

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Problematika edukace pacienta s pankreatitidou

Bakalářská práce

PhDr. Andrea Hudáčková, R. N.

2008

Veronika Loudová

Abstract

Pancreatitis is an inflammatory disease of the pancreas. There are two forms of pancreatitis – acute and chronic. It does not belong among common diseases but its occurrence has been significantly increasing lately, worldwide and in the Czech republic as well. Dietary restriction is the most important point in treatment of pancreatitis. It is the nurse who has a vital duty to educate patients about lifestyle and dietary regime. Education is an important and significant part of treatment and the nursing process. The objective of education of patients with pancreatitis is for them to realize that a change of lifestyle and eating habits will lead to improved overall health condition and quality of further life.

The objective of the thesis was to find out if nurses do educate patients with pancreatitis, how they educate the patients, if they tailor educational plan to needs of individual patients and what they consider to be the greatest problem of education of a patient with pancreatitis.

Research was conducted using the questionnaire method in hospitals in the region of Karlovy Vary. The respondents were nurses taking care of patients with acute and chronic pancreatitis. The results of the research show that nurses do educate patients with pancreatitis which confirms hypothesis 1. Hypothesis 2 was not confirmed, the nurses do not consider uncooperative behaviour of the patient to be the greatest problem of education of patient with pancreatitis. Lack of skilled staff is regarded as the greatest problem. Hypothesis 3 was not confirmed, the most frequent means of education by the nurses are not information brochures but a dialogue. Hypothesis 4 was confirmed, the nurses do not tailor educational plan to needs of individual patients.

Following a finding that one of the problems of education is the lack of information leaflets intended for patients, an information leaflet was worked out which will serve for education of patients with pancreatitis and which will be distributed to practice to nurses working with these patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problematika edukace pacienta s pankreatitidou vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu se § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....

(podpis studenta)

Poděkování

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat PhDr. Andree Hudáčkové, R.N., za odborné vedení a cenné podněty při zpracování této problematiky.

Obsah

Úvod	3
1 Současný stav.....	4
1.1 <i>Anatomie a fyziologie pankreatu</i>	4
1.2 <i>Akutní pankreatitida</i>	5
1.2.1 Definice.....	5
1.2.2 Etiologie.....	5
1.2.3 Klinický obraz.....	6
1.2.4 Diagnostika	6
1.2.5 Léčba.....	8
1.2.6 Komplikace a prognóza	9
1.3 <i>Chronická pankreatitida</i>	10
1.3.1 Definice.....	10
1.3.2 Etiologie.....	10
1.3.3 Klinický obraz.....	10
1.3.4 Diagnostika	11
1.3.5 Léčba.....	12
1.3.6 Komplikace a prognóza	12
1.4 <i>Léčebná výživa</i>	13
1.4.1 Dieta při akutní pankreatitidě	13
1.4.2 Dieta při chronické pankreatitidě.....	14
1.5 <i>Problematika edukace pacienta s pankreatitidou</i>	15
1.5.1 Edukace a její význam	15
1.5.2 Edukační proces	16
1.5.3 Edukace v jednotlivých věkových obdobích	19
1.5.4 Edukace pacienta s pankreatitidou.....	19

2	Cíle práce a hypotézy	22
2.1	<i>Cíle práce</i>	22
2.2	<i>Hypotézy</i>	22
3	Metodika výzkumu.....	23
3.1	<i>Metodika práce.....</i>	23
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	23
4	Výsledky	24
5	Diskuze	46
6	Závěr.....	52
7	Seznam použitých zdrojů	54
8	Klíčová slova	57
9	Přílohy	58

Úvod

Edukace a edukační proces jsou termíny, které se postupně v našem zdravotnictví zakořeňují, stejně jako před pár lety ošetrovatelský proces. Role sestry v edukaci je významná, proto by měly sestry znát pravidla a zásady správného postupu edukačního procesu.

Pankreatitida nepatří sama o sobě mezi častá onemocnění. Poslední dobou, ale její výskyt ve světě i u nás stoupá. Základním pilířem léčby je dodržování dietních opatření. A právě na léčebný režim a dietní opatření se zaměřuje edukace u pacientů s pankreatitidou. Sestra edukující tyto pacienty by měla být důkladně seznámena se zásadami tohoto režimu a edukačním procesem.

Důležitou složkou edukace a celkově ošetrovatelství je individuální přístup k pacientovi. Pacient není už pouze nemocný člověk, který musí bezpodmínečně plnit příkazy zdravotníků, ale je individualita, má své potřeby, na které musí brát zdravotníci ohled. Sestra nemá vůči nemocnému nadřizenou roli, ale jejich vztah je partnerský. Zapojení pacienta do tvorby plánu má pro edukaci zásadní význam, protože jen on ví nejlépe, jaké potřeby má a jakým způsobem dosáhnout jejich uspokojení.

Z tohoto důvodu byl proveden výzkum, který měl za cíl zjistit způsoby, provedení a problémy edukace pacienta s pankreatitidou a přístup sester k pacientovi, jako k individuální a jedinečné osobě.

1 Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie pankreatu

Slinivka břišní je protáhlá, asi 12 – 16 cm dlouhá žláza, vodorovně uložená vlevo za žaludkem. Slinivka se skládá ze tří hlavních částí, z hlavy pankreatu, což je nejobjemnější část pankreatu uložená v ohbí duodena, těla pankreatu a ocasu pankreatu, který dosahuje až ke slezině. Tepny zásobující slinivku břišní jsou větvemi truncus coeliacus a arteria mesenterica superior. Žíly odvádějící krev z pankreatu ústí do vena portae.

Pankreas má dvě sekreční složky a to zevně a vnitřně sekreční část. Zevně sekreční část, neboli exokrinní část je složena z malých nepravidelných lalůček. Tyto lalůčky se skládají ze žlázových acinů. Aciny produkují sekret, který je následně odváděn drobnými vývody. Vývody se uvnitř žlázy spojují do hlavního vývodu pankreatu. Tento vývod se nazývá ductus pancreaticus. Ductus pancreaticus prochází vodorovně celou slinivkou a ústí společně se žlučovodem ve Vaterově papile. Exokrinní část pankreatu vyprodukuje denně kolem 1 – 2,5 litru pankreatické šťávy. Pankreatická šťáva je bezbarvá, silně zásaditá tekutina. Obsahuje některé minerály, např. sodík, chloridy, hydrogenuhličitanáty a další. Pankreas především produkuje enzymy, které se podílejí na trávení bílkovin, sacharidů a tuků. Patří mezi ně proteázy – trypsinogen a chymotrypsinogen, které štěpí bílkoviny. Tyto enzymy jsou vylučovány v neaktivní formě a k jejich aktivaci dochází až v duodenu. Slinivka dále produkuje amylázu pro štěpení škrobů a cukrů. A také lipázu, která štěpí triacylglyceroly. Amyláza a lipáza se vylučují v aktivní formě. Pankreas produkuje také fosfolipázu A a B, deoxyribonukleázy a další.

Vnitřně sekreční, endokrinní část je tvořena nerovnoměrně rozloženými skupinami buněk, které se nazývají Langerhansovy ostrůvky. Jejich počet se pohybuje mezi jedním až dvěma miliony. Langerhansovy ostrůvky produkují přímo do krve hormony inzulin a glukagon, ovlivňující hladinu cukru v krvi. Dále pak produkují somatostatin a gastrin.

Pankreatická exokrinní sekrece je řízená především hormony sekretinem a cholecystokininem. Tyto hormony jsou produkovány endokrinními buňkami duodena. Spouštěčem zvýšené produkce pankreatické šťávy je také vagová stimulace a přítomnost kyseliny chlorovodíkové v žaludku (3, 5, 13, 17, 18).

1.2 Akutní pankreatitida

1.2.1 Definice

„Akutní pankreatitida je akutní zánětlivé onemocnění slinivky břišní s variabilním postižením okolním i vzdálených orgánů (12, str. 119).“

1.2.2 Etiologie

Je známo velké množství faktorů, které vedou ke vzniku akutní pankreatitidy. K nejčastějším příčinám patří cholelitiáza, která způsobuje 50 – 60 % všech atak akutní pankreatitidy. Vzniká zaklíněním konkrementu ze žlučových cest ve Vaterově papile, což způsobí reflux žluče do pankreatických vývodů. Dochází k edému Vaterovy papily, následně ke stagnaci pankreatického sekretu a hypertenzi ve vývodech. Dalších 20 – 40 % případů zapříčiňuje konzumace alkoholu. Dlouhodobá konzumace alkoholu způsobuje chronickou pankreatitidu, která se ale v 80 % případů manifestuje jako pankreatitida akutní. V otázce alkoholické pankreatitidy není zcela jasně prokázáno, zda-li se jedná o akutní pankreatitidu od samého začátku, nebo o akutní exacerbaci chronické pankreatitidy. Konzumace alkoholu v kombinaci s dietou bohatou na kalorie pravděpodobně zvyšuje riziko vzniku alkoholové pankreatitidy. 10 – 30 % atak zahrnuje idiopatická akutní pankreatitida. Přičemž se za ní ve většině případů skrývají konkrétní příčiny, které se vzhledem k nedostatečné diagnostice nepodaří odhalit. Mezi méně časté příčiny vzniku pankreatitidy patří vrozené anomálie pankreatu, např. pankreas divisum, dále hyperlipoproteinemie, hyperkalcemie, některá infekční onemocnění, např. příušnice, hepatitidy A, B, C a coxsackie. Ke vzácným, ale velmi závažným příčinám se řadí traumatická pankreatitida. Iatrogenní poškození může vzniknout při nitrobřišní operaci nebo častěji při ERCP. Polékovou pankreatitidu mohou nejčastěji vyvolat některá diuretika, estrogy, steroidy, cytostatika, sulfonamidy

a další. Akutní pankreatitida vzniká často jako komplikace jiných onemocnění, např. při penetraci peptického vředu do pankreatu. Další, velmi běžnou příčinou je dysfunkce Oddiho svěrače (1, 8, 12, 13, 18, 23).

1.2.3 Klinický obraz

U 80 % nemocných má akutní pankreatitida lehký průběh. Nejčastěji se projeví prudkou, hlubokou a stálou bolestí, která je lokalizována nad pupkem. Často také vystřeluje do zad, nebo se šíří podél žeberních oblouků. Bolesti mají různou intenzitu, od mírných bolestí v epigastriu až po kruté bolesti břicha. Jejich trvání bývá často od několika hodin až po několik dní. Nemocný při větších bolestech zaujímá úlevovou polohu klečícího mohamedána, kdy klečí na všech čtyřech, nebo může být schoulen na boku, či v sedě s koleny přitaženými k trupu. Bolest nereaguje na podání analgetik ani spasmolytik. U nejtěžších případů se velmi často objevuje bezbolestný průběh.

Dalšími příznaky jsou nauzea, zvracení bez úlevy, paralytický ileus, zvýšená teplota nad 39 °C a to i v případě, že není přítomna infekční komplikace. Ikterus se objevuje u pankreatitidy způsobené cholelitií. Nemocný s těžkou formou pankreatitidy je většinou celkově alterován, může být zarudlý v obličeji, dochází k rychlému rozvoji šokového stavu, často také vzniká ascites a hydrothorax, který způsobí zhoršení dýchání. V podkoží se může objevit modravé zbarvení způsobené hemoragickou nekrózou tukové tkáně. Pokud se vyskytne v tříslích, mluví se o Turnerově znamení, pokud je lokalizováno kolem pupku, tak se jedná o znamení Cullenovo. Lehká forma pankreatitidy povětšinou nepřechází v těžkou formu. Tíže průběhu a prognóza se odvíjí od prvních hodin (1, 8, 12, 18, 20).

1.2.4 Diagnostika

Cílem diagnostiky je zjistit příčinu vzniku, tíži onemocnění a prognózu. Základem je správně odebraná anamnéza a fyzikální vyšetření. Nejběžnějším laboratorním vyšetřením je určení hladiny celkové amylázy v séru a moči. Zvýšená hladina amylázy bývá u biliární pankreatitidy. Specifičtější vyšetřením je stanovení lipázy v séru. Menší význam má stanovení hladiny dalších pankreatických enzymů

trypsinu, fosfolipázy A a elastázy. Provádí se řada dalších biochemických vyšetření. Zvýšená hladina bilirubinu, AST, GMT a ALP v jaterním souboru svědčí pro biliární pankreatitidu. Při infekčních komplikacích dochází ke zvýšení hladiny C-reaktivního proteinu (CRP). Dále se vyšetřují ionty v séru ke zjištění stavu vnitřního prostředí. Stanovení urey a kreatininu informuje o stavu ledvinných funkcí. Hypertriacylglycerolemie je velmi častá u alkoholické pankreatitidy. Kontrola stavu výživy organismu se provádí vyšetřením celkové bílkoviny a albuminu. Hyperglykémie bývá přítomná při poruše sekrece inzulínu. Stanovením krevních plynů se zjistí nebezpečí rozvratu vnitřního prostředí, tyto hodnoty jsou důležité u nemocného v šokovém stavu. V krevním obraze lze nalézt méně specifické laboratorní známky, jako je leukocytóza, anémie, která je způsobena krvácením, nebo naopak zvýšený hematokrit při hemokoncentraci.

Existuje několik klasifikačních schémat, založených převážně na laboratorní diagnostice, podle nichž se dá stanovit závažnost onemocnění. Jsou to Ransonova kritéria, Glasgowské schéma a APACHE II. Hlavní nevýhodou je jejich komplikovanost.

První a základní zobrazovací metodou je ultrasonografie. Její význam je v posouzení přítomnosti konkrementu, slouží tedy k diagnostice biliární pankreatitidy. Zobrazí také případné komplikace jako je pankreatická cysta nebo absces. Její nevýhoda je omezená viditelnost při plynatosti, která je u pankreatitidy často přítomna. Velký význam má počítačová tomografie (CT) s použitím kontrastní látky. Pomocí CT lze správně diagnostikovat pankreatitidu, případné lokální komplikace, zjistit přítomnost nekrózy a stanovit závažnost onemocnění. Pod CT kontrolou se může provést biopsie nekrotické tkáně ke kultivaci. Nezanedbatelnou roli v diagnostice a léčbě biliární pankreatitidy má ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie). Další zobrazovací metody např. nativní RTG břicha nebo NMR (nukleární magnetická rezonance) mají využití spíše v diferenciální diagnostice.

Možnosti diferenciální diagnostiky u akutní pankreatitidy jsou velmi rozmanité. Podílí se na tom hlavně bolest břicha, která je přítomná u řady jiných chorobných stavů, např. u vředové choroby gastroduodena, onemocnění žlučníku, divertikulitidy, akutní

apendicitidy nebo ileózních stavů. Podobné bolesti se můžou vyskytnout i při postižení jiných orgánů, jako je třeba infarkt myokardu. Špatnému stanovení diagnózy u pacienta s bolestmi břicha se proto předejde jen důkladným celkovým vyšetřením (8, 9, 13, 18, 23).

1.2.5 Léčba

Léčba lehké pankreatitidy probíhá na standardním oddělení. Pacienti postihnutí těžkou formou pankreatitidy se vzhledem k závažnému stavu hospitalizují na jednotkách intenzivní péče. Strategie léčby je postavena na třech základních principech. Prvním je zákaz příjmu per os, dále rehydratace pacienta a v neposlední řadě tlumení bolesti. Pokud nemocný zvrací je vhodné zavést nasogastrickou sondu pro odsávání žaludečního obsahu. U lehké formy většinou stačí zavést jen periferní žilní katétr, jehož pomocí se zajišťuje přísun vody a elektrolytů. Náhrada tekutin se u lehké formy pohybuje kolem 3 – 3,5 litru tekutin denně, důležité je zde sledování bilance příjmu a výdeje tekutin. V léčbě bolesti se uplatňují silné morfinové deriváty např. tramadol, vhodná je také epidurální analgezie. U biliární pankreatitidy se nedoporučuje podávat morfin a to z důvodu jeho tonizujícího účinku na Vaterovu papilu. Také není vhodné podávat při pankreatidě spasmolytika, protože zhoršují a podporují vznik paralytického ileu.

