicobacter pylori* (Malik et al., 2022, s. 4). Ve studii, která trvala od roku 1990 do roku 2019, se zjistilo, že onemocněním trpí častěji muži než ženy (Xie et al., 2022, s. 3). Duodenální vředy se vyskytují 4x častěji než žaludeční vředy a jsou častější u mladších osob (Malik et al., 2022, s. 5, Konečný, 2017, s. 177). Také se častěji vyskytují u osob s krevní skupinou 0, zároveň mají pacienti s duodenálním vředem 2x menší riziko karcinomu žaludku než populace (Zavoral, 2021, s. 491).

3.2 Etiologie

Nejčastější příčiny vředové choroby gastroduodena jsou infekce *Helicobacter pylori* a nadměrné užívání nesteroidních antirevmatik (NSAID). Mezi vzácné příčiny se řadí stresové vředy jako jsou Cushingovy a Curlingovy vředy. Cushingovy vředy se vyskytují po náročných neurochirurgických operacích nebo po úrazech hlavy. Po popáleninových stavech se mohou objevit Curlingovy vředy. Další vzácnou příčinou je hyperparathyreóza. Prevalence je okolo 10 - 25 %. Při hyperparathyreóze dochází k hyperkalcemii, která zvyšuje produkci gastrinu. Některá onemocnění představují vyšší riziko vředové choroby. Jsou to pacienti po transplantaci, s chronickým onemocněním, jako je chronická obstrukční plicní nemoc, jaterní cirhóza, celiakie nebo renální selhávání. Zollinger - Elisonův syndrom je další

vzácnou příčinou. Jedná se o nádorové onemocnění, při kterém je produkován gastrin, který zvyšuje produkci kyseliny chlorovodíkové. Pacienti s touto diagnózou mají bolesti břicha, průjemy a zvrací. Komplikací syndromu jsou mnohočetné peptické vředy (Zavoral, 2021, s. 490-491; Konečný, 2017, s. 177). Dalšími méně častými příčinami jsou chemoterapie, virová infekce, radioterapie, Crohnova choroba, maligní onemocnění a cévní nedostatečnost. I některé léky mají za následek vyšší riziko vředové choroby, a to především užívání kortikosteroidů, chloridu draselného, bifosfonátů a fluorouracilu (Malik et al., 2022, s. 3-4). Vyšší riziko vředové choroby gastroduodena mají lidé užívající kokain. U těchto lidí je často prvním projevem nemoci perforace. V některých případech se setkáváme s pojmem idiopatické peptické vředy, které ale neexistují. Většinou jde o nedostatečnou diagnostiku.

Mezi rizikové faktory řadíme stres, kouření, alkohol a vyšší věk. Starší lidé mají nižší hladinu prostaglandinu v žaludku a duodenu, což má za následek převahu agresivních faktorů způsobujících vředovou chorobu gastroduodena. Abúzus nikotinu má za následek vznik vředů a zpomaluje následný proces hojení (Zavoral, 2021, s. 491-492).

3.2.1 Helicobacter pylori

Helicobacter pylori je bičíková gramnegativní bakterie, která je v 90 % příčinou duodenálního vředu a v 70 - 90 % žaludečního vředu. V rozvojových zemích se vyskytuje u 85 - 95 % populace, ve vyspělých zemích u 30 - 50 % obyvatel. Přibližně je infikováno asi 4,4 miliardy lidí, ale u méně než 20 % z nich se projeví. Infekce způsobuje gastritidu, vředové onemocnění gastroduodena a nádorové onemocnění žaludku. Přenos infekce je možný orálně – orální cestou nebo orálně – fekální cestou. Infekce je způsobena špatnou hygienou, životními podmínkami, výživou, kontaminovanou vodou a potravinami. Mezi další faktory patří věk, zeměpisná oblast, kouření, karcinogenní látky a alkohol. *Helicobacter pylori* neutralizuje kyselé prostředí, produkuje toxiny, které poškozují tkáň, zároveň tvoří biofilm způsobující rezistenci na antibiotika. Následkem infekce mohou vzniknout dyspeptické potíže jako jsou bolest břicha, meteorismus, eruktace, nauzea, ztráta chuti k jídlu, pyróza a ubývání na váze. Mnoho studií se zaměřuje na vývoj vakcíny na tuto infekci (Sharndama et al., 2022, s. 33-35). *Helicobacter pylori* nejčastěji kolonizuje antrum, tělo a kardinii žaludku (Prchliková, 2018, s. 36). Studie dokazují, že *Helicobacter pylori* souvisí i s jinými nemocemi jako jsou anemie, diabetes mellitus, karcinom jater, cholelithiáza a cholecystitida. Infekce je spojena i s očním, dermatologickým nebo neurologickým onemocněním (Santos et al., 2020, s. 4076).

3.2.2 Nesteroidní antirevmatika

Nesteroidní antirevmatika mají účinek analgetický, antipyretický, antirevmatický, antiflogistický a některá i antiagregační. NSAID dělíme do 3 skupin na selektivní, neselektivní a preferenční. Mezi selektivní patří koxiby. Mezi neselektivní řadíme například diklofenak nebo ibuprofen. Zástupcem preferenční skupiny je například nimesulid. Nejčastějším nežádoucím účinkem NSAID je poškození trávicího traktu. Mezi další nežádoucí účinky můžeme zahrnout poškození ledvin, jaterní selhání, fotosenzitivita, bolest hlavy a kardiovaskulární poškození. Vyšší riziko nežádoucích účinků NSAID na trávicí trakt mají pacienti, kteří mají vředovou chorobu v anamnéze, jsou starší 65 let, mají zánětlivé střevní onemocnění, užívají antikoagulantia, kouří nebo užívají alkohol a drogy (Kotolová et al., 2021, s. 34, 36-38; Nežádal, 2017, s. 142-144). Užívání NSAID způsobuje poškození sliznice žaludku a tenkého střeva. Až u 70 % pacientů, kteří je denně užívají, můžeme endoskopicky nalézt erozi sliznice nebo vřed žaludku. Ale jen 10 % z nich má gastrointestinální potíže. 5x častěji se objeví komplikace vředové choroby gastroduodena u pacientů dlouhodobě užívající NSAID. Velmi často jsou předepisovány pacientům starším 65 let, doporučenou denní dávku překračuje až 26 % z nich. U pacientů, kteří je musí pravidelně užívat, je nutné podávat současně inhibitory protonové pumpy (PPI), které mohou zamezit vzniku komplikací. Chronické užívání NSAID a PPI zvyšuje riziko vzniku mikroskopické kolitidy (Tai a Mcalindon, 2021, s. 131-133). V posledním desetiletí byl zjištěn vysoký nárůst užívání NSAID, lékaři doporučují tyto léky omezit (Xie et al., 2022, s. 2).

3.3 Symptomy

U některých nemocných probíhá onemocnění zcela asymptomaticky. Vřed může být nalezen náhodně při endoskopii nebo se může projevit až možnými komplikacemi. Typickým příznakem vředové choroby gastroduodena je bolest vyskytující se u obou typů vředů. Pacienti ji popisují jako bodavou, pálivou nebo jako bolestivý hlad (Dražilová et al., 2020, s. 67).

U žaludečního vředu se bolest objevuje po jídle, je lokalizovaná ve středním či horním epigastriu. Může vystřelovat do levého ramene, do zad nebo pod levý oblouk žeberní. Pacienti si stěžují na nauzeu, meteorismus a eruktaci. Dalším příznakem je zvracení, které přináší pocit úlevy. Pacienti se bojí stravování a z toho důvodu mohou ztrácet na váze.

Pro duodenální vředy je typická bolest nalačno. Bolest je lokalizovaná v epigastriu, často se objevuje v noci a pacienti budí ze spaní. Většinou ustupuje po podání antacid nebo po najedení, z toho důvodu někteří pacienti přibývají na váze. Bolest se někdy propaguje do zad nebo pod pravý žeberní oblouk, kde imituje onemocnění žlučníku. Mezi další příznaky patří nauzea, eruktace, pyróza a zvracení, které nepřináší pocit zlepšení (Češka et al., 2015, s. 400; Hoskovec, 2020, s. 172-173).

3.4 Diagnostika

Vyšetření pacienta většinou začíná anamnézou, fyzikálním vyšetřením, které ukáže bolestivost v epigastriu. Z laboratorních vyšetření nás zajímá především sekrece žaludeční kyseliny a hodnota gastrinu (Dražilová et al., 2020, s. 68).

Základním vyšetřením je ezofagogastroduodenoskopie, dále jen EGDS. EGDS je endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a duodena. Endoskopie může být diagnostická nebo terapeutická. Při diagnostické endoskopii se pátrá po diagnóze, odebírají se vzorky a vyhledává se původ krvácení. Zástava krvácení, zavedení stentu nebo excize polypu patří do terapeutické endoskopie. Příprava k vyšetření zahrnuje edukaci pacienta a podepsání informovaného souhlasu. Od půlnoci se nesmí jíst, pít a kouřit. Chronickou medikaci je možné zapít malým douškem vody nejpozději 2 hodiny před vyšetřením. Pokud pacient užívá antikoagulantia, měl by konzultovat s lékařem jejich užití. Také musí informovat lékaře o alergiích. Pacientovi se vyjme případně zubní protéza a následně se znecitliví hltan pomocí znecitlivujícího spreje. Nemocný zaujme polohu na levém boku. Výkon trvá přibližně 5 – 10 minut. Někdy se podává premedikace. Pokud se pacientovi podá premedikace, musí být při výkonu monitorován, po výkonu musí ležet 2 hodiny na pokoji k tomu určenému, musí mít zajištěný doprovod a odvoz domů. Po výkonu sestra pacientovi pomůže vstát a dopomůže s utřením obličeje. Nesmí se opomíjet edukace nemocného o stravovacím režimu po endoskopickém výkonu, neměl by 2 hodiny jíst ani pít z důvodu hrozící aspirace. Důležitá je také edukace o sledování případných příznaků jako jsou krev ve stolici, zvracení, bolest nebo polykací potíže (Nejedlá, 2015, s. 152; Pracná a Konečný, 2012, s. 362-363). Při EGDS se odebírá biopsie. Zpravidla se odebírá 4 až 6 vzorků na histologické vyšetření z důvodu vyloučení karcinomu žaludku (Zavoral, 2021, s. 494).

Zároveň se při endoskopii odebírá biopsie k průkazu infekce *Helicobacter pylori*. K průkazu infekce je na výběr z více možností. Mezi neinvazivní metody patří dechový test s C - ureou a stanovení antigenu *Helicobacter pylori* ve stolici. Při dechovém testu se sleduje

změna množství oxidu uhličitého po perorálním podání močoviny. Nejpoužívanější metoda je rychlý ureázový test, dříve nazývaný CLO test, který se řadí mezi invazivní metody. Při gastrokopii se odebere vzorek tkáně, který se vloží do zkumavky s ureou. Pokud se tekutina obarví na růžovo, výsledek je pozitivní. Pokud barva ve zkumavce zůstane žlutá, výsledek je negativní. Mezi další invazivní metody patří histologické vyšetření a kultivační test. U histologického vyšetření se vzorek z biopsie barví dle Giemsy. Kultivační test vyžaduje speciální podmínky odběru a transportu z důvodu vysoké citlivosti bakterie na kyslík (Prehliková, 2018, s. 38-39, Hoskovec, 2020, s. 108).

3.5 Léčba

3.5.1 Farmakologická

Základem léčby jsou inhibitory protonové pumpy a eradikační léčba *Helicobacter pylori*. Pokud pacient užívá NSAID, vysazují se nebo se sníží na nejmenší nutnou dávku. Pokud je potvrzen *Helicobacter pylori*, zahajuje se eradikační léčba, která má účinnost okolo 80 - 90 %. Léčbou první volby jsou PPI 2x denně s antibiotiky (ATB). Mezi PPI patří Omeprazol 20 mg, Pantoprazol 40 mg, Lansoprazol 30 mg, Ezomeprazol 40 mg a Rabeprazol 20 mg. U starších osob, užívajících více léků, se dává přednost Pantoprazolu. Kombinace antibiotik je různá. Je možné využít trojkombinaci, což je PPI 2x denně + 2x denně Amoxicilin 1000 mg + 2x denně Klaritromycin 500 mg. Další možností je místo Amoxicilinu podat 2x denně Metronidazol 500 mg. Léčba trvá 10 až 14 dní. Další možností je sekvenční léčba, která trvá 10 dnů, to znamená PPI 2x denně + Amoxicilin 2x 1000 mg na 5 dní + následuje na dalších 5 dní PPI 2x denně + 2 ATB. V dnešní době se zvyšuje rezistence na antibiotika, proto se v těchto případech využívá čtyřkombinace, která obsahuje bismut citrátu + PPI + 2 ATB. Pokud opakovaně selhává eradikační léčba, měl by následovat další krok, a to kultivace bakterie s vyšetřením citlivosti na antibiotika. PPI se doporučují užívat půl hodiny před jídlem a antibiotika ihned po jídle. Po eradikační léčbě se provádí kontrolní endoskopie za 6 – 8 týdnů (Martínek a Trunečka, 2021, s. 116-119; Lukáš, 2018, s. 597). Nežádoucí účinky eradikační léčby jsou dyspepsie, bolest hlavy a kovová pachuť v ústech po Klaritromycinu (Martínek a Trunečka, 2021, s. 117).

Pokud se PPI užívají delší dobu, více než 5 let, vede to k mikrofrakturám a k zvýšenému riziku zlomenin. Další nežádoucí účinky PPI jsou cestovatelské průjmy a ztráta baktericidní schopnosti žaludeční šťávy. PPI by se neměly zároveň užívat s antimykotikem ketokonazol, s kyselinou acetylsalicylovou a s klopidogrelem (Švihovec et al., 2018, s. 529-

530). Problémem užívání antibiotik a PPI je porucha střevní mikroflóry a antimikrobiální rezistence. Jako ideální režim do budoucna se jeví vyvinutí nového léčebného režimu, který bude mít minimální dopad na střevní mikroflóru a minimalizoval by antimikrobiální rezistenci. Jednou z možností je používat Amoxicilin + Vonoprazan (Suzuki et al., 2022, s. 67). Dříve se používaly H2 blokátory, které jsou dobře snášeny, ale mají nižší účinnost. V dnešní době se nevyužívají. Také se používala antacida, která nejsou k léčbě vhodná, mají nižší účinnost a jen krátkodobý efekt. Neměla by se podávat současně s PPI. Dnes se již také nepoužívají (Hoskovec, 2020, s. 181).

3.5.2 Režimová opatření

Pacientovi se doporučí režimová opatření. Pacient by měl hodně odpočívat, spát, pokusit se snížit stresory a být co nejvíce v klidu. I když neexistuje žádná speciální dieta na léčbu vředů, doporučuje se úprava životosprávy. Je vhodné snížit příjem kávy, silného čaje, tučného jídla, kořeněného jídla a jídla připravovaného na přepáleném tuku. Zároveň se doporučuje jíst po menších dávkách a častěji. Jídlo by mělo být lehce stravitelné a mělo by obsahovat dostatek vlákniny, bílkovin a mořských plodů. Nemocný by měl omezit kouření, nejlépe zcela přestat. Současně se nedoporučuje pít alkohol (Češka et al., 2015, s. 402; Dražilová et al., 2020, s. 69).

