

**KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH S VŘEDOVOU CHOROBOU  
GASTRODUODENÁLNÍ**

Bakalářská práce

MONIKA BENEŠOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2010-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2010

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenční zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.3.2010

.....

*podpis*

## ABSTRAKT

BENEŠOVÁ, Monika. *Kvalita života nemocných s vředovou chorobou gastroduodenální*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková. Praha. 2010. s. 56.

Hlavním tématem bakalářské práce je kvalita života nemocných s vředovou chorobou gastroduodenální (dále jen VCHGD) . V teoretické části práce vás seznámím s tímto onemocněním, které je velmi rozšířené po celém světě. Další část je věnována životosprávě, která je nejen nedílnou součástí léčby, ale i kvalitního života pacienta. V poslední kapitole teoretické části je popsán ošetřovatelský proces u pacienta s VCHGD a u pacienta při gastroduodenoskopii. Součástí praktické části je dotazník, jehož pomocí je potvrzení či vyvrácení hypotéz stanovených na počátku praktické části. Hypotézy se zaměřují na zjištění informovanosti pacientů s touto chorobou a na problémy, které s sebou přináší.

Klíčová slova: Kvalita života. Ošetřovatelský proces. Potřeby pacienta. Vředová choroba gastro-duodena. Životospráva.

## ABSTRACT

BENEŠOVÁ, Monika. *The quality of life of patients with peptic ulcer disease, gastro-duodenal*. University of Health o.p.s., Degree qualification: bachelor. Head of work: PhDr. Veronika Blažková. Prague. 2010. 56 pages.

The main subject of this work is the quality of life of patients with ulcer disease gastro-duodenal (hereinafter VCHGD). The theoretical part of the work familiarizes you with this disease which is widespread throughout the world. The next part of the work is devoted to regime which represents an inseparable part of the treatment as well as of the quality life of the patient. The treating process of the patient with VCHGD or gastroduodenoskopii is described in the last chapter of the theoretical part. The practical part consists of questionnaire which is used to confirm or confute the hypotheses specified in the beginning of the practical part. Hypotheses are focused on finding awareness of patients about this disease and related issues.

Keywords: Needs of the patient. Quality of life. Regime. Treating process. Ulcer disease gastro-duodenal.

## PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla ve snaze poukázat na podceňování tohoto onemocnění ze strany pacientů, na jejich neinformovanost, případně neukázněnost. Kvalita života pacientů s vředovou chorobou gastro-duodena je ovlivňována mnoha faktory, které si sám nemocný neuvědomuje nebo jich záměrně nedbá. Považujeme za důležité na tyto faktory poukázat a seznámit Vás s nimi.

Výběr tématu byl ovlivněn absolvováním odborných praxí na interních odděleních a u praktického lékaře, kde jsem se s tímto onemocněním setkávala poměrně často. Podklady pro teoretickou část jsem čerpala především z knižních materiálů a pro praktickou část jsem použila dotazníky vyplněné pacienty.

Práce je určena všem studentům zdravotnických nelékařských oborů a mohou v ní najít užitečné rady a informace i všeobecné sestry pro praxi na interním, endoskopickém a chirurgickém oddělení.

Chtěla bych zde poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Veronice Blažkové za podporu, poskytnuté odborné rady a připomínky, které mi byly nápomocné při vypracovávání bakalářské práce.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ABR .....	Acidobazická rovnováha
CŽK .....	Centrální žilní katétr
H. PYLORI .....	Helicobakter pylori
KO .....	Krevní obraz
RTG .....	Rentgen
VCHGD .....	Vředová choroba gastroduodena

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Anemisace-** vznik anemie, chudokrevnosti

**Antacida-** léky neutralizující žaludeční kyselinu chlorovodíkovou

**Enteroragie-** krvácení ze střeva, zejm. tlustého, krev na stolici má červené zbarvení

**Epigastrium-** nadbříšek

**Gastrektázie-** roztažení žaludku

**Homeostáza-** stálost a rovnováha v lidském organismu

**Hypovolemie-** snížení objemu obíhající krve

**Integrace-** sjednocení

**Invazivní-** pronikající, vnikající dovnitř organismu

**Kožní turgor-** napětí kůže

**Meléna-** dehtovitě černá stolice obsahující natrávenou krev. Příznak krvácení do horní části zažívací trubice, např. ze žaludečního vředu

**Nauzea-** nevolnost, pocit na zvracení

**Peritoneální-** v dutině břišní

**Polymorbidita-** přítomnost více chorob současně

**Prevalence-** počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Pohlaví respondentů .....	31
Tabulka 2 Věk respondentů .....	32
Tabulka 3 Trvání nemoci .....	33
Tabulka 4 Počet hospitalizací .....	34
Tabulka 5 Zaměstnanost respondentů .....	35
Tabulka 6 Příčiny onemocnění .....	37
Tabulka 7 Problémy respondentů .....	39
Tabulka 8 Informovanost o dietě .....	41
Tabulka 9 Dodržování diety .....	42
Tabulka 10 Počet kuřáků .....	43
Tabulka 11 Způsob stravování .....	44
Tabulka 12 Vliv onemocnění na pracovní schopnost .....	45
Tabulka 13 Spokojenost se zdravotním stavem.....	46
Tabulka 14 Změna života po onemocnění .....	47
Graf 1 Pohlaví respondentů .....	31
Graf 2 Věk respondentů .....	32
Graf 3 Trvání nemoci .....	33
Graf 4 Počet hospitalizací .....	34
Graf 5 Zaměstnanost respondentů .....	35
Graf 6 Příčiny onemocnění .....	38
Graf 7 Problémy respondentů .....	39
Graf 8 Informovanost o dietě .....	41
Graf 9 Dodržování diet .....	42
Graf 10 Počet kuřáků .....	43
Graf 11 Způsob stravování .....	44
Graf 12 Vliv onemocnění na pracovní schopnost .....	45
Graf 13 Spokojenost se zdravotním stavem .....	46
Graf 14 Změna života po onemocnění .....	48



## OBSAH

ÚVOD .....	11
TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1 Vředová choroba gastroduodena.....	12
1.1 Historický vývoj vředové choroby .....	12
1.2 Etiologie a patogeneze.....	12
1.3 Klinický obraz.....	13
1.4 Vyšetřovací metody.....	14
1.5 Komplikace vředové choroby.....	15
1.6 Vředová choroba žaludku a duodena a infekce Helicobacter pylori .....	15
1.7 Terapie vředové choroby.....	16
2 Režimová opatření .....	17
3 Kvalita života .....	19
4 Ošetřovatelství a ošetřovatelský proces .....	21
4.1 Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.....	22
4.2 Ošetřovatelský proces u pacienta s VCHGD .....	23
4.2.1 Ošetřovatelský péče u pacienta s VCHGD.....	24
4.2.2 Ošetřovatelská péče u pacienta s krvácení do trávicího traktu .....	25
4.3 Ošetřovatelský proces u pacienta při gastroduodenoskopii.....	25
PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
5 Empirický průzkum.....	28
5.1 Průzkumný problém, průzkumné cíle, hypotézy.....	28
5.2 Metodika průzkumu .....	29
5.3 Časový harmonogram sběru dat.....	29
5.4 Průzkumný soubor .....	30
5.5 Analýza výsledků průzkumu.....	31

5.6	Interpretace výsledků .....	49
5.7	Diskuse .....	49
5.8	Doporučení pro praxi .....	50
	ZÁVĚR.....	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	53
	SEZNAM PŘÍLOH .....	56

## ÚVOD

Vředová choroba gastroduodena je označována jako tzv. civilizační onemocnění. O prevalenci peptického vředu v české populaci nejsou známa přesná čísla. Odhaduje se, že peptickým vředem (jakéhokoliv původu) onemocní v průběhu života 5–10 % populace. V posledních letech nesporně dochází ke zřetelnému poklesu výskytu vředové choroby, nejspíše současně s klesající prevalencí infekce *Helicobacter pylori*, a narůstá počet vředů vyvolaných nesteroidními antiflogistiky. Peptický vřed je diagnostikován u 6–8 % pacientů odeslaných praktickými lékaři ke gastrokopii. Podle výsledků studií z českých praxí je 10 % pacientů z těch, kteří nově uvádějí dyspeptické obtíže, odesláno hned na gastrokopii, dalších 20–30 % je pak endoskopováno pro tyto obtíže v průběhu jednoho roku. Jako příčiny dyspepsie jsou nejčastěji uváděny peptické vředy (Seifert a kol., 2008). Proto hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je kvalita života nemocných s tímto onemocněním a zda jsou spokojeni s jejich zdravotním stavem.

Neléčená vředová choroba gastroduodenální může vést k vážným komplikacím, které pacienta mohou ohrozit na životě. Navzdory tomu je tato nemoc podceňována ze strany pacientů. Vředová choroba gastroduodena působí větší obtíže tehdy, kdy je vřed již rozsáhlý, hluboký. Pokud pacient tyto varovné příznaky zanedbá může to skončit až fatálně. K vzhledem k této skutečnosti je další cíl této práce zaměřen na informovanost pacientů o správné životosprávě, zda ji dodržují a dále na postoj pacientů ke své nemoci a na zjištění, zda ji stále tolik podceňují.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Vředová choroba gastroduodena

Vředová choroba žaludku a dvanáctníku je onemocněním, které je v populaci značně rozšířené ve všech věkových skupinách, méně v dětském, častěji v adolescentním a běžně v dospělém věku. V geriatrické populaci dochází často ke vzniku sekundárních vředů při jiných chorobách či jejich léčbě a tato choroba je z důvodů polymorbidity zatížena větším počtem komplikací (Kohout, 2005).

### 1.1 Historický vývoj vředové choroby

Vředovou chorobu jako první popsal francouzský lékař Jean Cruveilhier v roce 1829. Příčiny jejího vzniku však dlouho zůstávaly neznámé. V roce 1833 popsal americký vojenský lékař William Beaumont úlohu žaludeční kyseliny a trávících šťáv. Počátkem 20. století byla jednoznačně potvrzena souvislost mezi vředy a působením žaludeční kyseliny na sliznici. Nový pohled na příčiny vzniku žaludečních a dvanáctníkových vředů přinesl objev australského lékaře Barry Marshalla. V roce 1982 izoloval ze žaludku bakterii, kterou dnes svět zná pod názvem *Helicobacter pylori* (dále *H. pylori*). Do té doby se vědci domnívali, že kyselina znemožňuje bakteriím v žaludku přežít. Marshall prokázal, že zánět způsobený *Helicobacterem* vede k oslabení obrany sliznice a vzniku vředu. O rozvoj chirurgické léčby žaludečních vředů se zasloužil rakouský chirurg narozený ve Švédsku, Christian Albert Theodor Billroth. V druhé polovině 19. století vyvinul techniky operačního odstranění částí žaludku, které se s drobnými úpravami používají v indikovaných případech dodnes (Meditorial+. 2007-2010).

### 1.2 Etiologie a patogeneze

V patogenezi se uplatňuje převaha agresivních dějů nad jevy obrannými. Nejdůležitější agresivním činitelem je působení kyselého žaludečního sekretu, který má schopnost natrávit vlastní sliznici. Pokud taková slizniční léze přesáhne svalovou vrstvu sliznice, hovoříme o vředu, je-li léze mělká mluvíme o erozi. Mezi agresivní faktory patří kyselina chlorovodíková, peptická aktivita žaludečního sekretu, *H. pylori*, žluč,

pankreatické enzymy, porucha cirkulace a mikrocirkulace, kouření, medikamentózní vlivy, kofein, některá dráždivá jídla. Za vředovou chorobu žaludku a duodena lze označit peptické vředy, u nichž dříve nebyla nalezena jednoznačná příčina. V současnosti lze jako hlavního etiologického činitele označit *H. pylori*. Sekundární vředy mají známou příčinu (Kohout, 2005).

