

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče o pacienty s pankreatitidou

Bakalářská práce

Autor práce: Veronika Jabůrková

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 14. 8. 2012

ABSTRAKT

Záněty slinivky břišní patří mezi nejzávažnější náhlé příhody břišní. Výskyt tohoto onemocnění má vzestupný trend a souvisí se vzrůstající spotřebou alkoholických nápojů a živočišných tuků ve stravě. Onemocnění se může zkomplikovat a skončit smrtí pacienta. Ošetrovatelská péče o pacienty s akutní pankreatitidou je náročná a vyžaduje teoretické vědomosti a praktické dovednosti sester. Sestry mají nezastupitelnou roli v diagnostice, léčbě, ošetrovatelské péči a edukaci o změně životních návyků pacienta, především v oblasti výživy.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry znají a dodržují správné postupy při péči o nemocné s pankreatitidou a jaká je úroveň informací pacientů s pankreatitidou o dietním režimu. Teoretická část práce je nejprve věnována anatomii a fyziologii slinivky břišní. Dále zahrnuje informace o příčinách, diagnostice, léčbě a komplikacích pankreatitid. Podstatná část práce se zabývá ošetrovatelskou péčí a edukací u pacientů s pankreatitidami. Praktická část se věnuje výzkumnému šetření, ve kterém byly stanoveny tři hypotézy a tři výzkumné otázky.

Hypotéza 1: Sestry se aktivně vzdělávají v péči o pacienty s pankreatitidou.
Hypotéza 2: Sestry dodržují správné postupy při ošetrovatelské péči o pacienty s pankreatitidou.
Hypotéza 3: Sestry mají dostatek informací o dietním režimu u pacientů s pankreatitidou.
Výzkumná otázka 1: Jsou pacientům s onemocněním pankreatu poskytovány dostatečné informace o dietním pankreatickém režimu?
Výzkumná otázka 2: S jakými problémy se setkávají pacienti při navržené změně dietního režimu?
Výzkumná otázka 3: Jsou pacienti schopni sestavit si dle podaných informací o dietním pankreatickém režimu vhodný jídelníček?

Výsledky výzkumu ukazují, že sestry mají dostatečné znalosti v péči o pacienty s pankreatitidami, dodržují ošetrovatelské postupy a umějí edukovat pacienty o dietním režimu. Pacienti jsou spokojeni s rozsahem informací o změně dietního režimu, jsou schopni si sestavit chutný jídelníček a s problémy, které nastaly změnou životního stylu, si umějí poradit. Hypotézy byly výzkumným šetřením potvrzeny.

Výsledkem výzkumného šetření je manuál pro pacienty se zánětem slinivky břišní.

Klíčová slova: dietní režim, edukace, ošetrovatelská péče, pacient, pankreatitida, sestra

ABSTRACT

Inflammation of the pancreas belongs to the most serious abdominal diseases. Occurrence of this disease has rising tendency caused mainly by the increasing consumption of alcohol and animal fat in food. The disease may get complicated and end in patient's death. Nursing care of patients with acute pancreatitis is demanding and requires theoretical knowledge and practical skills of nurses. Nurses have irreplaceable role in diagnostics, treatment, care and education of modification of life habits of a patient, particularly in the field of nutrition.

The aim of the thesis was to find out whether nurses are aware of and able to adhere to adhere to the right procedures for caring about patients with pancreatitis and what the level of information on diet regimen is among patients with pancreatitis. The theoretical part first deals with pancreas anatomy and physiology. It also informs on causes, diagnostics, treatment and complications of pancreatitis. A substantial part of the thesis deals with nursing care and education of patients with pancreatitis. The practical part deals with research based on three hypotheses and three research questions.

Hypothesis 1: Nurses actively educate themselves in the care of patients with pancreatitis. Hypothesis 2: Nurses adhere to right procedures for nursing care of patients with pancreatitis. Hypothesis 3: Nurses are sufficiently informed on diet regimen of patients with pancreatitis. Research question 1: Are patients with pancreatitis provided with sufficient information on the proper diet regimen? Research question 2: What problems do the patients face in relation to the proposed diet regimen change? Research question 3: Are patients with pancreatitis able to prepare suitable regimen based on the diet information provided to them?

The research results show that nurses are sufficiently informed of the care about patients with pancreatitis, they adhere to nursing procedures and are able to educate patients in diet regimen. Patients are satisfied with the range of information on diet change and are able to prepare their diet regimen and to cope with problems they have to face in relation to their lifestyle change. The hypotheses were confirmed by the research. A manual for patients with inflammation of the pancreas is the output of the thesis. **Key words:** diet regimen, education, nursing care, patient, pancreatitis, nurse

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci „Ošetrovatelská péče o pacienty s pankreatitidou“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2012

.....

Veronika Jabůrková

Poděkování:

Velice děkuji vedoucí práce paní Mgr. Aleně Polanové za ochotnou spolupráci, vedení, cenné rady a připomínky při psaní této bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Anatomie a fyziologie slinivky břišní	9
1.2 Akutní pankreatitida	10
1.2.1 <i>Klinický obraz akutní pankreatitidy</i>	11
1.2.2 <i>Diagnostika akutní pankreatitidy</i>	12
1.2.3 <i>Léčba akutní pankreatitidy</i>	14
1.2.4 <i>Komplikace akutní pankreatitidy</i>	15
1.3 Chronická pankreatitida	16
1.3.1 <i>Klinický obraz a diagnostika chronické pankreatitidy</i>	17
1.3.2 <i>Léčba a komplikace chronické pankreatitidy</i>	18
1.4 Ošetrovatelská péče	19
1.4.1 <i>Ošetrovatelská péče o pacienty s akutní pankreatitidou</i>	19
1.4.2 <i>Ošetrovatelská péče o pacienty s chronickou pankreatitidou</i>	25
1.4.3 <i>Edukace pacientů s pankreatitidami</i>	26
1.5 Dietní opatření	27
1.5.1 <i>Dietní režim při akutní pankreatitidě</i>	27
1.5.2 <i>Dietní režim při chronické pankreatitidě</i>	30
2 Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky	32
2.1 <i>Cíle práce</i>	32
2.2 <i>Hypotézy</i>	32
2.3 <i>Výzkumné otázky</i>	32
3 Metodika	33
3.1 <i>Metodika</i>	33
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	33
4 Výsledky práce	34
4.1 <i>Výsledky dotazníku</i>	34
4.2 <i>Výsledky rozhovorů</i>	48
5 Diskuze	61
6 Závěr	69
7 Seznam použitých zdrojů	71
8 Přílohy	74

Seznam použitých zkratk

ARIP	anesteziologicko resuscitační a intenzivní péče
ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
CO ₂	oxid uhličitý
CT	počítačová tomografie
CVT	centrální žilní tlak
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
JIP	jednotka intenzivní péče
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie
PMK	permanentní močový katétr
RTG	rentgenové vyšetření
VAS	visual analogue scale

ÚVOD

Termín „pankreatitida“ označuje zánět slinivky břišní. Pankreatitidy se vyskytují v akutní i chronické formě. Akutní pankreatitida se řadí mezi závažná onemocnění. Její výskyt stále mírně stoupá a souvisí se vzrůstající spotřebou alkoholických nápojů a živočišných tuků ve stravě. V dnešní době se Česká republika řadí na první příčky ve spotřebě alkoholu. Nemocní s pankreatitidami tvoří 1 - 2 % pacientů hospitalizovaných na chirurgických či interních odděleních. Podle údajů z různých studií se letalita u akutní pankreatitidy pohybuje v rozmezí 15 - 20 % (1).

Ve zdravotnictví je důležitá spolupráce všech, všeobecných sester, lékařů, laborantů i nutričních terapeutů. Na sestry se v dnešní době klade důraz na teoretické vědomosti a praktické dovednosti, a mají tak svou nezastupitelnou roli v diagnostice, léčbě a ošetrovatelské péči o pacienty s pankreatitidou. Sestra tráví u lůžka pacienta většinu času a díky svým znalostem dokáže včas rozpoznat změnu stavu pacienta a patologické laboratorní hodnoty, o kterých informuje lékaře. Ošetrovatelská péče o pacienta s pankreatitidou zahrnuje péči o invazivní vstupy, vyprazdňování, hygienu, výživu, tlumení bolesti a psychickou podporu.

Významnou součástí péče o pacienty s pankreatitidou je správná a dostačující edukační činnost. Rozvíjející se možnosti léčby a ošetrovatelské péče vyžadují, aby zdravotníci zahrnuli do péče o pacienty i edukaci. Bez efektivní edukace a aktivní spolupráce pacienta na edukačním režimu nemůže mít léčba dostatečný efekt. Sestra by měla umět v rámci svých kompetencí seznámit pacienty s pankreatitidami se změnou životního stylu a dietního omezení, ale také s komplikacemi při nedodržování režimu.

Pracuji na chirurgickém oddělení a často se setkávám s pacienty, u kterých byla diagnostikována pankreatitida. Téma této bakalářské práce jsem si vybrala, protože mám pocit, že bývají stejní pacienti opakovaně hospitalizováni. V práci bych se chtěla zaměřit na specifika ošetrovatelské péče a hlavně na to, zda sestry dobře edukují pacienty o dietním režimu. Ráda bych se zaměřila i na samotné pacienty, jestli jsou dostatečně informováni o změně životních návyků a zda lze ovlivnit to, aby pacienti neměli opakované potíže a nemuseli tak být opětovně přijati k hospitalizaci.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie slinivky břišní

Slinivka břišní je žláza s vnitřní a vnější sekrecí uložena retroperitoneálně v levém mezogastriu. Je protáhlého tvaru, její délka je přibližně 14 - 16 cm a váží asi 60 - 90 g. Je tvořena několika drobnými lalůčky a má šedorůžovou barvu. Skládá se ze tří částí - hlavy (caput), těla (corpus) a ocasu (cauda). Hlava slinivky břišní je pravá zaoblená část, která zapadá do kličky dvanáctníku. Od těla pankreatu ji odděluje incisura pancreatis, kde ústí cévní zásobení slinivky. Tělo slinivky břišní je předozadně oploštělé, je užší a jde doleva přes břišní aortu. Vyklenutí těla dopředu přes aortu se nazývá tuber omentale pancreatis. Ocas je zúžený výběžek slinivky, který dosahuje ke slezině (2).

Zevní sekreční část slinivky břišní se skládá z drobných lalůček, kde se tvoří enzymy, které lidské tělo využívá pro štěpení všech složek potravy. Sekreci slinivky zvyšuje parasymphaticus a sympaticus její produkci tlumí. Sekret je odváděn drobnými vývody do hlavního vývodu slinivky - ductus pankreaticus, který ústí společně s ductus choledochus v sestupné části dvanáctníku, na Vaterově papile. Společný vývod je zakončen Oddiho svěračem, který má dvě části, žlučový a pankreatický svěrač. Oba svěrače jsou kontrahovány, pokud není v duodenu žádný obsah. Po přijetí potravy se žlučový svěrač otevírá a umožňuje tak vstup žluče do duodena. Zároveň také brání vstupu střevního obsahu do žlučovodu. Pankreatický svěrač znemožňuje vniknutí žluči do vývodu slinivky, aby nedošlo k těžkému poškození pankreatu nekrózou, kterou by vyvolaly aktivované pankreatické enzymy. Do stejné části duodena, ale výše, ústí přídatný vývod - ductus pankreaticus accessorius, který vede pankreatickou šťávu jen z hlavy slinivky. Zevní sekreční část slinivky břišní denně vyprodukuje přibližně 2 litry pankreatické šťávy s enzymy. Množství pankreatické šťávy je závislé na množství a složení stravy ve dvanáctníku. Pro štěpení cukrů tvoří slinivka amylázu a při její zvýšené hladině v krvi proniká amyláza do moči. Štěpí cukry na monosacharidy, které jsou již schopny se vstřebat. K štěpení tuků je zapotřebí lipázy, která se účastní lipolýzy, kdy jsou uvolňovány mastné kyseliny. Produkce lipázy je řízena hormony. Její tvorbu zvyšují katecholaminy, glukokortikoidy a somatotropní hormon, naopak její produkci

tlumí inzulín. K štěpení bílkovin slinivka produkuje trypsin a chymotrypsin, enzymy, které dělí bílkoviny na jednotlivé aminokyseliny (2, 3, 4).

Vnitřní sekreční část slinivky břišní je tvořena Langerhansovými ostrůvky, které jsou velké asi 0,1 - 0,5 mm a jejich počet se blíží 2 miliónům. Jde o pouhou jednu setinu pankreatu. Langerhansovy ostrůvky produkují inzulín a glukagon. Tyto hormony se uvolňují přímo do krve a ovlivňují metabolismus glukózy. Beta-buňky Langerhansových ostrůvků produkují inzulín, který umožňuje vstup glukózy, aminokyselin a draslíku do buněk. Receptory pro inzulín se nacházejí v játrech, svalové a tukové tkáni. Nedostatek inzulínu vede k onemocnění diabetes mellitus. V alfa-buňkách Langerhansových ostrůvků slinivky břišní se tvoří glukagon. Díky glukagonu se v játrech aktivují enzymy, které jej štěpí na glukózu. K sekreci glukagonu dochází hlavně při hypoglykémii. Jeho úkolem je také z tukové tkáně vyplavit mastné kyseliny a pomáhat zvýšit energii organismu (4, 5).

Vyživován je pankreas větvemi tepen truncus coeliacus a arteria mesenterica superior. Odkysličenou krev odvádí žíly do vény portae (6).

1.2 Akutní pankreatitida

Akutní pankreatitida je akutní zánět slinivky břišní, který vzniká zvýšením koncentrace trávicích enzymů, především lipázy, které vyvolávají samonatravení slinivky břišní těmito vlastními enzymy. Akutní zánět slinivky postihuje nejen vlastní žlázu, ale často i okolní tkáně a orgány. Patří mezi nejzávažnější náhlé příhody břišní. Může vyústit do multiorgánového selhání a skončit smrtí nemocného. Výskyt tohoto onemocnění má vzestupný trend. Souvisí se změnami ve výživě obyvatelstva. Postiženy bývají více ženy než muži (6, 7).

Nejčastější příčinou akutní pankreatitidy je nadměrná konzumace alkoholu a hned za ní následuje v pomyslném žebříčku choledocholithiaza. Jde o biliární etiologii, kdy obstrukce pankreatických vývodů brání odtoku pankreatické šťávy. Další častou příčinou bývá vážná dietní chyba způsobená především tučnou stravou. Mezi další rizikové faktory patří vrozené anomálie slinivky, divertikly dvanáctníku, hyperkalcemie při hyperparathyreóze, hyperlipidemie. Hraniční hodnota triglyceridů, která vede ke

vzniku pankreatitidy je 11, 42 mmol/l. Pankreatitidu vyvolávají i některá virová a bakteriální onemocnění. Do roku 1994 bylo zjištěno také 267 polékových pankreatitid. Vyvolávají ji některá antibiotika, diuretika, cytostatika a estrogény. Příčina akutního zánětu slinivky břišní může být i traumatická, následkem tupého poranění slinivky břišní, kdy bývají obvykle poraněny i další orgány břišní dutiny. V neposlední řadě vzniká pankreatitida po provedení endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP), kdy se zvýší tlak v pankreatických vývodech. Jde o příčinu iatrogenní. Asi u 15 % nemocných není etiologie tohoto onemocnění objasněna (8, 9, 10).

1.2.1 Klinický obraz akutní pankreatitidy

Podle průběhu můžeme akutní pankreatitidu rozdělit na lehkou a těžkou. Lehká forma je edematózní, kdy vzniká zánětlivý intersticiální edém bez tvorby nekróz. Má lehký průběh, vyskytuje se v 80 % a dobře reaguje na konzervativní léčbu (6).

Při těžké formě vznikají Balzerovy tukové nekrózy. Lipáza uniká i do mezenteriálního tuku a vyvolává tak i nekrózy mimo slinivku, které bývají často spojeny s hemoragiemi. Asi ve 20 % se těžká forma komplikuje multiorgánovým selháním, které často vyžaduje dlouhodobou hospitalizaci na jednotce intenzivní péče či na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Při těchto komplikacích je vysoká mortalita, která se vyskytuje v 10 - 30 % (6, 11).

Akutní pankreatitida se projevuje krutými a zničujícími bolestmi břicha lokalizovanými nad pupkem, které vystřelují do zad. Pacienti zaujímají úlevovou polohu „na všech čtyřech“. Délka bolesti přetrvává několik hodin až dnů. Přítomny jsou známky peritoneálního dráždění, vzednutí břicha a napětí břišní stěny. Pacient pociťuje nauzeu nebo zvrací bez úlevy, má nedostatečný odchod plynů, zpomalenou peristaltiku, zarudlý obličej, zvýšenou tělesnou teplotu a ikterus. Někdy je přítomen ascites a pleurální výpotek. V nejtěžších případech se rozvíjí šokový stav s hypotenzí, tachykardií a pocením - hypovolemický šok, který často vede k selhání ledvin. V podkoží se mohou vzácně objevit modravé skvrny, v tříselech jsou označovány jako Turnerovo znamení a kolem pupku jako Cullenovo znamení, vznikající v důsledku

krvácení do retroperitonea. Laboratorně nacházíme leukocytózu, zvýšenou sedimentaci erytrocytů a amyláz v séru a moči (6, 11, 12).

1.2.2 Diagnostika akutní pankreatitidy

Základem správného stanovení diagnózy je důkladná anamnéza a fyzikální vyšetření. Anamnéza zahrnuje prodělaná onemocnění, úrazy, výskyt onemocnění v rodině, životní styl a především nynější problémy. Pacienta se ptáme, co předcházelo onemocnění, na zátěž alkoholem, stravou, zda se někdy léčil pro biliární problémy. Další základní metodou diagnostiky je fyzikální vyšetření. Lékař vyšetřuje pohledem (inspekce), poklepem (perkuse), poslechem (auskultace) a pohmatem (palpace). Sestra mu při vyšetření asistuje. Pohledem si všímají celkového stavu pacienta, stavu výživy, polohy pacienta. Na kůži hodnotí barvu, napětí, otoky, hematomy, jizvy a případné kýly. Poklep břicha provádí lékař dvěma prsty ruky na článek prstu ruky druhé. Rozeznáváme poklep bubínkový, temný, zkrácený a bolestivý. Pohmatem lékař vyšetřuje pacienta v poloze na zádech s pokrčenými končetinami. Všímá si svalového napětí, patologických rezistencí a hodnotí velikost jednotlivých orgánů. Poslechem břicha hodnotí střevní peristaltiku. Mezi fyzikální vyšetření řadíme také vyšetření per rektum. Lékař, který vyšetření provádí, sleduje bolestivost konečníku, patologické rezistence a příměsy ve stolici (9).

Důležitá jsou i laboratorní vyšetření, kdy sestra provádí odběr krve a moče. Před odběrem krve pacienta informuje o výkonu. Odběr krve provádí do předem připravených označených zkumavek. Při odběru krve je důležité dodržet správné pořadí zkumavek, aby nebyly výsledky zkresleny. Nejprve odebírá krev ke koagulačnímu vyšetření, k biochemickému vyšetření a poté následují ostatní odběry. Odběry sestra provádí obvykle nalačno. Zkumavky, které obsahují protisrážlivý roztok, po odběru převrací, netřepe s nimi. V krevním obrazu u pacientů s pankreatitidou bývá často leukocytóza, jaterní testy při obstrukci žlučových cest bývají zvýšeny, C reaktivní protein je známkou zánětu, hodnoty iontů nám ukazují stav vnitřního prostředí, urea a kreatinin nás informují o funkci ledvin, krevní plyny, celková bílkovina a albumin

říkají, jaký je stav výživy nemocného, glykemie a pankreatické enzymy jsou zvýšeny, především amyláza a lipáza, která se také objevuje v moči (6, 13).

Ke stanovení diagnózy jsou používány i některé zobrazovací metody, které nás také informují o pokročilosti onemocnění. Nejčastěji je využíván nativní RTG snímek břicha a sonografie. Na RTG snímku nacházíme velkou plynatost především příčného tračníku. Při vyšetření ultrazvukem jsou využívány vysokofrekvenční zvukové vlny, které umožňují zobrazení tělesných struktur. Jde o neinvazivní vyšetření za použití sondy a vodivého gelu. Před vyšetřením by měl být pacient lačný (9, 14).

Při nedostatečném zobrazení slinivky lékař rozhoduje o počítačové tomografii (CT), která umožňuje zobrazení anatomických struktur v několika vrstvách. Zobrazuje rozsah pankreatického zánětu. Pacient je před výkonem sestrou poučen o způsobu provedení výkonu a o nutnosti být na vyšetření lačný. Pokud bude provedena počítačová tomografie s kontrastní látkou, musí mít pacient v normě hodnoty urey a kreatininu z důvodu možného poškození ledvin vpravenou kontrastní látkou u zvýšených laboratorních hodnot těchto renálních parametrů. Diabetici na perorálních antidiabeticích s látkou obsahující Metformin jsou převedeni na inzulín pro nefrotoxicitu kontrastní látky ve spojení s diabetickou nefropatií, kdy za pravidelné kontroly hodnot glykemie antidiabetika 2 dny před a 2 dny po vyšetření neužívají. Dle ordinace lékaře sestra před vyšetřením podá pacientovi antihistaminikum jako prevenci alergie na kontrastní látku. Pro podání kontrastní látky by měl mít pacient zavedenu kanylu (10, 14).

Dalším specifickým vyšetřením pankreatických a žlučových cest je endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP), která je většinou indikována do 48 hodin od začátku onemocnění. Pacient je před výkonem lékařem poučen o výkonu a komplikacích a následně společně podepíše informovaný souhlas. Sestra poučí pacienta, aby byl 6 - 8 hodin před vyšetřením lačný. Ráno pacient zapije malým množstvím tekutin svou trvalou medikaci, především kardiotonika a antihypertenziva. K vyšetření sestra zajistí žilní vstup. Pacient má s sebou na endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografii výsledky koagulací, jaterních testů, amylázy a lipázy. Před samotným vyšetřením sestra podá pacientovi premedikaci dle ordinace lékaře.

Vyšetření je diagnostické, ale i terapeutické, kdy lze případně odstranit konkrement ze žlučových cest, aby se tak odstranila biliární příčina akutní pankreatitidy. Po vyšetření pacient nepřijímá nic per os, tekutiny jsou podávány intravenózně. V odpoledních hodinách jsou sestrou provedeny kontrolní odběry krve a dle výsledných hodnot může pacient přijímat tekutiny per os (9, 10, 11).

Zobrazovací metodou, kterou také můžeme využít k diagnostice, je magnetická rezonance, která nám upřesňuje nález a zobrazuje případná nádorová ložiska. Pracuje na principu zmagnetizování vodíkových jader v organismu a lze tak rozlišit zdravou tkáň od patologické. Pacient musí před vyšetřením odložit všechny kovové věci, kdy kontraindikací je například kardiostimulátor. Vyšetření trvá asi půl hodiny. Do uší pacient dostane špunty nebo si je chrání sluchátky s hudbou, oči musí mít zavřené (10, 11, 14).

K vyloučení jiných onemocnění dutiny břišní jako je vřed gastroduodena, biliární peritonitida nebo střevní ischemie se v některých případech přistupuje k diagnostické laparotomii (8).

1.2.3 Léčba akutní pankreatitidy

Léčba akutní pankreatitidy se odvíjí od zjištěného rozsahu nemoci. Lehká forma pankreatitidy, která se vyskytuje v 80 %, je dobře zvladatelná konzervativní nebo endoskopickou terapií. Při nekrotizující pankreatidě je léčba i ošetrovatelská péče o pacienta velice náročná, prognóza bývá závažná a často je spojena se smrtí pacienta. Úmrtnost pacientů s akutní pankreatitidou je 10 – 30 %, dříve byla až 50 %, ale díky rozvíjejícím se možnostem léčby se za posledních 20 let úmrtnost pacientů s akutní pankreatitidou snížila. Podle celkového stavu bývají pacienti s akutní pankreatitidou většinou hospitalizováni na jednotce intenzivní péče (6, 10).

Nejdříve lékaři přistupují ke konzervativní léčbě. Pacient nesmí přijímat nic per os a sestra zavádí dle ordinace lékaře nasogastrickou sondu pro odtok žaludečního obsahu. Veškeré tekutiny a výživa je pacientovi podávána parenterální cestou, centrálním žilním katétrem. Důležité je podávání velkého množství tekutin (5 - 15 l/den) jako prevence hypovolemického šoku, sestra kontroluje diurézu moči a měří centrální žilní tlak. Při

bolestech sestra podává analgetika dle ordinace lékaře, nesmí podávat Morphin, protože může způsobit nežádoucí spasmus Oddiho svěrače. Spasmus vytvoří překážku pro odtok pankreatické šťávy, enzymy se tak hromadí v oblasti pankreatu a způsobují nekrózu žlázy. Pro snížení tvorby pankreatických šťáv jsou intravenózně podávána antisekretorika a při infekčních komplikacích lékař ordinuje antibiotika. Jestliže dochází k rozvoji šokového stavu, selhání ledvin a oběhu, bývá pacient připojen na umělou plicní ventilaci a je nasazena oxygenoterapie, někdy je třeba i opakovaně provést hemodialýzu. Při zlepšení stavu je postupně pacient převáděn na perorální příjem potravy, je zatěžován pankreatickou dietou (6, 7, 9).

U pacientů s akutní biliární pankreatitidou je indikována endoskopická léčba. Endoskopickou papilosfinkterotomií dochází k uvolnění odtoku žluče a odstranění konkrementů ze žlučovodu. Endoskopická papilosfinkterotomie je součástí ERCP, a proto je úloha sestry před a po tomto výkonu shodná s ošetrovatelskou péčí po ERCP. Velmi důležitou roli zde hraje kontrola životních funkcí a krvácení do gastrointestinálního traktu, která se může projevit poklesem krevního tlaku, enteroragií či melénou (6).

K operačním výkonům přistupuje lékař až při komplikacích jako je pankretický abces, symptomatická pankreatická pseudocysta, nekróza nebo septický stav. Chirurgická léčba akutní pankreatitidy je spojena s vysokou úmrtností. Druh operace lékař volí podle nálezu. Rozhoduje se mezi punkcí abcesu pod CT nebo ultrazvukem, proplachovou drenáží do burza omentalis, digitiklasí neboli vydrolení nekrotických hmot s drenáží, levostrannou hemipankreatektomií s drenáží, totální pankreatektomií nebo derivací žluči T-drénem. Často bývá třeba opakovaných revizí. (6, 9, 15).

Významnou úlohu v léčbě akutní pankreatitidy má také ošetrovatelská péče o pacienta (viz 1.4 Ošetrovatelská péče). Asi 20 % případů akutní pankreatitidy přechází do chronického stavu (8).

