

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče u pacientů s chronickou pankreatitidou

bakalářská práce

Autor práce: Jana Skořepová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

Abstrakt

Chronická pankreatitida je závažné onemocnění, které navzdory výraznému vývoji v diagnostice i léčbě je často diagnostikováno až v pozdních stádiích nemoci. Nemoc sice vyléčit nelze, ale úpravou životního stylu a dodržováním dietního režimu lze příznivě ovlivnit nejen průběh a progresi, ale i vznik komplikací.

Tato bakalářská práce se věnuje problematice ošetrovatelské péče pacientů s chronickou pankreatitidou, úrovni informovanosti pacientů o svém onemocnění a režimových opatřeních při něm. Dále monitoruje ochotu a schopnosti respondentů změnu životního stylu a stravovacích návyků akceptovat.

Aktuálnost tohoto tématu spatřuji i vzhledem k tomu, že v posledních letech byl zaznamenán trvalý nárůst ve výskytu tohoto onemocnění, které souvisí především se spotřebou alkoholických nápojů a nezdravým životním stylem. Vzrůstající incidence tohoto onemocnění je alarmující, protože chronická pankreatitida je považována převážnou částí odborné veřejnosti za významný rizikový faktor karcinomu pankreatu.

Teoretická část se v úvodu zabývá dějinami objevů spojených s prozkoumáváním slinivky břišní a dále zahrnuje i anatomii a funkci tohoto orgánu. V dalších kapitolách přináší informace o patogenezi chronické pankreatitidy a její klasifikaci, popisuje klinický obraz tohoto onemocnění, diagnostiku, možnosti léčby a úlohu sestry při ní. Dále se věnuje komplikacím a prognóze chronické pankreatitidy. V závěru teoretické části je rozpracovaná ošetrovatelská péče o nemocné s chronickou pankreatitidou a také jsou zde zmíněny časté ošetrovatelské problémy u nemocných s tímto onemocněním. Následně tři nejčastější ošetrovatelské problémy jsou podrobněji rozpracovány.

Cílem této práce je zjistit specifika ošetrovatelské péče u klientů s chronickou pankreatitidou. K dosažení cíle práce bylo v empirické části využito kvalitativní výzkumné metody. V této části byly zjišťovány odpovědi na čtyři výzkumné otázky. Jak jsou klienti s chronickou pankreatitidou informováni o své nemoci? Jaké dodržují klienti s chronickou pankreatitidou režimová opatření? Jak onemocnění ovlivnilo život respondentů a jaké jsou specifické potřeby klientů s chronickou pankreatitidou?

Výzkumné šetření probíhalo u nemocných s chronickou pankreatitidou navštěvujících gastroenterologickou ambulanci táborské nemocnice a do výzkumu byla zahrnuta skupina

deseti respondentů v různém stádiu tohoto onemocnění. Jejich výběr byl podmíněn ochotou respondentů se výzkumu zúčastnit a spolupracovat na něm. S každým z respondentů byl veden polostrukturovaný rozhovor. Zvláště problematické bylo často získat validní odpovědi na otázky ohledně dodržování režimu, zejména příjmu alkoholu a kouření. Výsledky výzkumného šetření byly následně analyzovány a zaneseny do kategorií.

Z šetření na první výzkumnou otázku vyplynulo, že všichni respondenti považují v současné době množství informací o svém onemocnění i o dietních opatřeních za dostačující. Většina respondentů také uvedla, že pro rozšíření či upřesnění vědomostí o dietním režimu využívá internetové zdroje a knižní publikace obsahující recepty na jídla při pankreatické dietě. Dále vyplývá, že klienti nejsou spokojeni s formou a srozumitelností informací v počátku onemocnění. Zde se ukazuje prostor pro doplnění znalostí ošetrovatelského personálu v oblasti edukace nemocných.

Vyhodnocení výzkumu na druhou výzkumnou otázku přineslo tyto odpovědi. Ačkoliv jsou respondenti se svými stávajícími informacemi ohledně onemocnění i režimových opatření spokojeni, jsou bohužel někteří nemocní neukáznění. Mnozí ačkoliv uvedli, že mají podporu rodiny či blízkých, režimová opatření nedodržují dostatečně důsledně a to i přesto, že uvedli, že jsou schopni si sami nebo za pomoci svých partnerů sestavit nejen dietní, ale i chutný jídelníček. Usuzujeme, že mnozí nemocní s chronickou pankreatitidou si do rozvoje komplikací, neuvědomují závažnost svého onemocnění, a proto léčebný režim porušují. I v této oblasti se ukazuje prostor, který je třeba zlepšit. Ošetrovatelský personál by měl věnovat více času a energie v oblasti důkladné edukace nemocných. S cílem motivovat nemocné k důsledné změně stravovacích návyků i k celkové změně životního stylu. Je důležité, aby si nemocní s chronickou pankreatitidou uvědomili, že zlepšení zdravotního stavu a tím i zkvalitnění jejich dalšího života je především v jejich rukou. Vzhledem k tomu, že respondenti udávali, že si uvědomují, že sestry mají v ambulancích málo času. Bylo by vhodné zvážit, zda by zavedení edukačních sester jako součást ošetrovatelského týmu, nepřineslo zkvalitnění a zefektivnění péče.

Výsledky šetření na třetí výzkumnou otázku korespondují s literaturou a bylo zjištěno, že onemocnění život respondentů velmi ovlivnilo a do značné míry také snižuje kvalitu jejich života.

Výzkumné šetření naší práce na poslední výzkumnou otázku přineslo výsledky, že potřeby našich respondentů se do značné míry shodují. Ukázalo se, že pro nemocné je nesmírně důležité cítit, že se sestry o ně a jejich potíže aktivně zajímají a že jsou také schopné jejich potíže řešit. Touží po citlivé ošetrovatelské péči, při které by neztráceli svou důstojnost, zachovali si pocit vlastní hodnoty a netrpěli pocitem marnosti a frustrace. Při péči očekávají především psychickou podporu a dále, že jim bude uleveno od bolestí a nebude jim zbytečně další bolest způsobována.

Na základě studia této problematiky a výsledků výzkumného šetření byla jako výstup z práce pro nemocné s chronickou pankreatitidou vypracována stručná a přehledná informační brožura. V informačním materiálu jsou kromě informací věnovaných příčinám vzniku, vývoji a léčbě chronické pankreatitidy, zahrnuta především důležitá režimová opatření nemocných s tímto onemocněním a vhodné a nevhodné potraviny pro pankreatickou dietu. Tento manuál by měl sloužit jako shrnutí a upřesnění informací, které si nemocný v klidu domova přečte poté, co byl edukován ústně. Uvědomujeme si, že v žádném případě nemůže informační brožura nahradit edukační činnost sester, které jsou s nemocnými v přímém kontaktu.

Vzhledem ke zjištěným výsledkům naší práce chceme, tuto práci a její výsledky, co nejvíce zpřístupnit odborné ošetrovatelské veřejnosti. Doufáme, že výsledky práce zvýší zájem odborné veřejnosti o tuto problematiku a osloví další pracovníky ochotné podílet se na jejím řešení.

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

Abstract

Chronic pancreatitis is a serious disease, which despite the rapid development of diagnostics and treatment is often diagnosed in late stages. The disease cannot actually be cured, but change of lifestyle and adherence to diet regimen can influence not only the disease course and progression, but also occurrence of complications.

This thesis deals with the problems of nursing care of patients with chronic pancreatitis, with the level of awareness of the disease and the regimen measures among patients. It also monitors willingness and ability of respondents to accept the change of lifestyle and diet habits.

I see the urgency of this topic also in the fact that permanent increase of the disease occurrence has been registered recently particularly in relation to consumption of alcoholic drinks and unhealthy lifestyle. The increasing incidence of the disease is alarming also with regard to the fact that chronic pancreatitis is considered a significant risk factor of pancreatic carcinoma by most of the professionals.

The introduction of the theoretical part deals with the history of discoveries related to research into pancreas and also describes anatomy and function of the organ. Further chapters provide information on chronic pancreatitis pathogenesis and its classification, they describe clinical image of the disease, diagnostics, treatment possibilities and the role of a nurse in treatment. It also deals with chronic pancreatitis complications and prognosis. The conclusion of the theoretical part elaborates nursing care of patients with chronic pancreatitis and mentions frequent problems with treatment of patients with this disease. Three most frequently nursing care problems are then dealt with in detail.

The goal of the thesis is to find out the specifics of nursing care of clients with chronic pancreatitis. Qualitative research methods were applied in the empiric part of the thesis to achieve the goal. We tried to get replies to four research questions in this part: How are clients with chronic pancreatitis informed on their disease? How do clients with chronic pancreatitis adhere to the regimen measures? How has the disease influenced the lives of the respondents and what are the specific needs of clients with chronic pancreatitis?

The research was performed in clients with chronic pancreatitis visiting the gastroenterology outpatient department of Táborský Hospital and a group of ten respondents at

different stages of the disease were subject to the research. Their selection was conditioned by their willingness to participate in the research and to cooperate. A semi-structured interview was conducted with each respondent. The particular problem often was to obtain valid replies to questions dealing with adherence to the regimen, particularly with regard to alcohol and smoking. The research results were consequently analyzed and categorized.

The research into the first research question has shown that all the respondents consider the information they have on their disease as well as the diet measures sufficient at present. Most of the respondents also mentioned that they use the Internet and books with recipes for dishes for pancreatic diet to extend and specify their knowledge on diet regimen. Another result is that clients are not satisfied with the form and clarity of information at early stage of the disease. There is obviously a space for improvement of awareness in the field of patient education among caring staff.

Evaluation of the research into the second research question has brought the following answers. Although the respondents are satisfied with the existing information regarding the disease and the regimen measures, some of them are unfortunately undisciplined. Although most of them indicated that they had support from their families or friends they do not adhere to the regimen measures adequately, despite the fact they admitted they were able to prepare themselves or with a help of their partners not only diet, but also tasty dishes. We deduce that a lot of the people with chronic pancreatitis do not realize the seriousness of their disease before it starts to develop and so they breach the treatment regimen. This area also has shown a space for improvement. Caring staff should spend more time and energy on thorough education of the ill people with the aim to motivate patients to strict change of eating habits and to overall lifestyle change. People suffering from chronic pancreatitis should realize that improvement of their health conditions and thus their future lives is first of all in their own hands. As the respondents replied that they realize that nurses in outpatient departments have not enough time, it would be worth considering whether introduction of educating nurses as a part of nursing care team might bring better quality and effectiveness to the care.

The results of the research into the third question correspond with literature and we have found that the disease has strong influence on the respondents' lives and even reduces quality of their lives to remarkable extent.

Our research on the last research question has shown that the needs of our respondents are to considerable extent identical. It is extremely important for the patients to feel that nurses are actively interested in them and their problems, and that they are also able to solve their problems. They long for sensitive nursing care during which they do not lose their dignity, keep the feeling of own value and do not suffer from the feeling of misery and frustration. They particularly expect mental support and relief from pain and that no further suffering would be caused to them.

Thorough study of these problems and the results of the research led to a brief and clear information brochure for people suffering from chronic pancreatitis as the output of the activities. The information material includes apart from the information on the causes of occurrence, development and treatment of chronic pancreatitis particularly important regimen measures for those suffering from this disease and suitable and unsuitable food for pancreatic diet. This manual should serve as a summary and specification of information, which the patient can read at home without fuss after being educated orally. We realize that an information brochure cannot substitute educational activity of nurses, who are in direct contact with the clients.

With regard to the achievements of our work we would like to make this work and its results available to the nursing care public as much as possible. We hope that the results of our work will increase interest in this issue among professionals and will address further workers willing to participate in its solution.

Key words: diet regimen, chronic pancreatitis, patient, nurse, nursing care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci 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 (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D., za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady při psaní této bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	13
1 Současný stav	14
1.1 Historický úvod	14
1.2 Anatomie pankreatu	15
1.3 Funkce pankreatu	16
1.4 Chronická pankreatitida a její patogeneze	18
1.4.1 Klasifikace	19
1.4.2 Klinický obraz.....	22
1.4.3 Diagnostika a úloha sestry při ní.....	23
1.4.4 Konzervativní léčba a úloha sestry při ní.....	25
1.4.5 Endoskopická léčba a úloha sestry při ní.....	27
1.4.6 Chirurgická léčba a úloha sestry při ní	28
1.4.7 Komplikace a prognóza	30
1.4.8 Nejčastější ošetrovatelské problémy.....	31
1.4.8.1 Bolest.....	33
1.4.8.2 Porucha výživy.....	34
1.4.8.3 Psychická nepohoda.....	37
2 Cíl práce, výzkumné otázky.....	38
2.1 Cíl práce	38
2.2 Výzkumné otázky.....	38
3 Metodika výzkumu	39
3.1 Použitá metoda	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	40
4 Výsledky	42
4.1 Identifikace respondentů	42
4.2 Seznam kategorií a podkategorií	44
5 Diskuze.....	68
6 Závěr	75

7	Seznam informačních zdrojů.....	77
8	Klíčová slova.....	85
9	Přílohy.....	86

Seznam použitých zkratk

ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
AMA	autoprotilátky proti mitochondriím
ANA	autoprotilátky proti jaderným antigenům
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ASCA	anti-neutrophil cytoplasm autoantibodies
ASMA	autoprotilátky proti hladkému svalu
AST	aspartátaminotransferáza
BMI	body mass index
CEA	karcinoembryonální antigen
CA19-9	tumorový antigen 19-9
CFTR	cystic-fibrosis transmembrane conductance regulator
CRP	C-reaktivní protein
CT	výpočetní tomografie (computer tomography)
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
ESGE	Evropská společnost gastrointestinální endoskopie
ESWL	extrakorporální rázová vlna
EUS	endoskopická ultrasonografie
GGT	gama-glutamyltransferáza
JIP	jednotka intenzivní péče
MRCP	magnetická rezonanční cholangiopankreatografie
PP	pankreatický polypeptid
PRSS 1	protease serine 1
SPINK1	serine protease inhibitor type Kazal 1
USG	ultrasonografie břišní
VAS	visuální analogická škála

Úvod

Chronická pankreatitida je závažné onemocnění, které neobyčejně negativně ovlivňuje kvalitu života nemocných, zvláště pokročilá stadia a stavy po resekčních výkonech žlázy vyžadují změnu pracovního zařazení nemocných od částečného invalidního důchodu až po plnou invaliditu.

K výběru tématu bakalářské práce mě inspirovaly především opakované hospitalizace pacientů s chronickou pankreatitidou během mé praxe na interních odděleních.

Každé chronické onemocnění kromě újmy fyzické má vliv i na psychickou a emocionální pohodu. U chronické pankreatitidy se navíc často vyskytují trvalé nebo opakující se bolesti, které jsou těžko ovlivnitelné a mohou u nemocných vyvolat utrpení a úzkost. Ke stresu, popudlivosti a depresím klientů vedou i opakované hospitalizace, proto nás zajímaly potřeby respondentů během hospitalizace a i zkušenosti s přístupem zdravotníků během hospitalizací.

Protože je chronická pankreatitida významným rizikovým faktorem vzniku pankreatického karcinomu, zajímala nás během rozhovorů i informovanost nemocných o nutné pravidelné dispenzarizaci.

Tuto problematiku sledujeme v dnešní době jako aktuální i vzhledem ke skutečnosti, že incidence chronické pankreatitidy v posledních letech sice mírně, ale stále trvale stoupá. Jedná se o onemocnění, které je považováno za velmi závažné a navzdory výraznému vývoji v diagnostice i léčbě, je často diagnostikováno až v pozdních stádiích nemoci. Nemoc sice vyléčit nelze, ale dodržováním pravidelného dietního režimu s abusem alkoholu, nekouřením a úpravou životního stylu mohou nemocní příznivě ovlivnit nejen průběh a progresi, ale i vznik komplikací chronické pankreatitidy. Cílem této práce je proto zjistit nejen informovanost nemocných o správném životním stylu a dietních opatřeních, ale zejména motivaci a ochotu nemocných ke změně životního stylu a dodržování absolutního zákazu alkoholu a kouření. Získané výsledky a nové znalosti je možné využít v přístupu k našim pacientům a motivovat je tak k větší spolupráci při léčbě jejich onemocnění.

1 Současný stav

1.1 Historický úvod

Onemocnění slinivky břišní, vzhledem k hlubokému uložení žlázy, ale i špatné přístupnosti v dutině břišní, patří i z pohledu dnešních diagnostických a terapeutických možností stále k obtížným. Vzhledem k těmto okolnostem a i pro rozdílné uspořádání pankreatu u některých druhů zvířat, byl pankreas dlouho tajemným orgánem a cesta k jeho podrobnému prozkoumání byla trnitá (Zavoral, 2005, s. 19). V průběhu dějin byl i několikrát změněn jeho název. Byl nazýván břišní žlázou, později žaludeční žlázou, malým žaludkem (Špičák, 2005, s. 15) a nynější název pankreas je složen z řeckých slov „pan“ (všechno) a „kreas“ (maso). Toto pojmenování mělo vyjadřovat, že se jedná o orgán, který se na rozdíl od žaludku a střevních kliček v jeho okolí, jeví konzistencí stejnorodý a neobsahuje žádné dutiny a prostory (Kohout, 2007, s. 20).

Podrobněji byl pankreas popsán teprve v 16. století lékařem a zakladatelem moderní anatomie Andreasem Vesaliem v jeho anatomickém atlasu *De Humani corporis fabrica*. V roce 1642 popsal vývodný systém pankreatu u člověka německý anatom Wirsung Johann Georg, profesor v italské Padově a vývodný kanál pankreatu je dodnes po něm pojmenován. Také vyústění hlavního pankreatického vývodu v sestupné části duodena nese jméno po svém objeviteli, kterým byl německý anatom a profesor medicíny Vater Abraham ve Wittenbergu (Dítě, 2002, s. 17, 18). Ampulární svěrač, tzv. Oddiho svěrač poprvé popsal Ruggero Oddi, ještě coby student medicíny (Špičák, 2005, s. 15).

Všechny tyto studie však popisovaly jen stavbu pankreatu, ale funkce byla stále chápána mylně a teprve až 19. století přineslo první důkazy o funkci a významu pankreatu pro organismus. Trávicí schopnosti pankreatické šťávy prokázali francouzský lékař Claude Bernard a německý fyziolog Wilhelm Friedrich Kühne nálezem trypsinu, chymotrypsinu, amylázy a lipázy (Kohout, 2007, s. 20). V roce 1854 pak německý patolog Rudolf Ludwig Karl Virchow popsal možnost sekrece pankreatu nejen do trávicí trubice, ale i do krevního oběhu. Jeho hypotézu potvrdil německý patolog

Paul Langerhans, který v roce 1869, co by student lékařské university v Berlíně, ve své disertační práci *Mikroskopická anatomie pankreatu* podrobně popsal buněčné elementy a ostrůvky pankreatu, u nichž později byl prokázán podíl na tvorbě a sekreci inzulínu. Hlavní zásluhy na výrobě inzulínu patří kanadským vědcům Frederiku Grantovi Bantingovi a Charlesi Herbertovi Bestovi . Právě jim se 27. července 1921 podařilo izolovat hormon inzulín. Souvislost mezi zvýšenou sekrecí trávicí šťávy ve slinivce břišní a látkou tvořící se ve sliznici dvanáctníku po podráždění žaludeční kyselinou, poprvé popsali angličtí fyziologové William Maddock Bayliss a Ernest Henry Starling roku 1902 (Dítě, 2002, s. 18).

Mezi významné osobnosti české pankreatologie patří především prof. MUDr. Karel Herfort, DrSc., který je považován za otce české pankreatologie (Špičák, 2005, s. 15). Této problematice se začal věnovat ve třicátých letech minulého století a v roce 1946 vydal monografii *Choroby slinivky břišní* a o 12 let později *Vleklá recidivující pankreatitis*. Byl také spoluzakladatelem Evropského pankreatologického klubu a společně s prof. Dr. Fričem a prof. Dr. Bartošem se zabýval enterohormonální stimulací exokrinní funkce pankreatu (Dítě, 2002, s. 18).

1.2 Anatomie pankreatu

Slinivka břišní je protáhlá retroperitoneálně uložená žláza, jejíž délka přibližně činí 12 až 15 cm. Její váha se odvíjí od hmotnosti člověka a průměrně se pohybuje mezi 60 až 90 g. Makroskopicky má za normálních podmínek pankreas vzhled šedorůžového orgánu obvykle ve tvaru písmene J, s na povrchu patrnou kresbou lalůček (Páč, 2002, s. 21-23).

Topograficky slinivku břišní dělíme na tři části: hlavu, tělo a ocas. Nejobjemnější částí je hlava (*caput pancreatis*), která je na obvodu zaoblená a předozadně oploštěná. Je lokalizovaná v pravé polovině těla před tělem druhého bederního obratle a pevně se spojuje s konkávní plochou dvanáctníku, do něž ústí velký a malý vývod pankreatu (*ductus pancreaticus major et minor*). Na hlavu pankreatu navazuje prostřednictvím krčku (*collum pancreatis*) užší část pankreatu tělo (*corpus pancreatis*), které se táhne

doleva přes břišní aortu a dosahuje až k levé ledvině. Tělo spojuje hlavu a konečný úsek pankreatu - ocas (cauda pankreatis), který tvoří zúžený výběžek těla pankreatu protažený doleva až ke slezině (Páč, 2002, s. 21-23).

Pankreas je žláza s vnitřní a zevní sekrecí. Působky vznikající v endokrinní části pankreatu přechází do krevního oběhu a pankreatický sekret produkovaný exokrinní částí žlázy je vylučován do trávicí trubice (Čihák, 2002, s. 122).