### 1.3 Klinický obraz

Subjektivní potíže

Žaludeční vřed:

- bolesti břicha – začíná bolest ihned po jídle, u vředu žaludečního těla za půl hodiny až hodinu po jídle, P s vředem u vývodné části či pyloru se bolest může objevit nalačno a po jídle zmizí;
- snížená chuť k jídlu;
- nauzea, zvracení;
- pylorostenóza, pylorospasmus – u vředů umístěných u pyloru, může vést k městnání potravy v žaludku a zvracení velkého objemu tekutin či špatně natrávené potravy;

Dvanáctníkové vředy:

- bolest v epigastriu, či pod pravým žeberním obloukem, bolest se objevuje nalačno, typicky ve spánku;
- chuť k jídlu bývá dobrá – P většinou přibývají na váze;
- pálení žáhy, zvracení žaludečních šťáv, zácpa, únava.

Zvláště ve vyšších věkových skupinách je častý asymptomatický průběh. V tom případě se často onemocnění projeví až některou z komplikací. To je typické u pacientů s vředy po užívání nesteroidních antirevmatik. U pacienta s déle trvajícím diabetes mellitus, která může vést ke vzniku komplikací včetně neuropatie, je vnímání bolesti

sníženo

a průběh může být dlouho asymptomatický (Kohout, 2005).

Objektivní potíže:

Bývají většinou velmi chudé, pokud nedojde ke komplikacím. Jediným příznakem je palpační citlivost či bolestivost epigastria či pravého hypochondria. U pylorického vředu provázené spasmem se může objevit gastrektázie s poslechovým nálezem – šplouchání tekutiny (Kohout, 2005).

#### 1.4 Vyšetřovací metody

- **RTG žaludku** – použití kontrastní látky (bariová kaše), nevýhoda – nízká diagnostická výtěžnost, vředy na přední a zadní stěně žaludku jsou hůře viditelné, často se hodnotilo podle nepřímých znaků, na rozdíl od endoskopie není možné terapeuticky zasáhnout
- **Endoskopické vyšetření** – gastrokopie, nahrazuje RTG, umožňuje přímý barevný pohled do dutých orgánů, lze odebrat vzorek tkáně k vyšetření a provést terapeutický zákrok, vyšetření trvá okolo 10 minut
- **Vyšetření infekce H. pylori** – lze provádět invazivně (při endoskopii), či neinvasivně (odběr krve, stolice), vyšetření vzorku histologicky, mikrobiologicky, pozitivita tohoto vyšetření nesvědčí o vředové lézi, nýbrž o přítomnosti infekce H. pylori

Je nutné odlišit diferenciální diagnostiky podle subjektivních obtíží. Především od dalších chorob žaludku či pankreatu a onemocnění kardiální (angina pectoris, infarkt myokardu, ischemická choroba srdeční) (Kohout, 2005) .

## 1.5 Komplikace vředové choroby

- **krvácení** – prudké šokující (zvracení krve, dehtovitá černá stolice) nebo chronické anemisující
- **perforace** – krytá nebo otevřená, častěji perforuje duodenální vřed, lokalizace nejčastěji v bulbu duodena a v přední stěně žaludku
- **penetrace** – vřed proniká do sousedních struktur a orgánů (slinivka břišní, játra, žlučník, příčný tračník...)
- **(pyloro)stenosa** – zúžení průsvitu pyloru a duodena edémem nebo fibrosou
- **malignisace** – pouze u žaludečních vředů, spíše jde o nádor hned od počátku, z malignity jsou vředy na velkém zakřivení a větší než 2 cm.

Vývoj a prognóza tohoto onemocnění je v dnešní době vynikající, jsou velmi účinné medikamentózní léčby a minimálně zatěžující diagnostika. Mortalita na nekomplikovaný vřed je minimální. Také vznik komplikací při léčbě je vzácný (Kohout, 2005).

## **1.6 Vředová choroba žaludku a duodena a infekce *Helicobacter pylori***

Podle současných znalostí má *H. pylori* v patogenezi vředové choroby dominantní postavení. Dnes již nikdo nepochybuje o přímém kauzálním vztahu infekce *H. pylori* a vředové choroby gastroduodena. Přesto nelze *H. pylori* považovat za jedinou příčinu peptické vředové choroby, neboť vředová choroba nevzniká u všech jedinců, kteří jsou infikováni *H. pylori*. Samotný *H. pylori* nevyvolá vřed, způsobí však chronickou aktivní gastritidu. Takto oslabená sliznice je zranitelnější a agresivní faktory – kyselina a pepsin – se uplatní v plné míře. *H. pylori* zřejmě narušuje také normální žaludeční fyziologii. Důkaz podporující souvislost mezi infekcí *H. pylori* a vznikem vředu duodena spočívá v tom, že vymýcení *H. pylori* vede ke značně sníženému výskytu recidiv vředu ve srovnání s nálezy u pacientů léčených pouze konvenční antisekreční léčbou (Kyzeková, 1998).

Vymizení častých recidiv a život ohrožujících komplikací má sociální a ekonomický dopad, protože se sníží počet konzultací u lékaře, diagnostických testů, hospitalizací a snižuje nebo vyřazuje nutnost pracovní neschopnosti nemocných a umožní jim plnou kvalitu života (Sedláčková, 1996).

## **1.7 Terapie vředové choroby**

Terapii je nutné začít ihned po stanovení diagnózy. Znamená to potvrdit diagnózu provedením gastroscopie, při které zjistíme přítomnost vředové léze, zjistit primární příčinu, event. osídlení *H. Pylori*. V současnosti jsou nejúčinnějšími léky inhibitory protonové pumpy a antacida. H<sub>2</sub>-blokátory jsou levnější variantou, lze jich tedy využít například v prevenci vzniku peptických vředů při užívání nesteroidních antirevmatik (Kohout, 2005).

U P s duodenálním vředem kontrolujeme příznaky. Pokud dojde k vymizení příznaků a P nemá známky komplikací, není nutné provádět endoskopickou kontrolu. U žaludečního vředu kontrolujeme pravidelně endoskopicky po 2 týdnech do úplného vyhojení léze, poté po 6 týdnech a 6 měsících (Kohout, 2005).



## 2 Režimová opatření

Vzhledem k tomu, že důležitou úlohu v etiopatogenezi peptického vředu hraje stres, je důležité pokusit se stresory odstranit a zvolit uklidňující režim. K tomu patří pracovní neschopnost, kterou pacientovi doporučujeme na 2-4 týdny (Kohout, 2005).

- **Léčebná výživa**

U nekomplikovaného vředu je dietní léčba součástí léčebného režimu, spolu s omezením fyzické aktivity s duševním klidem event. doplněným psychoterapií. Využíváme přebytkovou acidopeptickou aktivitu. Potrava je nejpříjemnější a nejpřirozenější antacidum. Při perforaci zastavujeme okamžitě perorální přívod stravy, při penetraci po zklidnění příznaků podáváme přechodně dietu tekutou a kašovitou, při stenóze zkusíme dietu tekutou v tolerovaném množství a doplňujeme léčbu parenterální (Marečková a kol., 1996).

### **Potraviny zakázané:**

- pikantní sýry, uzeniny, tučné maso, husa, kachna, zvěřina, nakládaná masa, nakládané zeleniny, uzené ryby, sardinky, kaviár, očka zelí, kapusta, květák, zelená paprika, okurka, česnek, ředkvičky, luštěniny, rybíz, rebarbora, ostružiny, maliny, fíky, datle, mák, ořechy, ostré koření, masox, maggi, alkohol, nápoje s CO<sub>2</sub>, černá káva, smažené pokrmy, kynutá těsta, listové těsto, velmi horké nebo studené nápoje a pokrmy (Starcovská, Kment, 2002).

### **Potraviny doporučené:**

- **tuky** – olej, máslo, margaríny;
- **mléko a mléčné výrobky** – mimo pikantních sýrů;
- **maso** – z mladých zvířat, libové, ryby sladkovodní i mořské;
- **uzeniny** -drůbeží šunka, vepřová šunka;
- **zelenina** – mražená, sterilizovaná, sušená;

- **ovoce** – zralá jablka, třešně, broskve, meruňky, banány;
- **koření** – petrželová nať, bobkový list, pažitka, majoránka, červená sladká paprika, kmín, kopr, vývar z hub.

Ke zpracování potravin můžeme použít vaření, dušení, pečení a grilování na kontaktním grilu, nikoliv na otevřeném ohni (Starcovská, Kment, 2002).

- **Všeobecné zásady pro prevenci onemocnění**

Přestat nebo omezit kouření. Kouření je nejen nebezpečné pro vřed, ale především pro srdeční tepny, jejichž postižení urychluje proces aterosklerózy, která způsobuje srdeční infarkt, ischemickou chorobu dolních končetin, dále rakovinu plic, rakovinu slinivky a řadu dalších nemocí. Pravidelné časování stravy zamezuje nepravidelnému vyplavování kyseliny solné. Dávejte přednost racionálně složené a vyvážené stravě s omezením tuků. Pravidelné podávání syrového ovoce a zeleniny umožňuje nenásilně neutralizovat škodlivé látky. Žádná speciální dietní léčba, která by zabránila vředu, neexistuje. Pravidelné užívání léků proti bolestem kloubů a hlavy se může podílet na vzniku vředu, proto se poraďte o zvolení těchto léků s ošetřujícím lékařem. Požívání kávy a alkoholických nápojů je též nevhodné (Starcovská, Kment, 2002).

### 3 Kvalita života

Kvalitou života se lidstvo zabývá od času antiky. Zkoumání kvality života začalo okolo roku 1960, kdy v USA vyšla správa prezidentské komise o národních cílech. Společnost se v druhé polovině 20. století orientovala na blahobyt, ziskovost a konzumní způsob života byla jej značnou částí odmítnutá a do popředí se v rámci zájmu o zkoumání nemateriálních hodnot dostala kvalita života jako komplexní, multidisciplinární pojem (Murgaš, 2007).

- **Pojem kvalita života**

„Jsme běžně zvyklí hovořit o kvantitě – délce života. Ta se uvádí velice jednoduše, číselně, počtem let. Jak tomu je však s kvalitou života? Kvalitou se rozumí „jakost, hodnota“, tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku“ (Křivohlavý, 2002, str. 162).

Ukazuje se, že změna životní situace způsobené například nemocí, se projeví výrazně ve změně kvality života. Je třeba očekávat, že nemoc, choroby, zranění, léčení ovlivní negativně kvalitu života, a to jak její celkovou výši, tak složení a váhu jednotlivých složek, které se při zjišťování celkové kvality života berou v úvahu. Zároveň je možné očekávat, že věk, změna sociální situace, změna pracovních podmínek se projeví ve změnách kvality života (Křivohlavý, 2002).

- **Měření kvality života**

Metod, kterými měříme kvalitu života, je velké množství. Příkladem přístupu, který se pokouší vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii a takovým způsobem „měří“ vážnost nemoci, může být metoda nazvaná *Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu APACHE II* ( Acute Physiological and Chronic Health Evaluation systém, Knaus et al., 1985). Jiným příkladem tohoto přístupu je *Karnofskyho index*, kterým lékař vyjadřuje svůj názor na celkový stav např. onkologického pacienta k danému datu. Další je *Symbolické vyjádření kvality života*, kde jde v první řadě o obslužnost pacienta, o jeho schopnost komunikace s obsluhujícím personálem a o jeho celkový psychický stav.

Princip zápisu byl jednoduchý. Čím více křížků, tím horší kvalita pacientova života (Křivohlavý, 2002).

Dnes nejrozšířenější metoda diagnostikování kvality života je tzv. SEIQoL. Zkratkou se rozumí *Systém individuálního hodnocení kvality života* (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life). Vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považuje za důležité. Tato metoda dává pacientům možnost svobodně zvolit oblasti zájmů, zaměření, hodnot – tzv. cílových podnětů (cues) (Křivohlavý, 2002).

## 4 Ošetřovatelství a ošetřovatelský proces

Ošetřovatelství je systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Hlavním cílem ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozmeněné onemocněním. Moderní ošetřovatelství je zaměřeno na zdraví člověka a staví na individualizované péči a komplexním přístupu k nemocnému, na preventivním charakteru ošetřovatelské péče, na týmové organizaci sestry, na vědeckosti ošetřovatelské péče, na aktivní ošetřovatelské péči (Jarošová, 2000).

Metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetřovatelství je ošetřovatelský proces, který je cyklický a jednotlivé fáze se vzájemně prolínají. Skládá se z 5 kroků:

- **Posuzování** (zhodnocení nemocného)
- **Diagnostika** (stanovení ošetřovatelských potřeb, problémů, diagnóz)
- **Plánování** (plánování ošetřovatelské péče)
- **Realizace** (aktivní individualizace péče)
- **Vyhodnocení** (zhodnocení efektu poskytnuté péče)

Vždy je třeba zjistit, zda byla ošetřovatelská péče účinná. Velmi důležitým kritériem jsou také subjektivní pocity a spokojenost nemocného (Jarošová, 2000).

„Sestra samostatně provádí *zhodnocení* zdravotního stavu klienta/pacienta a míru uspokojování potřeb. Získané informace *analyzuje*, ošetřovatelskou péčí *naplánuje* a *realizuje*, průběžně také *vyhodnocuje* její účinnost včetně zvolených postupů (výsledkem by mělo být zlepšení zdravotního stavu klienta/pacienta)“ (Mastiliaková, 2002, s. 47).

## 4.1 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

„Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a **potřeby**“ ( Trachtová a kol., 1999, s. 10).

### Hierarchie potřeb podle A.H. Maslowa

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchisticky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější.

### Hierarchistický organizovaný systém potřeb podle Maslowa

- **Potřeby fyziologické** (potřeba pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální potřeba, vyjadřují narušenou homeostázu)
- **Potřeby jistoty a bezpečí** (potřeby vyvarovat se nebezpečí, touha po důvěře, spolehlivosti a stabilitě)
- **Potřeby sounáležitosti a lásky** (potřeby milovat a být milován, potřeba náklonnosti, integrace)
- **Potřeby uznání a sebeúcty** (potřeba uznání souhlasu, autonomie, sebekoncepce)
- **Potřeby kognitivní** (potřeby poznávat, vědět a rozumět)
- **Potřeby estetické** (potřeby symetrie a krásy)
- **Potřeby seberealizace** (realizovat vlastní potenciál) (Trachtová a kol., 1999)

## 4.2 Ošetřovatelský proces u pacienta s VCHGD

Pacient s nekomplikovanou VCHGD se přijímá na standartní jednotku intenzivního oddělení. Nemocný s komplikacemi se přijímá na chirurgické oddělení (Juřeníková a kol., 1999).

### Ošetřovatelské diagnózy

- **Bolest (akutní) (kód-00132)** v důsledku iritace či destrukce stěny žaludku, projevující se stížnostmi, antalgickou polohou, výrazem v obličeji, zaměřením se na vlastní osobu a změnami vegetativních reakcí
- **Strach/Úzkost (kód-00148)** v důsledku se změněným zdravotním stavem, projevující se zvýšeným napětím, neklidem, podrážděností, třesem, tachykardií, pocením, stížnostmi a nervozitou
- **Neznalost (potřeba poučení) stavu, léčby, potřebné péče ze strany pacienta a případných komplikací (kód-00124)** v důsledku nedostatku poskytnutých informací, projevující se obavami, otázkami, mylnými představami, nepřesným plněním instrukcí, vývojem komplikací až recidivou stavu
- **Tělesné tekutiny, deficit (kód-00027)** v důsledku krvácení, zvracení, projevující se hypotenzí, tachykardií, sníženým kožním turgorem, snížením množství moči, neklidem a psychickými změnami
- **Spánek porušený (kód-00095)** v důsledku bolesti a nauzei, projevující se stížnostmi, probouzením se během noci, změnami v chování a sníženou výkonností
- **Potencionální - Prokrvení tkání porušené (kód-00086)** v důsledku hypovolémie
- **Potencionální – Výživa porušená, nadměrná (kód-00002)** v důsledku vyhnutí bolesti, která vzniká na lačno

- **Potencionální – Výživa porušená, nedostatečná (kód-00001)** v důsledku vyhnutí bolesti, která vzniká po jídle (Doenges, 2001; Marečková, 2006).

#### **4.2.1 Ošetrovatelský péče u pacienta s VCHGD**

Pacient je po přijetí na oddělení uložen na klidný pokoj. Polohu si pacient zajistí sám, v případě bolesti-úlevovou. Pohybový režim je volný.

Sestra sleduje krevní tlak, puls, bolest, stolicí (zda stolice nemá charakter melény), zvracení, účinky léků, dodržování správné životosprávy, stav výživy, stav chrupu pacienta, psychický stav pacienta.

Sestra zhodnotí stupeň sebeděče v oblasti hygieny, ve většině případech pacient zajišťuje sám.

Podle závažnosti zdravotního stavu a po poradě s lékařem podáváme dietu č.1 – u akutního stavu, při komplikacích, nebo dietu č.2 – při nekomplikovaném průběhu. Dieta č.2 – šetřící obsahuje jídla nekořeněná, nedráždivá, přiměřeně teplá, dostatek bílkovin. Pacienta poučíme o šetřící dietě, zajistíme konzultaci s nutričním terapeutem. Zajistíme, aby pacient jedl v klidu.

Sestra sleduje vyprazdňování stolice a zapisuje do dokumentace. V případě objevení melény pacient uloží na lůžko, informuje lékaře, odebere krev na krevní obraz, krevní skupinu a změří základní životní funkce.

Sestra sleduje bolest a zapisuje do dokumentace. Provádí opatření, která bolest zmírní až odstraní.

Sestra dbá i o psychickou stránku klienta. Vhodným způsobem ho motivuje a zapojuje do léčby. Poskytuje dostatek informací, které jsou v její kompetenci o nemoci, správné životosprávě, nutnosti pravidelného denního režimu a možnosti psychoterapie.

Po propuštění je pacient dispenzarizován (Juřeníková a kol., 1999).



## 4.2.2 Ošetrovatelská péče u pacienta s krvácením do trávicího traktu

Prognózu pacienta při krvácení do zažívacího traktu ovlivňuje věk, přidružené choroby, zdroj krvácení a velikost objemu krevních ztrát. Při masivním krvácení ze žaludku je krev jasně červená, brzy se objevuje meléna. Při mírném krvácení ze žaludku je krev tmavší – má vzhled kávové sedliny. Při masivním krvácení z duodena je krev tmavě červená, při mírném krvácení z duodena má žaludeční obsah vzhled kávové sedliny. V obou případech je meléna (Kapounová, 2007).

- přítomnost krvácení vždy nahlásit lékaři
- upravit polohu nemocného do polosedu – prevence aspirace zvratků
- zavést nasogastrickou sondu, pokud již není zavedena
- provádět proplachy sondy ledovým FR 1/1 s antacidou (např. Anacidem), dokud není odsávaná tekutina jen slabě růžová nebo čirá, bez sraženin
- aplikovat do sondy dle ordinace 100 ml antacidu (např. Anacidu), sondu na 30 minut uzavřít a vše opakovat
- pečlivě sledovat příjem a výdej tekutin
- je nutné zajistit periferní žilní kanylu nebo zavedení CŽK
- zajistit laboratorní vyšetření ( KO, koagulace, biochemie, krevní plyny a ABR)
- zajistit gastrokopii (Kapounová, 2007).

## 4.3 Ošetrovatelský proces u pacienta při gastroduodenoskopii

Důležitou součástí je psychologická příprava pacienta. Již při přijetí k objednání na výkon, je někdy lepší ukázat na obrázku, která část zažívacího traktu bude vyšetřována. Pro laika je endoskop pouhou hadicí, „kterou se někam“ kouká. Pacient na vyšetření přichází většinou velmi vystrašený a nervózní. Dostaví se se žádankou a často ani neví, na jaké vyšetření se objednat.

Při objednání na výkon musí sestra pacient vysvětlit, jak bude vyšetření probíhat, proč na některých místech pociťuje tlak nebo mírnou bolest. Pacientovi je třeba vysvětlit, že je během výkonu možnost odebrání biopsie, kdy se odebírají a k čemu slouží. Pacient se musí dozvědět, kdy se smí po výkonu najíst a napít, kdy smí vstávat z lůžka, kdy nesmí po premedikaci řídit auto, ale také, že může být po některých výkonech hospitalizován. Sdělovat pacientovi tyto informace po premedikaci je chybou.

Při vstupu pacienta na vyšetřovnu sestra vysvětlí jednotlivé kroky před vyšetřením. Pokud je pacient mírně pohyblivý, sestra mu pomáhá s odložením věcí. Samotné vyšetření pacient vysvětlí lékař, který vyšetření bude provádět. Pokud sestra dokáže s pacientem navázat dobrý kontakt, pak většina vyšetření probíhá dobře (Lukáš, 2005).

#### **Aktivity sestry během vyšetření:**

- Asistovat lékaři a spolupracovat s ním při vyšetření
- Uložit pacienta do správně polohy
- Podporovat pacienta vlídným slovem
- Zajišťovat odbornou asistenci při biopsii (odběr vzorku biopsickými kleštěmi a vložení do zkumavky s fixačním roztokem)
- Sledovat celkový stav pacienta.

#### **Aktivity sestry po vyšetření:**

- Monitorovat vitální funkce pacienta
- Označit a odeslat vzorek do laboratoře
- Uložit pacienta do vhodné polohy, nejlépe na levém boku
- Dohlížet, aby pacient nepřijímal potravu a tekutiny perorálně po dobu 2 hodin po vyšetření
- Sledovat projevy bolesti (stupňující se bolesti na hrudníku vyzařující do šije mohou signalizovat proděravění jícnu)

- Sledovat objektivní a subjektivní příznaky (nauzea, zvracení, nadýmání, plynatost, meléna, enteroragie)
- Upozornit pacienta na možné pozdější příznaky signalizující komplikace: přetrvávající polykací obtíže, bolest, zvýšená teplota, hemateméza, meléna
- Zaznamenat veškeré informace o provedení ošetrovatelské péče do dokumentace pacienta (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

### **Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

- Neznalost (potřeba poučení) (kód-00126)
- Výživa porušená, nedostatečná (kód-00001)
- Polykání porušené (kód-00107)
- Bolest v oblasti jícnu (kód-00132)
- Strach (kód-00148)
- Průjem/ Zácpa (kód-00013, 00014)
- Infekce, riziko vzniku (kód-00004)
- Poranění, zvýšené riziko (kód-00038)
- Aspirace, zvýšené riziko (kód-00039) (Doengnes, 2001; Marečková, 2006)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 Empirický průzkum

### 5.1 Průzkumný problém, průzkumné cíle, hypotézy

V teoretické části jsme se zaměřili na diagnostiku, příznaky a léčbu vředové choroby gastroduodena. V praktické části zkoumáme kvalitu života pacientů s tímto onemocněním a vyhodnocujeme zjištěné výsledky. Zásadní otázka průzkumu je kvalita života lidí s VCHGD, a to zejména v oblasti pracovní, oblasti volnočasových zájmových aktivit a na spokojenost pacientů s jejich zdravím.

#### **Průzkumný problém**

Na základě teoretických znalostí a praktických zkušeností jsme si zvolili průzkumný problém:

Jaký je vliv onemocnění na kvalitu života pacientů.

#### **Průzkumné cíle**

Ve vztahu k průzkumnému problému jsme si zvolili tyto cíle:

**Cíl 1.** Zjistit vliv VCHGD na kvalitu života v různých životních situacích.

**Cíl 2.** Do jaké míry ovlivňuje VCHGD kvalitu života klientů s tímto onemocněním v oblasti pracovní a v oblasti volnočasových zájmových aktivit.

**Cíl 3.** Zjistit, do jaké míry jsou klienti spokojeni s jejich zdravotním stavem.

#### **Hypotézy**

Ve vztahu k uvedeným cílům a k průzkumnému problému jsme stanovili následující hypotézy:

**Hypotéza 1.** Předpokládáme, že v oblasti kvality života dochází častěji ke změnám v osobním životě než v zaměstnání klientů.