U těžkých forem je nutné zavést centrální žilní katétr, vzhledem k velkému objemu podávaných tekutin a důležitosti monitorace centrálního žilního tlaku. Množství podaných tekutin za den je 5 – 15 litrů s ohledem na celkovou diurézu. Hypovolemický šok se léčí podáváním krystaloidů, albuminu a krevních derivátů. Konzervativní léčba zahrnuje také léčbu ostatních laboratorních odchylek, jako je hypokalcemie nebo hyperglykémie. Intravenózně jsou také podávány inhibitory protonové pumpy. Antibiotická léčba je indikována pouze u nemocných s infekčními komplikacemi. Užívají se především širokospektrá antibiotika, např. cefalosporiny 3. generace. Po určité době je snaha pacienty převést z kompletní parenterální výživy na enterální výživu pomocí nazojejunální sondy. U nejtěžších forem s rozvojem šokového stavu

a multiorgánového selhání je nutná intenzivní léčba, v rámci léčby těchto forem lze přistoupit i k opakované dialýze nebo připojení pacienta na umělou plicní ventilaci.

U pacientů s biliární pankreatitidou, pokud je doprovázena cholangitidou, se v léčbě využívá endoskopických metod. Provádí se endoskopická papilosfinkterotomie pro uvolnění odtoku žluče s případným odstraněním konkrémentů ze žlučových cest.

Chirurgická léčba je indikovaná při těžkém průběhu nebo v případě, že se vyskytnou komplikace. Tato léčba se zaměřuje na odstranění nekrotické tkáně pomocí zevní nebo vnitřní drenáže. Za pomoci těchto metod se postupně vybavuje nekrotická tkáň z dutiny břišní (8, 12, 18).

1.2.6 Komplikace a prognóza

Akutní pankreatitidu může provázet velké množství komplikací. Tyto komplikace lze rozdělit do dvou skupin na komplikace lokální a systémové. Mezi lokální komplikace patří sterilní a infikovaná nekróza pankreatu. Infekci sterilní nekrózy pankreatu způsobují střevní bakterie, např. *Escherichia Coli*. Dalšími lokálními komplikacemi jsou pankreatický absces, pseudocysta a ascites. Potom také krvácení do gastrointestinálního traktu (dále jen GIT), paralytický ileus a obstrukční ikterus.

Systémové komplikace postihují celé orgánové systémy a vedou k rozvoji těžkého šokového stavu. Zahrnují postižení plicního, ledvinového, kardiovaskulárního a centrálně nervového systému, krvácení do GIT, hematologické a metabolické poruchy. Mohou se projevit selháním ledvin s nutností dialýzy, nebo plicním selháním, kdy je nutné zavedení umělé plicní ventilace. Bývá přítomná hyperglykemie, hypokalcemie a metabolická acidóza.

Akutní pankreatitida má dynamický průběh a prognózu lze u tohoto onemocnění stanovit do 48 hodin do vzniku nemoci. Téměř 80 % všech nemocných akutní pankreatitidou trpí lehkou formou. Stav se u nich upraví většinou do několika dnů pomocí konzervativní léčby. Zbýlých 20 % nemocných má formu těžké pankreatitidy. Mortalita je zde 10 – 30 %. V nejtěžších případech mortalita přesahuje 50 % (7, 9, 12, 18).

1.3 Chronická pankreatitida

1.3.1 Definice

Chronický zánět slinivky břišní je progredující onemocnění charakterizované postupnou destrukcí pankreatické tkáně, která je nahrazována tkání fibrózní. Vzniklá fibrotizace tkáně je ireverzibilní (4, 12, 15).

1.3.2 Etiologie

Příčiny vzniku chronické pankreatitidy jsou velmi rozmanité. Podle nich ji lze rozdělit do několika skupin. Až 95 % všech případů zahrnuje kalcifikující pankreatitida. Je charakterizována kalcifikací tkáně pankreatu a jeho vývodů. Tato forma se dále dělí podle etiologie na alkoholickou, tropickou, hereditární a hyperkalcemickou, přičemž alkohol se na vzniku pankreatitidy podílí až ze 75 – 90 %.

Pankreatitida může vzniknout také obstrukcí vývodů pankreatu nádorem, jizvením nebo nedostatečnou drenáží pankreatické šťávy u některých změn anatomických poměrů, např. u pankreas divisum. Tato forma se pak nazývá chronická obstrukční pankreatitida.

Za vzácnou formu je v současné době považována difúzní zánětlivá pankreatitida, která doprovází některá autoimunitní onemocnění.

Poslední formou je pankreatická fibróza, charakteristická fibrotizací tkáně pankreatu. Lze ji nalézt u alkoholiků před rozvojem alkoholické formy pankreatitidy (4, 7, 13, 15, 17).

1.3.3 Klinický obraz

Chronická pankreatitida se podle příznaků dělí na formu bolestivou a nebolestivou. Bolest se vyskytuje až u 95 % všech pacientů s tímto typem onemocnění. Bolest má tlakový charakter, lokalizovaný v oblasti pupku, propagující pod oba žeberní oblouky nebo do zad. Je stálá nebo periodická. Může se objevit po jídle. Bolest trvá několik hodin, může však trvat i několik dní. Dalším příznakem chronické pankreatitidy je úbytek na váze, způsobený odmítáním jídla, které iniciuje vznik bolesti. Dále může být přítomen ikterus, u alkoholické formy také hepatomegalie.

Zřejmým příznakem je změna charakteru stolice, ta je objemná, lesklá, zapáchající, jílovitého vzhledu. V pozdních stádiích může vzniknout diabetes mellitus 2. typu. Chronická pankreatitida se může manifestovat prudkými atakami, což budí dojem akutní formy (4, 12, 13, 20).

1.3.4 Diagnostika

Základem stanovení správné diagnózy je správně odebraná anamnéza a fyzikální vyšetření. Od pacienta je nutné zjistit stravovací návyky, příjem alkoholu, případná onemocnění žlučníku nebo již prodělaná infekční onemocnění. V diagnostice chronické pankreatitidy se uplatňují především laboratorní vyšetření a zobrazovací metody. U laboratorní diagnostiky se vyšetřuje hladina pankreatické amylázy a lipázy v séru a amylázy v moči. U chronické formy pankreatitidy ale bývají tyto hodnoty v normě. Vysoce specifickým vyšetřením je stanovení elastázy I. ve stolici. Toto vyšetření je vhodné u těžkých forem chronické pankreatitidy. Při biochemickém vyšetření stolice se ve stolici najdou nestrávené tuky a bílkoviny. Při laboratorním vyšetření je nutné zjistit i endokrinní funkce pankreatu, stanovením hladiny C-peptidu a provedením orálního glukózového tolerančního testu.

Funkční vyšetření pankreatu se provádí pomocí některých invazivních metod, které jsou založené na principu odsávání pankreatického sekretu, ale tyto testy se využívají jen minimálně. K dalším vyšetřením zjišťujícím funkčnost pankreatu patří perorální funkční testy, kdy se do jídla přidává testovací látka a následně se sleduje její vylučování v moči. K vyšetření funkcí pankreatu se používají i neinvazivní metody ve formě dechových testů.

Ze zobrazovacích metod, které jsou k dispozici, se provádí nativní snímek břicha, který ale k diagnostice přispívá pouze průkazem případných kalcifikací v oblasti pankreatu. Ultrazvukovým vyšetřením lze zjistit velikost pankreatu, přítomnost konkrementu, tekutiny atd. Více specifická je počítačová tomografie, pomocí níž se přesně určí rozsah zánětlivých změn. Standardním vyšetřením při diagnostice chronické pankreatitidy je endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP), jeho nevýhodou je invazivita a možnost vzniku následných komplikací. Z dalších

diagnostických metod se můžou provádět magnetická rezonance, endoskopická ultrasonografie a biopsie pankreatu pod USG nebo CT kontrolou.

V diferenciální diagnostice je důležité, ale často problémové, odlišit segmentální formu chronické pankreatitidy od maligního nádoru (2, 4, 7, 13, 15).

1.3.5 Léčba

Léčba chronické pankreatitidy se zaměřuje na příznaky onemocnění. Kauzální léčba se uplatňuje u alkoholické pankreatitidy a to přísnou abstinencí alkoholu. Léčba se dělí na konzervativní, endoskopickou a chirurgickou.

Hlavním účelem konzervativní léčby je terapie bolesti a léčba exokrinní a endokrinní insuficience pankreatu. Základem je úplná abstinence alkoholu, zákaz kouření, dodržování dietních opatření, podávání pankreatických enzymů. Zde je důležité vědět, že se pankreatické enzymy podávají vždy během jídla. Dále se podávají spasmolytika, analgetika, prokinetika při poruše peristaltiky, analoga opiátů u nejtěžších případů a vitaminy rozpustné v tucích. V případě poruchy endokrinní funkce pankreatu musí nemocný dodržovat diabetickou dietu, případně se zavádí inzulinoterapie.

Cílem endoskopické léčby je uvolnění odtoku pankreatického sekretu při stenóze pankreatického vývodu nebo při zaklínění konkrementu ve Vaterově papile. Provádí se papilosfinkterotomie nebo zavádění stentů.

Chirurgická léčba se provádí u pokročilých forem chronické pankreatitidy, u nichž je přítomná výrazná bolestivost. Dalšími indikacemi k operaci jsou komplikace a podezření na karcinom pankreatu. V rámci chirurgických výkonů se provádí drenážní a resekcční výkony (1, 4, 7, 12, 15).

1.3.6 Komplikace a prognóza

Komplikace chronické pankreatitidy jsou pankreatické nebo mimopankreatické. Mezi komplikace pankreatické se řadí pseudocysta nebo absces pankreatu, dále také ascites, píštěle, ruptura nebo obstrukce ductus pancreaticus a zánětlivý tumor slinivky břišní. Obstrukce žlučových cest nebo duodena, slezinné komplikace, trombóza portální

žíly s následným vznikem portální hypertenze nebo arteriální komplikace jsou komplikace mimopankreatické.

Chronická pankreatitida je onemocnění postupně progredující s následky často ireverzibilními, a to především u pacientů, kteří nedodržují léčebný režim a abstinenci alkoholu. Progrese může dosáhnout až k poruše exokrinní a endokrinní funkce pankreatu. U některých případů může dojít až ke vzniku karcinomu slinivky břišní (4, 7, 12).

1.4 Léčebná výživa

1.4.1 Dieta při akutní pankreatitidě

Dietní postup při akutní pankreatitidě se dá zahrnout do 4 základních léčebných stádií. Účelem této diety je vyléčit akutní pankreatitidu nebo ji zklidnit do chronické formy.

V prvním léčebném stádiu je zakázán jakýkoliv příjem per os. Všechny živiny jsou podávány parenterálně, tzn. do žíly. Při dlouhodobějším podávání parenterální výživy se pak tento způsob výživy kombinuje s enterální výživou pomocí sondy. U těžké formy akutní pankreatitidy se léčba zaměřuje na úpravu iontového a acidobazického hospodářství. Potom na upravení energetické rovnováhy a také potlačení těžkého katabolizmu.

Po zlepšení stavu se přechází do druhého stádia, ve kterém se i nadále pokračuje v parenterální výživě. V této fázi je možno pacientovi podávat lehce stravitelné sacharidy a tekutiny per os ve formě slabého černého čaje s hroznovým cukrem a citrónovou šťávou se suchary. Z čaje a sucharů se pozvolna přechází k dietě č. 4S s přísným omezením tuků. Pacient smí přijímat převážně sacharidy a také již malé množství mléčných bílkovin. Strava musí být stále v kašovitě formě, aby nadměrně nezatěžovala trávicí trakt.

Do třetího stádia se přechází kolem 10 až jedenáctého dne od vzniku nemoci. U nemocného není nutná parenterální výživa. Podávají se jednoduché sacharidy a netučné mléčné výrobky. Nízkotučné mléko se může přidat do bramborové kaše nebo do čaje. Je dovolené libové telecí maso telecí, kuřecí maso bez kůže a rybí filé.

Do pokrmů se přidává povolené množství tuků 20 – 30 g ve formě rostlinného oleje. Jídlo má pořád kašovitou konzistenci, je již mírně osolené.

Ke čtvrtému, poslednímu stádiu se přistupuje až v klidovém stádiu akutní pankreatitidy. Dieta je mírnější, v jídelníčku se objevuje vaječný bílek a lehce stravitelná masa. Povolené množství tuků se zvyšuje na 55 g. K přípravě pokrmů se kromě rostlinného oleje smí používat i čerstvé máslo. Obecně se v této fázi příprava jídel řídí zásadami diety šetřící.

Všeobecnými zásadami doplňujícími pankreatickou dietu jsou absolutní zákaz alkoholu a kouření, hlavně na lačno. Nevhodné je pít zrnkovou kávu, požívat potraviny s vysokým obsahem cholesterolu. Důležitou součástí léčby je dodržování pravidelného dietního režimu a vyvarování se jednorázových jídelních excesů, které mohou vyvolat ataku akutní pankreatitidy. Je doporučováno rozložit si jídlo na menší porce 5 – 6 x denně a jíst v klidu. Pacient by měl tuto šetřící dietu dodržovat půl roku od záléčení akutní pankreatitidy (13, 14, 21).

1.4.2 Dieta při chronické pankreatitidě

U chronické pankreatitidy není nutné dodržovat přísnou pankreatickou dietu, nýbrž dietu volnější, ale dlouhodobou a často po celý zbytek života. Dieta je zaměřena na odstranění bolesti, zpomalení progresu nemoci a udržení optimální tělesné hmotnosti. K hlavním zásadám patří opět absolutní zákaz alkoholu, strava bohatá na energii, ale se sníženým obsahem tuku, použití šetřící technologické úpravy jídla a rozložení jídel na malé porce rovnoměrně do celého dne. Energetická hodnota přijímané potravy by měla být v rovnováze s energetickým výdejem organismu. Podíl živin ve stravě má být rozdělen v poměru 60 – 65 % sacharidy, 20 – 25 % tuky a 15 – 25 % bílkoviny.

K dovozeným a doporučeným potravinám patří různé druhy libového masa, netučné ryby, libové uzeniny, např. drůbeží párky, vařená šunka bez tuku. Z příloh je vhodnější vybírat bramborovou kaši, do které se přidává nízkotučné mléko, brambory vařené ve slupce, rýži, těstoviny nebo noky. Co se týče mléčných výrobků a sýrů, smí pacient požívat jen nízkotučné výrobky a netučné sýry. Pacienti by měli upřednostňovat pšeničný a žitný chléb před ostatními druhy pečiva. Z ovoce jsou vhodné banány,

jablka, třešně, višně, meruňky, ale bez jader a slupek. Tuky se podávají ve formě margarínu, másla a rostlinných olejů, nejlépe MTC olejů. MTC olej nepotřebuje ke svému vstřebání pankreatickou lipázu. Jsou k dostání v lékárnách na doporučení ošetřujícího lékaře. Jídlo se upravuje vařením, dušením a grilováním bez tuku. Z tekutin je lepší preferovat neperlivé nápoje, čaje a ovocné šťávy.

Za naprosto nevhodné potraviny jsou považována tučná masa, např. kachny, husy, bůček, nakládaná masa nebo zvěřina, skopové maso, vnitřnosti, tučné ryby. Dále pak majonézy, tučné mléčné výrobky a sýry, smetanové mražené výrobky, čokoláda nebo kakao. Z ovoce jsou zakázané druhy obsahující zrníčka, např. rybíz, angrešt, ostružiny, maliny, jahody, potom také všechny druhy semen, ořechů a luštěniny. Zeleninu je nevhodné přijímat v syrovém stavu. Pokrmy by se neměly připravovat na přepalovaném tuku nebo ve větším množství tuku a měly by se kořenit co nejméně (14).

1.5 Problematika edukace pacienta s pankreatitidou

1.5.1 Edukace a její význam

Edukace je v dnešní době velmi používaný výraz, zahrnující vzdělávání, výchovu, učení a učební proces. Je důležitou a nezastupitelnou součástí léčby a ošetrovatelského procesu. Edukace je proces, nikoli jednorázové podání informace pacientovi. Nemocný jen pasivně neplní příkazy, nařízení a doporučení, ale má na základě jemu podaných informací možnost se rozhodnout, čímž se v edukačním procesu stává nepostradatelným aktivním článkem.

Cílem edukace je podat pacientovi nové, srozumitelné informace v pro něj přínosném rozsahu. Pacient si musí být vědom odpovědnosti za své zdraví, vlastní rozhodnutí, případných následcích svého chování a jejich dopadu na celkový zdravotní stav. Sestry jsou pacientům v edukačním procesu rovnocennými partnery, kteří je vedou a pomáhají jim ke splnění stanovených cílů.

Základem správné a úspěšné edukace je efektivní komunikace mezi sestrou a pacientem.

„Komunikace je obecně definována jako vzájemná výměna informací, která má dospět k formulaci toho, co pacient potřebuje, co je schopen a ochoten přijmout (19, str. 22).“

Sestra by měla být vybavena určitými schopnostmi, pomocí nichž může efektivně komunikovat. Patří mezi ně schopnost naslouchat, poradit, projevit porozumění, být empatická, mít úctu k člověku a přistupovat ke každému člověku individuálně. Pomocí efektivní komunikace lze získat pacienta ke spolupráci a učinit z něj svého partnera v léčebném, ošetrovatelském i edukačním procesu.

