

Screening celiakie v dospělé populaci ve Zlínském kraji

Zdenka Orálková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Zdenka Orálková

Osobní číslo: H11641

Studijní program: B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Forma studia: kombinovaná

Téma práce: Screening celiakie v dospělé populaci ve Zlínském kraji

Zásady pro vypracování:

Nastudování odborných literárních zdrojů a zpracování teorie k problematice celiakie.
Vymezení pojmů, zpracování patofyziologie a diagnostiky onemocnění celiakie, seznámení se s Metodickým pokynem MZ-ČR "Cílený screening celiakie".
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace průzkumu v gastroenterologické poradně pomocí dotazníkového šetření.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČERVENKOVÁ, Renata. Celiakie. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 64 s. ISBN 80-7262-425-3.

FRIČ, Přemysl a Olga MENGEROVÁ. Celiakie: bezpečná dieta a rady lékaře. Vyd. 1.

Čestlice: Medica Publishing, 2008. 186 s. Dieta; sv. 16. ISBN 978-80-85936-62-9.

FRIČ, Přemysl a Jiří NEVORAL. Cílený screening celiakie. Interní medicína pro praxi.

2009, roč. 11, č. 11, s. 484-487. ISSN 1212-7299; 1803-5256 (elektronická verze);

1803-5868 (supplementum).

MALKUSOVÁ, Ivana a Karel BLIHAR. Typické a atypické formy celiakie u dospělých.

Sestra. 2010, roč. 20, č. 6, s. 32-35. ISSN 1210-0404.

ŠIMŮNKOVÁ, Marta. Celiakie v ČR – desítky tisíc nepoznaných případů. Zdravotnické noviny. 2007, roč. 56, č. 8, s. 14-16. ISSN 1805-2355; 1214-7664 (elektronická verze).

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Jana Pelková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

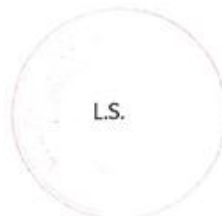
15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 25. 2. 2014

.....


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou diagnostiky celiakie u dospělých nemocných. I když se jedná o střevní onemocnění, je tato diagnóza jako příčina různých zdravotních obtíží u dospělých poměrně často opomíjena právě z důvodů jiných potíží než střevních dyspepsií.

V teoretické části je popsána charakteristika nemoci, patofyziologie, diagnostika a způsob léčby, kterým je doživotní vyloučení lepku z potravy. Jsou zde rozepsány rizikové skupiny populace a nutnost cíleného screeningu u vybraných osob s různými symptomy a autoimunitními onemocněními.

V praktické části je prováděn průzkum metodou dotazníkového šetření, oslovení respondenti jsou léčeni v gastroenterologických ambulancích. Cílem práce je zjistit, jaké zdravotní potíže nemocných vedly k diagnostice celiakie, délku trvání zdravotních potíží před určením diagnózy a jaký vliv mělo určení správné diagnózy a následně zavedení dietních opatření na vybrané aspekty kvality života nemocného.

Klíčová slova: celiakie, diagnostika, patofyziologie, rizikové skupiny, screening, bezlepková dieta

ABSTRACT

This thesis deals with the diagnosis of the celiac disease in adult patients. Although it is an intestinal disease, this diagnosis is as quite often ignored a cause of various health problems in adults specifically because of the other problems than intestinal dyspepsia. The theoretical part of this thesis describes the characteristics of the disease, the pathophysiology, the diagnosis and the treatment, which is a lifelong exclusion of gluten from the diet. There are analysed risk groups of population and the need of screening targeted at the selected individuals with the different symptoms and the autoimmune diseases. The practical part of the survey is conducted by the questionnaire survey, addressed respondents are treated in the outpatient gastroenterology. The aim is to identify

the health problems of patients which led to the diagnosis of the celiac disease, the duration of the health problems before the diagnosis and the impact that a correct diagnosis and the introduction of dietary measures had on the selected aspects of the patient's life .

Keywords: celiac disease, diagnosis, pathophysiology, risk groups of population, screening, gluten free diet

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce, paní MUDr. Janě Pelkové, za odborné vedení, ochotu, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při vedení mé bakalářské práce.

Velké díky patří i všem respondentům, kteří byli ochotní a zúčastnili se mého výzkumu, protože bez nich by praktická část práce nemohla vzniknout.

MOTTO:

„If the disease could be cured, this should be by diet.“- „Pokud je nemoc léčitelná, mělo by to být stravou.“

Samuel Gee

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
ČÁST	11
1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	12
1.1 DEFINICE ONEMOCNĚNÍ	12
1.2 HISTORIE NEMOCI	12
1.3 PATOFYZIOLOGIE	14
1.4 PŘÍZNAKY NEMOCI.....	15
1.5 FORMY CELIAKIE	15
1.5.1 Symptomatická forma	16
1.5.2 Oligosymptomatická forma.....	16
1.5.3 Silentní forma.....	16
1.5.4 Latentní forma	16
1.5.5 Potencionální forma	16
1.5.6 Duhringova herpetiformní dermatitida	16
1.6 DIAGNOSTIKA CELIAKIE.....	17
1.7 KOMPLIKACE CELIAKIE.....	18
1.8 LÉČBA CELIAKIE A BEZLEPKOVÁ DIETA	19
1.9 INFORMAČNÍ ZDROJE.....	20
2 CÍLENÝ SCREENING CELIAKIE	21
2.1 METODICKÝ POKYN MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ „CÍLENÝ SCREENING CELIAKIE“	21
2.2 CÍLENÝ SCREENING CELIAKIE	21
2.2.1 Rizikové choroby a skupiny	22
2.2.2 Podezřelé symptomy	22
2.2.3 Přidružené autoimunitní choroby	23
ČÁST	24
3 CÍLE PRÁCE	25
4 METODIKA PRÁCE	26
4.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	26
4.2 METODIKA A ORGANIZACE PRÁCE	26
4.3 VÝSLEDKY PRŮZKUMU	27
DISKUZE	65
ZÁVĚR	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	77
SEZNAM TABULEK	78
SEZNAM GRAFŮ	80
SEZNAM PŘÍLOH	82

ÚVOD

Celiakie je nemoc, která se stává velkým celosvětovým problémem, protože se jedná o nejčastější potravinovou alergii v populaci. Jedná se o onemocnění autoimunitní, geneticky podmíněné, které je celoživotní. Spouštěčem tohoto onemocnění je konzumace lepku (glutenu), který je obsažen v obilných zrnech.

Prevalence této nemoci ve vyspělých zemích se udává 0,5 – 2 %, v České republice je odhad prevalence 1:200 – 1:250, tzn. 40 000 – 50 000, ale diagnostikováno a následně dispenzarizováno je pouze 10 -15 % nemocných. (Věstník MZ ČR, 28. února 2011)

Z toho vyplývá, že mnozí nemocní o svém onemocnění neví, protože se nemoc nemanifestuje typickými střevními příznaky, ale různými netypickými projevy, díky nimž jsou léčeni u různých odborných lékařů. Přitom tyto potíže mohou být již symptomy projevující se celiakie.

Práci na tohle téma jsem si zvolila proto, že se mě úzce dotýká. Můj přítel se několik let léčil na atopický ekzém, byl neustále unavený i po menší zátěži. Jiné potíže „typické“ pro celiakii neměl, netrpěl střevními potížemi. Po těžší angíně, kdy mu praktická lékařka dělala kontrolní krevní testy, mu byla zjištěna nízká hladina železa v séru. Nasazená léčba byla bez efektu, proto byl odeslán na hematologii, kde bylo vysloveno podezření na celiakii, které se opravdu potvrdilo při vyšetření v gastroenterologické poradně. Nasazení bezlepkové diety bylo okamžité a přineslo rychlé zmírnění potíží. Je pravdou, že tato dieta je finančně náročnější, ale je to vynahrazeno zlepšením zdravotního stavu.

Proto jsem zvolila průzkum u dospělých nemocných, zajímalo mě, na základě jakých potíží byli diagnostikováni a jak dlouho trvalo, než byla diagnóza potvrzena, případně jestli jim byla celiakie zjištěna v rámci screeningu, kdy byla nemoc prvně zjištěna někomu z příbuzných.

Práce je rozdělena do dvou částí - v teoretické části práce jsou popsány poznatky o nemoci, její patofyziologie a diagnostika. Dále je v této části popsán „Metodický pokyn pro cílený screening celiakie“, který byl zveřejněn ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, vydaném 28. února 2011.

V praktické části bylo cílem zjistit, jaké potíže vedly k diagnostikování nemoci, jak dlouho trvalo, než byla nemoc diagnostikována, jaký vliv měla neléčená celiakie a následně zavedené dietních opatření na život nemocných.

Skupinu respondentů tvořili nemocní dispenzarizovaní v gastroenterologických poradnách ve Zlínském kraji a 2 pacientky hematologické ambulance Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, kterým byla celiakie diagnostikována po 18. roce života.

Výsledná zjištěná data plánujeme zpracovat jako odborný článek a zaslat jej do časopisu Sestra, který je určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

1.1 Definice onemocnění

Celiakie (řecký výraz „koiliakos“ polatinštělý „coeliakia“ znamená „trpící na střeva“), celiakální sprue (v angličtině střevní onemocnění, které způsobuje poruchu vstřebávání živin ve střevě), glutenová enteropatie neboli glutosenzitivní enteropatie (enteropatie označuje střevní onemocnění jiné etiopatie než jsou záněty nebo nádory) je řazena mezi velmi častá autoimunitní onemocnění. Je to celoživotní geneticky podmíněná choroba, jejíž příčinou je potravinová intolerance. Pro její genetickou predispozici a tím i vrozený podklad hovoří zvýšená četnost celiakie u příbuzných a to, že je celiakie přítomna pouze u jedinců s HLA antigeny DQ2 a DQ8. (Kohout, 2006, s. 324; Červenková, 2006, s. 10). V dnešní době je řazena mezi nejčastější celosvětové potravinové alergie.

Celiakie, jako autoimunitní onemocnění, je charakterizována vznikem takové imunitní reakce, při které dochází k napadení a poškození vlastních tkání. Důsledkem takové reakce je v tomto případě typické postižení sliznice tenkého střeva, od něhož se odvíjí celá řada dalších potíží postižených jedinců.

Tuto chorobu spouští požití lepku (glutenu) – látky, která je obsažena v obilných zrnech, zejména v pšenici, dále pak v žitu a ječmeni. Lepek obsažený v obilovinách je součástí velké části potravin a výrobků nebo jsou jím potraviny při výrobě a zpracování kontaminovány. Imunitní reakci vyvolává soubor aminokyselin – alfa-gliadin, což je součást lepku. (Kohout, 2006, s. 324)

1.2 Historie nemoci

Celiakie je onemocnění, jež lidstvo provází již dlouhou dobu. Počátky vzniku nemoci se lokalizují do části Turecka, Íránu a Iráku, do tzv. „úrodného půlměsíce“. Je to dáno přechodem od „loveckého a sběračského“ způsobu života k usazení se na jednom místě a tím k rozvoji zemědělství a pěstování plodin, zejména obilovin. Po změně stravy zavedením obilných produktů do jídelníčku, probíhala celiakie jako velmi těžké, často

smrtelné onemocnění a to zejména před dosažením reprodukčního věku. *Tímto způsobem ustoupila v průběhu určitého počtu generací dominantní linie a zůstala převážně jen linie recesivní a menší penetrací genetické vlohy u heterozygotů. V rostoucím počtu populací docházelo postupně vlivem modifikujících genů k větší variabilitě fenotypu až do současného stavu s převahou mimostřevních forem onemocnění, zejména u dospělých osob* (Frič, 2008, s. 6).

První dochovaný záznam – popis dítěte s nafouklým bříškem se objevuje v lékařských záznamech starého Řecka a Egypta. Areteus Kapadoský (2. století př. n. l.) se ve svých pojednáních zmiňuje „o chronickém průjmovém onemocnění spojeném s chátráním organismu (Kohout, 2006, s. 324; Frič, 2008, s. 6).

V novodobé historii to byl Samuel Gee, který v roce 1888 poprvé popsal toto onemocnění dětí trpících průjmy, poruchou růstu a podvýživou a který předpokládal, že nemoc způsobuje jídlo, ale nedokázal přesně určit příčinu. Zároveň vyslovil myšlenku, že stejnou chorobou jako děti trpí i dospělí a léčba by měla spočívat v dodržování diety, jež však prozatím neuměl specifikovat. (If the disease could be cured, this should be by diet - Pokud je nemoc léčitelná, mělo by to být stravou) (Frič, 2008, s. 6).

Významným lékařem, který se věnoval problematice celiakie, byl pediatr Herter, který v roce 1908 publikoval své poznatky o dětech s celiakií. Herter prosazoval názor, že nemocné děti lépe tolerují tuky než sacharidy. Onemocnění bylo pak dlouhou dobu pojmenováno po tomto odborníkovi v oblasti dětského lékařství - Herterova choroba (Jodl, 1989, s. 11)

S. Haass - objevitel a propagátor tzv. banánové diety při léčbě celiakie, kterou uvedl do praxe roku 1924. Základem této diety byla konzumace zralých banánů jako zdroje sacharidů při nízkosacharidové dietě. V roce 1938 vydal další publikaci, ve které upozorňoval na zvýšené vylučování tuků stolicí při požití jiných sacharidů v potravě. Naopak sacharidy, které byly obsaženy v banánech, dětské pacienti velmi dobře snášeli (Jodl, 1989, s. 12).

Během válečných let 1939 – 1945 došlo k velkému pokroku v léčbě celiakie, k němuž paradoxně přispěla velká chudoba obyvatelstva. Nahrazení pšeničné mouky moukou z cibulek tulipánů mělo za následek výrazné zlepšení zdravotního stavu dětí, které trpěly celiakií. Tyto své poznatky popsal v roce 1945 holandský pediatr W. Dicke. Po skončení války a po návratu k původní stravě se zdravotní stav nemocných dětí opět zhoršil (Kohout, 2006, s. 325).

Výsledky Dickovy práce byly potvrzeny Charlotte Andersonovou z Birminghamu. Ta z pšeničné mouky extrahovala škrob a ostatní složky pšenice. Výzkumy prokázala, že zbývající část obsahující lepek (gluten) je odpovědná za poškozování střevní sliznice u dětí.

Od roku 1950 se jako kauzální léčba celiakie zavádí bezlepková dieta (Jodl, 1989, s. 12).

1.3 Patofyziologie

Imunitní reakci při onemocnění celiakií vyvolává součást lepku – alfa-gliadin, který musí být obsažen v peptidu vznikajícím štěpením. Přesněji řečeno, jde o soubor aminokyselin, které, jsou-li v peptidu obsaženy, dokáží vyvolat imunitní reakci. Na vzniku protilátek proti tkáňové transglutamináze má podíl reakce, kdy je alfa-gliadin štěpen enzymaticky na menší peptidy, které pak dále tvoří vazbu s povrchovými glykoproteiny HLA-DQ2 a HLA-DQ8 a ty jsou spouštěči imunitní reakce ve sliznici tenkého střeva. Štěpení alfa-gliadinu probíhá v žaludku, duodenu a tenkém střevě (Kohout, 2006, s. 324).

Tato reakce způsobuje poškození sliznice tenkého střeva, které je pro tuto chorobu typické a je průkazné při histologickém vyšetření. Tyto změny se vyznačují širokou škálou – od minimálního postižení střevní sliznice (poškození enterocytů) až po totální atrofii a vyhlazení střevních klků, hypertrofii Lieberkuhnových krypt a nález infiltrace lymfocytů do submukózy (Kohout, 2006, s. 324).

Důsledkem postižení sliznice střeva a probíhajících chorobných změn dochází ke zhoršenému vstřebávání všech živin -malabsorpci. Živiny jsou z organismu vylučovány stolicí a po určité době se jejich nedostatek v organismu projevuje spoustou nejrůznějších obtíží. Nevstřebané živiny navíc slouží jako výživa bakteriím osídlujícím střeva a výsledkem je nadměrná plynatost a nadýmání (Německá společnost pro celiakii, 2013, s. 12).

Při dodržování bezlepkové diety, která je jediným způsobem léčby tohoto onemocnění, se stav střevní sliznice může po určité době zlepšit, změny na sliznici mohou být reverzibilní. Samozřejmě záleží na stupni postižení a poškození sliznice a na důslednosti při dodržování dietních opatření (Kohout, 2006, s. 324).

1.4 Příznaky nemoci

Celiakie je choroba, která se může projevit v každém věku, má celou řadu typických a atypických příznaků. V dětském věku jsou dominantní zejména příznaky gastrointestinální, jako jsou bolesti břicha, chronický průjem, celkové tělesné neprospívání a hubnutí. Děti, které trpí nediodagnostikovanou celiakií, mohou mít i spoustu dalších potíží – bývají zvýšeně unavené, mohou mít různé psychické potíže (hyperaktivita, neschopnost soustředění), častěji než zdravé děti jsou postihovány opakovanými virózami, často bývají léčeny pro atopický ekzém. U dětí se často první příznaky objevují spolu se zaváděním obilných výrobků a pokrmů do stravy (Frič, 2009, s. 485).

Podle Šimůnkové (2007) jsou dnes děti déle kojeny, a pokud jsou obilné pokrmy přidávány do stravy dětí až v druhé polovině prvního roku života a to společně s mateřským mlékem, střevní stěna již není tak zatěžována a reaguje méně bouřlivě na přítomnost lepku. Celiakie proto nemusí být diagnostikována v kojeneckém nebo batolecím věku. Udává se, že nejvyšší záhyt má 2 vrcholy – první vrchol je kolem pátého roku života a kolem padesátého roku života je udáván vrchol druhý.

U dospělých převažují častěji příznaky atypické, střevní projevy bývají často „potlačeny“, potíže nemocných jsou zcela individuální. Mezi časté příznaky vedoucí k diagnostice patří zejména sideropenická anémie způsobená nedostatkem železa, osteoporóza, kožní projevy jako je herpetiformní dermatitida, polyneuropatie, ataxie, psychické potíže jako např. deprese či poruchy chování, amenorhe, infertilita, poruchy reprodukce (Frič, 2009, s. 485).

Jedním ze symptomů, které by mohly vést k diagnostice, je izolované zvýšení transamináz ALT a AST, které nemají zjevnou příčinu a nejsou důsledkem či průvodním jevem další nemoci (např. hepatitidy, poškození jater, cirhózy, virového či bakteriálního onemocnění). (Kollárová a Pektor, 2007, s. 246)

1.5 Formy celiakie

Celiakie má jako nemoc natolik rozmanitý obraz daný typickými i atypickými symptomy, že rozlišujeme několik forem této nemoci. Pro diagnostiku určité formy celiakie jsou důležité jak typicky vyjádřené příznaky, tak potvrzení laboratorními testy a histologickým nálezem.