1.2.4 Komplikace akutní pankreatitidy

Mezi komplikace akutní pankreatitidy řadíme infekce, paralytický ileus, šokový stav, selhání ledvin a oběhu. Lokální změny jsou nekrózy pankreatu, pankreatický abces

a pankreatická pseudocysta. Mezi další komplikace patří krvácení. Při poškození Langerhansových ostrůvků pankreatu vzniká sekundárně diabetes (8).

Pankreatická infekce je závažný rizikový faktor akutní pankreatitidy. Úmrtnost u infikované pankreatické nekrózy je vyšší než u nekrózy sterilní, protože zánět přechází hluboko do retroperitonea (10).

Pankreatický absces je ohraničené ložisko hnisu v pankreatu. Tato septická komplikace vyžaduje chirurgickou léčbu a podávání antibiotik. Lékař provádí drenáž pod CT kontrolou, ale řešení bývá dočasné (8, 10).

Pankreatická pseudocysta vzniká za 4 - 6 týdnů od začátku nemoci nahromaděním tekutiny v okolí pankreatu. Obsah pseudocysty bývá čirý, bělavý nebo tmavě zbarvený. Pro odlišení od cystických tumorů lékař ordinuje provést vyšetření krve na CA 19-9. Léčba chirurgická spočívá v zevní nebo vnitřní drenáži, někdy musí lékař přistoupit i k resekci. Před operací by mělo být vždy provedeno ERCP (8, 10).

Působením pankreatických enzymů dochází k narušení pankreatických cév, které způsobují krvácení do retroperitonea, příčného tračníku, burzy omentalis nebo přímo do pankreatu. Zánět a aktivované enzymy mohou natrávit i stěnu velkých cév, vznikají tak pseudoaneurysmata, která mohou masivně krváčet. Mírnější krvácení do pankreatických vývodů se může projevit melénou a anemizací. Akutní krvácení se vyznačuje náhlým zhoršením bolestí břicha s příznaky hemoragického šoku. U akutního krvácení je indikována laparotomie. V ostatních případech se pomocí angiografie snažíme určit zdroj krvácení (10).

Velký význam v prevenci opakovaných atak akutní pankreatitidy má změna životního stylu a výživy. Prevencí opakované akutní pankreatitidy při biliární příčině je cholecystektomie, odstranění cholelitiázy (8).

1.3 Chronická pankreatitida

Chronická pankreatitida je chronický zánět slinivky břišní, který je charakterizován postupnou náhradou sekrečního parenchymu fibrózní tkání s kalcifikacemi. Fibróza je ireverzibilní a většinou se postupně zhoršuje. Některé části pankreatu jsou zúžené a nad překážkou je pankreatický vývod dilatován. Poškozením zevně sekretorické části

slinivky břišní klesá produkce pankreatických enzymů. Porušená funkce vnitřně sekretorické části slinivky břišní vede k sekundárnímu diabetu (6, 9).

Nejčastější příčinou chronické pankreatitidy bývá nadměrná konzumace alkoholu a opakované akutní pankreatitidy. Dalšími metabolickými příčinami jsou hyperkalcemie při hyperparatyreóze, chronická uremie, proteinová malnutrice, toxiny a léky, hlavně kortikoidy a thiazidová diuretika. Chronickou pankreatitidu mohou také vyvolat anatomické změny jako je pankreas divisum, stenóza Vaterovy papily, tumor či duodenální divertikl. Příčinou bývá také dědičnost, hepatitida B či Crohnova nemoc. U dětí bývají příčinou chronické pankreatitidy viry (Coxsackie) nebo cystická fibróza (6, 9).

1.3.1 Klinický obraz a diagnostika chronické pankreatitidy

Všechny formy chronické pankreatitidy nejsou bolestivé. Bolesti jsou obvykle tlakového charakteru v okolí pupku a levého podžebří, které bývají způsobeny městnáním pankreatických šťáv v pankreatických vývodech za stenózou, nádorem nebo biliárním konkrementem a mohou přicházet v opakujících se atakách. Velice časté jsou dyspeptické potíže po jídle, kdy pacienti trpí říháním, nadýmáním a nechutenstvím. Mívají objemné a mastné stolice, které se nazývají steatorea, při obstrukci žlučových cest se objevuje ikterus a také se může projevit váhový úbytek, který často vede až ke kachexii (7, 8, 9).

Stejně jako u akutní pankreatitidy je základem diagnostiky důkladná anamnéza pacienta a fyzikální vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. Důležitým laboratorním vyšetřením jsou jaterní testy a stanovení hladiny pankreatických enzymů v séru a moči. Pankreatické enzymy u chronické pankreatitidy nebývají zvýšeny, jak je tomu u pankreatitidy akutní, pouze při exacerbaci, při znovu vzplanutí nemoci. Dále vyšetřujeme tumor marker CA 19-9 odběrem krve, jehož zvýšená hodnota signalizuje nádor pankreatu. Po zátěži glukózou může glykemická křivka vykazovat známky diabetu. Chemické vyšetření stolice ukazuje zvýšené množství tuků a snížené množství trypsinu a chymotripsinu. Zevní pankreatickou sekreci vyšetřujeme pomocí sekretin-

cholecystokininového testu, kdy sledujeme změnu koncentrace enzymů v pankreatickém sekretu (9).

Sekretin-cholecystokininový test je invazivní a velice náročný jak pro pacienta, tak pro laboranta, který provádí rozbor duodenálního obsahu. Vyšetření je prováděno u lačného pacienta, kdy laborant nejprve odebírá vzorek krve. Poté zavádí žaludeční sondu za účelem odsátí obsahu žaludku, aby nedošlo ke kontaminaci duodenálního obsahu. Do duodena zavádí další sondu a odebírá lačný vzorek duodenálního obsahu pro stanovení bazálních hodnot. Po intravenózním podání cholecystokininu nebo sekretinu, gastrointestinálních hormonů, které stimulují sekreci pankreatu, provádí za 20 minut opět odběr duodenálního obsahu k laboratornímu rozboru (16).

Ze zobrazovacích metod využíváme sonografie, endosonografie, počítačové tomografie s kontrastní látkou, ERCP, nativní RTG snímek břicha a magnetickou rezonanci. Zásadním problémem při diagnostice je odlišení tumorózní formy chronické pankreatitidy od maligního nádoru slinivky, a proto se také provádí biopsie pankreatu (6, 7).

1.3.2 Léčba a komplikace chronické pankreatitidy

Chronická pankreatitida má tendenci postupně progredovat, a proto dochází k insuficienci sekrece pankreatu. Jde tedy o závažné onemocnění s několikaletým průběhem (7).

Základem konzervativní léčby u chronické pankreatitidy je změna životních návyků pacienta. Hlavním režimovým opatřením je absolutní zákaz alkoholu a dieta, ve které jsou omezeny živočišné tuky. Pro pacienta je naopak důležitý dostatečný přísun bílkovin, minerálních látek a vitamínů. Při bolestech břicha sestra podává dle ordinace lékaře pacientovi analgetika a spasmolytika. Při poruše zevní sekrece podává léky s obsahem pankreatické lipázy, které napomáhají štěpení tuků z potravy. Jestliže u pacienta vznikl diabetes, je nutná inzulinoterapie či podávání antidiabetik (6).

Endoskopická léčba je indikovaná především při pankreatitidě z biliární příčiny, kdy se při ERCP odstraní z pankreatického vývodu konkrementy. Po zklidnění

chronické pankreatitidy je třeba provést cholecystektomii, protože do pankreatického vývodu mohou vycestovat ze žlučníku další konkrementy. Pokud je pankreatický vývod zúžen například tumorem, bývá endoskopicky zaveden stent, který umožňuje lepší odtok sekretu (6).

K chirurgické léčbě lékař přistupuje jen u pokročilých forem onemocnění, jestliže stav pacienta nelze řešit medikamentózně, dietním režimem či endoskopicky. Tehdy lékař provádí drenáž, anastomózu nebo resekci části pankreatu, aby se vyřešil odtok pankreatické šťávy do střeva (6, 9).

Vlivem zhoršeného životního stylu lidské populace, bývají pacienti s chronickou pankreatitidou opakovaně hospitalizováni. Mezi časté komplikace chronické pankreatitidy patří nejenom diabetes mellitus, ale může vzniknout také pankreatický ascites při ruptuře pankreatického vývodu. Další lokálními komplikacemi je pseudocysta či flegmóna retroperitonea a v některých případech dochází ke vzniku karcinomu pankreatu. Nejčastějším nádorem slinivky břišní je adenokarcinom, který má vysokou mortalitu, téměř 100 %. Pacientům je po radikální resekci život prodloužen jen o několik měsíců. Většina pacientů od stanovení diagnózy za 7 - 9 měsíců umírá (6, 9).

1.4 Ošetrovatelská péče

1.4.1 Ošetrovatelská péče o pacienty s akutní pankreatitidou

Pacient s akutní pankreatitidou bývá hospitalizován na jednotkách intenzivní péče interních nebo chirurgických oddělení. Ošetrovatelská péče o pacienty s akutní pankreatitidou je velice náročná. Sestra věnuje pacientovi trvalou ošetrovatelskou péči. Při přijetí sestra uloží pacienta do nemocničního lůžka do polohy na zádech s mírně zvednutým záhlavím a zajistí pacientovi signalizační zařízení na dosah ruky (9, 17).

Během hospitalizace pacienta sestra plní ordinace lékaře, podává analgetika a parenterální výživu, měří fyziologické funkce, sleduje laboratorní hodnoty, bolestivost, diurézu, vyprazdňování, pečuje o žilní vstupy, nasogastrickou sondu, permanentní močový katétr, o psychický stav, celkovou hygienu pacienta a dbá na prevenci dekubitů (9, 17).

Sestra pacienta poučí o zákazu přijímání tekutin, stravy a léků per os. Dutinu ústní může podle potřeby vytírat borglycerinovými štětičkami nebo si pacient může ústa vypláchnout vodou, nesmí polykat. Nasogastrickou sondu sestra zavádí dle ordinace lékaře za účelem úlevy od zvracení a odčerpání žaludeční šťávy do sběrného sáčku. Velmi nutná je psychická příprava pacienta. Sestra pacienta poučí o důvodu a postupu výkonu a požádá ho o aktivní spolupráci, upozorní na nebolestivé, ale na nepříjemné dráždění na zvracení. Žaludeční sondy jsou vyráběny z pružného materiálu v několika velikostech. Pro snadnější zavádění se sonda uchovává v lednici, aby byla pevná a nestácela se. Sestra pacienta uloží do Fowlerovy polohy a zeptá se na případné zlomeniny či operační výkony nosu. Zvolí si délku sondy pro její zavedení tak, že vede sondu od špičky nosu k ušnímu lalůčku a poté ke konci hrudní kosti. Na konec namražené sondy sestra nanese znečistlivující gel a sondu opatrně zavádí nosní dírkou do žaludku. Pro snadnější zavedení sondy si pacient během posunování sondy polyká, popíjí si malé množství tekutin, které po zavedení sondy oteče do sběrného sáčku. Při vyvolání nauzey, zavádění sondy sestra přerušuje a požádá pacienta, aby si hluboce, ale klidně dýchal. O správnosti zavedení se sestra přesvědčí Jannetovou stříkačkou, kterou aspiruje obsah žaludku. Jestliže se neobjeví žaludeční obsah, aplikuje sestra Jannetovou stříkačkou do sondy asi 30 ml vzduchu a v oblasti žaludku provede poslech fonendoskopem. Jestliže slyší bublání, je sonda zavedena správně. Nasogastrickou sondu fixuje lepením na odmaštěný kořen nosu a dle ordinace lékaře napojí sondu na sběrný sáček. Pravidelně sleduje barvu a množství výdeje ze sondy. Po dobu zavedení sestra pečuje o nos a dutinu ústní, sondu pravidelně přelepčuje a dbá na prevenci dekubitů polohováním sondy střídavě na vnitřní a vnější stranu nosní dírky. Komplikacemi při zavádění nasogastrické sondy jsou zavedení do dýchacích cest, nauzea, zvracení, aspirace žaludečního obsahu, překážka, anatomický defekt nebo poúrazové změny dutiny nosní, poškození nosohltanu, stáčení sondy v ústech, ucpání sondy, nozokomiální infekce a vznik dekubitů při jejím dlouhodobém zavedení (18, 19, 20).

Aby mohla sestra podávat parenterální výživu, intravenózní léky a měřit centrální žilní tlak, je nutné zavedení centrálního žilního vstupu. Do centrálního řečiště je možné

aplikovat roztoky o vyšší koncentraci, než lze podávat do periferie. Kanylaci centrální žíly provádí lékař, sestra asistuje. O způsobu provedení kanylace a o možných komplikacích informuje pacienta lékař. Sestra podává pacientovi informace týkající se spolupráce při výkonu a způsobu ošetřování kanyly. Centrální žilní katétr jsou jednocestné nebo s více vstupy. Nejčastěji bývá katétr zaveden do vény subclavie nebo do vény jugularis interna. Před výkonem si sestra připraví sterilní stolek a ostatní pomůcky. Na sterilním stolku by neměl chybět peán, nůžky, jehlec, skalpel, tampony, injekční stříkačky a jehly, jednorázové šití, zvolený katétr a rukavice (18).

Sestra změní základní fyziologické funkce a oholí dle potřeby místo vpichu. Pacienta uloží do mírné Trendelenburgerovy polohy, paže na straně kanylace je připeřena, hlava otočena na opačnou stranu. Lékař provede dezinfekci a znecitlivění místa vpichu anestetikem v injekční stříkačce s jehlou. Punkční jehlu zavede do příslušné žíly, skrz ní vsune zavaděč a nakonec přes zavaděč zavede příslušný katétr. Po proplachu přišije katétr ke kůži a sestra přelepí místo vpichu sterilním krytím. Během výkonu sleduje celkový stav pacienta. Polohu zavedeného katétru je nutné zkontrolovat pomocí rentgenového snímku srdce a plic. Mezi komplikace kanylace centrálního katétru patří punkce artérie, pneumothorax, hemothorax, poškození nervu, hematoma, embolie nebo perforace žíly. Sestra každý den sleduje místo vpichu, dezinfikuje a sterilně převazuje. Mohou se vyskytnout i pozdní komplikace, jako je kanylová seps (18).

Dle ordinace lékaře může sestra při zavedeném centrálním periferním katétru měřit centrální žilní tlak. Centrální žilní tlak (CVT) vypovídá o náplni žilního řečiště a o funkci pravé srdeční komory. Sestra pacienta uloží do polohy na zádech bez polštáře a označí si nulový bod, který je na úrovni pravé srdeční komory. CVT měří pomocí trojcestného infuzního setu naplněného fyziologickým roztokem. Pootočením kohoutu nechá sestra klesat hladinu fyziologického roztoku v měřicí soupravě. Hodnota CVT se odečítá na konci výdechu pacienta, kdy norma pro CVT je 3 - 10 cm vodního sloupce (18).

Pro potřeby měření diurézy pacienta se zavádí permanentní močový katétr. U žen katétr zavádí sestra, u mužů lékař a sestra mu asistuje. Dle nové legislativy může sestra

na JIP zavádět permanentní močový katétr i muži. Permanentní močový katétr (PMK) zavádíme za aseptických podmínek. Cévky jsou v několika velikostech a typech, používáme Foleyův, Nelaton katétr a pro muže Tiemannův katétr, který má zahnutý konec. Pacient(ka) je poučen(a) lékařem/sestrou o důvodu a o způsobu provedení výkonu. Sestrou je poučen(a) o spolupráci při výkonu a o manipulaci se zavedeným katétrem (18, 19, 21).

Komplikacemi při zavádění močového katétru jsou poranění až perforace při nešetrném zavádění, zavedení do nesprávné polohy či nemožnost cévku zavést při stenózách močové trubice. Po stažení předkožky přes penis může vzniknout parafimóza. Pozdní komplikací je močová infekce při nedodržení asepsy nebo ucpání katétru například koaguly (18, 19, 21).

Sestra o zavedený permanentní močový katétr pečuje a provádí nebo dle stavu pacienta dohlíží na důslednou hygienu genitálu. Sleduje průchodnost katétru, barvu, zápach, příměsi v moči a množství, které zapisuje do záznamu o bilanci tekutin. Moč ze sběrného sáčku pravidelně vyprazdňuje a také sleduje celkový stav pacienta, obzvláště si všímá známků infekce. Močový systém rozpojuje jen v nejnútnejších případech a při opětovném napojení oba konce desinfikuje. Permanentní močový katétr vyměňuje přibližně jednou za 3 týdny. Před odstraněním permanentního močového katétru sestra uzavírá cévku na dobu 2 - 4 hodin, aby si močový měchýř opět zvykl na pravidelnou náplň (18, 19, 21).

Pacient s akutní pankreatitidou mívá ukrutné bolesti abdominální oblasti, a proto je nutné pravidelné sledování bolesti. Akutní bolest je bolest, která vzniká náhle z pocitu plného zdraví a bývá často spojena se zvracením, pocením a změnou fyziologických funkcí. Chronická bolest mívá většinou stejnou intenzitu a trvá dlouhou dobu, 3 - 6 měsíců i déle. U pacienta sestra sleduje lokalizaci, charakter, intenzitu a časový průběh bolesti. Bolest je subjektivní pocit, který se projevuje verbalizací, při které pacient popisuje vlastní pocit bolesti. Uvádí místo bolesti, sílu a někdy i specifický charakter. Sdělení bolesti může probíhat i neverbálními projevy. Mezi nejčastější neverbální projevy patří pláč, nařikání, vzdychání, objevují se bolestivé grimasy v obličeji a někdy sestra nachází nemocného ve strnulé poloze, v klubičku či na „všech

čtyřech“. Na základě verbálních i neverbálních projevů sestra hodnotí bolesti. Vše zapisuje do ošetrovatelské dokumentace a vede graf bolesti. Pro určení intenzity bolesti používá stupnici od 0 - 10 na posuvném pravítku či u dětských pacientů stupnici obličejů. Tato metoda hodnocení bolesti je nazývána metodou VAS (Visual Analogue Scale), podle které bývají lékařem ordinována analgetika. Po podání analgetik, musí proběhnout přehodnocení bolesti, kdy sestra sleduje úlevu a efekt podaných analgetik. Po podání analgetik per os, sestra přehodnotí bolest za 1 hodinu, po podání injekčních analgetik sestra přehodnotí bolest již za 30 minut. Každý pacient je sestrou při příjmu na ošetrovatelskou jednotku o bolesti, její stupnici a o možnosti se kdykoli přihlásit o analgetika, řádně informován. Na každé ošetrovatelské stanici je k dispozici standard, který upravuje a určuje ošetrovatelskou péči o pacienta při bolesti (19).

S bolestí je úzce spjata psychická stránka osobnosti. Každý pacient je individuální jedinec. Nikdo nemá stejný práh bolesti, a tak každý pacient bolest prožívá jiným způsobem. Dlouhodobá neustupující bolest může u nemocného vyvolat pocity strachu, obav, úzkosti a beznaděje. Při léčbě bolesti je velice důležitý přístup zdravotnického personálu k pacientovi, kdy základem je umění komunikace. Sestra nechá pacienta popsat bolest vlastními slovy, bere vážně jeho nářky, aktivně naslouchá a klade doplňující otázky. Nezbytné jsou pro pacienta informace o vlastním onemocnění, vyšetření a léčbě, které by měl pacientovi podat lékař. Při léčbě bolesti sestra s pacientem aktivně spolupracuje. Hodnotí bolest, podává analgetika dle VAS a ordinace lékaře, příkládá obklady, učí pacienta zaujímat úlevovou polohu a pomáhá mu vyhledávat zaměření pozornosti jiným směrem. Šetrně s nemocným manipuluje, provádí převazy a další ošetrovatelské výkony. Podpůrné jsou i psychologické prostředky jako je vlídné slovo, vstřícné chování a zájem. Péče o psychický stav pacienta s akutní pankreatitidou je tedy nezbytnou součástí ošetrovatelské péče, do které by měla být zahrnuta i spolupráce s rodinou nemocného (18, 19, 22).

Při celkovém zhoršení stavu pacienta a výskytu komplikací vyžaduje pacient další specifickou ošetrovatelskou péči. U pacientů se mohou objevit známky dušnosti, které jsou většinou způsobeny tvorbou výpotku v dutině hrudní. Pro zlepšení dechové nedostatečnosti je nutné provést punkci hrudní dutiny za účelem odsátí výpotku. Před

každou punkcí hrudníku je proveden RTG snímek hrudníku pro přesnou lokalizaci punktovaného ložiska. Lékař, který punkci bude provádět, informuje pacienta o výkonu a eventuálních komplikacích, poté mu nechá podepsat informovaný souhlas. Sestra při punkci lékaři asistuje a vede pacienta ke spolupráci. Pacienta k výkonu posadí a provede desinfekci místa punkce. Lékař místo vpichu znecitliví anestetikem a provede vpich punkční jehlou, na kterou napojí spojovací hadičku a trojcestný kohout pro snadnější odtažení výpotku. Výpotek odsává injekční stříkačkou nebo ho nechá odtéct samospádem do sběrného sáčku. K provedení hrudní drenáže lze použít již kompletní soupravu pro punkci – pleuracen. Hrudní punkce je prováděna jednorázově nebo lze hrudní drenáž ponechat na dobu 1 - 2 dnů dle ordinace lékaře a výdeje z hrudníku. Sestra kontroluje stav fixace drénu, sleduje barvu a měří množství výpotku, který se hromadí ve sběrném sáčku. Po vytažení punkční jehly při výdechu pacienta, sestra co nejrychleji místo vpichu ošetří kompresí a zalepením, aby do dutiny hrudní nevnikl vzduch (18).

Při snížené saturaci kyslíkem je dle ordinace lékaře zahájena kyslíková terapie. Kyslík je k pacientovi přiváděn kyslíkovými brýlemi nebo maskou z centrálního rozvodu kyslíku, který je v dnešní době již ve většině nemocnic. Při manipulaci s kyslíkem se musí sestra řídit bezpečnostními předpisy, nikdy nepracuje s kyslíkem, pokud má právě krémem natřené ruce. Přiváděný kyslík je vždy zvlhčován, aby sliznice dýchacích cest nebyly vysušovány, a proto sestra do nádoby pod rotametrem nalije sterilní vodu a pravidelně kontroluje její hladinu. Dle ordinace lékaře sleduje oxymetrem hodnoty saturace kyslíkem a reguluje množství podávaného kyslíku (18).

Po operačním řešení akutní pankreatitidy, při kterém byla provedena drenáž dutiny břišní, je důležitá ošetrovatelská péče o drény, které odvádí sekret z dutiny břišní samospádem do sběrného sáčku. Sestra dle ordinace lékaře provádí za aseptických podmínek laváž pankreatického prostoru ordinovaným roztokem a sleduje množství a barvu výdeje z drénu. Okolí drénu při každém prosaku, minimálně jedenkrát denně, ošetřuje a mění sterilní krytí (18).

Samozřejmostí při celkovém zhoršení stavu pacienta, kdy je pacient vyčerpaný a unavený, je ošetrovatelská péče o osobní hygienu a péče o vyprazdňování. Sestra

podle potřeby podkládá podložní mísu nebo přebaluje plenkové kalhotky. Při riziku vzniku dekubitů minimálně po dvou hodinách pacienta polohuje a preventivně ošetřuje predilekční místa (13).

Jestliže dojde k selhání životně důležitých funkcí, je pacient přeložen na oddělení ARO, kde je intubován a napojen na umělou plicní ventilaci. Při selhání činnosti ledvin, podstupuje pacient hemodialýzu. Naopak pokud je stav pacienta stabilizován, bývá předán k další léčbě a ošetrovatelské péči na standardní oddělení (18).

1.4.2 Ošetrovatelská péče o pacienty s chronickou pankreatitidou

Pacient s chronickou pankreatitidou nevyžaduje hospitalizaci na jednotkách intenzivní péče. Bývá hospitalizován na interních či chirurgických standardních odděleních. Ošetrovatelská péče o pacienty s chronickou pankreatitidou není tak náročná jako péče o pacienty s pankreatitidou akutní (18).

Pacient s chronickou pankreatitidou nepotřebuje parenterální výživu, a tak mu pro aplikaci intravenózních léků a k infuzní terapii stačí periferní žilní katétr. Kanylaci periferní žíly může provádět zkušená sestra. Po zavedení kanyly sestra zaznamená do dokumentace datum, čas a místo zavedení. V dokumentaci nesmí chybět podpis sestry, která výkon prováděla. Poté sestra stanoví ošetrovatelskou diagnózu a plán péče o kanylu. Po celou dobu zavedení, doporučuje se maximálně 48 hodin, kontroluje místo vpichu, průběh vedení žíly a všimá si známek zánětu - lokálního zarudnutí, zteplání, otoku, bolesti a pálení při aplikaci, celkové zvýšené tělesné teploty, třesavky. Změny hlásí lékaři. Jsou-li na končetině přítomny známky flebitidy, ošetří postižené místo přiložením lihového obkladu nebo mastí dle ordinace lékaře. Komplikacemi při kanylaci periferní žíly bývá zavedení flexily paravenózně s rozvojem podkožního hematomu, alergická reakce na desinfekční prostředek či náplast, pozdní zánětlivá žilní reakce nebo nozokomiální infekce s obrazem celkové sepse. Aplikaci intravenózních léků a infuzí může provádět sestra bez specializace v ARIP pouze na základě písemného pověření lékaře nebo pokud má sestra výkon v náplni práce (18).

Chronická pankreatitida reaguje dobře na konzervativní terapii. Díky nastavenému dietnímu režimu a infuzní terapii bývá pacient během několika dní zotaven. Do jeho

trvalé medikace bývají zahrnuty léky obsahující pankreatické enzymy. Před propuštěním je pacient poučen o dietním režimu (11).

1.4.3 Edukace pacientů s pankreatitidami

Edukace v ošetrovatelství je aplikovaný obor, který se zabývá výchovou a vzděláváním pacientů, ale i zdravých jedinců. Rozvíjející se možnosti léčby a ošetrovatelské péče vede zdravotníky k seznamování se s novými vyšetřovacími metodami, ošetrovatelskou péčí, rehabilitací a léčebným režimem. Sestra, která edukaci provádí, by měla mít dobré teoretické i praktické znalosti a dovednosti a také by měla být vybavena dostatečnými komunikačními schopnostmi. Hlavním cílem edukace v ošetrovatelství je podpora k udržení a navrácení zdraví, většinou změnou dosavadního života, kdy pacient porozumí své roli v péči o sebe a je schopen převzít za tuto péči zodpovědnost. Existuje celá řada onemocnění, při kterých má edukace nezastupitelnou roli (23).