Edukaci lze rozdělit do tří hlavních skupin, na edukaci základní, komplexní a reedukační. U základní edukace se pacient setkává s určitým termínem nebo danou problematikou poprvé. Komplexní edukace se provádí pomocí edukačních kurzů. A reedukace je pokračující edukace, která se zaměřuje na pacienty, kteří již edukováni byli. Tento druh edukace navazuje na vědomosti, jež už pacient dříve získal a tyto vědomosti doplňuje, opakuje a aktualizuje (6, 11, 16, 19, 22).

1.5.2 Edukační proces

Edukační proces je dynamický, výchovný a vzdělávací proces, při němž edukátor předává konkrétní informace edukantovi, v určitém edukačním prostředí, při užití různých edukačních prostředků. Edukační proces je součástí ošetrovatelského procesu.

Edukaci smí provádět pouze osoba k tomuto výkonu kompetentní, osoba nazývaná edukátor. Edukátor je v roli učitele edukujícího určitý subjekt, v tomto případě pacienta. Tento subjekt se nazývá edukant.

Edukační prostředí je místo, kde se provádí edukační proces. Edukační prostředí volí sestra edukátorka s vědomím toho, že případné rušivé elementy mohou ovlivnit pozornost pacienta a tím i snížit množství informací jím vstřebaných. Proto by se mělo vybrat klidné, tiché a příjemné prostředí. Místnost má být dostatečně, ale ne nadměrně osvětlena. Důležitá je také správná pokojová teplota a větrání, neboť přetopená nebo naopak příliš chladná místnost snižuje pacientovu pozornost.

Nezbytnou součástí edukačního procesu tvoří edukační prostředky. Jsou to pomůcky, které sestra edukátorka používá při edukaci pacienta. Patří mezi ně standardy, knihy, plány, vzdělávací programy, edukační videozáznamy, zkušební modely, informační brožury a další edukační pomůcky.

Edukace je účinná jen tehdy, pokud pacient přijme změnu a na základě edukace změni své chování. Pro mnoho pacientů je velmi obtížné přistoupit na změnu a vzdát se svého, již po mnoho let zažitého stereotypu. Tento proces změny ovlivňuje spousta faktorů. Patří mezi ně věk pacienta, jeho inteligence, stupeň vzdělání, různé společensko-ekonomické faktory, motivace, názory na zdraví, styl učení, jeho potřeby a postoje.

Edukační proces má tři základní fáze : fázi plánování, realizace a hodnocení. První fází edukačního procesu je plánování. V této fázi si sestra klade sérii otázek proč, koho, o čem, za jakých podmínek edukovat a co od edukace očekává. Na podkladě těchto otázek, vytvoří s pacientem edukační plán a stanoví cíle a záměry, kterých chtějí pomocí edukace dosáhnout. Záměr je všeobecného charakteru a zaměřuje se na dlouhodobější pacientovy potřeby. Oproti tomu jsou cíle krátkodobé, ovlivněné aktuálními potřebami.

Druhou fází edukačního procesu je realizace. V této fázi sestra přistupuje k vlastní edukaci pacienta a naplnění edukačního plánu. Základem je získat si důvěru pacienta a motivovat ho k učení. K edukaci by měla sestra zvolit vhodný čas, nejlépe po předchozí domluvě s pacientem. Dále musí brát ohledy na fakt, že schopnost učení pacienta ovlivňují různé vlivy, např. denní biorytmy, někteří lidé se učí lépe ráno, jiní zase odpoledne. Dalším vlivem může být momentální zdravotní stav pacienta, nemocný, mající bolest nebude mít motivaci ani chuť k učení. Sestra přizpůsobuje také tempo učení individuálně každému pacientovi. Příliš rychlé nebo naopak pomalé tempo edukace vyvolá postupně v pacientovi ztrátu motivace. Motivace je velmi důležitým faktorem při edukaci, proto by měla sestra na začátku procesu pacientovi vysvětlit, jaký význam bude edukace mít a proč je nezbytná. Zná-li pacient význam této činnosti a její vliv na svůj zdravotní stav, dojde ke zvýšení jeho motivace k přijetí nových informací.

Sestra by se při rozhovoru s pacientem měla řídit určitými pravidly. Je důležité mluvit jasně, srozumitelně a používat co nejméně odborných zdravotnických výrazů. Pokud není zbylí a tyto výrazy nelze nahradit, je vhodné pacientovi jejich význam vysvětlit. Jeví se jako zbytečnost zahlcovat pacienta přílišným rozsahem informací, ve kterých se pacient po chvíli přestává orientovat. Sestra by naopak měla poskytnout pouze stručné a konkrétní informace, které si pacient snadno zapamatuje. Zásadní technikou edukace je důrazné opakování důležitých slov a sdělení. Opakováním se zvyšuje šance na to, že si pacient tyto informace zafixuje.

Pro lepší zapamatování je také možné použít názorných pomůcek, modelů, různých edukačních videí nebo informačních brožur. Pokud sestra použije informačních brožur nebo knih, měla by je spolu s pacientem projít, aby nedošlo ke špatnému výkladu informací ze strany pacienta. Může se také stát, že by si nedostatečně motivovaný pacient tyto materiály ani neprohlédl.

Sestra by následně měla pacientovi poskytnout čas na utřídění informací, aby se pak mohl zpětně ptát na věci, kterým nerozuměl a pokládat doplňující otázky. Během této fáze edukačního procesu může pacient společně se sestrou upřesnit nebo pozměnit stanovené cíle a záměry.

Třetí a poslední fází edukačního procesu je hodnocení. V této fázi hodnotí pacient vše, co se naučil, zda byly splněny stanovené cíle, případně záměry. Pacient tím poskytuje sestře zpětnou vazbu, podle níž sestra posuzuje efektivitu edukace. Pokud nedošlo k naplnění cílů, pak sestra následně s pacientem vytvoří nový edukační plán. Sestra při sebehodnocení hledá chyby, které způsobily nesplnění cílů. Mezi nejčastější chyby v edukaci patří zvolení nereálných cílů, nevhodně zvolené metody učení, nedostatek času na pacienta, nedostatečná motivace, přehlcení pacienta informacemi, nebo některé chyby v komunikaci.

Vypracovaný edukační plán se zakládá do pacientovy dokumentace. Důvodem je další možnost edukace jiným zdravotnickým pracovníkem, reedukace, nebo může tento edukační plán sloužit také pro právní účely (10, 16, 19, 22).

1.5.3 Edukace v jednotlivých věkových obdobích

Lidský organismus se stále mění a s ním se mění i jeho schopnosti a dovednosti. Proto se každé období lidského života vyznačuje odlišnou schopností učit se. Z tohoto důvodu by měla sestra znát specifika těchto období, podle nich přistupovat k pacientům a individuálně upravovat edukační plán.

V dětském věku se edukace zaměřuje především na rodiče. Přímá edukace dítěte je realizovatelnější až u předškoláků. Tato věková skupina sice ještě nemá dokonale rozvinutý verbální projev, ale vyznačuje se zájmem o nové věci a ochotou se učit. Předškoláka je důležité něčím zaujmout a nadchnout ho pro něco. Edukace musí být názorná, zajímavá a formou hry. Děti školního věku se už zajímají o více věcí, a proto také kladou již více otázek, než předškoláci. Jsou také schopny pojmout větší množství poskytnutých informací. Edukace se u této věkové skupiny musí rozdělit do více bloků a je nutné jí proložit jinou činností, protože děti neudrží dlouho pozornost.

V období puberty a adolescence je možné provádět edukaci již bez přítomnosti rodičů. Edukace je v tomto věkovém období velmi obtížná a to z důvodu, že si sestra musí získat respekt a důvěru těchto mladých lidí.

Období dospělosti je věk, ve kterém by si měl člověk již plně uvědomovat rizika špatného životního stylu na zdraví, následky, které jeho případné chování bude mít a že nese odpovědnost za své zdraví. V tomto období může dojít k určité devalvaci nemoci.

V seniorském věku dochází k degenerativním změnám celého organismu. Zhoršuje se smyslové vnímání, přizpůsobivost na nové situace, mozkové funkce se snižují, zhoršuje se schopnost zapamatovat si nové věci a následná výbavnost informace. Edukace se tedy provádí pomalu, opakovaně a hlavně s velkou dávkou trpělivosti. U těchto pacientů také často dochází k odmítání změny jejich denního stereotypu (10, 22).

1.5.4 Edukace pacienta s pankreatitidou

Edukace pacienta trpícího akutní nebo chronickou pankreatitidou tkví především ve vysvětlení významu léčebného režimu. Cílem edukace je, aby pacient pochopil,

že změna životního stylu a stravovacích návyků povede ke zlepšení jeho celkového zdravotního stavu a zkvalitnění dalšího života. Tato změna bude u akutní pankreatitidy dočasná, ale u formy chronické dlouhodobá, v některých případech až celoživotní.

V první fázi edukačního procesu, tedy při plánování, stanoví sestra společně s pacientem záměry a cíle edukace. Cíle jsou krátkodobé a zaměřují se na pacientovy aktuální potřeby. V případě pankreatitidy lze stanovit za krátkodobý cíl např. odstranění bolesti. Za dlouhodobý záměr lze stanovit znalost léčebného režimu a jeho dodržování, čímž se dosáhne zpomalení progresu onemocnění. Dlouhodobý záměr se může rozpracovat do více bodů, zahrnujících dodržování léčebného režimu, např. že pacient přestane kouřit, nebude pít alkohol, atd. Hlavní pacientovou motivací by mělo být zbavení se subjektivních i objektivních příznaků onemocnění, zkvalitnění a prodloužení dalšího života.

Při realizaci edukačního plánu by měla sestra brát ohled na celkový stav pacienta. Nemocný, který má bolesti břicha, nebude příliš dobře spolupracovat. U pankreatitidy vzniká u některých případů bolest v závislosti na příjmu jídla. Proto by se edukace měla konat spíše před jídlem nebo delší dobu po jídle. Každý pacient má ale příznaky jiné, proto se sestra domlouvá s pacientem na čase edukace dopředu.

K edukaci lze využít velké množství pomůcek. Patří k nim knihy a časopisy obsahující danou problematiku, informační brožury s dietními radami, recepty, s informacemi o léčebném režimu, s informacemi o vhodných a nevhodných potravinách. Sestra apeluje na pacienta v oblasti důležitosti dodržování léčebného režimu a informuje ho o možných následcích jeho porušování. V případě, že je pacient závislý na alkoholu, následkem čehož u něj vznikla alkoholická pankreatitida, je vhodné doporučit mu možnost protialkoholní léčby, vysvětlit vliv alkoholu na jeho nemoc a případné možné následky dalšího užívání alkoholu. Do edukace se zahrnuje i poučení o správnosti a zásadním vlivu užívání předepsaných léků. Co se týče pankreatických enzymů je lepší, aby sestra raději vícekrát důrazně zopakovala, že se tyto enzymy užívají jen při jídle. Sestra může doporučit pacientovi konzultaci s nutričním terapeutem ohledně sestavení jídelníčku. Velmi vhodné je také hlubší a odbornější edukace specialistou na tento obor.

Do edukace je vhodné zapojit i rodinu nemocného, požádat ji o psychickou podporu a motivaci pacienta. Rodina by se stejně jako pacient měla orientovat v léčebném režimu nemocného. Rodina může být i doma pro pacienta určitou motivační složkou a mít přínos pro další hodnocení dodržování dlouhodobých záměrů. V neposlední řadě sestra musí ponechat pacientovi i jeho rodině čas, na utřídění myšlenek a možnost na pokládání doplňujících otázek.

Při hodnocení edukačního plánu dostává sestra zpětnou vazbu od pacienta i jeho rodiny. Hodnocení může provést formou pokládání jednotlivých otázek týkajících se léčebného režimu, nebo týkajících se například vhodných a nevhodných potravin či způsobu jejich přípravy. Pacient a sestra hodnotí, zda došlo ke splnění na počátku stanovených cílů a záměrů. Pokud k tomuto splnění nedošlo, hledá se příčina a způsob, jak neúspěch napravit. Na podkladě těchto zjištění se pak případně vypracuje nový edukační plán (10, 12, 14, 22).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda sestry provádějí edukaci klientů s pankreatitidou.

Cíl 2 Zjistit, co sestry považují za hlavní problém edukace klienta s pankreatitidou.

Cíl 3 Zjistit, jaký způsob edukace sestry používají při informování klienta s pankreatitidou o léčebném režimu.

Cíl 4 Zjistit, zda sestry přizpůsobují edukační plán dle individuálních potřeb klientů.

2.2 Hypotézy

H1 Sestry provádí edukaci klientů s pankreatitidou.

H2 Sestry považují za hlavní problém edukace klienta s pankreatitidou nespolupráci ze strany klienta.

H3 Sestry používají jako nejčastější způsob edukace poskytování písemných informačních materiálů.

H4 Sestry nepřizpůsobují edukační plán dle individuálních potřeb klientů.

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika práce

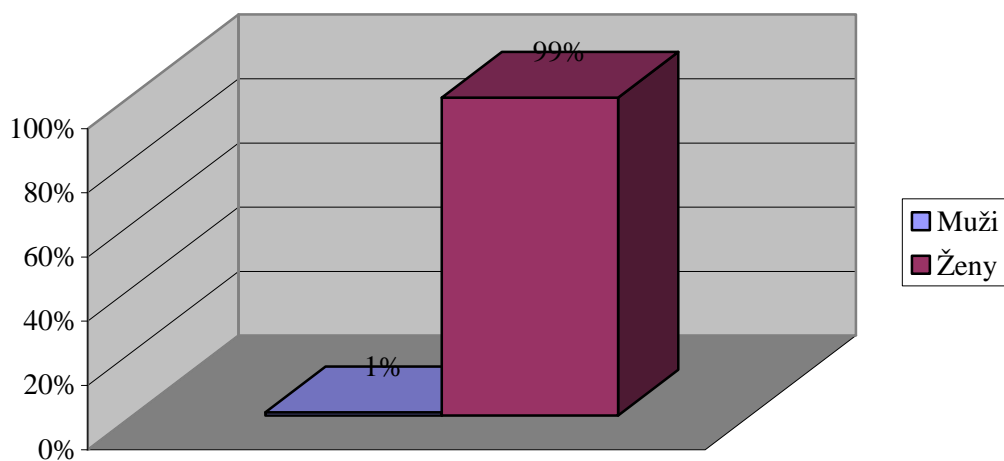
Pro bakalářskou práci byl zvolen kvantitativní výzkum metodou dotazování. Byl použit dotazník pro všeobecné sestry, které pečují o klienty s akutní a chronickou pankreatitidou. Dotazník byl anonymní a obsahoval 25 otázek. Otázky byly uzavřené i polootevřené s možností jedné i více odpovědí nebo možností dopsat vlastní názor. Dotazník je uveden v příloze č. 1.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl realizován ve třech zařízeních Karlovarské krajské nemocnice a.s. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na standardních interních a chirurgických odděleních. Postupně bylo rozdáno 110 dotazníků a navraceno 89 dotazníků. 5 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost vypracování. Do výzkumu bylo zařazeno 84 kompletních dotazníků. Celková návratnost dotazníků byla 81 %. Vysoká návratnost dotazníků byla zapříčiněna osobním předáním a převzetím dotazníků.