1.5.1 Symptomatická forma

Tato forma nemoci se projevuje typickými či atypickými příznaky. Průkazná je pozitivními serologickými testy, je zde průkazné poškození sliznice tenkého střeva (Kohout, 2006, s. 325)

1.5.2 Oligosymptomatická forma

Příznaky při této formě jsou atypické nebo velmi slabě prezentovány, opět jsou zde pozitivní krevní testy na celiakii a sliznice tenkého střeva rovněž vykazuje známky poškození (Kohout, 2006, s. 325).

1.5.3 Silentní forma

Tato forma probíhá bezpříznakově, nemocný je zcela bez potíží, opět je zde již postižení sliznice střeva a pozitivní serologické testy (Kohout, 2006, s. 325).

1.5.4 Latentní forma

Opět probíhá asymptomatologicky, při krevních testech jsou zjištěny zvýšené hladiny protilátek, histologické vyšetření nevykazuje známky postižení střevní sliznice (Kohout, 2006, s. 325).

1.5.5 Potencionální forma

Tato forma onemocnění probíhá většinou zcela bezpříznakově. Při vyšetření je zjištěna buď přítomnost autoprotilátek, nebo je nalezeno zvýšené množství intraepiteliálních lymfocytů. Imunologická abnormalita se tedy projevuje pouze jedním znakem (Frič, 2008, s. 16).

1.5.6 Duhringova herpetiformní dermatitida

Zde se jedná o kožní projevy celiakie (jde o rovnocennou formu projevené celiakie), která se manifestuje typickými puchýřky, lokalizovanými zejména ve vlasové části hlavy, nadextenzory končetin, na trupu a hýždích. Laboratorní a histologické výsledky jsou pozitivní stejně jako u symptomatické formy celiakie. Kožní projevy nemoci jsou řešeny sulfony (DDS - sufon, např. Dapson), na jinou formu léčby projevy dermatitidy nereagují, pochopitelně za důsledného dodržování bezlepkové diety (Dvořák, 2005).

1.6 Diagnostika celiakie

Tak jako u diagnostikování každého jiného onemocnění, je i u celiakie důležitá osobní a rodinná anamnéza. Při podezření na celiakii je základním vyšetřením stanovení hladiny sérových protilátek proti tkáňové transglutamináze (transglutamináza je enzym, který je tvořen v enterocytech) a provádí se v řadě IgA. IgA protilátky proti tkáňové transglutamináze (IgAtTG) jsou vysoce senzitivní v 90-98 % i specifické v 95-97 % (Pískovcová, 2011, s. 333).

Celiakii prakticky vylučuje negativní výsledky vyšetření, naopak pozitivní výsledky je nutné ověřit a potvrdit střevní biopsií, protože falešně pozitivní výsledky se objevují i při chronických jaterních a ledvinných onemocnění, monoklonální gamapatií a dalších autoimunitních onemocnění (Prokopová, 2008, s. 235).

Pokud je zjištěn selektivní deficit IgA, který je podstatně častější u nemocných trpících celiakii než v běžné populaci (udává se cca 10 %), je nutné došetření hladiny protilátek AtTGA ve třídě IgG. Problém nastává, pokud pacient delší dobu již dodržuje bezlepkovou dietu, protože v tomto případě nelze toto vyšetření protilátek použít, výsledky by byly zcela neprůkazné (Kohout, 2006, s. 326).

Nejdůležitějším vyšetřením při diagnostice celiakie je biopsie střevní sliznice, která je indikována při pozitivitě AtTGA. Díky mikroskopickému vyšetření odebrané sliznice lze potvrdit diagnózu celiakie a také určit stupeň postižení sliznice střeva a tím i určit klinickou formu nemoci. Nejvíce postiženou částí střeva bývá distální duodenum a jejunum, postižení žaludku nebo nález v rektu bývá zcela výjimečné. Diagnostiku celiakie ztěžuje fakt, že při formě latentní a potencionální celiakie se architektura střevní sliznice nemění a zůstává nepostižena. V tomto případě se diagnóza stanovuje vyšetřením sérových protilátek a stanovením intraepiteliálních lymfocytů. Stejně jako při vyšetření serologickém, třeba je před střevní biopsií konzumovat potraviny obsahující lepek, protože při dodržování bezlepkové diety se struktura střevní sliznice postupně obnovuje.

U dospělých nemocných je biopsie střeva prováděna při gastrokopii, kdy jsou vzorky tkáně odebírány z oblasti duodena pod Vaterovou papilou. U dětských pacientů je odběr tkáně prováděn Coombsovou nebo Carreyovou kapslí. Je to kapsle velikosti bonbónu, která je zavedena do oblasti 1. kličky jejunu a zde je proveden odběr sliznice (Kohout, 2006, s. 325).

V dnešní době je na trhu jednoduchý a rychlý test pro detekci protilátek IgA, který je volně dostupný a prodejný v lékárnách a internetových obchodech a nazývá se BiocardCeliac test. Test je určený pro domácí použití, detekuje protilátky proti IgA proti transglutamináze s vysokou spolehlivostí – až 96,3 %. K vyšetření stačí pouze 1 kapka kapilární krve ze špičky prstu a samotné vyšetření trvá přibližně 5 minut. Tento test může být významným pomocníkem při diagnostikování celiakie, ovšem konečná diagnóza musí být vždy potvrzena lékařem specialistou (Červenková, 2006. s. 17).

Protože celiakie se projevuje nejen příznaky gastrointestinálními, měli by lékaři na tuto diagnózu myslet i u nemocných, u kterých převažují chronické potíže, jako jsou poruchy soustředění a dlouhotrvající únava a u kterých je zjištěn nedostatek vitamínů a minerálů, vedoucí k chudokrevnosti a osteoporóze a který nemá jasnou příčinu.

1.7 Komplikace celiakie

Nediagnostikovaná a tím pádem neléčená celiakie může mít řadu vážných komplikací, které mohou postihnout i diagnostikované nemocné, kteří nedodrží bezlepkovou dietu.

Refrakterní sprue se od celiakie výrazně neliší, příznaky jsou podobné – bolesti břicha, průjem, podvýživa. Na rozdíl od celiakie nereaguje na bezlepkovou dietu.

Ulcerativní jejunoileitida patří mezi vzácná střevní onemocnění, během něhož vznikají ve střevě postiženém celiakií hluboké vředy, které mohou svým zjizvenatěním způsobit stenózy s tím zúžit průsvit střeva nebo může dojít k perforaci střeva a následnému akutnímu zánětu pobřišnice.

Obě tyto onemocnění mohou přecházet v **Maligní IgA lymfom**. Maligní IgA lymfom vzniká v tenkém střevě, které je již postiženo úplnou atrofií sliznice, jako důsledek neléčené celiakie (Kohout, 2006; s. 326).

Dalšími malignitami, které se mohou u nemocných celiakií vyskytnout, jsou lymfomy zT-buněk, střevní lymfomy (EATL), adenokarcinomy tenkého střeva a squamózní (dlaždicové) karcinomy jícnu a faryngu. Jako závažná prekanceróza je považována pozdě diagnostikovaná celiakie – u pacientů nad 50 let (Maňásková, 2010)

1.8 Léčba celiakie a bezlepková dieta

Jedinou možnou léčbou celiakie je tzv. bezlepková dieta, kterou nemocní již musí dodržovat důsledně a doživotně. Základem této diety je vyloučení potravin obsahující lepek z jídelníčku a nahrazení potravinami bezlepkovými. Jedná se o obilniny jako je pšenice, žito, ječmen a oves, která jsou v bezlepkové dietě zastoupeny kukuřicí, rýží, pohankou či prosem. Mezi další plodiny obsahující lepek patří špalda, dvouzrnka, jednozrnka a kamut, zcela bezlepkovými plodinami jsou rýže, kukuřice, proso – jáhly, guinoa, amarant a pohanka (Německá společnost pro celiakii, 2012, s. 13).

Dalšími potravinami, které lepek neobsahují, jsou: brambory, sója, luštěniny, ovoce, zelenina, maso, mléko a mléčné výrobky, vejce, ryby, kukuřičný a bramborový škrob.

Problémem zůstává, že spousta potravin je „kontaminovaných“, tzn., že v nich lze nalézt určité malé nebo jen stopové množství lepku, který může i při striktně dodržované dietě způsobit značné komplikace. Často se jedná o potraviny, u kterých bychom přítomnost lepku nehledali – kečup, hořčice, paštiky, salámy, masové bujóny, čokolády, bonbóny. Proto je velmi důležitá edukace pacientů při zjištění onemocnění, vysvětlení podstaty nemoci, seznámení se zásadami bezlepkové diety a nutností jejího dodržování. Jedním z prvních úkolů nově diagnostikovaného nemocného (u dětí samozřejmě rodičů) je tedy naučit se číst složení kupovaných potravin (Kohout, 2006, s. 326).

Bohužel, neexistuje dodnes jednotná světová norma pro bezlepkové potraviny. V Německu jako bezlepkové potraviny mohou být deklarovány pouze ty potraviny, které obsahují méně než 20 mg/kg (konečného produktu). Jako bezlepková potravina jsou označeny i speciální dietní náhražky, které obsahují deproteinovaný pšeničný škrob a které jsou součástí směsí na pečení chleba. U těchto náhražek je povolená norma 21 – 100 mg lepku/kg směsi (Německá společnost pro celiakii, 2012, s. 60 - 61).

Austrálie, Nový Zéland a Kanada mají normy daleko přísnější – nulový obsah gliadinu. Pokud bude výrobek obsahovat 10 mg/100g sušiny, bude označován jako produkt se sníženým obsahem lepku, ne jako bezlepkový.

Stávající česká norma určuje povolené maximum lepku 10mg/100g sušiny nebo 100 ml nápoje (Červenková, 2006, s. 47 – 48).

Bezlepkové potraviny jsou výrobcem označeny symbolem přeškrtnutého klasu. V našich podmínkách se již dají koupit ve všech větších supermarketech a prodejnách zdravé

výživy. Pro větší dostupnost produktů a pohodlí spotřebitelů, mají mnohé prodejny a firmy zásilkou službu.

Jsou to například:

Bezlepka - www.bezlepka.prodejce.cz

Eurozóna – www.euro-zona.cz

Kleis – www.kleis.cz

Globus – www.globus.cz

I v zahraničí lze bez větších problémů zakoupit bezlepkové potraviny – Na Slovensku se bezlepkové potraviny prodávají v lékárnách, V Itálii v lékárnách a obchodním řetězci COOP, V Německu a Rakousku jsou bezlepkové potraviny prodávány ve speciálních obchodech s názvem Reformhaus, ve Švédsku a Finsku lze bezlepkové potraviny koupit i u čerpacích stanic, na nádražích, letišti, dokonce i restaurace McDonalds nabízí bezlepkové menu (Červenková, 2006, s. 58).

1.9 Informační zdroje

Pacientům s celiakií je k dispozici spousta webových stránek, kde se mohou informovat o svém onemocnění a které nabízejí spoustu praktických rad, které se týkají nejen bezlepkové diety. Jsou zde i informace o konání celostátních setkání celiaků, které jsou spojené s přednáškami odborných lékařů, zástupců firem, které se zabývají výrobou a prodejem bezlepkových výrobků.

Jsou to například:

- ❖ www.celiakieaja.cz
- ❖ www.coeliac.cz
- ❖ www.celiac.cz
- ❖ www.bezlepkovadieta.cz

2 CÍLENÝ SCREENING CELIAKIE

2.1 Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví „Cílený screening celiakie“

8. 2. 2011 byl ve Věstníku MZ-ČR, částka 3 publikován text metodického pokynu „Cílený screening celiakie“, který byl po šestiletém jednání schválen Ministerstvem zdravotnictví. Tento dokument je přínosem zejména z toho důvodu, že diagnostika celiakie v české populaci bývá prováděna nedostatečně často nebo pozdě a to především u dospělých jedinců. Tento stav je dán fenotypem nemoci, kdy zcela chybí příznaky gastrointestinálních potíží nebo jsou zcela nevýrazné.

Hlavní výstupy Metodického pokynu zahrnují: časnou diagnostiku, terapii a dispenzarizaci, odhalení mimostřevních forem, zjištění skutečné prevalence celiakie v ČR, prevenci komplikací, omezení a lepší kontrolu přidružených autoimunitních chorob, zlepšení kvality života celiaků a úsporu prostředků zdravotního a sociálního pojištění (Věstník MZ-ČR, 2011. S 51-52)

V této oblasti má Česká republika oproti dalším evropským zemím určitou výhodu, je totiž první evropskou zemí, v níž byl ministerstvem zdravotnictví vydán podobný dokument. Pozornost problematice celiakie věnuje i Evropská unie, která v rámci 7. Rámcového výzkumného programu pro integrovaný multinárodní program „Celiakie – monitoring, diagnostika a léčení“ vyčlenila v roce 2008 12 mil. EUR. (Věstník MZ-ČR, 2011. S 51-52)

2.2 Cílený screening celiakie

Záměrem cíleného screeningu celiakie je vyhledávání a vyšetření nemocných, kteří dosud nebyli diagnostikováni nebo byli diagnostikováni pozdě. Příčinou nedostatečné nebo pozdní diagnostiky je změněný fenotyp onemocnění, kdy klasické střevní příznaky převládají zejména u malých dětí, zatímco u dospělých nemocných převažují příznaky atypické (mimostřevní) a gastrointestinální potíže nejsou v popředí. Proto je časná a správná diagnostika celiakie a její léčba jedním z cílů cíleného screeningu, neboť závažné důsledky neléčené celiakie značně limitují nemocné jedince a mají velký vliv na kvalitu jejich života. (Věstník MZ-ČR, 2011. S 51-52)

Indikací ke screeningovému vyšetření je příslušnost k určité cílové skupině, u které se předpokládá vyšší pravděpodobnost výskytu nemocných s nerozeznanou celiakií. (Věstník MZ-ČR, 2011. S 51-52)

2.2.1 Rizikové choroby a skupiny

- příbuzní celiaků 1. stupně (rodiče, sourozenci, děti), při jejich pozitivitě také 2. stupně (prarodiče, strýcové, tety), zejména při výskytu podezřelého symptomu nebo jiné autoimunitní choroby
- dermatitis herpetiformis(Duhring)
- mikrocytová anemie nereagující na léčbu preparáty železa
- předčasná osteoporóza
- terapeuticky rezistentní průjmová forma syndromu dráždivého střeva
- polyneuropatie a myopatie nejasné etiologie
- ataxie nejasné etiologie
- deprese a poruchy chování
- amenorhea, pozdní menarche
- infertilita a poruchy reprodukce
- Downův a Turnerův syndrom (Věstník MZ-ČR, 2011. S 51-52)

2.2.2 Podezřelé symptomy

- opožděný psychosomatický vývoj
- nevysvětlený úbytek tělesné hmotnosti
- nízké sérové železo
- výrazné izolované zvýšení sérových aminotransferáz (AST, ALT)
- izolovaný deficit IgA
- recidivující aftózní stomatitida
- hypoplazie zubní skloviny (Věstník MZ-ČR, 2011. S 51-52)

2.2.3 Přidružené autoimunitní choroby

- diabetes mellitus 1. typu
- autoimunitní thyreoiditida a jiné autoimunitní endokrinopatie
- autoimunitní hepatitida
- systémový lupus erythematosus
- primární sklerozující cholangitida
- primární biliární cirhóza
- Sjögrenův syndrom
- choroby pojiva
- IgA nefropatie (Věstník MZ-ČR, 2011. S 51-52)

U osob indikovaných ke screeningu se doporučuje dvoustupňové vyšetření. V prvním stupni se provede stanovení sérových autoprotilátek k tkáňové transglutamináze ve třídě IgA a stanovení celkového IgA (k vyloučení selektivního deficitu). U asi 3 % celiaků je přítomen izolovaný deficit IgA, v takovém případě se vyšetřuje AtTG v třídě IgG. Při pozitivitě protilátek je indikován druhý stupeň screeningu, tj. endoskopicky provedená biopsie sliznice z aborálního duodena. K cílenému screeningu jsou indikovány osoby z definovaných cílových skupin (tabulky 1–3), které konzumují stravu s obsahem lepku. Vyšetření sérových autoprotilátek k tkáňové transglutamináze indikují praktičtí lékaři pro dospělé, pro děti a dorost a příslušní specialisté. (Latta, 2012, s. 222)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE PRÁCE

Cíl 1: Zjistit nejčastější zdravotní potíže, které vedou nemocné k návštěvě lékaře a k diagnostikování celiakie.

Cíl 2: Zjistit délku trvání zdravotních potíží před určením diagnózy a který odborný lékař nejčastěji jako první naordinoval vyšetření na celiakii.

Cíl 3: Zjistit, jaký vliv měla neléčená celiakie a následné určení správné diagnózy a zavedení dietních opatření na vybrané aspekty kvality života nemocných.

Cíl 4: Prezentace zjištěných dat formou článku v odborném časopisu pro nelékařské zdravotnické pracovníky „Sestra“.

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkového šetření se zúčastnili respondenti, kteří splnili daná kritéria – při určení diagnózy byli starší 18 let a kteří byli léčeni v gastroenterologických ambulancích Zlínského kraje.

4.2 Metodika a organizace práce

Pro vypracování praktické části bakalářské práce jsme ke sběru dat použily formu dotazníku, který je považován za nejrozšířenější nástroj sociologického výzkumu. Jde o předem připravený soubor otázek, který je předem připravený v písemné podobě a vytištěný. Dotazníkovou metodu jsme zvolily z důvodu časové úspory při získávání a shromažďování potřebných dat. (Kutnohorská, 2008, s. 41)

Námi sestavený a použitý dotazník ve své úvodní části oslovuje respondenta. Je v ní obsažena žádost o vyplnění dotazníku, důvod prováděného dotazníkového šetření, ujištění o anonymitě respondentů a upozornění na jedno z kritérií – věková hranice při diagnostikování – starší osmnácti let. Protože dotazníky byly rozdány pouze v gastroenterologických ambulancích Zlínského kraje a v hematologické ambulanci Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, není v dotazníku uvedené druhé kritérium – respondent je léčen v poradnách ve Zlínském kraji.

Druhá část dotazníku je tvořena devatenácti otázkami. 13 otázek je uzavřených (otázka č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15 a 16), 5 otázek v dotazníku je polouzavřených (otázka č. 8, 10, 11, 17 a 18), 1 otázka je otevřená (otázka č. 19). Otázky č. 5 a 6 řadíme k otázkám filtračním, další vyplňování dotazníku záleží na zvolené odpovědi.

V otázkách č. 1-4 a č. 7 jsou zjišťovány základní údaje respondenta – věk, pohlaví, délka trvání nemoci a věk, ve kterém byla celiakie diagnostikována. Otázky č. 8, 9, 10, 11, 12, 13 se týkají diagnostikování nemocných, kteří kladně odpověděli na otázku č. 5. Respondenti, kteří odpověděli na otázku č. 5 záporně a na otázku č. 6 kladně, pokračovali s vyplňováním dotazníku až od otázky č. 14. Otázky č. 14-16 jsou zaměřeny na bezlepkovou dietu. Otázky

číslo 17 a 18 jsou sestaveny pomocí tabulky, kdy respondenti své odpovědi hodnotí formou číselné škály. Poslední otázka číslo 19 je otevřená, kdy se respondenti mohou vyjádřit, jakým způsobem celiakie změnila jejich život a život jejich rodin.