Endokrinní část pankreatu tvoří buňky uspořádané v okrouhlé či oválné ostrůvky (insulae pankreaticae), tzv. Langerhansovy ostrůvky, které jsou roztroušené v exokrinní tkáni v celkovém počtu 1 až 2 miliony. Hmotnost všech ostrůvků však činí asi 1g a tvoří pouhých 1,5 % objemu celého pankreatu. Velikost ostrůvku je asi 0,1 až 0,5 mm a počet endokrinních buněk v nich je rozdílný (Čihák, 2002, s. 122). Endokrinní buňky produkují řadu důležitých gastrointestinálních hormonů, jež jsou uvolňovány přímo do krve, rozlišit je lze na základě barvicích vlastností a struktury buněk (Schreiber, 2005, s. 339). Nejpočetnější zastoupení mají buňky B, které se nachází ve středu ostrůvků a produkují inzulin. Na periferii se nejčastěji nachází buňky A, ve kterých vzniká glukagon. A dále v Langerhansových ostrůvcích nacházíme méně četné D buňky, které tvoří somatostatin a PP (F) buňky, které produkují pankreatický polypeptid (Horký, 2002, s. 38-42).

1.3 Funkce pankreatu

Většinu objemu tkáně pankreatu zabírá exokrinní část pankreatu tvořená serózní tuboalveolární žlázou velmi podobnou párovým slinným žlázám. Ta je rozčleněná do lalůček různého tvaru a nestejně velikosti, které tvoří základ větvení vývodného systému. Funkční částí exokrinní žlázy jsou centroacinózní buňky a buňky acinózní (Čihák, 2002, s. 120), které syntetizují zhruba 20 různých enzymů důležitých pro štěpení všech složek potravy. Mezi nejvýznamnější pankreatické trávicí enzymy patří amyláza, lipáza a proteázy (Kohout, 2007, s. 21).

Pankreatické proteázy a profosfolipázy jsou většinou secernovány v neaktivní formě jako proenzymy a na aktivní formu jsou změněny až v alkalickém prostředí

ve dvanáctníku, kde vhodné prostředí zprostředkovávají Brunerovy žlázy a bikarbonátové ionty (Čihák, 2002, s. 121). Proenzym trypsinogen se vlivem enteropeptidázy mění na trypsin a ten pak aktivuje proměnu chymotrypsinogenu na chymotrypsin. Společně jsou pak schopné hydrolyzovat peptidové vazby uvnitř bílkovinné molekuly (Mareš, 2003, s. 349-353). Trypsin aktivuje i další proteázy, například prokarboxypeptidázu na karboxypeptidázu, která z karboxylového konce odštěpuje jednotlivé aminokyseliny. Dále prokolipázu aktivuje na kolipázu, která společně s pankreatickou lipázou tvoří nejdůležitější enzymy pro rozklad tuků na jednoduché glyceridy a mastné kyseliny. Kromě lipázy patří mezi enzymy, které jsou uvolněny aktivní, glykolytický trávicí enzym amyláza nebo enzymy štěpící nukleové kyseliny deoxyribonukleáza a ribonukleáza. Souhrnně je směs pankreatických enzymů nazývána pankreatická tekutina (succus pancreaticus) a k její sekreci dochází vlivem sekretinu a pankreozyminu (Kohout 2007, s. 22).

Pankreatická šťáva je bezbarvá vodnatá tekutina s obsahem anorganických a organických látek. Je podobná slinám a díky obsahu hydrogenkarbonátu alkalická. Kromě hydrogenkarbonátu obsahuje 97 % vody a dále dusíkaté látky, proteiny, albumin, laktát, dehydrogenázu, ionty, amylázu a lipázu. Z minerálů jsou nejvýrazněji zastoupeny chloridy, sodík, draslík, hořčík, vápník, síra, měď, zinek a fosfor. Pankreas dospělého člověka této tekutiny s osmolalitou 300-340 mmol/kg denně produkuje přibližně 700-2 500 ml v závislosti na tělesné hmotnosti jedince a také na množství a druhu požití stravy (Jabor, 2008, s. 453).

Odvod pankreatické šťávy je zajištěn odvodnými vývody, které se spojují do hlavního vývodu pankreatu (Špičák, 2005, s. 31). Tento vývod s průměrem 2-3 mm vede vodorovně od cauda pancreatis celou slinivkou až do hlavy, kde se většinou stáčí dolů a v sestupné části dvanáctníku dochází obvykle k jeho společnému vyústění se žlučovodem na Vaterově papile, kde je tento společný vývod zakončen Oddiho svěračem (Čihák, 2002, s. 121). Velikost Vaterovy papily je uváděna mezi 1,5-5 mm a nejčastěji se nachází v sestupné části duodena na podélné slizniční řase asi 10 cm od pyloru a asi o 2 cm níže než papilla duodeni minor, do níž ústí kratší přídatný vývod

sbírající pankreatickou šťávu pouze z horní části hlavy pankreatu (Nováková, 2007, s. 42).

V duodenu se pankreatická šťáva setkává s tráveninou předzpracovanou již ve vyšších etážích trávicí soustavy a významně se podílí na jejím rozkladu na jednoduché látky schopné vstřebat se následně v dalších úsecích trávicího traktu. Na řízení exokrinní pankreatické sekrece se podílí stimuly nervové, hormonální a humorální. Tento složitý děj lze rozdělit do tří regulačních fází, které se v určitých momentech nejen vzájemně překrývají a ovlivňují, ale také na sebe navazují. Jsou to fáze: iniciální cefalická neboli nervová, dále žaludeční a střevní (Dítě, 2002, s. 50,51).

1.4 Chronická pankreatitida a její patogeneze

Jedná se o postižení pankreatu chronickým zánětlivým procesem, v jehož důsledku dochází k ireverzibilním fibrotickým změnám a destrukcím na exokrinní části pankreatu. S postupnou náhradou sekreční tkáně tkání fibrózní je spojeno i poškození exokrinních funkcí pankreatu a často dochází i k endokrinní nedostatečnosti, zejména v terminálních stádiích nemoci. Progredující onemocnění postihuje i okolí slinivky, časté jsou významné stenosis žlučovodů a výtokové části žaludku a duodena. Celá řada studií navíc potvrdila, že chronická pankreatitida je významným rizikovým faktorem pro vznik karcinomu pankreatu (Fölsch, 2003, s. 347).

V současné době incidence chronické pankreatitidy narůstá sice mírně, ale nárůst je evidentně trvalý. Incidence se geograficky liší, velice nízká je například ve Švýcarsku, kde v roce 2010 činila pouhé 2 případy na 100 000 obyvatel a naproti tomu ve Finsku byla ve stejném roce dokonce 23 případů na 100 000 obyvatel. V České republice byla v roce 2002 zjištěna nejvyšší incidence v regionu jižní a střední Moravy a to 7,9. (Dítě, 2011 B, s. 891).

Patogeneze chronické pankreatitidy je složitý proces. Mezi etiologicky nejvýznamnější faktor vzniku chronické pankreatitidy v dnešní době, zvláště v evropských státech patří nadměrná konzumace alkoholu. Abúzus alkoholu výrazně převyšuje ostatní etiologické faktory, jako jsou vrozené anomálie (pankreas divisum),

některé infekce, stavy po akutní pankreatitidě, dyslipidémie, metabolická onemocnění (např. urémie), hyperparathyreóza, obstrukce pankreatického systému (chronická obstruktivní pankreatitida), například při stenóze Vaterovy papily a periampulární divertikl (Krechler, 2007, s. 158-159). Abúzus alkoholu je však pouze uváděn jako rizikový faktor, který sám od sebe chronickou pankreatitidu nevyvolá. Ke vzniku onemocnění dochází v součinnosti dalších faktorů, mezi které řadíme například kouření, špatnou životosprávu a genetické dispozice (Macek, 2003, s. 17). V současné době jsou zvláště pozorně sledovány nové formy tzv. nealkoholické chronické pankreatitidy, mezi které řadíme genetickou a autoimunitní formu nemoci (Dítě, 2011, s. 891).

1.4.1 Klasifikace

S výrazným rozvojem v oblasti molekulární biologie a zobrazovacích metod je spjato odhalení nových etiologických faktorů chronické pankreatitidy. Snaha sjednotit jazyk pro všechny, kteří se starají o nemocné s chronickou pankreatitidou, vedla k vytvoření klasifikací. Klasifikace chronické pankreatitidy prošla dlouhým vývojem a stále dochází k její úpravě. Jen od roku 1963 do roku 2007 bylo publikováno 11 návrhů klasifikace chronické pankreatitidy (Frič, 2009, s. 651).

Klasifikace z let 1963-1988 jsou spojeny s předním evropským pankreatologem Henri Sarlesem a jsou známé pod pojmem Marseillské klasifikace - Marseille 1963, Marseille 1984 a Marseille-Řím 1988. Klasifikace z devadesátých let na základě odlišností v průběhu a prognóze v souvislosti s etiologií kalcifikující chronické pankreatitidy doporučily rozlišovat chronickou pankreatitidu tropickou, hereditární, polékovou, hyperkalcemickou, hyperlipoproteinemickou, idiopatickou a alkoholickou, u které ještě doplnily rozlišení na čtyři klinická stadia (latentní, časná, pozdní a pokročilá). Klasifikace ve 21. století přinesla další čtyři klasifikační systémy chronické pankreatitidy: ABC systém, Manchesterský systém (viz příloha 1), klasifikace TIGAR-O (viz příloha 2) a M-ANNHEIM (viz příloha 3). Rizikové faktory a etiologie některých forem chronické pankreatitidy však stále nejsou zcela objasněny a některé se dokonce mohou překrývat. Proto je nutné, aby klasifikační systémy zůstaly

zcela otevřené. Nejnovější otevřený klasifikační systém spočívá v sestavení přehledné tabulky z etiologických faktorů s následným rozbohem (viz příloha 4) a rozeznává formu chronické pankreatitidy alkoholickou, tropickou, genetickou, metabolickou, obstrukční, autoimunní, postnekrotickou chronickou pankreatitidu, idiopatickou a asymptomatickou fibrózu (Frič, 2009, s. 652, 653).

Alkoholická forma chronické pankreatitidy je v České republice prokázána více než u 70 % nemocných s abúzem alkoholu, kdy za rizikovou je u mužů uváděna dávka alkoholu nad 80,0 g/den a u žen dokonce 40 g/den při délce expozice 5-15 let (Žák, 2011, s. 257). Působení alkoholu na pankreas je komplexní. Toxickým působením alkoholu na buňky acinů, dochází k jejich poškození, které se projevuje hypersekrecí a hypersaturací pankreatického sekretu. Mnohé studie prokázaly nejen riziko vzniku chronické pankreatitidy v souvislosti s konzumací alkoholu, ale přinesly i důkazy, že stav u nemocných s vyšší konzumací alkoholu je závažnější a že progresse onemocnění je u abstinujících jedinců pomalejší (Gullo, 2005, s. 69). Bezpečnou dávku alkoholu, která by pankreatitidu nevyvolala, však určit nelze, na rozdíl od jaterní cirhózy u chronické pankreatitidy přímá úměra mezi množstvím konzumovaného alkoholu a rozvojem chronické pankreatitidy stoprocentně neplatí, protože u pankreatitidy není alkohol jediným spouštěcím faktorem (Špičák 2008 B, s. 74-78).

Pro formu nutriční (tropické) pankreatitidy jsou charakteristické abdominální bolesti a časný pankreatogenní diabetes. Výskyt je spojován se syndromem protein-kalorické malnutrice bez anamnézy abúzu alkoholu a také s konzumací kassawy. Objevuje se především u dětí a dospívajících v tropických rozvojových zemích (Zavoral, 2002, s. 116).

Mezi genetické formy chronické pankreatitidy je zařazena velmi vzácná hereditární forma, která však patří mezi významné rizikové faktory vzniku karcinomu pankreatu. Toto onemocnění se dědí autozomálně dominantně a je spojené s genovými mutacemi na chromozomu 7q35. V důsledku těchto mutací dochází k nerovnováze mezi aktivací a inaktivací kationického trypsinogenu. Následný stav způsobuje subklinické ataky

akutní pankreatitidy, jejichž opakování způsobuje přechod do chronické pankreatitidy (Zavoral, 2002, s. 116).

Mezi metabolické formy řadíme pankreatitidu hyperlipidemickou a hyperkalcemickou, která se vyskytuje nejčastěji současně s hyperparatyreózou. Jedná se však o velmi vzácnou formu, u které v pankreatu dochází ke snížené sekreci hydrogenuhličitanových iontů a naopak se zvyšuje koncentrace proteinů a kalcia (Zavoral, 2002, s. 116).

U obstrukční formy, v důsledku obstrukce pankreatického vývodu z jakékoli etiologie, dochází ke zvýšení tlaku v hlavním pankreatickém vývodu a následně pak i v sekundárních a terciálních vývodech, což způsobuje vznik tkáňové ischemie. Obstrukce může mít benigní či maligní podklad (Dítě, 2011, s. 893). Benigní obstrukce pankreatického vývodu vzniká v důsledku poúrazové stenózy či v důsledku striktury způsobené prodělanou těžkou akutní pankreatidou, další příčinou může být stenóza či dysfunkce Oddiho svěrače, cysta duodenální stěny nebo anatomické varianty typu pancreas divisium. Maligní obstrukce pankreatického vývodu pak bývá způsobená karcinomem duodena a ampuli Vateri, nebo adenokarcinomem pankreatu či v důsledku intraduktálního papilárního hlenotvorného nádoru (Dítě, 2009, C, s. 203-207).

V současné době je díky rozvoji zobrazovacích metod a imunologii dobře diagnostikovaná autoimunní forma chronické pankreatitidy, která se vyskytuje buď izolovaně nebo v kombinaci s jinými autoimunními onemocněními (jako je například Sjögrenův syndrom, autoimunitní tyreoiditida či hepatitida). Jedná se sice o vzácnou, ale svým klinickým průběhem závažnou formu chronické pankreatitidy (Dítě, 2009, C, s. 203-207).

Asi u 10 % nemocných s chronickou pankreatidou je po vyloučení všech známých etiologických a rizikových faktorů vedoucích k tomuto onemocnění diagnostikována idiopatická forma, kdy její skutečná příčina není známá. Tato forma je dle klinických příznaků dělena na formu mladých osob s algickým průběhem bez větší pankreatické funkční insuficience a formu starších osob s nebolestivým průběhem, avšak s výraznými morfologickými změnami pankreatu (Dítě, 2009, B, s. 655).

1.4.2 Klinický obraz

Klinické příznaky jsou pestré a významně ovlivňují kvalitu života nemocných. Nejčastějším a nejvíce obtěžujícím příznakem bývá bolest, která se vyskytuje zhruba u 80-90 % všech nemocných. U zbývajících 10-20 % probíhá chronická pankreatitida jako nebolestivá forma (Dítě, 2002, s. 125).

Bolest nemá charakter koliky, jedná se spíše o bolest tlakovou, která bývá často velmi intenzivní a stálá. Zvláště charakteristickým rysem je délka jejího trvání, kdy většinou trvá několik hodin, ale může se v různé intenzitě objevovat i po dobu několika dní. Bolest je lokalizovaná většinou v oblasti pupku s propagací nejčastěji pod oba žeberní oblouky nebo směrem do páteře, ale někteří nemocní udávají difuzní bolest celého břicha včetně podbříšku (Špičák, 2002, s. 129). Bolest bývá indukována jídlem a je tak intenzivní, že nemocní se často bojí jíst ze strachu z jejího vyvolání, proto dalším významným příznakem je váhový úbytek. Ten však není způsobený jen sníženým příjmem potravy pro obavy z abdominalgií, ale souvisí i s malprodukcí pankreatických enzymů (Kohout, 2007, s. 20). V důsledku nedostatku lipázy jsou u nemocných s chronickou pankreatitidou nedostatečně emulgovány tuky, nedostatek proteáz zase brání efektivnímu štěpení bílkovin na oligopeptidy a aminokyseliny a nedostatečná sekrece amylázy vede ke snížené využitelnosti cukerných substrátů z potravy (Grofová, 2008, s. 179).

V důsledku nadbytku nestrávených tuků se u nemocných s chronickou pankreatitidou objevuje steatorea, což je objemná zažloutlá, mastná a silně páchnoucí stolice s nestrávenými zbytky potravy. Časté jsou i dyspeptické obtíže jako říhání, nadýmání, nechutenství. Zvláště u alkoholické formy se objevuje nauzea a zvracení. Příznakem chronické pankreatitidy může být i subikterus nebo ikterus, který je vyvolán poruchou odtoku žluči stenózou intrapancreatické části žlučovéhoodu. Tento příznak převážně značí exacerbaci choroby s fibrózními změnami v hlavě pankreatu, důležitá je však diferenciální diagnóza, protože ikterus neprovázený bolestmi je suspektním příznakem malignity v oblasti hlavy pankreatu. Pokročilé formy chronické pankreatitidy jsou provázené portální hypertenzí a poruchou glukózové tolerance (Dítě, 2002, s. 125).

1.4.3 Diagnostika a úloha sestry při ní

Ke každé základní diagnostice patří podrobná anamnéza, kdy lékařskou odebírá od nemocného lékař a ošetrovatelskou zpracovává sestra (Nejedlá 2006, s. 14). Anamnestické údaje slouží ke zhodnocení údajů z předchorobí, zvláště údajů o dietních návycích, dlouhodobém požívání alkoholu, léků, historie bolestí v epigastriu s propagací do zad a o prodělaných infekčních onemocněních (Češka, 2010, s. 419). Cílem ošetrovatelské anamnézy je během rozhovoru sestry s nemocným získat, co nejvíce validních údajů, které povedou ke stanovení ošetrovatelských diagnóz (Nejedlá 2006, s. 13-14).

Po odebrání anamnézy následuje fyzikální vyšetření, což jsou jednoduché postupy, při kterých používáme své smysly (Nejedlá 2006, s. 13-14, 18, 21). Při diagnostice chronické pankreatitidy je však fyzikální vyšetření spíše doplňující, pro stanovení diagnózy nebývá zásadní (Češka, 2010, s. 419). Mezi palpační vyšetření pankreatu patří např. Grottův hmat na hlavu slinivky břišní, kdy u nemocného sledujeme reakci na hlubokou palpaci vpravo od pupku podél okraje přímého břišního svalů. Nález bolestivé reakce však není validním důkazem pro patologii v oblasti hlavy pankreatu, protože nelze vyloučit ani patologii v oblasti duodena či v průběhu pravé větve břišní aorty. Stejně necharakteristické pro stanovení diagnózy je tzv. Boasovo znamení, což je nápadně bolestivý poklep na trny obratlů dolní Th a které může být pozitivní u osob s postižením kaudy pankreatu (Špínar, 2008, str. 113).

Dalším krokem k potvrzení diagnózy je základní laboratorní screening. Sestra provádí odběry dle ordinace lékaře a dle zásad laboratoře. Do biochemické laboratoře zasílá sérum ke stanovení hladin jaterních testů (ALP, ALT, AST, GGT), CRP, albuminu a glykémie. Dále sérum a moč ke stanovení hladiny pankreatických enzymů, které však u chronické pankreatitidy bývají zvýšeny pouze při exacerbaci nemoci. Vhodné je i stanovení hladiny nádorových markerů (CEA, CA19-9) a u nemocných s podezřením na autoimunní formu chronické pankreatitidy imunologické vyšetření stanovování některých protilátek v krevním séru (například ANA, AMA, ASCA, ASMA, protilátky proti karboxylanhydráze typu II, hladina IgG4 a dalších markerů).

U nemocných s podezřením na genetickou či hereditární formu chronické pankreatitidy se využívá genetického vyšetření: pět základních mutací genu CFTR, pět mutací genu SPINK-1 a čtyři mutace genu PRSS 1 (Ševčíková, 2005, s. 12, 13).

K dalším možnostem patří vyšetření enzymatické aktivity (tj. stanovení hladin enzymů produkovaných pankreatem v krevním séru, moči nebo stolici), v současné době je jejich význam pro diagnostiku chronické pankreatitidy pouze orientační. K vyšetření exokrinní funkce se například využívá jednoduchý, neinvazivní test - stanovení elastázy I ve stolici. Přesnější výsledek pak přináší testy zevně sekretorické kapacity, kam řadíme invazivní test se stimulací žlázy, např. intravenózním podáním enterohormonů a následným odběrem přes dvoucestnou sondu duodenálního a žaludečního obsahu (Dítě, 2011, C, s. 457).

Mezi nejdůležitější při diagnostice patří metody morfologického zobrazení, kdy úkolem sestry je seznámit nemocného s přípravou před jednotlivými vyšetřeními. Sestra dále zajišťuje doprovod nemocného k vyšetření a během vyšetření a po něm o něj pečuje (Nejedlá, 2006, s. 18). Při využití přístrojových metod se začíná neinvazivními vyšetřeními. Nejvíce dostupné a snadno opakovatelné je ultrazvukové vyšetření, které hodnotí změnu velikosti žlázy, její nehomogenitu a šíří pankreatického vývodu, informace o intrapancreatických kalcifikacích podává nativní snímek břicha. Nukleárně magnetická cholangiopankreatikografie neinvazivní cestou umožňuje dobré zobrazení žlučových cest a po aplikaci sekretinu i pankreatického vývodu. Tato metoda začíná při diagnostice nahrazovat endoskopickou retrográdní cholangio-pankreatografii, při níž je zobrazován pankreatický vývod, eventuálně žlučové cesty retrográdně přes Vaterovu papilu, ale při které je vyšší riziko iatrogenního poškození (Ševčíková, 2005, s. 12, 13). Ze zobrazovacích metod je dále využívána počítačová tomografie, která přináší velmi přehlednou prostorovou orientaci i dobré zobrazení pankreatického vývodu a navíc umožňuje spolehlivou diagnostiku případných cystoidů či kalcifikací (Navrátil, 2008, s. 280). Významnou invazivní metodou pro včasnou diagnostiku chronické pankreatitidy je endoskopická ultrasonografie, kterou lze doplnit o vyšetření elastografické. Toto vyšetření v sobě kombinuje endoskopické a ultrazvukové zobrazení a navíc v jeho průběhu je možné provést cílenou biopsii pankreatu (Dítě, 2011, s. 457).