3.5.3 Chirurgická léčba

V současné době se chirurgická léčba vředové choroby gastroduodena provádí jen minimálně. Je indikovaná u pacientů, u kterých selhala konzervativní léčba, u vředu v atypické lokalizaci, u podezření na karcinom žaludku a u mnohočetných vředů. Další indikací k operaci jsou komplikace jako perforace vředu, stenóza a krvácení z vředů, které nelze zastavit endoskopicky. Typy výkonů jsou resekční a vagotomie. Resekční výkony obsahují dvoutřetinovou, třičtvrtinovou nebo subtotální resekci žaludku. Následné obnovení kontinuity je provedeno anastomózou. Tyto operace jsou pojmenovány dle Billrotha. Billroth I znamená resekce 2/3 žaludku a následná gastroduodenoanastomóza. Po této operaci je nižší riziko pooperačních komplikací a zároveň je snazší budoucí endoskopické vyšetření duodena, pankreatu a žlučových cest. Billroth II znamená resekce 2/3 žaludku, slepý uzávěr pahýlu duodena a gastrojejunoanastomóza. Tato operace přináší více komplikací v pooperačním období (Krška et al., 2017, s. 107,109; Ferko et al., 2015, s. 243). Další možnou operací je proximální resekce žaludku, která je indikovaná u pacientů, kteří mají vřed lokalizovaný v oblasti kardié. Provádí se resekce 1/3 žaludku a aborální části distálního jícnu. Následně se provádí ezofagogastroanastomóza (Krška et al., 2017, s. 116).

Dalším typem operace je vagotomie, která je selektivní nebo trunkální. Při selektivní vagotomii se přeruší nervus vagus, ponechány jsou cévy hepatální a celiakální (Ferko et al., 2015, s. 244). Trunkální vagotomie znamená přerušení nervi vagi pod bránicí, ta způsobí denervaci žaludku, spasmus pyloru a snížení tonu stěny žaludku (Libová et al., 2019, s. 92).

3.5.4 Pooperační komplikace

Po resekci žaludku mohou nastat stavy jako dumpingový syndrom, syndrom přívodné kličky, syndrom odvodné kličky, vřed v anastomóze, karcinom pahýlu a refluxní gastritida.

Dumpingový syndrom je soubor příznaků, který je způsoben rychlým přesunem chymu do jejunu, kde způsobí dilataci jejunu. Nejčastěji se objevuje po resekci Billroth II. Časný dumpingový syndrom se objeví krátce po příjmu potravy. Prvotní příznak vidíme už na první pohled, pacient se začne červenat. Dalšími příznaky jsou hypotenze, závrať, palpitate, pocení, zvracení a průjem. Léčba je konzervativní, menší porce jídla v kratších intervalech. Pokud selže konzervativní léčba, je indikovaná operační léčba. Pozdní dumpingový syndrom vzniká za 1 – 3 hodiny po najedení. U pacienta dochází k hypoglykémii se zvýšenou produkcí inzulínu. Léčbou je dieta s omezením cukrů.

Syndrom přívodné kličky je způsoben uzávěrem kličky jejunu, často vzniká po operaci Billroth II. V kličce dochází k hromadění a městnání obsahu. Nemocný si stěžuje na pocit plnosti po jídle a zvracení, které přináší úlevu. Léčba je operační, například gastrojejunoanastomóza.

Syndrom odvodné kličky je podobný jako syndrom přívodné kličky. Dochází při něm k obstrukci odvodné kličky. Objevuje se po operaci Billroth II nebo po gastrojejunoanastomóze. Mezi příznaky patří zvracení a křeče v břiše po jídle. Léčba spočívá v revizi anastomózy.

Refluxní gastritida je způsobena refluxem duodenálního obsahu do žaludku, při kterém dochází ke snižování kyseliny chlorovodíkové. Refluxní gastritida je označována za prekancerózu. Léčba je konzervativní, užívají se antacida.

Po několika letech po operaci, nejčastěji po Billroth II, se objevuje karcinom pahýlu žaludku. Příčinou je refluxní gastritida. Léčba je pouze operační, totální gastrektomie (Pokrivčák, 2014, s. 112-113; Ferko et al., 2015, s. 247-249).

Po vagotomii mohou nastat postvagogotomické stavy jako dysfagie, refluxní ezofagitida, recidiva vředu, postavagogotický průjem a denervační syndrom žaludku. Dysfagie je stav, při kterém má nemocný potíže s polykáním, má pocit cizího tělesa v krku. Tento stav nastává po vagotomii u 1 – 7 % pacientů. Refluxní ezofagitida vzniká při insuficienci dolního jícnové svěrače, prevencí je fundoplikace při prvotní operaci. Denervační syndrom žaludku je porucha vyprazdňování žaludku. Pacientům se doporučuje jíst po menších dávkách a užívat prokinetika. Pokud nezabírá konzervativní léčba, je možná resekce žaludku nebo pyloroplastika. U postvagogotomického průjmu není příčina známá. Léčbou jsou antidiarika. Recidiva vředu po vagotomii závisí na provedení operace. Pokud není provedena kompletní vagotomie, může vzniknout vřed znovu (Ferko et al., 2015, s. 249-250).

4 KOMPLIKACE

Mezi nejčastější komplikace vředové choroby gastroduodena patří krvácení, perforace, penetrace a stenóza. Komplikace mohou být akutní nebo chronické. I přesto, že je vředová choroba gastroduodena v dnešní době dobře léčitelná, bohužel stále dochází ke komplikacím, které mohou být úplně prvním projevem vředové choroby gastroduodena (Hoskovec, 2020, s. 183).

4.1 Krvácení

Krvácení je nejčastější komplikací gastroduodenálního vředu. Úmrtnost je až 10 %. Vyskytuje se u 40 - 150 /100 000 osob (Hoskovec, 2020, s. 191-192). Mezi nejčastější příčiny patří infekce *Helicobacter pylori* a užívání NSAID. Pacienti užívající antikoagulantia mají vyšší riziko krvácení gastrointestinálního traktu. Bylo zjištěno, že pacienti, kteří užívají selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), mají vyšší riziko krvácení z vředů o 55 %. Pokud zároveň pacienti užívají SSRI a NSAID, toto riziko ještě roste (Wilkins et al., 2020, s. 279).

Krvácení je okultní a zřejmé. Okultní krvácení se projeví pomalými krevními ztrátami, které se projeví jen v laboratorních výsledcích snížením hemoglobinu. Pokud je přítomna meléna nebo hemateméza, krvácení se nazývá zřejmé (Ferko et al., 2015, s. 218). Meléna je černá, dehtovitá, sladce a silně zapáchající stolice, která vzniká natrávením krve. Hemateméza je zvracení jasně červené nebo tmavé krve (Libová et al., 2019, s. 90). Krvácení může způsobit život ohrožující stav, který se projeví jako tachykardie, hypotenze, tachypnoe, nitkovitý pulz, únava, slabost, studená opocená mramorová kůže, snížená diuréza a porucha vědomí (Hoskovec, 2020, s. 199; Ferko et al., 2015, s. 218).

Diagnostika začíná anamnézou, laboratorním vyšetřením a fyzikálním vyšetřením. Při zjišťování anamnézy jsou velmi podstatné informace o antikoagulační léčbě, předchozím krvácení z vředů, užívání NSAID a železa. Stolice v tomto případě může napodobovat vzhled melény (Keil et al., 2015, s. 686-687). Z fyzikálního vyšetření se provádí vyšetření per rektum, při kterém se hodnotí barva stolice. Při laboratorní diagnostice jsou důležité hodnoty krevního obrazu, koagulace, biochemické soubory a krevní skupina. Základní diagnostickou metodou je endoskopie, popřípadě výpočetní tomografie (CT). Při CT vyšetření se aplikuje intravenózně kontrastní látka a následně se identifikuje zdroj krvácení. Gastroskopie je zlatý standard při diagnostice a léčbě gastroduodenálního vředu, měla by být provedena co nejdříve, maximálně do 24 hodin (Hoskovec, 2020, s. 193-194, 197).

Je vytvořeno několik klasifikací k určení rizika krvácení, které rozdělují pacienty do 3 kategorií. S nízkým, se středním a s vysokým rizikem krvácení. Mezi skórovací systémy patří Glasgow – Blatchfordovo skóre, Rockalovo skóre a bodovací systém AIMS 65.

Glasgow – Blatchfordovo skóre se používá k určení rizika krvácení a využívá výsledky krve pacienta, především biochemické hodnoty. Hodnotí se hemoglobin, močovina v krvi, systolický tlak, tep, meléna, synkopa, jaterní choroba a srdeční selhání (Tham et al., 2017, s. 16). Podle bodování lze určit, jak naléhavě pacienti potřebují endoskopické ošetření. Pacienti se skóre 0 - 1 nevyžadují brzkou endoskopii ani hospitalizaci. Podle české studie lze za bezpečnou ambulantní léčbu zvážit i skóre ≤ 2 . U pacientů se skóre ≥ 10 se předpokládají závažné endoskopickými nálezy a těžký průběh nemoci (Tesaříková et al., 2020, s. 320).

Rockalovo skóre bylo vytvořeno v roce 1996 a určuje riziko úmrtí a riziko krvácení. Znázorňuje údaje pacienta před endoskopickým výkonem a po něm (Hoskovec, 2020, s. 197). Hodnotí věk, komorbidity, šok, diagnózu a endoskopický nález. Pokud je skóre menší než 3, předpovídá se dobrá prognóza. Naopak skóre větší než 8 souvisí s vysokou mortalitou (Keil et al., 2015, s. 686).

AIMS je bodovací systém, který zohledňuje albumin, INR, Glasgowskou stupnici, krevní tlak a věk. Než bude moci být široce používán, musí být ověřen v různých zemích a u různých etnik (Tham et al., 2017, s. 16-17).

U pacienta je velmi důležité mít zajištěný žilní přístup. Nejčastěji se zavádějí 2 periferní žilní kanyly a podává se infuzní terapie jako je fyziologický roztok, dextran, celafundin nebo haemaccel (Zadák a Havel, 2017, s. 256-257). Monitorují se životní funkce, provádí se korekce vnitřního prostředí, pokud je potřeba, zahájí se oxygenoterapie nebo umělá plicní ventilace. Pokud je hemoglobin nižší než 70 - 90 g/l, podávají se transfuze. U pacientů s ischemickou chorobou srdeční je snaha o udržení hemoglobinu okolo 100 g/l (Martínek a Trunečka, 2021, s. 676).

Ve farmakologické léčbě hrají důležitou roli PPI. Pacientům se po endoskopické zástavě krvácení podávají prvních 72 hodin kontinuálně intravenózně vysoké dávky PPI, podává se Omeprazol nebo Pantoprazol bolusově 40 mg a dále 8 mg/h 2 - 3x denně (Martínek a Trunečka, 2021, s. 676). Všem pacientům s krvácejícím vředem se doporučuje užívat PPI dalších 6 - 8 týdnů, neboť PPI snižují riziko opětovného krvácení. Delší užívání

PPI je doporučeno u pacientů, kteří užívají i NSAID, nebo u pacientů s infekcí *Helicobacter pylori* (Tarasconi et al., 2020, s. 15). Pokud má pacient poruchu koagulace, je nutná korekce INR, nejlépe pod 2,5. Snížit se může pomocí podání plasmy, vitamínu K nebo protrombinového komplexu. Před endoskopií se vysazují antikoagulantia, jako jsou warfarin, heparin a přímo působící perorální antikoagulantia. Další postup se konzultuje s kardiologem. Dále se používá prokinetický lék Erytromycin, který se podává 30 - 120 min před endoskopií a zajistí lepší viditelnost vyprázdněním žaludku. Tento lék ale není v České republice dostupný, jako náhrada se používá Metoklopramid (Martínek a Trunečka, 2021, s. 676-677).

Endoskopický náález se hodnotí dle Forrestovy klasifikace, která dále určí následující postup. Forrest Ia (stříkající krvácení), Ib (sáknoucí krvácení) a IIa (nekrvácející viditelná céva) vyžadují endoskopické ošetření vždy. Při Forrest Ib (přisedlé koagulum) se endoskopické ošetření zvažuje individuálně. Dále se popisuje Forrest IIc (hematinové skvrny) a III (čistá spodina), který jsou níže rizikový a další endoskopická léčba není potřebná (Hoskovec, 2020, s. 202).

Při endoskopii se krvácení zastaví několika způsoby. Jedním ze způsobů je injekční aplikace ředěného adrenalinu v poměru 1: 10 000 do krvácejícího vředu. Adrenalin způsobí zmírnění až zástavu krvácení. Často se používá i v kombinaci s dalšími druhy léčby. Další možností zástavy krvácení je termální metoda. Při této metodě se přikládá sonda ke krvácejícímu vředu a pomocí tepelné energie dojde k zástavě krvácení. Existují sondy bipolární a monopolární. Při mechanická zástavě krvácení se používají klipy, které se zavádějí pracovním kanálem endoskopu. Klipy mají různé velikosti a tvary. Tato metoda snižuje riziko opětovného krvácení až o 78 %. Často se všechny tyto metody kombinují. (Hoskovec, 2020, s. 202-204; Tham et al., 2017, s. 199-200). Existují i větší a silnější klipy tzv. OVESCO. Tyto klipy jsou schopny zastavit krvácení u arterií v průměru > 2 mm. OVESCO jsou schopny zachytit větší množství tkáně. Jako dva problémy jsou popisovány vyšší cena a náročnější zavedení. Nejnovější metodou pro zástavu krvácení je lokální hemostatický sprej (Hemospray, EndoClot). Hemospray se aplikuje na krvácející oblast, a tím způsobí rychlou zástavu krvácení. Využívá se k plošné zástavě krvácení nebo pomáhá k úplné zástavě krvácení i s jinými metodami jako jsou klipy nebo opich adrenalinem. Výhodou je, že nedochází k poškození okolních tkání. Jednou z nevýhod je vysoká cena (Keil et al., 2015, s. 689-689; Krška et al., 2021, s. 92; Hoskovec, 2020, s. 204-205). Yau et

al. (2014, s. 72) uvádějí ve studii, která probíhala od roku 2012 do roku 2013, že Hemospray byl úspěšný v 93,3 % případech.

U pacientů, u kterých není možné endoskopické ošetření a nemohou podstoupit chirurgickou léčbu, je možné provést angiografii s embolizací krvácející cévy. Přístup je přes femorální tepnu a následuje zobrazení cév. Pomocí mikrospirály nebo Spongostanem je provedena embolizace krvácející cévy (Hoskovec, 2020, s. 208-209). Úspěšnost výkonu dosahuje až 98 %. Komplikací je ischemie okolních orgánů jako jsou střeva, játra, slezina, ale i žaludek (Krška et al., 2017, s. 101).

Chirurgická léčba je nutná, pokud selhala konzervativní, endoskopická nebo radiologická léčba nebo pokud není možné provést jednu z předchozích metod. Až 80 - 95 % krvácejících vředů indikovaných k chirurgické léčbě je v oblasti bulbu duodena nebo antra pyloru. Chirurgické výkony se dělí na lokální a definitivní výkony. Lokální výkony jsou prováděny z gastrotomie nebo duodenotomie. Patří mezi ně lokální výkony bez/s excizí vředu, lokální výkony bez/s excizí vředu s ošetřením přívodné cévy a lokální výkony doplněné vagotomií. Jedná se o snazší výkony jako jsou sutura vředu, opich vředu, opich cévy, opich cévy na spodině s excizí vředu a další. Rizikem těchto operací je recidiva krvácení. Lokální výkon doplněný vagotomií se provádí méně často než dříve, neboť se zjistilo, že kontinuální podávání PPI a eradikace *Helicobacter pylori* mají stejný účinek. Mezi definitivní výkony řadíme resekční výkony, resekční výkony s vagotomií, plastiku pyloru a gastroenteroanastomózu (Krška et al., 2017, s. 102-103).