Před definitivním rozdělením dotazníků proběhl malý předvýzkum, kdy dotazník vyplnili dva mně blízcí známí, oba celiaci. Po jejich drobných připomínkách a poznámkách byla upravena, za laskavé pomoci a rad vedoucí práce, definitivní verze dotazníku, který byl rozdělán ve vybraných gastroenterologických ambulancích a 2 dotazníky byly dány k vyplnění na hematologickou ambulanci Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně.

4.3 Výsledky průzkumu

Rozdáno bylo 55 dotazníků, ze kterých se vyplněných vrátilo 32. Počet vrácených dotazníků není velký, ale protože respondenti museli splnit určitá kritéria určená při zadání, jsou získané informace o to cennější. Při sesbírání vyplněných dotazníků bylo personálem poraden potvrzeno, že nikdo z oslovených pacientů/pacientek vyplnění dotazníku neodmítl.

Z vrácených dotazníků byly 3 dotazníky vyřazeny z důvodů špatného vyplnění – při číselné škále 1 až 3 respondenti použili 4 a 5, což nesplňuje zadání kladené otázky a nesplnění základního kritéria – věku při diagnostikování. Průzkum trval 6 týdnů, poté byly vyplněné dotazníky z ambulancí sesbírány.

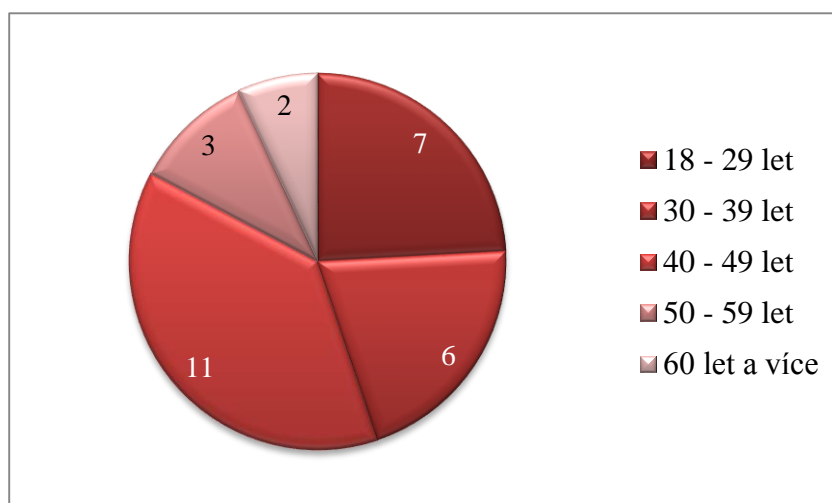
Získaná data byla zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Excel. Data byla zpracována do tabulek a grafů, kdy je v tabulkách rozlišena absolutní a relativní četnost. Počet respondentů, kteří odpověděli na otázku je absolutní četnost a relativní četnost – udávaná v procentech – vyjadřuje podíl absolutní četnosti a celkového počtu respondentů.

4.4 Vyhodnocení průzkumu

Otázka číslo 1: Věk respondenta

Tabulka 1: Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 - 29 let	7	24,14 %
30 - 39 let	6	20,69 %
40 - 49 let	11	37,93 %
50 - 59 let	3	10,34 %
60 let a více	2	6,90 %
Celkem	29	100,00 %



Graf 1: Věk respondentů

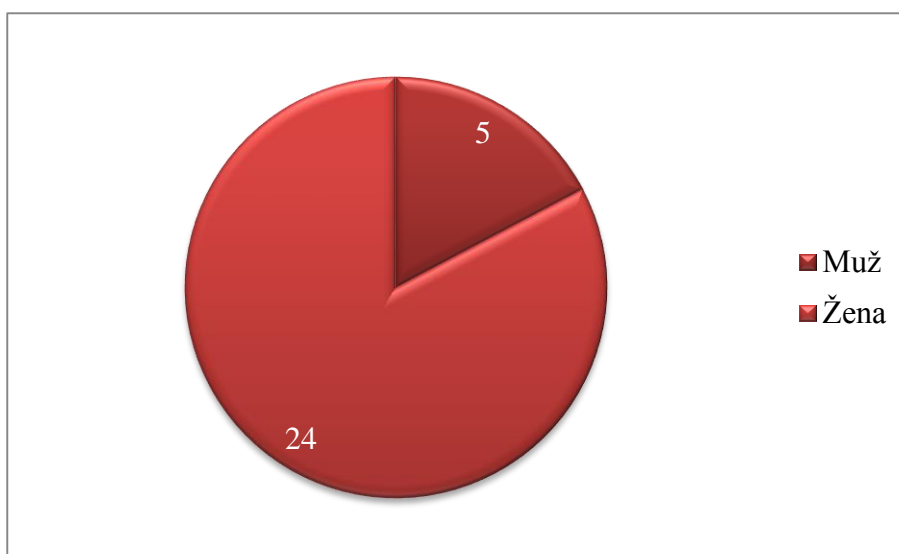
Komentář:

Největší skupinu oslovených respondentů tvořili lidé ve věkové skupině 40-49 let (37,93 %), další skupinou jsou respondenti ve věku 18-29 let (24,14 %), následuje věková kategorie 30-39 let (20,69 %). Nejmenší skupinky tvoří nemocní ve věku 50-59 let (10,34 %) a ve věku 60 a více let (6,9 %)

Otázka číslo 2: Pohlaví respondentů

Tabulka 2: Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	5	17,24 %
Žena	24	82,76 %
Celkem	29	100,00 %



Graf 2: Pohlaví respondentů

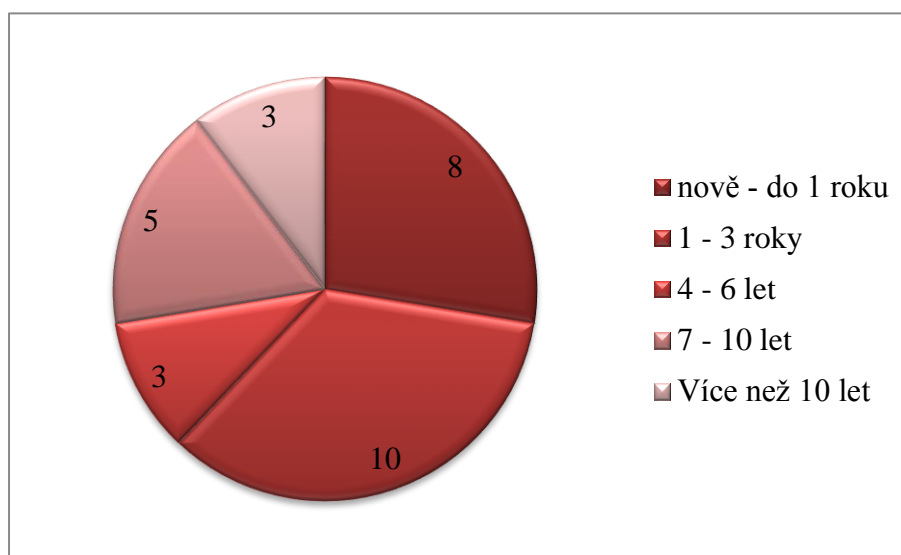
Komentář:

Z celkového počtu 29 odpovídajících respondentů tvořily ženy 82,76 % a muži 17,24 %.

Otázka číslo 3: Celiakii mám zjištěnu

Tabulka 3: Doba trvání nemoci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nově - do 1 roku	8	27,59 %
1 - 3 roky	10	34,48 %
4 - 6 let	3	10,34 %
7 - 10 let	5	17,24 %
Více než 10 let	3	10,34 %
Celkem	29	100,00 %



Graf 3: Doba trvání nemoci

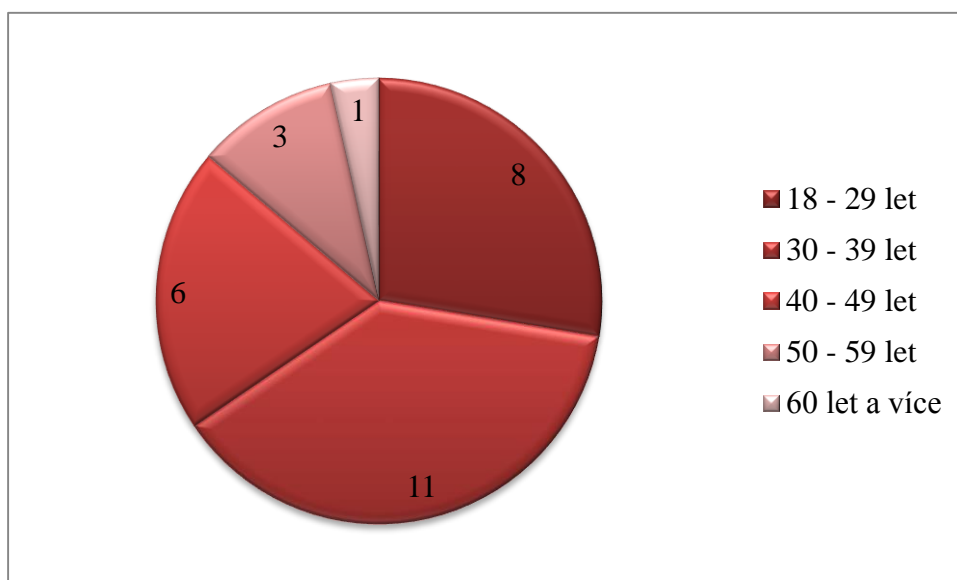
Komentář:

Podle zjištěných dat většina respondentů (34,48 %) uvedla, že se léčí 3-5 let, následuje skupina respondentů, kterým byla celiakie zjištěna nově - tj. do 1 roku (27,59 %). Menší část tvoří nemocní, kteří byli diagnostikováni před 7-10 lety. Stejně početné jsou 2 skupinky respondentů (10,34 %), kterým byla nemoc diagnostikována před 4-6 lety nebo před více než 10 lety.

Otázka číslo 4: Celiakie mi by byla zjištěna, když mi bylo:

Tabulka 4: Věk při diagnostikování nemoci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 - 29 let	8	27,59 %
30 - 39 let	11	37,93 %
40 - 49 let	6	20,69 %
50 - 59 let	3	10,34 %
60 let a více	1	3,45 %
Celkem	29	100,00 %



Graf 4: Věk při diagnostikování nemoci

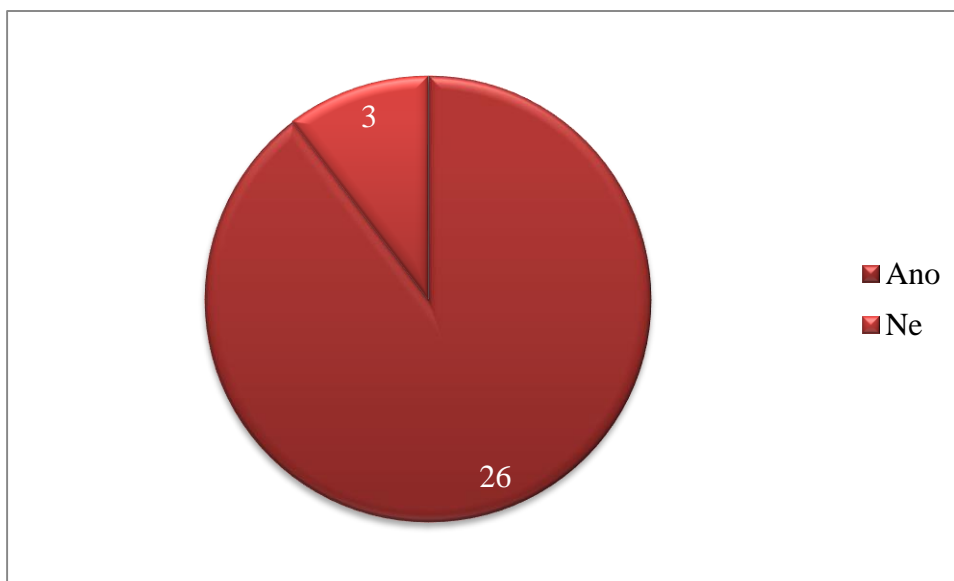
Komentář:

Na otázku, v kolika letech byla celiakie diagnostikovaná, odpovědělo nejvíce respondentů 30-39 let - 37,93 %, 18-29 let uvedlo 27,59 %. Skupina, která uvedla věk při diagnostikování nemoci 40-49 let je zastoupena 20,69 %, ve věku 50-59 let bylo diagnostikováno 10,34 % respondentů a 3,45 % připadá na věkovou skupinu 60 let a více.

Otázka číslo 5: **Byla Vám celiakie diagnostikována na základě vašich potíží?**

Tabulka 5: Diagnostikování na základě potíží

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	89,66 %
Ne	3	10,34 %
Celkem	29	100,00 %



Graf 5: Diagnostikování na základě potíží

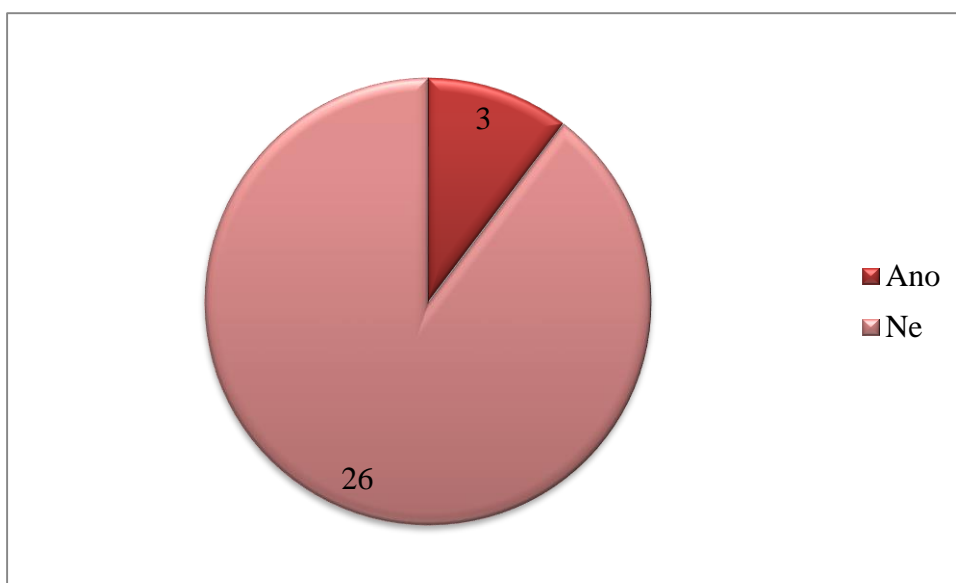
Komentář:

Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že 89,66 % respondentů bylo diagnostikováno na základě vlastních zdravotních potíží, 10,34 % respondentů uvádí, že nebyli diagnostikováni na základě zdravotních potíží.

Otázka číslo 6: **Byla Vám celiakie diagnostikována v rámci screeningu?**

Tabulka 6: Diagnostikování na základě screeningu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	3	10,34 %
Ne	26	89,66 %
Celkem	29	100,00 %



Graf 6: Diagnostikování na základě screeningu

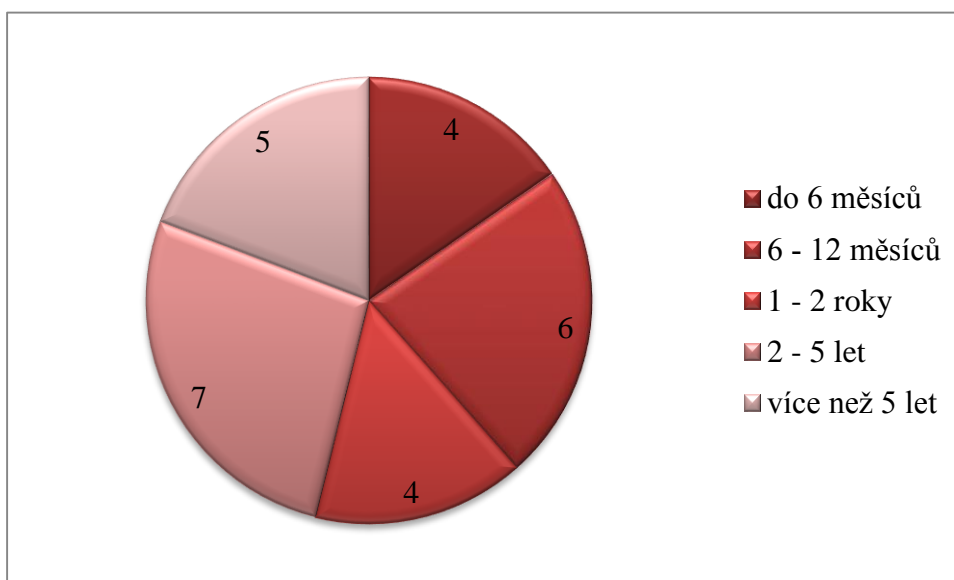
Komentář:

Tato otázka se řadí mezi kontrolní – 10,34 % respondentů potvrzuje, že nebyli diagnostikováni na základě vlastních potíží, ale v rámci cíleného screeningu, 89,66 % respondentů uvádí, že nebyli diagnostikováni v rámci cíleného screeningu a tím potvrzují svoji odpověď na otázku č. 5.

Otázka číslo 7: Jaká doba uplynula od počátečních prvních potíží a nespecifických příznaků (únava nechutenství apod.) do první návštěvy lékaře?