1.4.4 Konzervativní léčba a úloha sestry při ní

Vzhledem k diagnostice chronické pankreatitidy až v pokročilejších stádiích choroby se v naprosté většině případů jedná pouze o léčbu symptomatickou. Převážná část nemocných je léčena konzervativní terapií, jejímž hlavním cílem je ovlivnění pankreatické bolesti a projevů pankreatické malabsorpce a malasimilace (Dítě, 2002, s. 225, 226).

Základní pilíř konzervativní terapie tvoří dietní opatření v kombinaci s léčbou medikamentózní, která zahrnuje podávání analgetik a preparátů obsahujících pankreatické enzymy. Nemocným s poruchou peristaltiky tenkého střeva je vhodné podávat i prokinetika (Kohout, 2007, s. 34).

Z analgetik bývají k ovlivnění intenzity bolesti využívány salicyláty, paracetamol, nesteroidní antirevmatika a preparáty s kodeinem. Nemocným se silnou intenzitou bolesti je pak možné podávat mírné opioidy, jejichž účinek lze ještě zesílit kombinací s trycyckickými psychofarmaky. Zvláště citlivou pozornost je třeba věnovat podání Morphinu, jehož vedlejším účinkem je nežádoucí zvýšení tonu Oddiho svěrače. Při velmi silných bolestech je vždy třeba znovu zvážit jiný přístup v ovlivnění pankreatické bolesti, protože u nemocných užívajících pravidelně analgetika je vždy nutné počítat s rizikem zvyšování dávek a s vyvoláním návyku (Dítě, 2011 A, s. 188-189).

Substituci exokrinní insuficience řeší terapie léky obsahující pankreatické enzymy (amylázu, lipázu a proteázy). Tyto preparáty existují v mnoha formách. Nejvíce jsou preferovány kapsle obsahující mikročástice přibližně o velikosti 1-2 mm a potažené ochranným pH senzitivním obalem, po jehož natrávení v žaludku je umožněno postupné uvolňování mikročástic. Jednotlivé preparáty se liší i obsahem a poměrem pankreatických enzymů. K ovlivnění steatorey a malabsorpce je třeba vybírat preparáty s vyšším obsahem lipázy, k ovlivnění pankreatické bolesti preparáty s vyšším obsahem proteáz (Češka, 2010, s. 420).

V důsledku maldigesce tuků dochází u nemocných s chronickou pankreatitidou i k malabsorpci vitamínů rozpustných v tucích (ADEK), proto je důležitá jejich

suplementace (Kohout, 2007, s. 20). Jak vyplývá z výsledků studie Dujsíkové a kolektivu, nejdůležitější je především doplnění deficitu vitamínu D k prevenci osteopatie (Dujsíková, 2010, s. 656-662). Vlivem porušeného trávení dochází i k nedostatečné resorpci vitamínu B 12, vitamínu C a stopových prvků (Kohout 2007, s. 20). Ze studie, jejíž výsledky v roce 2008 zveřejnil Dítě a kolektiv vyplývá, že zvláště u osob s alkoholickou chronickou pankreatitidou jsou v séru významně sníženy hladiny zinku, selenu, mědi a magnezia (Dítě, 2008, s. 203).

Úloha sestry v konzervativní terapii spočívá v monitoraci bolesti a následném podávání analgetik dle ordinace lékaře, dále v pomoci vyhledat nemocnému úlevovou polohu či faktory ovlivňující bolest ve smyslu jejího snížení. Je velmi důležité, aby sestra zaujala přátelský postoj a uměla nemocným naslouchat. Sestra také dohlíží na pravidelné užívání léků k substituci exokrinní nedostatečnosti dle ordinace lékaře. Tyto enzymy jsou podávány vždy během jídla a efekt terapie se hodnotí dle snížení frekvence stolic a změn hmotnosti (Šafránková, 2006, s. 269).

Úkolem sestry je také zajistit vhodnou dietu (Šafránková, 2006, s. 269), aby u nemocných došlo k vyléčení či alespoň zmírnění projevů nemoci. Šetřící dieta musí snižovat práci trávicího traktu, nezatěžovat trávicí trubici pasáží stravy a usnadňovat trávení (Šatrová, 2007, s. 325). Základní dieta při chronické pankreatitidě zahrnuje doporučení častějšího příjmu potravy v malých porcích s dostatečným příjmem bílkovin (cca 1 g/kg tělesné hmotnosti pacienta a den). Příjem cukrů je limitován jen v případě přítomného diabetu mellitu, omezení se však týká tuků, a to především živočišných, které nahrazujeme rostlinnými (Krechler, 2007 s. 163). Dieta upřednostňuje jídla vařená, dušená, pečená bez tuku v horkovzdušné troubě a na speciálním nádobí. Strava by měla být měkká a důležité je i důkladné rozkousání jídla, aby bylo lehce stravitelné. Doporučuje se také vyloučení jíšek a smetanových zálivek a platí naprostý zákaz konzumace alkoholu, až u 50% nemocných vede ke snížení intenzity bolesti prosté opatření plné abstinence alkoholu (Šatrová, 2007, s. 325). U pacientů s velmi přísnou dietoterapií, která nesplňuje kalorickou potřebu nemocného, a u nemocných s příznaky malnutrice je třeba perorální příjem kombinovat s preparáty parenterální či enterální výživy (Kohout, 2007, s. 44).

Sestra dále ve spolupráci s lékařem poskytne nemocnému dostatek informací o onemocnění a léčbě, o možných komplikacích, nutnosti pravidelných kontrol a dodržování dietního režimu, zejména absolutního zákazu alkoholu. V případě pacientova zájmu je vhodné i zprostředkovat konzultaci s dietní sestrou (Šafránková, 2006, s. 269).

Léčba pankreatické bolesti je však složitý děj, neboť příčinou kromě zvýšeného tlaku v pankreatickém vývodu a pankreatické tkáni mohou být i zánětlivé pochody v pankreatickém parenchymu, či neurogenní inflamace a bolestivé bývají i případné komplikace chronické pankreatitidy, jako jsou třeba cysty. Při neúspěšné konzervativní léčbě či při výskytu komplikací se přistupuje v dalším průběhu k léčbě endoskopické či chirurgické. Volba co nejvíce efektivního řešení se odvíjí od pečlivé anamnézy a klinického vyšetření (Dítě, 2011 A, s. 183-188).

1.4.5 Endoskopická léčba a úloha sestry při ní

Endoskopická léčba v současnosti představuje efektivní terapeutický přístup především při řešení obstrukční aligické formy chronické pankreatitidy, kdy endoskopickým výkonem můžeme odstranit významnou překážku bránící evakuaci pankreatického sekretu z hlavové části Wirsungova vývodu do dvanáctníku. Tohoto cíle lze endoskopicky dosáhnout buď prostým protětím Vaterovy papily anebo zavedením plastického stentu (Dítě, 2011 B, s. 895). Přemostění pankreatické stenózy zavedením 10-Fr plastového stentu s plánovanou výměnou do 1 roku Evropská společnost gastrointestinální endoskopie doporučuje jako první volbu řešení u nemocných s chronickou pankreatidou spojenou se strikturou hlavního pankreatického vývodu (Dumonceanu, 2012, s. 784). Endoskopicky lze řešit i odstranění konkrementů v pankreatickém vývodu. Ty lze přímo vyjmout za pomoci extrakčních balonků či košíčků nebo objemnější konkrementy či konkrementy za stenózou lze rozbít extrakorporální litotrypsí (Dítě, 2011 B, s. 895). K endoskopické terapii dále doporučuje ESGE nemocné s nekomplikovanými cystami lokalizovanými jak v hlavě pankreatu, tak i v oblasti těla či kaudy. Endoskopicky lze drenážovat i pankreatické cysty komunikující

přímo s pankreatickým vývodem nebo biliární strom u osob se stenózou intrapancreatické části ductus choledochus nebo odstranit patologický obsah z pankreatického vývodu. Klinická odpověď by se u nemocných po endoskopické terapii měla hodnotit za 6-8 týdnů a pokud se jeví jako neuspokojivá, měl by být tento případ znovu projednán v multidisciplinárním týmu, který zváží další postup léčby (Dumonceau, 2011, s. 784).

Úlohou sestry u endoskopické léčby je příprava nemocného před výkonem, především seznámení s průběhem výkonu, s požadavky kladené na spolupráci při výkonu, dále zmírnit nemocného případné obavy a zodpovědět jeho dotazy. Sestra před vyšetřením zkontroluje, zda je nemocný lačný, má-li vyjmutou z dutiny ústní snímatelnou zubní náhradu a zda má podepsaný informovaný souhlas s vyšetřením. V bezprostřední přípravě před výkonem nemocného uloží do vhodné polohy a aplikuje léky dle ordinace lékaře. Během výkonu lékař asistuje a zároveň sleduje stav a vitální funkce pacienta. Po výkonu provede sestra pečlivý záznam do dokumentace, zajistí dekontaminaci použitých pomůcek a splnění ordinací lékaře. Především však zajistí péči o pacienta, nadále monitoruje jeho stav a vitální funkce, sleduje případné projevy bolesti či projevy komplikací a dohlíží, aby nemocný po výkonu nepřijímal tekutiny a stravu per os dle ordinace lékaře (Mikšová, 2006 B, s. 71-72).

1.4.6 Chirurgická léčba a úloha sestry při ní

Chirurgické řešení chronické pankreatitidy spočívá za prvé v drenážních výkonech (např. DuVal, Puestow-Gilesby, Parlinton-Rochelle, Frey), které obnovují tok pankreatické šťávy do duodena, a dále ve výkonech resekčních (např. levostranná resekce pankreatu, pankreatoduodenektomie, hemipankreatoduodenektomie, resekce hlavy pankreatu se zachováním duodena), kdy je resekována postižená část pankreatu například nekrózou, cystou či pseudocystou (Růžička, 2002, s. 268).

Hlavním kritériem chirurgické léčby chronické pankreatitidy je zlepšení kvality života nemocných. Jejím cílem by mělo být odstranění bolestí nebo alespoň jejich zmírnění. Nejčastější indikací k chirurgickému řešení je především konzervativně

nezvládnutelná progredující bolest, která nastupuje zejména po jídle a je doprovázená hubnutím (Kaťuchová, 2011, s. 379). Mezi další indikace k operačnímu řešení řadíme komplikace týkající se sousedních orgánů jako například stenózu žlučových cest, popřípadě duodena, portální hypertenzi z tlaku pankreatu na venu portae nebo pankreatické píštěle. Nespornou indikací k operačnímu výkonu je podezření na karcinom pankreatu (Hoch, 2011, s. 180).

Po rozhodnutí k operačnímu řešení je důležité zvolit takový operační výkon, který pacientovi přinese skutečnou pomoc a který nebude třeba v budoucnu opravovat jiným operačním výkonem, protože každý další výkon na pankreatu postiženém chronickou pankreatitidou je velmi obtížný a navíc je spojen s vysokým rizikem komplikací (Růžička, 2002, s. 254, 268). Vzhledem k technické náročnosti operačních výkonů na pankreatu a v souvislosti s život ohrožujícími komplikacemi je k snížení míry morbidit a mortality třeba, aby chirurgická terapie chronické pankreatitidy byla prováděna v centrech, která se tímto typem terapie zabývají a která mají i náležité zázemí (Kaťuchová, 2011, s. 379).

Úloha sestry v chirurgické léčbě souvisí s poskytováním ošetrovatelské péče v operačních oborech. Skládá se z péče předoperační, operační a pooperační. Jednotlivá specifika sesterské péče se odvíjí od daného typu operačního výkonu, jeho urgentnosti, rozsahu a dále od věku nemocného a jeho přidružených onemocnění. Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy v předoperačním období, což je období od indikace k operačnímu řešení do převozu nemocného na sál, patří například úzkost, strach, nedostatek vědomostí. V operačním období, které začíná převzetím nemocného anesteziologickou sestrou na sále a končí předáním nemocného zpět na oddělení nebo jednotku intenzivní péče, patří mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy také strach, úzkost a dále například riziko poranění, riziko úrazu, riziko infekce, riziko aspirace a oslabené dýchání. Pooperační období začíná probuzením nemocného z anestezie a končí jeho propuštěním do domácí péče. Cílem péče v tomto období je eliminovat u nemocného bolest, pooperační komplikace a podpořit u něj návrat zdravotního stavu na optimální úroveň (Kubicová, 2005, s. 12-20).

1.4.7 Komplikace a prognóza

Ke komplikacím v přímém vztahu s chronickou pankreatitidou řadíme pankreatické píštěle, pankreatický ascites, pankreatický cystoid, pankreatický absces či pankreatické pseudocysty. Mezi komplikace dále patří stenóza duodena nebo častější stenóza choledochu, která bývá lokalizována v terminální části choledochu nejčastěji u nemocných v pokročilém stadiu onemocnění s alkoholickou formou chronické pankreatitidy (Frič, 2002, s. 217).

K velmi závažným komplikacím řadíme trombózu lienální žíly a levostrannou portální hypertenzi, protože jejich výskyt vede ke splenomegalii a rozvoji jícnových varixů. Ruptura sleziny či variceální krvácení v souvislosti s portální hypertenzí mohou být příčinou nitrobršního krvácení. U nemocných s chronickou pankreatitidou je výskyt krvácivých komplikací spíše vzácný, ale vyznačuje se vysokou mortalitou. Mezi další komplikace způsobující nitrobršní krvácení řadíme ruptury pseudoaneurysmatu větší viscerální arterie (Houska, 2011, s. 154-156). Krvácením do GIT se pak mohou manifestovat pseudocysty pankreatu či píštěle mezi pseudoaneurysmatem a tlustým střevem. Jako hemosuccus pancreaticus je označováno krvácení z pankreatického parenchymu a pankreatického vývodného systému (Krška, 2007, s. 154-161).

U nemocných s chronickou pankreatitidou je až 16krát vyšší riziko vzniku karcinomu pankreatu než u zdravé populace. Zvýšená dispozice pro rozvoj zhoubného novotvaru pankreatu je především u formy hereditární, alkoholické, hyperkalcemické a tropické, stále diskutovaný je vliv obstrukční formy chronické pankreatitidy (Šálek, 2005, s. 21). V letech 1992-2005 probíhala česká studie, která mapovala incidenci pankreatického karcinomu v terénu chronické pankreatitidy a prevalence zhoubného novotvaru pankreatu dosáhla 5,8 %. Tato studie po dobu 14 let sledovala 223 nemocných s diagnózou chronické pankreatitidy a karcinom prokázala ve 13 případech. Studie také potvrdila, že riziko vzniku zhoubného onemocnění se v terénu chronické pankreatitidy zvyšuje s dobou trvání onemocnění (Dítě, 2009, A, s. 216).

Chronická pankreatitida svými projevy nemocné výrazně zatěžuje a snižuje kvalitu jejich života. Jedná se o závažné onemocnění s nepříznivou prognózou, a to zejména

u nemocných, kteří nedodrží dietní opatření, u těch progrese onemocnění může vyústit až do absolutní nefunkčnosti zevně sekretorické žlázy, ale i vnitřně sekretorické žlázy s následným rozvojem pankreatogenního diabetu (Krechler, 2007, s. 164). Je ovšem také považována za významný rizikový faktor vzniku karcinomu pankreatu a pacienti se též dožívají kratšího věku. Přímou příčinou úmrtí je však chronická pankreatitida u méně než 25 % nemocných. Mortalita spíše souvisí s následky kouření, s poškozeními způsobenými zvýšenou konzumací alkoholu, cukrovky a karcinomu. Průběh chronické pankreatitidy sice lze příznivě ovlivnit, ale zcela nemoc vyléčit nelze (Dítě, 2002, s. 304).

1.4.8 Nejčastější ošetrovatelské problémy

Nemocní s chronickou pankreatitidou jsou nejčastěji hospitalizováni na standardním interním oddělení, v případě vážných komplikací pak na jednotkách intenzivní péče či na chirurgickém oddělení, vyžadují-li komplikace operační řešení. Při přijetí sestra pomůže nemocnému zaujmout v lůžku pohodlnou pozici a zajistí, aby měl v dosahu signalizační zařízení. Důležitým úkolem sestry je také podat nemocnému dostatek vstupních informací, sestra však musí být především empatická a při podávání informací brát ohledy na aktuální stav nemocného a jeho potřeby. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty je náročná fyzicky i psychicky a sestra si musí získat důvěru pacienta a být trpělivá (Šafránková, 2006, s. 268-269).

Během ošetrovatelského procesu jsou kladeny nároky nejen na odborné znalosti sestry, ale také na její komunikační dovednosti a psychologický přístup k nemocným. Úkolem sestry je vyhodnocovat a uspokojovat nejen biologické, ale i psychické, sociální a spirituální potřeby pacienta. Zároveň musí sestra plnit ordinace lékaře, sledovat laboratorní hodnoty a psychicky připravit nemocné k terapeutickému výkonu. Sestra u nemocných také pravidelně monitoruje fyziologické funkce a bolest, pečuje o invazivní vstupy a z důvodu rizika infekce v souvislosti s nimi sleduje případné známky infekce. Vzhledem k porušené výživě věnuje sestra i zvláštní pozornost pokožce nemocného v důsledku zvýšeného rizika porušení kožní integrity. Důležitá je

zejména péče o predilekční místa ohledně vzniku dekubitu. Sestra dále zajišťuje v závislosti na stupni soběstačnosti nemocných ošetrovatelskou péči a plnění potřeb v oblasti hygieny, výživy, příjmu tekutin a vyprazdňování (Šafránková, 2006, s. 268-269).

Cíl moderního ošetrovatelství směřuje k navození celkové fyzické, psychické a sociální pohodě klienta a vyžaduje od sester komplexní, ale zároveň individualizovaný přístup k ošetřovanému člověku. Cíle ošetrovatelské péče samozřejmě vycházejí z aktuálních ošetrovatelských problémů. Mezi nejčastější aktuální ošetrovatelské problémy u pacienta s chronickou pankreatitidou patří: chronická bolest způsobená podrážděním pankreatu, s bolestí souvisí i omezení výkonnosti, únava a psychický neklid. Dalším častým problémem je porucha výživy a dyspeptické potíže v souvislosti s poruchou trávení, dále úzkost a strach ze změny zdravotního stavu a hospitalizace. U mnohých nemocných se v souvislosti s obtížemi objevuje omezení soběstačnosti, změna pohybového režimu, eventuálně nauzea, zvracení a průjem, s čímž souvisí potencionální ošetrovatelské problémy jako riziko deficitu objemu tekutin, riziko porušené kožní integrity či riziko infekce v důsledku zavedených invazivních vstupů (Šafránková, 2006, s. 268).

Nedílnou součástí léčby nemocných s chronickou pankreatitidou je edukace ohledně úpravy životního stylu a dodržování zásad vedoucích ke zmírnění progresu a vzniku komplikací tohoto onemocnění. Správná edukace tvoří velmi podstatnou část léčebného procesu a má velký vliv na výsledek celé léčby. Edukace se účastní celý ošetřující tým a začíná již během léčby a zvláště zdůrazněna je pak před propuštěním pacienta do domácího léčení. Sestra nemocného upozorňuje trpělivě a přesvědčivě na nutnost dodržování dietního režimu, na vhodnost vyváženého a správného jídelníčku a zejména na nevhodnost kouření a zákaz pití alkoholu. Cílem edukace je motivace nemocného ke změnám v oblasti životního stylu a stravovacích návyků, na jejichž základě následně dojde ke zlepšení zdraví nemocného a tím zkvalitnění jeho života (Šafránková, 2006, s. 268, 269).

1.4.8.1 Bolest

Prioritním cílem ošetrovatelské péče je především ulevit nemocným od bolesti, protože vlivem chronické bolesti u nemocného vždy dochází ke změně kvality života a jeho psychiky. Navíc je třeba si uvědomit, že každá bolest je doprovázena poruchami spánku a také pro nemocné znamená velkou psychickou zátěž (Šamánková, 2006, s. 80). Nemocní bývají celkově frustrovaní, náladoví, mívají sklony k depresím, pocitům beznaděje a mají snížené sebepojetí a sebekoncepci (Trachtová, 2008, s. 132).

Abychom byli schopni bolest nemocného účinně snížit, musíme vědět, co pacient cítí, a proto je nutné provést důkladné a přesné vyšetření bolesti (kolektiv autorů, 2006, s. 39). Pro nemocného je nezbytné, aby měl jistotu, že nás jeho bolest zajímá a že s ní není sám. Je pro něj důležité vědět, že jsme na blízku a hlavně vždy ochotné jeho bolest řešit (Šamánková, 2011, s. 94). Při monitoraci bolesti sestru vždy zajímá anamnéza bolesti, její lokalizace, kvalita, vyzařování, charakter, doba trvání, její ovlivnitelnost a intenzita (Jirásek, 2007, s. 338-340). Bolest je nepříjemný subjektivní pocit, který lze těžko objektivizovat, protože prožívání bolesti je velmi individuální. Intenzitu bolesti můžeme pouze hodnotit pomocí různých stupnic (Pavlíček, 2009, s. 41-43).