Edukační proces je rozdělen do několika fází. K první fázi patří posuzování vědomostí, schopností, zručností, postojů a jednání pacienta. Ne každý pacient je schopen edukace. V některých případech sestra edukuje rodinné příslušníky. Na základě potřeby seznámit pacienta s novými zkušenostmi sestra stanoví edukační diagnózu a cíle. Třetí fázi tvoří plánování a příprava poskytování potřebných informací. Pomocníkem v edukaci je informační materiál, letáčky, brožury popřípadě pomůcky k praktické edukaci. Další fáze zahrnuje samotnou realizaci edukace, která může být poskytována jednotlivci nebo skupinám. Edukace je zakončena vyhodnocením edukačního procesu zpětnou vazbou, která zjišťuje, zda pacient rozuměl podaným informacím nebo sledujeme, jak je pacient zručný při ošetrovatelské péči. Sestra o edukaci provede zápis do dokumentace pacienta (23).

Nezbytnou součástí ošetrovatelské péče o pacienty s pankreatitidami před propuštěním do domácí péče je edukace v oblasti životního stylu a dietního omezení. Poučení by měli provést sestra i lékař (23).

Sestra si pro pacienta vyčlení dostatek času a zvolí k edukaci klidnou místnost nebo pokoj pacienta. Dbá na celkový stav pacienta, se kterým se dopředu domluví na

vyhovujícím čase edukace. K vlastnímu poučení pacienta si připraví vhodný edukační materiál. Informuje ho o zákazu užívání alkoholu, o dietě s omezením tuků, o užívání léků a o pravidelných kontrolách. Doporučí mu pravidelné stravování, omezení kouření a vyhýbání se stresovým situacím. Pacientovi také sdělí, jaký význam má změna životního stylu a dietního omezení a jaká plynou rizika z nedodržování režimu. Během edukace nechá sestra pacientovi prostor pro jeho vyjádření a otázky. Tato zpětná vazba je důležitá pro sestru, aby zhodnotila, jak pacient pochopil poučení a zda je dostatečně edukován. V případě potřeby poučí sestra i rodinné příslušníky. Na závěr edukace předá pacientovi letáček s dietním omezením či kontakt na nutričního terapeuta. Edukace pacienta sestrou je zaznamenána do edukačního listu, který je součástí ošetrovatelské dokumentace, společně s datem, podpisem pacienta a sestry, která edukaci provedla (23).

Edukace pacienta s pankreatitidou má velký význam, protože úspěšnost léčby je přímo úměrná dodržování režimu. Bez aktivní spolupráce pacienta na edukačním režimu nemůže mít léčba dostatečný efekt. Pacienti, kteří nedodržují léčebný režim, bývají opakovaně hospitalizováni, protože se znovu objevují projevy nemoci a komplikace (23).

1.5 Dietní opatření

Dietoterapie neboli léčebná výživa je součástí léčebné, ale i preventivní péče, která významně ovlivňuje jednotlivá onemocnění. Zahrnuje parenterální, enterální výživu, výživu per os i doplňkový sipping, což je popíjení nutričně definovaných nápojů (24).

1.5.1 Dietní režim při akutní pankreatitidě

Akutní pankreatitida vyžaduje přísný dietní režim, který patří mezi základní opatření léčby pacienta. Jde o pankreatickou dietu. V prvních 3 - 5 dnech nesmí pacient přijmout nic per os. Klasický přívod živin perorální cestou, žaludeční nebo duodenální sondou je kontraindikovaný (25, 26).

„Již v roce 1977 Ranson varoval před riziky, jež vznikají u nemocných s akutní pankreatitidou, kteří dostávají perorální dietu, ale na druhé straně i před rizikem hladovění a katabolismu při rozvoji akutní pankreatitidy. Podle Ransonových studií trpěli nemocní, u nichž nebyl zastaven perorální přívod, v dalším vývoji akutní pankreatitidy zvýšeným rizikem pankreatických infekcí, abscesů a sepse.“ (28, Zadák, 2002, str. 365).

Veškerá výživa a tekutiny jsou podávány intravenózně. Jde tedy o výživu parenterální, která je důležitá pro úpravu stavu vnitřního prostředí. Parenterální výživa musí být zahájena včas, aby nedošlo k rozvoji malnutrice. Stav výživy závisí na hydrataci, na množství minerálů v krvi a na energetickém výdeji pacienta. Základní podmínkou pro úspěšnou aplikaci parenterální výživy je žilní přístup. Jde nejčastěji o centrální žilní přístup, který umožňuje podávat vysoce koncentrované roztoky po delší dobu. Parenterální výživa do periferní žíly je limitována osmolalitou roztoků, neměla by být vyšší než 600 - 800 mosm/l. Nejčastější komplikací periferní parenterální výživy při podávání roztoků s vyšší koncentrací je tromboflebitida (24, 29).

K obrovskému rozvoji parenterální výživy došlo v šedesátých letech 19. století. V dnešní době je doporučována výživa obsahující glukózu, tuky i aminokyseliny. Roztoky v několika lahvích nahradila výživa systémem all-in-one, vše v jednom, která je především firemně balená ve speciálních vacích s 2 - 3 komorami. Dříve se výživa chystala v lékárně za přísných sterilních podmínek. Těsně před podáním výživy all-in-one sestra komory ve speciálním vaku smíchá a dle ordinace lékaře přidá stopové prvky, vitamíny a minerály. Výhodou systému all-in-one je snadnější a rovnoměrná aplikace živin i jednoduchost aplikace jedním infuzním setem, čímž se snížil výskyt infekcí a došlo k úspoře spotřebního materiálu. Také se snížila fyzická zátěž pro sestry a vznikla úspora času pro jinou ošetrovatelskou péči. Parenterální výživa v plném rozsahu je podávána až po stabilizaci oběhu. Energetické potřeby organismu jsou kryty z 50 % glukózou, z 30 % tuky a z 20 % aminokyselinami. Intravenózně podané aminokyseliny stimulují zevní sekreci pankreatu, ale protože jsou potřebné pro zajištění potřeb organismu, sestra je podává zpomalenou rychlostí dle ordinace lékaře. Sleduje

přísně bilanci tekutin, stav minerálů, acidobazickou rovnováhu a glykemii. Patologické hodnoty hlásí lékaři (24, 25).

Prevenčí komplikací parenterální výživy je dodržování stanovených denních dávek jednotlivých živin a povolených rychlostí pro jejich podávání. Mezi metabolické komplikace parenterální výživy patří metabolická acidóza při dlouhodobé nedostatečné parenterální výživě (hladovění) a při nadbytku aminokyselin nebo překročení jejich povolené rychlosti podávání, hyperosmorální syndrom z nadbytku sodíku, hypoglykemie při nadbytku inzulínu v infuzním roztoku, hyperlipémie po podávání tukových emulzí a plicní insuficience. Dalšími komplikacemi jsou deficit vitamínů, stopových prvků a esenciálních mastných kyselin, syndrom z předávkování vitamínů, ale také osteoporóza, cholestatické poškození jater či cholelithiáza (27).

Při zlepšení stavu a známkách obnovené pasáže začínají pacienti přijímat tekutiny per os. Parenterální výživa je doplněna o slabý černý čaj podávaný po lžičkách a o sacharidy v podobě sucharů, staršího pečiva a bramborové kaše připravené s vodou. Může se také připravit odvar z rýže či ovesných vloček, jablečné pyré a mrkvová šťáva. Tato pankreatická dieta trvá asi 4 dny a je přechodem na dietu 4S. Stravu podáváme v menších dávkách, každý den přidáváme postupně nové potraviny. Při potížích je nutné se vrátit v dietě zase o den zpět. Strava je připravována tak, aby nebyla ani příliš horká, ani studená (30, 31).

Jestliže pacient během prvních 4 dnů stravu toleruje, přechází na dietu 4S s přísným omezením tuku. Strava je bohatá na sacharidy s malým množstvím mléčných bílkovin a s naprostým vyloučením bílkovin masa a tuku. Množství bílkovin je do 30 g/den a množství tuků nepřesahuje 20 g/den. Stravu sestra podává v kašovitě konzistenci. Dieta je neplnohodnotná a pacientům je ordinována krátkodobě. Vhodné jsou zeleninové omáčky z rajčat, z dušené mrkve a citronů. Z příloh jsou vhodné brambory, rýže a těstoviny. Z koření používáme pouze zelenou petrželku, citronovou a rajčatovou šťávu. Volné tuky na přípravu jídla a k mazání jsou zakázány (6, 24, 31).

Přibližně od 10. - 11. dne podáváme tekutiny pouze per os. Strava obsahuje jednoduché sacharidy, postupně přidáváme vaječný bílek, netučné mléko a mléčné výrobky, libová masa a šunku. Rostlinné oleje přidáváme do hotových pokrmů. Pomalu

přecházíme k dietě č. 4, která je s omezením tuku a cholesterolu a pro kterou platí absolutní zákaz alkoholu, ostrých kořeních přípravků a přepalovaného tuku. Velmi významná je spolupráce s nutričním terapeutem, který v léčbě pankreatitidy hraje důležitou roli. Pacienta s akutní pankreatitidou, který je obvykle podle nutričního screeningu v riziku malnutrice nebo v malnutrici, chodí pravidelně kontrolovat. Při průběžných kontrolách hodnotí jeho stav výživy a sestaví dílčí doporučení pro další dietní zatížení, obsah živin v jídle a předpokládaný výsledek. Vše konzultuje s lékařem a společně se podílejí na dietním postupu (6, 31).

1.5.2 Dietní režim při chronické pankreatitidě

Při chronické pankreatitidě není nutné dodržování přísné pankreatické diety. Pacient by měl ale dodržovat dietu č. 4, dietu žlučnickovou. Dietní režim je šetřící a dlouhodobý. Cílem dietního opatření u chronické pankreatitidy je odstranění bolestí, udržení tělesné hmotnosti a hlavně zpomalení postupu samotného onemocnění (32).

Dieta č. 4 je s omezením tuků a má šetřící charakter. Celkové množství tuků je nižší než 60 g/den. Vybíráme netučné potraviny. Masa vaříme či dusíme, v žádném případě nesmažíme. Omáčky nezahušťujeme jíškou, ale používáme zálivku z mouky a vody. Povolené množství tuků přidáváme až do hotových pokrmů. Příjem stravy během dne je dobré rozdělit do několika menších porcí. Jednotlivé druhy potravin zařazujeme podle individuální snášenlivosti pacienta. Zde je také důležitá spolupráce s nutričním terapeutem (24).

Do jídelníčku můžeme zařadit libová masa, kterými jsou hovězí, kuře bez kůže, ryby, králík. Z uzenin doporučujeme šunku. Tuky používáme rostlinné. Vejce dáváme do jídel jen v omezeném množství. Zeleninu volíme takovou, aby nenadýmala. Vhodné jsou mrkev, celer, petržel, rajčata bez zrníček, špenát. Ovoce bez slupek a zrníček, vhodné jsou dětské přesnídávky. Přílohami k hlavnímu jídlu mohou být brambory, bramborová kaše, rýže a těstoviny. Pro dochucení jídel můžeme použít petrželku, bazalku, libeček či drcený kmín. Jako moučník lze doporučit piškotové těsto, pudink nebo rýžový nákyp z nízkotučného mléka, či ovocné knedlíky z tvarohového těsta (24, 31).

Zcela nevhodná jsou tučná masa, kachna, bůček, uzené maso, vnitřnosti, salámy a paštiky. Nedoporučujeme tučné sýry, mléko, jogurty a smetanu. Do jídelníčku nezařazujeme kapustu, zelí, cibuli, česnek, květák, papriky, okurky ani houby. Z ovoce nejsou vhodné ty, co obsahují zrníčka. Jsou to například maliny, jahody, rybíz, hroznové víno, ale i hrušky a čerstvé třešně. Nepoužíváme ani ořechy, kokos a mák. Z příloh nevybíráme kynuté knedlíky, bramborový salát, hranolky ani luštěniny. Stravu nedochucujeme kari, chilli, pepřem, masoxem nebo hořčicí. Z nápojů se nedoporučuje pít černé kávy a nápojů s vysokým obsahem CO₂. V dietě je absolutní zákaz alkoholu (24, 31).

V závěru lze shrnout, že pro úspěšnou léčbu a udržení stavu choroby bez komplikací i v chronické formě je důležitá mezioborová spolupráce všech odborníků a specialistů, zahrnující nejen lékaře, ale i laboranty a ostatní odborné pracovníky. Stejně významná je spolupráce se středním a nižším zdravotnickým personálem, kde podstatnou a nezastupitelnou roli mají všeobecné sestry a správně i odborně prováděný ošetrovatelský proces, ke kterému je nutné zvyšování úrovně odborných znalostí. Všeobecná sestra tráví u lůžka pacienta poměrně hodně času, tím je v neustálém kontaktu s pacientem, a proto díky svým znalostem a zkušenostem může jako první rozpoznat počínající komplikace a včas informovat lékaře. Hraje tak důležitou roli v úspěšné léčbě pacienta. Nejdůležitějším aspektem však zůstává důsledné dodržování léčebného režimu pacientem, a to jak při hospitalizaci, tak i v domácím prostředí (9).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda sestry znají a dodržují správné postupy při péči o nemocné s pankreatitidou

Cíl 2: Zjistit úroveň informací pacientů s pankreatitidou o dietním režimu

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Sestry se aktivně vzdělávají v péči o pacienty s pankreatitidou

Hypotéza 2: Sestry dodržují správné postupy při ošetrovatelské péči o pacienty s pankreatitidou

Hypotéza 3: Sestry mají dostatek informací o dietním režimu u pacientů s pankreatitidou

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jsou pacientům s onemocněním pankreatu poskytovány dostatečné informace o dietním pankreatickém režimu?

Výzkumná otázka 2: S jakými problémy se setkávají pacienti při navržené změně dietního režimu?

Výzkumná otázka 3: Jsou pacienti schopni sestavit si dle podaných informací o dietním pankreatickém režimu vhodný jídelníček?

3 METODIKA

3.1 Metodika

V této práci bylo použito kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal formou anonymního dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru.

Dotazník (příloha 1) byl určen pro všeobecné sestry na vybraných stanicích nemocnice v Třebíči. Obsahoval 23 otázek, z nichž 20 otázek bylo uzavřených, 2 polootevřené a 1 otázka otevřená. Sestry mohly u 16 otázek vybrat jen jednu správnou odpověď, u 6 otázek mohly označit více odpovědí a k jedné otázce se mohly vyjádřit vlastními slovy. Pro uskutečnění tohoto výzkumu jsem oslovila náměstkyni ošetrovatelské péče Nemocnice Třebíč paní Mgr. Klimešovou (příloha 2). K výzkumu bylo rozdáno 110 dotazníků, což je 100 %, z toho bylo vráceno 71 dotazníků, a tak návratnost činila 64,54 %. Pro neúplnost a nesprávnost vyplnění bylo 7 dotazníků vyřazeno. Konečný počet zpracovávaných dotazníků byl 64, což je 100 % pro šetření. Výzkumné šetření probíhalo během měsíce března roku 2012. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel a zapsány do grafů.

Sběr dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru byl proveden u pacientů hospitalizovaných v nemocnici Třebíč. Rozhovory byly provedeny se souhlasem pacientů, jsou anonymní a byla k nim použita šablona otázek (příloha 3).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

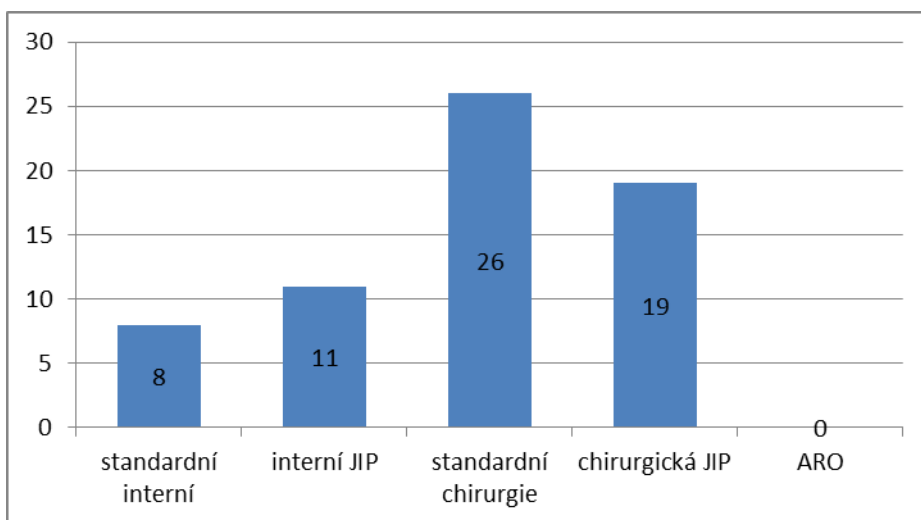
První výzkumný soubor tvořily sestry pracující na standardních stanicích a jednotkách intenzivní péče chirurgického a interního oddělení v nemocnici Třebíč. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 64 sester.

Druhý výzkumný soubor vytvořilo 5 spolupracujících pacientů hospitalizovaných na standardním chirurgickém oddělení, u kterých byla diagnostikována pankreatitida z různých příčin v akutním nebo chronickém průběhu. O rozhovory jsem požádala 3 ženy a 2 muže. Skupina pacientů byla v době poskytnutého rozhovoru ve věku 38, 41, 58, 61 a 63 let. Rozhovory probíhaly po domluvě s pacienty na pokojích nebo v jídelně na oddělení. Jeden rozhovor nebyl z psychických důvodů pacientky dokončen.

4 VÝSLEDKY PRÁCE

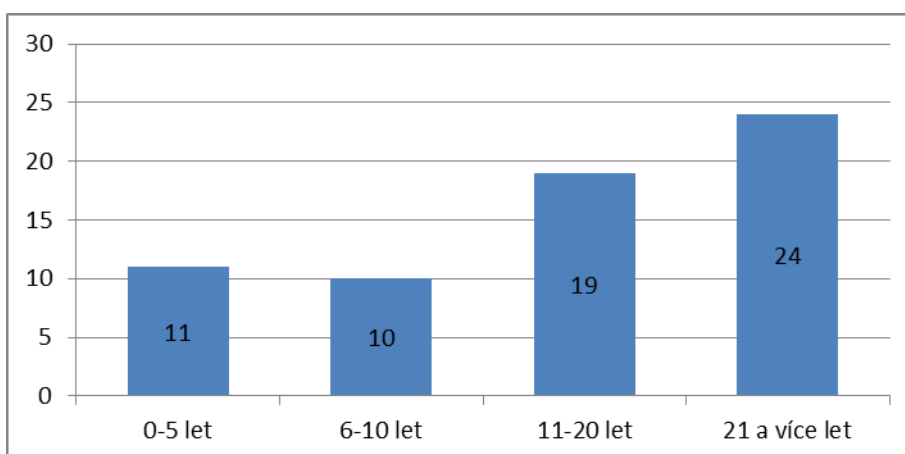
4.1 Výsledky dotazníku

Graf 1 Pracovní oddělení sester



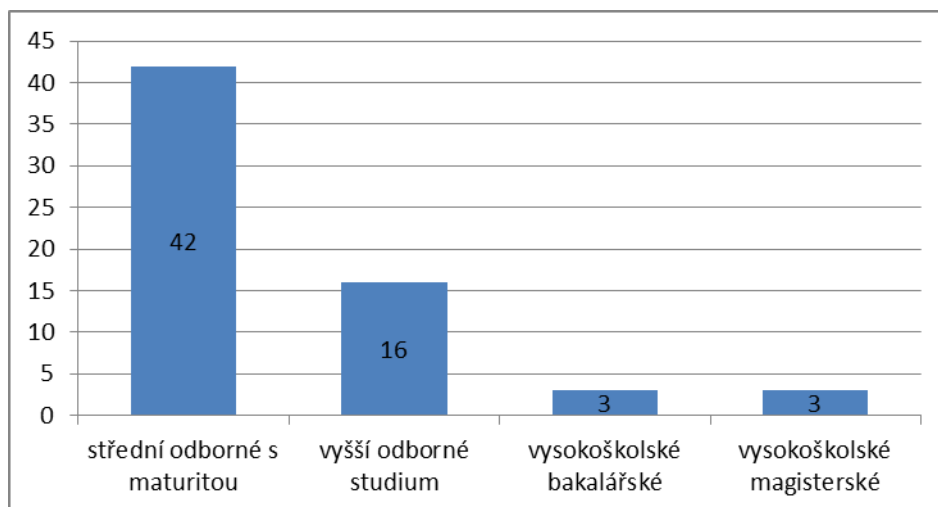
Z celkového počtu 64 dotazovaných sester (100 %) pracuje na standardním interním oddělení 8 sester (12,5 %), na interní JIP 11 sester (17,2 %), na standardním oddělení chirurgie 26 sester (40,6 %) a na chirurgické JIP 19 sester (29,7 %). Sestry z oddělení ARO se dotazování neúčastnily.

Graf 2 Délka praxe sester



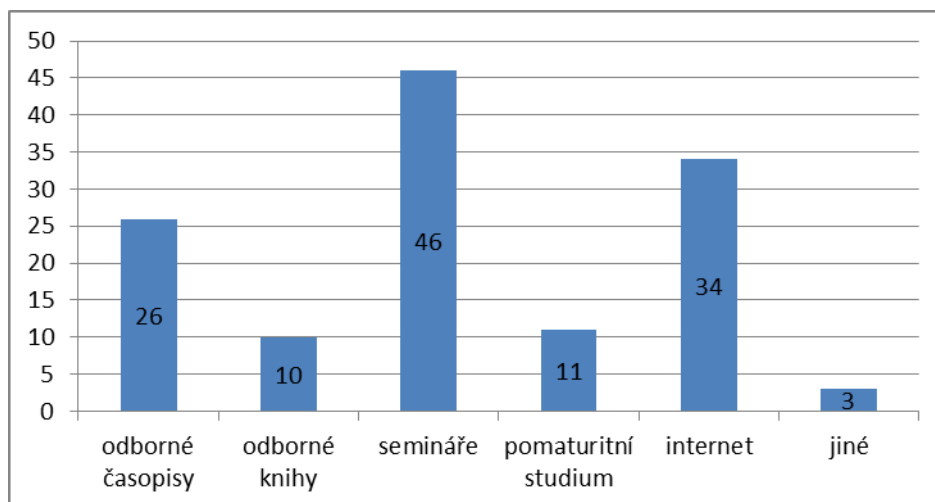
Z celkového počtu 64 sester (100 %) pracuje ve zdravotnictví do pěti let 11 sester (17,2 %), od šesti do deseti let 10 sester (15,6 %), 11 až 20 let praxe uvedlo 19 sester (29,7 %) a u 24 sester (37,5 %) délka praxe překračuje 21 let.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání sester



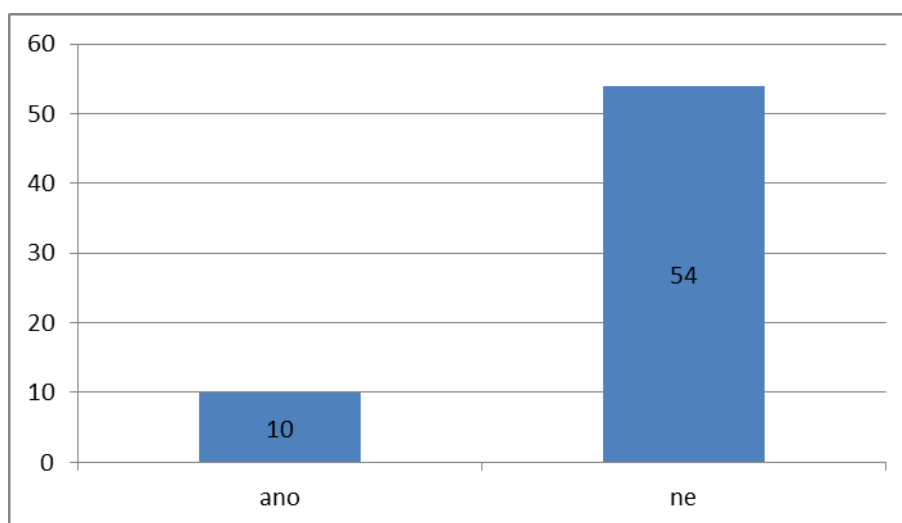
Z celkového počtu 64 sester (100 %) má střední odborné vzdělání s maturitou 42 sester (65,6 %), 16 sester (25 %) absolvovalo vyšší odborné studium, bakalářské vzdělání mají 3 sestry (4,7 %) a vysokoškolské magisterské vzdělání dokončily také 3 sestry (4,7 %).

Graf 4 Způsob rozšiřování vědomostí sester



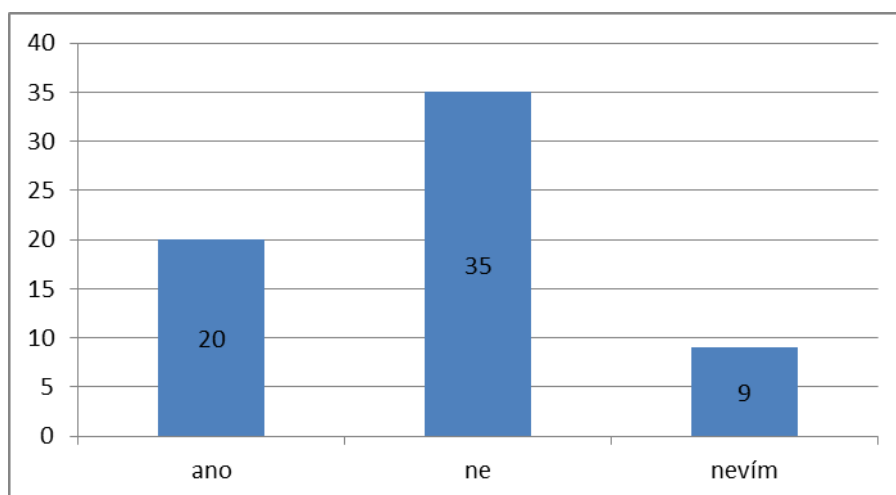
U této otázky měly sestry možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 130 odpovědí sestry uvedly 26x čtení odborných časopisů, 10x čerpání nových poznatků z odborných knih, 46x bylo uvedeno rozšiřování vědomostí z ošetřovatelské péče o pacienty s pankreatitidami návštěvami seminářů. Rozšiřování svých vědomostí pomaturitním studiem uvedly respondentky 11x, hledání informací na internetu 34x a 3x byl uveden jiný způsob rozšiřování znalostí, z nichž 2x mají sestry osobní zkušenosti z praxe a 1x sestra vypracovávala kazuistiku pro bakalářskou práci na téma „Akutní pankreatitida“. V grafu je uvedena četnost odpovědí.