Tabulka 7: Doba trvání počátečních příznaků do návštěvy lékaře

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 6 měsíců	4	15,38 %
6 - 12 měsíců	6	23,08 %
1 - 2 roky	4	15,38 %
2 - 5 let	7	26,92 %
více než 5 let	5	19,23 %
Celkem	26	100,00 %



Graf 7: Doba trvání počátečních příznaků do návštěvy lékaře

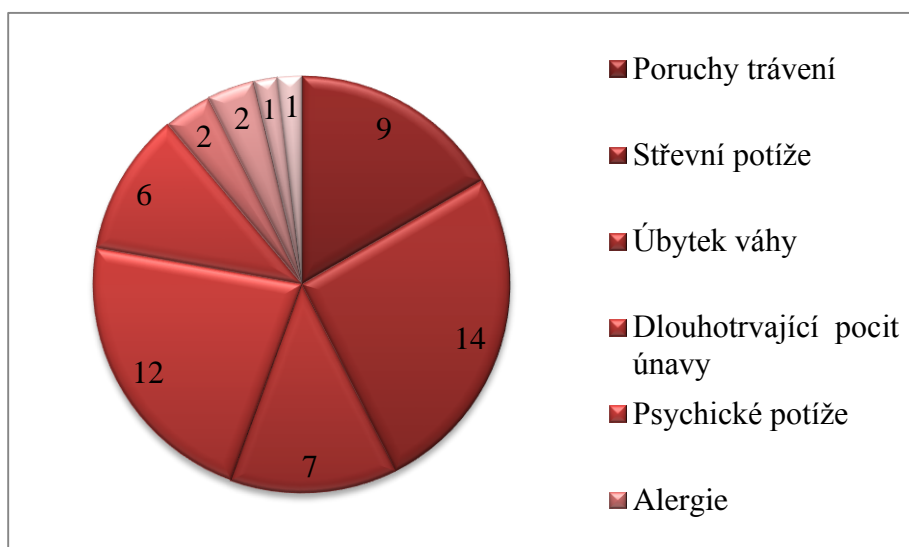
Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku č. 5. 26,9 % respondentů uvedlo, že doba od počátečních prvních nespecifických příznaků až do první návštěvy lékaře trvala 2-5 let, 23,08 % uvedlo 6-12 měsíců. Více než 5 let přiznalo 19,23 % a 2 stejně početné skupinky 15,35 % uvedly trvání příznaků do 6 měsíců a 1-2 roky než se rozhodli navštívit lékaře.

Otázka číslo 8: Jaké zdravotní potíže Vás přiměly navštívit lékaře?

Tabulka 8: Nejčastější zdravotní potíže před diagnostikováním nemoci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poruchy trávení	9	16,67 %
Střevní potíže	14	25,93 %
Úbytek váhy	7	12,96 %
Dlouhotrvající pocit únavy	12	22,22 %
Psychické potíže	6	11,11 %
Alergie	2	3,70 %
Anémie	2	3,70 %
Dušnost	1	1,85 %
Trvalý kašel, rýma	1	1,85 %
Celkem	54	100,00 %



Graf 8: Nejčastější zdravotní potíže před diagnostikováním nemoci

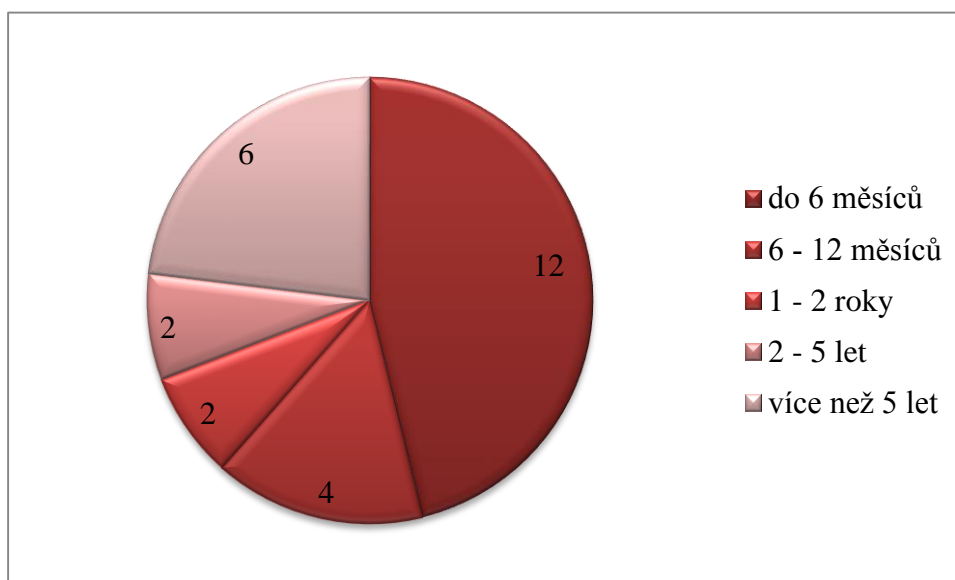
Komentář:

Protože při odpovědi mohli respondenti volit i několik odpovědí, počet všech odpovědí vyjadřuje absolutní četnost – v našem případě 54 odpovědí. 25,93 % jako jedny z prvotních příznaků a potíží, které je přiměly navštívit lékaře uvedlo střevní potíže, 22,22 % dlouhodobý pocit únavy, 16,67 % poruchy trávení a 12,96 % úbytek váhy. Další respondenty přivedly k lékaři psychické potíže 11,11 %, alergie a anémie – 3,7 % a shodně 1,85 % odpovědí udávaly dušnost a trvalou rýmu.

Otázka číslo 9: **Jaká doba uplynula od první návštěvy lékaře, než u Vás byla diagnostikována celiakie?**

Tabulka 9: Doba od první návštěvy lékaře do diagnostikování nemoci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 6 měsíců	12	46,15 %
6 - 12 měsíců	4	15,38 %
1 - 2 roky	2	7,69 %
2 - 5 let	2	7,69 %
více než 5 let	6	23,08 %
Celkem	26	100,00 %



Graf 9: Doba od první návštěvy lékaře do diagnostikování nemoci

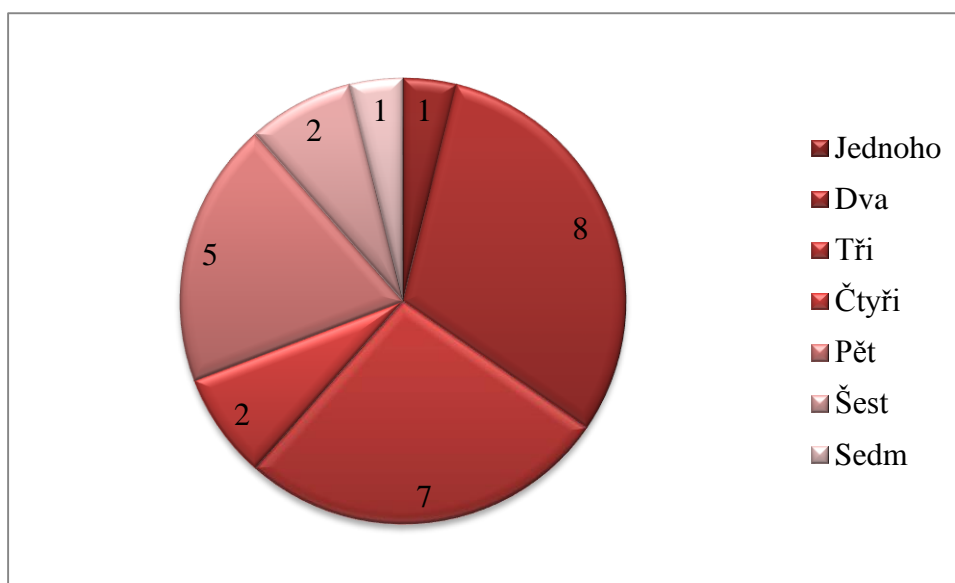
Komentář:

Z tabulky je na první pohled patrné, že většina respondentů 46,15 %, byla diagnostikována do 6 měsíců od první návštěvy lékaře, 23,08 % uvádí, že diagnostika jejich onemocnění trvala déle než 5 let, 15,38 % respondentů bylo diagnostikováno od 6-12 měsíců. 7,69 % uvádí doku k určení diagnózy 1-2roky a 2-5 let čekalo na správnou diagnózu 7,69 %.

Otázka číslo 10: **Kolik odborných lékařů – specialistů jste navštívil/a z důvodu Vašich nespecifických potíží?**

Tabulka 10: Počet lékařů, které respondenti navštívili, než byla nemoc diagnostikována

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jednoho	1	3,85 %
Dva	8	30,77 %
Tři	7	26,92 %
Čtyři	2	7,69 %
Pět	5	19,23 %
Šest	2	7,69 %
Sedm	1	3,85 %
Celkem	26	100,00 %



Graf 10: Počet lékařů, které respondenti navštívili, než byla nemoc diagnostikována

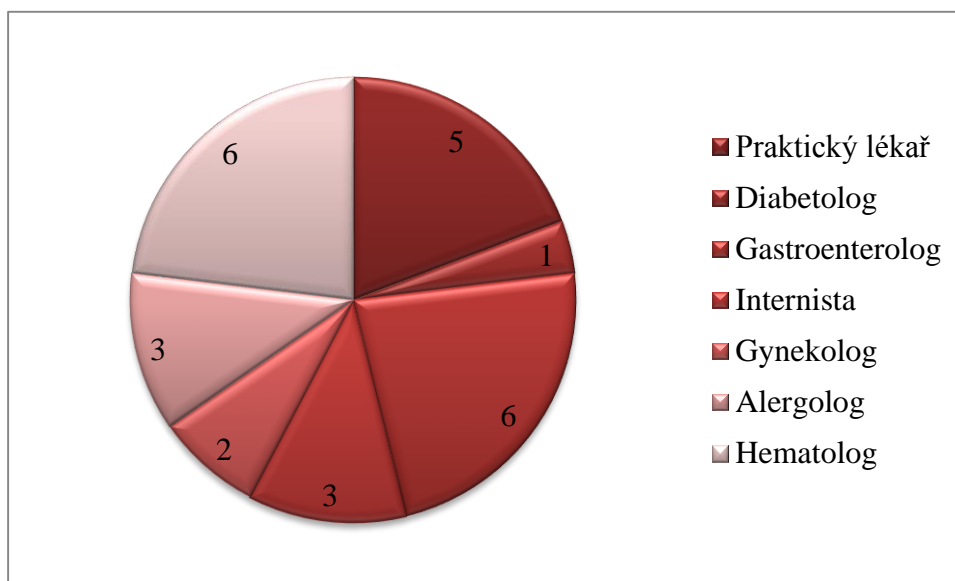
Komentář:

Z odpovědí všech respondentů vyplývá, že pouze 1 lékaře navštěvoval 1 respondent (3,85 %), 2 lékaře navštěvovalo 8 respondentů (30,77 %), u 3 lékařů se léčilo 7 dotázaných (26,92 %). Ke 4 lékařům docházeli 2 respondenti (7,69 %) a stejný počet dotázaných se léčil současně u 6 lékařů, 5 respondentů (19,23 %) bylo vyšetřováno u 5 odborných lékařů a 1 respondent (3,85 %) uvedl, že než mu byla celiakie diagnostikována, léčil se u 7 lékařů.

Otázka číslo 11: Uved'te, který lékař u vás naordinoval vyšetření krevních testů, které naznačily, že Vaše zdravotní potíže může způsobovat celiakie?

Tabulka 11: Lékař, který první naordinoval vyšetření krevních testů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Praktický lékař	5	19,23 %
Diabetolog	1	3,85 %
Gastroenterolog	6	23,08 %
Internista	3	11,54 %
Kožní lékař	0	0,00 %
Gynekolog	2	7,69 %
Endokrinolog	0	0,00 %
Alergolog	3	11,54 %
Psychiatr	0	0,00 %
Hematolog	6	23,08 %
Celkem	26	100,00 %



Graf 11: Lékař, který první naordinoval vyšetření krevních testů

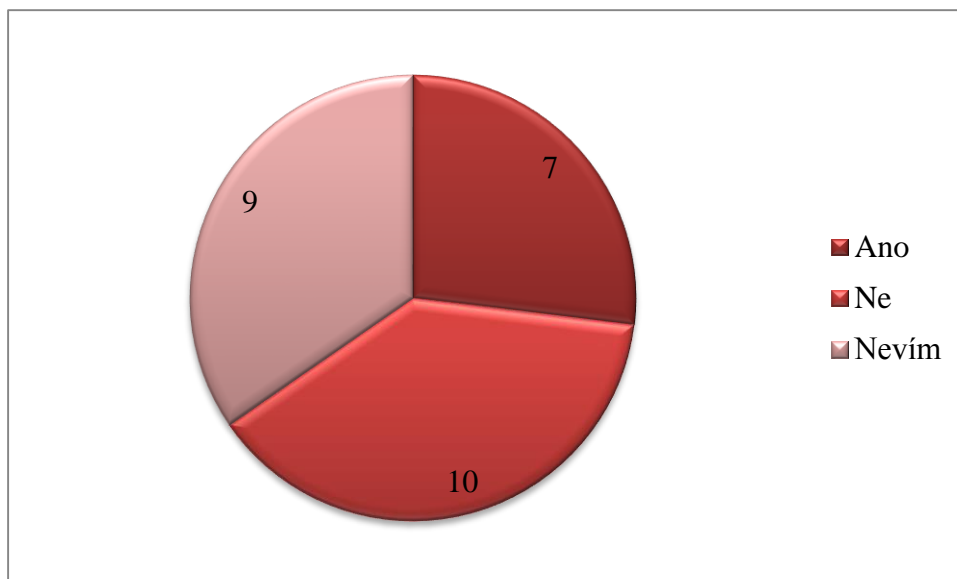
Komentář:

23,08 % respondentů uvedlo, že jako první naordinoval krevní testy gastroenterolog, u 19,23 % praktický lékař, internistu a hematologa uvedlo shodně 11,54 % respondentů, gynekologa jako prvního lékaře označilo 7,69 % dotázaných a v 1 případě - 3,85 % navrhl krevní odběry diabetolog.

Otázka číslo 12: Vyskytuje se celiakie u Vás v rodině?

Tabulka 12: Výskyt celiakie v rodině

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	7	26,92 %
Ne	10	38,46 %
Nevím	9	34,62 %
Celkem	26	100,00 %



Graf 12: Výskyt celiakie v rodině

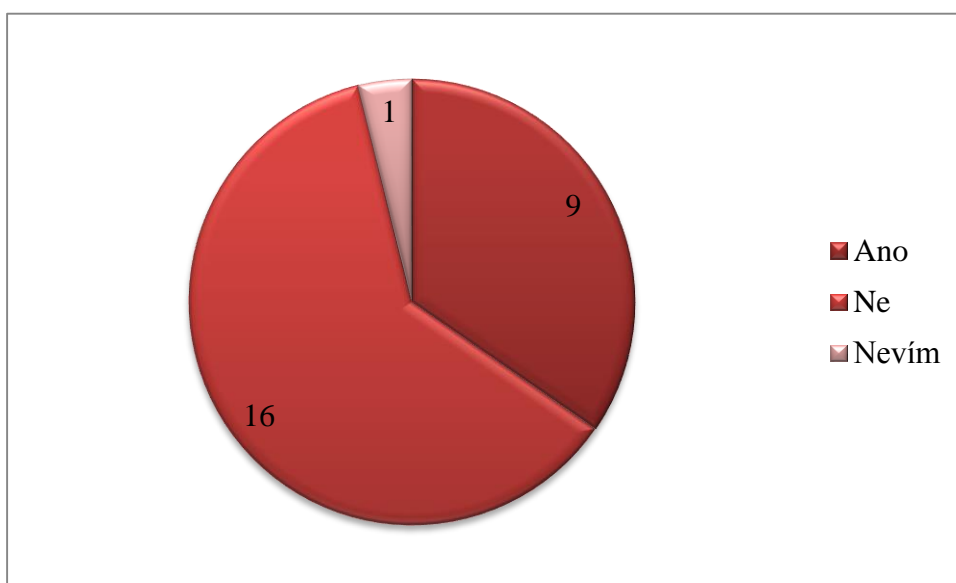
Komentář:

Na dotaz o výskytu celiakie v rodině odpovědělo 10 respondentů záporně (38,46 %), 9 dotázaných (34,62 %) neví o tom, že by se celiakie v rodině vyskytovala. 7 respondentů(26,92 %) uvedlo, že v rodině se celiakie vyskytuje.

Otázka číslo 13: **Byli po diagnostikování vaší nemoci vyšetřeni i vaši příbuzní (děti, rodiče, sourozenci)?**

Tabulka 13: Vyšetření příbuzných

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	34,62 %
Ne	16	61,54 %
Nevím	1	3,85 %
Celkem	26	100,00 %



Graf 13: Vyšetření příbuzných

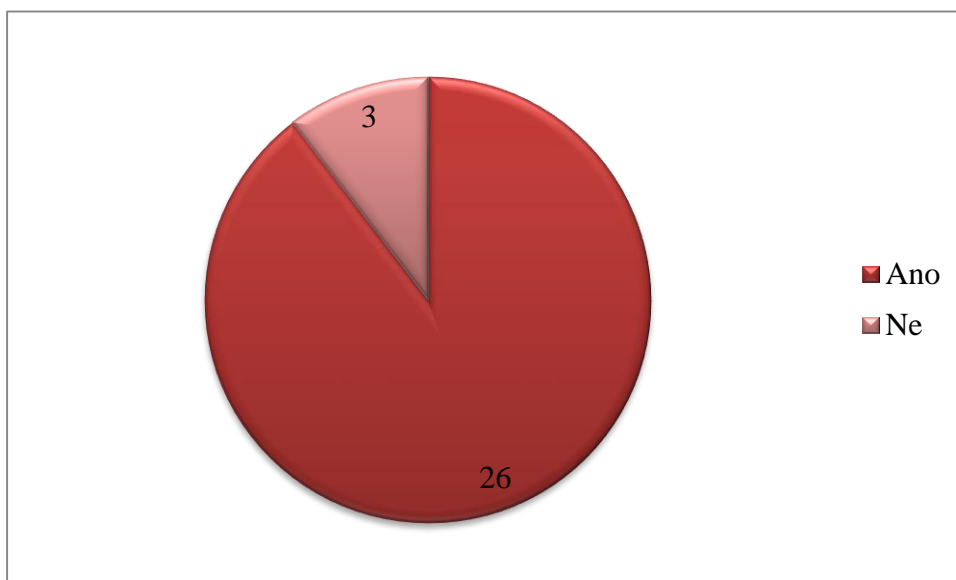
Komentář:

Z grafu je jednoznačně patrné, že největší skupinu dotázaných tvoří respondenti - 61,54 %, kteří uvedli, že po zjištění jejich nemoci nebyl vyšetřen nikdo z jejich příbuzných, v 9 případech (34,62 %) byli vyšetřeni nejbližší příbuzní (děti, rodiče, sourozenci). Pouze 1 respondent (3,85 %) uvedl, že si není vědom, že by někdo z příbuzných podstoupil vyšetření na celiakii.