Mezi nejčastěji používané způsoby hodnocení míry bolesti patří forma vizuální analogické škály, která představuje úsečku od 0 do 10. Nemocný umístí intenzitu své bolesti k některému číslu na úsečce, přičemž 0 znamená žádná bolest a číslo 10 na druhém konci úsečky značí tu největší bolest. Dále bývá například využívána kategoriální analogová stupnice, či stupnice grafických symbolů nebo tzv. Dotazník globální kvality bolesti (Šamánková, 2006, s. 71-73). Bolest je nutné hodnotit vždy, když si pacient na ni stěžuje nebo kdykoli je na bolest podezření. S výsledkem sestra seznámí lékaře a dle jeho ordinací podává analgetika. Je třeba, aby sestra monitorovala bolest v pravidelných intervalech po dobu 24 hodin denně a o sledování bolesti vedla záznam do dokumentace (Šamánková, 2011, s. 95). Nedílnou součástí hodnocení bolesti je i hodnocení úlevy od bolesti (Šamánková, 2006, s. 71-73), proto i záznamy v dokumentaci musí obsahovat hodnocení intenzity bolesti před a i po podání léků na bolest (Šamánková, 2011, s. 95).

K hlavním zásadám ošetrovatelské péče o nemocné s bolestí patří empatický přístup, při kterém sestra poskytne nemocnému dostatek času k popsání jeho bolestivých obtíží. Jen v přátelské komunikaci je nemocný schopen popsat veškeré své obtíže a pocity. Sestra se také zajímá o osobní zkušenosti nemocného s metodami, které pomáhají bolest snížit a zároveň jej motivuje k vyjádření přesného obrazu jeho bolesti a k aktivní účasti na jejím potlačení. Je žádoucí, aby sestra využila k ovlivnění bolesti všech svých znalostí a dovedností a nabídla nemocnému k medikamentózní léčbě i jiné pro ni dostupné techniky vedoucí ke snížení bolesti. V přístupu k nemocnému s bolestí je kromě zájmu sestry důležitý i individuální přístup. Sestra musí respektovat osobnost každého nemocného, jeho individuální citlivost na bolest a nesmí zlehčovat jeho stesky (Dučaiová, 2011, s. 34-37). Samozřejmostí je také šetrný přístup a manipulace s nemocným, aby sestra nebyla zdrojem dalších bolestí (Kapounová, 2007, s. 138).

1.4.8.2 Porucha výživy

S bolestí po jídle, ale především s poruchou vstřebávání při postižení sekrece enzymů souvisí riziko podvýživy. U nemocných s chronickou pankreatitidou je proto třeba zabránit rozvoji malnutrice, což je patologický stav, při kterém z důvodu nedostatku živin nejsou uspokojeny metabolické potřeby organismu. Posouzení stavu výživy a jeho sledování u klientů musí být vždy komplexní. Při jeho hodnocení se vychází z fyzikálního vyšetření, antropometrických a laboratorních parametrů, dále se zaměřuje na pacientovu anamnézu, aktuální příjem potravy a bilanci tekutin (Křemen, 2009, s. 17). V anamnéze nemocných se sledují především změny hmotnosti během posledního půl roku, dyspeptické obtíže a dále změny ve stravovacích zvyklostech a fyzická zdatnost. Zjišťuje se aktuální výška a váha pacienta, počítá se BMI, což je hodnota, kterou získáme, pokud váhu v kilogramech vydělíme druhou mocninou výšky v metrech. O podvýživě uvažujeme pokud BMI klesá pod $18,5 \text{ kg/m}^2$ (Nejedlá, 2006, s. 57). Stav výživy se hodnotí i fyzikálním vyšetřením nemocného, sestra sleduje zejména množství podkožního tuku, stav kosterní svaloviny a dále, zda nejsou přítomny

sakrální nebo perimaleolární otoky či ascites. K rychlejší identifikaci nemocných s rizikem rozvoje malnutrice se používá nutriční screening (Žák, 2007, s. 314-316).

Nedílnou součástí hodnocení příjmu stravy je i zhodnocení pohyblivosti pacienta a jeho soběstačnosti v příjmu potravy, u nesoběstačných sestra zajistí pomoc, eventuálně potřebné kompenzační pomůcky. Někdy i zdánlivé maličkosti mohou zásadně ovlivnit příjem stravy nemocných. Důležité jsou i vhodné okolní podmínky jako klima, estetika stravy, hygienická péče a další. Při podávání stravy vycházíme z individuálních potřeb nemocných (Šafránková, 2006, s. 80-81).

Hlavní zásadou u nemocných s chronickou pankreatitidou je častý příjem malých porcí lehce stravitelného a dobře rozkousaného jídla v intervalu asi 2,5-3 hodin. Mechanicky i chemicky šetřící strava by měla mít dostatečný přívod sacharidů, proteinů a vlákniny, omezení se však týká tuků a to především živočišných, které nahrazujeme rostlinnými. Ze stravy zcela vylučujeme přepalované tuky a mezi nevhodné potraviny patří i pokrmy s velkým obsahem skrytých tuků a nadýmavé druhy zeleniny (Rušavý, 2008, s. 170-171). Dosažení celkového energetického příjmu, který by splňoval kalorickou potřebu nemocného, je zvláště obtížné u jedinců s rozvojem sekundárního diabetu mellitu, kdy je nutné kromě tuků omezit též příjem sacharidů. V těchto případech a u nemocných s příznaky malnutrice je indikován sipping, kdy k doplnění perorálního příjmu nemocný popíjí tekuté, nutriční perorální přípravky, jako je například Fortimel, Nutridrink či Diasip. Spektrum sortimentu je veliké a volba vhodného nutričního doplňku se odvíjí od stupně intolerance glukózy a dle potřeby proteinové substituce (Grofová, 2008, s. 179). Nemocní se závažnou formou malnutrice, s nízkou tolerancí perorálního příjmu či s komplikacemi způsobujícími neschopnost vstřebat dostatek kalorií jsou indikováni k podání enterální výživy sondou. Do žaludku se podává enterální výživa nasogastrickou sondou, do hlubších partií zažívacího traktu pak prostřednictvím nasojejunální sondy (Křemen, 2009, s. 87). K dlouhodobému podávání enterální výživy je pak vhodnější volbou provedení perkutánní endoskopické gastrostomie či jejunostomie. U nemocných s chronickou pankreatitidou je vhodnější podávání enterální výživy do jejuny (Grofová, 2008, s. 180).

Nazojejunální sondu lze zavést metodou zaplavování, která využívá přirozených peristaltických pohybů gastrointestinálního traktu nebo endoskopicky. Po zavedení sondy sestra provede její správnou a důslednou fixaci, nejčastěji přilepením na odmaštěný kořen nosu, a dále zaznamená zavedení sondy do ošetrovatelské dokumentace. U nemocných se zavedenou sondou sestra důsledně pečuje o nos a dutinu ústní, sondu pravidelně přelepjuje a také dbá na prevenci dekubitů polohováním sondy střídavě na vnitřní a vnější stranu nosní dírky. Dále pravidelně kontroluje správné umístění sondy, její průchodnost, v pravidelných intervalech provádí její proplach a výměnu setu k enterální pumpě. Neméně důležité je o všech aplikacích do sondy vést v dokumentaci nemocného pečlivě záznamy (Šamánková, 2006, s. 249).

Parenterální výživa je nemocným s chronickou pankreatitidou indikována jen ve zcela výjimečných případech a pouze krátkodobě. Indikací k parenterální výživě jsou zejména případy, u nichž není enterální výživa možná, například v předoperačním období u osob s těsnou stenózou duodena (Grofová, 2008, s. 180). I k podání parenterální výživy je nutné zavedení invazivního vstupu, v závislosti na druhu a složení přípravku je nutné provést kanylaci centrálního či periferního řečiště. Do centrálního řečiště lze podávat roztoky o vyšší koncentraci než do periferie. Kanylaci centrální žíly provádí lékař a sestra mu u zavádění asistuje. Pro pacienty s chronickou pankreatitidou je v převážné většině případů dostačující kanylace periferního řečiště, kterou může provádět zkušená sestra (Mikšová, 2006 A, s. 178-180).

Před zavedením periferní žilní kanyly provedeme přípravu pomůcek a edukaci pacienta, při jejím zavádění pak postupujeme šetrně a dle aseptických zásad. Po provedené kanylaci sestra provede záznam do ošetrovatelské dokumentace obsahující datum, čas a místo zavedení a součástí záznamu musí být také podpis sestry, která výkon prováděla. Jedná se o invazivní vstup, proto při péči o kanylu sestra vždy monitoruje fyziologické funkce a kontroluje projevy celkové infekce. Sestra dále pravidelně za aseptických postupů provádí převaz periferní kanyly, kdy kontroluje místo vpichu a provádí proplach kanyly sterilním fyziologickým roztokem. Dále pravidelně kontroluje průběh vedení žíly a všímá si místních známek zánětu (lokálního zarudnutí, zteplání, otoku, bolesti a pálení při aplikaci). Prevencí komplikací je

i pravidelné překanylování periferního žilního katétru a minimalizace manipulace a rozpojování infuzního setu. (Kapounová, 2007, s. 73-76).

Žilního přístupu lze využít i k intravenóznímu podání léků ke snížení dyspeptických potíží dle ordinace lékaře (Mikšová, 2006, s. 172-173).

1.4.8.3 Psychická nepohoda

Významná je také role sestry v oblasti psychické podpory, neboť chronické onemocnění spojené s opakujícími se bolestivými stavy představuje pro nemocného velkou psychickou zátěž a může mít vliv na psychickou a emocionální pohodu nejen nemocného, ale i jeho blízkých. U některých nemocných konfrontace s faktem chronického onemocnění může vést k pocitům ukřivdění a ti pak mohou reagovat negativisticky, hněvem nebo regresí. U některých mohou konstantní nebo opakující se bolesti vyvolat úzkost, popudlivost, stres a deprese. Proto je důležité eliminovat faktory, které způsobují špatnou náladu, rozmrzelost nebo nevraživost. Ve spolupráci s rodinou nemocného by se sestra měla pokusit o vylepšení celkového psychického stavu pacienta. Také je nezbytné, aby sestra nemocnému naslouchala a o problémech s ním diskutovala, neboť zájem a emoční podpora vede ke stabilizaci psychiky nemocného a zabraňuje, aby se cítil izolovaný (Beran, 2010, s. 108-111).

U ošetřovaných osob musíme počítat v důsledku onemocnění se ztrátou jistoty, proto je důležité, aby sestry svou péčí a chováním přinášely nemocným pocity bezpečí a sounáležitosti. Každý nemocný má své potřeby, které se liší v souvislosti s osobností nemocného a také s projevy onemocnění. Je třeba však mít na paměti, že pocit pohody vychází nejen z uspokojených fyzických potřeb nemocného, ale také z duševního a sociálního stavu nemocných (Šamánková, 2011, s. 19-31).

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit specifika ošetrovatelské péče u klientů s chronickou pankreatitidou.

2.2 Výzkumné otázky

Jak jsou klienti s chronickou pankreatitidou informováni o své nemoci?

Jaké dodržují klienti s chronickou pankreatitidou režimová opatření?

Jak onemocnění ovlivnilo život respondentů?

Jaké jsou specifické potřeby klientů s chronickou pankreatitidou?

3 Metodika výzkumu

3.1 Použitá metoda

Výzkumné šetření této práce bylo provedeno formou kvalitativního sběru dat a probíhalo u nemocných s chronickou pankreatitidou navštěvujících gastroenterologickou ambulanci táborské nemocnice. Výsledky této metody sice přináší vzhledem k relativně nízkému výzkumnému vzorku minimální statistickou reprezentativnost, ale na druhou stranu výhodou této metody je možnost proniknout do hloubky problému a získat cennější a působivější data.

Výzkumné šetření probíhalo se souhlasem vedení Nemocnicí Tábor, a. s., v souladu s vystavenou smlouvou (viz příloha 5) a povolením k provedení studijní práce (viz příloha 6). Účast respondentů na výzkumu byla dobrovolná a výsledky byly získány technikou polostrukturovaných rozhovorů, které probíhaly vždy individuálně s ústním souhlasem klienta.

Vzhledem k citlivosti tématu byly rozhovory vedeny v soukromí a respondenti byli na počátku ujištěni, že pokud nebudou chtít na některou otázku odpovědět, nemusí, a v rozhovoru budeme pokračovat až další pro ně přijatelnou otázkou. Někteří respondenti této možnosti na některé otázky neodpovídat využili.

Osnova otázek rozhovorů (viz příloha 7) se skládala z několika tematicky zaměřených částí. Dvacet otevřených otázek bylo pro všechny respondenty stejných, ale záleželo především na respondentech samotných jakým směrem a do jaké hloubky byly stěžejní otázky během rozhovorů dále rozvíjeny. Individuální rozhovory nám umožnily od respondentů získat nejen citlivé a cenné informace, ale přinesly nám i možnost zachytit prožívání a reakce respondentů na dané téma.

V úvodu rozhovoru nás zajímaly identifikační údaje respondentů a dále především to, jak dlouho se s chronickou pankreatitidou léčí a jak se u nich onemocnění v počátku manifestovalo. Další otázky byly zaměřeny především na informovanost nemocných o onemocnění a režimových opatřeních, ale také zjišťovaly ochotu respondentů tato doporučení dodržovat.

Neboť každé chronické onemocnění kromě újmy fyzické má vliv i na psychickou a emocionální pohodu, bylo také cílem v rozhovorech zjistit spokojenost nemocných jak s přístupem sester k jejich osobě a problémům, tak i ochotu personálu podat jim dostatek srozumitelných informací a najít si čas na vyslechnutí si jejich obav a strachu z budoucnosti.

Součástí rozhovorů s respondenty byly i otázky týkající se ovlivnění života respondentů chronickou pankreatitidou a dále podpory rodiny či blízkých.

Rozhovory byly zcela anonymní a sloužily pouze pro účely této bakalářské práce. Výsledky rozhovorů byly nahrávány na diktafon a data následně přepsána do podoby textu, tzv. transkripce. Přepis textu byl v maximální míře zachován přesný, jen v některých případech byl převeden do spisovného jazyka. V další fázi pak byly vypuštěny věty, které nenesly pro výzkum žádné podstatné a důležité informace. Při interpretaci dat byly použity přímé citace respondentů ze zaznamenaných výpovědí, které jsou v textu označeny kurzivou.

Následně bylo provedeno kódování dat a barevné označení jednotlivých segmentů v textu umožnilo lepší orientaci v textu. Na základě analýzy dat bylo vytvořeno několik hlavních významových kategorií a podkategorií.

Výzkum byl prováděn od října 2012 do března 2013.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo u nemocných navštěvujících gastroenterologickou ambulanci tábořské nemocnice a pro výběr výzkumného souboru byla zvolena metoda záměrného výběru. Při této metodě dochází k cílenému vyhledávání respondentů na základě dopředu stanovených kritérií a vyhledávají se pouze ti respondenti, kteří toto kritérium splňují a mají zájem se do výzkumu zapojit.

V našem výzkumu byla kritériem diagnóza chronická pankreatitida. V rámci výzkumu jsme oslovili celkem osmnáct nemocných s tímto onemocněním. Jejich výběr byl dále podmíněn ochotou respondentů se výzkumu zúčastnit a spolupracovat na něm.

Mnozí respondenti, ačkoli byli informováni o anonymitě výzkumu a byli opakovaně ujištěni, že získané informace poslouží pouze pro účely této bakalářské práce, se nechtěli na výzkumu podílet. Někteří respondenti měli nepochopitelné obavy, že by se jejich ošetřující lékař mohl dozvědět, že porušují režim a nechtěl by je dále léčit. Zvláště problematické bylo často získat validní odpovědi na otázky ohledně dodržování režimu, zejména příjmu alkoholu a kouření.

Do našeho výzkumného šetření byla zahrnuta skupina deseti respondentů v různém stadiu tohoto onemocnění. Výzkumný soubor tvořilo 7 mužů a 3 ženy. Všichni respondenti jsou obyvatelé tábořského okresu a Nemocnice Tábor, a. s., je jejich spádovou nemocnicí. Osm z deseti respondentů však mělo zkušenosti s hospitalizací v důsledku onemocnění i v jiných nemocnicích.

4 Výsledky

4.1 Identifikace respondentů

Prvním respondentem (R1) byl třicetiletý muž. Vysoký je 184 cm a váží 60 kg, jeho BMI je 18. Respondent je svobodný, ale žije s přítelkyní a děti dosud nemá. Je vyučený v oboru zedník a práci v tomto oboru i dosud vykonává. Tento respondent se s chronickou pankreatitidou léčí nejkratší dobu. Chronická kalcifikující pankreatitida s algickým syndromem mu byla diagnostikována teprve v září 2011.

Druhým respondentem (R2) byl pětáctyřicetiletý muž, středoškolák, léčící se s chronickou etyltoxickou pankreatitidou s mnohočetnými komplikacemi více než patnáct let. Respondent je rozvedený a bydlí v rodinném domku s babičkou. Dříve pracoval jako mistr, nyní má částečný invalidní důchod, ale již více než šest let je nezaměstnaný. Současná váha respondenta je 58 kg a při výšce 180 cm je jeho BMI 18.

Třetím respondentem (R3) byl dvačtyřicetiletý muž, který žije s manželkou v rodinném domku v okrajové části města. Je vyučený v oboru automechanik, ale nyní pracuje jako řidič. Respondent při výšce 180 cm váží 80 kg a jeho BMI je 25, chronická pankreatitida mu byla diagnostikována před osmi lety.

Čtvrtým respondentem (R4) byla devětasedmdesátiletá žena, která se s tímto onemocněním léčí nejdéle. Chronická pankreatitida jí byla zjištěna před více než pětatřiceti lety. Při 160 cm výšky váží respondentka 48 kg a její BMI je 19. Dříve pracovala jako učitelka, ale nyní je v důchodu a již mnoho let je vdova. V domku žije s rodinou syna, ale každý má svoji domácnost. Respondentka uvedla, že měla ještě dceru, ale že ta jí před téměř padesáti lety zemřela. Pět let po smrti dcery jí umřel tatínek a za další tři roky maminka, respondentka se dlouho nemohla se smrtí svých blízkých vyrovnat, špatně spala a byla úzkostná, stále se léčí s depresiemi.

Pátým respondentem (R5) byl třiapadesátiletý muž. Respondent má již šest let invalidní důchod, předtím měl částečný invalidní důchod. Respondent je vyučený v oboru instalatér a dříve v tomto oboru i pracoval. Respondent je již mnoho let rozvedený, ale žije s přítelkyní. Váží 70 kg, měří 180 cm a jeho BMI je 22. Dvacet let se léčí s chronickou etyltoxickou kalcifikující pankreatitidou a deset let

s pankreatogenním diabetem mellitem. Inzulín si v současné době aplikuje 4krát denně, také se léčí s hypertenzí.

Šestým respondentem (R6) byla středoškolsky vzdělaná čtyřicetiletá žena. Je vdaná, má tři děti a pracuje jako administrativní pracovnice na zkrácený úvazek. Měří 168 cm a váží 55 kg, její BMI je 20. S chronickou obstrukční pankreatitidou se léčí od roku 2005. Od roku 2010 se základní onemocnění zkomplikovalo ještě rozvojem pankreatogenního diabetu, kdy přechodně si respondentka aplikovala inzulín, nyní je léčena perorálními antidiabetiky.

Sedmým respondentem (R7) byl čtyřiačtyřicetiletý muž. Je svobodný, žije s přítelkyní, ale děti nemá. S chronickou etyltoxickou pankreatitidou se léčí tři roky. Je vyučený, dříve pracoval v zemědělství, ale nyní je již přes dva roky nezaměstnaný. Při výšce 189 cm váží 70 kg a jeho BMI je 20.

Osmým respondentem (R8) byl třiapadesátiletý muž, který je dvakrát rozvedený, ale žije s družkou a má čtyři dospělé děti. Respondent je vyučený, ale již dlouhodobě má částečný invalidní důchod a již osm let je nezaměstnaný. S chronickou etyltoxickou pankreatitidou se léčí od roku 1998. Od roku 2004 se léčí i s pankreatogenním diabetem mellitem. Inzulín si aplikuje třikrát denně. Respondent měří 180 cm, jeho váha je 69 kg a jeho BMI je 22.

Devátým respondentem (R9) byla šestačtyřicetiletá vysokoškolsky vzdělaná žena. Je rozvedená, bezdětná a pracovala v bance. Nyní je několik let již v částečném invalidním důchodu a je nezaměstnaná. S chronickou obstrukční pankreatitidou se léčí deset let a v posledním roce se přidal pankreatogenní diabetes mellitus. Inzulín si aplikuje čtyřikrát denně. Její BMI je 19 a při výšce 173 cm váží 55 kg.

Desátým respondentem (R10) byl čtyřiašedesátiletý muž. Je středoškolsky vzdělaný, mnoho let byl zaměstnán u vojska. Nyní je ve starobním důchodu. Je ženatý a má dvě dospělé dcery, které mají už své vlastní rodiny a děti. Měří 183 cm a váží 72 kg, jeho BMI je 22. S chronickou etyltoxickou pankreatitidou se léčí patnáct let.