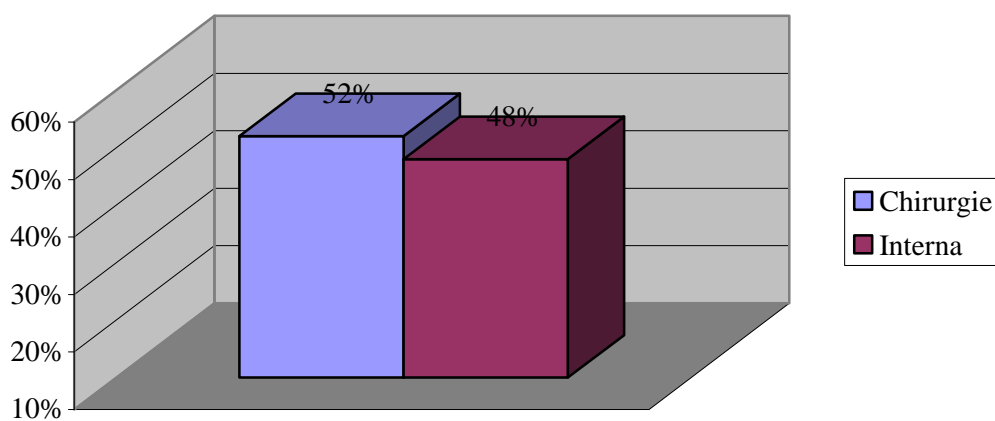
4 Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů



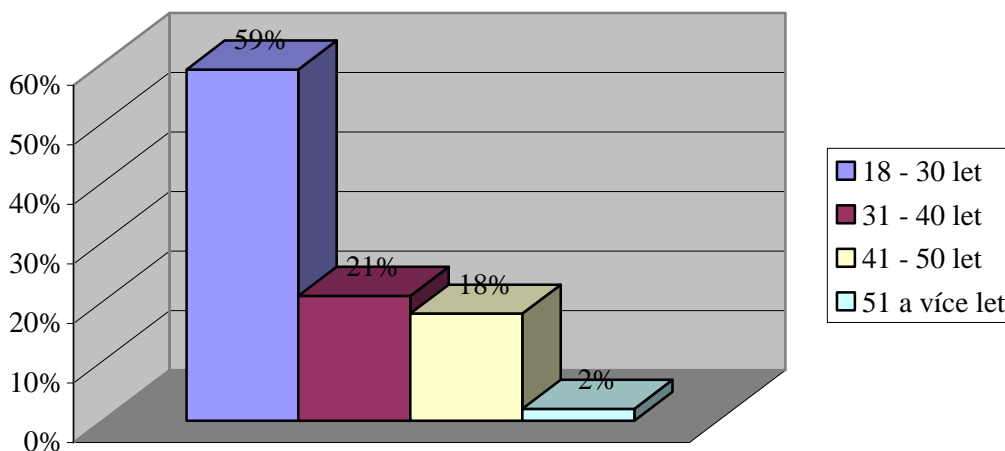
V grafu číslo 1 je znázorněno pohlaví respondentů. Z 84 respondentů (100%), byl 1 muž (1 %) a 83 žen (99 %).

Graf 2 Pracoviště respondentů



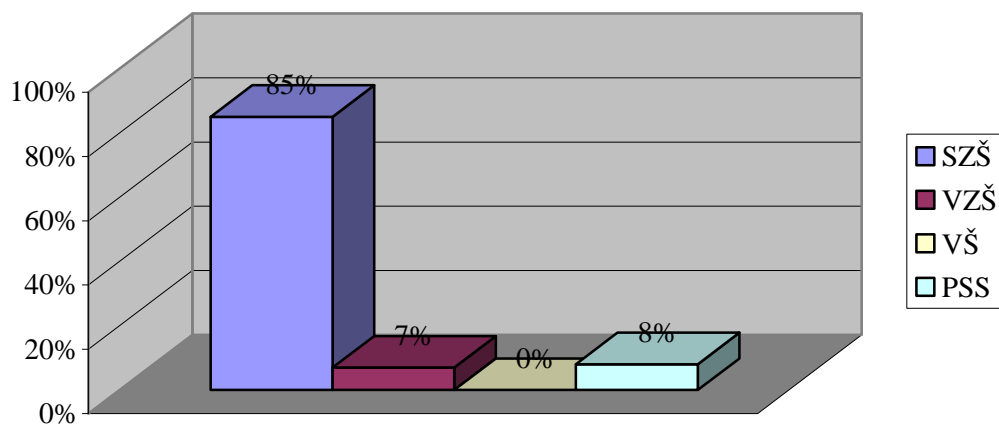
V grafu číslo 2 je znázorněno oddělení, na kterém respondenti pracují. Z celkového počtu 84 respondentů (100 %), 44 sester (52 %) pracuje na chirurgickém a 40 sester (48 %) na interním oddělení.

Graf 3 Věk respondentů



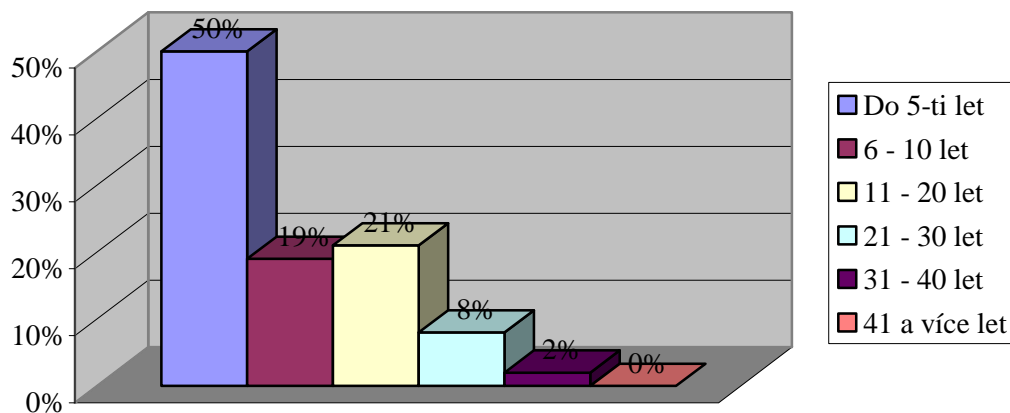
V grafu 3 je znázorněn věk respondentů. Z celkového počtu 84 respondentů (100 %) je 49 sestrám (59 %) je 18 – 30 let, 18 sestrám (21 %) je mezi 31 – 40 lety, 15 sester (18 %) se řadí do kategorie 41 – 50 let a 2 sestry (2 %) jsou v kategorii 51 a více let.

Graf 4 Vzdělání respondentů



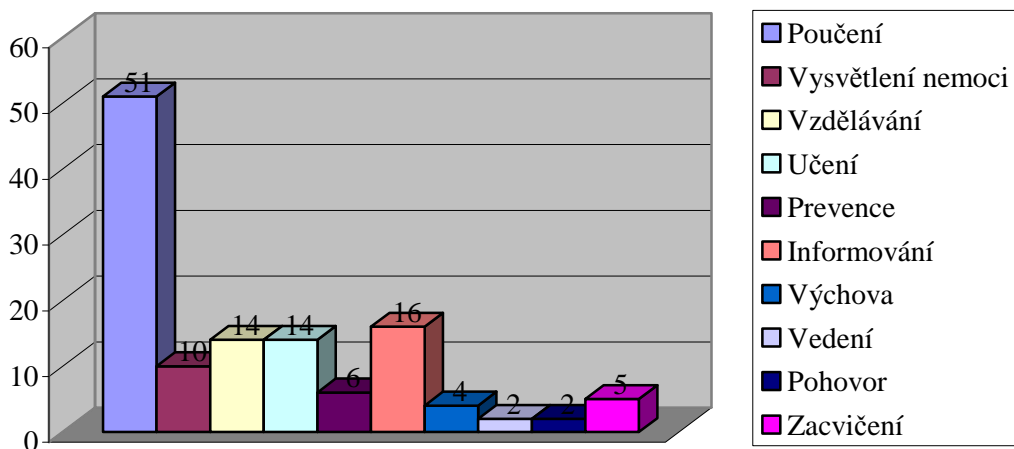
Graf číslo 4 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. 71 sester (85 %) vystudovalo střední zdravotnickou školu, 6 sester (7 %) má vyšší zdravotnickou školu, nikdo z respondentů (0 %) nevystudoval vysokou školu a 7 (8 %) sester má specializační studium pro ARO a JIP.

Graf 5 Délka praxe respondentů



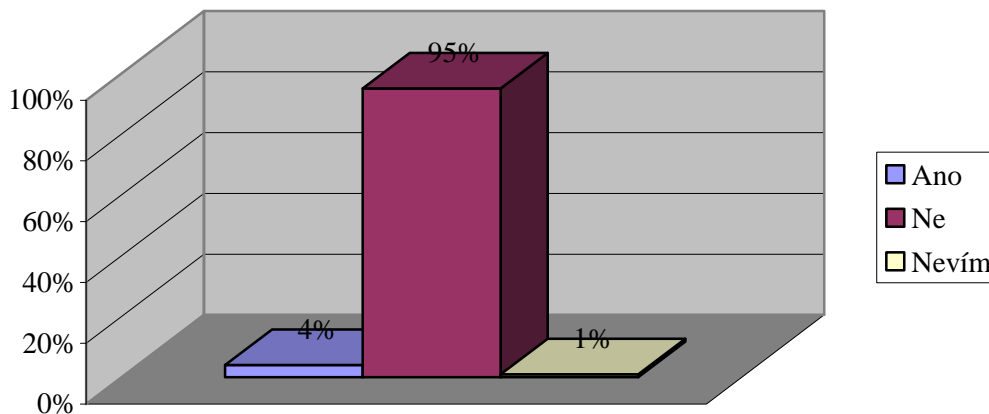
Graf číslo 5 znázorňuje délku praxe respondentů. 41 sester (50 %) pracuje v nemocnici méně než 5 let, 16 sester (19 %) je v praxi 6 – 10 let, 18 respondentů (21 %) pracuje 11 – 20 let. 7 respondentů (8 %) je ve zdravotnictví 21 – 30 let, 2 sestry (2 %) pracují 31 – 40 let a 41 a více let nepracuje žádný respondent (0 %).

Graf 6 Vysvětlení pojmu edukace



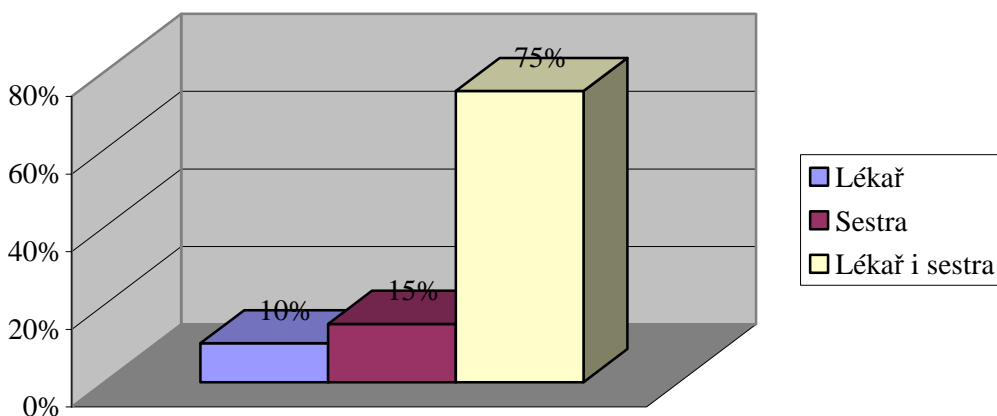
Graf číslo 6 znázorňuje, co si sestry představují pod pojmem edukace. 51 sester vysvětluje pojem edukace jako poučení, 10 sester jako vysvětlení nemoci, 14 sester uvádí vzdělávání, pojmem učení nazývá edukaci také 14 sester. 6 respondentů udává prevenci, 16 sester si myslí, že znamená informování, výchovu udávají 4 sestry, 2 sestry si myslí, že edukaci vystihuje slovo vedení, 2 respondenti se domnívají, že je to pohovor a 5 sester si představuje edukaci jako zacvičení.

Graf 7 Existence osoby zaměřující se přímo na edukaci pacientů



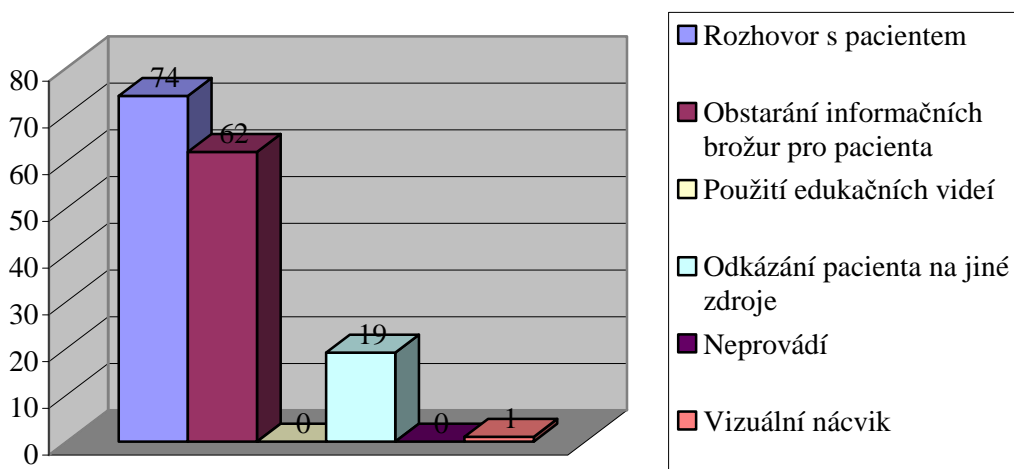
Graf číslo 7 znázorňuje existenci osoby zaměřující se přímo na edukaci pacientů na oddělení. Z celkového počtu 84 sester (100 %), 3 sestry (4 %) udávají, že na jejich pracovišti se tato osoba vyskytuje, 80 sester (95 %) uvádí, že na jejich oddělení taková osoba není a 1 sestra (1 %) zvolila odpověď nevím.

Graf 8 Jiná osoba provádějící edukaci pacienta o léčebném režimu



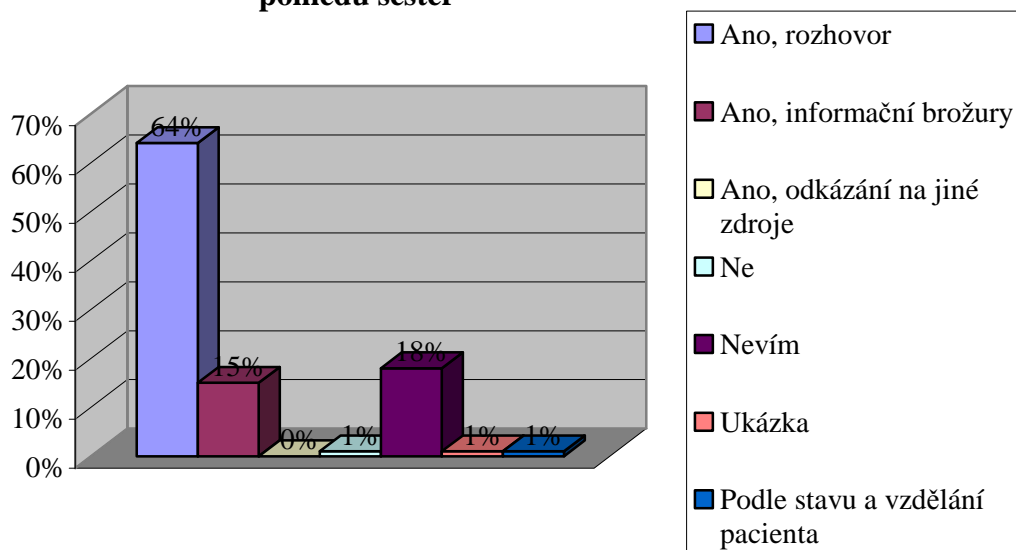
V grafu číslo 8 je znázorněno, jaká jiná osoba provádí edukaci. Z 84 respondentů (100 %) 8 (10 %) udává, že tou osobou je lékař, 13 respondentů (15 %) uvádí sestru a 63 respondentů (75 %) uvádí lékaře i sestru.