Otázka číslo 14: **Byl/a jste po diagnostikování celiakie seznámen/a lékařem s podstatou onemocnění, projevy a průběhem celiakie a byla Vám dostatečně vysvětlena nutnost dodržovat dietní opatření – bezlepkovou dietu?**

Tabulka 14: Seznámení lékařem s podstatou nemoci a bezlepkovou dietou

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	89,66 %
Ne	3	10,34 %
Celkem	29	100,00 %



Graf 14: Seznámení lékařem s podstatou nemoci a bezlepkovou dietou

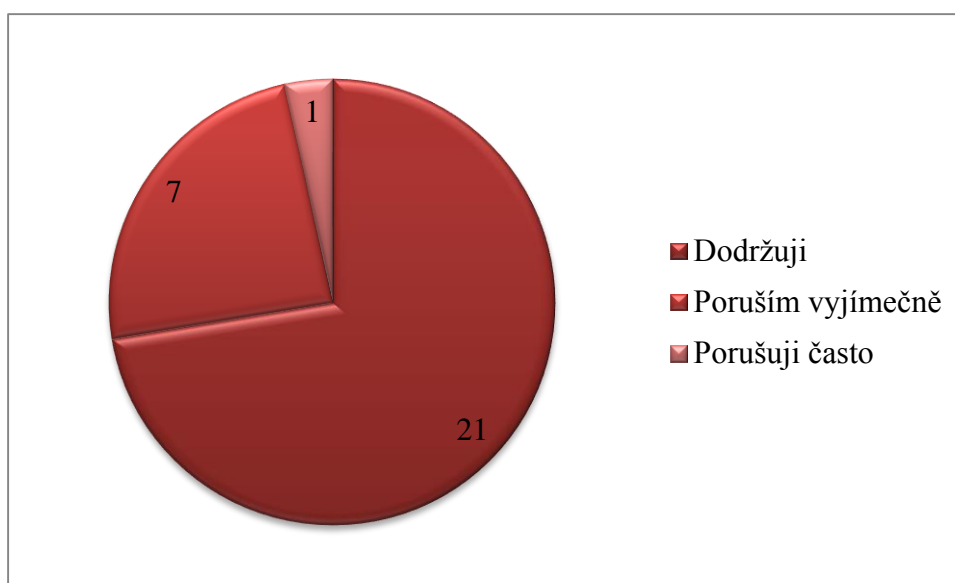
Komentář:

Ze získaných odpovědí vyplývá, že 89,66 % respondentů bylo seznámeno při diagnostikování své nemoci s podstatou a projevy celiakie a byli seznámeni s bezlepkovou dietou a nutností jejího dodržování, 10,34 % respondentů uvedlo, že nedostali žádné informace o své nemoci a bezlepkové dietě.

Otázka číslo 15: Bezlepkovou dietu dodržuji

Tabulka 15: Dodržování bezlepkové diety

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dodržuji	21	72,41 %
Poruším výjimečně	7	24,14 %
Porušuji často	1	3,45 %
Nedodržuji	0	0,00 %
Celkem	29	100,00 %



Graf 15: Dodržování bezlepkové diety

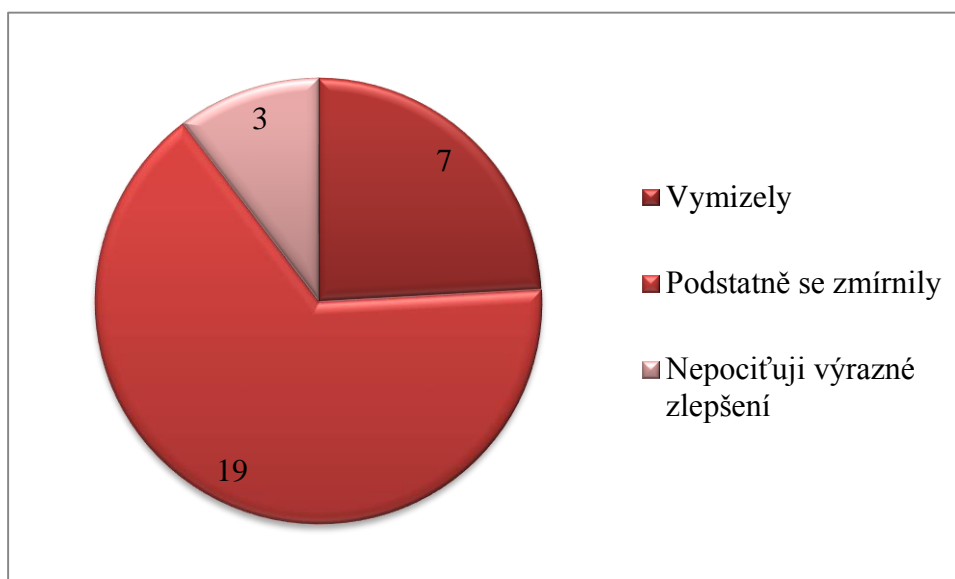
Komentář:

Na otázku, zda respondenti dodržují předepsanou bezlepkovou dietu, 72,41 % odpovědělo, že ano, výjimečně dietu porušuje 24,14 % a často porušuje dietu 3,45 %.

Otázka číslo 16: **Došlo ke zmírnění či vymizení Vašich zdravotních potíží při dodržování bezlepkové diety?**

Tabulka 16: Změna zdravotního stavu při dodržování diety

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vymizely	7	24,14 %
Podstatně se zmírnily	19	65,52 %
Nepocitují výrazné zlepšení	3	10,34 %
Celkem	29	100,00 %



Graf 16: Změna zdravotního stavu při dodržování diety

Komentář:

Po zavedení bezlepkové diety uvedlo 65,52 % respondentů (19) podstatné zmírnění zdravotních potíží, 24,14 % odpovídajících (7) odpovědělo, že jejich potíže zcela vymizely a 10,34 % (3) uvedlo, že žádné výrazné zlepšení nezaznamenalo.

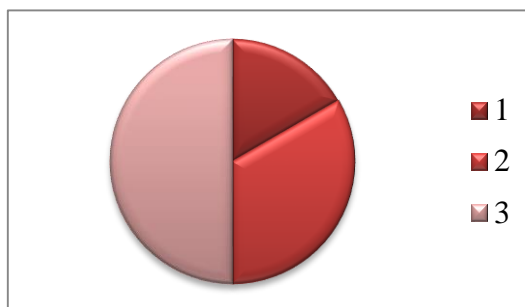
Otázka číslo 17: **Měla neléčená celiakie a s ní spojené zdravotní potíže vliv na Váš soukromý a intimní život?**

- 1 - Nepocíťoval/a jsem v této oblasti žádné omezení
- 2 - Cítil/a jsem určité omezení
- 3 - Potíže mi zcela znemožnily vykonávat určité činnosti

Únava:

Tabulka 17a1: Únava a sexuální život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	13	44,83%
2	10	34,48%
3	6	20,69%
Celkem	29	100,00%



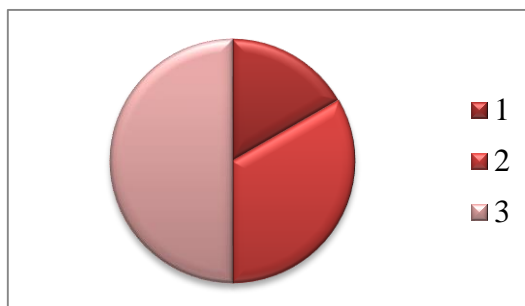
Graf 17a1: Únava a sexuální život

Komentář:

Z výsledků je patrné, že únava měla velký negativní vliv na sexuální život u 20,69 % (6) respondentů, určité omezení cítilo 34,48 % (10) a 44,83 % (13) uvedlo, že únava na jejich sexuální život vliv neměla.

Tabulka 18a2: Únava a společenský život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	9	31,03%
2	11	37,93%
3	9	31,03%
Celkem	29	100,00%



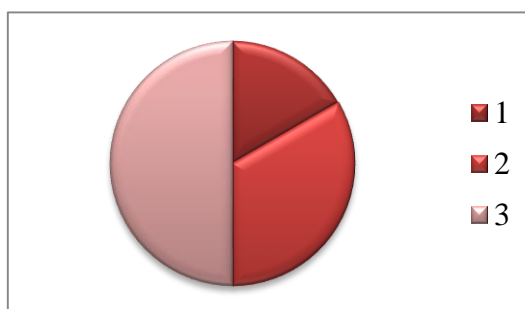
Graf 18a2: Únava a společenský život

Komentář:

Omezení únavou ve společenském udalo 11 respondentů (37,93 %), 9 respondentů (31,03 %) uvedlo, že je únava ve společenském životě nijak neomezovala a stejný počet respondentů se cítilo únavou natolik omezení, že se společenským stykům zcela vyhýbali.

Tabulka 19a3: Únava a koníčky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	13	44,83%
2	11	37,93%
3	5	17,24%
Celkem	29	100,00%



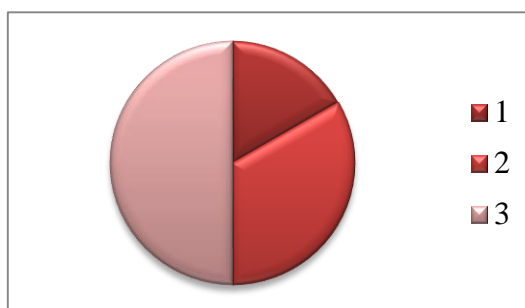
Graf 19a3: Únava a koníčky

Komentář:

13 respondentů (44,83 %) uvedlo, že únava neměla žádný vliv na trávení času svými zájmy – koníčky, 11 respondentů (37,93 %) udalo, že své koníčky museli díky únavě omezit a 17,24 % dotázaných (5) se cítilo natolik unaveno, že se koníčkům přestalo věnovat úplně.

Tabulka 20a4: Únava a omezení v zaměstnání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	12	41,38%
2	9	31,03%
3	8	27,59%
Celkem	29	100,00%



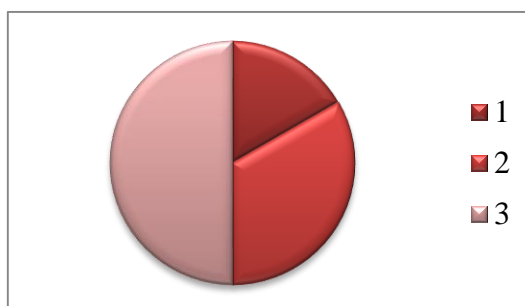
Graf 20a4: Únava a omezení v zaměstnání

Komentář:

Pocit únavy neomezoval v zaměstnání 41,38 % (12) dotázaných, 31,03 % (9) cítilo určité omezení a ve 27,59 % (8) udávali respondenti díky únavě a ztrátě energie velké potíže.

Tabulka 21a5: Únava a volnočasové aktivity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	11	37,93%
2	8	27,59%
3	10	34,48%
Celkem	29	100,00%



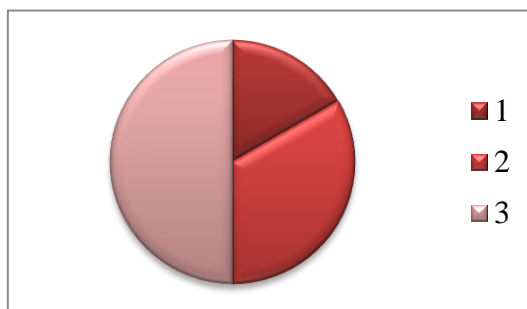
Graf 21a5: Únava a volnočasové aktivity

Komentář:

Dostatek energie na volnočasové aktivity uvedlo 11 dotázaných (37,93 %), 8 respondentů (27,59 %) své aktivity omezilo a 10 dotázaných (34,48 %) se cítilo natolik unaveně, že jim nezbývala energie na aktivní vyplnění volného času.

Střevní problémy:*Tabulka 22b1: Střevní problémy a sexuální život*

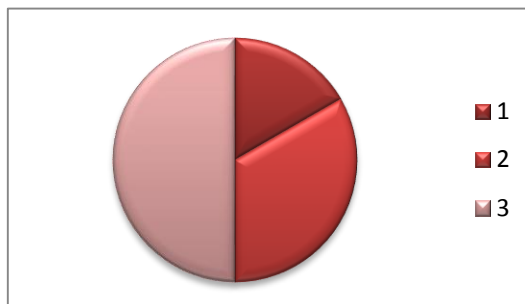
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	15	51,72%
2	9	31,03%
3	5	17,24%
Celkem	29	100,00%

*Graf 22b1: Střevní problémy a sexuální život***Komentář:**

Střevní potíže negativně ovlivnily sexuální život u 5 dotázaných (17,24 %), 9 dotázaných (31,03 %) udalo určitá omezení a 15 respondentů (51,72 %) se necítilo v sexuálním životě nijak omezení střevními potížemi.

Tabulka 23b2: Střevní problémy a společenský život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	10	34,48%
2	12	41,38%
3	7	24,14%
Celkem	29	100,00%



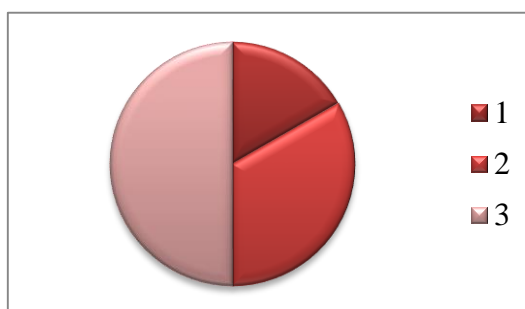
Graf 23b2: Střevní problémy a společenský život

Komentář:

12 respondentů uvedlo, že díky střevním potížím omezilo svůj společenský život, 10 dotázaných (34,48 %) svůj společenský život neomezilo a 7 respondentů (24,14 %) omezily střevní potíže natolik, že se pobytu ve společnosti vyhýbali.

Tabulka 24b3: Střevní problémy a koníčky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	19	65,52%
2	7	24,14%
3	3	10,34%
Celkem	29	100,00%



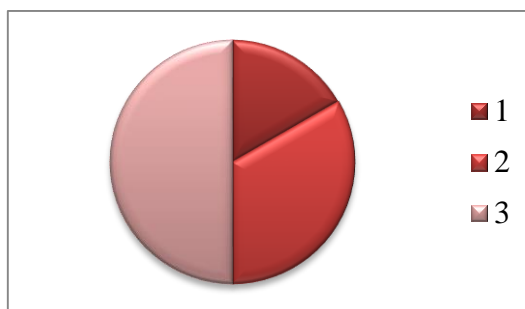
Graf 24b3: Střevní problémy a koníčky

Komentář:

Ze všech odpovídajících respondentů jich 19 (65,52 %) uvedlo, že střevní potíže na jejich koníčky vliv neměly, 7 dotázaných (24,14 %) své koníčky omezili a 3 dotázaným (10,34 %) střevní potíže znemožnily koníčky vykonávat.

*Tabulka 25b4: Střevní problémy a omezení
v zaměstnání*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	17	58,62%
2	6	20,69%
3	6	20,69%
Celkem	29	100,00%



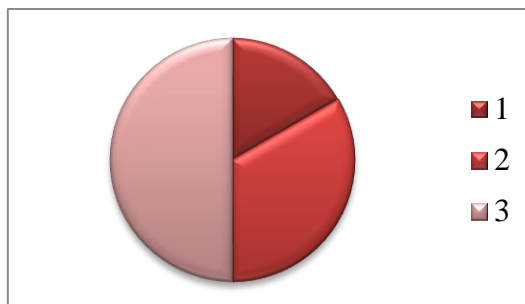
Graf 25b4: Střevní problémy a omezení v zaměstnání

Komentář:

Potíže v zaměstnání způsobené střevními potížemi uvedlo 6 respondentů (20,69 %) a stejný počet dotázaných uvedlo až znemožnění vykonávání jejich práce, 17 respondentů (58,62 %) omezení v zaměstnání způsobené střevními potížemi popírá.

*Tabulka 26b5: Střevní problémy a volnočasové
aktivity*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	13	44,83%
2	11	37,93%
3	5	17,24%
Celkem	29	100,00%



Graf 26b5: Střevní problémy a volnočasové aktivity

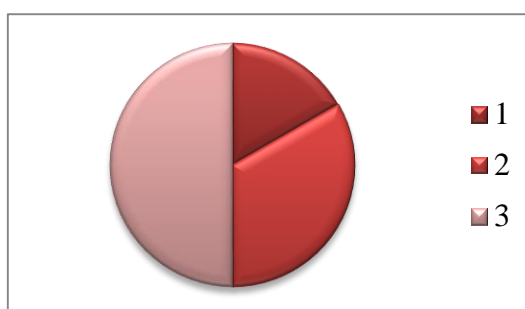
Komentář:

Střevní potíže ve volnočasových aktivitách neomezilo 13 respondentů (44,83 %), 11 dotázaných (37,93 %) cítilo určité omezení a 5 dotázaných (17,24 %) se cítilo střevními potížemi velmi omezení při svých aktivitách.

Deprese:

Tabulka 27c1: Deprese a sexuální život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	17	58,62%
2	8	27,59%
3	4	13,79%
Celkem	29	100,00%



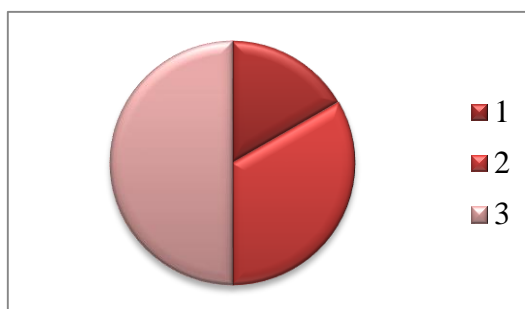
Graf 27c1: Deprese a sexuální život

Komentář:

Deprese jako důvod omezení sexuálního života odmítlo 17 respondentů (58,62 %), 8 dotázaných (27,59 %) uvedlo, že horší psychický stav měl vliv na jejich sexuální život a 4 dotázaní (13,79 %) uvedli deprese jako důvod odmítání sexuálních styků.

Tabulka 28c2: Deprese a společenský život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	17	58,62%
2	9	31,03%
3	3	10,34%
Celkem	29	100,00%



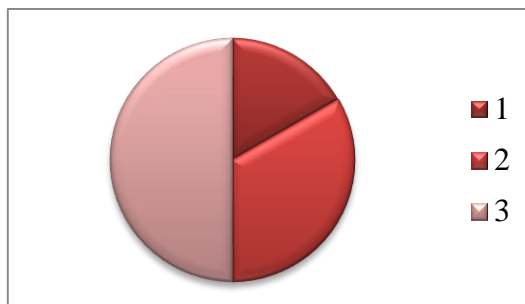
Graf 28c2: Deprese a společenský život

Komentář:

Společenský život bez jakéhokoliv omezení udalo 17 respondentů (58,62 %), 9 dotázaných (31,03 %) uvedlo, že kvůli depresím omezilo společenské kontakty a 3 respondenti (10,34 %) měli potíže natolik výrazné, že se společnosti vyhýbali.

Tabulka 29c3: Deprese a koníčky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	15	51,72%
2	12	41,38%
3	2	6,90%
Celkem	29	100,00%



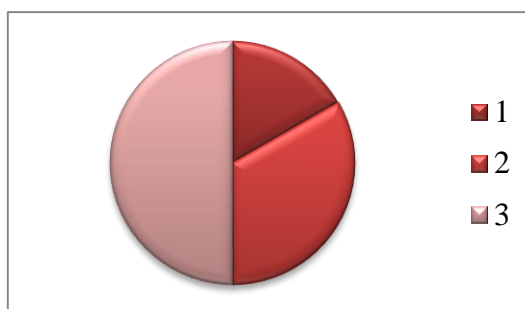
Graf 29c3: Deprese a koníčky

Komentář:

Deprese neovlivnily 15 respondentů (51,72 %) ve věnování se svým koníčkům, 12 respondentů (41,38 %) své koníčky omezili a 2 respondenti (6,90 %) se kvůli špatnému psychickému stavu svých koníčků vzdali.