4.2 Perforace

Na druhém místě nejčastějších komplikací vředové choroby gastroduodena, hned za krvácením, je perforace vředu. Až u 30 % pacientů dochází k úmrtí. Užívání NSAID a infekce *Helicobacter pylori* jsou nejčastější příčinou perforace peptických vředů (Tham et al., 2017, s. 274). Při perforaci dochází k otevřenému prostoru mezi trávicí soustavou a dutinou břišní.

Mezi typické symptomy perforace patří náhlá, krutá, silná bolest v okolí epigastria, která se dále rozšiřuje do okolí celého břicha. Pacienti ji přirovnávají k dýkové bolesti (Vodička, 2014, s. 148). Pacient zvrací, má nauzeu, bývá opocený, bledý, schvácený a vyhledává úlevovou polohu. Mezi další symptomy řadíme tachykardii, hypotenzi a teplotu. Po 2 - 6 hodinách u pacienta dochází ke zmírnění bolesti, která je ale stálá při pohybu. Ostatní příznaky stále přetrvávají. Po této fázi dochází ke zhoršení všech příznaků. U pacientů

obézních, pod vlivem alkoholu, léčených kortikoidy, strašících nemocných nebo dětí, mohou být příznaky skryté (Hoskovec, 2020, s. 185-186; Chung et al., 2017, s. 3).

U pacienta, u kterého je podezření na perforaci peptického vředu, by mělo být vyšetření provedeno urgentně. Provádí se fyzikální vyšetření, na pohmat je břicho velmi bolestivé a citlivé. Mezi další fyzikální vyšetření patří vyšetření per rectum. Ze zobrazovacích metod se využívá výpočetní tomografie, rentgenové vyšetření a ultrasonografie. CT vyšetření se provádí na levém boku a má 98 % diagnostickou přesnost. Až 12 % případů má fyziologický nález na CT. Z tohoto důvodu se může zlepšit diagnostika podáním kontrastní látky rozpustné ve vodě perorálně nebo nasogastrickou sondou. Další možností ze zobrazovacích metod je rentgenové vyšetření, které je jedním z dostupných a levnějších vyšetření. Rentgenový snímek břicha a hrudníku se provádí z důvodu zjištění přítomnosti volného vzduchu. Bohužel ne u všech snímků je patrný tento znak, proto by mělo být první volbou CT vyšetření. Ne však všechny nemocnice mají k dispozici CT, a proto i dnes má rentgenové vyšetření důležitou roli. Pokud je viditelný volný vzduch a pacient má typické příznaky, je indikován k chirurgickému řešení. V laboratorních výsledcích se objevuje leukocytóza, zvýšený C - reaktivní protein a zvýšené sérum amyláz (Stern et al., 2021, s. 5-7; Tarasconi et al., 2020, s. 4).

Pacientovi se zavede nasogastrická sonda a podávají se intravenózně PPI, krystaloidy, analgetika a širokospektrá antibiotika, z důvodu vysokého rizika vzniku sepse. Často se kombinuje Cefalosporin a Metronidazol. PPI pomáhají ke zhojení perforovaného vředu. Základem je chirurgická léčba, kterou je možné provést laparoskopicky nebo laparotomicky. Při chirurgickém výkonu se provádí výplach peritonea a následná sutura omenta (Stern et al., 2021, s. 7). Mnoho studií se zabývá tím, zda je pro pacienta lepší laparoskopická nebo laparotomická operace. Cirocchi et al. (2018) porovnávali v metaanalýze otevřenou a laparoskopickou operaci. Do analýzy bylo zahrnuto 615 pacientů, z toho 307 podstupovalo laparoskopickou operaci a 308 otevřenou operaci. Výsledky ukazovaly, že u stabilních pacientů by měla být provedena laparoskopická operace. Naopak u nestabilních pacientů se doporučuje laparotomická operace (Tarasconi et al., 2020, s. 7). Pokud je pacient stabilní a při gastrokopii je nalezen perforovaný vřed, který je ale zacelený, je možná konzervativní léčba, která zahrnuje nasogastrické odsávání a podávání intravenózně širokospektrých antibiotik, PPI a antisekrecčních léků (Tham et al., 2017, s. 276-277; Stern et al., 2021, s. 8).

4.3 Stenóza

Dříve byla stenóza častou komplikací vředové choroby gastrodudoena. V dnešní době se snížil její výskyt a objevuje se u 1 - 5 % komplikovaných vředů. Setkáváme se s ní u neléčených pacientů, u starších pacientů nebo u pacientů, kteří mají sníženou dostupnost zdravotní péče (Hoskovec, 2020, s. 210). Často se vyskytuje v oblasti pylorického kanálu nebo duodena.

Mezi typické symptomy patří zvracení, ztráta chuti k jídlu, nadýmání a dyspeptické potíže. Pacienti popisují tlakovou bolest v epigastriu. Z důvodu zvracení velkých objemů dochází k dehydrataci, k metabolické alkalóze nebo k hypokalemii. Pokud potíže trvají delší dobu, dochází k váhovému úbytku.

V diagnostice stenózy se nejvíce uplatňuje CT vyšetření a endoskopie, při které se v průběhu výkonu odebrává biopsie z důvodu vyloučení malignity. Dalšími metodami jsou endosonografie a rentgenové kontrastní vyšetření (Zavoral, 2021, s. 494).

U pacientů musí být provedena náhrada tekutin fyziologickým roztokem a korekce vnitřního prostředí, podávají se intravenózně PPI. Základní léčebnou metodou je balónková dilatace. Balónkový dilatátor se zavede přes pracovní kanál endoskopu do žaludku, následně se balónek naplní tekutinou a několik minut je přiložený v místě stenózy. Při balónkové dilataci v některých případech dochází ke komplikaci jako je krvácení nebo perforace. Tyto komplikace se vyskytují častěji při použití balónkového dilatátoru v průměru větším než 15 mm. Bohužel až u 80 % případů dochází v budoucnu k restenóze. Další metodou léčby je elektrochirurgický řez pomocí jehlového nože a endoskopická ultrazvukem řízená gastroenterostomie (EUS - GE) s použitím kovových stentů, která byla poprvé popsána v roce 2012. U pacientů, u kterých selhala endoskopická léčba, je možná chirurgická léčba (Jeong a Lee, 2020, s. 10-12). Nejčastěji se provádí distální resekce žaludku s obnovením kontinuity nebo gastroenteroanastomóza, která se provádí u starších, polymorbidních pacientů. Alternativou je pyloroplastika (Hoskovec, 2020, s. 215).

4.4 Penetrace

Penetrace je stav, kdy dojde k průniku peptického vředu skrz žaludek nebo duodenum do okolních struktur. Vřed následně poškodí okolní orgány, jako jsou slinivka břišní, žlučník a žlučové cesty, spodina jaterního laloku, omentum a tračník. Projevuje se změnou bolesti, která se stává intenzivnější, trvalou a propaguje se do hrudníku nebo do

beder. Vředy v oblasti pyloru penetrují často do duodena a následně vznikají gastroduodenální píštěle (Hoskovec, 2020, s. 179; Zavoral, 2021, s. 493-494). Pokud peptický vřed penetruje do tlustého střeva, projeví se u pacienta průjmem. V diagnostice se uplatňuje anamnéza, fyzikální vyšetření, endoskopie a zobrazovací vyšetření jako je kontrastní rentgen nebo CT s perorálně podanou kontrastní látkou. U prosté penetrace je možné vřed léčit konzervativně podáváním PPI. Nejčastěji se využívá léčba chirurgická, při které se provádí resekce žaludku nebo trunkální vagotomie s gastroenteroanastomózou (Ferko et al., 2015, s. 246).

4.5 Malignizace

Jedná se o méně než 1 % případů. Větší opatrnost by měla být u vředů v atypické lokalizaci a u vředů nereagujících na konzervativní léčbu (Ferko et al., 2015, s. 247). Rizikové faktory jsou infekce *Helicobacter pylori*, kouření, adenomatozní polyp žaludku a předchozí resekce Billroth II pro benigní lézi. Ohroženější skupinou jsou muži. Základní léčebnou metodou je endoskopie. U žaludečního vředu je velmi důležité provést při endoskopii biopsii z důvodu vyloučení malignity. Zobrazovací metody zahrnují CT vyšetření, endosonografii, PET/CT a scintigrafii skeletu. Základní léčba je chirurgická, kdy se provádí resekce žaludku. Další možností u pokročilých nádorů je chemoterapie nebo radioterapie s následnou resekcí žaludku. U metastazujících nádorů se indikuje paliativní léčba, která zahrnuje paliativní resekcii a následné zajištění výživy gastrostomií nebo jejunostomií (Pokrivčák, 2014, s. 108-109, 114-115).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Vředová choroba gastroduodena je jedním z nejčastějších onemocnění trávicího traktu. Postihuje až 4 miliony lidí ročně (Chung et al., 2017, s. 2). Prevalence se pohybuje 5 – 10 %. V dnešní době incidence onemocnění klesá z důvodu zlepšení hygienických podmínek, zlepšení diagnostiky a léčby infekce *Helicobacter pylori* (Malik et al., 2022, s. 4). I přesto, že je v dnešní době onemocnění dobře léčitelné, dochází ke komplikacím, které mohou pacienta ohrozit na životě. Komplikace jsou někdy prvním projevem onemocnění, vyskytují se až u 25 % nemocných. Mezi komplikace vředové choroby řadíme krvácení, perforaci, penetraci, stenózu a maligní zvrát (Hoskovec, 2020, s. 177-183). Krvácení je nejčastější komplikací onemocnění, způsobuje až 40 % všech úmrtí souvisejících s vředovou chorobou. V České republice bylo v roce 2019, podle údajů ÚZIS, hospitalizováno 6 447 pacientů s vředovou chorobou gastroduodena, z toho 630 pacientů bylo operováno. Z celkového počtu hospitalizovaných pacientů bylo 3 610 pacientů s žaludečním vředem a 2 622 pacientů s dvanáctníkovým vředem (ÚZIS, 2019, s. 45, 47).

Vředová choroba může pacientovi významně zhoršit kvalitu života nemocného tím, že ho omezuje ve vykonávání každodenních činností. Nemoc zhoršuje fyzickou, psychickou i sociální oblast. Byla formulována hlavní otázka: Jaká je kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena?

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena.

6.2 Dílčí cíle a výzkumné předpoklady

Dílčí cíl 1: Zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena spokojeni v oblasti fyzického zdraví.

Předpoklad 1: Předpokládáme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena je v oblasti fyzického zdraví vyšší u mužů než u žen.

Kritérium: V doméně fyzické zdraví budou mít muži vyšší hodnotu hrubého skóre než ženy.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou spokojeni v oblasti prožívání.

Předpoklad 2: Předpokládáme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena je v oblasti prožívání vyšší u mužů než u žen.

Kritérium: V doméně prožívání budou mít muži vyšší hodnotu hrubého skóre než ženy.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou spokojeni v oblasti sociálních vztahů.

Předpoklad 3: Předpokládáme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena je v oblasti sociálních vztahů vyšší u žen než u mužů.

Kritérium: V doméně sociální vztahy budou mít ženy vyšší hodnotu hrubého skóre než muži.

Dílčí cíl 4: Zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou spokojeni v oblasti prostředí.

Předpoklad 4: Předpokládáme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena je v oblasti prostředí vyšší u mužů než u žen.

Kritérium: V doméně prostředí budou mít muži vyšší hodnotu hrubého skóre než ženy.

6.3 Operacionalizace pojmů

Kvalita života = individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu k systému hodnot, kultuře a životním cílům. Někdy bývá chápána jako rozdíl mezi skutečností a individuálním očekáváním. Je závislá na zdraví, psychickém stavu, sociálních vztazích a životním prostředí (Vokurka a Hugo, 2015, s. 549).

Vředová choroba = stav, kdy peptický vřed vznikne v místě, které je přirozeně odolné proti agresivitě žaludečních šťáv. Peptický vřed je definován jako slizniční defekt, který zasahuje skrz lamina muscularis mucosae (Hoskovec, 2020, s. 170).

Komplikace = nežádoucí stav nebo onemocnění, ke kterému může dojít v průběhu nemoci (Vokurka a Hugo, 2015, s. 530).

Fyzické zdraví = oblast, která zahrnuje fyzickou kondici, spánek, energii a bolest (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 17).

Prožívání = oblast, která se zabývá psychologickým zdravím, náladou a vnímáním okolí (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 17).

Sociální vztahy = oblast mezilidských vztahů. Spokojenost s osobními vztahy a sociální podporou (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 17).

Prostředí = oblast, která popisuje životní podmínky, bezpečí, finanční situaci a kvalitu péče (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 17).

METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

6.4 Metodologie výzkumu

Pro bakalářskou práci byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda, která využívá standardizované měřicí nástroje. Tato metoda se vyznačuje velkým počtem respondentů. Pro kvantitativní výzkum je typický hypoteticko – deduktivní přístup, který empiricky testuje hypotézy. Hypotéza je výrok o dvou nebo více proměnných. Pro kvantitativní výzkum je charakteristická práce s daty využívající metody statistické analýzy. Realizace kvantitativního výzkumu má lineární charakter. V průběhu výzkumu se nelze vrátit k fázi, která už proběhla (Novotná et al., 2019, s. 29, 95, 117).

Pro výzkum byl zvolen standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF, který je zkrácenou metodou verze WHOQOL – 100. Dotazníky byly vytvořeny Světovou zdravotnickou organizací a jsou určeny pro hodnocení kvality života. WHOQOL – BREF obsahuje 4 oblasti (fyzické zdraví, sociální vztahy, prožívání a prostředí). Dotazník obsahuje 26 položek. 24 položek zastupují 4 domény a 2 položky hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav. Položky se hodnotí na škále od 1 do 5, čím vyšší číslo, tím vyšší kvalita života. Výsledky standardizovaného dotazníku WHOQOL – BREF se počítají jako průměrné hrubé skóry každé domény. Průměrný hrubý skór u domény fyzické zdraví se počítá ze sedmi položek (q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18). Doména prožívání je průměrným hrubým skórem ze šesti položek (q5, q6, q7, q11, q19 a q26). Průměrný hrubý skór u domény sociální vztahy se počítá ze tří položek (q20, q21 a q22). Doména prostředí představuje průměrnou hodnotu z osmi položek (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25). Hrubé skóry se pohybují v rozmezí 4 až 20, kde platí čím vyšší hodnota, tím vyšší kvalita života (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 17). K dotazníku byla doplněna jedna otázka na pohlaví.

6.5 Charakteristika sledovaného souboru

Výběr respondentů byl záměrný. Jednalo se o pacienty s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena. Dalším kritériem pro výběr respondentů byl věk 18 – 65 let. Byl sledován počet vyplněných dotazníků. Ve chvíli, kdy bylo nasyceno očekávané množství mužů, zastavilo se oslovení mužů a následně se oslovovaly pouze ženy z důvodu rovnoměrného souboru respondentů. Vyplnění dotazníku bylo anonymní.