Graf 5 Návštěva semináře věnující se problematice ošetrovatelské péče o pacienty s pankreatitidami během posledního roku



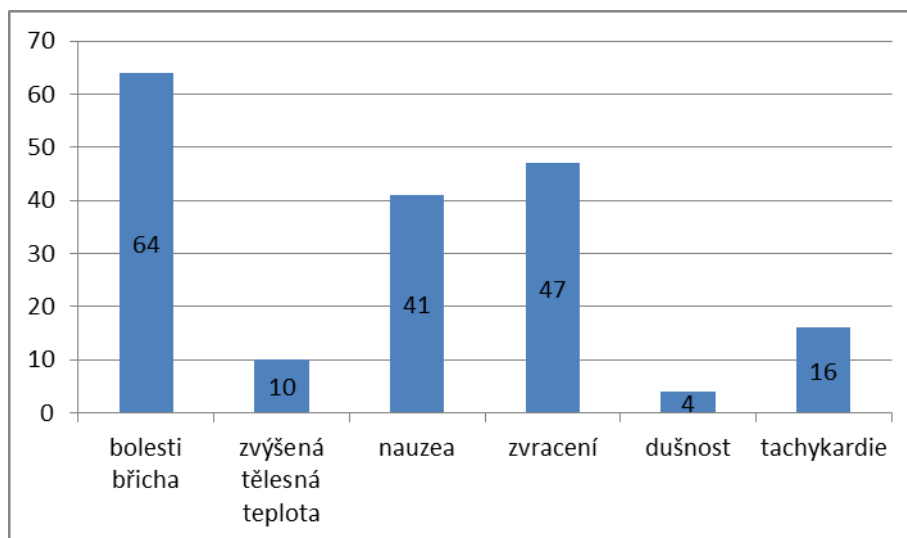
Z celkového počtu 64 sester (100 %) navštívilo během posledního roku seminář věnující se problematice ošetrovatelské péče o pacienty s pankreatitidami pouze 10 sester (15,6 %). 54 sester (84,4 %) se semináře s touto tématikou nezúčastnilo.

Graf 6 Standard „Péče o pacienty s pankreatitidou“



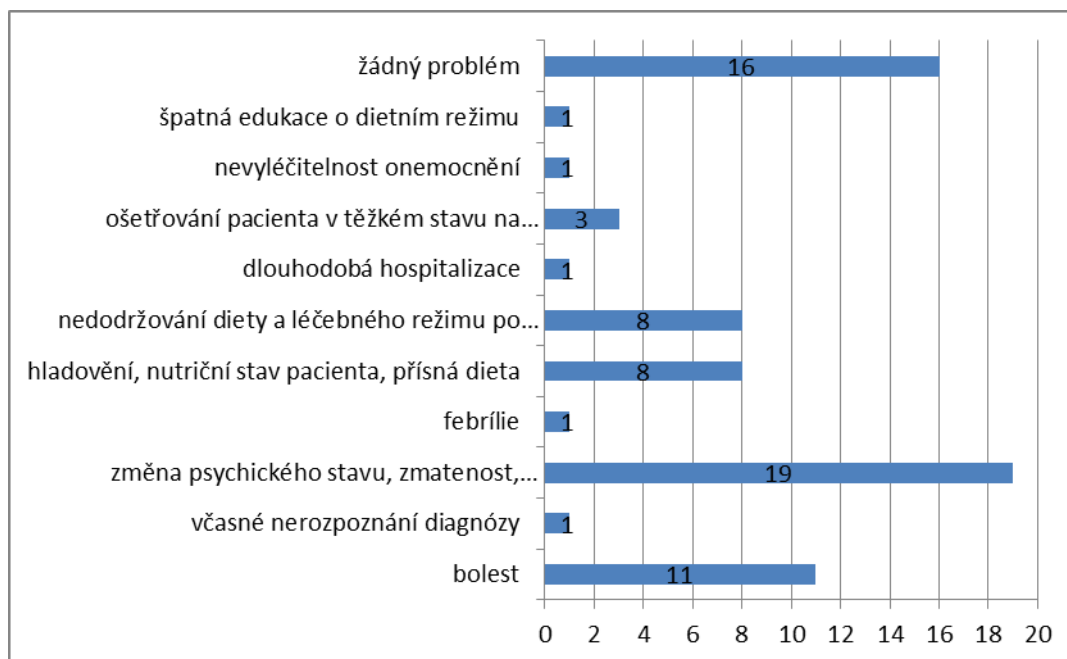
Z celkového počtu 64 sester (100 %) uvedlo v dotazníku na otázku, zda je na jejich oddělení k dispozici standard „Péče o pacienty s pankreatitidou“ odpověď *ano* 20 sester (31,2 %), odpověď *ne* zvolilo 35 sester (54,7 %) a 9 sester (14,1 %) odpovědělo *nevím*.

Graf 7 Nejčastější projevy akutní pankreatitidy



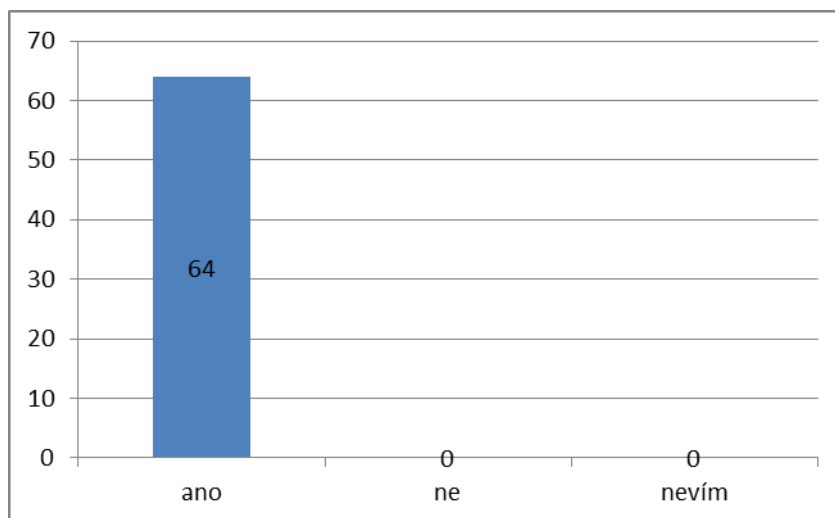
U otázky, *jaké jsou nejčastější projevy akutní pankreatitidy*, měly sestry možnost označit maximálně tři možnosti. Z celkového počtu 182 odpovědí uvádí sestry 64x bolesti břicha, 10x zvýšenou tělesnou teplotu, 41x nauzeu a 47x zvracení. Dušnost označily sestry v dotazníku 4x a tachykardii 16x. V grafu je uvedena četnost odpovědí.

Graf 8 Největší problém v ošetrovatelské péči o pacienty s pankreatitidami



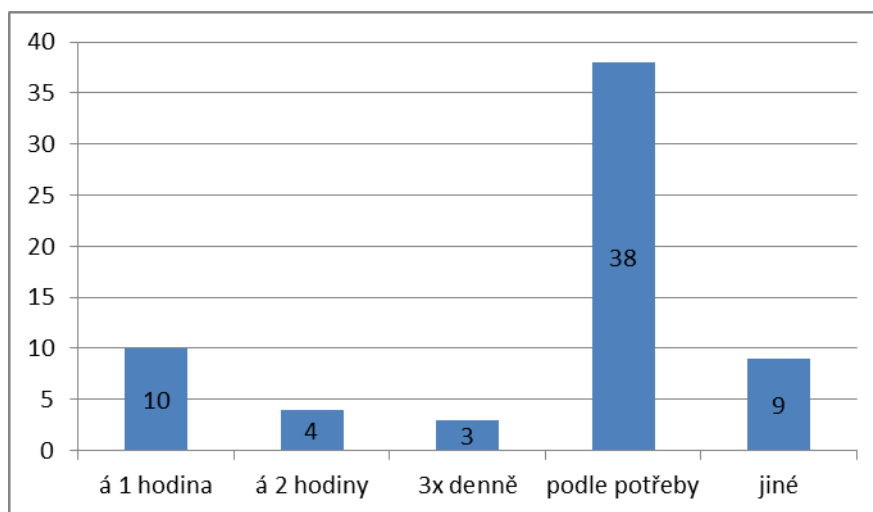
Na otázku, jaký je podle vás největší problém v ošetrovatelské péči o pacienty s pankreatitidami, mohly dotazované sestry odpovědět vlastními slovy. Z celkového počtu 70 odpovědí uvedly sestry 11x bolest a její léčbu, 1x je uveden problém včasného nerozpoznání diagnózy, 19x změna psychického stavu pacienta, zmatenost, dezorientace, agresivita a nespolupráce s pacientem. 1x sestra uvádí febrílie, 8x sestry napsaly, že problémem je nutriční stav pacienta spojený s hladověním a s přísnou dietou a 8x vidí dotazované také problém s nedodržováním diety a léčebného režimu po propuštění. 1x si sestra všímá dlouhodobé hospitalizace, 3x uvádí sestry problém ošetřování pacienta v těžkém stavu na standardním oddělení, 1x sestra poukazuje na nevléčitelnost onemocnění a 1x je jako problém uvedena špatná edukace o dietním režimu. 16x sestry žádný problém v ošetrovatelské péči o pacienty s pankreatitidou neuvádí. V grafu je uvedena četnost odpovědí.

Graf 9 Vedení záznamů o hodnocení bolesti na oddělení



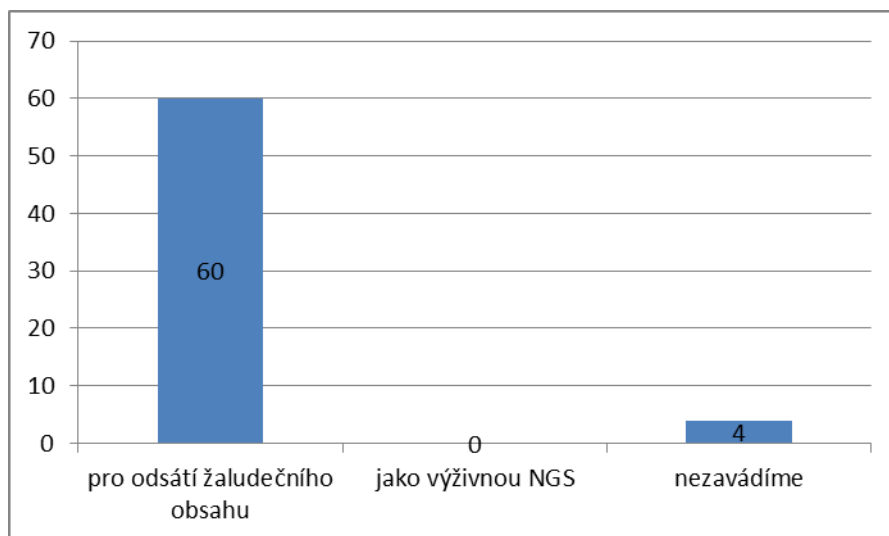
Z celkového počtu 64 sester (100 %) odpovědělo na otázku, zda vedou na jejich oddělení záznamy o hodnocení bolesti, *ano* všech 64 sester (100 %). Žádná sestra nevyužila odpověď *ne* (0 %) ani *nevím* (0 %).

Graf 10 Hodnocení bolesti u pacienta s pankreatitidou



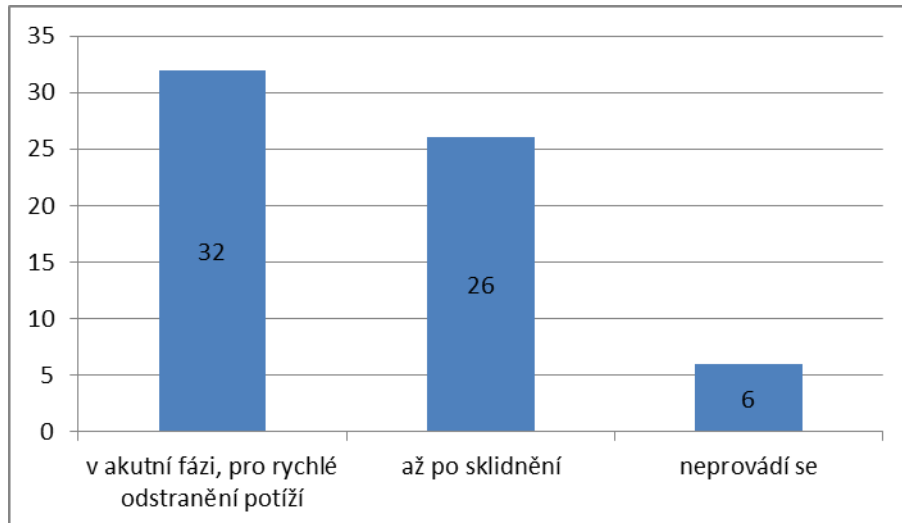
Z celkového počtu 64 sester (100 %) hodnotí bolest u pacienta s akutní pankreatitidou á 1 hodina 10 sester (15,6 %), á 2 hodiny 4 sestry (6,2 %) a 3x denně 3 sestry (4,7 %). 38 sester (59,4 %) hodnotí bolesti u pacienta podle potřeby. Možnost *jiné* zvolilo 9 sester (14,1 %), z nichž 5 sester uvádí hodnocení bolesti á 3 hodiny, 3 sestry se řídí ordinací lékaře a 1 sestra bolest hodnotí á ½ hodiny.

Graf 11 Zavádění nasogastrické sondy při pankreatitidě



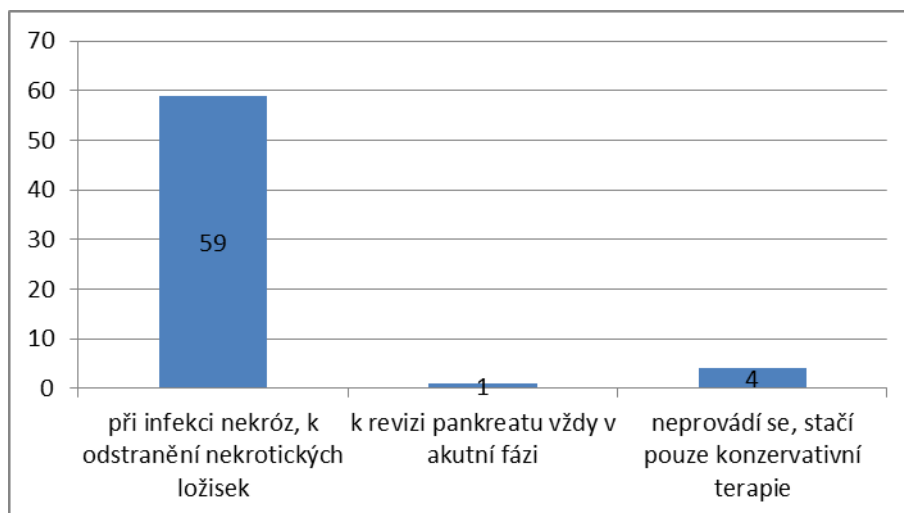
Z celkového počtu 64 sester (100 %) zavádí 60 sester (93,8 %) nasogastrickou sondu při pankreatitidě pro odsátí žaludečního obsahu, jako výživnou NGS ji žádná z sester (0 %) nepoužívá a 4 sestry (6,2 %) ji při pankreatitidě nezavádí.

Graf 12 Provedení ERCP při biliární pankreatitidě



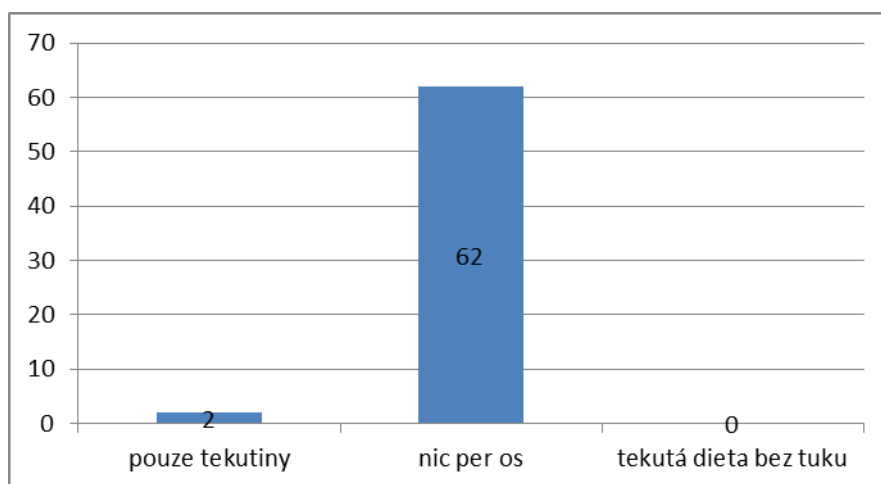
Z celkového počtu 64 sester (100 %) je 32 sester (50 %) názoru, že se při biliární pankreatitidě ERCP provádí v akutní fázi pro rychlé odstranění potíží, 26 sester (40,6 %) uvedlo, že se ERCP při biliární pankreatitidě provádí až po zklidnění a 6 sester (9,4 %) označilo odpověď *neprovádí se*.

Graf 13 Chirurgická léčba pankreatitidy



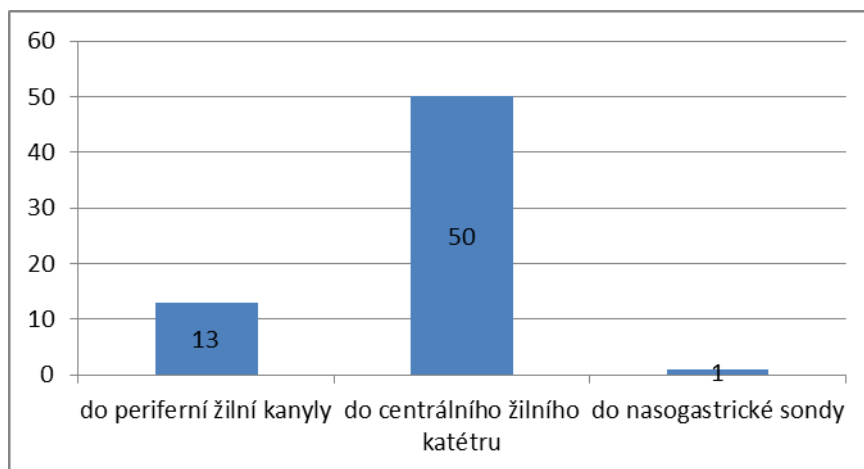
Z celkového počtu 64 sester (100 %) se chirurgická léčba pankreatitidy provádí podle 59 sester (92,2 %) při infekci nekróz, k odstranění nekrotických ložisek. 1 sestra (1,6 %) uvádí, že se v akutní fázi vždy přistupuje k revizi pankreatu a 4 sestry (6,2 %) jsou názoru, že se chirurgická léčba pankreatitidy neprovádí, stačí pouze konzervativní terapie.

Graf 14 Dietní terapie u pacienta s akutní pankreatitidou



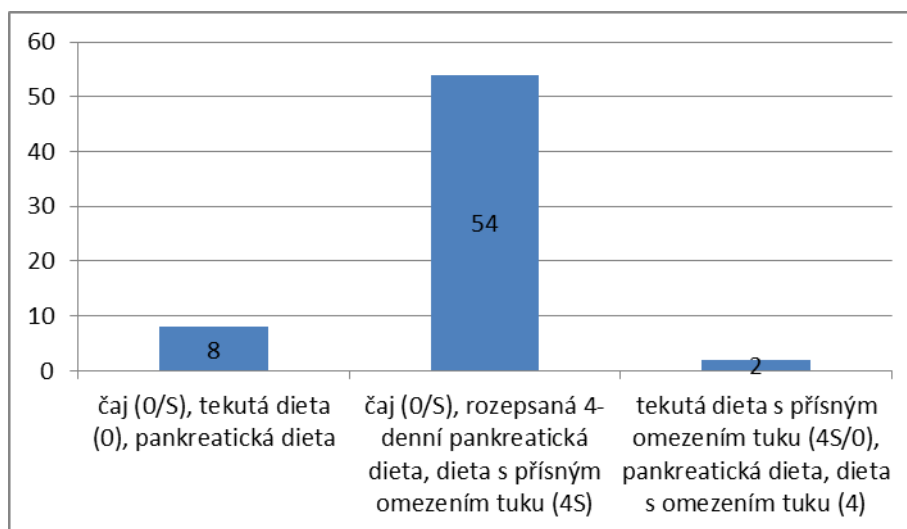
Z celkového počtu 64 sester (100 %) na otázku jaká je dietní terapie u pacientů s akutní pankreatitidou, zvolily 2 sestry (3,1 %) možnost pouze tekutiny 2 sestry, nic per os by nepodalo 62 sester (96,9 %). Tekutou dietu bez tuku by pacientovi s akutní pankreatitidou nenabídla žádná sestra (0 %).

Graf 15 Aplikace plné parenterální výživy pacientovi s akutní pankreatitidou



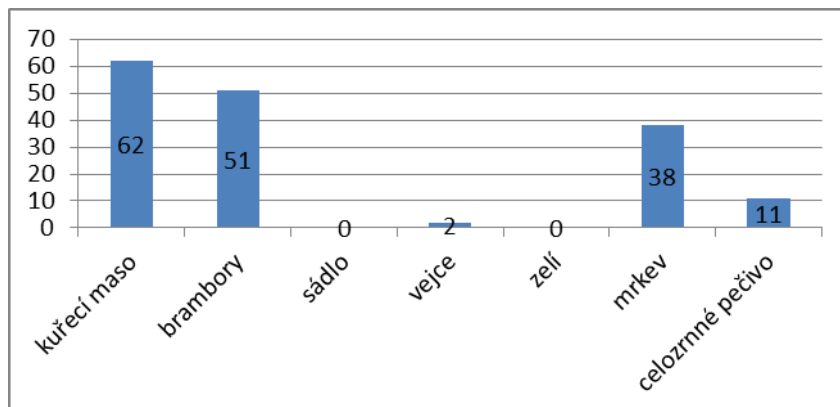
Z celkového počtu 64 sester (100 %) by plnou parenterální výživu aplikovalo 13 sester (20,3 %) do periferní žilní kanyly, 50 sester (78,1 %) do centrálního žilního katétru a 1 sestra (1,6 %) by podala plnou parenterální výživu do nasogastrické sondy.

Graf 16 Postupné dietní zatěžování stravou u pacienta s akutní pankreatitidou



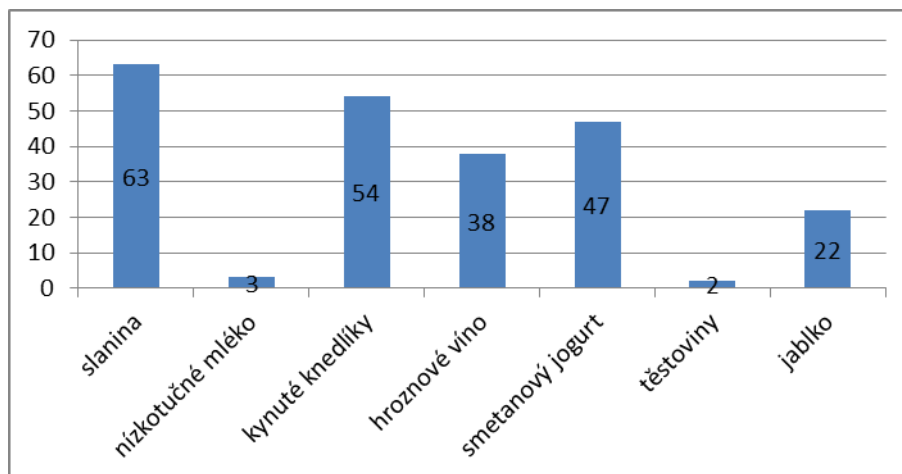
Z celkového počtu 64 sester (100 %) by postupně zatížilo stravou pacienta s akutní pankreatitidou dietami čaj (0/S), tekutá dieta (0) a pankreatická dieta 8 sester (12,5 %). Zatížení dietami čaj (0/S), rozepsaná 4-denní pankreatická dieta a dieta s přísným omezením tuku (4S) by zvolilo 54 sester (84,4 %) a dietu tekutou s přísným omezením tuku (4S/0), pankreatickou dietu a dietu s omezením tuku (4) by podaly pacientovi 2 sestry (3,1 %).

Graf 17 Potraviny v jídelníčku pacienta s pankreatitidou



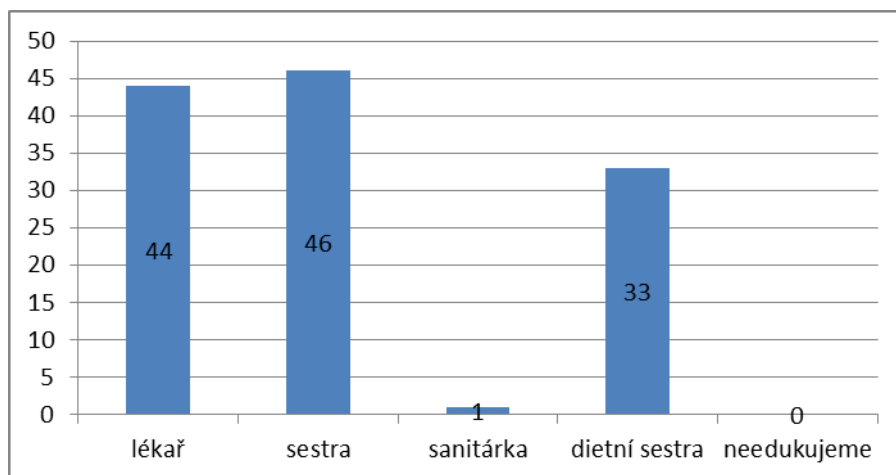
U této otázky mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 164 odpovědí by sestry zahrnuly 62x do jídelníčku pacienta s pankreatitidou po odeznění akutní fáze kuřecí maso, brambory 51x, sádlo 0x, vejce 2x, zelí 0x, mrkev 38x a 11x respondentky zvolily odpověď celozrnné pečivo. V grafu je uvedena četnost odpovědí.

Graf 18 Potraviny vyřazené z jídelníčku pacienta s pankreatitidou



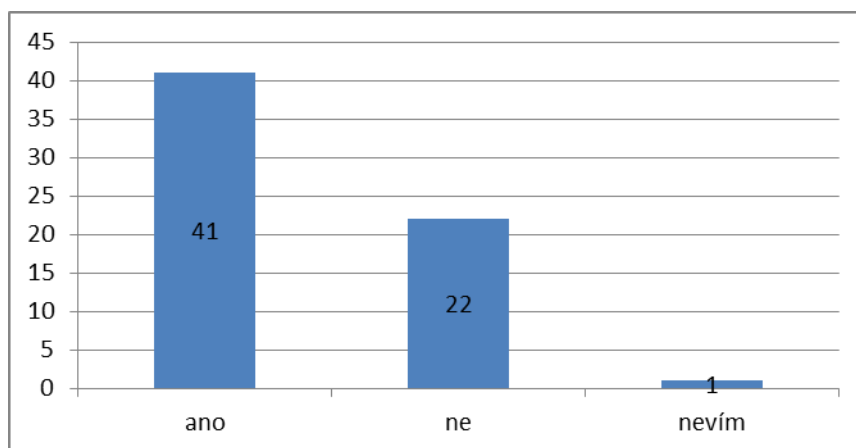
I u této otázky mohly sestry zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 229 odpovědí by 63x sestry z jídelníčku pacienta s pankreatitidou po odeznění akutní fáze vyřadily slaninu, 3x by nedoporučily pacientovi nízkotučné mléko, 54x vyřadily kynuté knedlíky, 38x hroznové víno a 47x smetanový jogurt. 2x by sestry nepodaly těstoviny a 22x by vyřadily z jídelníčku i jablko, z nichž jedenkrát sestra připsala poznámku - neokrájené. V grafu je uvedena četnost odpovědí.