4.2 Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie:

Podkategorie:

1. Vnímání onemocnění

- A. První projevy onemocnění*
- B. Nejvíce obtěžující příznak*
- C. Vnímání dopadu onemocnění na život respondentů*

2. Podpora v nemoci

- A. Podpora blízkých*
- B. Podpora zaměstnavatele*

3. Informovanost respondentů o nemoci a režimových opatřeních

- A. Množství poskytnutých informací a jejich srozumitelnost*
- B. Kdo informace poskytl a jejich forma*
- C. Konzultace s dietní sestrou*
- D. Znalost zásad dietního stravování*

4. Problémy v dodržování režimových opatření

- A. Dodržování dietních zásad*
- B. Zákaz kouření*
- C. Abstinence alkoholu*
- D. Příprava jídla dle dietních zásad*
- E. Dodržování termínu kontrol*

5. Hospitalizace

- A. Frekvence hospitalizací*
- B. Výskyt komplikací*
- C. Psychický stav respondentů při hospitalizaci*
- D. Preference respondentů na uložení při hospitalizaci*
- E. Vliv péče sester na zlepšení psychického stavu respondentů*

F. Ochota a čas sester komunikovat s respondenty při hospitalizaci

G. Očekávání respondentů od sester

1. Vnímání onemocnění

A. První projevy onemocnění

Převážná většina respondentů se shodla, že onemocnění se manifestovalo stupňujícími bolestmi břicha. „Měl jsem čím dál tím víc krutější bolesti břicha.“ (R8) „Nejdříve mě obtěžovaly stupňující se bolesti uprostřed břicha, které vystřelovaly pod oba žeberní oblouky.“ (R7)

Často respondenti uváděli únavu a zažívací obtíže, které je obtěžovaly již delší dobu před hospitalizací. „Také jsem se cítila často velmi unavená. Nezvracela jsem, ale neustále jsem měla žaludek jako na vodě, proto jsem také neměla chuť k jídlu a hodně jsem zhubla.“ (R4) „Delší dobu mi bylo tak nějak divně, moc mi nechutnalo, cítil jsem se unavený, nafouklý a občas jsem měl i průjem. Často mě pobolívalo v levém podžebří a občas se objevila i regurgitace šťávy.“ (R10)

V odpovědích respondentů se také shodně vyskytuje, že návštěvu lékaře odkládali a k návštěvě lékaře je donutily až kruté bolesti břicha. „Zpočátku jsem se bála navštívit lékaře, protože můj otec zemřel na následky karcinomu žaludku. K návštěvě lékaře jsem se odhodlala, až když jsem začala často zvracet a bolesti se stávaly nesnesitelné.“ (R4) Návštěvu lékaře, i když z jiného důvodu, odkládal i další respondent. „Příznakům jsem zpočátku nevěnoval velkou pozornost, protože jsem si je spojoval se stresem v práci. Stav vygradoval až do krutých bolestí břicha, které mě v noci vzbudily.“ (R3)

U poloviny respondentů předcházela chronické pankreatitidě ataka akutní pankreatitidy. „První příznaky onemocnění slinivky břišní se objevily již v říjnu 2004, kdy jsem prodělala těžkou nekrotizující pankreatitidu ne zcela jasné etiologie s rozvojem pseudocysty. Následně došlo k rozvoji sekundární chronické obstrukční pankreatitidy.“ (R6) U třech respondentů došlo k rozvoji chronické pankreatitidy v důsledku nedodržování dietního režimu po prodělaném akutním zánětu slinivky

břišní. První respondent uvedl: „*Chronická pankreatitida mi byla diagnostikována v září 2011, ale již v říjnu 2010 jsem byl poprvé hospitalizován na chirurgii s krutými bolestmi břicha. Strávil jsem tu tři týdny na infuzích a doktoři říkali, že jsem měl akutní pankreatitidu etylotoxické etiologie. Za půl roku po první hospitalizaci jsem byl znovu hospitalizován tamtéž a opět s atakou akutní pankreatitidy.*“ Podobná byla odpověď i dalšího respondenta: „*Nejdřív jsem měl akutní zánět slinivky asi před dvaadvaceti lety. Po propuštění z nemocnice jsem se nějakou dobu snažil sekat latinu, držel jsem přísnou dietu a hodnoty amyláz šly dolů. No, ale jak mi pak už bylo dobře, tak asi po půl roce jsem životosprávu začal vesele porušovat. Nejdřív to bylo docela v pořádku, sice mě sem tam bolelo břicho, ale ne nijak dramaticky. Pak se však přidaly občasné zažívací obtíže, hlavně nauzea, plynatost občas i zvracení a průjem, taky jsem začal hubnout. Potíže vyvrcholily v březnu 1992 po jedné pitce s partou. Měl jsem tak kruté bolesti, že jsem musel být opět hospitalizován, a ortel zněl, že mám chronickou pankreatitidu.*“ (R5)

Většina dotázaných mezi prvními projevy onemocnění uvedla kromě bolesti břicha, únavy a zažívacích obtíží také hubnutí. „*Během následujících čtyř měsíců jsem zhubl 8 kilogramů, opakovaně jsem zvracel a měl průjem. Byl jsem hospitalizován na interním oddělení, kde na základě provedených vyšetření mi byla diagnostikována chronická kalcifikující pankreatitida s algickým syndromem.*“ (R1)

B. Nejvíce obtěžující příznak onemocnění

Jako nejvíce obtěžující příznak všichni respondenti opět shodně označili bolest, která je často limituje při vykonávání běžných aktivit. „*Nejvíce mě v současné době obtěžují bolesti pod levým podžebřím. Bolesti sice kolísají, ale sužují mě prakticky stále. Menší jsou, když držím dietu, a naopak při fyzické námaze se zhoršují.*“ (R8) „*Nejhorší jsou ty bolesti, které mě mnohdy zcela paralyzují v mém životě.*“ (R10)

Většina respondentů také uvedla, že epizodní bolesti se odráží i v jejich sociálním životě, neboť ovlivňují jejich náladu, spánek, ale i cíle. „*Ta bolest je opravdu velmi stresující, někdy mívám pocit, že už nikdy nepoleví.*“ (R1) Jeden z respondentů dokonce

uvedl: „*Nejvíce obtěžujícím příznakem onemocnění je častá a velmi krutá bolest, mnohdy jsem měl pocit, že za takových podmínek už život nemá dále cenu.*“ (R2)

Kromě nepříjemného prožitku bolesti většina respondentů také uvedla, že na bolestech je obtěžuje i to, že ataky bolesti jsou nevypočitatelné. Často přijdou i tehdy, kdy režim pečlivě dodržují a bolest by nečekali. „*Sto procentně nejvíce obtěžující jsou pro mě ataky bolesti, u kterých nikdy dopředu nevím, kdy se objeví.*“ (R4) „*Nejvíce mě stresuje všudypřítomně číhající bolest, která mi mnohdy překazí mé plány.*“ (R9) Podobná byla i odpověď dalšího respondenta, kterého však obtěžuje i zvracení a nauzea: „*Často nemůžu skoro nic jíst, protože po všem mám záchvat, kdy kromě toho, že mě nesnesitelně bolí břicho, i zvracím a několik následujících dnů pak přetrvává ještě nauzea. Mnohdy příčinou záchvatu byla třeba jen jedna lžička dietního jídla navíc nebo pár kapek oleje, ale často jsem vlastně ani nevěděl, co ty kruté bolesti vyvolalo.*“ (R7)

K dalším častým odpovědím patřila únava, kterou v odpovědích uvedlo sedm respondentů, a dále zvracení. „*Bolesti jsou nepříjemné a často velmi vyčerpávající. Mnoho jídel nemohu vůbec jíst a navíc každou chvíli mě potká pobyt v nemocnici. Nejvíce mě však omezuje častá únava a vyčerpání. Často se kvůli bolesti špatně vyspím a pak se cítím pod psa, starosti mi také dělá cukrovka. Mám tři děti, co mají energie na rozdávání a já jim často nestačím. Také mě mnohokrát přepadá strach, zda péči o ně budu i nadále zvládat.*“ (R6) „*Často ve dnech po záchvatu mívám náladu pod psa, nic mě nebaví, zřetelně hubnu a jsem strašně unavený a vyčerpaný.*“ (R2) Jako limitující uvedl únavu i další respondent: „*Obtěžující je pro mě i únava, protože pak nezvládám práci v zaměstnání.*“ (R1)

Čtyřikrát byla respondenty uvedena i odpověď hubnutí. Jedna z respondentek uvedla: „*Každý kilogram si pečlivě hlídám, přesto však u mě často dochází k úbytku na váze, což mě stresuje.*“ (R9) U méně než poloviny, jen u čtyř respondentů je BMI v současné době vyšší než 20. Dva respondenti mají BMI 20, dva ho mají 19 a dva respondenti mají shodně BMI 18.

C. Vnímání dopadu onemocnění na život respondentů

Respondenti se shodli, že onemocnění jejich život zcela změnilo. Nejvýraznější změny zaznamenal respondent č. 2, který uvedl: *„Vždyť to z toho mého vyprávění musíte cítit sama, úplně vše je na levačku. Je ze mě troska, věčně jsem ve špitále, nemám ani peníze, ani práci a ani přítelkyni.“*

Respondenti nejčastěji udávali změny v jídelníčku, kdy tuto odpověď udalo všech deset respondentů. Mnozí z respondentů uvedli, že byli překvapeni, jak přísnou dietu musí dodržovat, také tím, že dieta už je na celý život. *„Onemocnění můj život ovlivnilo velmi, nedá se na něj zapomenout, je se mnou pořád. Ať se to týká omezení v jídle, kouření, pití alkoholu, častých kontrol u doktora a opakovaných hospitalizací, tak i všudypřítomné bolesti břicha, která mě stále věrně doprovází.“* (R9) *„Je to hrozné, jak si pořád musím hlídat, co sním. Ta dieta je velmi přísná a často mám hříšné chutě.“* (R10)

Většina respondentů také uvedla, že v důsledku onemocnění byla nucena změnit zaměstnání. *„Musel jsem dát v práci výpověď, protože ten stres a prodlouženou pracovní dobu v sezoně jsem nezvládal.“* (R7) Jen dva respondenti vykonávali stejné zaměstnání i po diagnostice onemocnění a zůstali až do starobního důchodu pracovat u stejného zaměstnavatele. Jedna z respondentů pracuje dále u stejného zaměstnavatele, ale byla v důsledku onemocnění nucena začít pracovat jen na zkrácený úvazek. A ve své odpovědi uvedla: *„Onemocnění můj život ovlivnilo poměrně značně. Ať už se jedná o úpravu jídelníčku, změnu pracovního režimu nebo časté kontroly a vyšetření u lékaře. Život s tímto onemocněním prostě není zrovna jednoduchý, kromě častých bolestí mě provází i různé léky a diety.“* (R6)

Jako omezující uvádí většina respondentů také časté kontroly u lékaře a jako obtěžující vnímá i časté hospitalizace v nemocnici, množství užívaných léků a také se respondenti obávají komplikací. Jeden z respondentů uvedl: *„Samozřejmě že do určité míry moje onemocnění můj zaběhnutý život ovlivnilo. Především se snažím dodržovat dietu a více přemýšlím nad tím, co sním. Bohužel mnohem častěji navštěvuji lékaře než v minulosti, dále užívám nyní více léků, které stojí více peněz, a veškeré oslavy v rodině slavím se sklenkou minerálky. Ale především se o sebe víc bojím, vím, jak je ta nemoc*

slinivky nebezpečná a bojím se všech těch následků. A pokud je mi dobře, tak si toho opravdu vážím.“ (R3)

2. Podpora v nemoci

A. Podpora blízkých

Většina respondentů se shodla, že je pro ně největší oporou v onemocnění partnerka. Především mužská část respondentů uváděla nejčastěji podporu partnerky v přípravě dietního jídla. Odpověď jednoho z respondentů zněla: *„Největší oporu mám v přítelkyni, se kterou bydlím a která mi i vaří. Jídlo vaří nejen dle dietních zásad, ale i chutně.*“ (R7) Ve stejném duchu odpověděl i další respondent, který též žije s přítelkyní: *„Přítelkyně se opravdu snaží, aby jídla byla chutná a zároveň, aby mi po nich nebylo špatně. Také si koupila nové nádobí a jídlo hodně upravuje v páře.*“ (R1) Podporu své partnerky uvedl i další respondent: *„Podporu já mám hlavně v manželce, stará se o mě velmi příkladně. Nejen že mi vaří, ale i ona se stravuje dietně, aby doma nebyly potraviny, které nesmím. Zvláště na počátku onemocnění pro mě bylo velmi důležité, že mě podržela a aktivně se zajímala, co vše je třeba změnit. Bylo toho na mě moc a měl jsem pocit, že se sesypu.*“ (R3)

Jak z rozhovorů vyplynulo, je pro většinu respondentů velmi důležitá celá rodina a pomáhá jim psychická podpora i dalších příbuzných a to především v době hospitalizace. *„Podpora manželky a i dětí je samozřejmě pro mě velmi důležitá i během hospitalizací.*“ (R3) *„Je pro mě důležité, že i rodiče se zajímají o to, jak se cítím a jak se mi daří.*“ (R1) *„Jako nejdůležitější vnímám podporu rodiny především během hospitalizací.*“ (R10) *„Je pro mě velmi důležité, že v tom nejsem sám, že mám přítelkyni, která mě psychicky podrží. Taky zájem dětí mi vždy udělá dobře.*“ (R8) Ve stejném duchu odpověděla i jedna z respondentek: *Velkou podporu cítím také hlavně v tom, že jak syn se snachou, tak i vnoučata ke mně často zajdou na návštěvu a trochu mě rozptýlí. Vzhledem k tomu, že bydlíme v jednom domě, mám v nich i jistotu, že mi přivolají lékaře, pokud mi není dobře. Samozřejmostí je, že mě syn vozí na kontroly a při hospitalizacích mě společně s jeho rodinou navštěvují.*“ (R4)

I respondentky ve svých odpovědích kladly důraz na důležitost podpory rodiny ve stravování. „Rodina mi vychází vstříc a v podstatě upravuji jídelníček převážně tak, že vyhovuje nejen mně, ale i celé rodině. Podporuji mě i psychicky.“ (R6) Jiná respondentka vyzdvihla v odpovědi podporu snachy: „V tomto směru musím velice pochválit snachu, která se upřímně zajímá o to, co můžu a nemůžu jíst, a občas mě překvapí nějakým opravdu chutným zákuskem či pokrmem, na který mě pozve či mi jej přinese.“ (R4)

Výjimku v odpovědích tvořili pouze dva respondenti, kteří v současné době nežijí v páru. Respondentka uvedla: „Nemám sice partnera, o kterého bych se mohla opřít, ale mí rodiče jsou mi obrovskou oporou.“ (R9) Respondent č. 2 uvedl, že největší oporu má v kamarádech, nejspíš to bude tím, že v rodině oporu téměř nemá. Podporu vidí jen ve své babičce, která však stárne a má tak v poslední době spoustu svých vlastních zdravotních neduhů. „Rodiče se o mě nikdy moc nezajímali a i bydlí daleko. Bývalá manželka má nového partnera a zajímají ji jenom peníze. A synové jsou na takové starosti ještě malí. Psychickou podporou, zejména při dlouhodobých hospitalizacích jsou mi nejvíce kamarádi, kteří se mě snaží rozptýlit a zkrátit mi ten protivně dlouhý čas. Velkou oporou jsou především při hospitalizacích mimo Tábor, kdy potřebuji přivést své osobní věci, protože cestování už pro moji babičku moc není.“ (R2)

B. Podpora u zaměstnavatele

Shodně respondenti uvedli, že podpora zaměstnavatele je malá. Neshody se zaměstnavatelem měla více než polovina respondentů především kvůli častým neschopenkám. „Podporu jsem u zaměstnavatele rozhodně nenašel a pro časté absence jsem musel pracovní vztah ukončit. Nyní jsem již dlouho nezaměstnaný a vzhledem ke zhoršujícímu se onemocnění ani nemám vyhlídky na brzkou změnu.“ (R2) Pro časté neschopenky byl ukončen pracovní poměr i dalšího respondenta: „Zaměstnavatelé bohužel nejsou k častým absencím příliš tolerantní. Již několikrát jsem byl nucen zaměstnavatele během onemocnění změnit. Pracuji sice stále v oboru, ale v současnosti většinou pracuji spíše jako brigádník v obdobích, kdy se cítím lépe.“ (R1)

Na druhou stranu jeden z respondentů uvedl, že se mu zaměstnavatel snažil vyjít vstříc změnou pracovní náplně: *„S podporou u zaměstnavatele je to tak půl na půl. Dříve jsem jezdil s kamionem do zahraničí, ale kvůli onemocnění jsem musel skončit. Zaměstnavatel mi umožnil přejít na vnitrostátní přepravu a nyní rozvážím zásilky jen po republice. Občasnou absenci, když mi není dobře nebo musím k lékaři jen na pravidelnou kontrolu, zaměstnavatel také celkem toleruje.“* (R3)

Respondenti většinou uvedli, že zaměstnavatel jim neumožňuje výběr diety. *„Bohužel není v silách zaměstnavatele zajistit mi dietní stravování. Většinou se snažím jíst jen doma a jídlo připravené od manželky. Pokud však jedu někam dál, musím si na jídlo dojít, ale někdy je to spíš sázka do loterie.“* (R3)

I ostatní respondenti uvedli, že si dietní jídlo v zaměstnání musí zajistit sami. Například respondentka č. 6 uvedla: *„Zaměstnavatel bohužel nenabízí žádné druhy diet, a proto musím řešit tento problém buďto donáškou jídla do zaměstnání, nebo se snažím vybrat z nabízeného jídelníčku „nejméně škodlivé“ jídlo.“* *„Jsem ráda, že alespoň mohu dělat nadále i práci, kterou jsem dělala již v minulosti, jen jsem kvůli častým absencím musela přijmout zkrácený úvazek.“* *„Zaměstnavatel se vůbec nestaral, co jím, natož zda dietně.“* (R5) Problémy se stravováním popřela pouze respondentka č. 4: *„Nyní jsem již v důchodu, ale na svého předešlého zaměstnavatele si stěžovat příliš nemohu. Úlevy jsem žádné neměla, ale já jsem si na žádná privilegia nikdy nepotrpěla. Vždy jsem se snažila si své závazky plnit, tak jsem zaměstnání měnit nemusela. Naštěstí zaměstnání učitelky má celkem pravidelný režim a v jídelně vařili pro děti také celkem dietně. Pokud jsem na jídelním lístku našla nějaké jídlo, o kterém jsem věděla, že mi nebude sedět, přinesla jsem si jídlo z domova.“*

3. Informovanost respondentů o nemoci a režimových opatřeních

A. Množství poskytovaných informací a jejich srozumitelnost

Všichni respondenti uvedli, že v současné době mají o onemocnění dostatek srozumitelných informací. V odpovědích na tuto otázku byl patrný soulad a odpovědi byly téměř shodné. *„Za ty roky, co se tímto onemocněním léčím, jsem informací*

posbíral nesčetné množství.“ (R5) „Za ty roky, co tímto onemocněním trpím, si troufám tvrdit, že informací mám již dostatek.“ (R4) „Informací já mám dost“ (R10)

Většina respondentů se také shodla, že počátečních informací bylo velké množství. Jeden z respondentů dokonce uvedl: *„Těch prvních informací bylo fakt velké množství, cítil jsem se jimi až zavalen a nějakou dobu trvalo, než jsem se zorientoval a vše pochopil.“ (R2)* Podobně vyzněla i odpověď dalšího respondenta: *„Ano, podávaným informacím už nyní rozumím. Složitější situace byla na začátku, to těch informací bylo zbytečně velké množství, navíc mi nebylo moc dobře, tak chvíli trvalo, než jsem všechno pobral.“ (R8)* I další respondent při svých odpovědích zdůraznil: *„Bylo pro mě velmi důležité, že mi se vstřebáním informací pomohla manželka, která se aktivně zajímala, co vše je třeba změnit. Nových informací totiž bylo příliš mnoho. Kdybych na to byl sám, tak jsem se z toho jisto jistě zhroutil.“ (R3)* I další respondentka uvedla, že počátečních informací bylo hodně. *„Byla jsem informována již během mého prvního pobytu v nemocnici. Nejprve mi lékař vysvětlil, o jaké onemocnění se jedná a jaký druh diety je nejvhodnější vzhledem k mému onemocnění dodržovat. Tenkrát bych však i uvítala nějaké informační tiskoviny zabývající se touto problematikou, které bych si později v klidu přečetla. Prvních informací bylo opravdu velké množství a já se cítila onemocněním zaskočena, tak ačkoliv byly informace podrobné i srozumitelné, ne vše jsem hned správně pochopila.“ (R6)*

Většina respondentů se také shodla, že nejvíce informací jim bylo poskytnuto hned na začátku onemocnění. I tentokrát byly odpovědi téměř totožné. *„Hodně informací mi poskytl ošetřující lékař během hospitalizací a dále i sestry. Dostal jsem, jak odpovědi na své otázky, tak i nějaké letáčky.“ (R7) „Nejvíce informací jsem získal ihned po diagnostice onemocnění od svého ošetřujícího lékaře a dále i od sester.“ (R1)* Rozdílné byly jen odpovědi dvou respondentů, kteří se s onemocněním léčí nejdéle. *„Nyní mám informací již dostatek. Dříve to tak však nebylo, i po těch letech si pamatuji, jak po první hospitalizaci jsem si odnesla domů bohužel jen pár letáků o výživě, ze kterých jsem se sice mnohé dozvěděla, ale stále zůstávalo hodně otázek nezodpovězených.“ (R4)* Respondent naopak přiznal, že na první informace si příliš nevzpomíná. *„Přiznám se, že už moc nevím, jak to tenkrát před dvaceti lety bylo. Asi mi*

něco říkali, ale já jsem dlouho bral onemocnění na lehkou váhu a doporučení nedodržel.“ (R5)

Převážná většina také uvedla, že i nadále jsou jim při kontrolách poskytovány další informace a ochotně jsou jim zodpovídaný i jejich dotazy. Jeden z respondentů například uvedl: *„První informace jsem dostal hned během první hospitalizace a i následně potom při kontrolách mi byly poskytnuty další doplňující informace.“ (R10)*

B. Kdo informace poskytoval a jejich forma

Všichni respondenti uvedli, že byli informováni lékařem, informace byly především ústní, někteří respondenti dostali od lékaře informační leták či brožurku. Většina respondentů udává, že informace dostali i od sester. Uvedli, že však od sester byli ústně informováni především během hospitalizace. Při ambulantním vyšetření jim informace předával především lékař, v ambulanci je sestry spíše než o dietním režimu informují o přípravě na vyšetření nebo jim předají informační letáčky. V odpovědích dvou respondentů se dokonce shodně objevilo, že měli pocit, že sestry na ně mají málo času. *„Nejvíce informací mi poskytl ošetřující lékař a některé cenné rady jsem získal od sester. Při ambulantním vyšetření je ale vidět, že času je málo a pacientů hodně.“ (R2)* *„Pan doktor se mě vždycky ptá, jestli mám nějaké nejasnosti, někdy se ptají i sestry. Sice je vidět, že na to v té ambulanci moc času nemají, ale vždycky se mě zeptají, jestli něco nepotřebuji a jak se mi daří.“ (R10)*

Všichni respondenti však uvedli, že sestry jim vždy ochotně zodpověděly jejich dotazy. Někteří respondenti také uvedli, že sestry jim zajistily konzultaci s dietní sestrou.