Tabulka 30c4: Deprese a omezení v zaměstnání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	17	58,62%
2	9	31,03%
3	3	10,34%
Celkem	29	100,00%



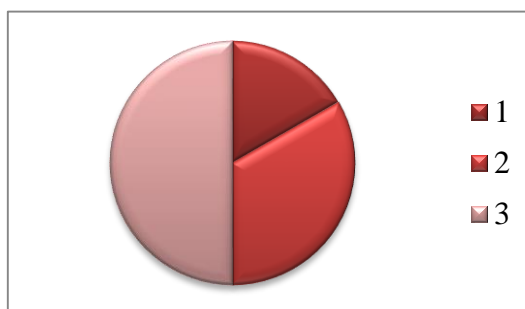
Graf 30c4: Deprese a omezení v zaměstnání

Komentář:

Potíže v zaměstnání, které by měly souvislost se zhoršeným psychickým stavem popírá 17 dotázaných (58,62 %), 9 dotázaných (31,03 %) udalo pocit omezení v zaměstnání a 3 respondenti (10,34 %) udávalo velké potíže v zaměstnání až nemožnost práci vykonávat.

Tabulka 31c5: Deprese a volnočasové aktivity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	16	55,17%
2	10	34,48%
3	3	10,34%
Celkem	29	100,00%



Graf 31c5: Deprese a volnočasové aktivity

Komentář:

Deprese a špatný psychický stav výrazně ovlivnily 3 respondenty (10,34 %), 10 respondentů (34,48 %) uvedlo omezení svých volnočasových aktivit a 16 odpovídajících (55,17 %) se necítili ovlivněny psychickým stavem., neměli v této oblasti žádné potíže.

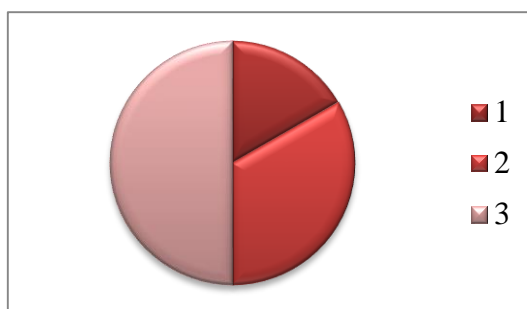
Otázka číslo 18: **Došlo v této oblasti ke změně/zlepšení po nasazení diety?**

- 1 - došlo k výraznému zlepšení
- 2 - cítím mírné zlepšení
- 3 - necítím žádnou změnu

Únava

Tabulka 32a1: Únava a sexuální život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	15	51,72%
2	10	34,48%
3	4	13,79%
Celkem	29	100,00%



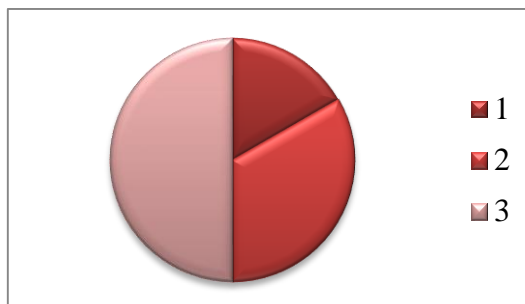
Graf 32a1: Únava a sexuální život

Komentář:

Po nasazení bezlepkové diety 4 respondenti (13,79 %) uvádí, že jsou stále unaveni natolik, že to má značný dopad na jejich sexuální život, 10 respondentů cítí mírné zlepšení (34,48 %) a 15 dotázaných (51,72 %) uvádí výrazné zlepšení v této oblasti.

Tabulka 33a2: Únava a společenský život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	17	58,62%
2	10	34,48%
3	2	6,90%
Celkem	29	100,00%



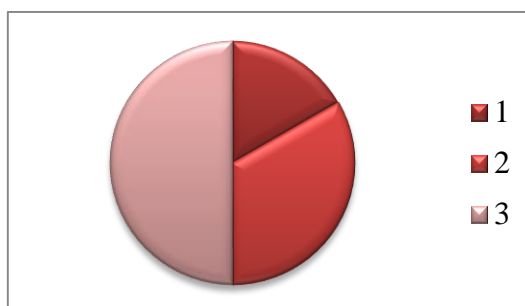
Graf 33a2: Únava a společenský život

Komentář:

Výrazné zlepšení v oblasti společenského života popisuje 17 dotázaných (58,62 %), 10 respondentů udává častější návštěvy společenských akcí (34,48 %) a 2 respondenti se cítí únavou i po nasazení diety natolik omezení, že do společnosti nechodí vůbec.

Tabulka 34a3: Únava a koníčky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	20	68,97%
2	7	24,14%
3	2	6,90%
Celkem	29	100,00%



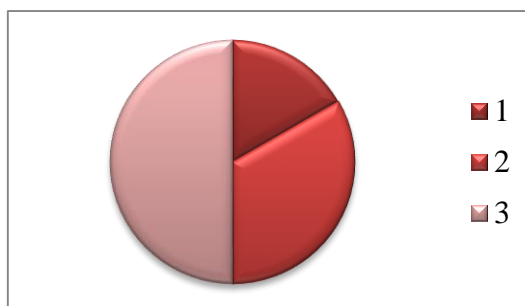
Graf 34a3: Únava a koníčky

Komentář:

20 respondentů (68,97 %) udává, že se díky zmírnění únavy může více věnovat svým koníčkům, 7 respondentů (24,14 %) v této oblasti cítí menší změnu a 2 respondenti (6,9 %) se kvůli únavě ke svým zájmům nevrátili.

Tabulka 35a4: Únava a omezení v zaměstnání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	17	58,62%
2	10	34,48%
3	2	6,90%
Celkem	29	100,00%



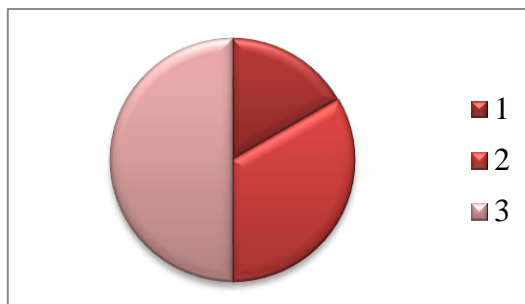
Graf 35a4: Únava a omezení v zaměstnání

Komentář:

V práci se po zavedení bezlepkové diety a zmírněním únavy cítí lépe 17 respondentů (58,62 %), mírné zlepšení udává 10 z dotázaných (34,48 %) a stále stejné potíže udávají 2 oslovení respondenti (6,90 %).

Tabulka 36a5: Únava a volnočasové aktivity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	19	65,52%
2	7	24,14%
3	3	10,34%
Celkem	29	100,00%



Graf 36a5: Únava a volnočasové aktivity

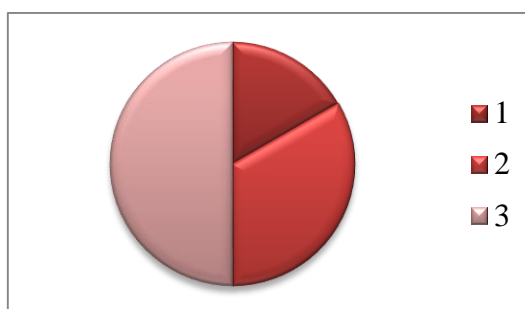
Komentář:

Volná čas tráví díky menší únavě 19 dotázaných (65,52 %), 7 respondentů cítí mírné zlepšení a přetrvávající únava omezuje ve volnočasových aktivitách 3 respondenty (10,34).

Střevní problémy:

Tabulka 37b1: Střevní problémy a sexuální život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	20	68,97%
2	5	17,24%
3	4	13,79%
Celkem	29	100,00%



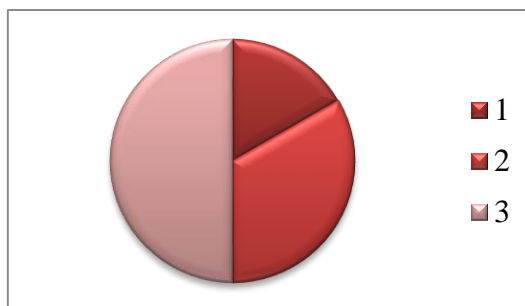
Graf 37b1: Střevní problémy a sexuální život

Komentář:

I přes dodržovanou bezlepkovou dietu necítí žádnou změnu 4 respondenti (13,79 %), zlepšení sexuálního života udává 5 dotázaných (17,24 %) a 20 respondentů (68,97 %) přiznává pozitivní dopad v této oblasti.

Tabulka 38b2: Střevní problémy a společenský život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	18	62,07%
2	6	20,69%
3	5	17,24%
Celkem	29	100,00%



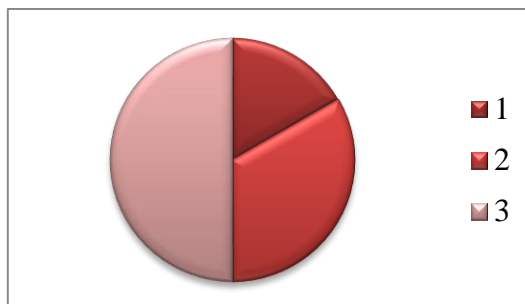
Graf 38b2: Střevní problémy a společenský život

Komentář:

5 respondentů (17,24 %) nemá pocit, že po nasazení bezlepkové diety došlo k výraznějšímu vlivu střevních potíží na jejich společenský život, 6 dotázaných (20,69 %) udává zlepšení a 18 dotázaných (62,07 %) přiznává výrazné zlepšení střevních potíží a tím i zlepšení společenského života.

Tabulka 39b3: Střevní problémy a koníčky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	20	68,97%
2	3	10,34%
3	6	20,69%
Celkem	29	100,00%



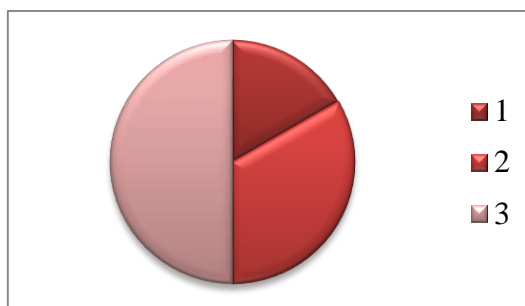
Graf 39b3: Střevní problémy a koníčky

Komentář:

20 dotázaných (68,97 %) uvedlo, že díky menším střevním se mohou více věnovat svým koníčkům, 3 dotázaní (10,34 %) udává pouze mírné zlepšení a 6 dotázaných (20,69 %) necítí v této oblasti žádnou změnu.

Tabulka 40b4: Střevní problémy a omezení v zaměstnání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	18	62,07%
2	6	20,69%
3	5	17,24%
Celkem	29	100,00%



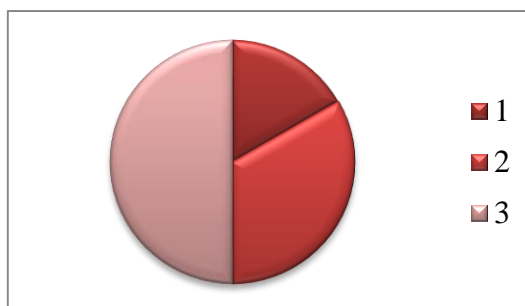
Graf 40b4: Střevní problémy a omezení v zaměstnání

Komentář:

Výraznou změnu k lepšímu týkající se omezení v zaměstnání udává 18 respondentů (62,07 %) 6 dotázaných (20,69 %) udává mírné zlepšení a 5 respondentů (17,24 %) nevnímá žádnou změnu.

Tabulka 41b5: Střevní problémy a volnočasové aktivity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	19	65,52%
2	4	13,79%
3	6	20,69%
Celkem	29	100,00%



Graf 41b5: Střevní problémy a volnočasové aktivity

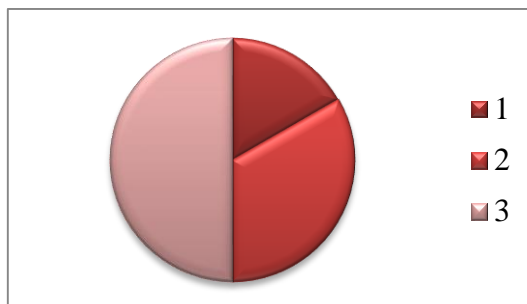
Komentář:

Díky dodržování bezpečné diety a tím úpravě střevních potíží 19 dotázaných (65,52 %) udává výrazné zmenšení omezení při trávení volného času, 4 dotázaní (13,79 %) uvedli mírné zlepšení v této oblasti a 6 dotázaných (20,69 %) necítí žádnou změnu.

Deprese:

Tabulka 42c1: Deprese a sexuální život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	14	48,28%
2	9	31,03%
3	6	20,69%
Celkem	29	100,00%



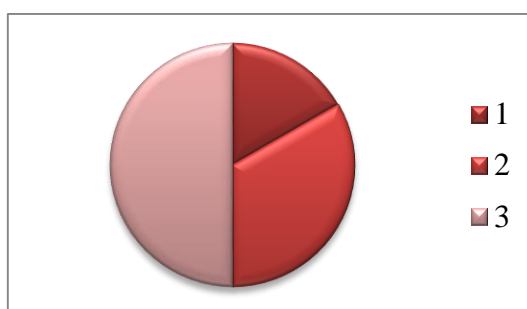
Graf 42c1: Deprese a sexuální život

Komentář:

Výrazné zmírnění depresí a tím i zlepšení sexuálního života uvedlo 14 dotázaných (48,28 %), 9 dotázaných (31,03 %) uvádí zlepšení potíží a 6 respondentů (20,69 %) se cítí stejně.

Tabulka 43c2: Deprese a společenský život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	16	55,17%
2	9	31,03%
3	4	13,79%
Celkem	29	100,00%



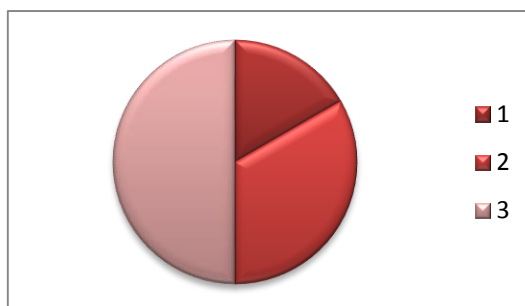
Graf 43c2: Deprese a společenský život

Komentář:

Zlepšení společenského života díky výrazně zmírněným depresím uvedlo 16 respondentů (55,17 %), 9 dotázaných (31,03 %) udává mírné zlepšení a společenský život beze změn udávají 4 dotázaní (13,79 %).

Tabulka 44c3: Deprese a koníčky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	18	62,07%
2	6	20,69%
3	5	17,24%
Celkem	29	100,00%



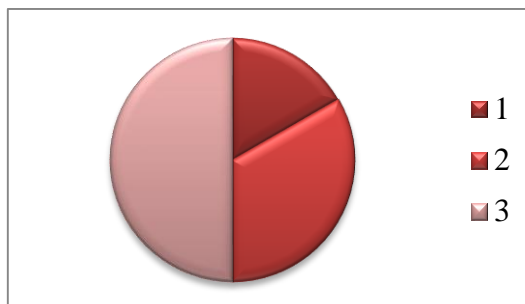
Graf 44c3: Deprese a koníčky

Komentář:

5 respondentů (17,24 %) uvádí, že jejich psychický stav zůstal beze změn, na koníčky vliv neměl, 6 dotázaných (20,69 %) uvedlo větší zájem o koníčky z důvodů větší psychické pohody a 18 respondentů (62,07 %) udalo výrazné zvýšení zájmu o své koníčky.

Tabulka 45c4: Deprese a omezení v zaměstnání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	19	65,52%
2	6	20,69%
3	4	13,79%
Celkem	29	100,00%



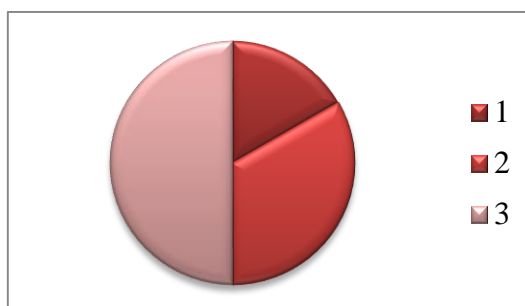
Graf 45c4: Deprese a omezení v zaměstnání

Komentář:

Z důvodu zmírnění depresí se v práci cítilo výrazně lépe 19 respondentů (65,52 %), 6 respondentů (20,69 %) uvedlo mírné zlepšení a 4 dotázaní (13,79 %) žádné změny nevnímali.

Tabulka 46c5: Deprese a volnočasové aktivity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	18	62,07%
2	6	20,69%
3	5	17,24%
Celkem	29	100,00%



Graf 46c5: Deprese a volnočasové aktivity

Komentář:

Zmírnění depresí a tím zlepšení prožívání volného času udalo 18 respondentů (62,07 %), mírné zlepšení pocítilo 6 respondentů (20,69 %) a 5 z dotázaných udává stav stejný jako před nasazením diety.

Otázka číslo 19: Jakým způsobem se změnil Váš život, život Vaší rodiny a chod Vaší domácnosti po zjištění Vaší nemoci následné dodržování dietního režimu?

Tato otázka byla volná, dotázaní zde mohli vyjádřit svůj názor na život s touto nemocí. Většina respondentů jako velký problém uváděla zvýšenou finanční zátěž při nákupu bezpečných potravin. Jako další problém dotázaní uváděli větší časovou náročnost při přípravě jídel doma. Názory na možnosti stravování v restauračních zařízeních se lišily, v některých restauračních zařízeních jsou již bezpečné pokrmy běžně nabízeny, bohužel je to spíše výjimkou.

Jeden z respondentů byl nucen kvůli svému onemocnění změnit pracovní místo – jako řidič kamionu neměl možnost dodržovat bez porušení bezpečnou dietu.

Další z respondentů udával pocit „vyřazení z komunity“ – jako silně věřící se nedokáže smířit s nemožností přijímat hostie.

Jako další z omezení vidí respondenti složitost při cestování do zahraničí, mají obavy z nemožnosti zajištění bezpečných potravin.

Ve dvou případech respondenti uváděli potíže s délkou diagnostikování jejich zdravotních potíží, které vyústily v tak silné psychické potíže, že v jednom případě zapříčinily rozvrat vztahu.

Jako přínos po zavedení bezpečné diety do stravy respondenti uváděli zlepšení dlouhodobých zdravotních potíží, zvýšení energie, kdy zejména ženy mají pocit, že se mohou více věnovat svým rodinám a dětem.

DISKUZE

Bakalářská práce „Screening celiakie v dospělé populaci ve Zlínském kraji“ je zaměřena na diagnostiku celiakie a problematiku vybraných aspektů kvality života dospělých celiaků.