**Hypotéza 2.** Předpokládáme, že VCHGD trpí více muži ve věku mezi 36-50 lety než ženy.

**Hypotéza 3.** Předpokládáme, že více než jedna třetina respondentů uvádí nespokojenost se svým zdravotním stavem.

### **Hypotetické tvrzení**

Předpokládáme, že většina dotazovaných nedodrží správnou životosprávu.

## **5.2 Metodika průzkumu**

Metodika průzkumu je nestandardizovaná. Metodou průzkumu byl dotazník. Pacienti byli předem ujištěni, že dotazník je anonymní a údaje z něj budou použity pouze jako podklad pro vypracování bakalářské práce. Dotazník byl zaměřen na kvalitu života

Dotazník obsahoval 14 položek. Jedna z otázek byla otevřená. Zbylé položky byly uzavřené. Zvolenou odpověď měli zakroužkovat, popř. doplnit svými vlastními slovy. Rozdaných bylo 45 dotazníků, z toho se 40 vrátilo. Návratnost dotazníků byla 89 % .

K hypotéze 1 se vztahovaly položky 5 ,12 a 14. Hypotézu 2 jsme ověřovali položkami 1 a 2. Hypotézu 3 jsem ověřovali položkami 7 a 13. Položky 8, 9, 10 a 11 se vztahovaly k hypotetickému tvrzení.

## **5.3 Časový harmonogram sběru dat**

Dotazníkové šetření zaměřené na zkoumání kvality života lidí s VCHGD jsme provedli v termínu od 4. ledna do 26. února 2010, kterého se účastnilo 40 respondentů s diagnózou vředová choroba gastroduodena.

## **5.4 Průzkumný soubor**

Průzkumný soubor tvořilo 40 respondentů, muži a ženy. Respondenti jsou ve věkovém rozmezí 20-65 let. Sběr dat probíhal na Mělníku u praktického lékaře, kde jsem osobně dotazník nabízela pacientům, kteří trpí vředovou chorobou gastroduodena.

## 5.5 Analýza výsledků průzkumu

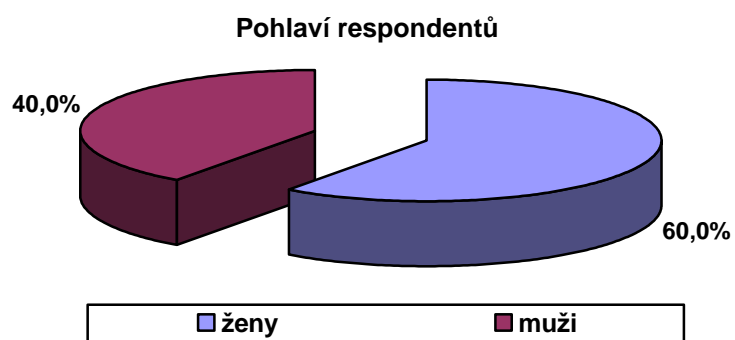
### Položka č.1 – Jste muž nebo žena?

- a) Muž
- b) Žena

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)muž	16	40 %
b)žena	24	60 %
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

Graf 1 Pohlaví respondentů



Průzkumný vzorec tvořilo 40 respondentů, z něhož bylo 16 mužů (40%) a 24 žen (60%).

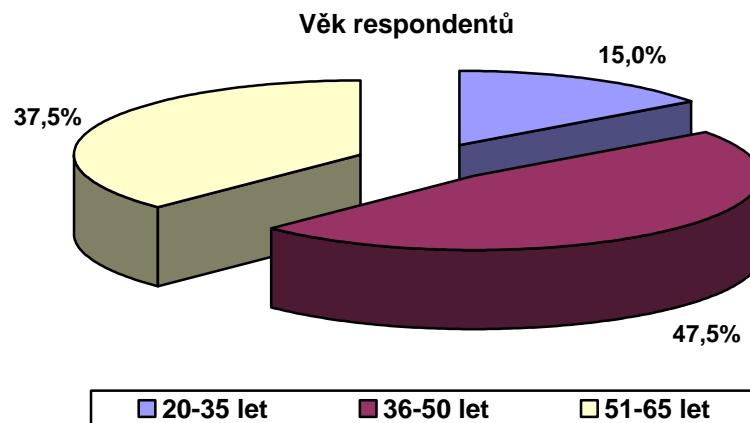
## Položka č.2 – Kolik Vám je let?

- a) 20-35 let
- b) 36-50 let**
- c) 51-65 let

Tabulka 2 – Věk respondentů

odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 20-35 let	6	15 %
<b>b) 36-50 let</b>	<b>19</b>	<b>47,5 %</b>
c) 51-65 let	15	37,5 %
<b>celkem</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

Graf 2 Věk respondentů



Největší počet respondentů se pohyboval ve věku mezi 36-50 lety. Tvořil 47,5 % tedy 19 respondentů. Dále 15 respondentů (37,5 %) spadá do kategorie mezi 51-65 let a 6 respondentů (15 %) do kategorie od 20 do 35 let. Z čehož vyplývá, že VCHGD trpí nejvíce lidé v produktivním věku.



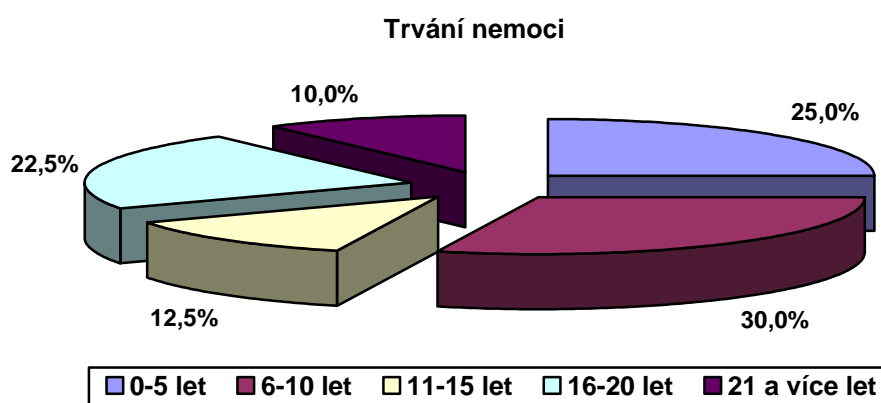
### Položka č.3 – Jak dlouho trpíte vředovou chorobou gastroduodenální?

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let**
- c) 11-15 let
- d) 16-20 let
- e) 21 a více let

Tabulka 3 Trvání nemoci

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 0-5 let	10	25 %
<b>b) 6-10 let</b>	<b>12</b>	<b>30 %</b>
c) 11-15 let	5	12,5 %
d) 16-20 let	9	22,5 %
e) 21 a více let	4	10 %
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

Graf 3 Trvání nemoci



Na tuto otázku odpovědělo 12 respondentů (30,0 %) za b) 6-10 let. Druhou nejčastější odpovědí bylo za a) 0-5 let, kterou zvolilo 10 respondentů (25 %). Dále 9 respondentů (22,5 %) zvolilo d) 16-20 let, 5 respondentů (12,5 %) označilo odpověď c) 11-15 let a 4 respondenti (10 %) uvedlo odpověď e) 21 a více let.



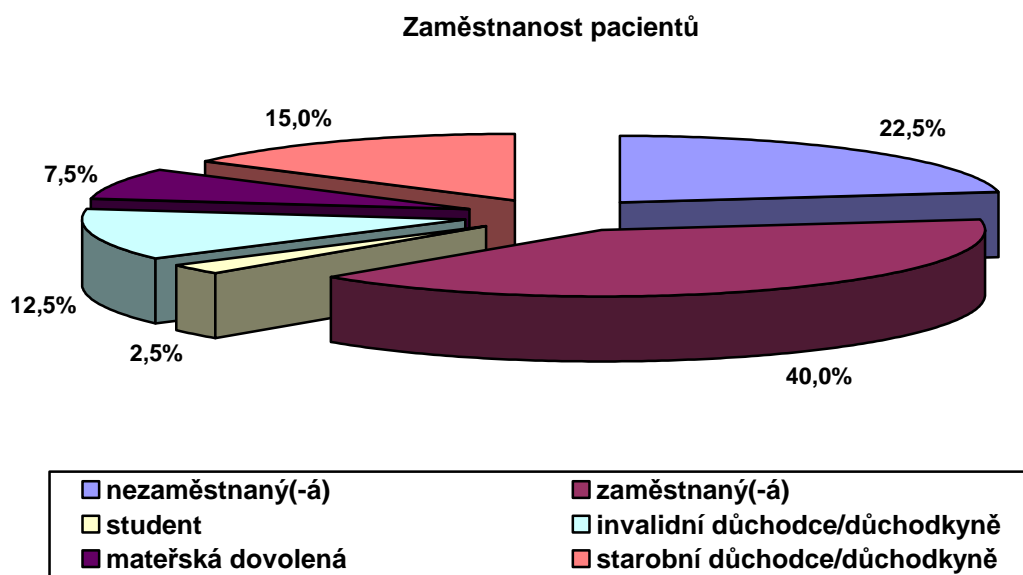
### Položka č.5 – V současné době jste

- a) Nezaměstnaný(-á)
- b) **Zaměstnaný (-á)**
- c) Student
- d) Invalidní důchodce/ důchodkyně
- e) Na mateřské dovolené
- f) Starobní důchodce/ důchodkyně

Tabulka 5 Zaměstnanost respondentů

odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) nezaměstnaný(-á)	9	22,5 %
<b>b) zaměstnaný(-á)</b>	<b>16</b>	<b>40 %</b>
c) student	1	2,5 %
d) invalidní důchodce/důchodkyně	5	12,5 %
e) na mateřské dovolené	3	7,5 %
f) starobní důchodce/důchodkyně	6	15 %
<b>celkem</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

Graf 5 Zaměstnanost respondentů



Odpověď b) zaměstnaný (-á) zvolilo 16 respondentů (40,0 %). Odpověď a) nezaměstnaný (-á) označilo 9 respondentů (22,5 %), odpověď f) starobní důchodce/důchodkyně vybralo 6 respondentů (15 %), odpověď d) invalidní důchodce/důchodkyně zvolilo 5 respondentů (12,5 %), odpověď e) na mateřské dovolené označili 3 respondenti (7,5 %) a odpověď c) student zvolil 1 respondent. V této otázce se ukázalo, že většina dotazovaných je zaměstnaných, čili jejich onemocnění nemá na pracovní uplatnění příliš velký vliv.

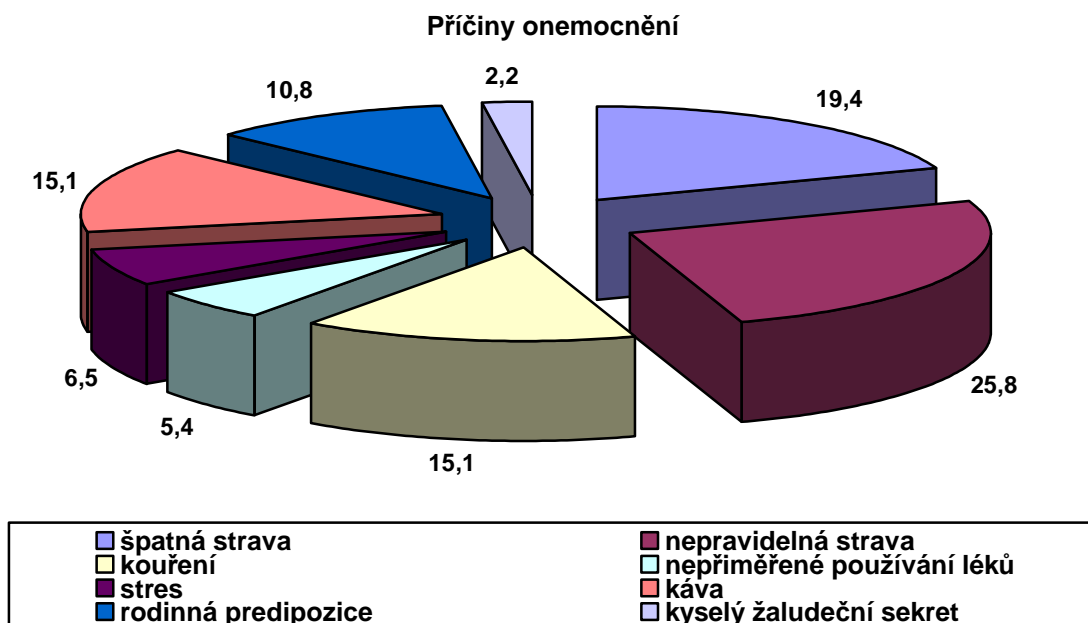
**Položka č.6 - Které faktory u vás vedly ke vzniku onemocnění? (můžete zaškrtnout více odpovědí)**

- a) špatná strava
- b) nepravidelná strava**
- c) kouření
- d) nepřiměřené používání léčiv
- e) stres
- f) káva
- g) rodinná predispozice
- h) kyselý žaludeční sekret
- i) jiné, vyjmenujte .....