Graf 19 Edukace pacientů s pankreatitidou o dietním omezení



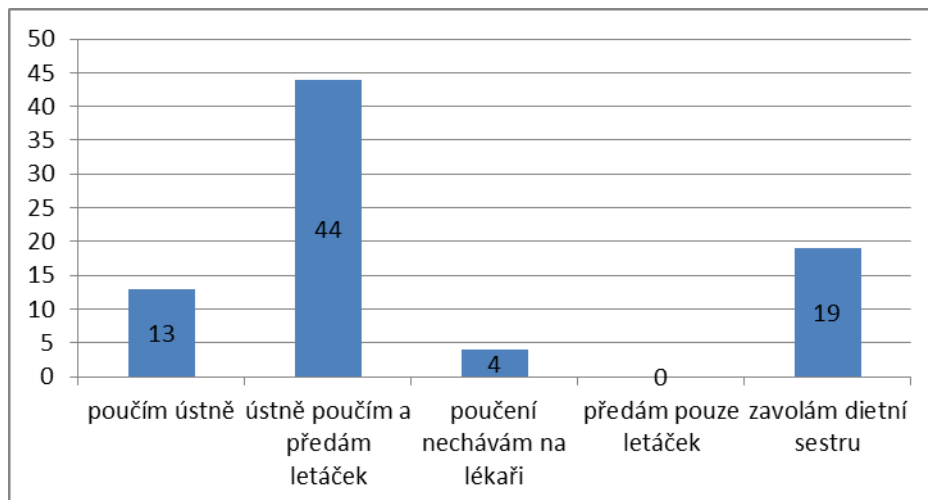
Na otázku, *kdo edukuje pacienty s pankreatitidou o dietním omezení*, respondentky měly možnost označit v dotazníku více možností. Dle celkového počtu 124 odpovědí 44x edukuje lékař, 46x sestra, 1x sanitárka a 33x nutriční terapeutka. Možnost *needukujeme*, nezvolila žádná sestra. V grafu je uvedena četnost odpovědí.

Graf 20 Edukační materiál o dietním omezení pro pacienty s pankreatitidami



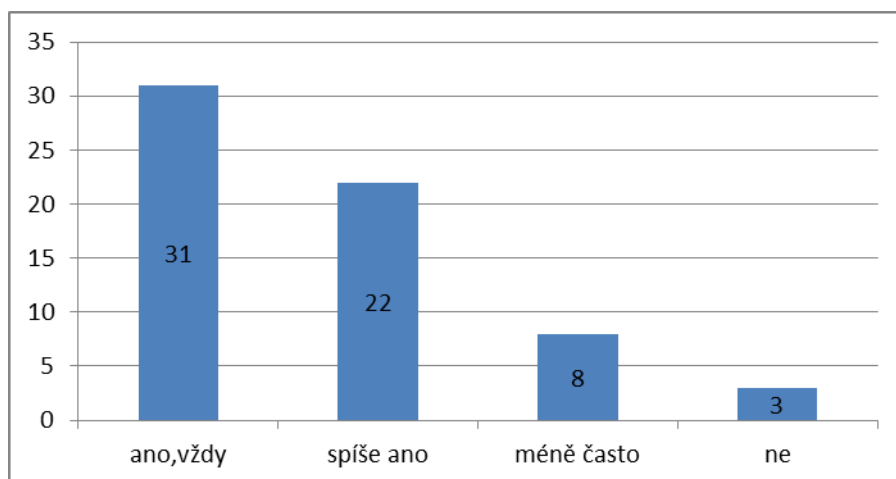
Z celkového počtu 64 sester (100 %) odpovědělo na otázku, zda je na jejich oddělení k dispozici edukační materiál o dietním omezení pro pacienty s pankreatitidami, *ano* 41 sester (64,1 %), 22 sester (34,4 %) odpovědělo *ne* a 1 sestra (1,5 %) *neví*, zda její oddělení disponuje tímto edukačním materiálem.

Graf 21 Způsob poučení pacienta o dietním režimu



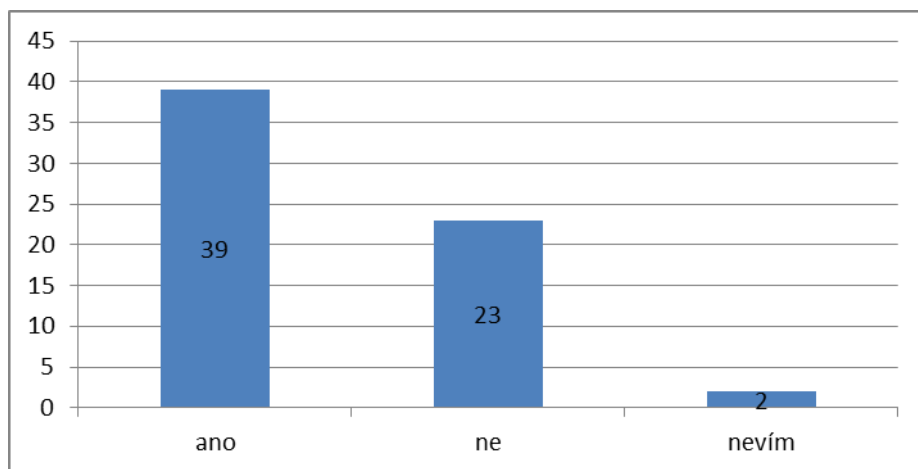
U této otázky dotazované sestry mohly zvolit více možností. Z celkového počtu 80 odpovědí 13x sestry uvedly odpověď, že pacienta o dietním režimu poučí ústně, 44x s poučením zároveň předají letáček. 4x sestry nechávají poučení o dietním režimu na lékaři, pouze letáček nepoužije žádná sestra a 19x sestra zavolá k edukaci nutriční terapeutku. V grafu je uvedena četnost odpovědí.

Graf 22 Použití zpětné vazby při poučení o dietním režimu



Z celkového počtu 64 sester (100 %) používá *vždy* zpětnou vazbu při poučení o dietním režimu mezi sestrou a pacientem 31 sester (48,4 %). 22 sester (34,4 %) uvedlo, že zpětnou vazbu *spíše ano* používá, odpověď *méně často* zvolilo 8 sester (12,5 %). 3 sestry (4,7 %) zpětnou vazbu při edukaci nepoužívají.

Graf 23 Vedení záznamu o edukaci v oblasti dietního omezení u pacientů s pankreatitidami



Záznam o edukaci v oblasti dietního omezení u pacientů s pankreatitidami na svých odděleních z celkového počtu 64 sester (100 %) vede 39 sester (60,9 %), 23 sester (35,9 %) nevede záznamy o edukaci a 2 sestry (3,2 %) neví.

4.2 Výsledky rozhovorů

Rozhovor s pacientem 1, který je narozen roku 1973, byl proveden v září 2011. V den, kdy rozhovor probíhal, byl pacient po punkci hrudní dutiny. Přestože se cítil unavený, chtěl rozhovor absolvovat. Rozhovor probíhal na pokoji, aby mohl pacient ležet na lůžku.

První otázka zněla: „*Už jste byl se zánětem slinivky břišní někdy hospitalizován?*“ „Ano, byl, v zimě. Bylo to na Silvestra. Tenkrát se to ale nemuselo řešit operativně, rozešlo se to infuzemi. Pak jsem dostal dietu, kterou jsem nedodržoval. A protože jsem tu dietu nedodržoval, tak to dopadlo, jak dopadlo.“

„*Jak dlouho jste již v nemocnici?*“

„V nemocnici jsem přes dva měsíce, od konce června.“ Pacient chvíli přemýšlí a pak dodává: „Tak to už je dva a půl měsíce. Byl jsem i na áru a na jipce. Na áru jsem byl údajně 14 dní v umělém spánku a to si z toho moc nepamatuji.“

„*Byl jste poučen o dietním omezení před prvním propuštěním domů?*“

„Ano, byl, určitě byl.“ „*A rozuměl jste tomu poučení?*“ „Rozuměl jsem tomu poučení i manželka mi doma pořád domlouvala. Prostě nechápu, proč jsem tu dietu nedodržoval. Myslel jsem si, že to bude všechno dobrý, že už jsem zdravý,“ prozrazuje na sebe pacient.

„*Udělal jste nějakou dietní chybu před Vaší nynější hospitalizací?*“

„Byli jsme s rodinou na obědě a tam jsem si dal po obědě jedno malé pivo na vytrávení. To jsem si myslel, že zvládnou. Přitom jsem abstinent a ani nevím, co mě to napadlo. Údajně to pivo ten zánět slinivky vyvolalo.“

„*Jaké byly Vaše první projevy zánětu slinivky před nynější hospitalizací?*“

Pacient chvíli přemýšlí, posléze odpovídá. „Bylo mi špatně, tak jako divně a pak to vyvrcholilo tím, že mě začalo bolet břicho. Zvracel jsem, ale jen žaludeční šťávy. Zvracel jsem dost často. Z ambulance, kde mě přijímali, jsem odbíhal na záchod zvracet do umyvadla. Dá se říct, že intenzivně. Když už jsem byl na oddělení, cítil jsem opravdu veliký bolesti. To jsem zažil největší bolest v životě. Nikomu bych ty bolesti nepřál. Myslel jsem, že je to moje poslední hodina, vteřina života. Hrozně jsem řval bolestí a lapal po dechu, protože už jsem nemohl. Měl jsem mžítky před očima. Přiběhla

sestřička, a tak jsem ji naznačil, že asi umřu. Dostal jsem nějakou injekci a po ní se mi ulevilo, ale pak už si toho moc nepamatuji.“

„Byl jste na operaci. Víte, kolikrát jste na ní byl?“

„Čtyřikrát,“ odpovídá pacient a pokračuje: „O dvou operacích vůbec nevím, nepamatuji si je. Dvě si pamatuji a vím, že jsem se na ně těšil. Asi to bude znít divně, ale já se strašně těšil. Věřil jsem, že mi to pomůže, že už ty bolesti nebudou. Je to zvláštní, ale já neměl vůbec strach.“

„Ze začátku jste nemohl nic jíst ani pít, vidím, že jste hubenější, než když jste přišel. Kolik kilogramů jste shodil?“

„Do dnešního dne 32 kg, možná to bude už 33kg.“ „Kolik jste vážil před přijetím do nemocnice?“ „122kg,“ vzpomíná pacient. „Předtím jsem vážil ještě víc.“ „Vy jste neměl čas sportovat?“ ptám se. „Vůbec, já všude jezdil autem. Vyšel jsem z baráku, sedl do auta, jel do kanceláře, odtud někam zase autem na jednání a pořád jsem se jen vozil. Já neměl čas jít ani na procházku. Ale teď jsem si to tady všechno za tu dobu, co jsem hospitalizovaný, přehodnotil.“

„Jaká byla Vaše životospráva před vaší současnou hospitalizací?“

„Tak ta životospráva byla celkem hrozná. Já podnikám, takže v práci jsem byl asi 17 hodin denně, jezdil jsem po celé republice. Určitě jsem pravidelně nejedl. Na cestách jsem se snažil alespoň zdravě stravovat. Kupoval jsem si menička, nejčastěji přírodní plátek s rýží, ale občas mi to i ujelo. Říkám to na rovinu, dal jsem si i vepřo-knedlo-zelo. Taky jsem kouřil, asi 20 cigaret denně, hodně jsem pil kávu a prožíval jsem různé stresové situace.“

„Byl jste znovu poučen o dietě?“

„Ano,“ přikyvuje pacient, „už sestřičky na jipce mi říkaly, co smím jíst a co ne. Daly mi i letáček. Tady místní dietoložku, která mě navštěvuje, jsem požádal, aby mi vytiskla jídelníček. Dala mi na sebe i telefonní kontakt, kdybych potřeboval nějakou radu.“

„Jaké jsou pro vás tedy vhodné potraviny?“

„Já jsem, abych pravdu řekl, ten letáček moc nečetl,“ přiznává se pacient, „já to nechávám na manželce. Víím ale, co můžu, podle toho, co zde dostávám a jím. Mám vážný zájem změnit stravovací návyky.“

„Které potraviny jsou pro vás nevhodné?“

„Hlavně tučný a kořeněný. Už bych si nedal knedlo-vepřo-zelo ani řízek. Mám výhodu, že mám takovou manželku, která sleduje obsah tuků v potravinách. Nakoupila knihy a studuje je. Z internetu každý večer dělá výpisky.“

„Změnilo tedy onemocnění Váš život? Zeptala jsem se.“

„Jo. Určitě ano. Troufám si říct, že jsem si z toho vzal velký příklad, protože toto už bych nechtěl zažít nikdy v životě. Už nikdy nebudu podceňovat žádné diety, to už nikdy neudělám. Vidím, že se i s touto dietou, co mám tady, dá krásně žít. Zvykl jsem si na ni. Člověk může krásně žít i dietně. Dnes je to už můj názor, že k životu nepotřebuji ty tučné buňky, vepřový kolena, alkohol. Ze začátku to na jipce bylo dost tvrdý, protože to jídlo bylo bez chuti,“ vzpomíná pacient na dobu, kdy začínal dostávat perorální stravu, „ale zvládl jsem to. Až začnu zase podnikat, musím to udělat jinak,“ plánuje. „Práce si nechám jen třetinu a hlavně zařídím, abych nelítal po celé republice, abych pravidelně jedl. Práci rozdělím na několik lidí a budu ji řídit telefonem z kanceláře. Kouření už mě taky neláká. S tím je konec. Za prvý je to hnus, když cítím kouř. Třeba, když jsem venku na lavičce, tak mi z toho je špatně, navaluje se mi. To už mám v hlavě srovnaný a kouřit nezačnu. Taky to kouření leze do peněz. Raději je ušetřím na dovolenou. Já jsem prokouřil 25000 ročně, to máte, jedno krásné Chorvatsko s dětmi.“

„Máte v rodině podporu k novému přístupu?“

„Mám. Manželka mě tu navštěvuje každý den, ještě nevynechala ani jeden den za ty dva a půl měsíce. Pravidelně za mnou dojíždí 20 km. Domů pořídila parní hrnec, aby se všechno vařilo jen v páře. Jdu do toho naplno a vůbec mi to nevadí. Nezdravá jídla mi nechybí. Vydržím to!“

„Jak se cítíte?“

„Poslední dny se cítím dobře. Jídlo mi chutná, i když ho sním jen polovičku, protože ten žaludek nemám ještě roztažený. Nechci se přecpávat. Bolesti už vymizely, už mě nic nebolí. Až jsem se tomu divil a říkal jsem si: „Sakra chlape, tebe už nic nebolí.“ Dnes po tom zákroku bolesti mám, ale jinak už ne. Chtěl bych už brzo domů. Už je mi

to tu dlouhý. Ne, že bych se tady měl špatně nebo že bych měl špatnou péči, to rozhodně ne, ale doma je doma.“

„Máte ještě zavedené drény do dutiny břišní? Myslíte si, že to doma zvládnete?“

„Já si myslím, že jo. Až budu propuštěný, manželka mi drény bude proplachovat.“

„O domácí péči jste neuvažovali?“ „Ne,“ odpovídá rázně pacient, „neuvažovali. Já si myslím, že je to skutečně zbytečný, manželka je velice zodpovědná. Starat se o mě a proplachy bude dělat na 1000 %, to vím. Nemám strach, že by to nezvládla. Na převazy budeme jednou týdně jezdit zase sem. Tady mě znají, tady jsem byl operovaný.“

„A manželka už umí proplachovat drény?“ „Ano umí. Nejprve se dívala na sestřičku, jak drény proplachuje a pak si to několikrát zkusila pod dohledem sestřičky sama.“

„Zajímalo by mě, co uděláte jako první věc, až se vrátíte domů?“

„To jste mě zaskočila,“ tváří se překvapeně. „Lehnu si na velkou novou sedačku, kterou jsme si koupili s manželkou těsně předtím, než jsem byl přijat do nemocnice. Ani jsem si ji neužil. Obložím se polštářkami jako sultán a budu nasávat tu domácí atmosféru. Domů se těším. Už dvakrát jsem se byl podívat venku. To byla bomba. Když za dva a půl měsíce jdete ven. Ten vzduch. Všechno se změnilo, začíná opadávat listí. Nikdy jsem nechodil na procházky, ale máme domluveno s manželkou, že budeme chodit, když ne každý den, tak obden. Začneme kratšími procházkami. Budu dodržovat kondici. Máme psa, budeme ho brát s sebou. Moje životospráva musí být jiná. Docela se na to těším.“

„Možná by bylo dobré, aby vás slyšeli všichni ti pacienti, co režim nedodržují.“

„No, tak takovým pacientům bych rád přednášel, chtěl bych jim říct, jak je to šílený. Ty bolesti. Nebo, jak jsem byl přikurtovaný k posteli, protože jsem byl neposlušný a pořád utíkal. Nejhorší na tom je, že nevím, proč jsem to dělal. Nevím, jestli to tady do toho rozhovoru můžu říct, ale nejstrašnější byly sny, co jsem měl v umělém spánku. Představte si to, že si to pamatuji. Zdálo se mi, že jsem přišel o děti a o manželku, že se mi zabili v autě, že jsem sám. Já jsem tomu ale věřil. Když jsem se probral, byla to neskutečná úleva, že jsou děti v pořádku. V krku jsem měl takový ten přístroj a já

nemohl mluvit. Já si přál, abych se z toho dostal. Nebál jsem se ale, že bych měl umřít, já věděl, že musím bojovat.“

V dubnu 2012 byl pacient opětovně hospitalizován pro febrilie. Dietní režim dodržuje a svůj životní styl změnil. Váhu snížil o dalších 9 kg.

Rozhovor s pacientkou 2, která je narozena roku 1948. Rozhovor byl proveden v listopadu 2011. Pacientka byla po ERCP.

„Už jste byla někdy hospitalizována se zánětem slinivky břišní?“

„Ne, zánět slinivky mám poprvé. Hospitalizovaná jsem ale už po několikáté. Jezdím do Brna pravidelně na pročištění žlučových cest a na výměnu stentu,“ dodává pacientka.

„Jak dlouhý je Váš pobyt v nemocnici?“

„Jsem tu pátý den a doufám, že už mě pustí brzo domů.“

„Víte, co způsobilo Vaše nynější onemocnění?“

„Lékaři mi řekli, že je to komplikace toho zákroku, který mi dělali v Brně. Prý se to někdy stává, protože ty žlučové cesty jsou blízko u cest ze slinivky,“ sděluje mi pacientka.

„Jaké byly u Vás první projevy zánětu slinivky?“

„Po zákroku v Brně mi nebylo dobře. Pobolávalo mě břicho. Zde mi sestřičky vzaly večer po vyšetření a ráno znovu krev. Potom přišli lékaři, že tu musím ještě nějaký den zůstat, protože mám vyšší hodnoty v té krvi. Řekli, že došlo k podráždění slinivky.“

„Byly Vám poskytnuty dostatečné informace o dietním režimu?“, ptala jsem se pacientky.

„Ano, byla za mnou sestřička a vysvětlila mi, jakou dietu mám dodržovat. Dostala jsem od ní i letáček.“

„Rozuměla jste poučení o dietním režimu?“

„Ano, rozuměla,“ přikyvuje. „Já jsem se snažila už dříve, kvůli svému žlučníku, tuto dietu dodržovat.“

„Které potraviny jsou pro Vás nyní vhodné?“

„Všechny, které neobsahují tuk. Libová masa, nízkotučné sýry a jogurty, zeleninu, která nenadýmá a ovoce.“

„Vyjmenujete mi některé potraviny, které by Vaše onemocnění mohly opět zhoršit?“

„Tučná masa. Bydlím na vesnici, máme doma v chlívků prase, ale já nemohu jíst jitrnice, jelita ani tlačenu. Co je pro mě nové, co jsem nevěděla, je to, že nesmím zrníčka. Ovoce jako jsou jahody, hrozny a dokonce, že nesmím celozrnné pečivo, které mi vždycky tak moc chutnalo. Myslela jsem si, že je celozrnné pečivo zdravé.“

„Jakým způsobem budete potraviny upravovat?“

„To se nijak nezmění. Jídla si nesmažím, masa dusím nebo opékám na vodě. Je to vynikající i bez sádla či oleje.“

„Máte tedy představu, jak zkombinujete potraviny, abyste si uvařila chutné jídlo?“

„Ano mám. V kuchyni jsem doma. Vařím ráda, ráda experimentuju, a tak si s kombinací potravin nedělám žádné starosti.“

„Jaká byla životospráva před vaší hospitalizací?“

„Co se týče jídla, myslím, že jsem se poslední roky od operace žlučníku stravovala zdravě. S pohybem je to u mě horší, nikdy jsem nijak nesportovala. Chodím ale pravidelně na zahrádku. Nekouřím ani nepiju.“

„Změnilo Vaše onemocnění váš život?“

„Od operace žlučníku jsem změnila jídelníček. Problém je asi jen ten, že vařím jídlo pro sebe zvlášť. Manželovi musím vařit normální běžná jídla, protože ta dietní se mnou jíst nechce. I když by dietu taky potřeboval,“ zasmála se pacientka.

„Máte podporu rodiny k dietnímu omezení?“

„To ano, mám. Dcera mě chválí a v dietě mě podporuje. Manžel mi do mého jídla nemluví, nijak mi chuť nekazí.“

Rozhovor s pacientem 3, který je narozen roku 1954, byl proveden v březnu 2012. Od roku 2006 pacient hospitalizován po třinácté. V dokumentaci v anamnéze uveden etylismus. Asi polovinu hospitalizací ukončil pacient podepsáním negativního reversu.

„Byl jste už někdy hospitalizován se zánětem slinivky břišní?“

„Jasně, že jsem tu byl. Vy si mě nepamatujete?“ „Kolikrát je toto Vaše hospitalizace?“

„Já jsem tu byl už několikrát, minimálně 15 krát. Poprvé asi před 6 lety.“

„Víte, co způsobilo Vaše nynější potíže?“

„Asi jsem zase něco snědl. No, nedejte si řízek, když je tak dobrej. Včera jsem měl k obědu koprovou omáčku s vejcem. No a zapil jsem ji slivovicí,“ pacient dodává, jako by slivovice byla běžný nápoj.

„*Jaké byly nyní první projevy Vašeho onemocnění?*“

„Večer mě začalo bolet břicho a v noci jsem pak několikrát zvracel. Ráno jsem měl průjem a bylo mi stále špatně. Břicho mě taky pořád bolelo, tak jsem přišel.“

„*Byly Vám poskytnuty dostatečné informace o dietním režimu?*“

„Jak to myslíte? Ptá se pacient. „*Jestli vám někdo řekl, co smíte jíst a co byste jíst neměl.*“ „Aha. To mi tu už všichni říkali. Slyšel jsem to několikrát, od sester i od doktorů. Vždycky, když mě pustíte domů, tak pár dnů dietu držím, ale když už mi pak nic není, tak zase jím všechno, co mi chutná.“

„*Řekněte mi, které potraviny jsou pro Vás nyní vhodné?*“

„Ty, co tady teď dostávám. Brambory, maso, zelenina a ovoce. Všechno je suché.“

„*Vyjmenujte mi naopak potraviny, které by vaše onemocnění mohly opět zhoršit?*“

„Smažená jídla, topinky, hranolky a řízek. Taky nesmím sádlo, máslo a šlehačku.“

„*A co alkohol?*“ Zeptala jsem se. „Ten mi taky doktoři zakazují, ale když já musím každý večer za chlapama do hospody. Vždycky dáme aspoň jedno pivko.“

„*Víte, jakým způsobem byste si měl potraviny upravovat?*“

„Vaření nechávám na manželce, ale já se většinou stejně stravuju mimo domov. Na obědy chodím do restaurace. A dám si tam to, co mají, hlavně aby tam byl pořádný kus masa. Na to, jak je jídlo upravený, se moc nekoukám.“

„*Pane 3, víte o tom, že Vaše potíže jsou způsobeny nesprávnou konzumací stravy a alkoholem?*“

„Sestři, podívejte se, já už mám tyto problémy několik let. Mě poučovat nemusíte. Když je mi zle, přijdu, dostanu nějakou flašku do žíly a můžu jít domů, protože je mi zase dobře.“

„*Můžete mi, prosím, říct, jaká je Vaše životospráva?*“

„*Životospráva?*“ „*Řekněte mi, co děláte pro své zdraví?*“ „Já?“ Diví se pacient. „Nic. Chodím do práce, nemám na nic čas.“ „*Kouříte?*“ Položila jsem další otázku. „Jo, zapálím si.“ „*Kolik vypijete alkoholu za den?*“ „Večer si dám tak dvě piva, občas

nějakou tu sklenku vína nebo frťana slivovice.“ „*A kolik nyní vážíte?*“ Vážili mě při příjmu, mám 125 kg.“ Dle dokumentace z poslední hospitalizace před půl rokem vážil pacient o 18 kg méně.

„*Změnilo Vaše onemocnění váš život?*“

„Ne, žádnou změnu nepocítuji.“

„*Máte podporu rodiny v dietním omezení?*“ Položila jsem poslední otázku.

„Manželka se snaží vařit dietně, ale já to nejím, nechutná mi to. Raději zajdu do restaurace, tam si dám vždycky něco dobrého.“

Rozhovor s pacientkou 4, která je narozena roku 1971, byl proveden v březnu 2012. Rozhovor jsme vedly v jídelně standardního oddělení, abych zajistila pacientce dostatečné soukromí.

„*Už jste byla někdy hospitalizována se zánětem slinivky břišní?*“

„Ne, nikdy. Jsem tu poprvé.“

„*Jak dlouhý je Váš pobyt v nemocnici?*“

„Jsem tu osmý den. Prvně jsem ležela na urologii, protože si mysleli, že je to ledvinová kolika. Na ultrazvuku mi našli kameny ve žlučníku. Doktorka mi ukazovala, jak je to tam celé potečkové. No a pak přišly výsledky krve a hned mě přeložili na chirurgickou jipku. Na jipce jsem měla prý arytmie. Po čtyřech dnech mě dali sem, na normální oddělení,“ rekapituluje pacientka průběh hospitalizace.