6.6 Organizace výzkumu

Před zahájením výzkumu jsme požádali o použití standardizovaného dotazníku. Použití standardizovaného dotazníku nám bylo umožněno. Výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici Plzeň na I. Interní klinice na gastroenterologické ambulanci a lůžkovém oddělení 7 C a na Chirurgické klinice na standardním oddělení F. Výzkum zde probíhal od května 2022 do prosince 2022. Před zahájením výzkumu jsme požádali o souhlas s výzkumným šetřením Mgr. Světluší Chabrovou. Souhlas je přiložen v příloze. Z důvodu pomalého sběru dat jsme zařadili do výzkumu Karlovarskou krajskou nemocnici Cheb a Karlovy Vary. Výzkum probíhal na gastroenterologické ambulanci, na interním a chirurgickém oddělení. Zde výzkum probíhal od září 2022 do prosince 2022. Před zahájením výzkumu v Karlovarské krajské nemocnici Cheb jsme požádali o souhlas s výzkumným šetřením Mgr. Miroslavu Korseltovou, v Karlovarské krajské nemocnici Karlovy Vary jsme požádali o souhlas s výzkumným šetřením Mgr. Gabrielu Fritsch Píchovou. Oba souhlasy jsou přiloženy v příloze. Z celkového počtu 150 rozdaných dotazníků se navrátilo 119 dotazníků, z toho nebylo 15 dotazníků kompletních, proto nebyly zařazeny do výzkumného šetření.

6.7 Zpracování dat

Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel. Kvalita života byla vyhodnocena výpočtem bodových skóru podle metodiky WHOQOL – BREF. Pro zpracování statistiky byly využity tabulky, relativní a absolutní četnost. Data byla porovnávaná dle pohlaví.

7 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Tabulka 1 Četnost respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	53	51 %
Ženy	51	49 %
Celkem	104	100 %

Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů bylo 53 (51 %) mužů a 51 (49 %) žen.

Otázka č. 1 – Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka 2 Odpovědi na otázku č. 1

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi špatná	3	2	9 %	4 %
Špatná	6	4	11 %	8 %
Ani špatná, ani dobrá	12	16	23 %	31 %
Dobrá	27	23	51 %	45 %
Velmi dobrá	5	6	9 %	12 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?“ odpovídali respondenti nejčastěji „dobrá“. Muži odpovídali následovně: „velmi špatná“ uvedli 3 (9 %) muži, „špatná“ uvedlo 6 (11 %) mužů, „ani špatná, ani dobrá“ označilo 12 (23 %) mužů, „dobrá“ uvedlo 27 (51 %) mužů, „velmi dobrá“ označilo 5 (9 %) mužů. Ženy odpovídaly následovně: „velmi špatná“ uvedly 2 (4 %) ženy, „špatná“ označily 4 (8 %) ženy, „ani špatná, ani dobrá“ uvedlo 16 (31 %) žen, „dobrá“ označilo 23 (45 %) žen, „velmi dobrá“ označilo 6 (12 %) žen.

Otázka č. 2 - Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Tabulka 3 Odpovědi na otázku č. 2

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi nespokojen	2	2	4 %	4 %
Nespokojen/a	8	11	15 %	8 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/	18	15	34 %	31 %
Spokojen/a	24	21	45 %	41 %
Velmi spokojen/a	1	2	2 %	4 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“ odpovídali respondenti následovně: odpověď „velmi nespokojen/a“ uvedli 2 (4 %) muži, 8 (15 %) mužů označilo možnost „nespokojen/a“, odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 18 (34 %) mužů. Nejčastější odpověď byla „spokojen/a“, tuto odpověď označilo 24 (45 %) mužů. 1 (2 %) muž označil „velmi spokojen/a“. Ženy odpovídaly následovně: „velmi nespokojen/a“ uvedly 2 (4 %) ženy, 11 (8 %) žen uvedlo „nespokojen/a“, odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ označilo 15 (31 %) žen. Ženy nejčastěji odpovídaly „spokojen/a“, tuto odpověď označilo 21 (41 %) žen. 2 (4 %) ženy uvedly „velmi spokojen/a“.

Otázka č. 3 Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

Tabulka 4 Odpovědi na otázku č. 3

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	13	7	25 %	14 %
Trochu	12	19	23 %	37 %
Středně	22	18	42 %	35 %
Hodně	6	6	11 %	12 %
Maximálně	0	1	0 %	2 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete udělat?“ odpovídali muži nejčastěji „středně“. Tuto možnost uvedlo 22 (42 %) mužů. Odpověď „vůbec ne“ označilo 13 (25 %) mužů, 12 (23 %) mužů uvedlo „trochu“, 6 (11 %) mužů uvedlo „hodně“, možnost „maximálně“ neuvedl žádný muž (0 %). Ženy odpovídaly následovně: „vůbec ne“ uvedlo 7 (14 %) žen, „trochu“ uvedlo 19 (37 %) žen, 18 (35 %) žen označilo „středně“, odpověď „hodně“ uvedlo 6 (12 %) žen, 1 (2 %) žena označila „maximálně“.

Otázka č. 4 – Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

Tabulka 5 Odpovědi na otázku č. 4

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	7	14	13 %	27 %
Trochu	15	15	28 %	29 %
Středně	18	11	34 %	22 %
Hodně	10	10	19 %	20 %
Maximálně	3	1	6 %	2 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?“ odpovídali respondenti následovně: „vůbec ne“ uvedlo 7 (13 %) mužů, „trochu“ označilo 15 (28 %) mužů. Nejčastější odpověď byla „středně“, tuto možnost zvolilo 18 (34 %) mužů. 10 (19 %) mužů označilo „hodně“, 3 (6 %) muži označili „maximálně“. Ženy odpovídaly nejčastěji „trochu“, tuto odpověď zvolilo 15 (29 %) žen. Druhou nejčastější odpověď „vůbec ne“ uvedlo 14 (27 %) žen, následně 11 (22 %) žen označilo „středně“, odpověď „hodně“ zvolilo 10 (20 %) žen, 1 (2 %) žena označila „maximálně“.

Otázka č. 5 – Jak moc Vás těší život?

Tabulka 6 Odpovědi na otázku č. 5

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	4	0	8 %	0 %
Trochu	9	8	17 %	16 %
Středně	21	16	40 %	31 %
Hodně	12	18	23 %	35 %
Maximálně	7	9	13 %	18 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak moc Vás těší život?“ odpovídali muži následovně: odpověď „vůbec ne“ zvolili 4 (8 %) muži, „trochu“ uvedlo 9 (17 %) mužů, nejčastější odpověď byla „středně“, tuto možnost zvolilo 21 (40 %) mužů, „hodně“ zvolilo 12 (23 %) mužů, „maximálně“ uvedlo 7 (13 %) mužů. Ženy odpovídaly následovně: „vůbec ne“ neuvedla žádná žena (0 %). 8 (16 %) žen uvedlo „trochu“, 16 (31 %) žen označilo „středně“, 18 (35 %) žen uvedlo „hodně“, 9 (18 %) žen označilo „maximálně“.

Otázka č. 6 – Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

Tabulka 7 Odpovědi na otázku č. 6

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	2	2	4 %	4 %
Trochu	16	9	30 %	18 %
Středně	9	10	17 %	20 %
Hodně	14	17	26 %	33 %
Maximálně	12	13	23 %	25 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“ odpovídali muži nejčastěji „trochu“, tuto odpověď zvolilo 16 (30 %) mužů. Následovala odpověď „hodně“, kterou uvedlo 14 (26 %) mužů, „vůbec ne“ uvedli 2 (4 %) muži, „středně“ uvedlo 9 (17 %) mužů, odpověď „maximálně“ zvolilo 12 (23 %) mužů. Ženy nejčastěji odpovídaly „hodně“, tuto možnost uvedlo 17 (33 %) žen. Odpověď „vůbec ne“ uvedly 2 (4 %) ženy, 9 (18 %) žen zvolilo „trochu“, 10 (20 %) žen uvedlo „středně“, odpověď „maximálně“ uvedlo 13 (25 %) žen.

Otázka č. 7 – Jak se dokážete soustředit?

Tabulka 8 Odpovědi na otázku č. 7

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	3	1	6 %	2 %
Trochu	14	8	26 %	16 %
Středně	13	18	25 %	35 %
Hodně	17	21	32 %	41 %
Maximálně	6	3	11 %	6 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak se dokážete soustředit?“ muži odpovídali nejčastěji „hodně“, tuto možnost zvolilo 17 (32 %) mužů, následovala odpověď „trochu“, kterou uvedlo 14 (26 %) mužů, odpověď „vůbec ne“ uvedli 3 (6 %) muži, 13 (25 %) mužů zvolilo „středně“, 6 (11 %) mužů uvedlo „maximálně“. Ženy odpovídaly nejčastěji „hodně“, tuto odpověď zvolilo 21 (41 %) žen, dále ženy nejvíce odpovídaly „středně“, tuto odpověď uvedlo 18 (35 %) žen, „vůbec ne“ uvedla 1 (2 %) žena, „trochu“ zvolilo 8 (16 %) žen, „maximálně“ uvedly 3 (6 %) ženy.

Otázka č. 8 – Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Tabulka 9 Odpovědi na otázku č. 8

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	1	0	2 %	0 %
Trochu	12	8	23 %	16 %
Středně	16	18	30 %	35 %
Hodně	20	18	38 %	35 %
Maximálně	4	7	8 %	14 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?“ muži odpovídali nejčastěji „hodně“. 20 (38 %) mužů uvedlo tuto možnost. Druhou nejčastější odpovědí bylo „středně“, tuto odpověď zvolilo 16 (30 %) mužů, následovala odpověď „trochu“, kterou zvolilo 12 (23 %) mužů, „vůbec ne“ uvedl 1 (2 %) muž, „maximálně“ uvedli 4 (8 %) muži. Ženy také nejčastěji odpovídaly „hodně“, tuto možnost zvolilo 18 (35 %) žen, odpověď „středně“ uvedlo také 18 (35 %) žen, „trochu“ uvedlo 8 (16 %) žen, „maximálně“ označilo 7 (14 %) žen, odpověď „vůbec ne“ neuvedla žádná žena (0 %).

Otázka č. 9 – Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

Tabulka 10 Odpovědi na otázku č. 9

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	1	0	2 %	0 %
Trochu	9	6	17 %	12 %
Středně	24	16	45 %	31 %
Hodně	16	18	22 %	35 %
Maximálně	3	11	6 %	22 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?“ odpovídali muži následovně: „vůbec ne“ uvedl 1 (2 %) muž, „trochu“ uvedlo 9 (17 %) mužů, nejčastější odpověď byla „středně“, kterou uvedlo 24 (45 %) mužů, druhou nejčastější odpovědí bylo „hodně“, kterou uvedlo 16 (22 %) mužů, „maximálně“ zvolili 3 (6 %) muži. Ženy odpovídaly následovně: „vůbec ne“ nevedla žádná žena (0 %), „trochu“ uvedlo 6 (12 %) žen, „středně“ uvedlo 16 (31 %) žen, nejčastější odpověď byla „hodně“, kterou uvedlo 18 (35 %) žen, „maximálně“ uvedlo 11 (22 %) žen.

Otázka č. 10 – Máte dost energie pro každodenní život?

Tabulka 11 Odpovědi na otázku č. 10

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	4	2	8 %	4 %
Spíše ne	8	7	15 %	14 %
Středně	22	14	42 %	27 %
Většinou ano	13	23	25 %	45 %
Zcela	6	5	11 %	10 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Máte dost energie pro každodenní život?“ nejčastěji muži odpovídali „středně“, tuto možnost zvolilo 22 (42 %) mužů, následovala odpověď „většinou ano“, kterou zvolilo 13 (25 %) mužů, odpověď „vůbec ne“ uvedli 4 (8 %) muži, „spíše ne“ označilo 8 (15 %) mužů, odpověď „zcela“ označilo 6 (11 %) mužů. Ženy nejčastěji odpovídaly „většinou ano“, tuto možnost označilo 23 (45 %) žen. Druhou nejčastější odpovědí bylo „středně“, kterou uvedlo 14 (27 %) žen. Odpověď „vůbec ne“ uvedly 2 (4 %) ženy, „spíše ne“ uvedlo 7 (14 %) žen, „zcela“ uvedlo 5 (10 %) žen.

Otázka č. 11 – Dokáže akceptovat svůj tělesný vzhled?

Tabulka 12 Odpovědi na otázku č. 11

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	1	1	2 %	2 %
Spíše ne	3	10	6 %	20 %
Středně	25	16	47 %	31 %
Většinou ano	20	18	38 %	35 %
Zcela	4	6	8 %	12 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?“ odpovídali muži následovně: nejčastější odpověď byla „středně“, tuto odpověď zvolilo 25 (47 %) mužů, následovala odpověď „většinou ano“, kterou zvolilo 20 (38 %) mužů, „zcela“ uvedli 4 (8 %) muži, „spíše ne“ uvedli 3 (6 %) muži, „vůbec ne“ uvedl 1 (2 %) muž. Ženy odpovídaly následovně: nejčastější odpověď byla „většinou ano“, tuto odpověď zvolilo 18 (35 %) žen, následovala odpověď „středně“, kterou zvolilo 16 (31 %) žen. Další odpověď byla „spíše ne“, tuto odpověď uvedlo 10 (20 %) žen, „zcela“ uvedlo 6 (12 %) žen, „vůbec ne“ uvedla 1 (2 %) žena.

Otázka č. 12 – Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Tabulka 13 Odpovědi na otázku č. 12

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	9	6	17 %	12 %
Spíše ne	12	12	23 %	24 %
Středně	10	19	19 %	37 %
Většinou ano	21	10	40 %	20 %
Zcela	1	4	2 %	8 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?“ nejčastěji odpovídali muži „většinou ano“, tuto možnost zvolilo 21 (40 %) mužů. Druhou nejčastější odpovědí bylo „spíše ne“, kterou uvedlo 12 (23 %) mužů, následovala odpověď „středně“, kterou uvedlo 10 (19 %) mužů, odpověď „vůbec ne“ uvedlo 9 (17 %) mužů, „zcela“ uvedl 1 (2 %) muž. Ženy nejčastěji odpovídaly „středně“, tuto odpověď zvolilo 19 (37 %) žen. Další odpověď byla „spíše ne“, tuto možnost zvolilo 12 (24 %) žen, „většinou ano“ uvedlo 10 (20 %) žen, „vůbec ne“ uvedlo 6 (12 %) žen, „zcela“ uvedly 4 (8 %) ženy.

Otázka č. 13 – Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Tabulka 14 Odpovědi na otázku č. 13

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	1	0	2 %	0 %
Spíše ne	9	4	17 %	8 %
Středně	15	16	28 %	31 %
Většinou ano	22	18	42 %	35 %
Zcela	6	13	11 %	25 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?“ odpovídali muži následovně: „vůbec ne“ uvedl 1 (2 %) muž, „spíše ne“ uvedlo 9 (17 %) mužů, „středně“ uvedlo 15 (28 %) mužů, nejčastější odpovědí bylo „většinou ano“, tuto odpověď zvolilo 22 (42 %) mužů, „zcela“ uvedlo 6 (11 %) mužů. Ženy odpovídaly následovně: „vůbec ne“ nevedla žádná žena (0 %), „spíše ne“ uvedly 4 (8 %) ženy, „středně“ uvedlo 16 (31 %) žen, „většinou ano“ uvedlo 18 (35 %) žen, „zcela“ uvedlo 13 (25 %) žen.