Osm z deseti respondentů jako zdroj či jako možnost upřesnění informací uvedli internet. *„Pokud si teď potřebuji něco ujasnit, ptám se lékaře či sester na kontrole, ale hodně informací jsem si také našel na internetu.“ (R5)*

C. Konzultace s dietní sestrou

Šest respondentů uvedlo, že jim byla nabídnuta možnost konzultace s dietní sestrou. Čtyři z nich tuto možnost i využili. Tři respondenti označili konzultaci jako velmi

přínosnou a obohacující. Jedna respondentka uvedla: „*Během pobytu v nemocnici mě navštívila i dietní sestra, která podrobně zodpověděla všechny mé dotazy. Schůzka s ní pro mě byla velmi přínosná. Nejen že mi dala vzorové jídelníčky, ale i návod jak zkombinovat dietní vaření pro mě s vařením pro mou početnou rodinu. Získala jsem od ní i cenné rady k jakžtakž pestré stravě, původně jsem se bála, že budu stále dokola konzumovat dvě až tři stejná jídla. Ale je pravda, že jsem rady ohledně stravování s tímto onemocněním hledala i na internetu a také mi při vaření pomohlo, že jsem od manžela dostala dvě kuchařky s recepty při onemocnění slinivky břišní.*“ (R6) Jeden z respondentů se s dietní sestrou sešel dokonce dvakrát a uvedl: „*Konzultaci s dietní sestrou jsem absolvoval poprvé po diagnostice onemocnění a pak jsem se s ní sešel ještě jednou asi před pěti lety společně s babičkou, která mi teď vaří. Dostali jsme velké množství cenných rad a některé informace nás hodně překvapily. Bohužel moje obtíže však nesouvisí ani tak s jídlem, jako souvisí s psychikou. Tak mi nepomůže ani deset konzultací s dietní sestrou.*“ (R2)

Dva z respondentů, kterým byla konzultace s dietní sestrou nabídnuta, ji nevyužili. Jeden na otázku proč tuto nabídku nepřijal, odmítl odpovědět a druhý uvedl: „*Jo, nabízeli mi to dokonce několikrát, ale vždycky jsem odmítl, protože na to nemám čas a stejně sám nejlíp vím, co mi dělá dobře.*“ (R1)

Tři z respondentů shodně uvedli, že si již nepamatují, zda jim byla konzultace nabídnuta. Jeden respondent uvedl: „*Na všech kontrolách mě doprovází manželka, která převzala iniciativu ohledně sledování vhodných a nevhodných potravin, a od té jsem se to pak naučil já, přišlo mi to tak jednodušší. Těch informací na začátku bylo opravdu hodně, tak si nepamatuji, zda jsem tuto nabídku dostal. Ohledně vhodnosti jídelníčku jak jsem už říkal, převzala iniciativu žena, tak připouštím, že je možné, že ona s dietní sestrou na počátku mého onemocnění mluvila.*“ (R3) I další respondent na tuto otázku odpověděl s pokrčením ramen: „*Na počátku onemocnění už ani nevím, jak to všechno bylo. Za první už je to dávno a za druhý jsem to bral všechno na lehkou váhu, šlo to jedním uchem tam a druhým ven. Jo, asi mi říkali, co mám jíst, a i to další. Taky mi asi dali nějaký papír s těmi zakázanými a povolenými potravinami, ale fakt už je to dávno, nevím, jak přesně to bylo. Sice jsem si přečetl i nějaké brožury a kuchařky na přípravu*

dietních jídel, ale stejně se často stalo, že to byl pokus - omyl. No a teď už mi tu konzultaci nikdo nenabídl. To je dobrý nápad, na příští kontrole se zeptám, zda by to bylo možné. Třeba získám novou inspiraci na jídla. (R5)“

Jen jedna respondentka uvedla, že tuto nabídku nedostala, myslí si, že před pětatřiceti lety tato možnost nebyla. *„Tenkrát na počátku onemocnění bych jistě takovou možnost uvítala. Je mi líto, že tenkrát takové možnosti jako jsou dnes nebyly, protože bych si jistě ušetřila nejedno trápení. Nerada vzpomínám na strach v počátcích onemocnění něco sníst, protože dříve jsem jedla vše, co jsem chtěla, a najednou tu byl celkem problém. Chvilí trvalo, než jsem přišla na to, co mi vyhovuje a co naopak nikoliv. V současné době již dobře vím co jíst, tak nemám ke schůzce s dietní sestrou důvod.“ (R4)*

D. Znalost zásad dietního stravování

Všichni respondenti v odpovědích uvedli, že ví, které potraviny jsou pro ně vhodné a které nikoliv. Všichni se také shodli, že znají zásady úpravy dietního jídla i zásady režimu. Někteří respondenti se i v odpovědích o svých znalostech rozpovídali. Tři respondenti se však o podrobnostech dietního stravování odmítli bavit a jednoho respondenta doplňující otázky dokonce velmi popudily: *„Myslel jsem si, že to bude normální popovídání, a vy mě zatím chcete zkoušet jak malého kluka ve škole. Já samozřejmě moc dobře vím, co je a co není pro mě vhodné. Ví, že nejdůležitější je pro mě vyhýbat se tuku, ale dále se řečmi o dietě teď nehodlám zdržovat. Všechno mám přece doma vypsány na letácích, co jsem dostal od lékaře. (R7)“*

I ostatní respondenti převážně uváděli, že nejdůležitější je vyhýbat se smaženým a tučným jídlům.

Většina respondentů také uvedla, že k hlavním zásadám patří časté přijímání malých porcí lehce stravitelného pokrmu. *„Vařím si zcela bez koření a především v páře. Nyní vím, že mi dělá dobře rozvařená rýže nebo brambory na mnoho způsobů. Preferuji především vařené krůtí či kuřecí prsa, ale bez bolesti si pochutnám i na tresce.“*

Mnoho variací v jídle mi také nabízí v páře vařená zelenina. Všeho jím malé porce každé dvě hodiny, hlavně si dávám pozor na tuky.“ (R4)

4. Problémy v dodržování režimových opatření

A. Dodržování dietních zásad

Tři respondenti na otázky k tomuto tématu nejdříve odmítli odpovídat, později některé informace poskytli. Více než polovina respondentů se shodla, že problémy s dodržováním měli převážně na počátku onemocnění. *„V minulosti jsem s dodržováním dietního režimu měl dost problémy. Zvláště pokud jsem byl někde ve společnosti nebo byla nějaká událost, tak jsem si dal alkohol rád, i když jsem věděl, že bych neměl. Taky jsem mnohokrát nedokázal odolat těm dobrotám na stole.“* (R2) Také další z respondentů přiznal, že v minulosti měl s dodržováním režimu velké problémy. *„V minulosti to byl stále stejný scénář. Režim jsem dodržoval vždy jen po nějakou krátkou dobu po propuštění z nemocnice, kdy jsem si dal od alkoholu pauzičku, a vydržel jsem držet tři měsíce přísnou dietu. Časem jsem však opět kapku polevil a výsledkem byla další hospitalizace. Ono to spíš bylo, jak jsem byl mladý, tak jsem byl blbý. Teď už je mi jasný, že jsem si tím chlastem akorát ubližoval. Víte, ono to je těžký, kdyby člověk věděl, že si to pak odskáče, možná že bych si tenkrát taky dal říct.“* (R5)

Většina respondentů uvedla, že dieta, kterou musí dodržovat je velice přísná a tak se prý není co divit, že pro ně není lehké vzdát se svých oblíbených jídel. Část respondentů také poukazuje na problém se stravováním v zaměstnání. Většina však také uvedla, že v průběhu sžívání se s onemocněním se jejich přístup zlepšil. *„Nyní abstinuji a opět jsem přibral na váze. Stravuji se dietně, jídlo mi většinou připravuje babička, ale zásady pankreatické diety znám i já. Dodržuji příjem malých porcí lehce stravitelného jídla v intervalu asi tří hodin. Na kontroly do gastroenterologické ambulance se snažím docházet pravidelně.“* (R2) I odpověď dalšího respondenta potvrdovala, že nyní režim dodržuje. *„Alkohol od července 2003 nepiji vůbec, jen občas si dám nealkoholické pivo a s cigaretami jsem definitivně přestal taky před osmi lety. Přestával jsem víckrát, nejdřív jsem se snažil pořád snižovat, ale nějak to nešlo. Pak*

jsem zas ležel v nemocnici, tak jsem se rozhodl ze dne na den a přestal. Taky teď už vím, co mám a co nemám jíst, jím často po menších porcích, tak je mi většinou fakt dobře. Na kontroly do gastroenterologické ambulance teď chodím dvakrát ročně a termíny většinou dodržuji. Dělají mi vždy odběry a ultrazvuk, poslední dobou je však vše v pořádku. Taky mě chválili v diabetologické poradně, že výsledky jsou pěkné, že je vidět, že se stravuji dietně.“ (R5)

Dvě respondentky uvedly, že režim a zásady úpravy jídla se snažily dodržovat hned v prvopočátku onemocnění. Obě shodně uvedly, že k porušení režimu občas docházelo jen v důsledku neznalostí. Další respondentka uvedla: *„Režim samozřejmě dodržuji, stravuji se pouze dietně a také abstinuji. Jen s kouřením jsem měla dlouho problém skončit, ale i tento zlovyk jsem už překonala.“ (R9)*

B. Zákaz kouření

Osm respondentů uvedlo, že byli kuřáci v minulosti, ale jen sedm z dotázaných respondentů kouřilo v době diagnostiky onemocnění. Jeden respondent uvedl, že přestal kouřit již před propuknutím onemocnění. *„Dříve jsem kouřil, ale snad ani nestojí za řeč moje kouření zmiňovat, protože jsem byl spíše sváteční kuřák. Kouřil jsem maximálně 5 cigaret týdně a navíc s kouřením jsem přestal již půl roku před objevením se první ataky bolesti.“ (R3)* Polovina respondentů přiznala, že i nadále občas kouří. Někteří z těchto respondentů si uvědomují, že si tímto zlovykem škodí: *„Přiznávám, že v důsledku větší psychické tenze v posledních třech letech opět kouřím víc cigaret, někdy až 20 denně. Mrzí mě to, protože vím, že bych neměl a navíc jsem se v minulosti svého zlovyku již téměř zbavil.“ (R2)* Někteří z respondentů však své kouření zlehčují, jeden z těchto dotázaných s ironií v hlase uvedl: *„Býval jsem silný kuřák, ale nyní kouřím minimálně. Počet vykouřených cigaret rozhodně nepřesáhne dvacet cigaret za týden, tak si myslím, že tím už dietní režim neporušuji.“ (R1)*

Dvě respondentky uvedly, že v současné době nekouří a ani nikdy v minulosti nekouřily. *„Dodržovat zákaz kouření mi opravdu nedělá problém, nikdy jsem nekouřila a rozhodně s tím teď nehodlám začít. Problémů se zdravím mám i tak dost a navíc cigarety lezou dost do peněz.“ (R6)*

C. Abstinence alkoholu

Také v této podkategorii se dvě dotázané stejně jako v předešlé podkategorii ve svých odpovědích shodly a uvedly, že je neomezují ani abstinence alkoholu, protože ani v minulosti alkoholu nijak neholdovaly. *„Ne, alkohol mi fakt nechybí. I v minulosti jsem ho pila méně než výjimečně. To mě spíš mrzí, že nemůžu pít zrnkovou kávu, protože na té jsem si vždy v minulosti pochutnala. Ale v porovnání se vším ostatním je i tohle v podstatě banalita.“* (R4) Ve stejném duchu odpovídala i druhá respondentka, která uvedla: *„Manžel si moji nucenou abstinenci chválí, alespoň je u nás vyřešeno, kdo bude dělat řidiče. Ve skutečnosti mi však abstinence omezující nepřijde, protože ani v minulosti jsem alkohol skoro nepila. Vždyť buď jsem byla těhotná, anebo jsem kojila.“* (R6) Dalších osm respondentů uvedlo, že v minulosti byli pravidelnými uživateli alkoholu. Tři z nich uvedli, že od diagnostiky onemocnění abstinují, ale také přiznali, že alkohol jim občas chybí. *„Dříve jsem si rád zašel na pivo do hospody, anebo si ho dal doma po jídle či večer u televize. Od objevení prvních obtíží a i dosud však zcela abstinuji. Tvrdý alkohol jsem neměl rád nikdy a pivo si dám nyní jen někdy v létě, a to pouze nealkoholické, odolávám, ale chuť na to opravdové tu mívám.“* (R3)

Polovina respondentů přiznala požívání alkoholu i po diagnostice chronické pankreatitidy, ale jen 2 respondenti uvedli, že jsou uživateli alkoholu i v současné době. *„Když to teda musíte vědět, tak občas nějaký to pivo vypiju, ale tvrdého alkoholu si teď fakt nevšímnu.“* (R1)

D. Příprava jídla dle dietních zásad

V této podkategorii všechny dotazované ženy uvedly, že s přípravou jídla a sestavováním jídelníčku nemají žádné obtíže. *„Zásady přípravy jídla znám dobře a jeho příprava mi nečiní problémy. Příliš neexperimentuji, za ta léta už mám vyzkoušené, co můžu a co ne.“* (R4) I další respondentka uvedla, že jí sestavování dietního jídelníčku neobtěžuje: *„S přípravou jídla dle dietních zásad nemám obtíže. Neboť vařím pro celou rodinu, snažím se, aby jídlo bylo chutné a nápadité. Jak jsem již uvedla, inspiraci čerpám z kuchařek zabývajících se touto tematikou a také na internetu. Avšak i přes přísné dodržování šetrící diety čas od času u mě dochází ke zhoršení stavu*

a krutým bolestem. Proto si pečlivě zapisuji, po čem mi je a po čem není špatně.“ (R6)
„Vařím jen pro sebe, tak s přípravou jídla nemám problém, jídelníček si sestavuji podle aktuálního zdravotního stavu a podle chuti. Dieta je však přísná a moc specialit nenabízí.“ (R9)

Další skupina respondentů, kterou tvořili muži, shodně uvedla, že sice zásady přípravy dietního jídla zná, ale že převážně sestavování jídelníčku a přípravu dietního jídla nechává na své partnerce, která je v kuchyni více zručná. *„Jídlo mi připravuje většinou partnerka, snaží se, aby jídlo bylo chutné a zároveň aby mi po něm nebylo špatně. Neustále se na různých blogách na internetu radí, co je a co není vhodné při dietě s chronickou pankreatitidou. Celkem byla překvapená, když se dozvěděla, že ne všechno, co je zdravé, je pro mě vhodné, například paprika či ovoce se zrníčky.“ (R1)* Jeden z respondentů uvedl, že přípravu jídla nechává na své babičce. *„S přípravou jídla nemám problém, ale je to hlavně díky babičce, která mi jídlo nakupuje i připravuje. Za svoji pečlivost by si opravdu zasloužila medaili.“ (R2)* *„Přípravu jídla nechávám na přítelkyni, je to tak pohodlnější. Přítelkyně se opravdu snaží, aby mi jídla chutnala a zároveň aby byla dietní. Informace čerpá i na internetu.“ (R7)* *„Co se týče mého jídla, má vše na starosti moje žena a nemá s tím žádné problémy, je opravdu zdatná kuchařka.“ (R3)*

E. Dodržování termínu kontrol

Ne zcela jednotné byly odpovědi dotázaných na otázku, zda chodí pravidelně na kontroly do gastroenterologické ambulance. Jen pět respondentů ve svých odpovědích uvedlo, že termín kontroly striktně dodržují a pokud se na kontrolu nemohou dostavit, vždy se telefonicky omluví a sjednají si blízký náhradní termín. *„Bojím se komplikací, tak si datum každé další kontroly pečlivě hlídám.“ (R4)* *„Na kontroly chodím podle plánu, naopak někdy pro zhoršení obtíží musím dorazit k vyšetření ještě před stanoveným termínem.“ (R6)*

Čtyři respondenti odpověděli, že se snaží chodit na kontroly pravidelně, ale že se jim občas stane, že na termín zapomenou. *„Snažím se si termín kontroly hlídat, ale občas mi prostě datum vypadne.“ (R8)* *„Vesmíš termíny kontroly dodržuji, akorát*

někdy na to holt zapomenu nebo mi to nevyjde.“ (R10) Poslední z dotazovaných respondentů uvedl: „Na kontroly do gastroenterologické ambulance docházím, ale pokud je mi dobře, tak termín návštěvy oddaluji. I tak mám kvůli onemocnění v práci dost absencí a nemůžu tedy lítat ještě po doktorech, když mi nic není a cítím se dobře.“ (R1)

5. Hospitalizace

A. Frekvence hospitalizací

Převážná většina dotázaných se shodla, že hospitalizace v souvislosti s chronickou pankreatitidou již nepočítají, protože byli hospitalizováni již nesčetněkrát. Výjimku mezi dotázanými tvořil jen respondent č. 3, který byl v souvislosti s chronickou pankreatitidou hospitalizovaný pouze třikrát. *„Poprvé jsem byl hospitalizovaný na chirurgii v půlce října 2007 pro kruté bolesti břicha. Následně jsem byl hospitalizován v květnu 2008 na intenzivní péči na interně s komplikující těžkou akutní pankreatitidou po ERCP, která byla zvládnuta konzervativně. Poslední hospitalizace proběhla na jaře 2009 a od té doby už jsem zatím hospitalizován nebyl.“*

Jeden z respondentů byl dokonce od loňského září kvůli obtížím v souvislosti s chronickou pankreatitidou hospitalizován již pětkrát. *„Většinou jsem ležel na interních odděleních k infuzní terapii. Naposledy jsem však byl hospitalizován v říjnu 2012 v nemocnici v Praze Na Homolce, kde mi byla provedena cystogastrostomie s drenáží cystoidu v hlavě.“ (R1) I ostatní respondenti udávají hospitalizace střídavě na interních i chirurgických odděleních. „Pro komplikace s chronickou pankreatitidou jsem byl hospitalizovaný opravdu mockrát, a to jak na interním, tak i chirurgickém oddělení. Několikrát jsem ležel i na intenzivní péči. I v Praze na Královských Vinohradech jsem skoro jak doma, už se nesnažím ty hospitalizace ani výkony počítat.“ (R2) „V nemocnici jsem kvůli zhoršení onemocnění ležel mockrát. Užil jsem si hospitalizace jak na chirurgii, tak i na interně.“ (R10)*

B. Výskyt komplikací

Osm z deseti respondentů uvedlo, že bylo nutné podstoupit operační výkon k vyřešení komplikací spojených s chronickou pankreatitidou. „*Operační řešení mých obtíží jsem prodělala v březnu 2006, kdy mi byla provedena v Praze cystogastroanastomoza.*“ (R6) „*Naposledy jsem byl hospitalizován v říjnu 2012 v nemocnici v Praze Na Homolce, kde mi byla provedena operace cystoidu v hlavě pankreatu.*“ (R1)

Polovina respondentů dokonce udává opakované operační řešení komplikací spojených s chronickou pankreatitidou. „*V listopadu 2010 jsem byl přeložen opět na Královské Vinohrady k operačnímu řešení objemného abscesu v levé polovině břicha a dalších nitrobřišních abscesů. Prodělal jsem opakované revize dutiny břišní.*“ (R2) „*Začátkem března 2012 jsem pak navštívil pro zhoršující se stav lékaře a byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče interního oddělení tábořské nemocnice, odtud jsem byl poté přeložen pro empyém hrudníku opět na chirurgickou kliniku Královské Vinohrady, kde mi byla provedena resekce dolního plicního laloku s abscesovým ložiskem. Po operaci jsem potom ležel 14 dní napojen na dýchací přístroj na ARU, opakovaně mi byl bronchoskopicky odsáván sekret.*“ (R2) *V minulosti se stávalo, že jsem byl hospitalizován i několikrát do roka. Prodělal jsem i opakované operace na slinivce. V roce 2002 mi byla v Praze provedena resekce části slinivky a já jsem si musel začít píchat inzulín. Tehdy jsem teprve pochopil, že ta moje nemoc není žádná sranda.*“ (R5)

U čtyř respondentů se rozvinul pankreatogenní diabetes mellitus. Tři z těchto respondentů si aplikují inzulín, jedna respondentka v současné době užívá perorální antidiabetika. „*S chronickou pankreatitidou se léčím již necelých deset let, ale před třemi roky se moje základní onemocnění zkomplikovalo ještě rozvojem sekundárního diabetu. Přechodně jsem si dokonce aplikovala inzulín, nyní jsem léčena perorálními antidiabetiky.*“ (R6) Druhý respondent uvedl, že komplikace souvisí především s jeho nedodržováním režimu: „*S chronickou pankreatitidou se léčím již mnoho let, bohužel stále jsem bral onemocnění příliš na lehkou váhu a dietní opatření příliš nedodržoval. Závažnost onemocnění jsem si uvědomil až teprve před deseti lety. Tehdy jsem si musel*

začít píchat inzulín, neboť mi lékaři diagnostikovali sekundární pankreatogenní diabetes mellitus. Inzulín si v současné době aplikuji 4krát denně.“ (R5)