Průzkum byl prováděn v několika gastroenterologických ambulancích Zlínského kraje, dva dotazníky byly vyplněny pacienty hematologické ambulance. Výzkumu se zúčastnilo 32 respondentů. Tři dotazníky musely být vyřazeny z důvodu špatného vyplnění. Průzkumný vzorek není velký, protože po dobu průzkumu – šesti týdnů do vybraných ambulančí více pacientů nepřišlo. Dobrou zprávou je, že všichni oslovení pacienti byli velmi vstřícní a dotazníky na místě vyplnili.

Cíl číslo 1. Zjistit nejčastější zdravotní potíže, které vedou nemocné k návštěvě lékaře a diagnostikování celiakie.

Všichni oslovení respondenti byli starší 18 let, což bylo jednou z podmínek pro vyplnění dotazníku. Největší skupinu tvořili dotazovaní ve věku 40 - 49 let - 37,93 % (viz tabulka 1, graf 1) a převážnou část dotazovaných tvořily ženy - 82,76 % (viz tabulka 2, graf 2). Další otázkou byla délka trvání nemoci - 34,48 % dotázaných se léčí 1 - 3 roky, nově, do 1 roku má celiakii zjištěnou 27,59 % respondentů (viz tabulka 3, graf 3). Je zjevné, že diagnostika celiakie se provádí v posledních letech častěji, proto je záchyt nových celiaků větší. Další otázkou, na kterou respondenti odpovídali, byl věk při zjištění nemoci - nejvíce respondentů bylo diagnostikováno ve věku 30 - 39 let - 37,93 %, druhou nejrozšířenější věkovou skupinou byli respondenti, jimž byla celiakie diagnostikována ve věku 18 - 29 let - 27,59 % (viz tabulka 4, graf 4). Otázkou č. 5 jsme zjišťovaly, kolik respondentů bylo diagnostikováno na základě svých potíží a kolik v rámci screeningu, kdy jejich vyšetření a diagnostikování proběhlo až po zjištění celiakie u jiného příbuzného. Z našeho zkoumaného vzorku bylo 26 dotázaných (89,66 %) diagnostikováno na základě zdravotních potíží (viz tabulka 5, graf 5). Tato otázka byla potvrzena otázkou následující, kdy 3 dotázaní respondenti (10,34 %) potvrdili, že byli vyšetřeni a diagnostikováni v rámci cíleného screeningu, tedy až po diagnostikování nemoci u blízkého příbuzného (viz tabulka 6, graf 6). Na další kladenou otázku odpovídali pouze respondenti, kteří kladně odpověděli na otázku 5. Tato otázka se týká doby, po kterou měli respondenti již určité nespecifické potíže a než se rozhodli navštívit lékaře. Největší skupinu tvoří 7 respondentů (26,92 %),

kteří s návštěvou lékaře otáleli 2 - 5 let, druhá početná skupina šesti respondentů (23,08 %) vyhledala lékaře již mezi 6 - 12 měsíci trvání neurčitých potíží (viz tabulka 7, graf 7). Nejčastější zdravotní potíže, které respondenti uváděli jako důvod návštěvy lékaře, byly v 25 % střevní potíže, 22,2 % dlouhotrvající pocit únavy, 16,67 % poruchy trávení, 12,96 % úbytek váhy, 11,11 % psychické potíže (viz tabulka 8, graf 8). Z tohoto výsledku je patrné, že i v dospělé populaci převažují gastrointestinální potíže, nad ostatními nespécifickými potížemi. Jako druhý důvod, který přiměl nemocné k návštěvě lékaře, byl dlouhodobý pocit únavy, který byl důsledkem špatného vstřebávání živin, vitamínů a minerálů střevem, postiženém celiakií. Zjištěné výsledky dokazují, že klinická manifestace celiakie u dospělých nemocných je velmi rozmanitá. Ne vždy pacienta přivedou k lékaři problémy spojené se zažíváním, nebo střevní potíže. V námi zkoumaném vzorku to bylo 40 % dotazovaných, kteří vyhledali lékaře z důvodu střevních potíží, zbytek respondentů přivedly k první návštěvě lékaře jiné důvody. Je překvapující, že 30 % našich respondentů otálelo s první návštěvou lékaře 2 – 5 let a 19 % déle než 5 let. Domníváme se, že v tomto případě byly symptomy onemocnění velmi nevýrazné a nemocné v běžném životě neobtěžovaly nijak zásadně.

Cíl č. 1 splněn

Cíl číslo 2. Zjistit délku trvání zdravotních potíží před určením diagnózy a který odborný lékař nejčastěji jako první naordinoval vyšetření na celiakii.

46 % respondentů uvedlo, že jim celiakie byla diagnostikována do 6 měsíců od první návštěvy lékaře, 15 % bylo diagnostikováno mezi 6 - 12 měsícem (viz tabulka 9, graf 9). Domníváme se, že tato včasná a rychlá diagnostika je důsledkem rozšíření informovanosti lékařů o diagnostice celiakie i v dospělém věku. Na druhé straně je však překvapující, že 23 % dotázaným respondentům byla celiakie diagnostikována až po více než 5 letech trvání jejich obtíží. Na rozdíl od Friče, který uvádí ve svém průzkumu, že diagnóza celiakie byla stanovena do 1 roku trvání obtíží jen u 36 % dotázaných, jsme zjistily, že do 1 roku bylo z našeho průzkumného vzorku diagnostikováno 61 % dotázaných. Dle Friče trvalo stanovení diagnózy déle než 5 let u 24 % dotázaných, v našem průzkumu u 23 % respondentů. Rozdílné výsledky v počtu pacientů diagnostikovaných do 1 roku jsou nejspíše zapříčiněny jednak počtem respondentů, kteří se průzkumu zúčastnili, dobou

vzniku Fričova a našeho průzkumu a zvýšenou informovaností o nemoci lékařské i laické veřejnosti. Fričova práce „Celiakie – pohledy z druhé strany“ byla uveřejněna v roce 2008, byla zpracována z pěti anket, které se uskutečnily od roku 2004 formou internetových anket a průzkumný vzorek tvořilo 1480 respondentů, dětí i dospělých.

Z další části průzkumu vyplývá, že více než třetina dotazovaných neví, zda se nemoc nevyskytuje u jejich příbuzných rodinných příslušníků – z celkového počtu 29 dotazovaných se jedná o 9 respondentů, tj. 34,62 % (viz tabulka 12, graf 12). Při dotazu na vyšetření nejbližších příbuzných po diagnostikování dotázaných respondentů jich 9 (34,62 %) uvedlo, že byli cíleně vyšetřeni i další příbuzní, pokud měli i sebemenší potíže. Nejčastěji se jednalo o děti, sourozence nebo rodiče. Tyto námi získané poznatky nemůžeme porovnat s jinou prací, protože podobně zaměřený průzkum zřejmě nebyl proveden ani publikován.

Při dotazování na množství lékařů, které jednotliví respondenti navštěvovali pro nespécifické potíže před diagnostikováním celiakie, uvedlo 30,77 % dotázaných, že se léčilo u dvou odborných lékařů – specialistů a 26,92 % se léčilo před vlastním diagnostikováním celiakie u tří odborných lékařů – specialistů (viz tabulka 10, graf 10). Zde se naše výsledky v porovnání s Fričem rozcházejí, podle jeho výsledků navštěvovalo 2 lékaře specialisty 17 % dotázaných, a 31 % respondentů navštěvovalo více než dva odborné lékaře. Z jeho výsledků je překvapující, že největší skupinu tvořili nemocní, kteří před stanovením konečné diagnózy navštěvovali pouze 1 odborného lékaře – 44 %, v našem případě to byla pouze 3 % oslovených respondentů. Ze zjištěných výsledků je zřejmé, že velká variabilita příznaků a mimostřevních potíží byla příčinou léčby nemocných u více specialistů, než byla celiakie správně diagnostikována a nastavena léčba bezlepkovou dietou.

Z dalších odpovědí je patrné, že nejčastějším lékařem, který jako první vyslovil podezření na celiakii a naordinoval vyšetření krevních testů, byl gastroenterolog a hematolog. Shodně takto odpovědělo 23,08 % respondentů (viz tabulka 11, graf 11). V 19 % to byl praktický lékař, který jako první naordinoval vyšetření krevních testů na celiakii. Prvotní vyšetření autoprotilátek k tkáňové transglutamináze (AtTGA-IgA) a celkového IgA mohou provádět i další odborní lékaři – alergolog, gynekolog, internista, endokrinolog, diabetolog, dermatovenerolog, neurolog, revmatolog, psychiatr. Tito odborní lékaři se podíleli na prvotní diagnostice u našich respondentů jen velmi málo. Zamyslíme-li se nad výše uvedenými informacemi o počtu odborných lékařů, kteří naši respondenti navštěvovali, je

překvapující, jak málo z nich uvažovalo o celiakii jako o primárním onemocnění. Je to zřejmě dáno větší manifestací mimostřevních potíží, kterými je celiakie u dospělých nemocných charakteristická. Ani zde nemáme možnost porovnání s jinou prací, protože jsme v dostupných zdrojích nenašli podobně prováděný výzkum.

Cíl č. 2 splněn

Cíl číslo 3. Zjistit jaký vliv měla neléčená celiakie a následné určení správné diagnózy a zavedení dietních opatření na vybrané aspekty kvality života nemocných.

Na otázku, zda byli respondenti seznámeni při diagnostikování celiakie s podstatou nemoci a nutností dodržovat bezlepkovou dietu odpovědělo 89,66 % kladně (viz tabulka 14, graf 14). Je překvapující zjištění že 10,34 % uvedlo, že jim lékař při oznámení diagnózy nepodal bližší informace o nemoci, bezlepkové dietě a možných komplikacích zdravotního stavu při porušování a nedodržování dietních opatření. 72,41 % z dotázaných uvedlo, že bezlepkovou dietu bez výjimek dodržuje a 24,14 % udává, že dietu poruší výjimečně (viz tabulka 15, graf 15). Dodržování bezlepkové diety je základní a jedinou léčbou celiakie a proto je toto vysoké číslo důkazem toho, že jsou si dotazovaní vědomi zdravotních rizik a komplikací při nedodržování diety. Je to také známka toho, že bezlepkové potraviny jsou dostupné, nemocní celiakii nemají výraznější problém s jejich nákupem – jsou v každém supermarketu a lze je koupit i prostřednictvím internetových zásilkových obchodů. Problémem je cena těchto potravin, které je až 4x vyšší než u běžných potravin. Při dodržování bezlepkové diety udává 65,52 % podstatné zmírnění potíží a 24,14 % udává úplné vymizení příznaků (viz tabulka 16, graf 16).

Otázka číslo 17 – „Měla neléčená celiakie a s ní spojené zdravotní potíže vliv na Váš soukromý a intimní život?“ je v této práci rozdělena na a, b, c. Tabulky 17 až 21 a grafy 17 až 21 ukazují odpovědi respondentů, jaký vliv měla únava na určité aspekty jejich života. Únavu jako důvod omezení volnočasových aktivit uvedlo 34,48 % dotázaných, 31,03 % díky únavě naprosto omezilo svůj společenský život, potíže v zaměstnání díky únavě udalo 27,59 %, 20,69 % dotázaných přiznalo potíže v sexuálním životě a únava naprosto omezila 17,24 % respondentů v provozování svých koníčků. Dalším omezujícím faktorem, na který jsme se ptaly, byly střevní potíže a jejich vliv na běžný život (viz tabulky 22 až 26 a grafy 22 až 26). 24,14 % dotázaných díky střevním problémům zcela omezilo pobyt ve společnosti, v zaměstnání mělo problém 20,69 % dotázaných, střevní potíže značně

negativně ovlivnily sexuální život a volnočasové aktivity shodně u 17,24 % dotázaných a 10,34 % respondentů uvedlo, že se kvůli střevním potížím vzdali svých koníčků. Deprese a s nimi spojené potíže v sexuálním životě udává 13,79 % dotázaných, společenský život a volnočasové aktivity omezilo díky psychickým potížím shodně 10,34 % odpovídajících, stejný počet 10,34 % mělo díky depresím potíže v práci a 6,90 % respondentů muselo omezit své koníčky. Ostatní dotázaní ve svých odpovědích udávají pouze pocit mírného omezení nebo potíže v daných oblastech nepocíťovali vůbec. Zajímavým zjištěním bylo, že větší část dotázaných v otázce č. 19 uvedlo značné potíže s únavou a psychickými potížemi, z vyplněných tabulek a grafů ale vyplývá, že jen několik málo respondentů se cítilo těmito potížemi značně omezeno. Pokud porovnáme všechny uvedené aspekty, vidíme, že námi oslovení respondenti cítili největší omezení ve svých volnočasových aktivitách a společenském životě, naopak v sexuálním životě a v nutnosti omezit své koníčky výrazné omezení neudávali. Domníváme se, že při věnování se činností, které člověka baví a přinášejí mu pocit potěšení a uspokojení, jsou lépe tolerovány i tělesné potíže, které jsou při jiných činnostech více vnímány.

V otázce číslo 18, která je také rozdělena na a, b, c se ptáme, zda došlo ke zlepšení zdravotních obtíží po nasazení bezlepkové diety. Z tabulek 18a a grafů 18a jednoznačně vyplývá, že dodržování bezlepkové diety mělo výrazný vliv na vnímanou únavu a respondenti udávali výrazné zlepšení ve všech oblastech – v sexuální oblasti 51,72 %, společenský život si díky větší energii užívá 58,62 % dotázaných, 68,97 % dotázaných má více energie na své koníčky, více energie v zaměstnání udalo 58,62 % a 65,52 % dotázaných má více sil na provozování volnočasových aktivit. Pozitivní vliv bezlepkové diety udávali respondenti i na střevní potíže a jejich vliv na svůj život – výrazné zlepšení udávali respondenti v sexuálním životě a v oblasti vlastních zájmů – 68,97 %, lepší prožívání volného času potvrdilo 65,52 % dotázaných, společenský život se obohatil a omezení v zaměstnání z důvodu střevních potíží se výrazně snížilo u 62,07 % dotázaných. Zlepšení psychického stavu při dodržování bezlepkové diety a tím i zlepšení sexuálního života udává 48,28 % dotázaných, svým koníčkům a volnočasovým aktivitám se více věnuje 62,07 %, díky zlepšenému psychickému stavu se v zaměstnání cítí lépe 65,52 % a 55,17 % dotázaných má bohatší společenský život.

Z odpovědí námi oslovených respondentů na otázku číslo 18 vyplynulo, že většina z nich cítí výrazné zlepšení svého zdravotního stavu, že se cítí vitálnější, mají více energie, i když na předcházející otázku č. 17 odpovídali, že nemají pocit žádného omezení v jakékoliv

oblasti svého života. Je to zřejmě dáno tím, že se se svými obtížemi a únavou „naučili žít“ a po nasazení bezlepkové diety mají pocit výrazného „ožití“, zlepšení a zkvalitnění života ve všech námi zmiňovaných oblastech. Žádný z respondentů neudával zhoršení zdravotního stavu po přechodu na bezlepkovou stravu.

Velkým problémem zůstává dle respondentů větší finanční zatížení jejich rodinného rozpočtu nutností nakupovat dražší bezlepkové potraviny, ovšem na druhé straně může být vyváženo zlepšením celkového stavu a větší aktivitou nemocného, výrazným sníženým rizika komplikací celiakie. Na tomto názoru se shodla většina dotazovaných, že vlastní zdraví penězi nenahradí.

Cíl č. 3 splněn

Cíl 4: Presentace zjištěných dat formou článku v odborném časopisu pro nelékařské zdravotnické pracovníky „Sestra“.

Veškeré námi získané a zpracované informace budou formou článku prezentovány v odborném časopisu pro nelékařské zdravotnické pracovníky „Sestra“. Článek je v termínu odevzdání bakalářské práce rozpracován.

Cíl č. 4 Splněn částečně

ZÁVĚR

Celiakie je onemocnění, které se netýká jen a pouze jedné části lidského těla, ale zasahuje jedince jako celek po stránce fyzické, ale i psychické. První změnu, kterou musí člověk udělat je změna životního stylu a změna jídelníčku. Další změnou je změna myšlení, vyrovnání se s touto celoživotní nemocí a s jejími projevy a následky, kterými ovlivňuje život každého nemocného.

Celiakie je nemoc, která se stává nemocí současnosti. Je rozšířena celosvětově a její výrazný nárůst v populaci je dán možnostmi lepší diagnostiky a informovanosti jak lékařů, všeobecných sester, tak i laické veřejnosti.

V teoretické části práce je popsána historie, patofyziologie, diagnostika a léčba celiakie. Dále je v této části popsán „Metodický pokyn pro cílený sceening celiakie“, který byl zveřejněn 28. února 2011.

V praktické části jsme pomocí dotazníkového šetření zjišťovaly, jaké potíže přivedli pacienty k lékaři, jak dlouho trvaly jejich potíže, než byla vyřčena správná diagnóza, zda byli diagnostikováni na základě cíleného screeningu příbuzných nebo na základě vlastních potíží. Dále jsme si daly za úkol zjistit, jaký vliv na život měla neléčená celiakie a jak se život dotazovaných respondentů změnil po nasazení a dodržování bezlepkové diety. Dotazníky byly rozdány ve vybraných gastroenterologických ambulancích Zlínského kraje a dva byly dány k vyplnění na hematologickou ambulanci Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně.

Z provedeného šetření vyplynulo, že diagnostika celiakie se dostala do popředí zájmu lékařů, až na menší výjimky byla nemoc u našich respondentů diagnostikována do 12 měsíců od první návštěvy lékaře. Je to dáno větší informovaností lékařské veřejnosti o projevech nemoci, o značné variabilitě příznaků této nemoci a jejich přidružených onemocnění. Svou roli v rychlejší diagnostice celiakie sehrálo i zavedení Metodického pokynu MZ ČR „Cílený screening celiakie“, jehož záměrem je identifikování dosud nediodagnostikovaných celiaků.

Dalším zjištěním jsou informace, jaké potíže nejvíce znepríjemňují život nemocným, kteří o své nemoci ještě neví a jak se jejich život změnil zavedením bezlepkové diety do jídelníčku. Zde je našimi respondenty potvrzen kladný vliv bezlepkové diety na zdravotní stav, který se postupně zlepšuje a tím se zlepšuje i kvalita jejich života.

Protože se i nadále setkáváme s mylným názorem, že celiakie je onemocnění pouze dětského věku, že jedinými jejími příznaky jsou průjemy a potíže spojené s gastrointestinálním traktem a že bezlepkovou dietu není třeba dodržovat celoživotně, že občasné porušení nevádí, rozhodly jsme se, že získaná a zpracovaná data uveřejníme v časopise Sestra, který je určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BYSTRONĚ, Jaromír, 1997. *Alergie: průvodce alergickými nemocemi pro lékaře i pacienty*. Ostrava: Mirago. ISBN 80-85922-46-0.