*Tabulka 6 Příčiny onemocnění*

<b>odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
a) špatná strava	18	19,4 %
<b>b) nepravidelná strava</b>	<b>24</b>	<b>25,8 %</b>
c) kouření	14	15,1 %
d) nepřiměřené používání léčiv	5	5,4 %
e) stres	6	6,5 %
f) káva	14	15,1 %
g) rodinná predispozice	10	10,8 %
h) kyselý žaludeční sekret	2	2,2 %
i) jiné	0	0 %
<b>celkem</b>	<b>93</b>	<b>100 %</b>

Graf 6 Příčiny onemocnění



V této otázce jsme se zaměřili na příčinu onemocnění, kde respondenti mohli zvolit více odpovědí. Nejvíce uváděná odpověď byla b) nepravidelná strava, kterou uvedlo 24 respondentů (25,8 %). Odpověď a) špatná strava zvolilo 18 respondentů (19,4 %), odpověď c) kouření a f) káva zvolilo stejný počet 14 respondentů (15,1 %), odpověď g) rodinná predispozice označilo 10 respondentů (10,8 %), odpověď e) stres zvolilo 6 respondentů (6,5 %) a pouze 2 respondenti (2,2 %) uvedli odpověď h) kyselý žaludeční sekret. Z této otázky vyplývá, že mezi nejčastější příčiny patří nepravidelná a špatná strava. Tento fakt ovlivňuje dnešní uspěchaná doba, kdy lidé nemají čas se v klidu najíst a stravují se v rychlých občerstveních.

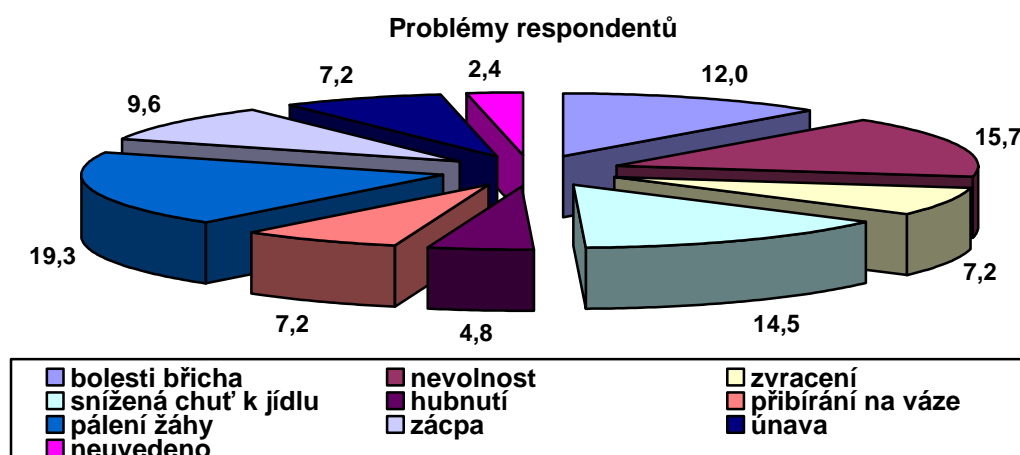
**Položka č.7 - Jakými trpíte problémy?(můžete zaškrtnout více odpovědí)**

- a) bolesti břicha                      e) hubnutí                                  i) únava  
 b) nevolnost                              f) přibírání na váze                      j) jiné  
 c) zvracení                                  g) pálení žáhy  
 d) snížená chuť k jídlu                  h) zácpa

*Tabulka 7 Problémy respondentů*

odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) bolesti břicha	10	12 %
b) nevolnost	13	15,7 %
c) zvracení	6	7,2 %
d) snížená chuť k jídlu	12	14,5 %
e) hubnutí	4	4,8 %
f) přibírání na váze	6	7,2 %
<b>g) pálení žáhy</b>	<b>16</b>	<b>19,3 %</b>
h) zácpa	8	9,6 %
i) únava	6	7,2 %
j) jiné	0	0 %
neuveďeno	2	2,4 %
<b>celkem</b>	<b>83</b>	<b>100 %</b>

*Graf 7 Problémy respondentů*



V této otázce jsme se zaměřili na problémy respondentů, kterými v současné době trpí. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Nejčastější zvolená odpověď byla g) pálení žáhy, kterou zvolilo 16 respondentů (19,3 %). Druhou nejčastěji volenou odpovědí byla b) nevolnost, kterou uvedlo 13 respondentů (15,7 %). Dalších 12 respondentů (14,5 %) zvolilo d) sníženou chuť k jídlu, 10 respondentů (12 %) odpovědělo a) bolesti břicha, 8 respondentů (9,6 %) uvedlo odpověď h) zácpa a odpovědi c) zvracení, f) přibírání na váze a i) únava zvolil stejný počet respondentů (6; 7,2 %). 2 respondenti neuvedli žádnou odpověď.



**Položka č.8 - Byl(-a) jste informováni o dietě, kterou máte dodržovat? Pokud ano, napište 3 příklady co vám škodí.**

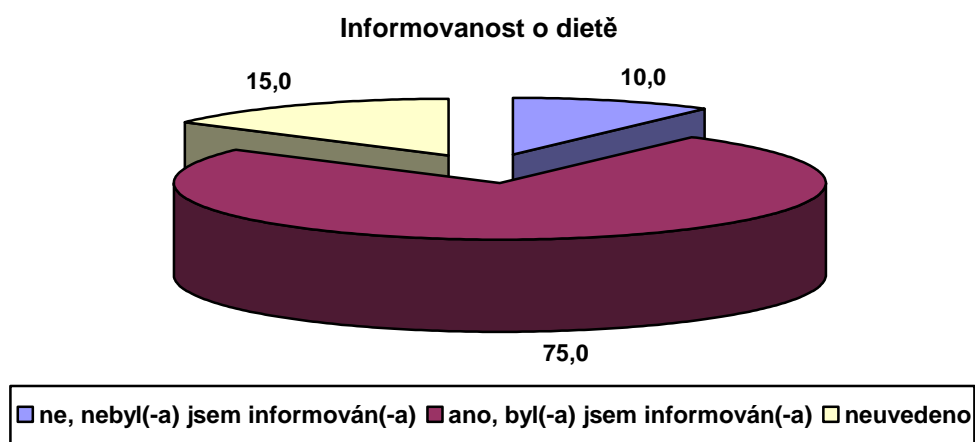
a) ne, nebyl(a) jsem informován(-a)

b) ano, byl(-a) : příklady : .....

*Tabulka 8 Informovanost o dietě*

odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ne, nebyl(-a) jsem informován(-a)	4	10 %
<b>b) ano, byl(-a) jsem informován(-a)</b>	<b>30</b>	<b>75 %</b>
neuvedeno	6	15 %
<b>celkem</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

*Graf 8 Informovanost o dietě*



Odpověď b) ano, byl(-a) jsem informován(-a) zvolilo 30 respondentů (75,0 %), odpověď a) ne, nebyl(-a) jsem informován(-a) uvedlo 4 respondenti (15 %) a zbylých 6 respondentů (10 %) neuvedlo žádnou odpověď. Podle výsledků této otázky jsme zjistili, že pacienti jsou v převážné většině dobře informováni. Jako příklady uváděli nejčastěji kořeněná a mastná jídla, nepravidelné stravování, požívání alkoholu a přejídání.

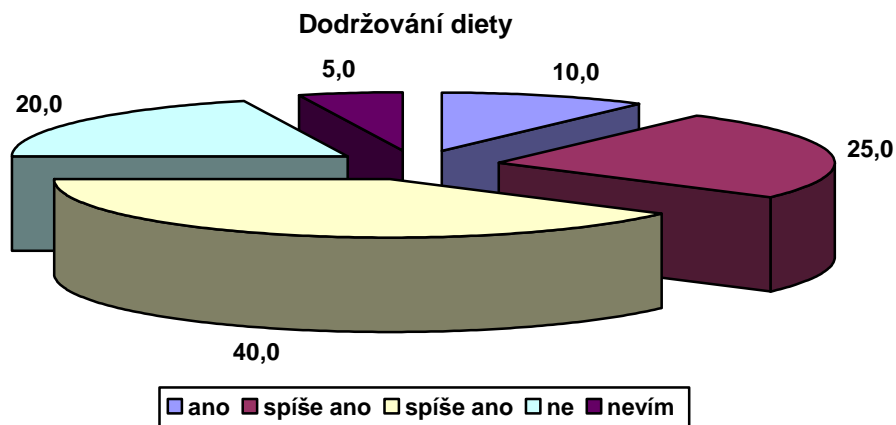
### Položka č.9 – Dodržujete dietu?

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

Tabulka 9 Dodržování diety

odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	4	10 %
b) spíše ano	10	25 %
<b>c) spíše ne</b>	<b>16</b>	<b>40 %</b>
d) ne	8	20 %
e) nevím	2	5 %
<b>celkem</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

Graf 9 Dodržování diety



Zde jsme zjistili že 16 respondentů (40,0 %) dietu spíše nedodržují. Dalších 10 respondentů (25,0 %) dietu spíše dodržuje, 8 respondentů (20,0 %) dietu nedodržuje, 4 respondentů dietu dodržují a 2 respondenti uvedli, že neví, zda se řídí správným stravováním.

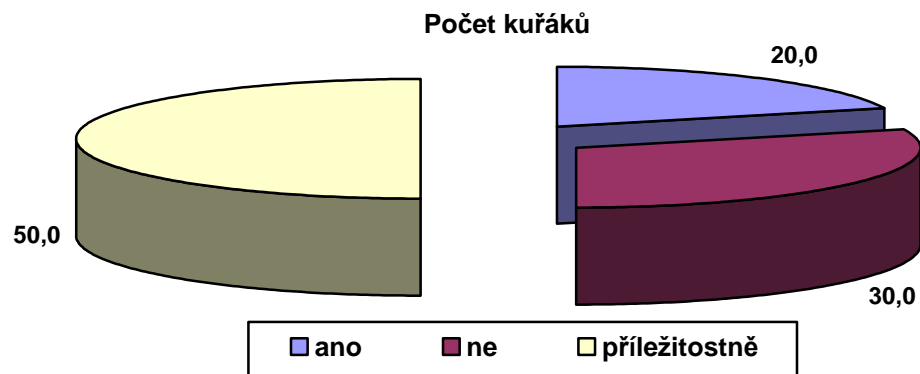
### Položka č.10 – Kouříte?

- a) ano
- b) ne
- c) příležitostně

Tabulka 10 Počet kuřáků

odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	8	20 %
b) ne	12	30 %
c) příležitostně	20	50 %
celkem	40	100 %

Graf 10 Počet kuřáků



Z dotazovaných je 8 kuřáků (20,0 %), 12 nekuřáků (30,0 %) a 20 respondentů (50,0 %) kouří příležitostně.