Graf 9 Způsoby provedení edukace



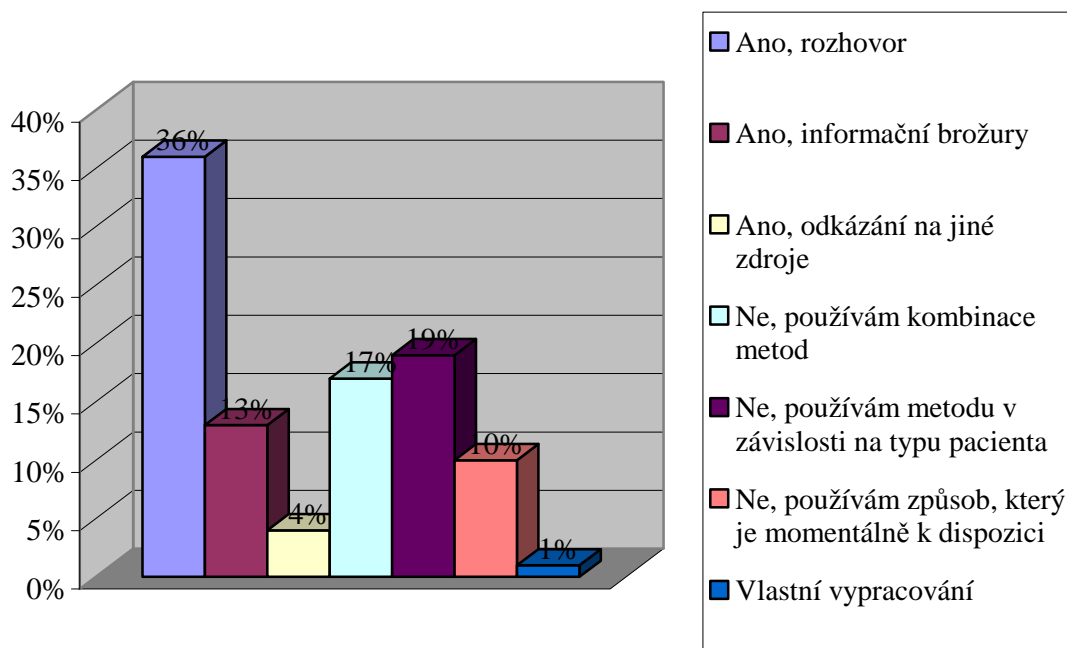
V grafu číslo 9 jsou uvedeny způsoby, jakými sestry edukují pacienty s pankreatitidou. 74 sester provádí edukaci rozhovorem s pacientem, 62 sester obstará pacientovi k edukaci informační brožury, 19 respondentů uvádí jako způsob edukace odkázání pacienta na jiné zdroje, 1 z respondentů uvádí jako jinou možnost vizuelní nácvik, nikdo z dotazovaných nepoužívá edukační videa a neprovádí edukaci.

Graf 10 Pacienty upřednostňovaný způsob edukace, z pohledu sester



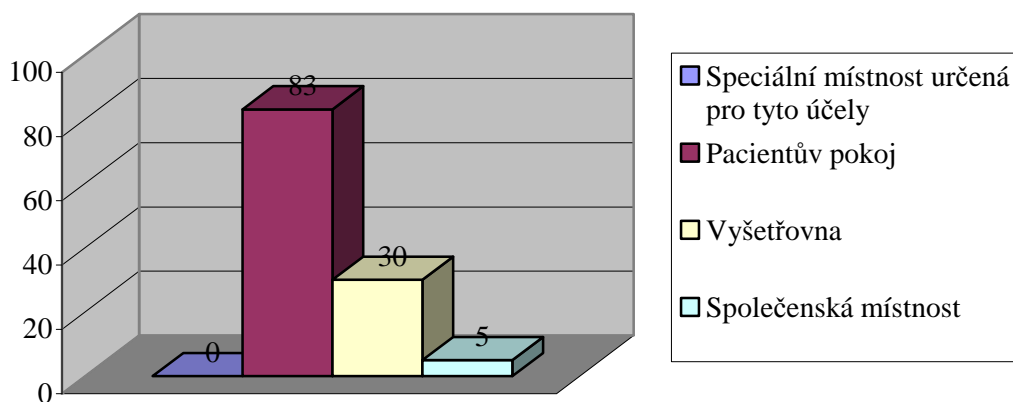
V grafu 10 jsou zobrazeny pacienty upřednostňované způsoby edukace, z pohledu sester. Z 84 sester (100 %) 53 (64 %) si myslí, že pacienti upřednostňují rozhovor, 13 sester (15 %), že preferují informační brožury, 1 (1 %) sestra je přesvědčena, že pacienti neupřednostňují žádný konkrétní způsob, 15 (18 %) sester neví, 2 sestry (2 %) zvolily jiné varianty a to ukázkou a upřednostnění podle stavu a vzdělání pacienta, nikdo z dotazovaných (0 %) neuvádí, že by pacienti preferovali odkázání na jiné zdroje.

Graf 11 Upřednostňovaný způsob edukace ze strany sester



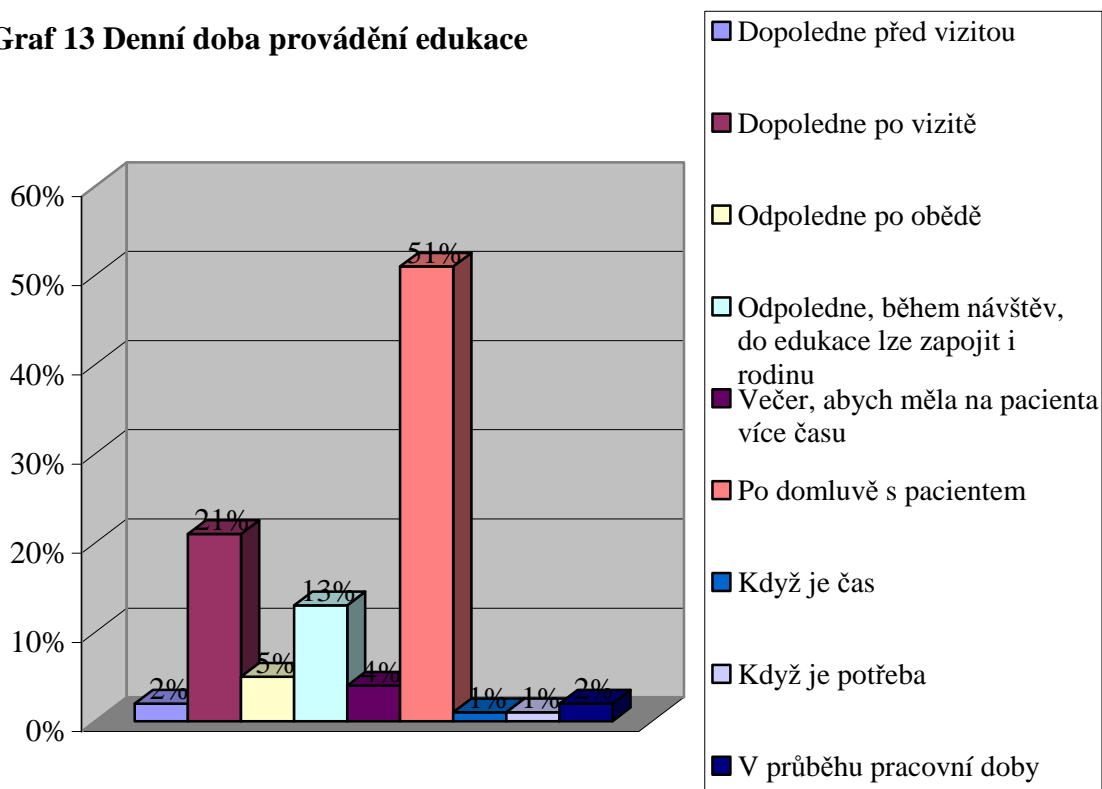
Graf 11 zobrazuje způsob edukace upřednostňovaný sestrami. Z 84 respondentů (100 %) 31 sester (36 %) upřednostňuje rozhovor, 11 sester (13 %) uvádí informační brožury, 3 sestry (4 %) odkáží pacienta na literaturu, 14 respondentů (17 %) používá kombinace metod. 16 dotazovaných (19 %) používá metodu v závislosti na typu pacienta, 8 sester (10 %) používá způsob, který je momentálně k dispozici a 1 sestra (1 %) jako jinou variantu uvedla vlastní vypracování.

Graf 12 Místo provádění edukace



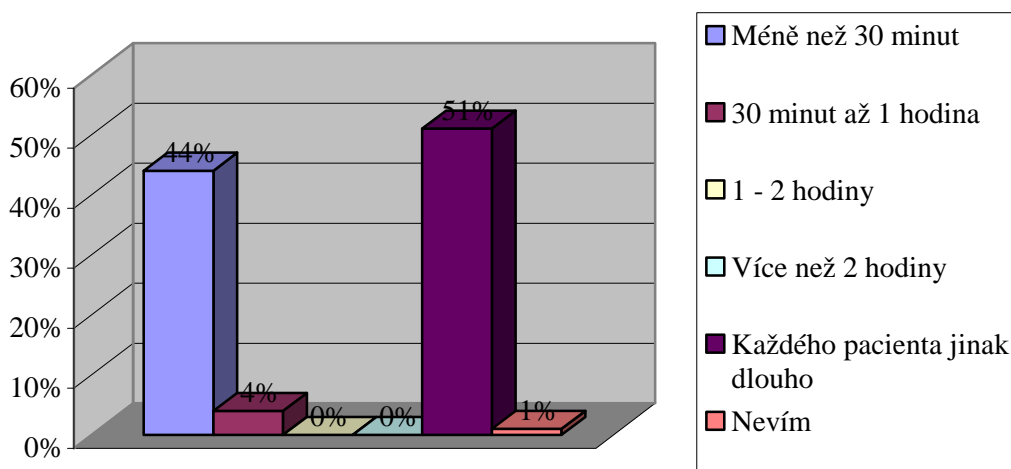
V grafu číslo 12 je uvedeno, kde nejčastěji provádí sestry edukaci. Žádný z dotazovaných neuvedl speciální místnost určenou přímo k edukaci, 83 sester udalo jako místo provádění edukace pacientův pokoj, 30 sester provádí edukaci na vyšetřovně a 5 dotazovaných provádí edukaci ve společenské místnosti.

Graf 13 Denní doba provádění edukace



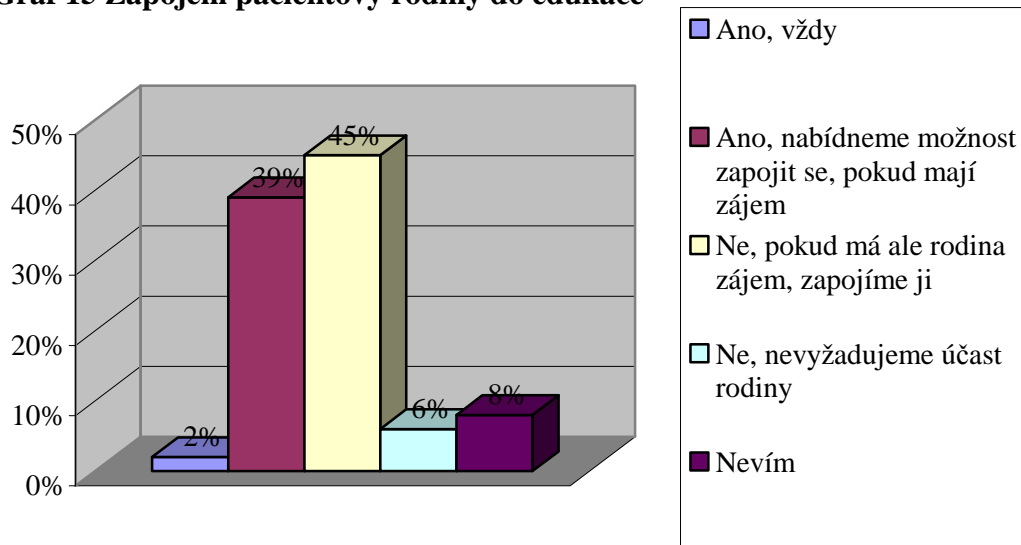
V grafu číslo 13 je zobrazeno, kdy sestry nejčastěji během dne provádí edukaci. Z 84 respondentů (100 %) 2 (2 %) odpověděli, že dopoledne před vizitou, 18 sester (21 %) edukuje dopoledne po vizitě, 4 (5 %) odpoledne, po obědě, 11 sester (13 %) edukuje pacienta odpoledne, během návštěv, aby měly možnost zapojit do edukace i rodinu. Večer edukují pacienta 2 sestry (4 %), 42 sester (51 %) provádí edukaci po domluvě s pacientem. Jako jinou variantu uvedla 1 sestra (1 %) když je čas, 1 (1 %) když je potřeba a 2 sestry (2 %) edukuje v průběhu pracovní doby.

Graf 14 Délka provádění edukace



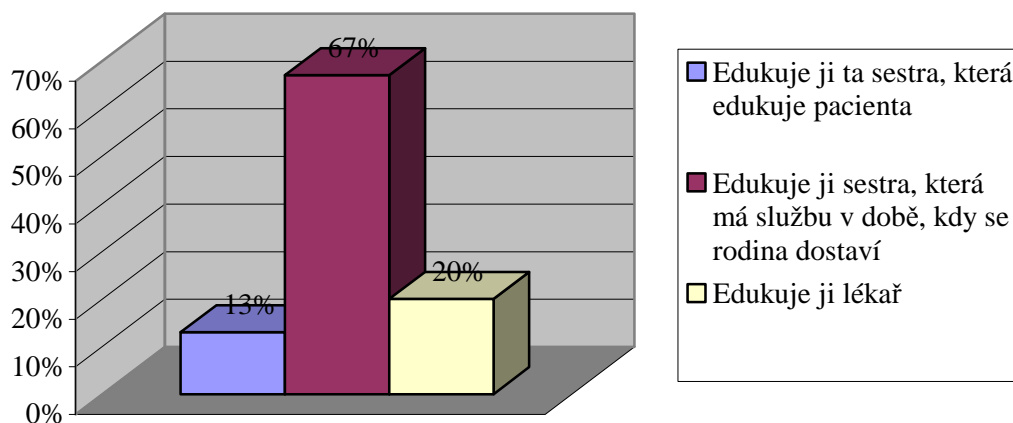
Graf číslo 14 popisuje délku prováděné edukace. Z 84 respondentů (100 %) odpovědělo 37 (44 %), že edukuje méně než 30 minut, 3 respondenti (4 %) provádí edukaci 30 minut, až 1 hodinu, 43 sester (51 %) edukuje každého pacienta jinak dlouho, 1 sestra (1 %) zvolila odpověď nevím a nikdo z dotazovaných (0 %) needukuje 1 – 2 hodiny, ani více než 2 hodiny.

Graf 15 Zapojení pacientovy rodiny do edukace



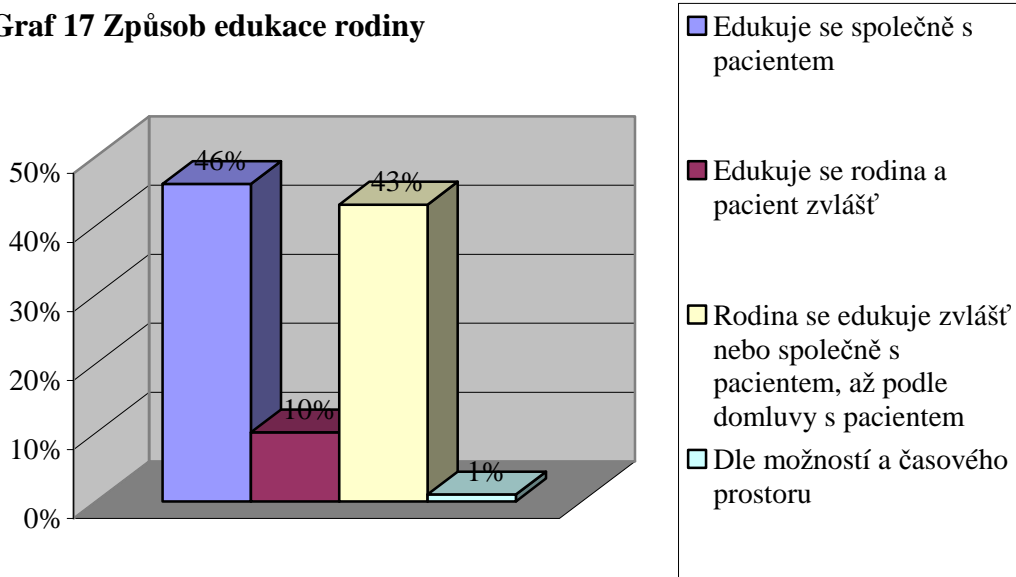
Zapojení pacientovy rodiny do edukace je zobrazeno v grafu číslo 15. Z 84 respondentů (100 %) 2 (2 %) zapojují rodinu do edukace vždy, 33 respondentů (39 %) nabídne rodině možnost zapojit se, 37 respondentů (45 %) rodině možnost aktivně nenabízí, ale pokud má rodina zájem, tak ji do edukace zapojí. 5 sester (6 %) nevyžaduje účast rodiny a 7 sester (8 %) zvolilo odpověď nevím.