Otázka č. 14 – Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Tabulka 15 Odpovědi na otázku č. 14

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vůbec ne	8	7	15 %	14 %
Spíše ne	14	21	26 %	41 %
Středně	22	19	42 %	37 %
Většinou ano	8	3	15 %	6 %
Zcela	1	1	2 %	2 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Máte možnost věnovat se svým zálibám?“ nejčastěji odpovídali muži „středně“, tuto možnost zvolilo 22 (42 %) mužů. Druhou nejčastější odpovědí bylo „spíše ne“, kterou zvolilo 14 (26 %) mužů. Následovala odpověď „většinou ano“, tuto odpověď uvedlo 8 (15 %) mužů, odpověď „vůbec ne“ uvedlo také 8 (15 %) mužů, „zcela“ uvedl 1 (2 %) muž. Ženy nejčastěji odpovídaly „spíše ne“, tuto odpověď zvolilo 21 (41 %) žen. Druhou nejčastější odpovědí bylo „středně“, kterou zvolilo 19 (37 %) žen. Odpověď „vůbec ne“ uvedlo 7 (14 %) žen, „většinou ano“ uvedly 3 (6 %) ženy, „zcela“ uvedla 1 (2 %) žena.

Otázka č. 15 – Jak se dokážete pohybovat?

Tabulka 16 Odpovědi na otázku č. 15

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi špatně	3	0	6 %	0 %
Špatně	12	10	23 %	20 %
Ani špatně, ani dobře	12	10	23 %	20 %
Dobře	18	22	34 %	43 %
Velmi dobře	8	9	15 %	18 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Nejčastější odpověď na otázku „Jak se dokážete pohybovat?“ byla „dobře“. Tuto odpověď zvolilo 18 (34 %) mužů. Následovala odpověď „ani špatně, ani dobře“, kterou uvedlo 12 (23 %) mužů, na odpověď „špatně“ odpovědělo také 12 (23 %) mužů. 3 (6 %) muži odpověděli „velmi špatně“, 8 (15 %) mužů odpovědělo „velmi dobře“. Nejčastější odpověď žen byla také „dobře“, tuto odpověď zvolilo 22 (43 %) žen. Další odpovědi bylo „ani špatně, ani dobře“, kterou uvedlo 10 (20 %) žen, „špatně“ uvedlo také 10 (20 %) žen, odpověď „velmi dobře“ zvolilo 9 (18 %) žen, „velmi špatně“ neuvédla žádná žena (0 %).

Otázka č. 16 – Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

Tabulka 17 Odpověď na otázku č. 16

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi nespokojen/a	2	3	4 %	6 %
Nespokojen/a	12	15	23 %	29 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	16	12	30 %	24 %
Spokojen/a	17	21	32 %	41 %
Velmi spokojen/a	6	0	11 %	0 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak jste spokojen/a se svým spánkem?“ odpovídalo nejvíce respondentů „spokojen/a“. Tuto odpověď zvolilo 17 (32 %) mužů. Další odpovědí bylo „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“, kterou uvedlo 16 (30 %) mužů. Odpověď „nespokojen/a“ uvedlo 12 (23 %) mužů, „velmi nespokojen/a“ uvedli 2 (4 %) muži, „velmi spokojen/a“ uvedlo 6 (11 %) mužů. U žen byla nejčastější odpověď také „spokojen/a“, tuto odpověď uvedlo 21 (41 %) žen. Následovala odpověď „nespokojen/a“, kterou uvedlo 15 (29 %) žen, „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 12 (24 %) žen, „velmi nespokojen/a“ uvedly 3 (6 %) ženy, „velmi spokojen/a“ nevedla žádná žena (0 %).

Otázka č. 17 – Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

Tabulka 18 Odpovědi na otázku č. 17

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi nespokojen/a	4	1	8 %	2 %
Nespokojen/a	7	9	13 %	18 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	16	11	30 %	22 %
Spokojen/a	23	26	43 %	51 %
Velmi spokojen/a	3	4	6 %	8 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?“ odpovídali muži následovně: „velmi nespokojen/a“ uvedli 4 (8 %) muži, „nespokojen/a“ uvedlo 7 (13 %) mužů, „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 16 (30 %) mužů, nejčastější odpověď byla „spokojen/a“, kterou uvedlo 23 (43 %) mužů. Odpověď „velmi spokojen/a“ uvedli 3 (6 %) muži. Ženy odpovídaly následovně: „velmi nespokojen/a“ uvedla 1 (2 %) žena, „nespokojen/a“ uvedlo 9 (18 %) žen, „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 11 (22 %) žen, nejvíce ženy odpovídaly „spokojen/a“, tuto možnost zvolilo 26 (51 %) žen. Odpověď „velmi spokojen/a“ uvedly 4 (8 %) ženy.

Otázka č. 18 – Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Tabulka 19 Odpovědi na otázku č. 18

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi nespokojen/a	3	5	6 %	10 %
Nespokojen/a	19	16	36 %	31 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	20	21	38 %	41 %
Spokojen/a	6	7	11 %	14 %
Velmi spokojen/a	5	2	9 %	4 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Nejčastější odpověď na otázku „Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?“ byla „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“, tuto odpověď zvolilo 20 (38 %) mužů a 21 (41 %) žen. Odpověď „velmi nespokojen/a“ uvedli 3 (6 %) muži, „nespokojen/a“ uvedlo 19 (36 %) mužů, „spokojen/a“ uvedlo 6 (11 %) mužů, „velmi spokojen/a“ uvedlo 5 (9 %) mužů. Ženy odpovídaly dále „nespokojen/a“, tuto odpověď zvolilo 16 (31 %) žen, „spokojen/a“ uvedlo 7 (14 %) žen, „velmi nespokojen/a“ uvedlo 5 (10 %) žen, „velmi spokojen/a“ uvedly 2 (4 %) ženy.

Otázka č. 19 – Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

Tabulka 20 Odpovědi na otázku č. 19

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi nespokojen/a	1	1	2 %	2 %
Nespokojen/a	10	6	19 %	12 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	16	16	30 %	31 %
Spokojen/a	19	21	36 %	41 %
Velmi spokojen/a	7	7	13 %	14 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?“ odpovídali muži následovně: „velmi nespokojen/a“ uvedl 1 (2 %) muž, „nespokojen/a“ uvedlo 10 (19 %) mužů, „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 16 (30 %) mužů, nejčastější odpověď byla „spokojen/a“, kterou uvedlo 19 (36 %) mužů, „velmi spokojen/a“ uvedlo 7 (13 %) mužů. Ženy odpovídaly následovně: „velmi nespokojen/a“ uvedla 1 (2 %) žena, „nespokojen/a“ uvedlo 6 (12 %) žen, „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 16 (31 %) žen, nejčastější odpovědí bylo také „spokojen/a“, tuto odpověď zvolilo 21 (41 %) žen, odpověď „velmi spokojen/a“ uvedlo 7 (14 %) žen.

Otázka č. 20 – Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

Tabulka 21 Odpovědi na otázku č. 20

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi nespokojen/a	1	1	2 %	2 %
Nespokojen/a	10	1	19 %	2 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	9	14	17 %	27 %
Spokojen/a	26	20	49 %	39 %
Velmi spokojen/a	7	15	13 %	29 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Nejčastější odpověď na otázku „Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?“ byla „spokojen/a“. Tuto odpověď označilo 26 (49 %) mužů a 20 (39 %) žen. Muži dále odpovídali „nespokojen/a“, tuto možnost zvolilo 10 (19 %) mužů, „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 9 (17 %) mužů, „velmi spokojen/a“ uvedlo 7 (13 %) mužů, „velmi nespokojen/a“ uvedl 1 (2 %) muž. Druhou nejčastější odpovědí u žen bylo „velmi spokojen/a“, tuto odpověď uvedlo 15 (29 %) žen. Ženy dále odpovídaly „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“, tuto odpověď uvedlo 14 (27 %) žen, „nespokojen/a“ uvedla 1 (2 %) žena, „velmi nespokojen/a“ uvedla také 1 (2 %) žena.

Otázka č. 21 – Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

Tabulka 22 Odpovědi na otázku č. 21

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi nespokojen/a	4	3	8 %	6 %
Nespokojen/a	6	5	11 %	10 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	19	12	36 %	24 %
Spokojen/a	20	17	38 %	33 %
Velmi spokojen/a	4	14	8 %	27 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?“ muži odpovídali následovně: „velmi nespokojen/a“ uvedli 4 (8 %) muži, „nespokojen/a“ uvedlo 6 (11 %) mužů, „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 19 (36 %) mužů, nejčastější odpověď byla „spokojen/a“, tuto odpověď zvolilo 20 (38 %) mužů, „velmi spokojen/a“ uvedli 4 (8 %) muži. Ženy odpovídaly následovně: „velmi nespokojen/a“ uvedly 3 (6 %) ženy, „nespokojen/a“ uvedlo 5 (10 %) žen, „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 12 (24 %) žen, nejčastější odpověď byla „spokojen/a“, kterou uvedlo 17 (33 %) žen, „velmi spokojen/a“ uvedlo 14 (27 %) žen.

Otázka č. 22 – Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Tabulka 23 Odpovědi na otázku č. 22

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi nespokojen/a	0	2	0 %	4 %
Nespokojen/a	4	6	8 %	12 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	22	12	42 %	24 %
Spokojen/a	22	17	42 %	33 %
Velmi spokojen/a	5	14	9 %	27 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?“ odpovídali muži nejčastěji „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“, tuto odpověď zvolilo 22 (42 %) mužů. Také 22 (42 %) mužů uvedlo odpověď „spokojen/a“. Další odpovědí bylo „velmi spokojen/a“, kterou uvedlo 5 (9 %) mužů, „nespokojen/a“ uvedli 4 (8 %) muži, „velmi nespokojen/a“ neuvedl žádný muž (0 %). Nejčastější odpověď žen byla „spokojen/a“, kterou uvedlo 17 (33 %) žen. Druhou nejčastější odpovědí bylo „velmi spokojen/a“, kterou uvedlo 14 (27 %) žen, odpověď nespokojen/a“ zvolilo 6 (12 %) žen, „velmi nespokojen/a“ uvedly 2 (4 %) ženy.

Otázka č. 23 – Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

Tabulka 24 Odpovědi na otázku č. 23

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi nespokojen/a	1	1	2 %	2 %
Nespokojen/a	7	3	13 %	6 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	15	9	28 %	18 %
Spokojen/a	24	26	45 %	51 %
Velmi spokojen/a	6	12	11 %	24 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Nejčastější odpověď na otázku „Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?“ byla „spokojen/a“. Tuto odpověď uvedlo 24 (45 %) mužů a 26 (51 %) žen. Muži dále odpovídali nejčastěji „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“, tuto odpověď zvolilo 15 (28 %) mužů, následovala odpověď „nespokojen/a“, kterou uvedlo 7 (13 %) mužů, „velmi spokojen/a“ uvedlo 6 (11 %) mužů a odpověď „velmi nespokojen/a“ uvedl 1 (2 %) muž. Druhá nejčastější odpověď žen byla „velmi spokojen/a“, tuto odpověď zvolilo 12 (24 %) žen, následovala odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“, kterou uvedlo 9 (18 %) žen, „nespokojen/a“ uvedly 3 (6 %) ženy a odpověď „velmi nespokojen/a“ uvedla 1 (2 %) žena.

Otázka č. 24 – Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

Tabulka 25 Odpovědi na otázku č. 24

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi nespokojen/a	1	4	2 %	8 %
Nespokojen/a	6	2	11 %	4 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	14	17	26 %	33 %
Spokojen/a	19	17	36 %	33 %
Velmi spokojen/a	13	11	25 %	22 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

V otázce „Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?“ uvedl 1 (2 %) muž „velmi nespokojen/a“. Odpověď „nespokojen/a“ uvedlo 6 (11 %) mužů, „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 14 (26 %) mužů. Nejčastější odpověď byla „spokojen/a“, kterou uvedlo 19 (36 %) mužů. Odpověď „velmi spokojen/a“ uvedlo 13 (25 %) mužů. Nejčastější odpověď žen byla „spokojen/a“, tuto odpověď zvolilo 17 (33 %) žen. Odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo také 17 (33 %) žen. Následně odpovídaly ženy „velmi spokojen/a“, tuto odpověď zvolilo 11 (22 %) žen. Odpověď „velmi nespokojen/a“ uvedly 4 (8 %) ženy a odpověď „nespokojen/a“ uvedly 2 (4 %) ženy.

Otázka č. 25 – Jak jste spokojen/a s dopravou?

Tabulka 26 Odpovědi na otázku č. 25

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi nespokojen/a	1	2	2 %	4 %
Nespokojen/a	9	9	17 %	18 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	14	12	26 %	24 %
Spokojen/a	19	19	36 %	37 %
Velmi spokojen/a	10	9	19 %	18 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak jste spokojen/a s dopravou?“ odpovídali muži následovně: odpověď „velmi nespokojen/a“ uvedl 1 (2 %) muž, „nespokojen/a“ uvedlo 9 (17 %) mužů, „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 14 (26 %) mužů. Nejčastější odpověď byla „spokojen/a“, tuto odpověď zvolilo 19 (36 %) mužů. Odpověď „velmi spokojen/a“ uvedlo 10 (19 %) mužů. Ženy odpovídaly následovně: „velmi nespokojen/a“ uvedly 2 (4 %) ženy, „nespokojen/a“ uvedlo 9 (18 %) žen, „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 12 (24 %) žen. Nejčastější odpověď byla „spokojen/a“, kterou uvedlo 19 (37 %) žen. Odpověď „velmi spokojen/a“ uvedlo 9 (18 %) žen.

Otázka č. 26 – Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Tabulka 27 Odpovědi na otázku č. 26

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Nikdy	6	2	11 %	4 %
Někdy	17	17	32 %	33 %
Středně	12	16	23 %	31 %
Celkem často	9	12	17 %	24 %
Neustále	9	4	17 %	8 %
Celkem	53	51	100 %	100 %

Na otázku „Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?“ odpovědělo nejvíce respondentů „někdy“. Tuto odpověď zvolilo 17 (32 %) mužů a 17 (33 %) žen. Druhá nejčastější odpověď mužů byla „středně“, kterou uvedlo 12 (23 %) mužů. Následovala odpověď „celkem často“, kterou uvedlo 9 (17 %) mužů. Odpověď „neustále“ označilo také 9 (17 %) mužů, „nikdy“ uvedlo 6 (11 %) mužů. Ženy dále odpovídaly „středně“, tuto odpověď zvolilo 16 (31 %) žen, následovala odpověď „celkem často“, kterou uvedlo 12 (24 %) žen, „neustále“ uvedly 4 (8 %) ženy a odpověď „nikdy“ uvedly 2 (4 %) ženy.

V následujících čtyřech tabulkách jsou znázorněny průměrné hodnoty jednotlivých otázek pro každou doménu.

Doména 1 - Fyzické zdraví

Tabulka 28 Doména fyzické zdraví - průměrné hodnoty otázek

Otázka	Muži	Ženy
č. 3 Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	2,40	2,51
č. 4 Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	2,75	2,39
č. 10 Máte dost energie pro každodenní život?	3,17	3,43
č. 15 Jak se dokážete pohybovat?	3,30	3,59
č. 16 Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	3,25	3,00
č. 17 Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	3,26	3,45
č.18 Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	2,83	2,71

Tabulka 28 znázorňuje průměrné hodnoty otázek č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18 v doméně „fyzické zdraví“.

Doména 2 – Prožívání

Tabulka 29 Doména prožívání - průměrné hodnoty otázek

Otázka	Muži	Ženy
č. 5 Jak moc Vás těší život?	3,17	3,55
č. 6 Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	3,31	3,59
č. 7 Jak se dokážete soustředit?	3,17	3,33
č. 11 Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	3,43	3,35
č. 19 Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	3,40	3,53
č. 26 Jak často prožíváte negativní pocity jako je rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	2,96	2,98

Tabulka 29 znázorňuje průměrné hodnoty otázek č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26, které jsou obsaženy v doméně „prožívání“.