ČERVENKOVÁ, Renata, 2006. *Celiakie*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-425-3.

DYLEVSKÝ, Ivan. 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4.

FRIČ, Přemysl a Olga MENGEROVÁ, 2008. *Celiakie: bezlepková dieta a rady lékaře*. Čestlice: MedicaPublishing, 2008. Dieta; sv. 16. ISBN 978-80-85936-62-9

JODL, Jiří, 2008. *Dieta bezlepková při celiakii u dětí*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1989. 08-023-89

KLENER, Pavel a kolektiv. 2001. *Vnitřní lékařství II*. Praha: Informatorium, ISBN 80-86073-76-9.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2010. *Otázky kolem celiakie: Víte si rady s bezlepkovou dietou?*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-09-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3

MOŽNÁ, Lucie. 2008. *Bezlepkářům od A do Z*. Ostrava: Ringier Print. ISBN 40-566-9107- 4.

NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

NĚMECKÁ SPLOEČNOST PRO CELIAKII, 2013. *Celiakie*. Praha: Jan Vašut s.r.o., 2013. ISBN 978-80-7236-839-6

POZLER, Oldřich, 1999. *Diety při onemocnění celiakii*. Praha: Vydavatelství a nakladatelství Sdružení MAC, 1999. ISBN 80-86015-44-0

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.

Časopisy:

MALKUSOVÁ, Ivana a Karel BLIHAR, 2010. *Typické a atypické formy celiakie u dospělých*. Sestra. 2010, roč. 20, č. 6, s. 32-35. ISSN: 1210-0404.

GREGAR, Ivan a kolektiv. *Celiakie dospělých - klinické projevy a přidružená onemocnění*. Praktický lékař. 2000, roč. 80, č. 11, s. 617-620. ISSN: 0032-6739

Internetové zdroje:

DVOŘÁK, Miloš, 2005. *Dermatitis herpetiformis Duhring jako forma manifestace glutenové enteropatie*. Sdružení celiaků české republiky [online]. ©2005. [cit. 2014-13-04] dostupné z : <http://www.celiac.cz/default.aspx?article=288> 02-19

FRIČ, Přemysl a Jiří NEVORAL, 2009. *Cílený screening celiakie*. Interní medicína pro praxi [online]. 2009, roč. 11, č. 11, s. 484-487 [cit. 2014-13-04]. ISSN: 1212-7299; 1803-5256 (elektronická verze); 1803-5868 (supplementum). Dostupné z <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/11/02.pdf>

KOHOUT, Pavel, 2006. *Diagnostika a léčba celiakie*. Interní medicína pro praxi [online]. 2006, roč. 8, č. 7-8, s. 324-326. [cit. 2014-15-02] Dostupné z <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/07/03.pdf>

KOHOUT, Pavel. 2008. *Novinky v bezlepkové dietě*. Interní medicína pro praxi [online]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/03/03.pdf>

KOLLÁROVÁ, Hana a kolektiv, 2007. *Rutinní biopsie z duodena prováděná během gastroscopie - jedna z možností vyhledávání asymptomatické celiakie*. Česká a Slovenská Gastroenterologie a Hepatologie [online]. 2007, 61(5), s. 245-248 [cit. 2014-18-04]. Dostupné z : http://www.csgh.info/arch_detail.php?stat=277

LATTA, Jiří, 2012. *Celiakie – od screeningu k diagnóze*. Interní medicína pro praxi [online]. 2012, roč. 14, č. 5, s. 221-223 [cit. 2014-03-04]. Dostupné z http://www.internimedicina.cz/artkey/int-201205-0009_Celiakie_8211_od_screeningu_k_diagnoze.php

MAŇÁSKOVÁ, Dana. *Symptomy celiakie*. Medicinman.cz [online]. ©2013 [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: http://medicinman.cz/?p=nemoci-sympt&p_sub=celiakie/g-symptomy

PÍSKOVCOVÁ, Magda, 2011. *Celiakie – projevy mimo gastrointestinální trakt v dospělosti*. Medicína pro praxi [online]. 2011, roč. 8, č. 7-8, s. 333-336 [cit. 2014-08-04]. Dostupné z <http://www.medicinapropraxi.cz/magno/med/2011/mn7.php>

PROKOPOVÁ, Lucie, 2008. *Celiakie – co má vědět ambulantní internista*. Interní medicína pro praxi [online]. 2008, roč. 10, č. 5, s. 233-239 [cit. 2014-04-04]. Dostupné z <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/05/08.pdf>

FRIČ, Přemysl, 2008. *Celiakie – celosvětová choroba mnoha tváří*. Lékařské listy [online]. 2008, č. 1 [cit. 2014-09-04]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/celiakie-celosvetova-choroba-mnoha-tvari-342462>

ŠIMŮNKOVÁ, Marta. *Celiakie v ČR - desítky tisíc nepoznaných případů*. Zdravotnické noviny. 2007, Roč. 56, č. 8, s. 14-16. ISSN: 1805-2355; 1214-7664 (elektronická verze). Dostupné z [file:///C:/Users/pc/Desktop/Celiakie %20v %20 %C4 %8CR %20- %20des %C3 %ADtky %20tis %C3 %ADc %20nepoznan %C3 %BDch %20p %C5 %99 %C3 %ADpad %C5 %AF %20- %20ZDN.htm](file:///C:/Users/pc/Desktop/Celiakie%20v%20%CR%20-%20des%3ADtky%20tis%3ADc%20nepoznan%3BDch%20p%59%3ADpad%5AF%20-%20ZDN.htm)

Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha: MZ - ČR, 2011, roč. 3., [cit. 2014-11-03] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4741_2162_11.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
a kol.	a kolektiv
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
IgA	imunoglobuliny třídy A
IgG	imunoglobuliny třídy B
AtTGA	protilátky proti tkáňové transglumináze
MUDr.	doktor medicíny
např.	například
tj.	to je
tzn.	to znamená
vyd.	vydáno
s.	strana
sv.	svazek
roč.	ročník
č.	číslo
tzv.	takzvaně
ALT	transamylázy
AST	transamylázy
mg	miligram
kg	kilogram
g	gram

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk respondentů	28
Tabulka 2: Pohlaví respondentů	29
Tabulka 3: Doba trvání nemoci	30
Tabulka 4: Věk při diagnostikování nemoci	31
Tabulka 5: Diagnostikování na základě potíží.....	32
Tabulka 6: Diagnostikování na základě screeningu	33
Tabulka 7: Doba trvání počátečních příznaků do návštěvy lékaře	34
Tabulka 8: Nejčastější zdravotní potíže před diagnostikováním nemoci	35
Tabulka 9: Doba od první návštěvy lékaře do diagnostikování nemoci.....	36
Tabulka 10: Počet lékařů, které respondenti navštívili, než byla nemoc diagnostikována.....	37
Tabulka 11: Lékař, který první naordinoval vyšetření krevních testů	38
Tabulka 12: Výskyt celiakie v rodině	39
Tabulka 13: Vyšetření příbuzných.....	40
Tabulka 14: Seznámení lékařem s podstatou nemoci a bezlepkovou dietou.....	41
Tabulka 15: Dodržování bezlepkové diety	42
Tabulka 16: Změna zdravotního stavu při dodržování diety	43
Tabulka 17a1: Únava a sexuální život.....	44
Tabulka 18a2: Únava a společenský život.....	44
Tabulka 19a3: Únava a koníčky	45
Tabulka 20a4: Únava a omezení v zaměstnání.....	46
Tabulka 21a5: Únava a volnočasové aktivity	46
Tabulka 22b1: Střevní problémy a sexuální život	47
Tabulka 23b2: Střevní problémy a společenský život	47
Tabulka 24b3: Střevní problémy a koníčky.....	48
Tabulka 25b4: Střevní problémy a omezení v zaměstnání	49
Tabulka 26b5: Střevní problémy a volnočasové aktivity	49
Tabulka 27c1: Deprese a sexuální život	50
Tabulka 28c2: Deprese a společenský život	51
Tabulka 29c3: Deprese a koníčky.....	51
Tabulka 30c4: Deprese a omezení v zaměstnání	52
Tabulka 31c5: Deprese a volnočasové aktivity	53

Tabulka 32a1: Únava a sexuální život.....	54
Tabulka 33a2: Únava a společenský život.....	54
Tabulka 34a3: Únava a koníčky	55
Tabulka 35a4: Únava a omezení v zaměstnání.....	56
Tabulka 36a5: Únava a volnočasové aktivity	56
Tabulka 37b1: Střevní problémy a sexuální život	57
Tabulka 38b2: Střevní problémy a společenský život.....	58
Tabulka 39b3: Střevní problémy a koníčky.....	58
Tabulka 40b4: Střevní problémy a omezení v zaměstnání	59
Tabulka 41b5: Střevní problémy a volnočasové aktivity	60
Tabulka 42c1: Deprese a sexuální život	60
Tabulka 43c2: Deprese a společenský život	61
Tabulka 44c3: Deprese a koníčky.....	62
Tabulka 45c4: Deprese a omezení v zaměstnání	62
Tabulka 46c5: Deprese a volnočasové aktivity	63

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentů.....	28
Graf 2: Pohlaví respondentů	29
Graf 3: Doba trvání nemoci	30
Graf 4: Věk při diagnostikování nemoci.....	31
Graf 5: Diagnostikování na základě potíží	32
Graf 6: Diagnostikování na základě screeningu	33
Graf 7: Doba trvání počátečních příznaků do návštěvy lékaře.....	34
Graf 8: Nejčastější zdravotní potíže před diagnostikováním nemoci	35
Graf 9: Doba od první návštěvy lékaře do diagnostikování nemoci.....	36
Graf 10: Počet lékařů, které respondenti navštívili, než byla nemoc diagnostikována	37
Graf 11: Lékař, který první naordinoval vyšetření krevních testů.....	38
Graf 12: Výskyt celiakie v rodině.....	39
Graf 13: Vyšetření příbuzných	40
Graf 14: Seznámení lékařem s podstatou nemoci a bezlepkovou dietou	41
Graf 15: Dodržování bezlepkové diety	42
Graf 16: Změna zdravotního stavu při dodržování diety	43
Graf 17a1: Únava a sexuální život.....	44
Graf 18a2: Únava a společenský život	45
Graf 19a3: Únava a koníčky	45
Graf 20a4: Únava a omezení v zaměstnání	46
Graf 21a5: Únava a volnočasové aktivity.....	46
Graf 22b1: Střevní problémy a sexuální život.....	47
Graf 23b2: Střevní problémy a společenský život.....	48
Graf 24b3: Střevní problémy a koníčky	48
Graf 25b4: Střevní problémy a omezení v zaměstnání.....	49
Graf 26b5: Střevní problémy a volnočasové aktivity	50
Graf 27c1: Deprese a sexuální život	50
Graf 28c2: Deprese a společenský život.....	51
Graf 29c3: Deprese a koníčky	52
Graf 30c4: Deprese a omezení v zaměstnání	52
Graf 31c5: Deprese a volnočasové aktivity	53
Graf 32a1: Únava a sexuální život.....	54

Graf 33a2: Únava a společenský život	55
Graf 34a3: Únava a koníčky	55
Graf 35a4: Únava a omezení v zaměstnání	56
Graf 36a5: Únava a volnočasové aktivity	57
Graf 37b1: Střevní problémy a sexuální život	57
Graf 38b2: Střevní problémy a společenský život.....	58
Graf 39b3: Střevní problémy a koníčky	59
Graf 40b4: Střevní problémy a omezení v zaměstnání.....	59
Graf 41b5: Střevní problémy a volnočasové aktivity	60
Graf 42c1: Deprese a sexuální život	61
Graf 43c2: Deprese a společenský život.....	61
Graf 44c3: Deprese a koníčky	62
Graf 45c4: Deprese a omezení v zaměstnání.....	63
Graf 46c5: Deprese a volnočasové aktivity	63

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den vážený respondente, vážená respondentko

jmenuji se Zdenka Orálková a studuji 3. ročník na Fakultě Humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijní program Ošetřovatelsví, obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení svého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „Screening celiakie v dospělé populaci ve Zlínském kraji“.

Cílem mé práce je zjistit nejčastější zdravotní obtíže, které vedou k návštěvě lékaře a diagnostikování celiakie, zjistit, který odborný lékař nejčastěji celiakii diagnostikuje a zjištění vlivu celiakie na kvalitu života.

Chci Vás tímto poprosit o spolupráci a vyplnění dotazníku.

Dotazník je anonymní, výsledky budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

Protože se má práce týká zjišťování a diagnostikování celiakie u dospělých, prosím o vyplnění pouze vás, kterým byla celiakie diagnostikována po 18. roce života.

Předem děkuji

Zdenka Orálková

1. Věk:

- 18 - 29 let
- 29 - 39 let
- 40 - 49 let
- 50 – 59 let
- 60 a více let

2. Pohlaví:

Žena

Muž

3. Celiakii mám zjištěnu

- nově – do 1 roku
- 1 – 3 roky
- 4 – 6 let
- 7 – 10 let
- Více než 10 let

4. Celiakie mi byla diagnostikována, když mi bylo:

- 18 - 29 let
- 29 - 39 let
- 40- 49 let
- 50 – 59 let
- 60 a více let

**5. Byla Vám celiakie diagnostikována na základě Vašich potíží?
Pokud ano, pokračujte otázkou č. 6**

Ano

Ne

**6. Byla Vám celiakie diagnostikována v rámci screeningu – tzn. v rámci vyšetření příbuzných, aniž byste měli jakékoliv výraznější potíže? (celiakie byla napřed zjištěna u Vašich dětí, rodičů, sourozenců)
Pokud ano, pokračujte otázkou č. 13**

Ano

Ne

7. Jaká doba uplynula od počátečních prvních potíží a nespecifických příznaků (únava, nechutenství, vyrážky apod.) do první návštěvy lékaře?

- do 6 měsíců
- 6 - 12 měsíců
- 1 - 2 roky
- 2 - 5 let
- více než 5 let

8. Jaké zdravotní potíže Vás přiměly navštívit lékaře?

- můžete označit i více možností)
- poruchy trávení (nechutenství, nevolnost, nadýmání)
- střevní potíže (plynatost, průjem, častá stolice)
- nevysvětlitelný úbytek váhy
- dlouhotrvající pocit únavy, vyčerpání
- psychické potíže – deprese apod.
- kožní problémy

jiné prosím vypište:.....

9. Jaká doba uplynula od první návštěvy lékaře do doby, než u Vás byla diagnostikována celiakie?

- do 6 měsíců
- 6 - 12 měsíců
- 1 - 2 roky
- 2 - 5 let
- více než 5 let

10. Kolik odborných lékařů – specialistů jste navštívil/a z důvodů Vašich nespecifických potíží?

Praktický lékař

Gynekolog

Diabetolog

Endokrinolog

Gastroenterolog	Alergolog
Internista	Psychiatr
Kožní lékař	Hematolog
Jiný.....	

11. Uved'te, který lékař (praktický, internista, kožní, hematolog apod.) u Vás poprvé naordinoval vyšetření krevních testů, které naznačily, že Vaše zdravotní potíže může způsobovat celiakie?

Praktický lékař	Gynekolog
Diabetolog	Endokrinolog
Gastroenterolog	Alergolog
Internista	Psychiatr
Kožní lékař	Hematolog
Jiný.....	

12. Vyskytuje se celiakie u Vás v rodině?

Ano – kdo: _____ Ne _____

13. Byly po diagnostikování Vaší nemoci vyšetřeni i Vaši příbuzní (děti, rodiče, sourozenci)

Ano – kdo: _____ Ne _____

14. Byl jste po diagnostikování celiakie seznámen lékařem s podstatou onemocnění, projevy a průběhem celiakie a byla Vám dostatečně vysvětlena nutnost dodržovat dietní opatření – bezlepkovou dietu?

Ano _____ Ne _____

15. Bezlepkovou dietu dodržíte

Ano _____ Poruším výjimečně _____ Porušuji často _____ Nedodržíte _____

16. Došlo ke zmírnění či vymizení Vašich zdravotních potíží při dodržování bezlepkové diety?

Vymizely _____ Podstatně se zmírnily _____ Nepocit'uji výraznější zlepšení _____

17. Měla neléčená celiakie a s ní spojené zdravotní potíže vliv na Váš soukromý a intimní život?

Použijte prosím nabízenou číselnou stupnici a do každé kolonky doplňte číslici (příklad – číselně ohodnoťte, jaký vliv měly na Váš sexuální život únava, střevní potíže, atd.) Do kolonky jiné můžete dopsat i jiné potíže, vaše pocity. Každou známku můžete použít v každém řádku i opakovaně.

1. Nepocíťoval/a jsem v této oblasti žádné omezení (např. únava neměla žádný vliv na můj sexuální život apod.)
2. Cítil/a jste určité omezení (např. neměla jsem náladu chodit do společnosti z důvodů střevních potíží apod.)
3. Potíže mě zcela znemožnily vykonávat určité činnosti (např. kvůli psychickým potížím jsem musel/a změnit zaměstnání apod.)

	Únava	Střevní potíže	Psychické potíže (např. deprese)	A jiné
Sexuální život				
Společenský život				
Omezení v zaměstnání				
Volnočasové aktivity				
Koníčky				
A jiné				

18. Došlo v této oblasti ke změně/zlepšení po nasazení bezlepkové diety

Použijte prosím nabízenou číselnou stupnici a do každého políčka doplňte číslici (příklad – číselně ohodnoťte podobným způsobem jako v předcházející tabulce, k jak výrazné změně došlo v uvedených oblastech života po nasazení bezlepkové diety). Do kolonky jiné můžete dopsat Vaše pocity. Každou známku můžete použít v každém řádku i opakovaně.

1. Došlo k výraznému zlepšení (např. díky výraznému zlepšení psychického stavu mám větší chuť do práce, na sex apod.)
2. Cítím mírné zlepšení (např. potíže přetrvávají, ale jsou mírnější – díky menší únavě zvládám více práce)
3. Necítím žádnou změnu (např. potíže zůstávají stejné, cítím se stejně jako před nasazením diety)
4. Došlo ke zhoršení potíží (např. mám větší střevní potíže, více mě to omezuje ve společenském životě apod.)

	Únava	Střevní potíže	Psychické potíže (např. deprese)	A jiné
Sexuální život				
Společenský život				
Omezení v zaměstnání				
Volnočasové aktivity				
Koníčky				
A jiné				

19. Jakým způsobem se změnil Váš život, život Vaší rodiny a chod Vaší domácnosti po zjištění Vaší nemoci a následném dodržování dietního režimu? (větší finanční zátěž při nakupování potravin, více energie na volnočasové aktivity, větší časová náročnost při přípravě jídel, nemožnost stravovat se v restauraci či závodních jídelnách apod.)

Tato otázka je volná, prosím o Váš názor.

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

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku

Zdenka Orálková