Graf 16 Osoba edukující rodinu



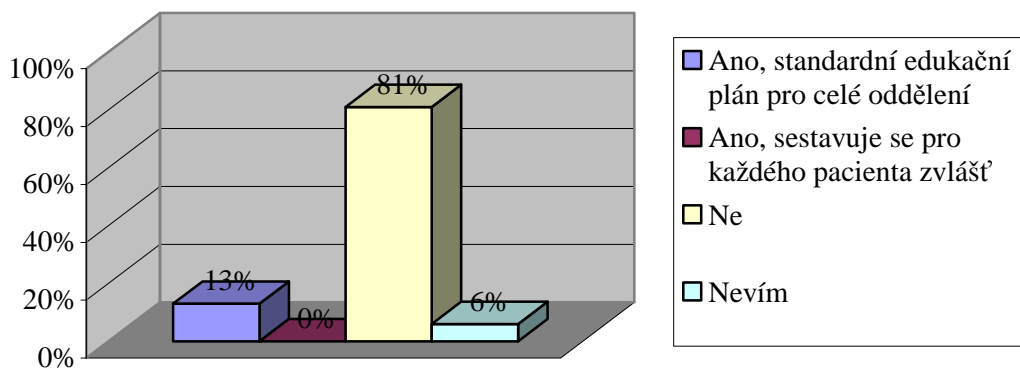
V grafu číslo 16 je zobrazeno, jaká osoba edukuje rodinu. Z 84 respondentů (100 %) 11 (13 %) uvádí, že rodinu edukuje sestra, která edukuje pacienta, v 56 případech (67 %) je to sestra, která má službu v době, kdy se rodina dostaví a 17 respondentů (20 %) uvedlo, že rodinu edukuje lékař.

Graf 17 Způsob edukace rodiny



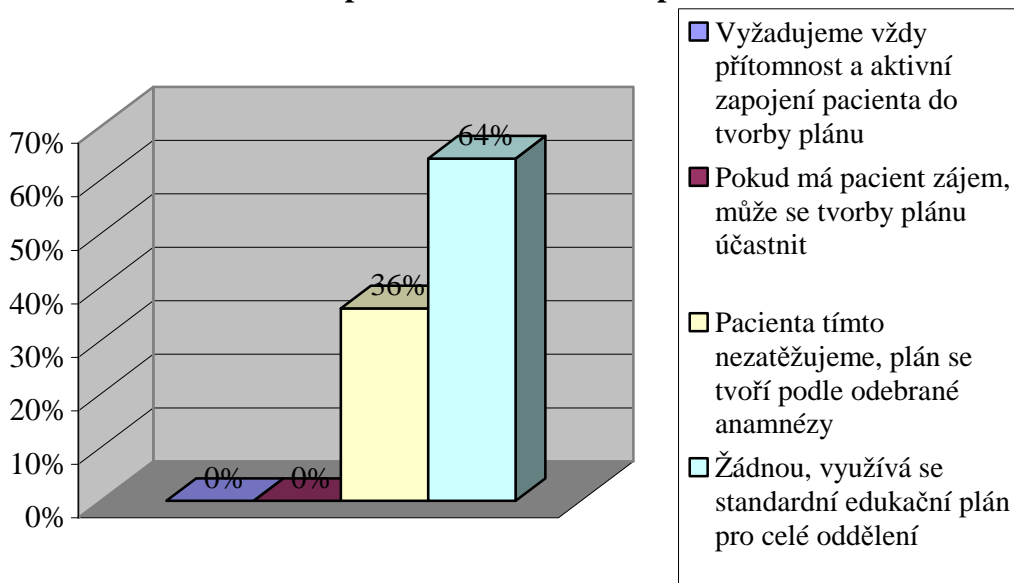
V grafu číslo 17 je zobrazen způsob edukace rodiny. Z 84 respondentů (100 %) 39 (46 %) uvedlo, že se rodina edukuje společně s pacientem, 8 sester (10 %) edukuje rodinu a pacienta zvlášť, 36 sester (43 %) uvedlo, že edukuje rodinu zvlášť nebo společně, až podle domluvy s pacientem, 1 sestra (1 %) uvádí jako jinou možnost dle možností a časového prostoru.

Graf 18 Použití edukačního plánu



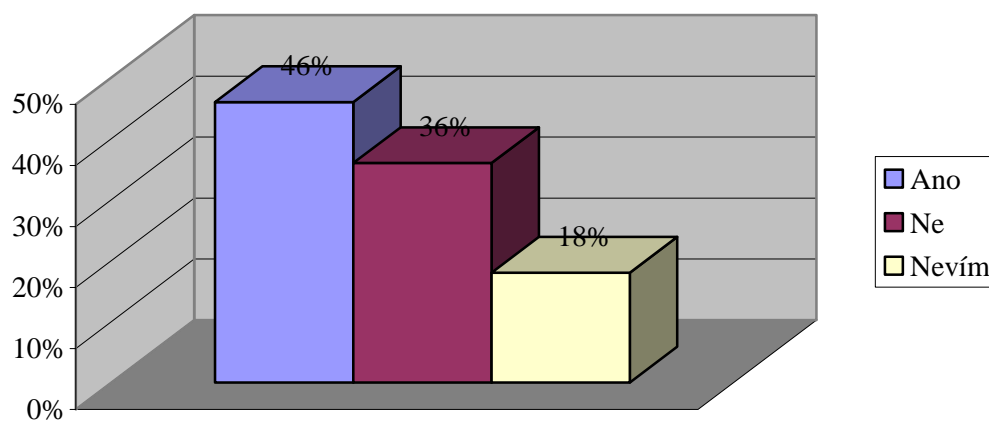
Z grafu číslo 18 vyplývá, že z 84 respondentů (100 %) 11 (13 %) používá standardní edukační plán pro celé oddělení, nikdo z dotazovaných (0 %) nesestavuje plán pro každého pacienta zvlášť, 68 respondentů (81 %) nepoužívá edukační plán vůbec a 5 dotazovaných (6 %) neví.

Graf 19 Pacientova úloha při tvorbě edukačního plánu



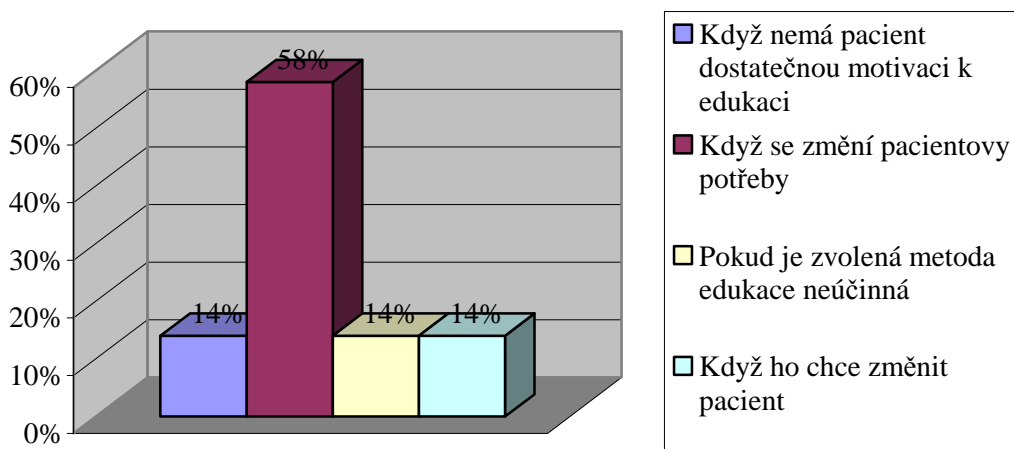
V grafu číslo 19 je zobrazena pacientova úloha v tvorbě edukačního plánu. Na tuto otázku odpovídalo 11 respondentů (100 %), kteří používají edukační plán. 4 respondenti (36 %) uvádí, že pacienta tímto nezatěžují a plán tvoří pomocí odebrané anamnézy, 7 respondentů (64 %) udává, že pacient nemá v tvorbě plánu žádnou úlohu, protože se používá standardní edukační plán pro celé oddělení. Nikdo z dotazovaných (0 %) nevyžaduje přítomnost a aktivní zapojení pacienta do tvorby plánu nebo zapojení pacienta, pokud má zájem se účastnit.

Graf 20 Změna edukačního plánu



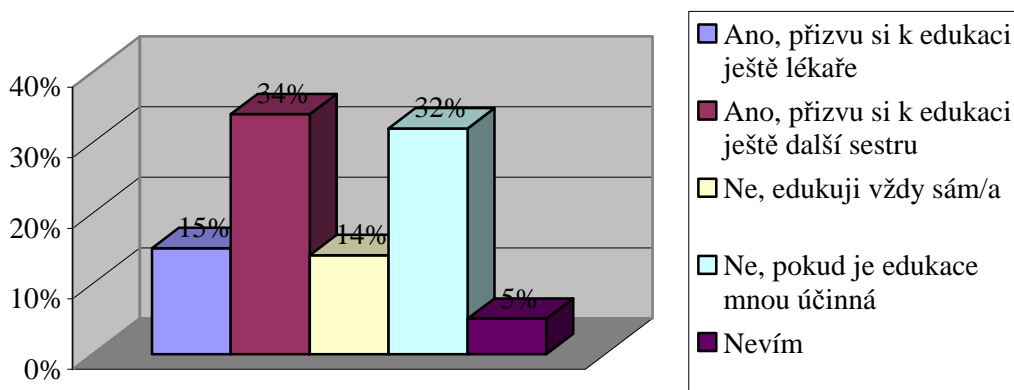
V grafu číslo 20 je znázorněno, jestli sestry mění během edukace edukační plán. Z celkového počtu 11 sester (100 %) 5 (46 %) plán během edukace mění, 4 sestry (36 %) zvolilo odpověď ne a 2 z dotazovaných (18 %) neví.

Graf 21 Důvody změny edukačního plánu



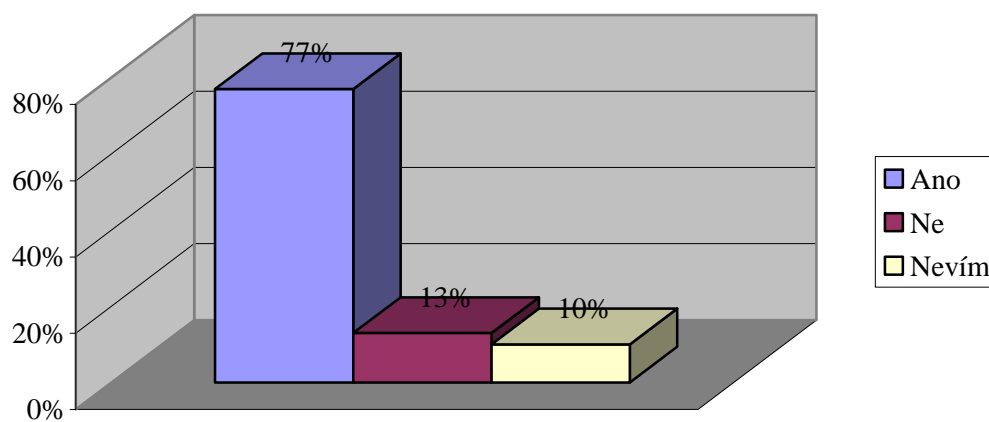
Na otázku ke grafu číslo 21 odpovídalo 7 sester (100 %), které v otázce číslo 20 nezvolily odpověď ne. 1 sestra (14 %) uvádí jako důvod ke změně edukačního plánu nedostatečnou motivaci ze strany pacienta, 4 (58 %) mění plán při změně potřeb pacienta, 1 z dotazovaných (14 %), pokud je zvolená metoda edukace neúčinná a 1 sestra (14 %) mění plán, když ho chce změnit pacient.

Graf 22 Zapojení dalších zdravotníků do edukace



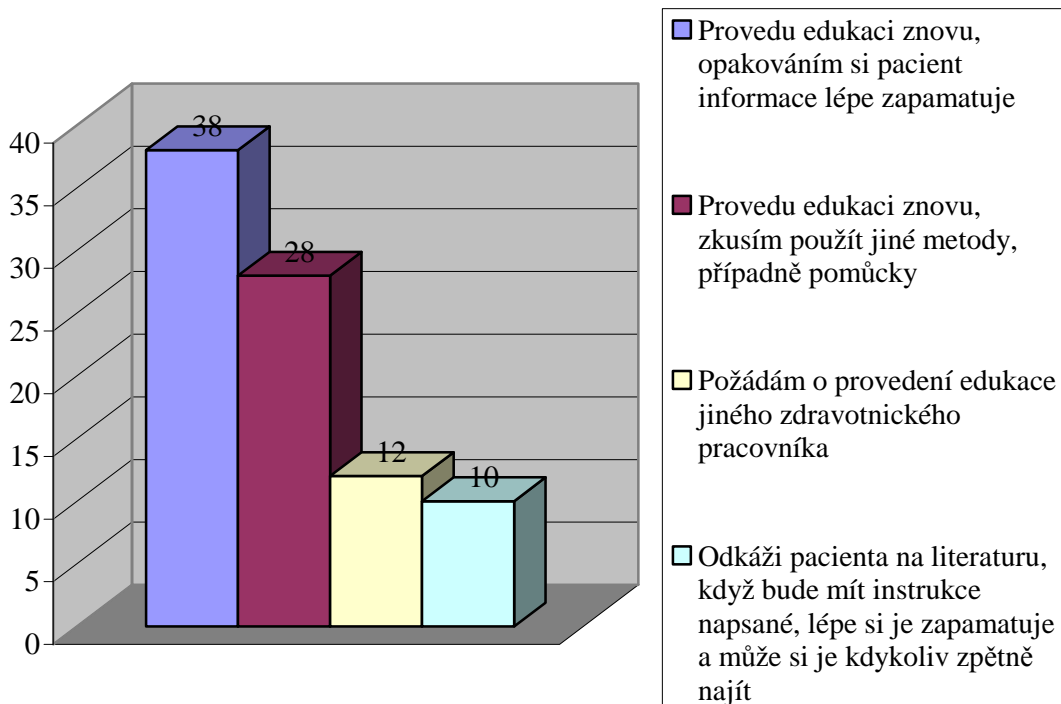
Graf 22 zobrazuje, zda sestry zapojují do své edukace ještě jiné zdravotníky. Z 84 respondentů (100 %) 13 (15 %) uvádí, že si přizvou ještě lékaře, 28 (34 %) si přizve ještě jinou sestru, 12 sester (14 %) edukují vždy samy, 27 sester (32 %) další zdravotníky nezapojuje, pokud je jejich edukace účinná a 4 respondenti (5 %) zvolili možnost nevím.

Graf 23 Vyžádání zpětné vazby od pacienta



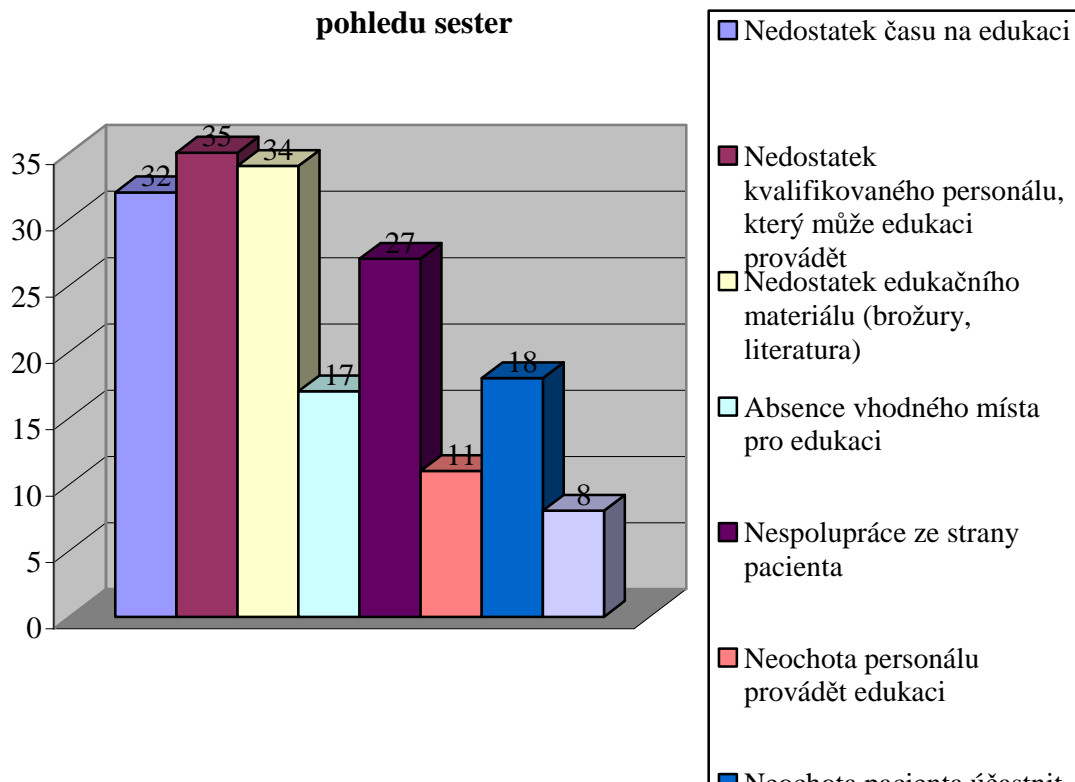
V grafu číslo 23 je znázorněno, jestli sestry vyžadují od pacienta zpětnou vazbu po provedení edukace. Z 84 respondentů (100 %) 65 (77 %) zpětnou vazbu vyžaduje, 11 sester (13 %) po pacientovi zpětnou vazbu nechce a 8 sester (10 %) zvolilo možnost nevím.