C. Psychický stav respondentů při hospitalizaci

Tentokrát vládl v odpovědích respondentů patrný soulad. Všichni respondenti se shodli, že časté hospitalizace se negativně odráží na jejich psychickém stavu. Respondenty na hospitalizaci převážně stresuje ztráta soukromí a pocit určité nesvobody. *„Hospitalizace snáším těžko, zvláště pokud jsou dlouhodobé. Vadí mi ta ztráta soukromí a neustálý řád, to jsou ráno odběry, pak hygiena, vizita, spousta vyšetření. Někdy mám pocit, že ani nejsem člověk, ale nějaký balík, který je pořád někam posunován. Nesnáším ranní vstávání a ani nemám rád, když něco musím.“ (R2)*

„Na hospitalizacích mě nejvíc rozrušuje změna mého zaběhlého stereotypu. Nemám ráda změny a jsem zvyklá na samotu. Vše mě ruší a znervózňuje. Vzbudí mě sebemenší šramot a ráno jsem pak unavená. Na hospitalizaci se spolupacienty mi vadí i společné sociální zařízení, které navíc v nemocničních zařízeních nelze zamknout.“ (R4)

V odpovědích respondentů se také často shodně objevovalo, že jim na hospitalizacích vadí izolovanost od rodiny a blízkých. *„Hospitalizace přijímám jako nutné zlo. Vzhledem k tomu, že jsem zatím byla vždy hospitalizovaná pouze v případech, kdy to bylo opravdu jediné možné řešení, a že se můj zdravotní stav po hospitalizaci vždy mnohonásobně zlepšil, neměla jsem nikdy s hospitalizací žádný zásadní problém. Ale ani nemohu říct, že bych někdy jásala, když lékař vyřkl ortel, že stav lze řešit pouze za hospitalizace. Nestresuje mě samotný pobyt v nemocnici, ale vadí mi odloučení od mého manžela a dětí. Hlavně jsem si vždy během hospitalizace dělala starosti, jak to doma zvládne manžel s dětmi. Máme, tři školou povinné děti se spoustou mimoškolních zájmů a manžel má náročné povolání, tak moje nepřítomnost doma rodinnou situaci značně komplikuje.“ (R6)*

Podobně odpověděli i další z respondentů, někteří uvedli, že při hospitalizaci často pociťují i strach a úzkost. *„Hospitalizace snáším fakt špatně. Stresuje mě to odloučení od blízkých a taky mám v nemocnici ze všeho strach. Hlavně ten pobyt na intenzivní péči jsem špatně snášel, já mám rád své soukromí a tady jsem ho neměl a ještě ze mě*

odevšud vedly nějaké hadičky a drátky. Navíc pořád pípaly nějaké přístroje a pacient vedle mě zemřel, měl jsem strach, že umřu taky.“ (R5)

„Když jsem poprvé onemocněla a musela být hospitalizována v nemocnici, bylo to pro mě opravdu nepříjemné. Kromě porodů jsem v nemocnici nikdy neležela. Bylo mi špatně, všechno bylo nové a neznámé a navíc ve mně bylo mnoho špatných vzpomínek na hospitalizace a smrt dcery a rodičů. Navíc to bylo o to horší, že jsem mimo potřebu toalety nesměla opustit postel. Cítila jsem se hrozně odloučená od rodiny. Přestože se sestřičky snažily ze všech sil, aby byly usměvavé a na nás příjemné, byla jsem moc ráda, když lékař řekl, že už můžu domů.“ (R4)

Dále se respondenti shodli, že s hospitalizacemi je smiřuje především vědomí toho, že se jim po léčbě uleví a jejich stav se zase zlepší. *„Bohužel jsem již mnohokrát neměl jiné východisko než s hospitalizací souhlasit, protože si jsem dobře vědom, že každá hospitalizace mi přinesla úlevu.“ (R10)*

D. Preference respondentů na uložení při hospitalizaci

Tentokrát byly odpovědi do určité míry rozdílné a respondenti uvedli tři typy odpovědí. Dva respondenti uvedli, že je jim jedno, na kolika lůžkovém pokoji budou hospitalizováni. *„Mně je jedno, s kým na tom pokoji budu ležet, hlavně ať mi doktoři rychle pomůžou a já můžu jít domů.“ (R7)*

Čtyři respondenti odpověděli, že dávají přednost hospitalizaci na jednolůžkovém pokoji. *„Využívám možnosti hospitalizace na nadstandardním pokoji. Ne že bych toužila po nějakých výdobytcích dnešní doby v podobě ledničky či televizoru, ale jsem zvyklá na samotu. Vše mě ruší a znervózňuje. Vzbudí mě sebemenší šramot a ráno jsem pak unavená. Na hospitalizaci se spolupacienty mi vadí i společné sociální zařízení, které navíc v nemocničních zařízeních nelze zamknout.“ (R4)* *„Pokud bych si mohl vybrat, jsem na pokoji raději sám. Nemám rád, pokud mě někdo ruší, zvláště pokud mám bolesti a není mi dobře. Taký nepotřebuji, aby mi na pokoji někdo chrápal či vzdychal.“ (R7)* *„Přednost dávám hospitalizaci o samotě. Jsem zvyklá být sama a mám ráda své soukromí. Nejhorší jsou spolupacienti se spoustou návštěv.“ (R9)*

Ostatní respondenti uvedli, že dávají přednost hospitalizaci na menších dvoulůžkových a maximálně trojlůžkových pokojích. „*Nemám rád být na pokoji sám, přijdu si jak v cele na samotce a vůbec to neutíká. Ale moc lidí mi taky vadí, ty dva až tři je na jeden pokoj, tak akorát.*“ (R10) Respondenti uváděli, že počet spolupacientů, jenž tolerují, je závislý také na tom, jak si vzájemně sednou. „*Je prima, pokud jsem hospitalizován s někým, s kým se dá na moje bolesti zapomenout.*“ (R8)

E. Vliv péče sester na zlepšení psychického stavu respondentů

Tentokrát v odpovědích respondentů opět většinou vládla shoda. Výjimku tvořili jen dva respondenti. Jeden z respondentů uvedl, že se mu dle jeho názoru sestry hospitalizace příliš ulehčit nesnažily: „*Občas se snaží, ale třeba když jsem měl chuť na cigaretu, tak dělaly jak tisíc čertů, když jsem si zapálil na toaletě. A i jinak měly spoustu zbytečných rad, jak bych se měl chovat.*“ (R7) S agresí v hlase reagoval na otázku podpory sester respondent č. 1: „*No, to teda určitě ne. Akorát mě vždycky vystresují, jak neustále strkají nos do mých věcí. Všichni se pořád zajímají, jestli piju a kouřím. Navíc mají neustále potřebu mi sdělovat, jak se mám chovat. Oni jsou totiž všichni strašně chytří, asi mají na tu chytrost patent. A přitom sami pijí taky. Větší podporu mi teda rozhodně poskytne přítelkyně nebo rodiče než všichni doktoři se sestrami.*“

Ostatní respondenti uvedli, že především při hospitalizaci je pro ně pomoc a psychická podpora sester neopominutelná. Dále uvedli, že jim vlídná péče a vstřícný přístup sester mnohokrát pomohl hospitalizaci lépe zvládat. „*Když jsou v nemocnici hodné a usměvavé sestry, tak se stoná snadněji a i hospitalizaci snáším lépe.*“ (R8) Jiný respondent uvedl: „*Velmi důležité je pro mě i to, když sestřička každou chvíli s úsměvem přiběhne a zeptá se, zda mě něco nebolí nebo zda něco nepotřebuji. Uklidňuje mě už jenom to vědomí, že je tady někdo, kdo je mi ochoten kdykoliv pomoci nebo poradit.*“ (R5)

Mnozí z respondentů také zmiňovali, že jim pomohlo, že se sestry aktivně zajímaly o jejich problémy a snažily se jim vyjít vstříc. „*Velmi mi pomohlo, že když jsem měl při*

hospitalizaci problémy s dietou a jídlo mi moc nechutnalo, byly sestry ochotné se těmito potížemi zabývat a dokázaly mi v rámci diety zařídit změnu.“ (R2)

Na sestřičky píše jen samou chválu i další respondentka: *„Z mých hospitalizací mám s chováním sester převážně jen dobré zkušenosti. Jsou ochotné, vstřícné a chápavé. Sestry také především tvoří mého tlumočnicka s lékařem. Mám k nim více důvěry a i se mi často stává, že během vizity si nevzpomenu na vše, co jsem se chtěla zeptat. Sestřičky mi vždy ochotně odpověděly a vše potřebné vysvětlily nebo mi zprostředkovaly rozhovor s lékařem.“ (R4)*

Někteří respondenti uvedli, že jsou sestry pro ně při hospitalizaci důležité, protože jsou v nemocnici vždy po ruce, když něco potřebují. Dále uvedli, že dle jejich zkušenosti se při příjmu i během hospitalizace sestry chovají ohleduplně a snaží se jim vyhovět. *„Vstřícnost a ochota sester měla příznivý vliv především na můj psychický stav. Psychická pohoda se pak dle mého názoru kladně odrážela i na fyzickém stavu a lepším vypořádáním se s nemocí.“ (R6)*

Čtyři respondenti si ale také stěžovali, že je sestry často obtěžují sepisováním dokumentace a podepisováním souhlasů. *„K hospitalizacím mě vždy přivedly kruté bolesti, a tudíž jsem neměl vůbec chuť vyplňovat a podepisovat žádné papíry. Některé sestry měly pochopení a nechaly administrativu na později, jiné byly potom podrážděné. Stejně tak nemám chuť se každé ráno podrobovat hygieně. Na druhou stranu uznávám, že vždy jsem měl v dosahu funkční signalizační zařízení, byly mi nabízeny léky na tlumení bolesti. Sestry mi vždy ochotně pomohly změnit polohu, donesly pití, v případě potřeby vždy přivolaly lékaře a i v jiných přáních se mi snažily vyjít vstříc. Domluvily mi i konzultaci s nutričním terapeutem. Pečlivá péče a milý a vstřícný přístup sester mi po psychické stránce během hospitalizace určitě pomáhá.“ (R2)*

F. Ochota a čas sester komunikovat s respondenty při hospitalizaci

Většina respondentů uvedla, že je pro ně během hospitalizace komunikace se sestrami velmi důležitá. Osm respondentů uvedlo, že neměli pocit, že by sestru svými dotazy zdržovali. *„Ano sestřičky byly při hospitalizaci vždy v dosahu a často se přišly*

zeptat, co potřebuji, zda mě něco nebolí nebo netrápí, a jak jsem se vyspala. Pokud jsem o něco požádala, vždy se mi snažily v rámci možností vyjít vstříc.“ (R4)

Na otázku ohledně ochoty sester komunikovat respondenti většinou uváděli, že v tomto směru se sestrám nedá absolutně nic vytknout. Většina uvedla, že pokud požádali některou ze sester o jakoukoli informaci nebo vysvětlení, snažily se jim sestry vyhovět. A pokud si s něčím nevěděly rady, zavolaly ochotně lékaře či dietní sestru. Jeden z respondentů uvedl: *„Sestry se vždy snažily dát mi srozumitelné odpovědi na mé otázky. Pokud neměly někdy čas, přišly za mnou později s otázkou, co jsem potřeboval.“ (R3)* *„Díky empatické komunikaci sester zvládám určitě hospitalizace lépe.“ (R9)* I další respondent na otázku ohledně času komunikovat s ním odpověděl podobně: *„Já na žádné velké řeči nejsem, ale pokud jsem se některé sestry na něco zeptal, vždy si našla čas, aby mi na otázky odpověděla.“ (R10)*

G. Očekávání respondentů od sester

Jako prioritní respondenti na tuto otázku uvedli, že očekávají, že sestry je budou respektovat jako člověka. Dále dotázaní uvedli, že jsou rádi, pokud je ctěna intimita jejich těla a oni se nemusí cítit trapně.

Více než polovina respondentů také u sester hledá porozumění ke svým problémům a chce, aby jejich potíže nebyly přehlíženy. Respondenti očekávají, že se jim sestry budou při hospitalizaci snažit vyjít vstříc v plnění jejich přání a nebudou se k nim chovat s nadřazeností. Jeden z respondentů uvedl: *„Je pro mě moc důležité, jak sestra na můj problém zareaguje a jak jedná. Nemám rád, pokud sestry mé potíže zlehčují.“ (R2)*

Převážná většina se také vyjádřila, že očekává citlivý přístup k jejich osobě, zvláště pokud mají bolesti a je jim zle, hledají u sester oporu ve zvládnutí svého onemocnění. *„Rozhodně mi pomáhá, když jsou sestry vstřícné, usměvavé a ochotné. Vadí mi typy, které dávají najevo, že kdybych nepil, nebyl bych nemocný.“ (R1)* *„Je samozřejmé, že mám rád šikovné sestřičky, ale raději odpustím sestře, když není úplně zručná a občas se jí něco nepovede, než když umí vše na jedničku, ale je zamračená a protivná jak týden před výplatou.“ (R8)* *„Jsem spokojený, když si najdou čas mě uklidnit,*

že to bude dobré, anebo když si se mnou trochu popovídají třeba o té mojí nemoci.“

(R3) I další respondent uvedl, že od sester očekává především lidskost: *„U sester je pro mě důležité, aby mě dokázaly povzbudit a byly při ošetřování milé a citlivé. Pobyt v nemocnici je většinou spojen se spoustou omezení, ztrátou soukromí a s mnoha nepříjemnými a bolestivými výkony, je hrozné, pokud se nemocný musí navíc vyrovnávat ještě s nepříjemnými sestrami. Sestry by podle mě měly být především takové polštářky, které tlumí strach toho hospitalizovaného ze všech těch přístrojů, vyšetření a bolestí. Mnohdy jsou to úplně maličkosti, co dokážou nemocnému pomoci, třeba jen úsměv či pohlazení po ruce. (R5)*

Většina respondentů také uvedla, že očekává empatii, úsměv, vlídnost a komunikaci při ošetřování. *„Samozřejmě je pro mě příjemnější sestra, která se umí mile usmát a pomůže mi, když mám bolesti.“ (R10)*

Více než polovina respondentů také od sester očekává, že rozeženou jejich strach. Jedna z respondentek dokonce odpověděla: *„Vážím si sester, které umí pohladit po duši a zažehnout jiskřičku naděje, že zase bude lépe. Samozřejmě nic na světě není stoprocentní, ale během hospitalizací jsem byla vždy s péčí sester spokojená. Byly nejen profesionální a šikovné, ale hlavně milé a lidské. Dokázaly mě vyslechnout, ale i povzbudit, když mi opravdu bylo hodně zle a měla jsem velké pochyby, jestli se vůbec zvládnou starat o děti.“ (R6)*

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se věnuje problematice nemocných s diagnosou chronická pankreatitida a jejím cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u těchto klientů. Téma spatřujeme jako aktuální vzhledem ke skutečnosti, že incidence chronické pankreatitidy, jak uvádí v literatuře i mnozí odborníci (Dítě, 2011), stále narůstá. Klener (2011) dokonce ve své knize píše, že incidence vzrůstá v celém světě a i v ČR je poměrně vysoká.

V úvodu výzkumného šetření nás zajímaly identifikační údaje respondentů a dále především jak dlouho se s chronickou pankreatitidou léčí a jak se u nich onemocnění v počátku manifestovalo. Pro výsledky výzkumu je zajímavé, že v dotazovaném vzorku jsou zastoupeni respondenti s různým spektrem délky onemocnění. Mezi dotazovanými byli respondenti, kteří se s tímto onemocněním léčí již několik desítek let, a zároveň i respondenti, kterým byla chronická pankreatitida diagnostikována v několika málo letech zpátky. Osm z deseti respondentů navíc mělo zkušenosti s hospitalizací v důsledku onemocnění i v jiných nemocnicích.

S ohledem na odbornou literaturu (Krechler, 2007), která uvádí, že chronická pankreatitida je velmi závažné onemocnění, jehož rozvoj a progresse souvisí se životním stylem nemocných a s dodržováním dietního režimu, byla první výzkumná otázka směřována na míru informovanosti respondentů o dietních a režimových opatřeních.

Výsledky práce ukázaly, že respondenti jsou v současné době s množstvím informací jak o onemocnění, tak i o zásadách dietního a léčebného režimu spokojeni. Překvapilo nás, že většina respondentů také uvedla, že si další informace sama aktivně vyhledává. Respondenti udávali, že pro rozšíření či upřesnění vědomostí o dietním režimu využívají internetové zdroje nebo knižní publikace obsahující recepty na jídla při pankreatické dietě. Negativním zjištěním, které však také z rozhovorů vyplynulo, bylo, že na počátku onemocnění respondenti s podanými informacemi spokojeni nebyli. Nebyli spokojeni převážně s ústní formou informací a dále uváděli, že informace v počátku onemocnění byly pro velkou obsáhlost pro mnohé nesrozumitelné. Většina

respondentů uvedla, že dostali najednou příliš velké množství informací, které nebyli schopni vstřebat a správně je pochopit. Po příchodu domů se jim zdálo, že většinu informací zapomněli a tápali, co všechno jim vlastně ošetrovatelský personál sdělil. Zde se ukazuje prostor pro doplnění znalostí ošetrovatelského personálu v oblasti edukace nemocných. Bylo by zajímavé zjistit, do jaké míry personál pracuje s edukačními plány. I Radkin Honzák (1999) ve své knize uvádí, že i při nepříliš závažné zdravotní situaci odcházejí pacienti od lékaře jen se dvěma třetinami podstatných informací. Zbytek nemocní vzhledem ke svému psychickému rozpoložení nestačili zaznamenat, či zapamatovat si. Jako další překážku v příjmu informací Honzák (1999) uvádí stud nemocných, zeptat se na informace, kterým neporozuměli.

Proto nás v oblasti úrovně informovanosti také zajímalo, kdo a jakou formou nemocným informace poskytl. A dále zda poskytnuté informace pro ně byly srozumitelné a také zda jim byla nabídnuta konzultace s dietní sestrou. Jabůrková (2012) ve své práci píše, že respondenty s pankreatitidou v nemocnici Třebíč edukuje lékař i sestra a též jsou využívány služby nutriční terapeutky. I naši respondenti uvedli, že byli informováni lékařem i sestrami. Naši respondenti však na rozdíl od třebíčských respondentů uváděli, že informace získali především ústní formou. Mnozí z dotázaných uvedli, že by uvítali více materiálu i v tištěné podobě, který by si mohli opakovaně prostudovat. I o tomto zjištění si myslíme, že je zajímavým podnětem k zamyšlení a je třeba o něm informovat široký ošetrovatelský personál.

Příjemným zjištěním, které též z výzkumu vyplynulo, je, že došlo ke zlepšení přístupu ošetrovatelského personálu k poskytování informací ohledně změn v jídelníčku, neboť možnost konzultace s dietní sestrou uváděli především nemocní s kratší dobou trvání onemocnění. Nabídku konzultace s dietní sestrou uvedlo šest respondentů a čtyři z nich tuto možnost i využili. Další tři respondenti shodně uvedli, že si již nepamatují, zda jim byla konzultace nabídnuta. Jen respondentka, která se s onemocněním léčí nejdéle, uvedla, že tuto nabídku vůbec nedostala.

Vzhledem k faktu, že Krechler (2007) či Dítě (2002), ale i další autoři ve svých odborných publikacích uvádí, že chronická pankreatitida je považována za významný rizikový faktor vzniku pankreatického karcinomu, byly součástí rozhovorů otázky,

mapující také na informovanost nemocných o nutné pravidelné dispenzarizaci. Všichni dotázaní v našem výzkumném šetření jednoznačně odpověděli, že s touto problematikou je ošetřující lékař podrobně seznámil.

Při hledání odpovědi na druhou výzkumnou otázku nás zajímala ochota a také schopnosti nemocných dietní a režimová opatření dodržovat. Protože například Krechler (2007) uvádí, že k progresi onemocnění dochází hlavně u nedisciplinovaných nemocných. Navzdory tomu, že všichni respondenti v odpovědích na první výzkumnou otázku uvedli, že znají zásady dietního stravování a že mají i dostatek informací týkající se úpravy jídla. Výsledky šetření ukázaly, že někteří respondenti mají do určité míry problémy tyto zásady dodržovat.

Ačkoliv respondenti přiznali, že byli lékařem informováni o negativním vlivu alkoholu na průběh jejich onemocnění, užívala celá polovina respondentů dále alkohol i po diagnostice onemocnění. Z rozhovorů však také vyplynulo, že jedna pětina dotázaných užívá alkohol i v současné době a další tři respondenti s užíváním alkoholu skončili až teprve s rozvojem závažných komplikací. Celá polovina dotazovaných respondentů také uvedla, že stále občas kouří.

Podobné zjištění vyplynulo i z dalšího šetření. Přestože všichni respondenti uvedli, že jsou s nutností pravidelné dispenzarizace srozuměni, výsledky výzkumu ukázaly s tímto tvrzením rozpor. Odpovědi ohledně dodržování termínu kontrol v gastroenterologické ambulanci byly nejednotné. Jen polovina z deseti respondentů ve svých odpovědích uvedla, že termín kontroly striktně dodržuje a pokud se na kontrolu nemůže dostavit, vždy se telefonicky omluví a sjedná si blízký náhradní termín. Čtyři respondenti odpověděli, že se snaží chodit na kontroly pravidelně, ale že se jim občas stane, že na termín zapomenou. Poslední z dotazovaných respondentů dokonce uvedl, že v důsledku nedostatku času termín kontroly vědomě oddaluje.