Doména 3 – Sociální vztahy

Tabulka 30 Doména sociální vztahy - průměrné hodnoty otázek

Otázka	Muži	Ženy
č. 20 Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	3,53	3,92
č. 21 Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	3,26	3,67
č. 22 Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	3,53	3,69

Tabulka 30 znázorňuje průměrné hodnoty otázek č. 20, 21 a 22, které jsou v doméně „sociální vztahy“.

Doména 4 – Prostředí

Tabulka 31 Doména prostředí - průměrné hodnoty otázek

Otázka	Muži	Ženy
č. 8 Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	3,26	3,47
č. 9 Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	3,21	3,67
č. 12 Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	2,87	2,88
č. 13 Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	3,43	3,78
č. 14 Máte možnost věnovat se svým zálibám?	2,62	2,41
č. 23 Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	3,51	3,88
Č. 24 Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	3,70	3,57
Č. 25 Jak jste spokojen/a s dopravou?	3,53	3,47

Tabulka 31 znázorňuje průměrné hodnoty otázek č. 8,9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25, které jsou v doméně „prostředí“.

Tabulka 32 Hrubé skóre domén

Doména	Celkem	Muži	Ženy
Fyzické zdraví	13,12	12,95	13,30
Prožívání	13,30	13,03	13,58
Sociální vztahy	14,38	13,76	15,03
Prostředí	13,31	13,07	13,57

Tabulka zobrazuje jednotlivé domény a jejich hrubé skóre. Nejlépe hodnocenou doménou jsou „sociální vztahy“ s hrubým skóre 14,38. Nejhůře hodnocenou doménou je „fyzické zdraví“ s hrubým skóre 13,12. Doména „prožívání“ má hrubé skóre 13,30 a doména „prostředí“ 13,31. Muži nejhůře hodnotí „fyzické zdraví“ s hrubým skóre 12,95. Naopak nejlépe hodnotí „sociální vztahy“ s hrubým skóre 13,76. Doména „prožívání“ u mužů má hrubé skóre 13,03 a doména „prostředí“ 13,07. Ženy nejhůře hodnotí „fyzické zdraví“ s hrubým skóre 13,30. Naopak nejlépe hodnotí „sociální vztahy“ s hrubým skóre 15,03. Hrubé skóre u domény „prožívání“ je 13,58 a u „prostředí“ 13,57.

Položka Q1 – Kvalita života

Tabulka 33 Hrubé skóre kvality života

Položka	Muži	Ženy
Kvalita života	3,47	3,53

Tabulka 33 znázorňuje průměrnou hodnotu otázky na kvalitu života. Průměrná hodnota otázky je u mužů 3,47 a u žen 3,53. Výsledky se hodnotí na škále od 1 - 5. Čím vyšší hodnota, tím vyšší kvalita života.

Položka Q2 – Spokojenost se zdravím

Tabulka 34 Hrubé skóre spokojenosti se zdravím

Položka	Muži	Ženy
Spokojenost se zdravím	3,26	3,20

Tabulka 34 znázorňuje průměrnou hodnotu otázky, která se zaměřuje na spokojenost se zdravím. Průměrná hodnota otázky je u mužů 3,26 a u žen 3,20. Výsledky se hodnotí na škále od 1 - 5. Čím vyšší hodnota, tím větší spokojenost se zdravím.

Před začátkem výzkumného šetření jsme si stanovili hlavní cíl a čtyři dílčí cíle. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena.

Dílčím cílem č.1 bylo zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena spokojeni v oblasti fyzického zdraví. K tomuto cíli jsme stanovili předpoklad, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena je v oblasti fyzického zdraví vyšší u mužů než u žen. Otázky, které se vztahovaly k tomu cíli byly otázky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Kritérium stanovené k tomuto cíli bylo, že v doméně fyzické zdraví budou mít muži vyšší hodnotu hrubého skóre než ženy. Předpoklad k dílčímu cíli č. 1 jsme vyvrátili. Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti fyzického zdraví vyšší u žen než u mužů.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena spokojeni v oblasti prožívání. Stanovený předpoklad k tomuto cíli zněl: předpokládáme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena je v oblasti prožívání vyšší u mužů než u žen. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Bylo stanoveno kritérium, že v doméně prožívání budou mít muži vyšší hodnotu hrubého skóre než ženy. Předpoklad k dílčímu cíli č. 2 jsme vyvrátili. Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena je v oblasti prožívání vyšší u žen než u mužů.

Dílčím cílem č. 3 bylo zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena spokojeni v oblasti sociálních vztahů. K tomuto cíli jsme stanovili předpoklad, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena je v oblasti sociálních vztahů vyšší u žen než u mužů. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 21, 22 a 23. Stanovené kritérium znělo, že v doméně sociální vztahy budou mít ženy vyšší hodnotu hrubého skóre než muži. Předpoklad k dílčímu cíli č. 3 jsme potvrdili. Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena je v oblasti sociálních vztahů vyšší u žen než u mužů.

Dílčím cílem č. 4 bylo zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena spokojeni v oblasti prostředí. Stanovili jsme předpoklad, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena je v oblasti prostředí vyšší u mužů než u žen. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Stanovili jsme kritérium, že v doméně prostředí budou mít muži vyšší hodnotu hrubého skóre než

ženy. Stanovený předpoklad k dílčímu cíli č. 4 jsme vyvrátili. Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastrodudoena je v oblasti prostředí vyšší u žen než u mužů.

DISKUZE

Bakalářská práce byla vypracována formou kvantitativního výzkumu. Byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou. Pacienti hodnotili čtyři oblasti – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dále hodnotili 2 samostatné otázky na kvalitu života a spokojenost se zdravím. Výzkumu se účastnilo celkem 104 (100 %) respondentů, z toho bylo 53 (51 %) mužů a 51 (49 %) žen. Při hledání zdrojů, které by byly srovnatelné s naší bakalářskou prací, jsme zjistili, že počet studií a kvalifikačních prací na toto téma je omezen, proto jsme k porovnání použili studie a kvalifikační práce na téma kvalita života s vředovou chorobou gastroduodena. Tyto výzkumy nebyly prováděny standardizovaným dotazníkem WHOQOL – BREF, tudíž jsme využili k porovnání jen některé části.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou spokojeni v oblasti fyzického zdraví. Ke zhodnocení oblasti fyzického zdraví se vztahují otázky číslo 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Předpokládali jsme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti fyzického zdraví vyšší u mužů než u žen. Altweck et al. (2022, s. 7) ve studii uvádí, že muži mají lepší fyzické zdraví než ženy. Doména fyzické zdraví byla hodnocena u mužů 12,95 a u žen 13,30. Celkové průměrné hrubé skóre u pacientů bylo 13,12. Vyššího skóre v doméně fyzické zdraví dosahovaly ženy. Předpoklad jsme vyvrátili. Siboni et al. (2019, s. 4) ve studii o kvalitě života u chronicky nemocných uvádí, že průměrné skóre u vředové choroby v doméně fyzické zdraví vyšlo 11,42. Na otázku (q3) „Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?“ nejvíce pacientů odpovědělo „středně“, tuto odpověď zvolilo 22 (42 %) mužů a 18 (35 %) žen. Průměrná hodnota otázky q3 je u mužů 2,40 a u žen 2,51. U mužů je tato otázka nejhůře hodnocená. Páral (2020, s. 122) charakterizuje bolest jako subjektivní vjem, vnímání bolesti je individuální. Shanshal et al. (2022, s. 3269) ve studii v roce 2021 zkoumali kvalitu života u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena. Studie byla vypracována dle dotazníku SF – 12 a výzkum pracoval se vzorkem 385 (100 %) respondentů. Studie uvádí, že nejčastěji respondenti odpovídali, že jim bolest brání ve vykonávání činností „středně“, tuto odpověď zvolilo 39,2 % respondentů. Další otázka (q4) zněla „Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?“. Muži nejčastěji volili odpověď „středně“, tuto odpověď zvolilo 18 (34 %) mužů. V této otázce ženy odpovídaly převážně „trochu“, tuto odpověď zvolilo 15 (29 %) žen. Průměrná hodnota otázky q4 je u mužů 2,75 a u žen

2,39. U žen je tato otázka nejhůře hodnocená. V další otázce (q10) „Máte dost energie pro svůj život?“ byla u žen nejčastější odpověď „většinou ano“, tuto možnost uvedlo 23 (45 %) žen. Nejčastější odpověď u mužů byla „středně“, tuto odpověď uvedlo 22 (42 %) mužů. Průměrná hodnota otázky q10 je u mužů 3,17 a u žen 3,43. Shanshal et al. (2022, s. 3269) ve studii uvádí, že respondenti na tuto otázku nejčastěji odpovídali „středně“, tuto odpověď uvedlo 28,1 % respondentů. V otázce (q15) „Jak se dokážete pohybovat“ byla nejčastější odpověď „dobře“, tuto odpověď uvedlo 22 (43 %) žen a 18 (34 %) mužů. Průměrná hodnota otázky q15 je u mužů 3,30 a u žen 3,59. Tyljáková (2013, s. 62) ve své bakalářské práci uvádí, že vředová choroba gastroduodena omezuje fyzickou aktivitu u 46 % respondentů. Další otázka (q16) zněla „Jak jste spokojen/a se svým spánkem“. V této otázce převládala u respondentů odpověď „spokojen/a“, jednalo se o 17 (32 %) mužů a 21 (41 %) žen. Překvapilo nás, že 15 (29 %) žen a 12 (23 %) mužů odpovědělo „nespokojen/a“. Vypočítaná průměrná hodnota otázky q16 je 3,25 u mužů a 3,00 u žen. Fang et al. (2019, s. 8) ve studii uvádí, že lidé s horší kvalitou spánku mají vyšší riziko vředové choroby gastroduodena. Na otázku (q17) „Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?“ odpovídalo nejvíce respondentů „spokojen/a“. Odpověď zvolilo 23 (43 %) mužů a 26 (51 %) žen. Průměrná hodnota otázky q17 je 3,26 u mužů a 3,45 u žen. Autorka Kalníková (2016, s. 41) ve své bakalářské práci uvádí, že 76 % respondentů vůbec neomezuje onemocnění v každodenních činnostech. Tyto výsledky se shodují i s výsledky autorky Tyljákové, která uvádí, že 66 % respondentů nemuselo zanechat běžných činností. V otázce (q18) „Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?“ byla nejčastější odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“. Tuto možnost zvolilo 20 (38 %) mužů a 21 (41 %) žen. Druhou nejčastější odpovědí bylo „nespokojen/a“, kterou uvedlo 19 (36 %) mužů a 16 (31 %) žen. Vypočítaná průměrná hodnota otázky q18 je 2,83 u mužů a 2,71 u žen. Dle autorky Tyljákové (2013, s. 64) muselo 14 % respondentů opustit zaměstnání z důvodu tohoto onemocnění.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou spokojeni v oblasti prožívání. K tomuto cíli se vážou otázky č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Předpokládali jsme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti prožívání vyšší u mužů než u žen. Předpoklad jsme vyvrátili. Kvalitu života v oblasti prožívání lépe hodnotily ženy, průměrné hrubé skóre je 13,58. Hrubé skóre u mužů je 13,03. Muazzam et al. (2021, s. 989-991) uvádí, že muži mají lepší duševní zdraví než ženy. Ženy obecně intenzivněji prožívají emoce a mají častěji negativní myšlenky, které jim

následně snižují kvalitu života. Pacienti s vředovou chorobou mají více emocionálních problémů než zdraví jedinci. Také autorka Poláčková Šolcová (2018, s. 71) uvádí, že v několika výzkumech bylo zjištěno, že ženy prožívají více než muži. Celkové průměrné hrubé skóre u respondentů je 13,30. Siboni et al. (2019, s. 4) ve studii uvádí, že doména prostředí byla hodnocena u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena hrubým skóre 11,82. Na otázku (q5) „Jak moc Vás těší život?“ muži nejčastěji odpovídali „středně“, učinilo tak 21 (40 %) mužů. Ženy nejčastěji uváděly „hodně“, tuto odpověď uvedlo 18 (35 %) žen. Zajímavým zjištěním bylo, že 4 (8 %) muži označili odpověď „vůbec ne“. Průměrná hodnota otázky q5 je 3,17 u mužů a 3,55 u žen. Na otázku (q6) „Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“ odpovídaly ženy nejčastěji „hodně“, tuto odpověď uvedlo 17 (33 %) žen. Zajímavá je pro nás nejčastější odpověď mužů. 16 (30 %) mužů uvedlo „trochu“. Průměrná hodnota otázky q6 je 3,31 u mužů a 3,59 u žen. Na otázku (q7) „Jak se dokážete soustředit?“ nejčastěji respondenti odpovídali „hodně“. Tuto odpověď uvedlo 17 (32 %) mužů a 21 (41 %) žen. Průměrná hodnota otázky q7 je 3,17 u mužů a 3,33 u žen. V otázce (q11) „Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?“ odpovídali muži převážně „středně“, tuto odpověď zvolilo 25 (47 %) mužů. Ženy nejčastěji odpovídaly „většinou ano“, uvedlo tak 18 (35 %) žen. Zajímavé pro nás je množství odpovědí „spíše ne“ u žen, tuto odpověď uvedlo 10 (20 %) žen. Průměrná hodnota otázky q11 je 3,43 u mužů a 3,35 u žen. V otázce (q19) „Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?“ jsme zjistili, že nejčastěji zvolenou odpovědí u mužů i u žen bylo „spokojen/a“. U mužů se jednalo o 19 (36 %) dotazovaných a u žen se jednalo o 21 (41 %) dotazovaných. Překvapil nás počet odpovědí „nespokojen/a“. Tuto odpověď uvedlo 10 (19 %) mužů a 6 (12 %) žen. Průměrná hodnota otázky q19 je 3,40 u mužů a 3,53 u žen. V otázce (q26) „Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?“ převládala u respondentů odpověď „někdy“, jednalo se o 17 (32 %) mužů a také 17 (33 %) žen. Překvapilo nás, že celkem 12 (24 %) žen a 9 (17 %) mužů uvedlo „celkem často“. Zajímavým zjištěním byla skutečnost, že 9 (17 %) mužů zažívá tyto pocity neustále. Muazzam et al. (2021, s. 990-991) uvádí, že pacienti, kteří věnují velkou emocionální pozornost nemoci a uvažují častěji nad smutkem, mají výrazně nižší kvalitu života než zdraví jedinci. Také tvrdí, že existuje souvislost mezi pesimismem a vředovou chorobou gastroduodena. Průměrná hodnota otázky q26 je nízká, u mužů je 2,96 a u žen 2,98.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena spokojeni v oblasti sociálních vztahů. K tomuto cíli se vztahují

otázky č. 21, 22 a 23. Předpokládali jsme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena je v oblasti sociálních vztahů vyšší u žen než u mužů. Předpoklad jsme potvrdili. Mezi pohlavími je výrazný rozdíl v hodnocení domény. Ženy mají průměrné hrubé skóre 15,03 a muži 13,76. Také autor Helus (2015, s. 68) uvádí, že ženy kladou větší důraz na sociální vztahy. Celkové průměrné hrubé skóre je 14,38. V našem výzkumném šetření je doména sociální vztahy nejlépe hodnocenou doménou. Siboni et al. (2019, s. 4) ve studii uvádí, že průměrné hrubé skóre vyšlo 11,63. Na otázku (q20) „Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?“ odpovídali respondenti nejčastěji „spokojen/a“. U mužů tak odpovědělo 26 (49 %) dotazovaných a u žen 20 (39 %) dotazovaných. Průměrná hodnota otázky q20 je 3,53 u mužů a 3,92 u žen. Tato otázka byla u žen nejlépe hodnocená. Na otázku (q21) „Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?“ nejčastěji odpovídali respondenti stejně, jednalo se o odpověď „spokojen/a“. Tuto odpověď uvedlo 20 (38 %) mužů a 17 (33 %) žen. „Nespokojen/a“ uvedlo 6 (11 %) mužů a 5 (10 %) žen. 4 (8 %) muži a 3 (6 %) ženy uvedli „velmi nespokojen/a“. Autorka Šrámková (2013, s. 56) uvádí, že nemoc negativně ovlivňuje sexuální život jedince. Průměrná hodnota otázky q21 je 3,26 u mužů a 3,67 u žen. V otázce (q22) „Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?“ byly u mužů nejčastější odpovědi „spokojen/a“ a „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“. Na tyto otázky odpovídal stejný počet mužů a to 22 (42 %). Ženy nejčastěji uváděly odpověď „spokojen/a“, kterou uvedlo 17 (33 %) žen. Průměrná hodnota otázky q22 je 3,53 u mužů a 3,69 u žen. Dle WHO podpora přátel a rodiny působí pozitivně na zdraví nemocného (Dosedlová, 2016, s. 41).