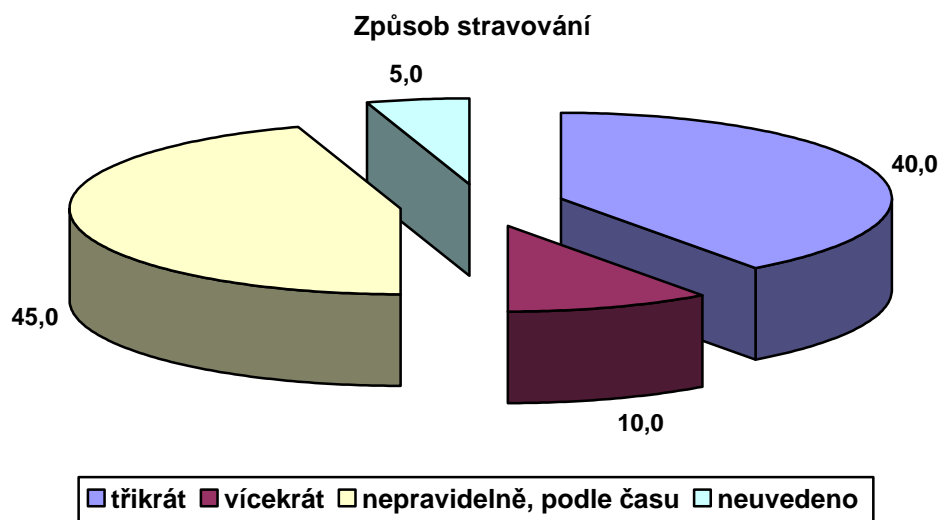
### Položka č.11 – Kolikrát denně jíte?

- a) třikrát (snídaně, oběd, večeře )
- b) vícekrát (v malých dávkách, pravidelně)
- c) **nepravidelně, podle času**

Tabulka 11 Způsob stravování

odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) třikrát (snídaně, oběd, večeře)	16	40 %
b) vícekrát (v malých dávkách, pravidelně)	4	10 %
<b>c) nepravidelně, podle času</b>	<b>18</b>	<b>45 %</b>
neuvedeno	2	5 %
<b>celkem</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

Graf 11 Způsob stravování



Nejvíce zvolenou odpovědí bylo za c) nepravidelně, podle času, kterou zvolilo 18 respondentů (45,0 %). Odpověď a) třikrát denně zvolilo 16 respondentů (40,0 %), odpověď b) vícekrát, v malých dávkách uvedli 4 respondenti (10,0 %) a 2 respondenti (5,0 %) neodpověděli na tuto otázku.

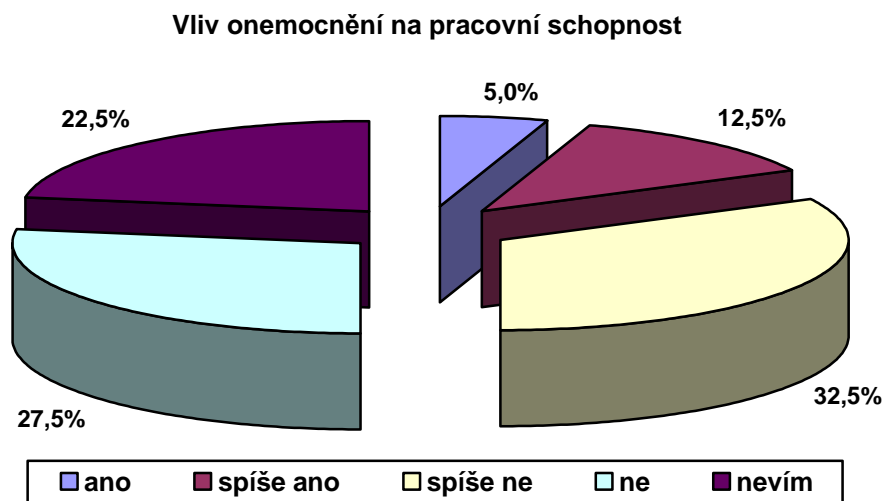
### Položka č.12 - Máte pocit, že vaše onemocnění ovlivňuje vaši schopnost pracovat?

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

Tabulka 12 Vliv onemocnění na pracovní schopnost

odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	2	5 %
b) spíše ano	5	12,5 %
<b>c) spíše ne</b>	<b>13</b>	<b>32,5 %</b>
d) ne	11	27,5 %
e) nevím	9	22,5 %
celkem	40	100 %

Graf 12 Vliv onemocnění na pracovní schopnost



Odpověď c) spíše ne zvolilo 13 respondentů (32,5 %), odpověď d) ne uvedlo 11 respondentů (27,5 %), odpověď e) nevím označilo 9 respondentů (22,5 %), odpověď b) spíše ano uvedlo 5 respondentů (12,5 %) a odpověď a) ano zvolili 2 respondenti (5,0 %).

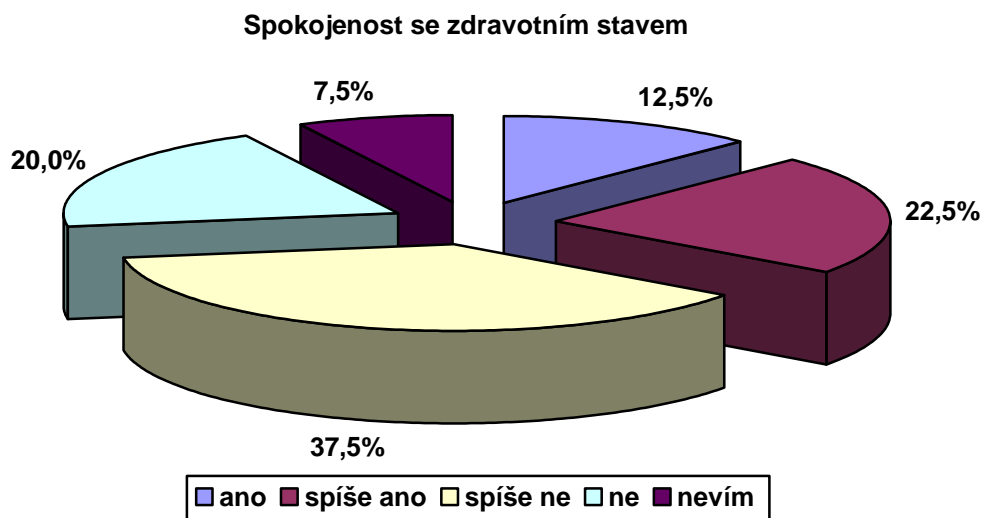
### Položka č.13 - Jste spokojen(-a) se svým zdravotním stavem?

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

Tabulka 13 Spokojenost se zdravotním stavem

odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	5	12,5 %
b) spíše ano	9	22,5 %
<b>c) spíše ne</b>	<b>15</b>	<b>37,5 %</b>
d) ne	8	20%
e) nevím	3	7,5 %
<b>celkem</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

Graf 13 Spokojenost se zdravotním stavem



Zde jsme zjistili, že 15 respondentů (37,5 %) je spíše nespokojeno se svým zdravotním stavem, 9 respondentů (22,5 %) je spíše spokojeno se svým zdravotním stavem, 8 respondentů (20,0 %) není spokojeno se svým zdravotním stavem, 5 respondentů (12,5 %) je naprosto spokojeno se svým zdravotním stavem a 3 respondenti (7,5 %) neví, zda jsou spokojeni se svým zdravotním stavem.

#### **Položka č.14 - Popište, jak se změnil váš život po onemocnění**

Respondenti v této otázce měli popsat v čem se změnil jejich život po onemocnění. Tato položka byla otevřená. Respondenti zde mohli uvést problémy z kterékoliv oblasti svého života způsobené VCHGD v jakémkoliv počtu.

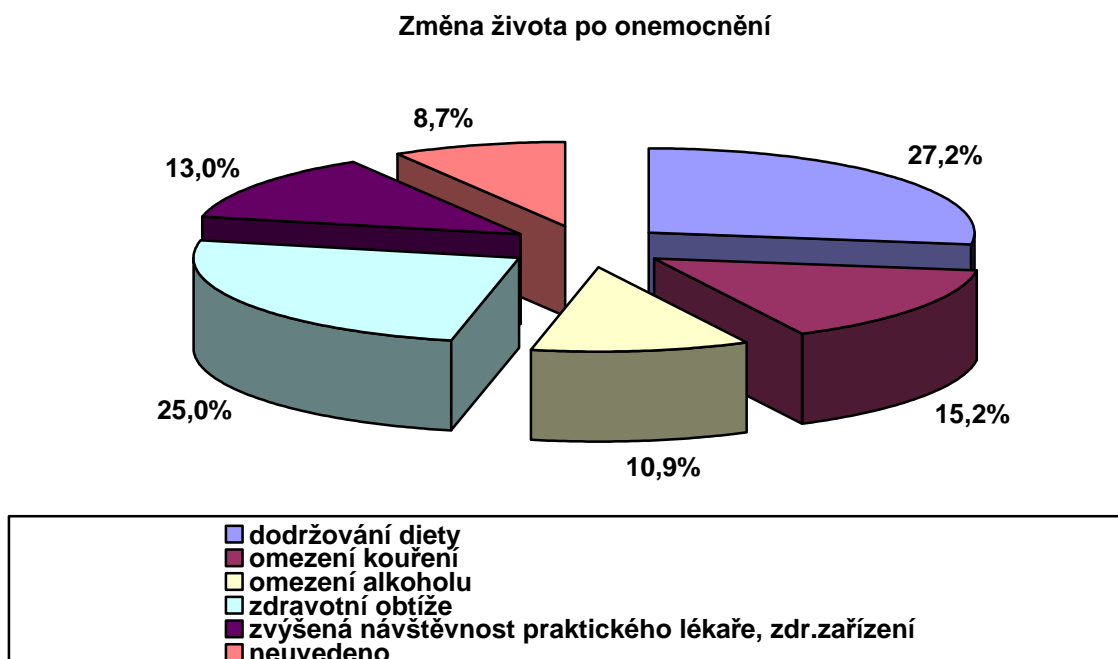
Uváděné odpovědi:

- a) **dodržování diety**
- b) omezení kouření
- c) omezení alkoholu
- d) zdravotní obtíže
- e) zvýšená návštěvnost praktického lékaře, zdr. zařízení

*Tabulka 14 – Změna života po onemocnění*

<b>odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>a) dodržování diety</b>	<b>25</b>	<b>27,2 %</b>
b) omezení kouření	14	15,2 %
c) omezení alkoholu	10	10,9 %
d) zdravotní obtíže	23	25,0 %
e) zvýšená návštěvnost praktického lékaře, zdr. zařízení	12	13,0 %
f) neuvedeno	8	8,7 %
<b>celkem</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>

Graf 14 – Změna života po onemocnění



V této otázce 25 respondentů (27,2 %) uvedlo odpověď a) dodržování diety, odpověď d) zdravotní obtíže uvedlo 23 respondentů (25,0 %), odpověď b) omezení kouření napsalo 14 respondentů (15,2 %), odpověď e) napsalo 12 respondentů (13,0 %), odpověď c) omezení alkoholu napsalo 10 respondentů (10,9 %) a 8 respondentů (8,7 %) položku nevyplnilo.



## 5.6 Interpretace výsledků

**Hypotéza č.1** Předpokládáme, že v oblasti kvality života dochází častěji ke změnám v osobním životě než v zaměstnání klientů, měla být ověřena odpověďmi na položky č.5, č.12 a č.14. První hypotéza se nám **potvrdila**. V oblasti kvality života dochází častěji ke změnám v osobním životě než v zaměstnání klientů.

**Hypotéza č.2** Předpokládáme, že VCHGD trpí více muži ve věku mezi 36-50 lety než ženy, měla být ověřena odpověďmi na položky č.1 a č.2. Druhá hypotéza se **nepotvrdila**. Nejvíce respondentů (47,5%) uvedlo kategorii od 36-50 let, z čehož bylo 57,9% žen a 42,1% mužů. Onemocněním trpí více ženy než muži ve věku od 36-50 let.

**Hypotéza č.3.** Předpokládáme, že více než jedna třetina respondentů uvádí nespokojenost se svým zdravotním stavem, měla být ověřena odpověďmi na položky č.7 a č.13. Třetí hypotéza se nám **potvrdila**. Více než jedna třetina respondentů je nespokojena se svým zdravotním stavem.

**Hypotetické tvrzení:** Předpokládáme, že většina dotazovaných nedodrжуje správnou životosprávu, mělo být potvrzeno odpověďmi na otázky č.8, č.9, č.10 a č.11. Hypotetické tvrzení se nám **potvrdilo**. Většina dotazovaných nedodrжуje správnou životosprávu.