Graf 24 Postup sester při neadekvátní zpětné vazbě



V grafu číslo 24 je zobrazen postup sester při neadekvátní zpětné vazbě od pacienta. 38 respondentů uvedlo provede edukaci znovu, opakováním si pacient informace lépe zapamatuje, 28 sester provede edukaci znovu, ale zkusí použít jiné metody, případně pomůcky, 12 požádá o provedení edukace jiného zdravotníka a 10 dotazovaných odkáže pacienta na literaturu.

Graf 25 Největší problém edukace pacienta s pankreatitidou z pohledu sester



V grafu číslo 25 je zobrazen názor sester na největší problém edukace pacienta s pankreatitidou. Na tuto otázku odpovídalo 84 respondentů. 32 sester považuje za největší problém nedostatek času na edukaci, 35 nedostatek kvalifikovaného personálu, který může edukaci provádět, 34 vidí problém v nedostatku edukačního materiálu. 17 sester postrádá vhodné místo pro edukaci, pro 27 je největší problém v nespolupráci pacienta, 11 sester vidí problém v neochotě personálu provádět edukaci, 18 dotazovaných uvádí neochotu pacienta účastnit se edukace a 8 neochotu rodiny účastnit se edukace.

5 Diskuze

Cíle práce byly zaměřeny na edukaci pacienta s pankreatitidou, na způsoby a problémy edukace, se zaměřením na individuální přístup k pacientovi.

V první části dotazníku se vyskytovaly identifikační otázky, ve kterých jsme zjišťovali pohlaví respondentů (Graf 1), kdy z celkového počtu 84 dotazovaných bylo 99 % žen a pouze 1 % mužů. Věk sester (Graf 3), kde nejpočetnější skupinu tvořily sestry ve věku 18 – 30 let, a to z 59 %, následně se s zvyšujícím věkem sester klesal jejich počet. Dále jsme zjišťovali, na jakých odděleních v nemocnicích karlovarského kraje pracují sestry, pečující o pacienty s pankreatitidou (Graf 2). Ze tří nemocnic, které se zapojily do dotazníkového šetření, bylo 52 % sester z chirurgického a 48 % sester z interního oddělení. Důvod, proč jsou sestry pečující o pacienty s pankreatitidou z chirurgických a interních oddělení, je ten, že v karlovarském kraji není gastroenterologické lůžkové oddělení a tito pacienti jsou soustředováni na odděleních interny a chirurgie. V další otázce jsme se dotazovali na vzdělání sester. Převážná většina sester 85 %, vystudovala střední zdravotnickou školu, 7 % oslovených vyšší zdravotnickou školu, 8 % sester mělo specializační vzdělání a nikdo z respondentů nevystudoval vysokou školu. Odůvodňujeme to tím, že po změně systému vzdělávání zdravotních sester, dosud neukončilo studium takové množství sester, aby se vyskytovaly ve většině zdravotnických zařízení. Poslední otázka identifikačního typu byla zaměřena na délku praxe sester (Graf 5). Celá polovina respondentů pracuje ve zdravotnictví méně než pět let, 6 – 10 let je v praxi 19 % sester, 21 % pracuje již 11 – 20 let, následně opět přichází pokles počtu sester s přibývajícím věkem praxe. 41 a více let nepracuje žádný z dotazovaných. Pokud shrneme grafy 1 až 5, tak nečastějším respondentem je žena, ve věku 18 – 30 let, která vystudovala střední zdravotnickou školu a pracuje méně než pět let na chirurgickém oddělení.

Další část dotazníku se zabývala již samotnou edukací. Než jsme začali pokládat otázky týkající se samotného provedení edukace, chtěli jsme zjistit, co si sestry představují pod samotným slovem edukace (Graf 6). Nejčastější odpovědí bylo poučení, tento výraz uvedlo 51 sester, další výklady slova byly, např. vzdělávání a učení ve 14 případech, 16 sester si myslí, že znamená informování, dále se objevila slova jako

prevence, výchova, vedení zacvičení nebo pohovor. Literatura uvádí pojem edukace jako: „Výchova a vzdělávání,“ (Závodná, 2002) nebo „Vzdělávání, výchova, učení, učební proces“ (Onderková, 2007). Většina sester, až na pár výjimek, si vykládá pojem edukace správně.

Hypotéza 1 se váže na grafy 6 a 7. Předpokládali jsem, že sestry provádí edukaci pacientů s pankreatitidou. Zjišťovali jsme, zda-li se na odděleních vyskytuje osoba zaměřená přímo na edukaci klientů (Graf 6). Pouhá 4 % sester uvedlo, že takováto osoba na jejich oddělení existuje, 95 % respondentů takovouto osobu nemá. Domníváme se, že je to způsobeno tím, že dosud nevystudovalo větší množství sester, které by měly kompetenci k této činnosti. Další otázka zjišťovala, kdo tedy edukuje pacienta, když na oddělení není osoba určená přímo k edukaci nebo není přítomna (Graf 7). 10 % oslovených označilo za edukátora lékaře, 15 % uvádí sestru a 75 % udává lékaře i sestru. Celkově se tedy sestry účastní edukace v 90 % všech případech. Tímto se potvrzuje hypotéza 1: „Sestry provádí edukaci klientů s pankreatitidou.“

Na vlastní provedení edukace pacienta byla cílená otázka, ve které měly sestry uvést, jakým způsobem edukují, přičemž měly možnost zvolit více odpovědí (Graf 9). 74 sester uvedlo, že nejčastěji provádí edukaci formou rozhovoru s pacientem, informační brožury poskytuje klientovi 62 sester a 19 dotazovaných odkáže nemocného na jiné zdroje literatury. Na tuto otázku přímo navazovaly další dotazy, zabývající se způsoby edukace upřednostňované sestrami a názory sester na způsoby, které upřednostňují pacienti (Grafy 10, 11). Co se sester týče, tak ve 36 % upřednostňují rozhovor, ve 13 % informační brožury, 17 % sester používá kombinace různých metod, 19 % sester volí metodu edukace v závislosti na typu pacienta, 10 % nemá vyhraněný způsob edukace a používá metodu, která je momentálně k dispozici a pouhá 4 % respondentů upřednostňují odkázání pacienta na literaturu (Graf 11). Podle názoru sester na způsob edukace upřednostňované pacienty, 64 % zvolilo, že upřednostňují rozhovor, 15 % si myslí, že preferují informační brožury a 18 % sester neví (Graf 10). Při porovnání výsledků těchto tří otázek, dojdeme k překvapivému závěru. Celých 64 % sester považuje sice za pacienty upřednostňovaný způsob edukace rozhovor, ale jen 36 % samotných sester tento způsob edukace preferuje. Ale i přes fakt, že rozhovor

nezvolila ani polovina dotazovaných, tak ve výsledku provádí edukci formou rozhovoru 74 z celkového počtu 84 respondentů (Grafy 9, 10, 11). Edukaci pomocí informačních brožur preferuje 13 % sester, 15 % si myslí, že ji upřednostňují pacienti, ale používá ji 62 z 84 všech dotazovaných. Další otázky na provedení edukace byly zaměřeny na místo, čas a délku edukace (Grafy 12, 13, 14). Z výsledků plyne, že sestry edukují nejčastěji u pacienta na pokoji (83 sester), v době, kterou si s pacientem předem domluví (51 %) a 51 % edukují každého klienta jinak dlouho. Svědčí to o určitém individuálním přístupu k pacientovi, co se času a délky edukace týče. Místo edukace, je literaturou (Kozierová, 1995) popisováno jako: „Optimální prostředí na učení musí mít správné osvětlení, patřičnou teplotu v místnosti a dobré větrání,“ dále „Soukromí je také velmi důležité pro získávání určitých vědomostí.“ Pacientův pokoj je jistě prostředí, ve kterém se dají tyto fyzikální parametry zajistit, ale otázka soukromí bývá při plně obsazeném oddělení nasnadě. Je samozřejmé, že se edukace přizpůsobuje stavu pacienta a pokud je upoután na lůžko, tak není možné edukovat ho mimo něj. Pokud ale nemá nemocný klidový režim a je schopen se přemístit, lze nalézt jistě vhodnější místa pro edukaci, která by zajišťovala určitou intimitu. Takovouto místností může být, např. vyšetřovna, kterou jako odpověď zvolilo 30 respondentů, nebo místnost určená přímo k účelům edukace. Tuto možnost odpovědi nikdo z dotazovaných nezvolil, předpokládáme tedy, že respondenti nemají žádnou takovou místnost k dispozici. Jelikož je hodnocení důležitou součástí edukačního plánu, zahrnuli jsme do dotazníku i otázky týkající se zpětné vazby (Grafy 23, 24). 77 % sester požaduje od klientů po provedené edukaci zpětnou vazbu, 13 % ji nevyžaduje (Graf 23). Pokud je zpětná vazba od pacienta neadekvátní, 38 respondentů edukaci zopakuje, protože opakováním si pacient informace lépe zapamatuje, 28 sester edukuje jinými metodami, 12 požádá o provedení jiného zdravotníka a 10 odkáže pacienta na literaturu (Graf 24). Většina sester tedy zpětnou vazbu požaduje, ale stále je tu oněch 13 %, které ji nevyžadují. V případě nevyžádání zpětné vazby, nezjistí sestra, zda-li pacient podané informace pochopil, edukační proces se pak stává neúplným. Když pacient neposkytne sestře zpětnou vazbu, zabrání se tím vytvoření nového edukačního plánu, který by odstranil případné nedostatky v provedené edukaci. Z výsledků části dotazníku zabývající

se způsobem edukace vyplývá, že sice 62 sester edukuje pomocí informačních brožur, ale jako nejčastější způsob edukace zvolilo 74 sester rozhovor s pacientem. Hypotéza 3 „Sestry používají jako nejčastější způsob edukace poskytování písemných informačních materiálů,“ se nepotvrdila.

Další hypotéza se zabírala individuálním přístupem a přizpůsobení edukačního plánu pacientovi. Čtyři otázky se vztahovaly přímo k samotnému edukačnímu plánu. První z nich (Graf 18) se zaměřila na tvorbu edukačního plánu. 13 % sester uvedlo, že mají na oddělení již sestavený standardní edukační plán. Nikdo z dotazovaných nesestavuje edukační plán pro každého pacienta zvlášť a celých 81 % respondentů nepoužívá edukační plán vůbec. Edukační plán je důležitou součástí edukačního procesu. Je možné položit si zde otázku, jak mohou sestry efektivně edukovat, pokud nesestaví edukační plán? Co jim zaručí, že edukace bude účinná a pacient dostatečně informovaný? Domníváme se, že je to způsobeno nedostatečnou informovaností sester o edukačním procesu. Přesto si ale myslíme, že postupem času, stejně jako ošetrovatelský proces, se s zvyšující informovaností sester a přílivem kvalifikovaného personálu určeného k edukaci, zaujme edukační proces ve zdravotnictví nezastupitelnou roli. Úloze pacienta ve tvorbě edukačního plánu se orientovala další otázka, na kterou odpovídali pouze ti respondenti, kteří používají k edukaci edukační plán (Graf 19). 36 % z nich, pacienta nezatěžuje tvorbou plánu a tvoří ho podle odebrané anamnézy, 64 % nezapojuje pacienta vůbec, protože se používá standardní edukační plán pro celé oddělení. Nikdo z dotazovaných nevyžaduje aktivní účast a zapojení pacienta do tvorby plánu i v případě, že má pacient zájem účastnit se. Stejný počet sester odpovídal na otázku ohledně změny edukačního plánu. 46 % sester mění edukační plán během edukace a nejvíce z nich 58 % ho mění z důvodu změny potřeb pacienta (Grafy 20, 21). Výsledky, které jsem zjistili v těchto otázkách jsou v přímém rozporu s literaturou (Závodná, 2002), která uvádí, že: „Edukační plán má obsahovat cíl stanovený klientem-pacientem, který může být krátkodobý, nebo dlouhodobý.“ Dále (Závodná, 2002) uvádí, že: „Efektivita dobře sestaveného edukačního plánu je podmíněna nejen sestrou, ale i pacientem.“ Nabízí se zde otázka, kde je chyba? Můžeme ji hledat ve standardních edukačních plánech pro celé oddělení, do kterých by se při troše snahy

personálu mohl vepsat cíl nebo dlouhodobý záměr? Nebo je v již výše zmíněné nedostatečné informovanosti zdravotníků o důležitosti edukace a tvorbě edukačního plánu? Do individuálního přístupu ke klientovi lze zahrnout i edukaci rodiny nemocného. Z výsledků vyplývá, že pouhá 2 % sester vyžadují vždy edukaci rodiny. 33 % nabídne rodině zapojit se do edukace, ale téměř polovina respondentů aktivně edukaci nenabízí a 6 % vůbec nevyžaduje účast rodiny (Graf 15). Zjistili jsme, pokud už tedy edukace rodiny proběhne, tak ji ve více jak polovině případů edukuje sestra, která má v době kdy se rodina dostaví službu (Graf 16). Nejčastěji je rodina edukována společně s pacientem, a to ve 46 % případů. 10 % sester uvedlo, že se rodina edukuje zvlášť a 43 % edukuje rodinu, až podle domluvy s pacientem (Graf 17). Myslíme si, že edukace rodiny má velký význam v edukaci celkově. Ne vždy bude pacient po návratu do domácího prostředí schopen zajistit si všechny výkony sebekpěče. Může se stát, že rodina bude pacientovi, např. vařit. V tom případě je vhodné, aby byla rodina edukována o dietním režimu u daného onemocnění. Pokud by se tedy, např. jednalo o pacienta nesoběstačného, pacienta s psychiatrickým onemocněním nebo s některým typem demence, tvoří rodina důležitý prvek, na který by se edukace měla zaměřit. A bylo by hrubou chybou, kdyby se v těchto případech edukace rodiny zanedbala. Z výsledků výzkumu lze vyčíst, že nejčastějším důvodem ke změně plánu je sice změna potřeb klienta, ale edukační plán, pokud už je vytvořen, se vůbec nekonzultuje s pacientem, tudíž ho nelze přizpůsobit individuálním potřebám klienta. Hypotéza 4 „Sestry nepřizpůsobují edukační plán dle individuálních potřeb klientů,“ byla potvrzena.

V poslední otázce jsme zjišťovali názor sester na největší problém edukace pacientů s pankreatitidou (Graf 25). Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z 84 všech dotazovaných, vidí 32 sester problém v nedostatku času na edukaci, 35 postrádá dostatečně kvalifikovaný personál, který by mohl pacienty edukovat. 34 sester považuje za problém nedostatek informačních brožur, které by mohly poskytnout pacientům v rámci edukace. Nespolupráci pacienta uvedlo 27 dotazovaných, neochotu personálu provádět edukaci udává 11 sester. 18 respondentů označilo neochotu pacienta a 8 sester neochotu rodiny účastnit se edukace. Nejčastějšími problémy tedy byly nedostatek času, kvalifikovaného personálu a informačních brožur.

Předpokládali jsme, že hlavním problémem bude nespolupráce ze strany klienta odůvodněná, např. malou motivací pacientů k edukaci a neochotě ke změně životního stylu a stravovacích návyků. Ale sestry uvedly jako nejčastější odpověď nedostatek kvalifikovaného personálu. Což si můžeme odůvodnit tím, jak již bylo několikrát uvedeno, že zatím není v praxi větší množství takto vzdělaných odborníků. Hypotéza 2 „Sestry považují za hlavní problém edukace klienta s pankreatitidou nespolupráci ze strany klienta,“ se nepotvrdila.

6 Závěr

Problematika edukace pacienta s pankreatitidou je velmi rozsáhlé téma. Jen edukace sama o sobě je ve zdravotnictví poslední dobou často používaný termín, který se postupně začíná dostávat do povědomí zdravotnického personálu. Z tohoto důvodu jsme cíle práce zaměřili na provedení a způsoby edukace u pacientů s pankreatitidou, na problémy edukace těchto pacientů a přizpůsobení edukace individualitě klientů.