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, jak jsou pacienti s komplikovanou vředovou chorobou spokojeni v oblasti prostředí. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Předpokládali jsme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti prostředí vyšší u mužů než u žen. Průměrné hrubé skóre je u mužů 13,07 a u žen 13,57. Předpoklad jsme vyvrátili. Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti prostředí vyšší u žen než u mužů. V populačním průzkumu v Itálii měly ženy nižší kvalitu života v oblasti prostředí než muži (Hettich et al., 2022, s. 6). Celkové průměrné hrubé skóre domény prostředí je 13,31. Siboni et al. (2019, s. 4) ve studii uvádí, že průměrné hrubé skóre vyšlo 11,02. Na otázku (q8) „Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?“ odpovídali respondenti převážně „hodně“. Tuto odpověď uvedlo 20 (38 %) mužů a 18 (35 %) žen. Stejný počet žen označil i odpověď „středně“. Překvapilo nás, že 12 (23 %) mužů uvedlo „trochu“. Zacharová (2017, s. 37) uvádí, že pacienti vnímají

nemoc nebo následnou hospitalizaci individuálně. Jsou pacienti, kteří mají pocit, že přichází o své soukromí a pocit bezpečí. Ale také jsou lidé, kteří mají v nemocnici pocit bezpečí a hospitalizace jim vyhovuje. Průměrná hodnota otázky q8 je 3,26 u mužů a 3,47 u žen. V otázce (q9) „Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?“ převládala u mužů odpověď „středně“, tuto možnost zvolilo 24 (45 %) mužů. U žen byla nejčastější odpověď „hodně“, kterou označilo 18 (35 %) žen. Průměrná hodnota otázky q9 je 3,21 u mužů a 3,67 u žen. Na otázku (q12) „Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?“ odpovídali muži nejčastěji „většinou ano“. Tuto odpověď uvedlo 21 (40 %) mužů. Ženy nejčastěji uváděly odpověď „středně“, kterou uvedlo 19 (37 %) dotazovaných žen. Překvapilo nás, že respondenti uváděli jako druhou nejčastější odpověď „spíše ne“, tu označilo 12 (23 %) mužů a také 12 (24 %) žen. Průměrná hodnota otázky q12 je u mužů 2,87 a u 2,88 u žen. V další otázce (q13) „Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?“ byla u respondentů nejčastější odpověď „většinou ano“, kterou uvedlo 22 (42 %) mužů a 18 (35 %) žen. Průměrná hodnota otázky q13 je 3,43 u mužů a 3,78 u žen. Na otázku (q14) „Máte možnost věnovat se svým zálibám?“ nejčastěji muži odpovídali „středně“. Tuto odpověď uvedlo 22 (42 %) mužů. U žen byla nejčastější odpověď „spíše ne“, kterou uvedlo 21 (41 %) žen. Průměrná hodnota otázky q14 je 2,62 u mužů a 2,41 u žen. Nejčastější odpověď na otázku (q23) „Jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?“ byla jednoznačná, jednalo se o odpověď „spokojen/a“, tuto odpověď uvedlo 24 (45 %) mužů a 26 (51 %) žen. Průměrná hodnota otázky q23 je 3,51 u mužů a 3,88 u žen. Na otázku (q24) „Jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?“ byla nejčastější odpověď u mužů „spokojen/a“. Tuto odpověď uvedlo 19 (36 %) mužů. U žen byly dvě nejčastější odpovědi „spokojen/a“ a „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“, které uvedl stejný počet žen a to 17 (33 %). Průměrná hodnota otázky q24 je u mužů 3,70 a u žen 3,57. U mužů tato otázka byla nejlépe hodnocená. Manzoor et al. (2019, s. 11) ve studii uvádí, že spokojenost pacientů a zdravotnické služby mají mezi sebou významnou souvislost. Důležitou roli ve spokojenosti pacienta hraje lékař, který by se měl chovat k pacientům a k dalším zdravotnickým pracovníkům s respektem a zdvořile. V otázce (q25) „Jak jste spokojen/a s dopravou?“ jsme zjistili, že nejčastější zvolenou odpovědí u mužů i u žen bylo „spokojen/a“. Tuto odpověď uvedlo 19 (36 %) dotazovaných mužů a také 19 (37 %) dotazovaných žen. Průměrná hodnota otázky q25 je 3,53 u mužů a 3,47 u žen.

Na otázku (Q1) „Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?“ odpovídali respondenti nejčastěji „dobrá“. Tuto odpověď uvedlo 27 (51 %) mužů a 23 (45 %) žen. Autorka

Kalníková (2016, s. 48) ve své bakalářské práci uvádí, že 64 % respondentů je spokojeno s kvalitou života. Průměrná hodnota otázky Q1 je 3,47 u mužů a 3,53 u žen.

V otázce (Q2) „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“ byla nejčastější odpověď respondentů „spokojen/a“. Tuto odpověď uvedlo 24 (45 %) dotazovaných mužů a 21 (41 %) dotazovaných žen. Naše výsledky jsou podobné s výsledky autorky Kalníkové, která uvádí, že 60 % respondentů je spokojeno se svým celkovým zdravím Kalníková (2016, s. 48). Shanshal et al. (2022, s. 3262) ve studii uvádí, že nejčastější odpověď na spokojenost s celkovým zdravím byla „dobrá“, uvedlo ji 37,9 % respondentů. Průměrná hodnota otázky Q2 je 3,26 u mužů a 3,20 u žen.

LIMITY VÝZKUMU

V dotazníku bych přidala k otázce na pohlaví i otázku na věk: pak bychom mohli porovnávat jak pohlaví, tak věkové kategorie.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Jako doporučení pro ošetřovatelskou praxi by mohl posloužit návrh dobré ošetřovatelské praxe, který je zaměřen na odraz komplikací vředového onemocnění gastroduodena na kvalitu života jedince. Návrh je uveden v příloze. Návrh by sloužil všeobecným sestřám, které o tyto pacienty pečují. Také by mohl být použit při přípravě studentů například v rámci předmětu Ošetřovatelská péče o pacienty s chorobami GIT.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastrodudoena. V teoretické části jsme se zabývali kvalitou života a následně jsme podrobně popsali vředové onemocnění. Zaměřili jsme se na etiologii, projevy onemocnění, diagnostiku a léčbu. V neposlední řadě jsme se věnovali komplikacím onemocnění a jejich léčbou. Nástrojem výzkumu byl standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF, obsahující 26 otázek, a námi přidanou otázku na pohlaví respondentů. Výzkumu se účastnilo 104 respondentů. Stanovili jsme si 4 dílčí cíle, které byly zaměřené na kvalitu života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastrodudoena v oblasti fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a poslední dílčí cíl se vztahoval k oblasti prostředí.

K dílčím cílům jsme stanovili předpoklady. Předpoklad 1 zněl: předpokládáme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti fyzického zdraví vyšší u mužů než u žen. Tento předpoklad jsme vyvrátili. Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti fyzického zdraví vyšší u žen než u mužů. Předpoklad 2 zněl: předpokládáme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti prožívání vyšší u mužů než u žen. Tento předpoklad jsme také vyvrátili. Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti prožívání vyšší u žen než u mužů. Předpoklad 3 zněl: předpokládáme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti sociálních vztahů vyšší u žen než u mužů. Předpoklad jsme potvrdili. Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti sociálních vztahů vyšší u žen než u mužů. Poslední předpoklad zněl: předpokládáme, že kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti prostředí vyšší u mužů než u žen. Tento předpoklad jsme vyvrátili. Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou je v oblasti prostředí vyšší u žen než u mužů.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá vliv komplikované vředové choroby na kvalitu života. Pacienti nejlépe hodnotí doménu sociální vztahy, naopak nejhůře hodnocenou doménou je fyzické zdraví. Ženy mají ve všech doménách vyšší průměrné hrubé skóre než muži. Nejvýraznější rozdíl v hodnocení u mužů a žen můžeme vidět v doméně sociální vztahy.

Stanovený cíl bakalářské práce byl splněn. Získaná data mohou sloužit pro porovnání prací zaměřených na tuto problematiku. Zajímavé poznatky by mohlo přinést porovnání

kvality života i mezi věkovými kategoriemi. Další možností pro budoucí výzkum může být porovnání kvality života mezi vředovým onemocněním gastroduodena a následně také komplikovaným vředovým onemocněním gastroduodena. Zajímavé by mohlo být použití standardizovaného dotazníku WHOQOL – 100.

SEZNAM LITERATURY

- 1) ALTWECK, Laura, et al. Even Now Women Focus on Family, Men on Work: An Analysis of Employment, Marital, and Reproductive Life-Course Typologies in Relation to Change in Health-Related Quality of Life. *Applied Research in Quality of Life*, 2022, 1-19. [online]. [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11482-022-10130-3>
- 2) CIROCCHI, Roberto, et al. Meta-analysis of perioperative outcomes of acute laparoscopic versus open repair of perforated gastroduodenal ulcers. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 2018, 85.2: 417-425. [online]. [cit. 2022-11-28]. Dostupné z: https://journals.lww.com/jtrauma/Abstract/2018/08000/Meta_analysis_of_perioperative_outcomes_of_acute.26.aspx
- 3) ČEŠKA, Richard, ŠTULC, Tomáš, Vladimír TESAŘ a Milan LUKÁŠ, ed. *Interna*. 2., aktualizované vydání [brožované ve 3 svazcích]. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-885-6.
- 4) DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8458-2.
- 5) DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
- 6) DRAŽILOVÁ, S., GOMBOŠOVÁ, L., JANIČKO, M., SKLADANÝ, Ľ., VESELINÝ, E., 2020. Vybrané kapitoly z hepatologie a gastroenterologie [online]. 1. vyd. Košice: ŠafárikPress [cit. 2021-02-21]. ISBN 978-80-8152-838- 5. Dostupné z: <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2020/lf/vybrane-kapitoly-z-hepatologie-a-gastroenterologie.pdf>
- 7) DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 8) FANG, Boye, et al. Association between poor sleep quality and subsequent peptic ulcer recurrence in older patients with mild cognitive impairment: Examining the role of social engagement. *Scientific Reports*, 2019, 9.1: 2188. [online]. [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/s41598-019-38715-3>

- 9) FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, ed. *Chirurgie v kostce. 2.*, dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.
- 10) GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- 11) GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 191 stran. Sestra.
- 12) HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4674-6.
- 13) HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života.* Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2012. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
- 14) HETTICH, Nora, et al. Quality of Life: Updated Psychometric Properties and New Norm Values in a Representative German Sample Focusing Socioeconomics and Mental Health. *International Journal of Public Health*, 2022, 67: 1605188. [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.sspj-journal.org/articles/10.3389/ijph.2022.1605188/full>
- 15) HOSKOVEC, David, ed. *Onemocnění žaludku.* Praha: We Make Media, 2020. 502 s. ISBN 978-80-88400-04-2.
- 16) HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství.* Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
- 17) CHUNG, Kin Tong; SHELAT, Vishalkumar G. Perforated peptic ulcer-an update. *World journal of gastrointestinal surgery*, 2017, 9.1: 1. [online]. [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237817/>
- 18) JEONG, Su Jin; LEE, Jin. Management of gastric outlet obstruction: Focusing on endoscopic approach. *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics*, 2020, 11.2: 8. [online]. [cit. 2022-11-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7288729/pdf/WJGPT-11-8.pdf>
- 19) KALNÍKOVÁ, Miroslava. *Kvalita života u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou* [online]. Jihlava, 2016 [cit. 2023-03-07]. Dostupné z: <https://adoc.pub/queue/vysoka-kola-polytechnicka-jihlava-kvalita-ivota-pacient-s-ga.html> Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Petra Chymová.
- 20) KEIL, Radan, et al. Novinky v léčbě akutního nevarikózního krvácení do horní části gastrointestinálního traktu. *Vnitřní lékařství*, 2015, 61.7-8: 686-690. [online]. [cit. 2022-11-05]. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2015/07/18.pdf>

- 21) KONEČNÝ, Michal. Vředová choroba gastroduodenální. *Medicína pro praxi*. 2017, roč. 14, č. 4, s. 177–179. ISSN 1214-8687. DOI 10.36290/med.2017.033. Dostupné také z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/04/05.pdf>
- 22) KOTOLOVÁ, Hana, et al. Nejvýznamnější nežádoucí účinky neopioidních analgetik a jejich farmakologické mechanismy. *Praktické lékařství*, 2021, 17.1: e33-e41. [online]. [cit. 2022-10-29]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2021/01/14.pdf>
- 23) KRŠKA, Zdeněk, Vladimír FRÝBA a Miroslav ZAVORAL. *Krvácení do trávicího traktu: aktuální poznatky v diagnostice a léčbě*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2021. ISBN 978-80-7553-852-9.
- 24) LIBOVÁ, Ľubica, Hilda BALKOVÁ a Monika JANKECHOVÁ. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2466-4.
- 25) LUKÁŠ, Milan, 2018. Terapie peptického vředu. *Vnitřní lékařství* [online]. 6(64), 595-599 [cit. 2021-10-20]. Dostupné z: <http://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2018/06/03.pdf>
- 26) MALIK, Talia F.; GNANAPANDITHAN, Karthik; SINGH, Kevin. Peptic ulcer disease. 2022 [online]. [cit. 2022-10-28]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534792/>
- 27) MANZOOR, Faiza, et al. Patient satisfaction with health care services; an application of physician's behavior as a moderator. *International journal of environmental research and public health*, 2019, 16.18: 3318. [online]. [cit. 2023-03-07]. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/18/3318>
- 28) MARTÍNEK, Jan a Pavel TRUNEČKA. *Gastroenterologie a hepatologie v algoritmech*. Praha: Maxdorf, [2021]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-684-9.
- 29) MUZZAM, Amina, et al. Emotion regulation, optimism and quality of life among gastric ulcer patients. *Pakistan journal of medical sciences*, 2021, 37.4: 988. [online]. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8281170/>
- 30) NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4402-5.
- 31) NEŽÁDAL, T., 2017. Nesteroidní antirevmatika v léčbě akutní bolesti z pohledu neurologa. *Medicína pro praxi* [online]. 3(14), 142-146 [cit. 2022-10-19]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2017/03/08.pdf>