## 5.7 Diskuse

Výsledky našeho průzkumu budeme srovnávat s použitou literaturou v teoretické části této práce. Například výsledky našeho průzkumu se liší od poznatků z knihy Vředová choroba (Kohout, 2002), která byla použita pro popsání VCHGD. Autor zde uvádí, že hlavní příčinou VCHGD je H.Pylori a mezi další příčiny patří žaludeční sekret, kyselina chlorovodíková, žluč, porucha cirkulace, medikamenty, kouření, kofein a dráždivá jídla. Dále zde uvádí, že nejčastější subjektivním příznakem je bolest břicha. V našem průzkumu 19,3% respondentů uvedlo pálení žáhy, 15,7% respondentů nevolnost a 14,5% respondentů sníženou chuť k jídlu. A jako hlavní příčinu své nemoci nejvíce respondentů (28,5%) uvedlo nepravidelnou stravu.

Dále se liší výsledky průzkumu od knihy Diety při onemocnění peptickými vředy (Starnovská, Kment, 2002), která se zabývá životosprávou a všeobecnými zásadami pro prevenci onemocnění. Autoři zde doporučují pravidelnou a vyváženou stravu, přestat kouřit a nepít alkohol. V našem průzkumu jsme zjistili, že 40,0% pacientů dietu spíše nedodržuje, 45,0% respondentů jí nepravidelně, 50,0% respondentů kouří příležitostně a 20,0% respondentů jsou kuřáci.

## **5.8. Doporučení pro praxi**

Z porovnání průzkumu s použitou literaturou vyplývá, že projevy i příčiny nemoci jsou individuální. Dále, že i přesto, že jsou pacienti informovaní a mají možnosti se o správné životosprávě dozvědět více v knihách, letáčích nebo na internetu, tak režimová opatření stejně nedodržují. Podle zjištěných nedostatků lze navrhnout následující řešení.

Lékař a sestra by měli umět pacienta správně motivovat k dodržování životosprávy (např. popisem komplikací, které pacienta mohou ohrozit i na životě). Sestra by měla poskytnout pacientovi dostatek zdrojů, kde se může dozvědět o své nemoci co nejvíce. Sestra by se měla snažit informovat i pacientovu rodinu o nemoci a léčebném režimu, pokud s tím pacient souhlasí.

Pacient měl by klást důraz na dodržování životosprávy (pravidelná strava, přestat kouřit a pít alkohol, nadměrně užívat léky na bolest, vystavovat se stresovým situacím). Pacienti s tímto onemocněním by měli zvolit klidnější povolání. Pacient by měl chodit na pravidelné kontroly ke svému lékaři.

Důležité je VCHGD předcházet. Sestra by měla dbát na prevenci především u rizikových pacientů např. kuřáci, obézní pacienti, alkoholici atd. Sestra by měla tyto pacienty informovat o riziku vzniku tohoto onemocnění a měla by je seznámit s preventivními opatřeními jako přestat nebo omezit kouření, pravidelné časování stravy, dávat přednost racionálně složené a vyvážené stravě s omezením tuků atd.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života lidí s VCHGD a do jaké míry jsou pacienti spokojeni s jejich zdravotním stavem. Respondentů jsme si ptali, jak se změnil jejich život po onemocnění (položka č. 14, s. 47). Nejčastější odpovědi byli dodržování diety (27,2%), zdravotní obtíže (25,0%), omezení kouření (15,2%) a zvýšený počet návštěv praktického lékaře a zdravotnických zařízení (13,0%). Nejčastěji uváděné zdravotní obtíže jsou pálení žáhy (19,3%), nevolnost (15,7%), sníženou chuť k jídlu (14,5%) a bolesti břicha (12,0%) v položce č. 7, s. 39. Výsledky průzkumu ukazují, že VCHGD spíše neovlivňuje pacientovu schopnost pracovat (uvedlo 32,5% respondentů, položka č. 12, s. 45) a 40,0% respondentů jsou zaměstnaní. Jedna třetina respondentů uvedla, že nejsou spíše spokojeni se svým zdravotním stavem.

Dalším cílem práce bylo zjistit, jaká je úroveň informovanosti pacientů o správné životosprávě, zda ji dodržují a na postoj pacientů ke své nemoci a na zjištění, zda ji stále tolik podceňují. Výsledky průzkumu jasně prokazují, že pacienti i přesto, že jsou informováni (uvedlo 75,0% respondentů, položka č. 8, s. 41), správnou životosprávu nedodržují (uvedlo 40,0% respondentů dietu spíše nedodržuje, položka č. 9, s. 42; 45,0% respondentů jí nepravidelně, položka č. 11, s. 44; 50,0% respondentů jsou příležitostnými kuřáky, položka č. 10, s. 43) své onemocnění podceňují a nedbají na možné komplikace z toho vyplývající.

Uvedu zde nejvýznamnější poznatky, které jsme se v průzkumu dozvěděli. Nejvíce respondentů (28,5%) uvedlo jako příčinu svého onemocnění nepravidelnou stravu (položka č. 6, s. 37). Což poukazuje na dnešní dobu, kdy každý spěchá a nemá čas na správnou a pravidelnou stravu. Dále 62,5% respondentů uvedlo, že ještě nebylo hospitalizováno kvůli VCHGD (položka č. 4, s. 34). Z čehož můžeme vydedukovat, že pacienti jsou pravidelně dispenzarizováni a správně léčeni.

Výsledky této práce bych závěrem shrnula. Průzkum ukázal, že léčba tohoto onemocnění se výrazně zlepšila a komplikacím VCHGD se včas předchází. Pacienti jsou správně edukováni o onemocnění a o léčebném režimu. Zůstává však otázka. Jak pacienty motivovat, aby správnou životosprávu dodržovali a nepodceňovali své onemocnění? Podle mého názoru je přístup pacientů k jejich onemocnění individuální.

Někteří pacienti o své zdraví dbají, snaží se dodržovat léčebný režim a jejich kvalita života je velmi dobrá, řekla bych, že srovnatelná s kvalitou života zdravého jedince. Bohužel někteří pacienti žijí stejným nezdravým stylem života jako před onemocněním, nebo se nedokáží zbavit zlovyků jako např. kouření, alkohol, rychlé občerstvení a jejich kvalita života klesá, protože trpí více obtížemi, navštěvují častěji lékaře, užívají více léků, mohou být hospitalizováni pro komplikace a později to může mít dopad i na jejich zaměstnání.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČIHÁK, R. 2002. *Anatomie 2*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0143-X.
2. DVORKÝ, A.; DVORSKÁ, S. 1997. *Diéta při vředové chorobě žaludka a dvanáctníka*. Brno : Osveta 1997. ISBN 80-88824-59-1.
3. DOENGES, E. M.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0242-8.
4. *Gesundheits-lexikon, gastroskopie*. 2008. Gütersloh / München 2008. [online]. [cit. 2010-14-2] © Copyright wissenmedia GmbH. jameda GmbH . Dostupný z WWW: <<http://www.jameda.de/gesundheits-lexikon/gastroskopie/>>
5. JAROŠOVÁ, D. 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha : ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2.
6. JUŘENÍKOVÁ, P., a kol. 1999. *Ošetrovatelství, 1. část-vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. Uherské hradiště, 1999. ISBN neuvedeno
7. KAJZRLÍKOVÁ, I. Copyright © 2009 – 2010 [online]. [cit. 2010-14-2]. NetDirect MediaCentrik. Dostupný z WWW: <<http://www.kolonoskopie.cz/odborne/vred-antra-zaludku.aspx>>
8. KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
9. KOHOUT, P. 2005. *Vředová choroba*. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-077-1.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
11. KYZEKOVÁ, J. 1998. *Žaludeční dyspepsie a Helicobacter Pylori*. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-621-8.

12. LUKÁŠ, K., a kol. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1283-0,
13. MAREČKOVÁ, O., a kol. 1996. *Léčebná výživa při gastroenterologických komplikacích a možnosti enterální výživy u nemocných s chronickým selháváním ledvin*. Brno, 1996. ISBN 80-7013-210-8.
14. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
15. MASTILIAKOVÁ, D. 2002. *Úvod do ošetrovatelství - 1.díl, systémový přístup*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.
16. MEDITORIAL+. 2007-2010 Copyright © 2007-10 [online]. [cit. 2009-16-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.ulekare.cz/clanek/vredova-choroba-980>>. ISSN 1802-5528 22.
17. MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1443.
18. MURGAŠ, F. 2007. *Axiologické hľadanie zmyslu kvality života a návrh indikátorov ako jeho výsledok*. *Envigogika* [online]. 2007, roč. 2, č. 2 [cit. 2009-11-13, 19:50]. Dostupný z WWW: <<http://envigogika.cuni.cz/>>. ISSN 1802-3061.
19. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
20. RAMBOUSEK, L. 2007 - 2009. [online]. [cit. 2010-14-2] © Copyright Dostupný z WWW: <<http://www.giobio.ic.cz/>>
21. SEDLÁČKOVÁ, M., a kol. 1996. *Infekce Helicobacter Pylori*. Praha : Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-32-2.
22. SEIFERT, B., a kol. 2008. *Dyspepsie horního typu*. [online]. 2008, [cit. 2009-12-13, 17:30]. Dostupný z WWW:

<[http://www.svl.cz/Files/nastenka/page\\_4771/Version1/dyspepsie-horniho-typu.pdf](http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/dyspepsie-horniho-typu.pdf)>. Praha. 2008. ISBN 978-80-86998-25-1.

23. STARNOVSKÁ, T.; KMENT, M. 2002. *Diety při onemocnění peptickými vředy*. Praha : Sdružení MAC, 2002. ISBN 80-86015-85-8.
24. TRACHTOVÁ, E., a kol. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno. 1999. ISBN 80-7013-285-X.
25. VOKURKA, M.; HUGO, J. 2004. *Praktický slovník medicíny-7. rozšířené vydání*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-009-7.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Dotazník .....	I
Příloha B Souhlas .....	IV
Příloha C Anatomie žaludku .....	V
Příloha D Tepny žaludku .....	VI
Příloha E Endoskopické vyšetření žaludku .....	VII
Příloha F Vřed žaludku .....	VIII
Příloha G Vzory denního jídelníčku .....	IX



## PŘÍLOHA A - Dotazník

Dotazník, číslo:.....

### DOTAZNÍK

**Dobrý den,**

držíte v ruce dotazník, který se zaměřuje na kvalitu života nemocných s vředovou chorobou gastroduodenální. Prosím vás o jeho vyplnění. Vaše odpovědi budou součástí průzkumu, který je podstatnou částí mé bakalářské práce.

Vyplnění dotazníku je *dobrovolné a anonymní*. Stačí zaškrtnout jednu odpověď, pokud není uvedeno v otázce jinak.

**Děkuji za váš čas, Monika Benešová**

studentka 3. ročníku oboru všeobecná sestra

Vysoká škola zdravotnická o.p.s.

Praha 5, Duškova 7

1. Jste muž nebo žena?

muž  žena

2. Kolik Vám je let?

20-35 let     36-50 let     51-65 let

3. Jak dlouho trpíte vředovou chorobou gastroduodenální?

0-5 let     6-10 let     11-15 let     16-20 let     21 a více let

4. Kolikrát jste byl(-a) hospitalizováni kvůli této chorobě?
- zatím jsem nebyl hospitalizován(a)       jednou       dvakrát       vícekrát
5. V současné době jste:
- Nezaměstnaný(-á)       Zaměstnaný(-á)       Student
- Invalidní důchodce/ důchodkyně       Na mateřské dovolené
- Starobní důchodce/ důchodkyně
6. Které faktory u vás vedly ke vzniku onemocnění? (můžete zaškrtnout více odpovědí)
- špatná strava       nepravidelná strava       kouření
- nepřiměřené používání léčiv       stres       káva
- rodinná predispozice       kyselý žaludeční sekret
- jiné, vyjmenujte .....
7. Jakými problémy v současné době trpíte?(můžete zaškrtnout více odpovědí)
- bolesti břicha       nevolnost       zvracení       snížená chuť k jídlu  
hubnutí
- přibírání na váze       pálení žáhy       zácpa       únava
- jiné, vyjmenujte .....
8. Byl(-a) jste informováni o dietě, kterou máte dodržovat? Pokud ano, napište 3 příklady co vám škodí.
- ne, nebyl(a) jsem informován(-a)
- ano, byl(-a) : příklady :  
.....