„*Co předcházelo Vašemu onemocnění?*“

„Od října mívám bolesti břicha až záchvaty, které mi šly do zad. Myslela jsem si, že to mám z práce. Nemohla jsem se ani nadechnout. K tomu se přidalo mravenčení nohou. Chtěli jsme zavolat sanitku, ale nakonec se mi ulevilo, tak že pojedeme autem. Nakonec jsme nejeli nikam. Nesnáším doktory. Když nemusím, nikam nechodím. Druhý den jsem šla za obvodní. Na EKG mi nic nenašli a já začala při práci chodit na rehabilitace. V sobotu jsem zase nemohla popadnout dech. Zavolali mi doma rychlou, ti mi píchlí injekci a musela jsem dýchat do pytlíku. Ulevilo se mi, a tak jsem zůstala doma. Večer mi bylo znovu špatně, ale bolesti byly jiné, dýchala jsem normálně. Tentokrát mě odvezla rychlá do nemocnice.“

„Byly Vám už poskytnuty dostatečné informace o dietním režimu?“

„Už sice dostávám třetí den nějakou stravu, ale zatím mě nikdo o dietě neinformoval. Nic nevím. Ta představa, že nebudu moci nic jíst, je hrozná. Od října jsem shodila 10 kg a tady v nemocnici další 4 kg.“ Pacientka má 67 kg. „Já jsem totiž nenažraná. Dám si ráda i pivo,“ dodává. Pacientku jsem poučila o dietním režimu a poté jsme pokračovaly v rozhovoru.

„Rozuměla jste poučení o dietním režimu?“

„Ano rozuměla. Všechno jste mi to hezky vysvětlila. Děkuji.“

„Dokážete mi tedy nyní říct, které potraviny jsou pro Vás vhodné?“

„Určitě libová masa, hlavně kuřecí, krůtí a ryby. Taky nízkotučné mléčné výrobky, mléko, jogurty i sýry. Důležité je dostatečné pití nealkoholických tekutin, nenadýmavá zelenina a ovoce bez semínek. Ty vaše suchary jsou moc dobré. Jsou jako tyčinka. Ale rýžovou kaši nikdy jíst nebudu, ta mi nechutná. „A co třeba celozrnné pečivo?“ „Ne, to si nedám, jsou tam taky semínka.“

„Mohla byste mi naopak vyjmenovat potraviny, které by Vaše onemocnění mohly opět zhoršit?“

„Tučná masa, jogurty, majonézy. Nadýmavá zelenina, jako je čočka, hrách a fazole, ale taky zelí nebo cibule. Nekoupím si ovoce se zrníčky. Hrozny, jahody. A já je ale tak ráda. No a slibuji, že nebudu pít ani mé oblíbené pivo.“

„Jakým způsobem budete potraviny upravovat?“

„To se u nás nezmění. Vařím většinou na vodě, protože z mastného je mi těžko. Možná manželovi občas usmažím řízek, ale já ho jíst nebudu.“

„Máte představu, jak zkombinujete potraviny, abyste si byla schopna uvařit chutné jídlo?“

„S tím problém mít nebudu. To nějak zvládnu.“

„Jaká byla Vaše životospráva před vaší hospitalizací?“

„Vždy jsem se snažila, aby byla dobrá. Jdu příkladem i dětem. Celá rodina hodně sportujeme, jezdíme na výlety na kolech, plaveme.“

„Změní Vaše onemocnění nějakým způsobem Váš dosavadní život?“

„Trošku ano. Nebudu moci v práci chodit na obědy. Budu si nosit svoje svačinky. Představa, že mi bude špatně, to raději tu změnu udělám. Určitě budu hodně pít. Do práce si s sebou vždy vezmu velkou láhev.“

„Budete mít k novému přístupu k dietě podporu rodiny?“

„Určitě ano. Je to nijak neomezí.“ Na konci rozhovoru byl pacientce předán letáček o dietním omezení.

Rozhovor s pacientkou 5, která je narozena roku 1951, byl proveden v dubnu 2012.

„Už jste byla někdy hospitalizována se zánětem slinivky břišní?“

„Ne, nikdy.“ Odpovídá pacientka. „V 25 - 30 letech mě trápil žlučník. Od té doby mám občas potíže s trávením, nesnesu kyselá jídla. Při potížích si obvykle vařím pankreatické čaje.“

„Jak dlouho jste již v nemocnici?“

„Jsem tu přesně týden. První pět dnů jsem byla na jednotce intenzivní péče a teď už třetí den jsem tady na tomto oddělení.“

„Co myslíte, že předcházelo Vašemu onemocnění?“

„Myslím, že asi prochlazení.“

„Nejste si vědoma nějaké dietní chyby? Pamatujete si, co jste jedla v den, kdy jste byla přijata k hospitalizaci?“

„Bydlím s maminkou, které je 87 let. Vařím podle ní, nesolím, koření používám jen minimálně. Dietní chyby si nejsem vědoma.“ Pacientka malou chvíli přemýšlí a potom pokračuje. „K snídani jsem měla rohlík s máslem a šunkou. K tomu kávu bez kofeinu. K obědu slepičí polévku a knedlík se zelím. Maso jsem neměla. Měla jsem ho naložené, že si ho uděláme navečer i se sestrou, která měla přijet. Bohužel to jsem už nestihla.“

„Pamatujete si, jaké byly první projevy nemoci?“

„Měla jsem bolesti břicha. Myslela jsem si, že je to zase žlučník a uvařila si bylinkový čaj. Bolesti přišly rychle, byly silné a neustupovaly. Cítila jsem se plná a nafouknutá. Vzala jsem si tabletku. Na zvracení mi nebylo a na stolici jsem byla normálně. Byla

jsem hrozně unavená a bolesti nepřestávaly. Do nemocnice mě přivezla sanitka.“

„*Byly Vám poskytnuty dostatečné informace o dietním režimu?*“

„Když jsem přijela do nemocnice, neměla jsem vůbec hlad, dostávala jsem kapačky a pak čaj. Hrnek čaje mi stačil na celý den. Dneska jsem dostala poprvé tady ty suchary. O dietě jsem dostala letáček od sestřičky staniční. Zatím jen na přečtení, že za mnou ještě někdo přijde.“

„*Zatím podané informace o dietním režimu pro Vás tedy nejsou asi dostatečné. Je to tak?*“

„Ale ano, jsou dostatečné. Další informace mi vyhledá dcera na internetu.“

„*Rozumíte poučení o dietním režimu?*“

„Ano, rozumím. Je to zde napsané srozumitelně, vše ostatní vám přece dojde. Jen ještě musím prostudovat úpravu jídel, protože dříve jsem tak nevařila.“

„*Víte, které potraviny jsou pro Vás nyní vhodné?*“ dotázala jsem se pacientky.

„Jím tady dětské výživy, vhodná je asi i rýže, brambory, kuřecí maso. Divila jsem se, když jsem se zde dočetla, že i vepřové.“

„*A co mléčné výrobky?*“

„Tak to mi vypadlo. Spíš odtučněné.“

„*Ano, správně. Dokážete mi vyjmenovat potraviny, které by mohly vaše onemocnění opět zhoršit?*“

„To už nevím.“ Pacientka přemýšlí. „Tak asi samozřejmě tučná jídla, smažené hranolky a řízky. Doma dělám řízky v alobalu, maminka je generál, ta by mi nedovolila smažit na tuku. Ani v bonboniérách si nelibujeme. Mám ráda studenskou pečeť s oříšky, ale to teď odpadá. Ani čokoládu, ani ořechy nedoporučujete.“

„*Už víte, jakým způsobem budete potraviny upravovat?*“

„Budu hlavně vařit a dusit. Nebudu smažit a asi ani péct.“

„*Máte představu, jak zkombinujete potraviny, abyste si uvařila jídlo, které Vám bude chutnat?*“

„To už doma sama zvládnou. Jsem přeci kuchařka.“

„*Jaká byla Vaše životospráva před vaší hospitalizací?*“

„Myslím, že dobrá. Mám dostatečný pohyb. Domácí práce musím zvládat i za maminku a každý den chodím na procházky se psem, máme jezevčíka a ten má pohyb rád.“
„Cvičíte?“ „Cvičím,“ odpovídá pacientka, „protože mám problémy s páteří. Taky jezdím na kole.“ „A co stres?“ „Tak stres u mě hraje velkou roli.“ Pacientka se rozplakala a dále odmítla v rozhovoru pokračovat. Rozhovor byl na přání pacientky ukončen. Později jsem zjistila, že se pacientka nedávno stala vdovou.

Na základě výsledků z rozhovorů byla sestavena tabulka. Z celkového počtu 5 pacientů jsou dva muži a tři ženy. Tato tabulka vychází ze životosprávy oslovených pacientů před jejich hospitalizací, znázorňuje hospitalizaci a edukaci. Dietní omezení nedodrží dva pacienti, ti, kteří jsou opakovaně přijati k hospitalizaci, tři jsou obézní a alkohol nepijí pouze dva. Dva pacienti holdují kouření a prožívají stresové situace.

Tři pacienti jsou hospitalizováni poprvé. Dietní chyba před hospitalizací se vyskytla u třech pacientů. Délka pobytu pouze v jednom případě překračuje měsíc. Operační výkon podstoupil jeden pacient. Během hospitalizace došlo ke snížení hmotnosti u dvou pacientů.

Čtyři pacienti odpověděli, že byli dostatečně o dietním režimu informováni. Problémy se změnou dietního režimu a se sestavením jídelníčku pacienti neudávají. U třech pacientů došlo k ovlivnění již zaběhnutého životního stylu. Všichni pacienti mají při změně dietního režimu podporu rodiny.

Tabulka 1 Výsledky rozhovorů

	P 1 - muž	P 2 - žena	P 3 - muž	P 4 - žena	P 5 - žena
Dodržování diety před hospitalizací	ne	ano	ne	ano	ano
Obezita	ano	ano	ano	ne	ne
Alkohol	občas ano	ne	ano	občas ano	ne
Kouření	ano	ne	ano	ne	ne
Stres	ano	ne	ne	ne	ano
Hospitalizace	2.	1.	13.	1.	1.
Dietní chyba jako možná příčina onemocnění	alkohol	ne	alkohol	ne	zelí
Délka pobytu	2 ½ měsíce	5 dní	2 dny	8 dní	týden
Operační výkon	ano	ne	ne	ne	ne
Snížení hmotnosti	ano	ne	ne	ano	ne
Podané dostatečné informace	ano	ano	ano	ne	ano
Edukace kým	sestra, nutriční terapeut	sestra	sestra, lékař	-	ne
Problémy se sestavením jídelníčků	nechává na partnerovi	ne	nechává na partnerovi, restaurace	ne	ne
Problémy při změně dietního režimu	ne	ne	ne	ne	ne
Problémy ovlivnění životního stylu	pravidelná dietní strava, absence kouření, omezení stresových situací v zaměstnání	změna jídelníčku, nucena vařit dvě hlavní jídla	ne	zvýšený příjem tekutin, nemožnost chodit v zaměstnání na obědy	?
Podpora rodiny	ano	ano	ano	ano	ano

5 DISKUZE

Cílem práce bylo zjistit, zda sestry znají a dodržují správné postupy při péči o nemocné s pankreatitidou a jaká je úroveň informací pacientů s pankreatitidou o dietním režimu. Součástí této práce byl kvantitativní a kvalitativní výzkum. Výsledky výzkumného šetření vycházejí z vyplněných dotazníků a polostrukturovaných rozhovorů.

Ke kvantitativnímu šetření byly stanoveny tři hypotézy. Hypotéza 1: *Sestry se aktivně vzdělávají v péči o pacienty s pankreatitidou.* Hypotéza 2: *Sestry dodržují správné postupy při ošetrovatelské péči o pacienty s pankreatitidou.* Hypotéza 3: *Sestry mají dostatek informací o dietním režimu u pacientů s pankreatitidou.*

Otázky dotazníku 1, 2 a 3 jsou vstupními otázkami, které nám říkají, která oddělení se výzkumu účastnila a jaká je délka praxe a nejvyšší dosažené vzdělání oslovených sester. Bylo zjištěno, že se do výzkumu zapojilo více sester z chirurgických než z interních oddělení (graf 1). Sestry z interních oddělení sdělily, že se v nemocnici Třebíč na jejich odděleních s pacienty s pankreatitidami většinou nesetkávají. Jelikož bývají prvním příznakem nemoci především bolesti břišní oblasti, bývají pacienti s pankreatitidami přijímáni na oddělení chirurgické k vyloučení jiné náhlé příhody břišní. Nejpočetnější skupina sester, která spolupracovala při výzkumném šetření, vykonává svou praxi ve zdravotnictví 21 a více let (graf 2). Převážná část zúčastněných sester dosáhla středního odborného vzdělání s maturitou (graf 3). Zanedbatelný není ani počet sester, které dokončily vyšší odborné studium.

Jednotlivé otázky v dotazníku se vztahují i k více hypotézám současně. K první hypotéze se vztahují otázky č. 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13 a 15. K hypotéze druhé jsme zařadili otázky č. 8, 9, 10, 14, 15, 21, 22 a 23. Ke třetí hypotéze patří z dotazníku otázky č. 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 a 23.

Sestry si své vzdělání z ošetrovatelské péče o pacienty s pankreatitidou rozšiřují nejčastěji návštěvou seminářů (graf 4). V dnešní době je již všem sestřám dostupný také internet. 2 sestry uvádí, že se také vzdělávají praxí na oddělení a 1 sestra vypracovávala kazuistiku pro bakalářskou práci na téma „Akutní pankreatitida“, kde jistě během psaní práce získávala odborné znalosti. Během posledního roku navštívilo seminář věnující se

problematicke ošetrovateľskej péče o pacienty s pankreatitidami len 15,6 % oslovených sester (graf 5). Vysvetľujú si to tým, že seminárov o pankreatitidách není mnoho. Na jeden seminár se průměrně dostanou 2 - 3 sestry z jednoho oddělení, protože ostatní jsou zařazeny v pracovním procesu a kvůli službám se nemohou všechny seminářů účastnit.

Na žádném z oddělení nemocnice Třebíč nenalezneme standard péče o pacienty s pankreatitidou. Správnou odpověď *ne* zvolilo 54,7 % dotazovaných sester (graf 6). Ovšem skoro polovina, 45,3 % dotazovaných sester *neví* nebo tvrdí, že na oddělení standard péče o pacienty s pankreatitidou *mají*. Jak je možné, že sestry uvádějí, že se vzdělávají, ale skoro polovina dotazovaných sester *neví*, že nemocnice Třebíč standard ošetrovateľskej péče o pacienty s pankreatitidou nemá? Všechny standardy jsou k nahlédnutí na intranetu nemocnice. Standardy, které nemocnice uvádí, se vztahují k jednotlivým ošetrovateľským výkonům, ne k celkové péči o pacienty s pankreatitidami.

Na otázku, jaké jsou nejčastější projevy akutní pankreatitidy, mohly sestry odpovědět maximálně třemi možnostmi. Mezi nejčastější projevy podle sester patří bolesti břicha, nauzea a zvracení (graf 7). Stejně tak uvádí literatura: „*Nejčastěji se akutní pankreatitida manifestuje bolestí břicha, která bývá lokalizovaná nad pupkem, propaguje se do zad a podél žeberních oblouků. Dalšími příznaky mohou být: nauzea, zvracení bez úlevy a nedostatečný odchod plynů při paralytickém ileu.*“ (Lukáš, 2005, str. 121)

Největší problém v ošetrovateľskej péči o pacienty s pankreatitidami sestry vidí ve změně psychického stavu pacienta, kdy pacient nespolupracuje, je zmatený, dezorientovaný až agresivní (graf 8). Toto tvrzení sester z praxe popisuje i starší literatura: „*Nemocní jsou schváčení, zaujímají neobvyklé polohy, později mohou být zmatení, utíkají z lůžka.*“ (Hájek, 1995, str. 189) Dalším problémem, se kterým se sestry setkávají, je nedodržování dietního režimu pacienta. Ten si často neuvědomuje závažnost svého onemocnění a nedodržuje léčebný režim.

Jak již sestry uvedly, k nejčastějším projevům pankreatitidy patří bolesti. Zeptali jsme se, zda se na odděleních chirurgických a interních vedou záznamy o hodnocení bolesti. Zde odpovědělo všech 100 % sester, že ano (graf 9). Bolesti se zaznamenávají

do grafů (příloha 4). Sestry hodnotí bolest dle ordinace lékaře a stavu pacienta, minimálně 3x denně (graf 10).

Na otázku, z jakého důvodu zavádíme při pankreatitidě nasogastrickou sondu, uvedlo 93,8 % sester, že se sonda zavádí pro potřebu odsátí žaludečního obsahu (graf 11). V povědomí sester je, že se nasogastrická sonda zavádí pro odsátí žaludečního obsahu, protože strava v žaludku a dvanáctníku dráždí slinivku břišní k další produkci pankreatických enzymů. Literatura to ale zcela nepotvrzuje: „*Tento princip není klinicky nikterak opodstatněný a neexistuje studie, která by vliv nasogastrické sondy na průběh pankreatitidy potvrdila. Nasogastrická sonda přináší symptomatickou úlevu při zvracení, abdominální distenzi a ileu, naopak při zbytečném zavedení u lehké pankreatitidy může dráždit.*“ (Špičák, 2005, str. 182) Z vlastní zkušenosti musím říci, že se nasogastrická sonda striktně každému pacientovi s akutní pankreatitidou nezavádí. Zavádí se často u pacientů, kteří zvrací. Pacientům se uleví, protože obsah žaludku odtéká samospádem do sběrného sáčku. Domnívám se, že dotazované sestry se přikláněly k této odpovědi proto, že se často setkávají s pacienty s pankreatitidou, kteří právě zvrací.

ERCP při biliární pankreatitidě se provádí v akutní fázi pro rychlé odstranění potíží, to uvedlo 50 % oslovených sester. Skoro stejný počet sester uvádí, že se ERCP provádí až po zklidnění (graf 12). Literatura uvádí: „*ERCP je podle obecného mínění indikována při známkách biliární obstrukce a u recidivující pankreatitidy nejasné etiologie. U těžké biliární pankreatitidy se doporučuje provádět ERCP do 48 hodin, v případě cholangitidy ihned. V jednotlivých případech je třeba zvažovat celkový stav, tíži onemocnění, další komplikace a přítomnost biliární obstrukce.*“ (Špičák, 2005, str. 118). Protože odpověď na tuto otázku se z poloviny přikláněla na jednu stranu a z poloviny na druhou, oslovila jsem lékaře našeho oddělení a požádala ho o jeho názor. „*Jestliže je diagnostikována biliární pankreatitida a zánět není ještě rozběhnut ve velkém rozsahu, indikujeme k ERCP pacienta většinou do 48 hodin. Pokud ale je zánět již rozšířen a pacient je v celkově zhoršeném stavu, nejprve se pokusíme o zklidnění zánětu a teprve poté přistupujeme k ERCP.*“

K chirurgické léčbě pankreatitidy se přistupuje až při infekci nektróz a k odstranění nekrotických ložisek, uvedlo 92,2 % dotazovaných sester (graf 13). V literatuře se o chirurgické léčbě uvádí: „Indikacemi k chirurgické léčbě obecně jsou nejasná diagnóza (dnes výjimečně), infikovaná nektróza a komplikace. Chirurgická léčba vychází z předpokladu, že fatální důsledky pankreatitidy lze eliminovat odstraněním infikovaného nekrotického ložiska. Načasování operace se za posledních dvacet let ustálilo až do čtvrtého týdne od počátku onemocnění, kdy demarkace nektrózy naději na úspěšnou operaci zvyšuje.“ (Čihák, 2005, str. 196, 206). V jiné literatuře se píše: „Chirurgická léčba se indikuje při tvorbě abscesu nebo infikovaných nektróz, kdy se provádí laparotomie, laváž a drenáž břišní dutiny, často jen s dočasným uzavřením břišní stěny sítkou nebo zipem k umožnění opakovaných revizí.“ (Valenta, 2005, str. 140). Z vlastní zkušenosti ale vím, že v současné době se od dočasného uzavření dutiny břišní zipem v nemocnici Třebíč upouští. Pracuji na chirurgickém oddělení již 5 let a za svou praxi jsem pacienta se zipem neviděla. Na dotaz, proč se v nemocnici Třebíč neprovádí operace pankreatitid se zipem, jsem dostala od zkušenějších sester z JIP odpověď: „Lékařka, která se specializovala na tyto operace, odešla z této nemocnice pracovat do jiné.“

Pacientovi s akutní pankreatitidou aplikuje 78,1 % zúčastněných sester plnou parenterální výživu do centrálního žilního katétru (graf 15). Toto tvrzení literatura potvrzuje: „Periferní parenterální výživa umožňuje podávání pouze doplňkové výživy, která má nízkou osmolalitu. Centrální parenterální výživa může zahrnovat doplňkovou i úplnou parenterální výživu a je nezbytná zvláště tehdy, kdy je nutné zvýšit osmolalitu roztoků.“ (Zadák, 2002, str. 201).

Na otázku, jaká je dietní terapie u pacienta s akutní pankreatitidou, odpověděly téměř všechny sestry (96,9 %) správně, nic per os (graf 14). Téměř všechna přístupná literatura uvádí, že je při akutní pankreatitidě nezbytná absolutní dieta, která je nahrazena úplnou parenterální výživou. Literatura dodává: „Později je snaha převést nemocného na enterální výživu nasojejunální sondou.“ (Lukáš, 2005, str. 123). Zde musím opět poznamenat, že v nemocnici Třebíč se s nasojejunální sondou nesetkávám. Pokud to stav dovolí, jsou pacienti na plné parenterální výživě a postupně je podáván

čaj po lžičkách a přísná pankreatická dieta. Jestliže je akutní stav dlouhodobý a je to nutné, je pacientům pro enterální výživu zavedena perkutánní endoskopická jejunostomie (PEJ). Kromě výživy je pacientovi podáváním stravy do PEJ podporována peristaltika. Postupné dietní zatěžování stravou u pacienta s akutní pankreatitidou (graf 16) zahrnuje čaj (dieta 0/S), rozepsanou 4-denní pankreatickou dietu a dietu s přísným omezením tuku (dieta 4S). „*Dietní postup je rozdělen do IV. léčebných stádií a jednotlivé přestupy jsou značně individuální a směřují k hlavnímu cíli, tj. vyléčit zánět nebo jej zklidnit do stavu chronické pankreatitidy*“ uvádí literatura. (Lukáš, 2005, str. 249). Čihák píše: „*U lehké pankreatitidy u nás oblíbená přísně strukturovaná a odstupňovaná „pankreatická dieta“ není opodstatněná.*“ (Čihák, 2005, str. 206). Na chirurgickém oddělení v Třebíči je pacientům odstupňovaná pankreatická dieta podávána. Dieta je podávána za kontroly pankreatických enzymů odběrem krve a obvykle trvá 4 dny. Při nelepším se stavu nebo při stoupajících hodnotách enzymů může dieta trvat déle. Vracíme se v dietě o den zpět nebo podáváme opět pouze čaj.

Do jídelníčku pacienta s pankreatitidou po odeznění akutní fáze lze zahrnout (graf 17) kuřecí maso, brambory a mrkev. Vejce je povoleno omezeně, jedenkrát denně a používá se pouze při přípravě pokrmů. Celozrnné pečivo se nedoporučuje, protože obsahuje zrníčka. Naopak z jídelníčku pacienta s pankreatitidou po odeznění akutní fáze by měly být vyřazeny potraviny (graf 18) jako je slanina, kynuté knedlíky, smetanový jogurt a hroznové víno pro obsah zrníček. Jablko je povoleno, ale pacient ho musí jíst okrájené. V literatuře jsou uvedeny vhodné i nevhodné potraviny přehledně v tabulce (příloha 6). S názory sester se literatura shoduje.

Součástí ošetrovatelské péče o pacienta s pankreatitidou je edukační činnost sestry. Pro dodržování léčebného režimu pacienta po propuštění do domácího ošetřování je tato edukace významná, proto byly do dotazníku zařazeny otázky týkající se edukace o dietním režimu. Na otázku, *kdo na odděleních chirurgie a interny edukuje pacienty s pankreatitidou o dietním režimu*, mohly sestry odpovědět více možnostmi. Z grafu 19 lze vyčíst, že se ve všech případech na zmíněných odděleních edukuje a že k edukaci přistupuje lékař i sestra. V dnešní době oddělení využívají pro své pacienty i služeb nutriční terapeutky. Pro samotnou edukaci je na většině oddělení k dispozici edukační

materiál o dietním omezení pro pacienty (graf 20). Edukační materiál není k dispozici na jednotkách intenzivní péče, protože zde je pacient vyživován zatím většinou parenterálně. Pokud sestry edukační materiál o dietním omezení na JIP potřebují, vyzvednou si je na oddělení standardním. K poučení pacienta o dietním režimu sestry nejčastěji využívají kombinaci ústního poučení s předáním letáčku. V některých případech zavolají na oddělení nutričního terapeutku (graf 21). Většina dotazovaných sester používá při edukaci o dietním režimu zpětnou vazbu (graf 22), aby zjistila, zda pacienti poučení rozuměli. Podle standardu nemocnice Třebíč o vedení zdravotnické dokumentace jsou sestry povinny každou edukaci zaznamenat do edukačního záznamu pacienta (příloha 5). Z výzkumného šetření vyplývá, že záznam o edukaci vede 60,9 % sester, které se výzkumu účastnily (graf 23). Proč je toto procento nižší? Opravdu sestry pacienty edukují? Myslím si, že sestry opravdu pacienty o dietním režimu edukují, protože bez poučení o změně stravování by pacienta propustit nemohly. Provedou zápis do ošetrovatelské dokumentace, ale často zapominají, že je nutno ještě s pacientem vyplnit edukační list. Je důležité si uvědomit, že zápis do edukačního listu má svůj význam pro pozdější kontrolu při nedodržování režimu nebo při podání stížnosti ze strany pacienta.

Shrnutím odpovědí na otázky a vytvořením grafů je zřejmé, že se sestry v péči o pacienty s pankreatitidami aktivně vzdělávají, dodržují správné postupy při ošetrovatelské péči a podávají pacientům dostatek informací o dietním režimu. *Hypotéza 1, 2 a 3 se tímto potvrzuje.*

Ke kvalitativnímu šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: *Jsou pacientům s onemocněním pankreatu poskytovány dostatečné informace o dietním pankreatickém režimu?* Výzkumná otázka 2: *S jakými problémy se setkávají pacienti při navržené změně dietního režimu?* Výzkumná otázka 3: *Jsou pacienti schopni sestavit si dle podaných informací o dietním pankreatickém režimu vhodný jídelníček?*

Při položení otázky na životosprávu pacientů před jejich hospitalizací jsme zjistili, že ženy přistupují k dietnímu omezení zodpovědněji než muži. Ženy se již před hospitalizací snažily zdravě stravovat. Většinou je to proto, aby si udržely svou postavu.