- 32) NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ, ed. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019. ISBN 978-80-7571-025-3.
- 33) PÁRAL, Jiří. *Chirurgická propedeutika: základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1235-7.
- 34) POKRIVČÁK, Tomáš. *Chirurgie*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-702-6.
- 35) POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva. *Emoce: regulace a vývoj v průběhu života: funkce a zákonitosti emocí, sociální a kulturní souvislosti, měření emocí*. Praha: Grada, 2018. *Psyché (Grada)*. ISBN 978-80-247-5128-3.
- 36) PRACNÁ, Lenka, KONEČNÝ, Michal, 2012. Příprava pacienta před endoskopickým vyšetřením zažívacího traktu. *Medicína pro praxi [online]*. 9(8-9), 362-364 [cit. 2021-03-21]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/11.pdf>
- 37) PRCHLÍKOVÁ, Barbora. *Helicobacter pylori jako etiologický a patogenetický faktor vzniku vředové choroby gastroduodenální, dysplazie a karcinomu žaludku*. In: *Sborník odborných článků-1898–2018*. Benešov: Nemocnice Rudolfa a Stefanie, 2018, s. 36–40. ISBN 978-80-270-3678-3. Dostupné také z: <https://www.hospital-bn.cz/wp-content/uploads/2019/01/sbornik-odbornych-clanku.pdf>
- 38) SANTOS, Maria Luísa Cordeiro, et al. *Helicobacter pylori infection: Betone gastric manifestations*. *World Journal of Gastroenterology*, 2020, 26.28: 4076. [online]. [cit. 2022-10-28]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7403793/>
- 39) SHANSHAL, Sadeel A., et al. *Impact of peptic ulcer disease on the quality of life: A Cross Sectional Study*. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 2022, 15.7: 3267-3272. [online]. [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Sadeel-Shanshal/publication/362350371_Impact_of_peptic_ulcer_disease_on_the_quality_of_life_A_Cross_Sectional_Study/links/630df82dacd814437feb359c/Impact-of-peptic-ulcer-disease-on-the-quality-of-life-A-Cross-Sectional-Study.pdf
- 40) SHARNDAMA, Hyelnaya Cletus; MBA, Ifeanyi Elibe. *Helicobacter pylori: An up-to-date overview on the virulence and pathogenesis mechanisms*. *Brazilian Journal of Microbiology*, 2022, 1-18. [online]. [cit. 2022-10-28]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8731681/>

- 41) SIBONI, Fatemeh Samiei, et al. Quality of life in different chronic diseases and its related factors. *International journal of preventive medicine*, 2019, 10. [online]. [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6547796/pdf/IJPVM-10-65.pdf>
- 42) STERN, Evan; SUGUMAR, Kavin; JOURNEY, Jonathan D. Peptic ulcer perforated. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing, 2021. [online]. [cit. 2022-10-30]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538326/>
- 43) SUZUKI, Sho, et al. The ideal *Helicobacter pylori* treatment for the present and the future. *Digestion*, 2022, 103.1: 62-68 [online]. [cit. 2022-11-15]. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/Abstract/519413>
- 44) ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7.
- 45) ŠVIHOVEC, Jan, Jan BULTAS, Pavel ANZENBACHER, Jaroslav CHLÁDEK, Jan PŘÍBORSKÝ, Jiří SLÍVA a Martin VOTAVA, ed. *Farmakologie*. Ilustroval Miroslav BARTÁK. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-5558-8
- 46) TAI, Foong Way David; MCALINDON, Mark E. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and the gastrointestinal tract. *Clinical Medicine*, 2021, 21.2: 131. [online]. [cit. 2022-10-29]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8002800/pdf/clinmed-21-2-131.pdf>
- 47) TARASCONI, Antonio, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World journal of emergency surgery*, 2020, 15.1: 1-24. [online]. [cit. 2022-10-30]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6947898/pdf/13017_2019_Article_283.pdf
- 48) TESAŘÍKOVÁ, Pavla, et al. Applicability of the Glasgow-Blatchford score in predicting low-risk patients with upper gastrointestinal bleeding—first data from the Czech Republic. 2020. [online]. [cit. 2022-11-05]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Lumir-Kunovsky/publication/345032260_Applicability_of_the_Glasgow-Blatchford_score_in_predicting_low-risk_patients_with_upper_gastrointestinal_bleeding_-_First_data_from_the_Czech_Republic/links/5f9f033b299bf1b53e570a12/Applicab

- ility-of-the-Glasgow-Blatchford-score-in-predicting-low-risk-patients-with-upper-gastrointestinal-bleeding-First-data-from-the-Czech-Republic.pdf
- 49) THAM, Tony C. K., John S. A. COLLINS a Roy SOETIKNO. *Urgentní gastroenterologie*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0157-3.
- 50) TYLJÁKOVÁ, Lenka. *Kvalita života pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou* [online]. Zlín, 2013 [cit. 2023-03-07]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20773/tylajkov%C3%A1_2013_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Sedláková.
- 51) Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2019* [online]. Praha [cit. 2023-01-31]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008357/hospit2019.pdf>
- 52) VODIČKA, Josef. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.
- 53) VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
- 54) WAN, Chonghua, et al. Development and validation of the peptic ulcer scale under the system of quality of life instruments for chronic diseases based on classical test theory and generalizability theory. *BMC gastroenterology*, 2020, 20.1: 1-10. [online]. [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-020-01562-y>
- 55) WEN, Zhengwei, et al. Health related quality of life in patients with chronic gastritis and peptic ulcer and factors with impact: a longitudinal study. *BMC gastroenterology*, 2014, 14: 1-10. [online]. [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-230X-14-149>
- 56) WILKINS, Thad; WHEELER, Brittany; CARPENTER, Mary. Upper gastrointestinal bleeding in adults: evaluation and management. *American family physician*, 2020, 101.5: 294-300. [online]. [cit. 2022-11-14]. Dostupné z: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0301/p294.html#>
- 57) XIE, Xin, et al. The global, regional and national burden of peptic ulcer disease from 1990 to 2019: a population-based study. *BMC gastroenterology*, 2022, 22.1: 1-13 [online]. [cit. 2022-10-29]. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12876-022-02130-2.pdf>

- 58) YAU, Alan Hoi Lun, et al. Safety and efficacy of Hemospray® in upper gastrointestinal bleeding. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2014, 28.2: 72-76. [online]. [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4071892/?report=reader>
- 59) ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0282-2.
- 60) ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.
- 61) ZAVORAL, Miroslav, ed. *Mařatkova gastroenterologie: patofyziologie, diagnostika, léčba*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-5002-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník světové zdravotnické organizace

Příloha B – Povolení sběru informací FN Plzeň

Příloha C – Souhlas s výzkumem v KKN Cheb

Příloha D – Souhlas s výzkumem v KKN Karlovy vary

Příloha E – Návrh pro dobrou ošetrovatelskou praxi

PŘÍLOHY

Příloha A - Dotazník světové zdravotnické organizace

KVALITA ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

Dobrý den,

Jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecné ošetrovatelství na Západočeské univerzitě. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a získané informace budou použity pro účely bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas.

Šarlota Plachá

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odovězte prosím na všechny otázky a vždy zakroužkujte jen jednu odpověď.**

Pohlaví: _____

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13..Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5

18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha B – Povolení sběru informací ve FN Plzeň



Vážená paní
Šarlota Plachá
Studentka oboru *Všeobecné ošetrovatelství*
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného pacientům níže uvedených pracovišť FN Plzeň:

- *Kliniky – I. Interní, chirurgická.*

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek – v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených ZOK souhlasí s Vaším postupem.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Případné údaje o zdravotním stavu respondentů, uvedené ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.
- **Pacienty / respondenty můžete oslovovat pouze ve spolupráci se staničními sestrami oslovených ZOK FN Plzeň, a to v době výkonu Vaší, školou schválené, odborné praxe a pod odborným vedením vrchních sester I. IK a CHK FN Plzeň.**

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost pacientů / respondentů či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi pacienti / respondenti pocítovali jako újmu či s dotazováním nevyslovili souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců FN Plzeň. Účast respondentů i zaměstnanců na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

14. 4. 2022

Příloha C – Žádost o provedení výzkumu v KKN Cheb



**ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMU V RÁMCI ZPRACOVÁNÍ
BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

STUDENT – Šarlota Plachá

NÁZEV VYSOKÉ ŠKOLY – Západočeská univerzita Plzeň

FAKULTA – Fakulta zdravotnických studií

OBOR – Všeobecné ošetřovatelství

E-MAIL – sarla15@seznam.cz

VEDOUČÍ PRÁCE – Mgr. Soňa Galušková, I. Interní klinika FN Plzeň

KONTAKT – galuskovas@fnplzen.cz

TÉMA – Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena

HLAVNÍ CÍL PRÁCE – Hlavním cílem mé bakalářské práce bude, zjistit, jaká je kvalita života pacientů s komplikovanou vředovou chorobou.

METODA EMPIRICKÉ ČÁSTI – Pro sběr dat bude použit strukturovaný dotazník na kvalitu života. Dotazníky budou rozdány pacientům s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena.

KONKRÉTNÍ PRACOVIŠTĚ – Gastroenterologická ambulance, interní a chirurgické oddělení

TERMÍN PŘÍPRAVY PRO EMPIRICKOU ČÁST – září až prosinec 2022

VYJÁDŘENÍ KOMPETENTNÍ OSOBY ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

S provedením výše uvedeného výzkumu SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

JMÉNO

Karlovarská krajská nemocnice a.s.
nemocnice v Chebu, IČ. 263 65 804
Mgr. Miroslava Korseltová
náměstkyně pro nelékařská povolání
tel. 354 226 227

PODPIS

v Chebu dne 13.9.2022

Příloha D – Žádost o provedení výzkumu v KNN Karlovy vary



ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMU V RÁMCI ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT – Šarlota Plachá

NÁZEV VYSOKÉ ŠKOLY – Západočeská univerzita Plzeň

FAKULTA – Fakulta zdravotnických studií

OBOR – Všeobecné ošetřovatelství

E-MAIL – sarla15@seznam.cz

VEDOUcí PRÁCE – Mgr. Soňa Galušková, I. Interní klinika FN Plzeň

KONTAKT – galuskovas@fnplzen.cz

TÉMA – Kvalita života u pacientů s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena

HLAVNÍ CÍL PRÁCE – Hlavním cílem mé bakalářské práce bude, zjistit, jaká je kvalita života pacientů s komplikovanou vředovou chorobou.

METODA EMPIRICKÉ ČÁSTI – Pro sběr dat bude použit strukturovaný dotazník na kvalitu života. Dotazníky budou rozdány pacientům s komplikovanou vředovou chorobou gastroduodena.

KONKRÉTNÍ PRACOVIŠTĚ – Gastroenterologická ambulance, interní a chirurgické oddělení

TERMÍN PŘÍPRAVY PRO EMPIRICKOU ČÁST – září až prosinec 2022

VYJÁDŘENÍ KOMPETENTNÍ OSOBY ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

S provedením výše uvedeného výzkumu **SOUHLASÍM/NE**SOUHLASÍM

JMÉNO Mgr. Gabriela Fritsch Píchová

PODPIS


Karlovarská krajská nemocnice a.s.
nemocnice v Karlových Varech, IČZ: 42008
Náměstek pro nelékařskou povolání
Tel.: č. 353 115 203 (1)

V Karlových Varech

dne 15. 9. 2022

KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ S KOMPLIKOVANOU VŘEDOVOU CHOROBOU GASTRODUODENA

Vředová choroba gastroduodeona je stav, kdy peptický vřed vznikne v místě, které je přirozeně odolné proti agresivitě žaludečních šťáv. Peptický vřed je slizniční defekt, který proniká skrz lamina muscularis mucosae. Vyskytuje se převážně v žaludku a duodenu, ale můžeme se s ním setkat i například v jícnu. Incidence onemocnění se pohybuje okolo 10 %. Nejčastější příčiny onemocnění jsou infekce *Helicobacter pylori* a nadměrné užívání nesteroidních antirevmatik (NSAID). Mezi rizikové faktory řadíme například kouření a nadměrný příjem alkoholu. Žaludeční vředy se vyskytují častěji ve vyšším věku a duodenální vředy v mladším věku. Až u 25 % pacientů se onemocnění projeví až komplikacemi jako jsou krvácení, perforace, penetrace, stenóza a maligní zvrát. Nejčastější komplikací bývá krvácení. Vyšší výskyt komplikací je u starší populace nebo pacientů užívacích NSAID. V dnešní době výskyt onemocnění klesá především z důvodu zlepšení hygienických podmínek a léčebných možností.

U již vzniklého peptického vředu je prevence recidivy eradikace *Helicobacter pylori*. Velmi důležitá je pravidelná a vyrovnaná životospráva. Pacienti by měli omezit alkohol, kávu a kouření. Profylaktická léčba inhibitory protonové pumpy by měla být zvážena před předepsáním NSAID pacientům s vředovou chorobou gastroduodena v anamnéze, s antikoagulační nebo antitrombotickou terapií. Nižší riziko gastrointestinálních nežádoucích účinků mají selektivní inhibitory COX - 2 v porovnání s neselektivními NSAID. Je prokázáno, že některé lékařské byliny potlačují kolonizaci *Helicobacter pylori*, jedná se například o korejský červený ženšen.

Vředová choroba gastroduodena pacienta omezuje ve vykonávání každodenních činností a tím zhoršuje kvalitu života. Nemoc zhoršuje fyzickou, psychickou i sociální oblast. Ve všech doménách kvality života, kam patří fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí, vykazují pacienti s komplikacemi vředové choroby zhoršení. Nejhůře hodnocenou oblastí je fyzické zdraví. Naopak nejlépe hodnocenou oblastí jsou sociální vztahy. Rozdíly v pohlaví jsou zřejmé. Ženy hodnotí kvalitu života lépe ve všech oblastech.

Vzhledem k faktům uvedeným výše je vhodné se v ošetrovatelské praxi zaměřit na edukaci v těchto oblastech:

- 1) Zvládání bolesti – vynechat nesteroidní antirevmatika, využití relaxačních technik, psychoterapie, klid na lůžku.
- 2) Zlepšení spánku – zaměřit se na obvyklé návyky pacienta před spánkem, vyvětrat místnost, vynechat nevhodné tekutiny před spánkem např. kofein, vynechat těžké jídlo před spánkem např. tučné jídlo, omezit fyzickou námahu ve večerních hodinách, bylinné čaje.
- 3) Zvládání negativních pocitů – psychoterapie, relaxační techniky, jóga, lázeňská léčba.
- 4) Volný čas – aktivní pohyb a zaměření na své záliby.
- 5) Zaměstnání – pozor na práci na směny a stresové prostředí.

Zdroje:

- 1) DRINI, Musa. Peptic ulcer disease and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Australian prescriber*, 2017, 40.3: 91. [online]. [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5478398/>
- 2) HOSKOVEC, David, ed. *Onemocnění žaludku*. Praha: We Make Media, 2020. Albertova sbírka (We Make Media). ISBN 978-80-88400-04-2.
- 3) ZAVORAL, Miroslav, ed. *Mařatkova gastroenterologie: patofyziologie, diagnostika, léčba*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-5002-9.
- 4) RUEDA-ROBLES, Ascensión, et al. Impact of Dietary Patterns on H. pylori Infection and the Modulation of Microbiota to Counteract Its Effect. A Narrative Review. *Pathogens*, 2021, 10.7: 875. [online]. [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2076-0817/10/7/875>
- 5) KUNA, Lucija, et al. Peptic ulcer disease: a brief review of conventional therapy and herbal treatment options. *Journal of clinical medicine*, 2019, 8.2: 179. [online]. [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/2/179>