9. Dodržujete dietu?

- ano     spíše ano     spíše ne     ne     nevím

10. Kouříte?

- ano     ne     příležitostně

11. Kolikrát denně jíte?

- třikrát (snídaně, oběd, večeře)     vícekrát (v malých dávkách, pravidelně)  
 nepravidelně, podle času

12. Máte pocit, že vaše onemocnění ovlivňuje vaši schopnost pracovat?

- ano     spíše ano     spíše ne     ne     nevím

13. Jste spokojen(-a) se svým zdravotním stavem?

- ano     spíše ano     spíše ne     ne     nevím

14. Popište, jak se změnil Váš život po onemocnění:

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

## PŘÍLOHA B – Souhlas

**MUDr. Housková Marie, ordinace praktického lékaře**  
28. Října 300, Mělník 27601  
Tel. : 315 /628 380

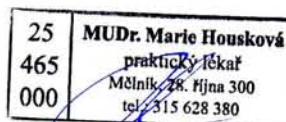
### POTVRZENÍ O SOUHLASU S VÝKONEM PRŮZKUMNÉ ČINNOSTI u praktického lékaře

Potvrzují, že studentka Vysoké školy zdravotnické o.p.s. Monika Benešová může podat u praktického lékaře dotazníky, za účelem získání informací nezbytných k vypracování bakalářské práce na téma „Kvalita života nemocných s vředovou chorobou gastroduodenální“.

Studentka se zavazuje, že získané informace budou použity pouze k vypracování bakalářské práce a jiným způsobem nebudou zneužity.

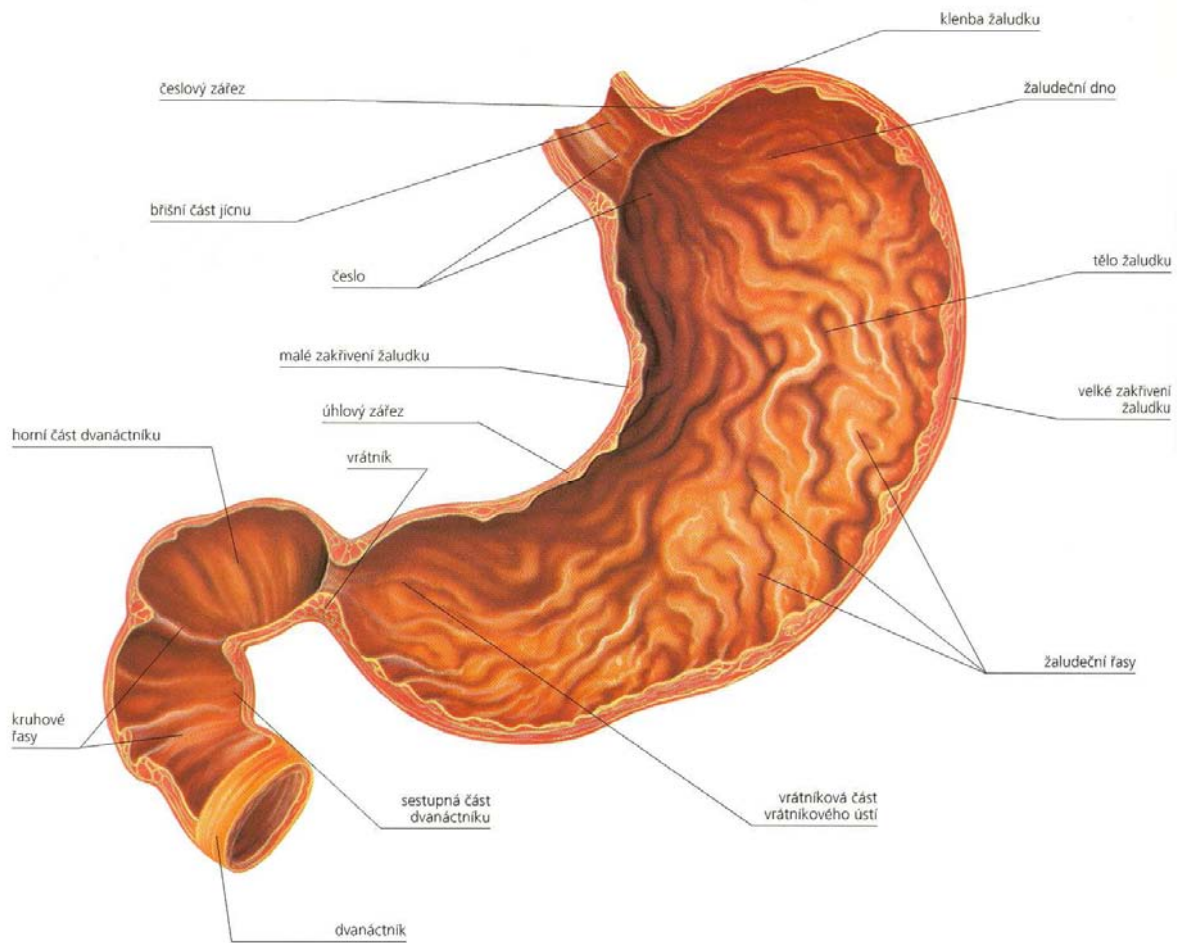
V Mělníku dne .....

*4. ledna 2010*



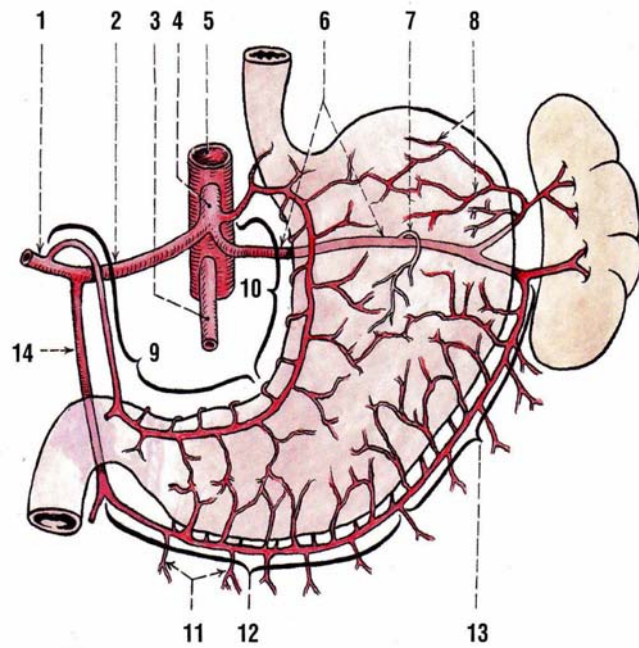
Podpis.....

## PŘÍLOHA C – Anatomie žaludku



(Rambousek, 2007-2009)

## PŘÍLOHA D – Tepny žaludku

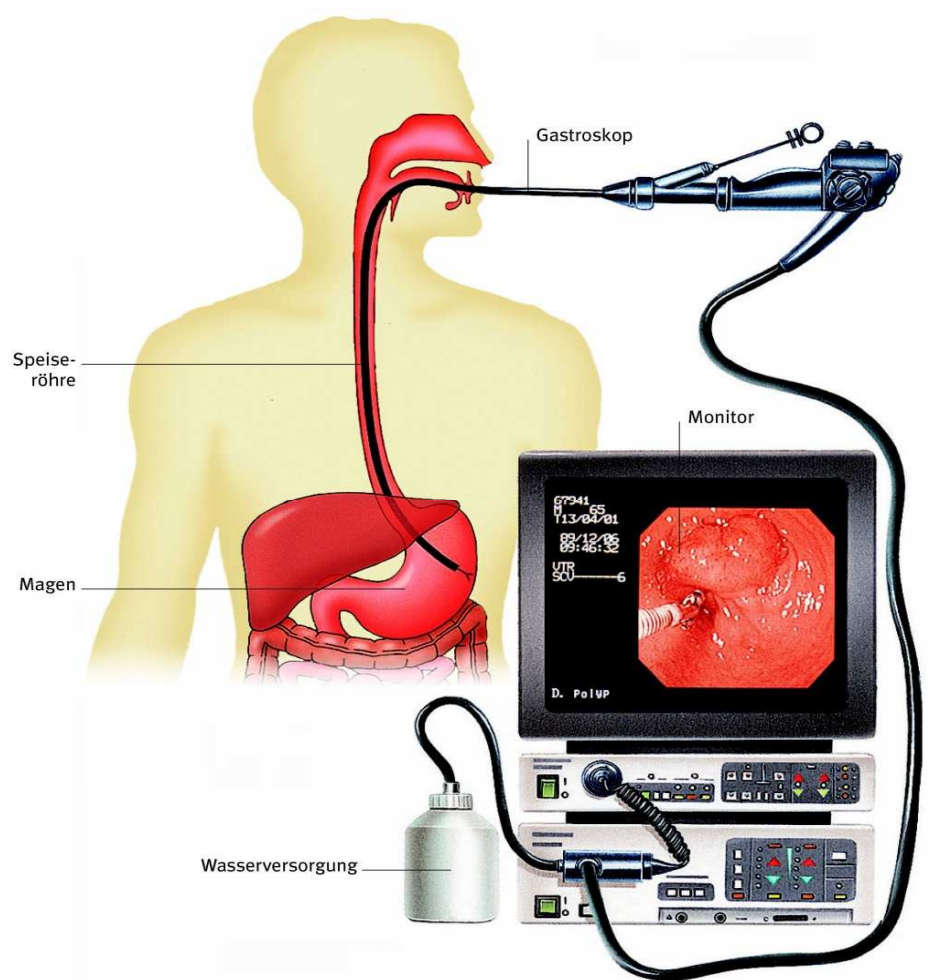


Obr. 56 A. TEPNY ŽALUDKU; schéma

- 1 a. hepatica propria
- 2 a. hepatica communis
- 3 a. mesenterica superior
- 4 truncus coeliacus
- 5 aorta abdominalis
- 6 a. splenica (a. lienalis)
- 7 a. gastrica posterior
- 8 aa. gastricae breves
- 9 a. gastrica dextra
- 10 a. gastrica sinistra
- 11 rr. omentales arteriae gastromentalis (gastroepiploicae) dextrae
- 12 a. gastromentalis (gastroepiploica) dextra
- 13 a. gastromentalis (gastroepiploica) sinistra
- 14 a. gastroduodenalis

(Čihák, 2002)

## PŘÍLOHA E – Endoskopické vyšetření žaludku



(Gesundheits-lexikon,gastroskopie, 2008)

**PŘÍLOHA F - Vřed žaludku**



(Kajzrlíková, 2009 – 2010)



## **PŘÍLOHA G - Vzory denního jídelníčku**

**Snídaně:** kakao, pečivo, máslo

**Svačina:** jogurt, pečivo

**Oběd:** rajčatová polévka, hovězí maso dušené na zelenině, brambory

**Svačina:** sýrová pomazánky, pečivo

**Večeře:** přírodní hovězí maso, dušená rýže, hlávkový salát

**II.večeře:** mléko, pečivo

**Snídaně:** čaj s mlékem, pečivo, vejce na měkko

**Svačina:** tvarohová pomazánka, pečivo

**Oběd:** celerová polévka se zavářkou, dušený mletý řízek, brambory, kompot

**Svačina:** máslo, džem, sendvič

**Večeře:** zeleninové rizoto se strouhaným sýrem, hlávkový salát

**II. večeře:** sýr, pečivo

**Snídaně:** mléko, vánočka, džem

**Svačina:** nastrouhané jablko, piškoty

**Oběd:** zeleninová polévka, dušené kuře, dušená rýže

**Svačina:** šunka, sendvič

**Večeře:** rýžový nákyp, kompot

**II. večeře:** mléko, pečivo

(Dvorský, Dvorská, 1997)