Výzkum byl zaměřen na sestry pečující o pacienty s akutní i chronickou pankreatitidou. Důvodem byl fakt, že sestry jsou s nemocným v nejužším kontaktu ze všech zdravotníků, mají k pacientovi blíže, než např. lékař. Následně se výzkumem potvrdila hypotéza 1, sestry se opravdu ve většině případů účastní edukace nebo ji samy provádí, cíl 1 byl tedy splněn. I přes celkovou vyčerpávanost sesterského povolání, si najdou čas, aby pacienta edukovaly ústní formou, nikoli informačními brožurami, kterými by dobu edukace zkrátily a ušetřily tím čas, čímž byla vyvrácena hypotéza 3, cíl 3 byl také splněn. Cíl číslo 4 byl zaměřen na přizpůsobení individuálního edukačního plánu potřebám klientů. V dnešní době je pacient brán za individualitu. Nemocné nelze zaškatulkovat jen pod nějakou diagnózu. Každý klient má totiž své potřeby a ty se u různých lidí liší. Co se pankreatitidy týče, nemají všichni pacienti stejnou formu nemoci, příčina může být odlišná, projevy rozdílné a podle toho se odvíjí také klientovy potřeby. Zjistili jsme, že pokud oddělení nemá vlastní standardní edukační plán, tak se individuálně pro pacienty netvoří. Spolupráce pacientů se sestrami na tvorbě cílů edukace je nulová i v případě existence standardního plánu pro celé oddělení. Jak jsme předpokládali, sestry nepřizpůsobují edukační plán individuálním potřebám pacientů, hypotéza 4 byla potvrzena. Cíl 4 byl splněn.

Edukace nemocného s pankreatitidou má mnohá úskalí, a to z důvodu, že pacient musí přijmout změnu životního stylu a stravovacích návyků. V některých případech bude pacient dodržovat tato opatření po celý zbytek svého života. Proto jsme stanovili za cíl 2 zjistit, co sestry považují za hlavní problém edukace klienta s pankreatitidou, očekávali, že problémem v této oblasti bude nespolečná spolupráce pacienta. Zjistilo se, že tento problém, nepovažují sestry za hlavní, ale vidí ho nejčastěji

v nedostatku času, kvalifikovaného personálu a informačních brožur, hypotéza 2 byla v tomto případě vyvrácena a cíl 2 splněn.

Na základě výsledků výzkumu vyplulo na povrch několik problémů. Patří mezi ně nedostatečná informovanost sester o edukačním procesu, nepřítomnost kvalifikovaného personálu, který by mohl edukaci provádět, velká vytíženost sester, následně z toho vznikající nedostatek času na pacienta a nedostatek informačních materiálů, které by mohly sestry v rámci edukace pacientovi poskytnout. Řešením je informovat sestry o edukačním plánu a procesu pomocí odborných seminářů. Nedostatek kvalifikovaného personálu je dlouhodobý problém způsobený tím, že takto vyškolení lidé prozatím nepřišli do praxe, což by se ale za několik let mělo s větším počtem vysokoškolsky vzdělaných sester změnit. Nedostatek sester je problém celorepublikový, následkem tohoto nedostatku, je větší vytíženost sester, což také samozřejmě zapříčiňuje nedostatek času na klienta. Tento problém by se dal vyřešit určením jedné nebo dvou osob, které by se na oddělení specializovali na edukaci pacientů. Na základě výsledků výzkumu jsme se rozhodli vytvořit informační brožuru určenou pro pacienty s pankreatitidou, zaměřenou na dietní režim (Příloha 2), čímž chceme napomoci řešení problému s nedostatkem těchto materiálů na odděleních.

Význam této bakalářské práce tkví ve zvýšení informovanosti sester o edukaci celkově a o edukaci pacientů s pankreatitidou, formou prezentace této práce a výsledků na odborných seminářích. Dalším přínosem je vytvoření informační brožury, která bude distribuována sestřám pečujícím o tyto pacienty, s cílem informovat sestry o léčebném režimu a poskytnout jim materiály, které mohou dále předat pacientům.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ADAMS, B., HAROLD, C.E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. BEŇO, I. *Náuka o výživě : Fyziologická a léčebná výživa*. 2. vyd. Osveta, 2003. 142 s. ISBN 80-8063-126-3.
3. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. upravené a doplněné vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X.
4. DENEMARK, L. *Chronická pankreatitida*. [online]. URL : <http://www.chirweb.cz/index.php?action=article&id=727> [cit. 2008-04-20].
5. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc : Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
6. HALUZÍKOVÁ, J. *Sestra. Edukace – nástroj léčby*. Praha : 2003, roč. 13, č. 4, s. 14-15. ISSN 1210-0404.
7. JIRÁSEK, V., BRODANOVÁ, M., MAREČEK, Z. *Gastroenterologie, hepatologie : Vnitřní lékařství : Svazek IV*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0389-6.
8. KOSTKA, R. *Akutní pankreatitida : Komplexní přístup*. 1. vyd. Praha : Galén, 2006. 233 s. ISBN 80-7262-427-X.
9. KOSTKA, R. *Akutní zánět slinivky břišní*. [online]. URL : <http://www.chirweb.cz/index.php?action=article&id=620> [cit. 2008-04-20].

10. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-05-28-0.
11. KROMEROVÁ, M. *Sestra. Spolupráce sestry a nemocného – edukace*. Praha : 2005, roč. 15, č. 5, s. 27. ISSN 1210-0404
12. LUKÁŠ, K. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
13. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. *Gastroenterologie a hepatologie : Učebnice*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
14. MAREČKOVÁ, O., MENGEROVÁ, O. *Nemoci slinivky břišní : Dieta a rady lékaře*. 1. vyd. Čestlice : Medica Publishing, 2004. 128 s. ISBN 80-85936-52-6.
15. MAŘATKA, Z. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1999. 490 s. ISBN 80-7184-561-2.
16. ONDERKOVÁ, A. *Sestra. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem*. Praha : 2007, roč. 17, č. 12, s. 17 –18. ISSN 1210-0404.
17. SKŮPOVÁ, K. *Onemocnění slinivky břišní*. [online]. URL : <<http://zdravi.doktorka.cz/onemocneni-slinivky-brisni/>> [cit. 2005-08-01].
18. ŠPIČÁK, J. *Akutní pankreatitida*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 216 s. ISBN 80-247-0942-2.
19. TUTKOVÁ, J. *Sestra. Komunikace*. Praha : 2007, roč. 17, č. 1, s. 22-23. ISSN 1210-0404.

20. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 8. rozšířené vyd. Praha : Maxdorf, 2007. 518 s. ISBN 80-7345-123-9.
21. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 496 s. ISBN 80-247-0320-3.
22. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2002. 95 s. ISBN 80-8063-108-5.
23. ZAZULA, R., WOHL, P. *Akutní pankreatitida*. Olomouc : 2005, roč. 2, č. 4, s. 147-151. ISSN 1214-8687.

8 Klíčová slova

Edukace - Education

Edukační proces – Educational process

Pacient - Patient

Pankreatitida - Pancreatitis

Sestra – Nurse

9 Přílohy

Příloha 1 – Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha 2 – Informační leták

Příloha 1

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Loudová, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Provádím dotazníkové šetření, v rámci výzkumu ke své bakalářské práci, na téma Problematika edukace pacienta s pankreatitidou. Tímto Vás chci požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Tento dotazník je určen sestřám, které edukují pacienty s akutní nebo chronickou pankreatitidou. Dotazník je anonymní, získaná data, budou použita pouze k účelu napsání mé bakalářské práce.

Označte vždy jen jednu odpověď, pokud není u dané otázky blíže specifikováno.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Na jakém oddělení pracujete?

.....

3. Jaký je Váš věk?

- a) 18 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 a více let

4. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VZŠ
- c) VŠ
- d) Jiné.....

5. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) Do 5-ti let
- b) 6 – 10 let

- c) 11 – 20 let
- d) 21 – 30 let
- e) 31 – 40 let
- f) 41 a více let

6. Co si představujete pod pojmem edukace? (2 – 3 slova)

.....

Edukace je výraz, zahrnující vzdělávání, výchovu, učení a učební proces. Edukace je proces, nikoli jednorázové podání informace pacientovi.

7. Je na Vašem oddělení osoba, zaměřující se přímo na edukaci pacientů?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

8. Pokud není na Vašem oddělení osoba určená pro edukaci, kdo provádí edukaci pacienta o léčebném režimu?

- a) Lékař
- b) Sestra
- c) Lékař i sestra
- d) Jiné.....

9. Jakým způsobem/formou provádíte edukaci? (Možno zatrhnout více odpovědí)

- a) Rozhovorem s pacientem
- b) Obstaráním informačních brožur (letáků) pro pacienta
- c) Pomocí edukačních videí
- d) Odkázáním pacienta na jiné zdroje (internet, lékař, nutriční terapeut, literatura...)
- e) Neprovádím
- f) Jiné.....

10. Upřednostňují pacienti nějaký způsob edukace?

- a) Ano, rozhovor

- b) Ano, informační brožury
- c) Ano, odkázání na jiné zdroje
- d) Ne
- e) Nevím
- f) Jiné.....

11. Upřednostňujete Vy, jako sestra některý způsob edukace?

- a) Ano, rozhovor
- b) Ano, informační brožury
- c) Ano, odkázání na jiné zdroje
- d) Ne, používám kombinace metod
- e) Ne, používám metodu v závislosti na typu pacienta
- f) Ne, používám způsob, který je momentálně k dispozici
- g) Jiné.....

12. Kde nejčastěji provádíte edukaci?

- a) Ve speciální místnosti určené přímo pro tyto účely
- b) U pacienta na pokoji
- c) Na vyšetřovně
- d) Ve společenské místnosti
- e) Jinde.....

13. Kdy nejčastěji provádíte edukaci?

- a) Dopoledne, před vizitou
- b) Dopoledne, po vizitě
- c) Odpoledne, po obědě
- d) Odpoledne, během návštěv, do edukace tak lze zapojit i rodinu
- e) Večer, abych měl/a na pacienta více času
- f) Po domluvě s pacientem
- g) Jiné.....

14. Jak dlouho pacienta edukujete?

- a) Méně než 30 minut

- b) 30 minut až 1 hodina
- c) 1 – 2 hodiny
- d) Více než 2 hodiny
- e) Každého pacienta jinak dlouho
- f) Nevím

15. Zapojujete pacientovu rodinu do edukace?

- a) Ano, vždy
- b) Ano, nabídneme jim možnost zapojit se, pokud mají zájem
- c) Ne, pokud má ale rodina zájem, zapojíme ji
- d) Ne, nevyžadujeme účast rodiny
- e) Nevím

16. Kdo provádí edukaci rodiny?

- a) Edukuje ji ta sestra, která edukuje pacienta
- b) Edukuje ji sestra, která má službu v době, kdy se rodina dostaví
- c) Edukuje ji lékař
- d) Jiné.....

17. Jak probíhá edukace rodiny?

- a) Edukuje se společně s pacientem
- b) Edukuje se pacient a rodina zvlášť
- c) Rodina se edukuje zvlášť nebo společně s pacientem až podle domluvy s pacientem
- d) Jiné.....

18. Používáte k edukaci edukační plán?

- a) Ano, standardní edukační plán pro celé oddělení
- b) Ano, sestavuje se pro každého pacienta zvlášť
- c) Ne
- d) Nevím

19. Jakou úlohu má pacient při tvorbě edukačního plánu?

- a) Vyžadujeme vždy přítomnost a aktivní zapojení pacienta do tvorby plánu

- b) Pokud má pacient zájem, může se tvorby plánu účastnit
- c) Pacienta tímto nezatěžujeme, plán se tvoří pomocí odebrané anamnézy
- d) Žádnou, využívá se standardní edukační plán pro celé oddělení
- e) Jiné.....

20. Měníte během edukace edukační plán?

- a) Ano
- b) Ne (Pokud zvolíte tuto možnost, přejděte rovnou k otázce č. 21)
- c) Nevím

21. Jaké důvody Vás nejčastěji vedou ke změně edukačního plánu? (Možno zatrhnout více odpovědí)

- a) Když nemá pacient dostatečnou motivaci k edukaci
- b) Když se změní pacientovy potřeby
- c) Pokud je zvolená metoda edukace neúčinná
- d) Když ho chce změnit pacient
- e) Jiné.....

22. Zapojujete do edukace ještě jiné zdravotníky?

- a) Ano, přizvu si k edukaci ještě lékaře
- b) Ano, přizvu si k edukaci další sestru
- c) Ne, edukuji vždy sám/a
- d) Ne, pokud je edukace mnou účinná
- e) Nevím
- f) Jiné.....

23. Vyžadujete po pacientovi zpětnou vazbu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

24. Jak postupujete, pokud byla pacientova zpětná vazba neadekvátní?

- a) Provedu edukaci znovu, opakováním si pacient informace lépe zapamatuje

- b) Provedu edukaci znovu, zkusím použít jiné metody, případně pomůcky
- c) Požádám o provedení edukace jiného zdravotnického pracovníka
- d) Odkáži pacienta na literaturu, když bude mít instrukce napsané, lépe si je zapamatuje a může si je kdykoliv zpětně najít
- e) Jiné.....

25. Co považujete za největší problém edukace klienta s pankreatitidou? (Možno zatrhnout více odpovědí)

- a) Nedostatek času na edukaci
- b) Nedostatek kvalifikovaného personálu, který může edukaci provádět
- c) Nedostatek edukačních materiálů (brožury, literatura)
- d) Absence vhodného místa pro edukaci
- e) Nespolupráce ze strany pacienta
- f) Neochota personálu provádět edukaci
- g) Neochota pacienta účastnit se edukace
- h) Neochota rodiny účastnit se edukace
- i) Jiné.....

CHRONICKÁ PANKREATITIDA – DIETNÍ ZÁSADY

HLAVNÍ ZÁSADY

- Strava bohatá na energii
- Snížený obsah tuku
- Šetřící dieta, bez přepalovaných tuků
- Absolutní zákaz alkoholu
- Jídlo 5-6 x denně v menších porcích

SPRÁVNĚ

- ✓ **Libové maso a uzeniny**
hovězí, telecí, vepřové,
kuřecí, krůtí, králičí
šunka drůbeží, vařená bez tuku
drůbeží párky
- ✓ **Candát, okoun, pstruh, štika,**
filé z tresky
- ✓ **Bramborová kaše**
(z nízkotučného mléka)
brambory vařené ve slupce
těstoviny, rýže, noky
- ✓ **Pšeničný a žitný chléb**
- ✓ **Nízkotučné mléčné výrobky**

ŠPATNĚ

- × **Tučná masa**
kachny, husy, nakládaná masa
zvěřina, skopové, vnitřnosti, bůček
konzervy
- × **Tučné a uzené ryby (sumec, úhoř,**
kapr, makrela, sardinky v oleji)
- × **Hranolky, kynutá těsta, opečené**
brambory, knedlíky z droždí
luštěniny
- × **Tmavé a celozrnné pečivo, čerstvé**
pečivo, černý žitný chléb
- × **Tučné mléčné výrobky a sýry,**

netučné sýry (do 45 % tuku)
kysané mléčné výrobky

smetanové zmrzliny, šlehačka
kakao, čokoláda

✓ **Jablka, banány, višně, třešně,**
meruňky (bez slupek a jader)
dušená nebo vařená zelenina

✗ **Ovoce obsahující zrníčka**
rybíz, angrešt, ostružiny, maliny,
jahody, všechny druhy semen,
ořechy
borůvky, meloun, hroznové víno
syrová zelenina, všechny druhy
zelí

✓ **Neperlivé nápoje, čaje, ovocné**
šťávy

✗ **Alkohol, černá zrnková káva,**
perlivá voda

✓ **Kmín, bazalka, kopr, majoránka,**
libeček, tymián, petrželová nať

✗ **Pepř, maggi, sójová omáčka,**
pálivá paprika, hořčice, ocet

✓ **Margarín, máslo**
rostlinné oleje (olivový, slunečnicový)
MTC oleje (na doporučení lékaře)

✗ **Živočišné tuky, sádlo, majonézy,**
tučné dressingy, žloutky

✓ **Vaření, dušení, grilování bez tuku,**
strava zpracovaná nadrobno,
bez tvrdých kousků, z čerstvých surovin

✗ **Příprava na velkém množství**
tuku, smažení, fritování

✓ **5 – 6 jídel denně**
menší porce

✗ **Jednorázové jídelní excesy**



Změna životního stylu a stravovacích návyků povede k celkovému zlepšení Vašeho zdravotního stavu a zkvalitnění dalšího života.

Zdroj: MAREČKOVÁ, O., MENGEROVÁ, O. *Nemoci slinivky břišní : Dieta a rady lékaře*. 1. vyd. Čestlice : Medica Publishing, 2004. 128 s. ISBN 80-85936-52-6.