Dotazovaní muži nebrali dietní omezení vážně, neuvědomovali si možnost komplikací. Pacient 1 musel při druhé hospitalizaci pro komplikace podstoupit 4x operační výkon. Až nyní si uvědomil své jednání a od základu změnil svou životosprávu. Přestal kouřit, nepije alkohol a snížil razantně svou hmotnost. Naopak pacient 3, který je hospitalizován již po třinácté, je pravděpodobně nepoučitelný. I přes opakované poučení, nedodrжуje dietní a léčebný režim. Hájek píše: „*Ačkoliv část pankreatitid vzniká idiopaticky, přece jen u většiny případů lze v anamnéze zjistit závažnou dietní chybu nebo abúzus alkoholu.*“ (Hájek, 1995, str. 18).

Z rozhovorů s pacienty bylo zjištěno, že poučení o dietním režimu, je pro ně dostačující. Informace jsou podané tak, že pacienti rozumí tomu, co je pro ně vhodné či naopak nevhodné jíst. Pacienti jsou poučeni i o úpravě jídel. Pro rozšíření vědomostí o dietním režimu pacienti využívají možnosti internetu a knih o vhodné dietě. Pacient 1 obdržel od nutriční terapeutky také telefonní číslo pro případ konzultace o dietě. Odpověď na výzkumnou otázku 1 je: *Pacientům s onemocněním pankreatu jsou poskytovány dostatečné informace o dietním režimu.*

Jaké jsou nejčastější problémy pacientů při navržené změně dietního režimu? Většina pacientů je překvapena, jak přísnou dietu musí dodržovat. Není pro ně lehké vzdát se svých oblíbených jídel, mají strach z toho, že jim dietní strava nebude chutnat. Častou obavou patientek bývá to, že budou doma muset vařit dva druhy jídel, protože tu jejich dietní stravu partneři málokdy tolerují. Patientka 4 poukazuje na problém se stravováním v zaměstnání. Bude nucena si do zaměstnání nosit vlastní svačiny, protože ne všechny obědy jsou dietní. „*Nebudu moci v práci chodit na obědy. Budu si nosit svoje svačinky. Představa, že mi bude špatně, to raději tu změnu udělám. Určitě budu hodně pít. Do práce si s sebou vždy vezmu velkou láhev.*“ Pacient 3 si žádné starosti nedělá. Je to rozumné? Patientka 5 z důvodu předčasně ukončeného rozhovoru nesdělila žádný problém. Problémy pacientů na začátku změny životního stylu přinášejí komplikace, ale jsou většinou řešitelné. Je velice významné, aby měl pacient dostatečnou vůli změnit svůj životní styl a setrvat u něho.

Odpověď na výzkumnou otázku 2 bychom mohli shrnout do těchto okruhů problémů: *obava, že strava nebude chutnat, nutnost vařit více druhů jídel k jednomu chodu, nemožnost se stravovat v jídelně zaměstnavatele.*

Se sestavením jídelníčku pacienti udávají, že problém mít nebudou. Ženy jsou zručné v kuchyni a jsou zvyklé experimentovat a zkoušet nová jídla. Oba muži spoléhají a věří, že si manželky s vařením dietních jídel poradí. V těchto případech je vhodná také edukace rodinných příslušníků. Pacient 3 bohužel k jídelníčku přistupuje nezodpovědně a těší se do své oblíbené restaurace. *„Vaření nechávám na manželce, ale já se většinou stejně stravuju mimo domov. Na obědy chodím do restaurace. A dám si tam to, co mají, hlavně aby tam byl pořádný kus masa. Na to, jak je jídlo upravený, se moc nekoukám.“*

Odpověď na výzkumnou otázku 3 je: *Ano, pacienti nebo jejich rodinní příslušníci jsou schopni sestavit dle podaných informací o dietním režimu vhodný jídelníček. Záleží však na jejich přístupu k léčebnému režimu.*

6 ZÁVĚR

Záněty slinivky břišní patří mezi nejzávažnější náhlé příhody břišní, mohou se zkomplikovat multiorgánovým selháním a skončit úmrtím pacienta. Výskyt tohoto onemocnění má vzestupný trend. Souvisí se životním stylem a výživou obyvatelstva. Nejčastější příčinou zánětů slinivky břišní je nadměrná konzumace alkoholu, tučné stravy a choledocholithiaza. Základem léčby je správné stanovení diagnózy. Při nekrotizující pankreatitidě je léčba i ošetrovatelská péče o pacienta velice náročná. Sestra musí věnovat pacientovi trvalou komplexní ošetrovatelskou péči. Chronická pankreatitida má sklon k postupné progresi. Velký význam v léčbě a prevenci opakovaných atak pankreatitidy má zejména změna životních návyků pacienta, především oblast výživy patří mezi základní opatření.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry znají a dodržují správné postupy při péči o nemocné s pankreatitidou a jaká je úroveň informací pacientů s pankreatitidou o dietním režimu. Na začátku práce byly stanoveny tři hypotézy a tři výzkumné otázky. Hypotéza 1: Sestry se aktivně vzdělávají v péči o pacienty s pankreatitidou. Hypotéza 2: Sestry dodržují správné postupy při ošetrovatelské péči o pacienty s pankreatitidou. Hypotéza 3: Sestry mají dostatek informací o dietním režimu u pacientů s pankreatitidou. Výzkumná otázka 1: Jsou pacientům s onemocněním pankreatu poskytovány dostatečné informace o dietním pankreatickém režimu? Výzkumná otázka 2: S jakými problémy se setkávají pacienti při navržené změně dietního režimu? Výzkumná otázka 3: Jsou pacienti schopni sestavit si dle podaných informací o dietním pankreatickém režimu vhodný jídelníček? Odpovědi na tyto otázky měly zjistit, zda jsou pacienti schopni změnit svůj dosavadní životní styl a snížit tak riziko opakované hospitalizace.

Vyhodnocením první části výzkumu jsme zjistili, že dotazované sestry mají dostatečné znalosti o ošetrovatelské péči o pacienty s pankreatitidou, dodržují správné ošetrovatelské postupy, mají dostatek informací o dietním režimu a správně edukují pacienty s pankreatitidou. V rámci ošetrovatelské péče jsou patrna specifika péče

o pacienty s pankreatitidami a klade se velký význam na edukaci těchto pacientů. V provedeném výzkumu byly hypotézy potvrzeny.

V druhé části výzkumu jsme zjistili, že pacienti mají dostatečné informace o dietním režimu, popřípadě si sami aktivně vyhledávají informace z knih a internetu. Jsou schopni si sami nebo za pomoci svých partnerů sestavit dietní, ale i chutný jídelníček. Problémy, se kterými se setkávají při změně stravovacích návyků, jsou řešitelné. Výsledek šetření ukazuje na nejdůležitější faktory, přičemž vždy záleží na spolupráci, přístupu a dostatečné vůli pacienta ke změně stávajícího životního stylu. Bohužel někteří pacienti jsou neukáznění a jsou následně s opakovanými problémy znovu hospitalizováni.

Výsledkem výzkumného šetření je sestavení manuálu pro pacienty se zánětem slinivky břišní. Tento manuál by měl sloužit jako informační materiál, který pacientům podá dostatečné informace o jejich onemocnění a léčebném režimu a usnadní tak práci sester při jejich edukaci.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. KOSTKA, R. *Akutní pankreatitida*. Praha: Galén, 2006. 233s. ISBN 80-7262-427-X
2. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada, 2002. 388s. ISBN 80-247-0143
3. GRIM, M., DRUGA, R. a kol. *Základy anatomie: 3. Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. Praha: Galén, 2005. 163s. ISBN 80-7262-302-8
4. MOUREK, J. *Fyziologie*. Praha: Grada, 2005. 204s. ISBN 80-247-1190-7
5. *Lidské tělo*. Bratislava: Gemini, 1991. 336s. ISBN 80-85265-13-3
6. LUKÁŠ, K. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. 288s. ISBN 80-247-1283-0
7. HÁJEK, M., *Chirurgie pro praktické lékaře*. 2. vyd. Praha: Grada, 1995. 328s. ISBN 80-7169-108-9
8. HOCH, J., LEFFLER, J. a kol. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 224s. ISBN 80-85912-06-6
9. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. 284s. ISBN 978-80-247-1148-5
10. ŠPIČÁK, J. *Akutní pankreatitida*, Praha: Grada, 2005. 216s. ISBN 80-247-0942-2
11. NAVRÁTIL, L. a kol. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2008. 424s. ISBN 978-80-247-2319-8
12. MAXDORF. *Velký lékařský slovník: Grey Turnerovo znamení* [online]. Praha: 2008 [cit. 2012-01-08] Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/grey-turnerovo-znameni-turnerovo-znameni-2>
13. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. 172s. ISBN 80-247-1443-4
14. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. 376s. ISBN 80-247-0932-5

15. VALENTA, J., ŠEBOR, J. ml., MATĚJKA, J., RUNT, V. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2005. 237s. ISBN 80-246-0644-5
16. *WikiSkripta: Sekretin-pankreozyminový přímý test* [online] [cit. 2012-01-20]
Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Sekretin-pankreozyminov%C3%BD_p%C5%99%C3%ADm%C3%BD_test
17. HVOZDOVIČOVÁ, A., STOLINSKÁ, K. Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP. *Sestra*. 12/2010. Praha: Mladá fronta, 10. 12. 2010, 82s. 77-79s. ISSN 1210-0404
18. KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 352+16s. ISBN 978-80-247-1830-9
19. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol., *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 353s. ISBN 80-246-1091-4
20. WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006. 260s. ISBN 80-247-1714-X
21. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. Martin: Osveta, 1995. 1474s. ISBN 80-217-0528-0
22. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8
23. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 80s. ISBN 978-80-247-2171-2
24. SVAČINA, Š. a kol. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. 384s. ISBN 978-80-247-2256-6
25. BRODANOVÁ, M., ANDĚL, M. *Infuzní terapie, parenterální a enterální výživa*. Praha: Grada, 1994. 287s. ISBN 80-85623-60-9
26. KOTRLÍKOVÁ, E. a kol. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá fronta, 2007. 134s. ISBN 978-80-20420701
27. ANDĚL, M., BENEŠ, P. *Výživa nemocných v těžkých stavech, parenterální výživa*. 3. dopl.vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 101s. ISBN 80-7013-271-X

28. ZADÁK, Z., *Výživa v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2002. 496s. ISBN 80-247-0320-3
29. KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E. *Základy klinické výživy*. Praha: Kriegl, 2005. 116s. ISBN 80-86912-08-6
30. *Slinivka břišní, dieta po zánětu* [online]. Praha: 7. 10. 2010 [cit. 2012-01-19] Dostupné z: <http://dietologie.cz/poradna/dieta-pri-onemocneni-nemoci/zapal-slinivky-brisni-pankreatitida-dietni-jidelnicek-potraviny/zanet-slinivky-pankreatitida.html>
31. KOHOUT, P., LIŠKOVÁ, M., MENGEROVÁ, O. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. Praha: Forsapi, 2007. 128s. ISBN 978-80-903820-3-9
32. MAREČKOVÁ, O., PATLEJCHOVÁ, E., HOVORKOVÁ, M. *Dieta při vlekém onemocnění slinivky břišní*. 2. vyd. Praha: Triton, 2003. 78s. ISBN 80-7254-412-8

8 PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Příloha 2 Žádost o povolení k výzkumu

Příloha 3 Šablona otázek pro pacienty s pankreatitidami k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 4 Záznam o hodnocení bolesti

Příloha 5 Zakázané a doporučené potraviny při onemocnění pankreatu

Příloha 6 Edukační záznam

Příloha 7 Manuál pro pacienty se zánětem slinivky břišní

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně, vážený kolego,

prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce **„Ošetrovatelská péče o pacienty s pankreatitidou“**. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Vámi vybranou odpověď zakroužkujte (v každé otázce pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak) nebo odpověď vypište vlastními slovy.

Předem děkuji za vaši ochotu a čas strávený vyplněním dotazníku.

Veronika Jabůrková, studentka třetího ročníku studijního programu Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích.

1. Na jakém oddělení pracujete?
 - a) standardní interní
 - b) interní JIP
 - c) standardní chirurgie
 - d) chirurgická JIP
 - e) ARO

2. Jaká je délka Vaší praxe?
 - a) 0 – 5 let
 - b) 6 – 10 let
 - c) 11 – 20 let
 - d) 21 a více

3. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?
 - a) střední odborné s maturitou
 - b) vyšší odborné studium
 - c) vysokoškolské bakalářské
 - d) vysokoškolské magisterské

4. Jakým způsobem si rozšiřujete své vědomosti z ošetrovatelské péče o pacienty s pankreatitidami? (lze označit více možností)
- a) odborné časopisy
 - b) odborné knihy
 - c) semináře
 - d) pomaturitní studium
 - e) internet
 - f) jiné.....
5. Navštívil(a) jste během posledního roku nějaký seminář věnující se problematice ošetrovatelské péče o pacienty s pankreatitidami?
- a) ano
 - b) ne
6. Máte na oddělení k dispozici standard „Péče o pacienty s pankreatitidou?“
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
7. Jaké jsou podle Vás nejčastější projevy akutní pankreatitidy? (zvolte maximálně 3 možnosti)
- a) bolesti břicha
 - b) zvýšená tělesná teplota
 - c) nauzea
 - d) zvracení
 - e) dušnost
 - f) tachykardie
8. Jaký je podle Vás největší problém v ošetrovatelské péči o pacienty s pankreatitidami?
napište:
9. Vedete na Vašem oddělení záznamy o hodnocení bolesti?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

10. Jak často hodnotíte bolest u pacienta s akutní pankreatitidou?
- a) á 1 hodina
 - b) á 2 hodiny
 - c) 3x denně
 - d) podle potřeby
 - e) jiné.....
11. Nasogastrickou sondu při pankreatitidě zavádíme?
- a) pro odsátí žaludečního obsahu
 - b) jako výživnou NGS
 - c) nezavádíme
12. ERCP při biliární pankreatitidě provádíme?
- a) v akutní fázi, pro rychlé odstranění potíží
 - b) až po zklidnění
 - c) neprovádí se
13. Kdy se provádí chirurgická léčba pankreatitidy?
- a) při infekci nekróz, k odstranění nekrotických ložisek
 - b) k revizi pankreatu vždy v akutní fázi
 - c) neprovádí se, stačí pouze konzervativní terapie
14. Jaká je dietní terapie u pacienta s akutní pankreatitidou?
- a) pouze tekutiny
 - b) nic per os
 - c) tekutá dieta, bez tuku
15. Plnou parenterální výživu aplikujete pacientovi s akutní pankreatitidou do?
- a) periferní žilní kanyly
 - b) centrálního žilního katétru
 - c) nasogastrické sondy
16. Postupné dietní zatěžování stravou u pacienta s akutní pankreatitidou zahrnuje?
- a) čaj (0/S), tekutá dieta (0), pankreatická dieta
 - b) čaj (0/S), rozepsaná 4-denní pankreatická dieta, dieta s přísným omezením tuku (4S)
 - c) tekutá dieta s přísným omezením tuku (4S/0), pankreatická dieta, dieta s omezením tuku (4)

17. Které potraviny z nabízených byste zahrnul(a) do jídelníčku pacienta s pankreatitidou po odeznění akutní fáze? (lze označit více možností)
- a) kuřecí maso
 - b) brambory
 - c) sádlo
 - d) vejce
 - e) zelí
 - f) mrkev
 - g) celozrnné pečivo
18. Které potraviny z nabízených byste z jídelníčku pacienta s pankreatitidou vyřadila po odeznění akutní fáze? (lze označit více možností)
- a) slanina
 - b) nízkotučné mléko
 - c) kynuté knedlíky
 - d) hroznové víno
 - e) smetanový jogurt
 - f) těstoviny
 - g) jablko
19. Kdo na vašem oddělení edukuje pacienty s pankreatitidou o dietním omezení? (lze zvolit více možností)
- a) lékař
 - b) sestra
 - c) sanitárka
 - d) dietní sestra
 - e) needukujeme
20. Je na vašem oddělení k dispozici edukační materiál o dietním omezení pro pacienty s pankreatitidami?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
21. Jakým způsobem poučíte pacienta o dietním režimu? (lze zvolit více možností)
- a) poučím ústně
 - b) ústně poučím a předám letáček

- c) poučení nechávám na lékaři
- d) předám pouze letáček
- e) zavolám dietní sestru

22. Používáte mezi vámi a pacientem při poučení o dietním režimu zpětnou vazbu?

- a) ano, vždy
- b) spíše ano
- c) méně často
- d) ne

23. Vedete na vašem oddělení záznam o edukaci v oblasti dietního omezení u pacientů s pankreatitidami?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha 2 Žádost o povolení k výzkumu

Nemocnice Třebíč

Purkyňovo náměstí 133/2

674 01 Třebíč

Věc: Žádost o povolení k výzkumu

Žádám o povolení k výzkumu pro svoji bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče o pacienty s pankreatitidou“. Ke zpracování práce bude použito anonymního dotazníku pro sestry a anonymního polostrukturovaného rozhovoru s pacienty na stanicích chirurgického a interního oddělení v Nemocnici Třebíč.

Předem děkuji.

Veronika Jabůrková

Prohlášení:

Všechny zjištěné údaje budou použity pouze k vypracování výzkumu v bakalářské práci na téma: „Ošetrovatelská péče o pacienty s pankreatitidou.“ Uvedená práce bude obhajována na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

V Třebíči 23. 2. 2012

.....

podpis studentky

Souhlasím s provedením výzkumu.

12. 3. 2012

Mgr. Eliška Klimešová

Zdroj: vlastní

Příloha 3

Šablona otázek pro pacienty s pankreatitidami k polostrukturovanému rozhovoru

1. Už jste byl s pankreatitidou někdy hospitalizován? Kolikátá je toto Vaše hospitalizace?
2. Jak dlouhý je Váš pobyt v nemocnici?
3. Co předcházelo Vašemu onemocnění?
4. Jaké byly první projevy nemoci?
5. Byly Vám poskytnuty dostatečné informace o dietním režimu?
6. Kdo a jakým způsobem Vám informace o dietním režimu poskytl?
7. Rozuměl(a) jste poučení o dietním režimu?
8. Které potraviny jsou pro Vás nyní vhodné?
9. Vyjmenujte mi potraviny, které by Vaše onemocnění mohly opět zhoršit?
10. Jakým způsobem budete potraviny upravovat?
11. Máte představu, jak zkombinujete potraviny, abyste si byl schopen uvařit chutné jídlo?
12. Jaká byla Vaše životospráva před Vaší hospitalizací?
13. Změnilo Vaše onemocnění Váš dosavadní život? Jestliže ano, jakým způsobem?
14. Máte k novému přístupu k dietě podporu rodiny?

Záznam o hodnocení bolesti – str. 2

HODNOCENÍ BOLESTI II.



Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace, Půlměsíkové náměstí 2, 674 01 Třebíč

Edukace pacienta:

- pacient je poučen, co je bolest
- je seznám se škálou bolesti
- ověření, že hodnocení rozumí

- pacient je poučen, že má hlásit změnu intenzity bolesti
- pacient ví, že může požádat o pomoc ke zmírnění bolesti

Stupeň bolesti, čas aplikace analgetika/přehodnocení

Edukaci provedli:

Dne:

Strana: 2

Datum a hodina		Datum a hodina																								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
10																										
9																										
8																										
7																										
6																										
5																										
4																										
3																										
2																										
1																										
Typ		<input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> kladivá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> kladivá <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> kladivá <input type="checkbox"/> neurčitá																								
Lokalita																										
Podpůrné prostředky:		Podpůrné prostředky:																								
hodnocení - D		hodnocení - D																								
hodnocení - N		hodnocení - N																								

Zdroj: Nemocnice Třebíč

Příloha 5

Zakázané a doporučené potraviny při onemocnění pankreatu

Potraviny	Zakázané	Doporučené
masa, drůbež, uzeniny	tučná masa (hovězí, vepřové, skopové), slepice, zvěřina, vnitřnosti, masa konzervovaná, nakládaná, uzená, uzeniny (i drůbeží párky)	netučná masa (telecí, libové hovězí, vepřové, telecí), kůzlečí, králík, kuře, holub, krůta, krůti šunka, libová šunka vepřová
ryby	úhoř, losos, makrela, sled, uzené a marinované ryby, ryby v oleji, konzervy	pstruh, okoun, candát, bělice, lín, kapr, treska - filé, štika, hejk
tuky	vepřové sádlo, lůj, slanina, majonéza, tučný dressing, přepalované tuky (smažení, opékání na tuku)	rostlinné oleje, rostlinné tuky (Flora, Rama, Hera apod.), čerstvé máslo
vejce	žloutky	1 žloutek na přípravu pokrmů denně, bílky neomezeně
mléko, mléčné výrobky	tučné mléko a mléčné výrobky, smetana, šlehačka, smetanové mražené výrobky a zmrzliny	nízkotučné mléko sladké i zakysané, nízkotučné mléčné výrobky (jogurty, tvaroh), sýry s 30 %, max. 45 % tuku v sušině, nearomatické
obilniny, pečivo	linecké nebo lístkové pečivo, pečivo a oplatky s tukovými náplněmi, celozrnné druhy pečiva a chleba, čerstvé pečivo a chléb	starší bílé pečivo, starší chléb pšeničný, žitný, smíšený, suchary, piškoty
přílohy	brambory opékané na tuku, hranolky, bramborové lupínky, knedlíky kypřené droždím, hrách, čočka, fazole	brambory vařené, opékané nasucho v troubě, bramborová kaše, rýže, těstoviny, knedlíky nekyprěné droždím
zeleniny	kapusta, zelí, brokolice, květák a všechny druhy které nemocného nadýmají, paprika, okurka, rajčata, ředkvičky, houby, nakládaná zelenina v marinádě	mrkev, hlávkový salát, čínské zelí, v menším množství špenát, chřest, pórek, zelenina mražená
ovoce, ořechy	rybíz, melouny, ostružiny, borůvky, jahody, angrešt, kiwi, hroznové víno, fíky, datle, všechny druhy ořechů	vyrálá jablka, oloupané broskve, meruňky, banány, třešně, višně, švestky, pomeranče, mandarinky, všechno ovoce zařazujeme podle snášenlivosti nemocného
nápoje	alkoholické nápoje včetně piva, zrnková káva, vody s kyslíčkem uhlíčitým	ruský, šípkový nebo bylinný čaj, bílá meltová káva, slabé kakao, ovocné sirupy, mošty, přírodní šťávy - nápoje podáváme teplé nebo vlažné, nikdy přechlazené nebo horké
koření	všechno koření které není ve sloupečku „doporučené“ se vylučuje. Dále Masox, Maggi, Worcesterová a sójová omáčka, hořčice, větší množství octa, instantní polévka	zelená petrželka, pažitka, kopr, bazalka, libeček, skořice, majoránka, vývar z kmínu, vývar z hub, vanilka, malé množství octa, citrónová a pomerančová šťáva, po důkladném omytí citrónová a pomerančová kůra
důležité zásady při přípravě pokrmů	smažená nebo opékaná jídla na tuku, jíšky, všechny úpravy, kdy může dojít k přepalování tuků	vaření, dušení, grilování bez tuku, masa opékaná nasucho (tuk přidáme až do hotových pokrmů), zahušťování moukou nasucho opraženou nebo syrovými nastrouhanými bramborami

Zdroj: MAREČKOVÁ, O., PATLEJCHOVÁ, E., HOVORKOVÁ, M. Dieta při vlekém onemocnění slinivky břišní. 2.vyd. Praha: Triton, 2003. 78s. ISBN 80-7254-412-8, str. 33

Příloha 6

Edukační záznam – str. 1



Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace, IČO 00839396 tel.568809111
Purkyňovo náměstí 2, PSC 674 01

EDUKAČNÍ ZÁZNAM

Jméno a příjmení:.....

RČ:...../.....

Pojišťovna:.....

Oddělení:.....

Bydliště:.....

Edukováný: pacient zákonný zástupce

Oblast edukace:

Schopnost vnímání edukace pacientem (doprovodem):

velice dobrá dobrá horší špatná není možná

Komunikační bariéra:

psychická fyzická smyslová jazyková jiná.....

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Předop. příp. | <input type="checkbox"/> 4. Vyprazdňování stolice | <input type="checkbox"/> 7. Nežádoucí reakce na ATB | <input type="checkbox"/> 10. Diabetický režim |
| <input type="checkbox"/> 2. Pooper. péče | <input type="checkbox"/> 5. Sebepečte | <input type="checkbox"/> 8. Úschova cenných věcí | <input type="checkbox"/> 11. Klidový režim |
| <input type="checkbox"/> 3. Porucha močení | <input type="checkbox"/> 6. Riziko pádu | <input type="checkbox"/> 9. Škála VAS | <input type="checkbox"/> 12. |

Použité metody:

ústně ukázka audia/video/TV
 písemně nácvik jiné:

Datum	Číslo	podrobnější obsah edukace + podpis edukujícího + podpis poučeného
		<p>1. Pacient je poučen v předoperační přípravě o:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> hodnocení bolesti a škále VAS</p> <p>b) <input type="checkbox"/> lačnění před operací</p> <p>c) <input type="checkbox"/> nutnosti oholení operačního pole</p> <p>d) <input type="checkbox"/> nutnosti bandáží DKK z důvodu prevence TEN a nutnosti bandáží v době pooperační</p> <p>e) <input type="checkbox"/> nutnosti klidu na lůžku po podání premedikace, dosahu signalizačního zařízení</p> <p>2. Pacient je poučen o pooperační péči:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> zvednutí zábran u lůžka z bezpečnostních důvodů, dosahu signalizačního zařízení</p> <p>b) <input type="checkbox"/> krvácivých projevech z důvodu antikoagulační terapie</p> <p>c) <input type="checkbox"/> vhodné indikované RHB a polohování</p> <p>d) <input type="checkbox"/> dodržování dietního režimu v pooperační fázi, dále o dietním režimu v domácím prostředí</p> <p>e) <input type="checkbox"/> předán informační materiál o dietě :</p> <p>3. Pacient je poučen při poruše močení o:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> důvodech vzniklé poruchy močení</p> <p>b) <input type="checkbox"/> nutnosti zavedení permanentního katétru , nutnosti péče o katétr s dodržováním hygienických zásad</p> <p>4. Pacient je poučen v souvislosti s vyprazdňováním stolice o :</p> <p><input type="checkbox"/> Způsobu vyprázdnění před operací , po operaci nebo diagnostickým výkonem</p> <p>5. Pacient (rodinný příslušník) je poučen v oblasti sebepečte o :</p> <p><input type="checkbox"/> možnosti následné ošetr. péče agenturou domácí péče, překladu na LDN</p> <p>6. Pacient (rodinný příslušník) je poučen v souvislosti s rizikem pádu o :</p> <p>a) <input type="checkbox"/> vyvarování se chůze po mokré, označené podlaze</p> <p>b) <input type="checkbox"/> vhodné obuvi</p> <p>c) <input type="checkbox"/> zvednutí zábran u lůžka a dosahu signalizačního zařízení</p> <p>d) <input type="checkbox"/> dodržování zásad při vstávání z lůžka</p> <p>e) <input type="checkbox"/> dodržování bezpečnostních zásad při používání mobilizačních pomůcek (berle, fr. hole)</p> <p>7. Pacient je poučen o:</p> <p><input type="checkbox"/> riziku nežádoucí reakce na ATB</p> <p>8. Pacient byl poučen o:</p> <p>Možnosti úschovy peněz a cenných předmětů do ústavního trezoru nebo trezoru na oddělení během operačního výkonu nebo odvozu na diagnostická vyšetření. Pacient ví, že pokud tuto možnost nevyužije, nemůže organizace eventuelně vzniklou škodu uhradit.</p>

FOR-PLO-III-NTR-195-00

Zdroj: Nemocnice Třebíč

Edukační záznam – str. 2



Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace, IČO 00839396 tel.568809111
Purkyňovo náměstí 2, PSČ 674 01

	<p>9. Pacient byl poučen o škále VAS a možnosti analgezie.</p> <p>10. Pacient byl poučen o: dodržování diabetického režimu, včetně diety. Při projevech hypo/hyper glykemie ihned informuje ošetřující personál a dbá jeho pokynů.</p> <p>11. Pacient byl poučen o: klidovém režimu z důvodu úrazu, vyšetřovacích metod</p> <p>Pacient byl poučen a svým podpisem stvrzuje, že informacím rozuměl a mohl klást doplňující otázky:</p> <p>-----</p> <p>Poučení provedl: _____ podpis pacienta: _____</p> <p>-----</p> <p>poučení provedl: _____ podpis pacienta: _____</p> <p>-----</p> <p>Poučení provedl: _____ podpis pacienta: _____</p> <p>-----</p> <p>Poučení provedl: _____ podpis pacienta: _____</p> <p>-----</p> <p>JINÉ POUČENÍ:</p> <p> </p>
--	--

Při propuštění jsem obdržel/a:

- Lékařskou propouštěcí / předběžnou zprávu
- Lékařskou překladovou zprávu
- Ošetřovatelskou prop./překladovou zprávu
- Potvrzení PN
- Poukaz o trvání PN
- Poukaz na domácí ošetřovatelskou péči
- Jiné.....

- Regulační poplatky:.....
- Dokumentaci z jiného oddělení – RTG.....
- Recepty
- Edukační materiál.....
- Pomůcky:.....
- Průkaz na ortop./stomické pomůcky

Předán do péče:

- Praktického lékaře
- Domova důchodců
- Agentura domácí péče kontaktována: ano ne

- Jiného zdravot. zařízení.....

Výše uvedené skutečnosti jsem vzal/a na vědomí a svým podpisem stvrzuji, že sdělené informace jsou srozumitelné.
podpis pacienta/zákonného zástupce:.....
podpis zdravotnického pracovníka:.....

V Třebíči dne:.....

FOR-PLO-III-NTR-195-00

Příloha 7 Manuál pro pacienty se zánětem slinivky břišní

MANUÁL PRO PACIENTY SE ZÁNĚTEM SLINIVKY BŘIŠNÍ



Vážené pacientky, vážení pacienti,

tato brožura je určena těm z Vás, kteří jste onemocněli akutním nebo chronickým zánětem slinivky břišní. Měla by Vás seznámit stručně s příčinami, projevy, diagnostikou a léčbou Vašeho onemocnění. Významná část je věnována změně životního stylu, především v oblasti výživy. Dodržováním léčebných opatření přispějete k navrácení zdraví a dále preventivně zabráníte opakovaným atakám zánětu slinivky.

Veronika Jabůrková

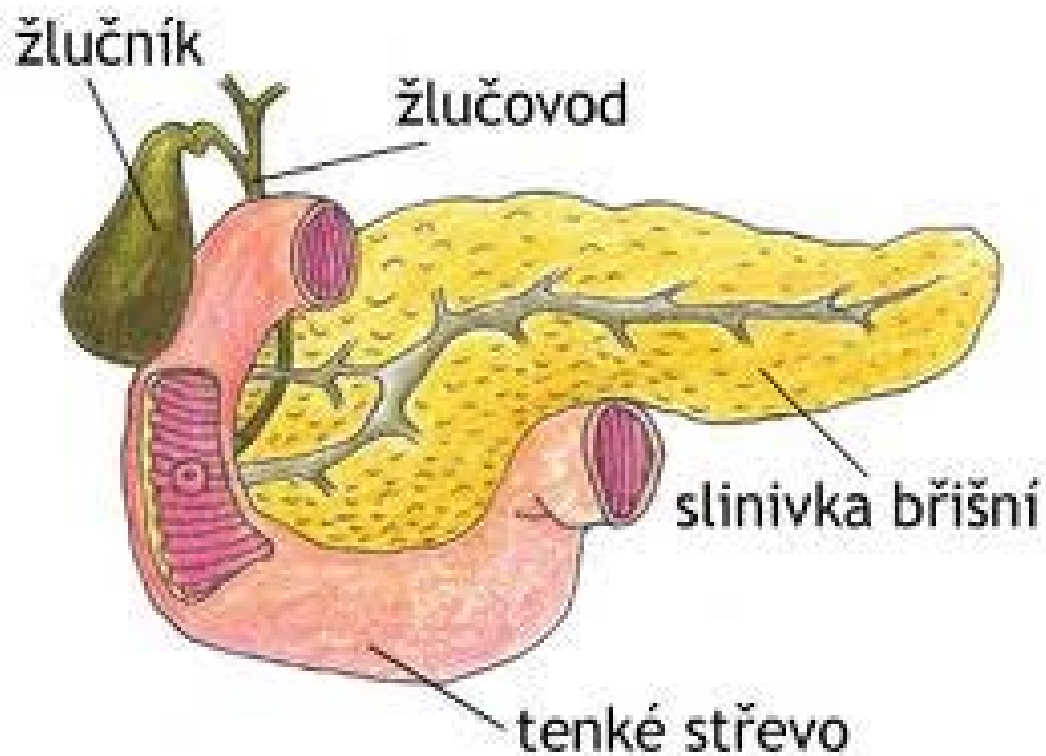
studentka Zdravotně sociální fakulty
Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Obsah:

1. Anatomie a funkce slinivky břišní
2. Záněty slinivky břišní
3. Příčiny zánětů slinivky břišní
4. Projevy zánětů slinivky břišní
5. Diagnostika zánětů slinivky břišní
6. Léčba zánětů slinivky břišní
7. Léčebný režim
8. Dietní režim
9. Vzorový jídelníček
10. Recepty

1. Anatomie a funkce slinivky břišní

Slinivka břišní (pankreas) je žláza s vnitřní a zevní sekrecí, která je součástí trávicí soustavy a je uložena za žaludkem. Ocas slinivky směřuje doleva. Je protáhlého tvaru, její délka je přibližně 14 - 16 cm, váží asi 60 - 90 g a má šedorůžovou barvu. Zevní sekreční část slinivky břišní se tvořena drobnými lalůčky, kde se tvoří enzymy, které lidské tělo využívá pro štěpení všech složek potravy. Sekret obsahující enzymy slinivky je odváděn vývodem do sestupné části dvanáctníku. Vnitřní sekreční část slinivky břišní je tvořena Langerhansovými ostrůvky, které produkují hormony, inzulín a glukagon. Tyto hormony ovlivňují metabolismus cukrů. Nedostatek inzulínu vede k onemocnění, které se nazývá cukrovka (1, 2).



2. Záněty slinivky břišní

Záněty slinivky břišní (pankreatitida) se vyskytují v akutní a chronické formě.

Akutní zánět slinivky břišní vzniká zvýšením koncentrace trávicích enzymů, které vyvolávají samonatrávení slinivky břišní těmito enzymy. Zánět vede k otoku slinivky nebo k tvorbě nekrot. Patří mezi nejzávažnější náhlé příhody břišní a může ohrozit život pacienta. Opakované ataky akutního zánětu vedou k zánětu chronickému.

Chronický zánět slinivky břišní je charakterizován postupnou náhradou sekrečního parenchymu fibrózní tkání s kalcifikacemi. Fibróza je nezvratná a většinou se postupně zhoršuje. Poškozením zevně sekretorické části slinivky břišní klesá produkce pankreatických enzymů. Porušená funkce vnitřně sekretorické části slinivky břišní vede k cukrovce (3).

3. Příčiny zánětů slinivky břišní

Nejčastější příčinami zánětů slinivky břišní je nadměrná konzumace alkoholu a vážná dietní chyba, která je způsobena především tučnou stravou. Také žlučové kameny ve žlučníku a žlučových cestách vedou obstrukcí pankreatických vývodů k zánětu slinivky, protože brání odtoku pankreatické šťávy. Mezi další rizikové faktory patří vrozené anomálie slinivky a dvanáctníku, zvýšená hladina kalcia při zvýšené funkci příštítných tělísek, některá virová a bakteriální onemocnění, léky (antibiotika, diuretika, hormony), hepatitida B a Crohnova nemoc. Záněty slinivky břišní mohou vzniknout také následkem tupého poranění slinivky břišní a jako komplikace endoskopického vyšetření žlučových cest - ERCP (4, 5).



4. Projevy zánětů slinivky břišní

Akutní pankreatitida se projevuje krutými a zničujícími bolestmi břicha lokalizovanými nad pupkem, které vystřelují do zad. Pacient má pocit na zvracení nebo zvrací bez úlevy, má nedostatečný odchod plynů, vzedmuté břicho, zpomalenou peristaltiku, zarudlý obličej, zvýšenou tělesnou teplotu a při obstrukci žlučových cest i žloutenku. V nejtěžších případech se rozvíjí šokový stav, který často vede k selhání ledvin. V podkoží kolem pupku nebo v tříselech se mohou vzácně objevit modravé skvrny, vznikající v důsledku krvácení do dutiny břišní (3, 6).



Komplikacemi akutního zánětu jsou infekce, ileus, šokový stav, selhání ledvin a oběhu. Lokálními komplikacemi jsou nekrózy pankreatu, hnisavá ložiska, cysty a krvácení (3).

U chronické pankreatitidy nemusí být vždy bolesti. Bolesti jsou obvykle tlakového charakteru v okolí pupku a levého podžebří, bývají způsobeny městnáním pankreatických šťáv v pankreatických vývodech za zúžením, nádorem nebo žlučovým kamenem a mohou přicházet v opakujících se atakách. Velice časté jsou dyspeptické potíže po jídle, kdy pacienti trpí říháním, nadýmáním a nechutenstvím. Mívají objemné a mastné stolice, žloutenku a také se může projevit váhový úbytek (4).

Mezi komplikace chronické pankreatitidy patří cysty a záněty slinivky, cukrovka a v některých případech dochází ke vzniku nádoru slinivky (4).

5. Diagnostika zánětů slinivky břišní

1. důkladná anamnéza - je nutné sdělit předchozí onemocnění, zda jste někdy netrpěl(a) problémy se žlučníkem, výskyt onemocnění v rodině, úrazy, nynější problémy, ev. zátěž alkoholem a stravou
2. fyzikální vyšetření – pohledem, poklepem, poslechem, pohmatem, per rectum
3. laboratorní vyšetření krve a moči
4. rentgenový snímek břicha
5. ultrazvuk nebo CT břicha (ev. magnetická rezonance)
6. endoskopické vyšetření pankreatických a žlučových cest – ERCP (3, 4)



6. Léčba zánětů slinivky břišní

Léčba pankreatitidy se odvíjí od zjištěného rozsahu nemoci. Podle celkového stavu bývají pacienti s akutní pankreatitidou většinou hospitalizováni na jednotce intenzivní péče (3).

Konzervativní léčba - žádný příjem tekutin a stravy ústy, zavedení žaludeční sondy při zvracení, zavedení kanyly do žíly k infuzní terapii a výživě, zavedení močového katétru k sledování příjmu a výdeje tekutin, analgetika, při infekčních komplikacích antibiotika, při celkově špatném stavu kyslík, ev. hemodialýza. Při zlepšení stavu podávání stravy ústy (3).

Základem konzervativní léčby je změna životních návyků pacienta, absolutní zákaz alkoholu a přísná pankreatická dieta, později dieta s omezením živočišných tuků. Při poruše zevní sekrece slinivky je důležité užívání léků s obsahem pankreatické lipázy, které napomáhají štěpení tuků z potravy. Jestliže u pacienta vznikla cukrovka, je nutná léčba inzulinem či podávání antidiabetik (3).

Při obstrukci žlučových cest je léčba endoskopická – k odstranění žlučových kamenů ze žlučovodu (3).

K operační léčbě se přistupuje až při komplikacích, protože je spojena s vysokou úmrtností. Provádí se odstranění nekrotických ložisek a jsou zavedeny do dutiny břišní drény, které jsou určeny k proplachům (3).

U jedinců, kde příčinou onemocnění jsou žlučové kameny, je po zklidnění zánětu doporučena operace k odstranění žlučníku (3).

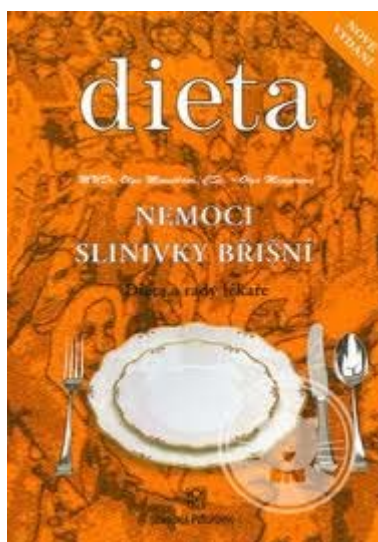


7. Léčebný režim

Dodržování léčebného režimu má velký význam pro úspěch léčby zánětů slinivky. Bez aktivní spolupráce pacienta na léčebném režimu nemůže mít léčba dostatečný efekt. Pacienti, kteří nedodržují léčebný režim, bývají opakovaně hospitalizováni, protože se znovu objevují projevy nemoci a komplikace (7).

S léčebným režimem Vás lékař a sestra seznámí již během hospitalizace v nemocnici. V případě potřeby poučíme i rodinné příslušníky.

Po propuštění je třeba docházet k pravidelným kontrolám a užívat léky, které Vám lékař naordinuje. Doporučujeme Vám přestat nebo alespoň značně omezit kouření. Vyhýbejte se stresovým situacím. Pravidelně se stravujte a dodržujte dietní režim!



8. Dietní režim

Již v nemocnici Vám bude podávána přísná pankreatická dieta. Dieta je zprvu rozepsána do 4 základních dnů, kdy budete postupně zatěžovat váš organismus stravou. Stravu podáváme v menších dávkách a každý den přidáváme další potraviny. Strava je složená ze sucharů, staršího pečiva a bramborové kaše připravené s vodou. Může se také doplnit o odvar z rýže či ovesných vloček, o jablečné pyré a mrkvovou šťávu. Během těchto dnů jezte pouze to, co zde dostanete. Nenechte si nosit rodinou nic dalšího z domu. Jestliže nebudete stravu tolerovat a objeví se znovu projevy onemocnění, informujte zdravotní personál oddělení (8).

Při toleranci stravy budete dál pokračovat pankreatickou dietou, kterou budete dodržovat i po propuštění z nemocnice. Strava obsahuje jednoduché sacharidy, menší množství bílkovin a jsou vyloučeny živočišné tuky. V dietě je absolutní zákaz alkoholu, ostrých kořeních přípravků a přepalovaného tuku. Příjem stravy během dne je dobré rozdělit do několika menších porcí (8).

Do jídelníčku můžeme zařadit libová masa, kterými jsou hovězí, kuře bez kůže, ryby, králík. Masa vaříme či dusíme. Nesmažíme! Z uzenin doporučujeme šunku. Tuky používáme rostlinné. Vhodné jsou zeleninové omáčky z rajčat, z dušené mrkve a citronů. Omáčky nezahušťujeme jíškou, ale používáme zálivku z mouky a vody. Vejce používáme do jídel jen v omezeném množství. Zeleninu volíme takovou, aby nenadýmala. Vhodné jsou mrkev, celer, petržel, rajčata bez zrníček, špenát. Ovoce bez slupek a zrníček, vhodné jsou dětské přesnídávky. Přílohami k hlavnímu jídlu mohou být brambory, bramborová kaše, rýže a těstoviny. Pro dochucení jídel můžeme použít petrželku, bazalku, libeček či drcený kmín. Jako moučník lze doporučit piškotové těsto, pudink nebo rýžový nákyp z nízkotučného mléka, či ovocné knedlíky z tvarohového těsta (8, 9).



Zcela nevhodná jsou tučná masa, kachna, bůček, také uzené, vnitřnosti, salámy a paštiky. Nedoporučujeme tučné sýry, mléko, jogurty a smetanu. Do jídelníčku nezařazujeme kapustu, zelí, cibuli, česnek, květák, papriky, okurky ani houby. Z ovoce nejsou vhodné ty, co obsahují zrníčka. Jsou to například maliny, jahody, rybíz, hroznové víno, ale i hrušky a čerstvé třešně. Nepoužíváme ani ořechy, kokos a mák. Z příloh nevybíráme kynuté knedlíky, bramborový salát, hranolky ani luštěniny. Stravu nedochucujeme kari, chilli, pepřem, masoxem nebo hořčicí. Z nápojů se nedoporučuje pít černé kávy a nápojů s vysokým obsahem CO₂. V dietě je absolutní zákaz alkoholu!!! (8, 9).

Doufáme, že tyto informace jsou pro vás dostačující a přínosné. V případě potřeby nás kontaktujte, zajistíme Vám konzultaci s nutričním terapeutem.

9. Vzorový jídelníček (10)

Pondělí:

Snídaně: bílá káva, 80 g bílého pečiva, 10 g másla, 30 g džemu

Přesnídávka: čaj, 40 g bílého pečiva, strouhané jablko s mrkví (100 g)

Oběd: polévka francouzská, bramborové taštičky s masem, hlávkový salát

Svačina: slabé kakao, 100 g piškotu s 10 g džemu

Večeře: pečený kapr v alobalu, bramborová kaše, meruňkový kompot

Úterý:

Snídaně: ovocný čaj, 80 g bílého pečiva, 2 ks míchaných vajec bez žloutků

Přesnídávka: bílá káva, 40 g pečiva, 10 g másla

Oběd: polévka bramborová třená, moravský guláš, těstoviny

Svačina: 150 g banánu, 40 g bílého pečiva, čaj

Večeře: zeleninový džuveč, pečivo

Středa:

Snídaně: bílá káva, 80 g pečiva, 10 g másla, 50 g nízkotučného taveného sýra

Přesnídávka: slabý ruský čaj, 40 g pečiva, 100 g mandarinky

Oběd: polévka italská se sýrovým kapáním, zdobený hovězí plátek, bramborová kaše, salát z čínského zelí

Svačina: ovocný kysel ze 100 g ovoce, 30 g dětských piškotů

Večeře: tvarohové knedlíčky s jablky, kompot

Čtvrtek:

Snídaně: slabé kakao, 80 g pečiva, 10 g másla, 30 g džemu

Přesnídávka: 1 ks ovocné přesnídávky

Oběd: polévka žemlová, kuře na pórku, brambory

Svačina: ovocný čaj, 40 g pečiva, 100 g šlehaného nízkotučného tvarohu

Večeře: italské špagety

Pátek:

Snídaně: bílá káva, 80 g pečiva, 1 ks bílého nízkotučného jogurtu

Přesnídávka: slabý ruský čaj, 40 g pečiva, 10 g másla

Oběd: polévka bramborová se šunkou, hovězí po zahradnicku, dušená rýže

Svačina: pečené jablko 150 g

Večeře: nákyp s filé, bramborová kaše, mrkvový salát

Sobota:

Snídaně: bylinkový čaj, 80 g pečiva, 10 g másla, 50 g nízkotučného taveného sýra

Přesnídávka: bílá káva, 40 g pečiva, 30 g džemu

Oběd: polévka ragú, zapečené brambory se špenátem a krutí šunkou

Svačina: 150 g banánu

Večeře: 2 ks bílků s tvarohovou pomazánkou, 80 g pečiva, jablko

Neděle:

Snídaně: ovocný čaj, 80 g bílého pečiva, 10 g másla, 50 g krutí šunky

Přesnídávka: slabý ruský čaj, 40 g bílého pečiva, 150 g pomeranče

Oběd: rychlá hovězí polévka, falešná svíčková, jemný knedlík

Svačina: slabé kakao, 100 g piškotové bábovky

Večeře: masová pomazánka, 80 g pečiva, 150 g banánu nebo kompotu, čaj

10. Recepty (10)

Pro inspiraci k přípravě dietních jídel jsme přiložili několik receptů.

Polévka s krupicovými nočky

10 g krupice, 30 g kořenové zeleniny, ½ bílku, 5 g másla, sůl, petrželka

Na sucho opraženou krupici zalijeme rozšlehaným bílkem a za stálého míchání necháme srazit. Utvoří se malé nočky. Ty pak zalijeme vodou, přidáme nakrájenou nebo nastrouhanou zeleninu, osolíme a vaříme do měkka. Do hotové polévky přidáme rostlinné máslo a sekanou petrželku.



Hovězí vývar se špenátem

250 ml netučného hovězího vývaru, 40 g mraženého špenátu, ½ bílku, sůl

Hovězí vývar uvedeme do varu, přidáme mražený špenát a krátce povaříme - jen, co se špenát rozmrazí. Do hotové polévky vmícháme rozšlehaný bílek a necháme srazit. Podle chuti dosolíme.

Hovězí po zahradnicku

100 g hovězího masa, 10 g mrkve, 20 g květáku, 5 g hladké mouky, 10 g rostlinného tuku, petrželka

Hovězí maso na sucho upečeme, podlijeme vodou a přidáme na kousky nakrájenou zeleninu. Dusíme do měkka. Měkké maso vyjmeme, šťávu zahustíme na sucho opraženou moukou rozmíchanou v trošce vody, povaříme a prolisujeme. Jako obměnu můžeme nechat zeleninu nelisovanou. Nakonec přidáme rostlinný tuk.

Kuře na pórku

250 g kuřete 50 g pórku, 3 g hladké mouky, 5 g rostlinného tuku, sůl, petrželka

Porci kuřete osolíme, mírně podlijeme vodou a dusíme téměř do měkka. Přidáme na kolečka nakrájený pórek a dusíme do měkka. Šťávu zahustíme nasucho opraženou moukou rozmíchanou v trošce vody a povaříme. Před podáváním přidáme tuk a okořeníme jemně nasekanou petrželkou.



Nákyp z rybího filé

150 g filé, sůl, 5 g hladké mouky, 1/16 l mléka, 1/2 bílku, citronová šťáva, 5 g rostlinného tuku, strouhanka podle potřeby, petrželka

Filé osolíme a dusíme do měkka. Měkké filé umeleme, zakapeme citronovou šťávou, přidáme prochlazený bešamel (hladká mouka s mlékem uvařená na kaši), do kterého jsme vmíchali pevný sníh z bílku a sekanou petrželku. Podle chuti ještě dosolíme, popřípadě přidáme trochu strouhanky. Hmotu dáme do vymazané ohnivzdorné misky a zapečeme. Před podáním pokapeme rozpuštěným tukem.



Telecí po italsku v alobalu

100 g telecího masa (kuřecího), sůl, 10 g rajčatového protlaku, 5 g oleje na alobal

Naklepaný a osolený plátek masa vložíme na vymazaný alobal. Potřeme na povrchu rajčatovým protlakem a alobal dobře uzavřeme. Dáme na plech do trouby a pečeme asi 20 - 25 minut.

Zapečené brambory se špenátem

300 g brambor, sůl, 80 g krutů šunky, 80 g mraženého špenátu, 1 bílek, 3 lžíce mléka, 5 g oleje

Uvařené, prochládlé, oloupané brambory nakrájíme na plátky. Zmrazený špenát na mírném ohni a za stálého míchání necháme roztát a podle chuti osolíme. Do vymazané ohnivzdorné misky dáme vrstvu brambor, osolíme, pak dáme vrstvu špenátu a na kostičky nakrájenou krutů šunku, opět vrstvu brambor, atd. Poslední vrstvu musí tvořit brambory. Nakonec zalijeme rozšlehaným bílkem s mlékem a dáme zapéct.



Rýžová kaše s ovocem

½ l nízkotučného mléka, 80 g rýže, 20 g cukru, 5 g Flory, kompot

Přebranou spařenou rýži uvaříme v mléce do měkka. Osladíme, vmícháme rostlinný tuk. Na talíři polijeme šťávou z kompotu a ozdobíme ovocem.

Tvarohové knedlíčky s jablky

150 g měkkého netučného tvarohu, 20 g krupice, 30 g hrubé mouky, sůl, 20 g cukru, 1 bílek, 150 g jablek, cukr na sypání, 10 g rostlinného tuku na polítí

Do prolisovaného tvarohu přidáme krupici, mouku, bílek, cukr, špetku soli a zpracujeme v hladké těsto. Nakonec vmícháme drobně nakrájené jablko. Tvoříme knedlíčky o průměru asi 3 cm a vaříme asi 5 minut. Hotové posypeme cukrem a polijeme rozpuštěným tukem.

Mrkvový salát s jablky

100 g mrkve, 50 g jablek, cukr, citrónová šťáva, sůl

Očištěnou mrkev jemně nastrouháme, přidáme strouhané jablko a zalijeme zálivkou z vody, soli, cukru a citrónové šťávy



Jablkový piškot

60 g strouhaných jablek, 60 g cukru, 30 g krupice, 1 vejce

Žloutek utřeme s cukrem, přidáme oloupaná, jemně nastrouhaná jablka, krupici a vmícháme pevný sníh z bílku. Těsto nalijeme do vymazané a vysypané chlebičkové formy. Pečeme v mírně vyhřáté troubě.

Použitá literatura:

1. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada, 2002. 388s. ISBN 80-247-0143
2. MOUREK, J. *Fyziologie*. Praha: Grada, 2005. 204s. ISBN 80-247-1190-7
3. LUKÁŠ, K. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. 288s. ISBN 80-247-1283-0
4. HOCH, J., LEFFLER, J. a kol. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 224s. ISBN 80-85912-06-6
5. ŠPIČÁK, J. *Akutní pankreatitida*, Praha: Grada, 2005. 216s. ISBN 80-247-0942-2
6. NAVRÁTIL, L. a kol. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2008. 424s. ISBN 978-80-247-2319-8
7. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. 284s. ISBN 978-80-247-1148-5
8. SVAČINA, Š. a kol. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. 384s. ISBN 978-80-247-2256-6
9. KOHOUT, P., LIŠKOVÁ, M., MENGEROVÁ, O. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. Praha: Forsapi, 2007. 128s. ISBN 978-80-903820-3-9
10. MAREČKOVÁ, O., PATLEJCHOVÁ, E., HOVORKOVÁ, M. *Dieta při vleklém onemocnění slinivky břišní*. 2. vyd. Praha: Triton, 2003. 78s. ISBN 80-7254-412-8

Vypracovala: Veronika Jabůrková, studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity jako výsledek bakalářské práce

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová
České Budějovice 2012