V empirickém šetření tedy bylo zjištěno, že někteří respondenti jsou neukáznění a ačkoliv uvedli, že jsou se svými stávajícími informacemi ohledně onemocnění i režimových opatření spokojeni, nedodržují doporučení a zásady režimu dostatečně důsledně. Tyto výsledky jsou pro nás zklamáním i vzhledem k tomu, že většina

respondentů uvedla, že má podporu rodiny či blízkých a že jsou schopni si sami nebo za pomoci svých partnerů sestavit nejen dietní, ale i chutný jídelníček. Otevírá se otázka, zda někteří respondenti ignorují doporučení a zásady z důvodu nedostatečné edukace o závažnosti onemocnění nebo důvodem je jejich lehkovážnost. Přikláníme se k myšlence, že neochota dodržovat režim vychází především z toho, že mnozí nemocní s chronickou pankreatitidou si do rozvoje komplikací neuvědomují závažnost svého onemocnění, a proto léčebný režim porušují. I v této oblasti se ukazuje prostor, který je třeba zlepšit. Ošetrovatelský personál by měl při edukaci více apelovat na aktivní přístup nemocných, s cílem motivovat nemocné k důsledné změně stravovacích návyků i celkové změně životního stylu. Jako velmi významné vnímáme nutnost vzbudit v nemocných nejen dostatečnou vůli změnit svůj životní styl, ale hlavně povědomí o nutnosti u těchto změn setrvat. Je důležité, aby si nemocní s chronickou pankreatitidou uvědomili, že zlepšení zdravotního stavu a tím i zkvalitnění jejich dalšího života je především v jejich rukou.

Vzhledem ke skutečnosti, že respondenti udávali, že sestry mají v ambulancích málo času, shledáváme jako vhodné řešení, zařazení edukačních sester do ošetrovatelského týmu. Předpokládáme, že kvalitní individuální edukace by nemocné mohla motivovat k větší spolupráci na léčbě dříve, než se objeví závažné invalidizující komplikace. Honzák (1999) píše, že je třeba věnovat více péče vysvětlení pozitivních zásad žádoucího postupu než používat v rozhovoru s nemocnými autoritativní zákazy. Honzák upozorňuje, že zákazy ve většině lidí, zvláště týkají-li se celého životního stylu, vyvolávají dětskou trucovitost.

Příliš nás nepřekvapily výsledky, které se týkaly šetření nejvíce obtěžujícího příznaku. Všichni respondenti z dotazovaného vzorku nemocných s chronickou pankreatitidou uvedli, že jako nejvíce obtěžující vnímají bolest břicha. Tyto výsledky do jisté míry korespondují s širokou odbornou literaturou. Například Špičák (2002) uvádí, že bolest je hlavním příznakem přibližně u 80 % nemocných s chronickou pankreatitidou. V práci dalšího autora (Dítě, 2011) je zmiňované procento bolestivé formy ještě vyšší, udává výskyt bolestivé formy u 85-90 % osob s chronickou pankreatitidou.

Skutečnost, že chronická pankreatitida velmi ovlivňuje kvalitu života nemocných, uvedl již Dítě v roce 2002 ve svém článku v *Bulletin HPB chirurgie*. Také autoři knihy *Vše o bolesti* uvádějí, že chronická bolest atakuje život jedince, způsobuje jeho utrpení a také devastuje kvalitu jeho života. I v našem výzkumném šetření všichni dotázaní uvedli, že časté bolesti velmi zhoršují kvalitu jejich života, neboť je často limitují při vykonávání běžných aktivit. Většina respondentů také uvedla, že epizodní bolesti se odrážejí i v jejich sociálním životě, neboť mají vliv na jejich náladu, spánek, ale i cíle.

Výsledky nás až tak moc nepřekvapily, také ani v oblasti, zda nemocní vnímají, že onemocnění jejich život ovlivnilo. Všichni respondenti se jednoznačně shodli, že v důsledku onemocnění v jejich životě došlo ke zcela zásadním změnám. Respondenti nejčastěji udávali změny v jídelníčku a omezení, co se týče veřejného stravování či stravování na oslavách a rodinných setkáních.

Seven respondentů také uvedlo, že onemocnění ovlivňuje jejich soukromý život a osobní aktivity, protože v souvislosti s onemocněním často pociťují velkou únavu.

Jako omezující uváděli respondenti také časté kontroly u lékaře a časté hospitalizace v nemocnici.

Mnozí dotázaní projeví i obavy z komplikací. Většina respondentů také uvedla, že v důsledku onemocnění byla nucena změnit zaměstnání. Také Dítě (2005) uvádí, že pokročilá stadia a stavy po resekčních výkonech žlázy vyžadují změnu pracovního zařazení a některé nemocné invalidizují.

Výsledky šetření na třetí výzkumnou otázku přinesly tedy zjištění, že onemocnění život respondentů velmi ovlivnilo a do značné míry také snižuje kvalitu jejich života. I tento výsledek koresponduje s literaturou, neboť k podobným výsledkům dospěl i výzkum Štaudové s kolektivem, zabývající se kvalitou života nemocných s chronickou pankreatitidou (Štaudová, 2001).

Následující blok otázek v rozhovoru byl zaměřen na zkušenosti nemocných s hospitalizacemi. Otázky se týkaly nejen častosti hospitalizací, ale byly zaměřeny i na vliv hospitalizací na psychický stav respondentů. V souvislosti s hospitalizací respondentů nás také zajímalo, zda mají respondenti pocit, že jim péče a chování sester pomohlo se s hospitalizací lépe vyrovnat.

Součástí rozhovoru byly i otázky mapující potřeby respondentů během hospitalizace a dále i otázky týkající se času a ochoty sester komunikovat o potřebách a obavách respondentů během hospitalizace.

I v oblasti psychického stavu nemocných během hospitalizace jsou výsledky našeho výzkumu v souladu s odbornou literaturou. Honzák (2006) v knize *Základy psychologie* upozorňuje, že člověk má své bio-psycho-sociální potřeby a není tedy pouhý stroj, který je možné opravovat jako auto či pračku. Dále uvádí, že vzhledem ke změnám zdravotního stavu a nutnosti se s těmito změnami vyrovnat dochází zejména u nemocných k výskytu specifických potřeb. Také naši respondenti uváděli, že hospitalizace vždy zasáhne především jejich psychiku, neboť dojde k narušení jejich soukromí a k omezení možnosti saturovat své duševní potřeby.

S literaturou korespondují i výsledky týkající se oblasti očekávání hospitalizovaných od sester. Respondenti se cítí zaskočení především častostí opakovaných hospitalizací. Ukázalo se, že pro nemocné je nesmírně důležité cítit, že se sestry o ně a jejich potíže aktivně zajímají. Jako neméně důležité nemocní vnímají i to, že jsou sestry schopné jejich potíže řešit. Dle Berana (2010) je působení chronického onemocnění a častých hospitalizací na psychiku nemocných o to složitější, že média přináší každý den nové informace o nových lécích, objevech a úspěších v medicíně. A nemocní jsou na druhé straně konfrontováni s faktem, že jejich onemocnění vyléčit nelze.

Respondenti také uvedli, že velký vliv na jejich psychický stav má přátelská komunikace se sestrami a od sester očekávají i oporu ve zvládnutí svého onemocnění. Je pro ně velmi důležité, aby sestra uměla naslouchat jejich potřebám i obavám, které s onemocněním zdánlivě nesouvisí, aby měli možnost, vyjádřit veškeré své pocity a problémy každodenního života. Také Honzák (2006) připomíná významnou roli personálu v podpoře nemocných, kteří kromě toho, že jsou sužováni bolestí a utrpením, které mnohá onemocnění provází, se musí vyrovnat též se změnou režimu.

Převážná většina respondentů se také vyjádřila, že očekává citlivý přístup k jejich osobě, především pokud mají bolesti a je jim zle. Více než polovina respondentů od sester očekává, že rozeženou jejich strach, tyto výsledky korespondují

i s myšlenkami Florence Nightingalové (1895). Ta ve svých zápiscích upozorňovala sestry na důležitost přivést nemocné na jiné myšlenky a nabádala je ke snaze nemocné rozptýlit a duševně posílit.

Nebylo také žádným velkým překvapením, že všichni respondenti uvedli přání, aby zdravotnický personál respektoval specifika jejich osobnosti. Respondenti také při péči především očekávají lidský přístup respektující jejich stud a intimitu těla.

Stejně jako Nešpor (2010) v literatuře, že i samotný úsměv napomáhá léčit a mnohdy ve správnou chvíli napomůže i k prolomení ledů v mezilidských vztazích, i většina našich respondentů uvedla, že od sester očekává úsměv, empatii, vlídnost a komunikaci při ošetřování.

Na poslední výzkumnou otázku tedy z šetření vyplynulo, že život chronicky nemocného je náročný. Nemoc se mění a adaptace nikdy nekončí, nemocní od sester očekávají především snahu a ochotu chápat a porozumět. Ačkoliv každý člověk je jedinečný a neopakovatelný a jedinečné jsou i jeho potřeby, které se liší v souvislosti s osobností nemocného, s jeho osobní historií, vlastním vnitřním světem a také s projevy onemocnění, výzkumné šetření naší práce ukázalo, že potřeby našich respondentů se do značné míry shodují. Touží, aby neztráceli svou lidskou důstojnost, zachovali si pocit vlastní hodnoty a netrpěli pocitem marnosti a frustrace. Při péči očekávají především psychickou podporu a dále, že jim bude uleveno od bolestí a nebude jim zbytečně další bolest způsobována.

Ve výsledcích výzkumného šetření je alarmující, že respondenti převážně udávali potřeby týkající se spíše jejich duševna. Tyto výsledky si lze vysvětlit především tím, že respondenti mají z předchozích hospitalizací zkušenosti, že jsou jim saturovány především jejich fyzické potřeby a ty psychické, duchovní a sociální jsou bohužel poněkud opomíjeny. I podle Berana (2010) je současná medicína na vysoké technické úrovni, ale ztrácí svůj lidský rozměr. Beran dále uvádí, že se nemocní setkávají spíše s personálem, který profesionálně obsluhuje přístroje, ale nedostatečně se věnuje psychice nemocných. I zde z šetření tedy vyplynul důležitý moment pro hluboké zamýšlení pro veškerý ošetřovatelský personál, které by vedlo ke zlepšení péče nejen o tyto nemocné.

6 Závěr

Záměrem této práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u klientů s chronickou pankreatitidou. Chronická pankreatitida je onemocnění, které nemocného dlouhá léta obtěžuje mnoha nepříjemnými příznaky a jehož incidence v posledních letech narůstá. Se zjištěnými výsledky je nutné seznámit, co nejširší okruh ošetrovatelského personálu s nadějí, že péče lépe zaměřená na specifika těchto nemocných napomůže ke snížení jejich opakovaných hospitalizací

K dosažení cíle práce bylo v empirické části využito kvalitativní výzkumné metody. Na počátku našeho výzkumu byl zvolen vzorek deseti respondentů a stanoveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťovala úroveň informovanosti klientů s chronickou pankreatitidou o své nemoci a dietním režimu. Další výzkumná otázka zjišťovala, jaké dodržují klienti s chronickou pankreatitidou režimová opatření. Třetí výzkumná otázka mapovala, jak onemocnění změnilo způsob života respondentů, a poslední výzkumná otázka byla zaměřena na specifické potřeby klientů s chronickou pankreatitidou.

Všechny čtyři výzkumné otázky byly šetřením zodpovězeny. Pozitivním zjištěním byly odpovědi respondentů na první výzkumnou otázku. Respondenti uváděli, že mají dostatek informací o dietním režimu a i vědí o nutnosti tato opatření dodržovat. Všichni dotázaní znají možnosti přípravy stravy a jsou schopni si sami nebo za pomoci svých partnerů sestavit nejen dietní, ale i chutný jídelníček. Všichni dotázaní též uvedli, že byli seznámeni s nutností pravidelné dispenzarizace. S těmito odpověďmi bohužel příliš nekorrespondují výsledky na druhou výzkumnou otázku, neboť ukázaly, že někteří nemocní přes své znalosti dietní a režimová opatření často porušují. Část respondentů poukazovala na problém se stravováním v zaměstnání, někteří na svoji obhajobu uvedli, že dieta je příliš přísná a lákadel kolem nich je hodně. Neukázněnost některých respondentů se však projevila především v neschopnosti abstinence alkoholu. Z výsledků také vyplynulo, že polovina respondentů má i potíže s hlídáním si termínu kontroly, přičemž jeden z respondentů ho dokonce záměrně oddaluje.

Výzkumné šetření dále odhalilo, že onemocnění život respondentů velmi ovlivnilo a do značné míry také snižuje kvalitu jejich života. Všichni respondenti se jednoznačně shodli, že v důsledku onemocnění v jejich životě došlo ke zcela zásadním změnám. Většina respondentů byla v důsledku onemocnění nucena změnit zaměstnání, ale změny zaznamenal i jejich soukromý život a osobní aktivity.

Poslední výzkumná otázka přinesla dále zmíněný výsledek. Potřeby našich respondentů se do značné míry shodují. Touží, aby neztráceli svou lidskou důstojnost, zachovali si pocit vlastní hodnoty a netrpěli pocitem marnosti a frustrace. Při péči očekávají lidský přístup respektující jejich stud a intimitu těla a dále především psychickou podporu ve zvládnutí svého onemocnění. Také je pro důležité cítit, že se sestry o ně a jejich potíže aktivně zajímají a vnímají jejich individuální potřeby.

Na základě studia této problematiky a výsledků výzkumného šetření byla jako výstup z práce pro nemocné s chronickou pankreatitidou vypracována stručná a přehledná informační brožura. Tento manuál obsahuje základní anatomické informace o pankreatu, dále zevrubné informace o samotném onemocnění, jeho vzniku, klinickém obraze vyšetřovacích metodách a možnostech léčby. V informačním materiálu jsou zahrnuty i režimová opatření u nemocných s chronickou pankreatitidou a vhodné a nevhodné potraviny pro pankreatickou dietu. Tento manuál by měl sloužit jako shrnutí a upřesnění informací, které si nemocný v klidu doma přečte poté, co byl edukován ústně. Uvědomujeme si, že v žádném případě nemůže informační brožura nahradit edukační činnost sester, které jsou s nemocnými v přímém kontaktu.

Myslíme si, že výsledky výzkumného šetření mohou nejen zaujmout, ale být také prospěšné při ošetrovatelské péči o nemocné s chronickou pankreatitidou ošetřujícímu personálu v ostatních zdravotnických zařízeních. Vzhledem ke zjištěným nedostatům v oblasti edukace nemocných na počátku onemocnění, chceme výsledky této práce co nejvíce zpřístupnit odborné ošetrovatelské veřejnosti. Doufáme, že výsledky práce zvýší zájem odborné veřejnosti o tuto problematiku a osloví další pracovníky ochotné podílet se na jejím řešení.

7 Seznam informačních zdrojů

BERAN, Jiří a kolektiv, 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1125-6

ČEŠKA, Richard a kolektiv, 2010. *Interna*. Vydání 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-629-6

ČIHÁK, Radomír, 2002. *Anatomie 2*. Vydání 2. upravené a doplněné, revidovaný dotisk 2009. Praha: Grada. ISBN 80-247-0143-X.

DÍTĚ, Petr, 2002. Pankreatická bolest u nemocných chronickou pankreatitidou- diagnostika a léčba. *Bulletin HPB chirurgie*. Ročník 10, suplement. Dostupné z: <http://www.hpb.cz>

DÍTĚ, Petr a kolektiv, 2002. *Chronická pankreatitida*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3

DÍTĚ, Petr, 2002. *Fyziologie pankreatické funkce*. In DÍTĚ, Petr a kolektiv, *Chronická pankreatitida*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3

DÍTĚ, Petr, 2002. *Klinická symptomatologie*. In DÍTĚ, Petr a kolektiv, *Chronická pankreatitida*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3

DÍTĚ, Petr, 2002. *Konzervativní terapie*. In *Chronická pankreatitida*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3

DÍTĚ, Petr, 2005. *Chronická pankreatitida Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. Ročník 59, č. 3, s. 132-133. ISSN 1213-323X

DÍTĚ, Petr a kolektiv, 2008. Změny sérových hladin zinku, selenu, mědi a magnézia u osob s chronickou alkoholickou a chronickou idiopatickou pankreatitidou. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. Ročník 62, č. 4, s. 203-206. ISSN 1213-323X

DÍTĚ, Petr a kolektiv, 2009 A. Pankreatický karcinom v terénu chronické pankreatitidy. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. Ročník 63, č. 5, s. 216-220. ISSN 1213-323X

DÍTĚ, Petr a kolektiv, 2009 B. Idiopatická chronická pankreatitida-proč ještě v roce 2009 existuje? *Postgraduální medicína*. Ročník 11, č. 6, s. 655 - 657. ISSN 1212-4184.

DÍTĚ, Petr a kolektiv, 2009 C. Mnohočetná orgánová postižení a sick sinus syndrom u nemocné s autoimunitní formou chronické pankreatitidy. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. Ročník 63, č. 5, s. 203 - 207. ISSN 1213-323X

DÍTĚ, Petr a kolektiv, 2011 A. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-704-2.

DÍTĚ, Petr a kolektiv, 2011 B. Chronická pankreatitida v roce 2011. *Vnitřní lékařství*. Ročník 57, č. 11, s. 891 - 896. ISSN 0042-773X.

DÍTĚ, Petr a kolektiv, 2011 C. Chronická pankreatitida. *Medicína pro praxi*. Ročník 8, č. 11, s. 455 - 458. ISSN 1214-8687.

DUČAIOVÁ, Jarmila, 2011. Etika bolesti a utrpení. *Sestra*. Ročník 21, č. 7 - 8, str. 34 - 37, ISSN 1210-04-04.

DUJŠÍKOVÁ, Hana a kolektiv, 2010. Chronická pankreatitida a skelet. *Vnitřní lékařství*. Ročník 56, č. 7, s. 656 - 662. ISSN 0042-773X.

DUMONCEAU, J-M et al., Endoscopic treatment of chronic pankreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy Clinical Guideine. *Endoscopy*. 2012, ročník 44, č. 8, s. 784 ISSN neuvedeno

FRIČ, Přemysl, 2002. *Komplikace*. In DÍTĚ, Petr a kolektiv, Chronická pankreatitida. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3

FRIČ, Přemysl, 2009. Klasifikace chronické pankreatitidy. *Postgraduální medicína*. Ročník 11, č. 6, s. 651 - 654. ISSN:1212-4184

FÖLSCH, U. R, a kolektiv, 2003. *Patologická fyziologie*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0319-X.

GROFOVÁ, Zuzana, 2008. Výživa u akutní a chronické pankreatitidy. *Medicína pro praxi*. Ročník 5, č. 4, s. 179-180. ISSN 1214-8687

GULLO, Lucio, 2005. Alcohol and Chronic Pancreatitis: Leading or Secondary Etiopathogenetic Role? *Journal of the Pancreas*. Ročník 6, č. 1, s. 68 - 72.

HOCH, Jiří a kolektiv, 2011. *Speciální chirurgie*. Vydání 3. rozšířené a přepracované. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-253-7.

HONZÁK, Radkin, 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. Vydání 2. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-032-0

HONZÁK, Radkin, 2006. *Základy psychologie*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-377-X

HORKÝ Drahomír, 2002, *Histologická skladba pankreatu*. In DÍTĚ, Petr a kolektiv, Chronická pankreatitida. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3

HOUSKA a kolektiv, 2011. Neobvyklá komplikace chronické pankreatitidy. *Gastroenterologie a hepatologie*. Ročník 65, č. 3, s. 154 - 156. ISSN 1804-7874

JABOR, Antonín a kolektiv, 2008. *Vnitřní prostředí*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1221-5.

JABŮRKOVÁ, Veronika, 2012. *Ošetrovatelská péče o pacienty s pankreatitidou*. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta

JIRÁSEK, Václav, 2007. Významné gastroenterologické příznaky. In: LUKÁŠ, Karel a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie učebnice*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KATŮCHOVÁ, Jana a Josef RADOŇAK, 2011. Súčasnú možnosť chirurgickej liečby chronickej pankreatitidy. *Časopis lékařů českých*. Ročník 150, č. 7, s. 378 - 383. ISSN:0008-7235

KLENER, Pavel a kolektiv, 2011. *Vnitřní lékařství*. Vydání 4. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2705-9.

KOHOUT, Pavel a kolektiv, 2007. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. Vydání 1. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-3-9.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.

KRECHLER, Tomáš. Nemoci slinivky břišní. 2007. In: LUKÁŠ, Karel a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie učebnice*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

KRŠKA, Zdeněk a kolektiv, 2007. *Krvácení do gastrointestinálního traktu*. Vydání 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-994-8

KŘEMEN, Jaromír a kolektiv, 2009. *Enterální a parenterální výživa*. Vydání 1. Praha: Mladá fronta, a. s. ISBN 978-80-204-2070-1.

KUBICOVÁ, Ludmila a kolektiv, 2005. *Chirurgické ošetřovatelství*. Vydání 1. Bratislava: Osveta. ISBN 80-8063-176-X

MACEK, Milan a kolektiv, 2003. *Geneticky podmíněná onemocnění pankreatu - proč na ně je stále málo pomýšleno?* In Sborník přednášek Aktuální gastroenterologie XIII, s. 17. ISBN 80-85977-50-8

MAREŠ, Jan, 2003. Fyziologie trávení a vstřebávání. In: TROJAN, Stanislav a kolektiv. *Lékařská fyziologie*. Vydání 4. Praha: Grada. ISBN 80-247-0512-5.

MIKŠOVÁ, Zdeňka a kolektiv, 2006 A. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6

MIKŠOVÁ, Zdeňka a kolektiv, 2006 B. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4

NAVRÁTIL, Leoš a kolektiv, 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

NECHUTOVÁ, Hana a kolektiv, 2004. *Chronická pankreatitida, fibrogeneze a stellate cells*. In Aktuální gastroenterologie XV, Sborník přednášek, s. 43. Praha: Vesmír, s.r.o. ISBN 80-85977-53-2.

NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1150-8.

NEŠPOR, Karel, 2010. *Léčivá moc smíchu*. Vydání 1. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-054-1.

NOVÁKOVÁ, Zdena, 2007. Anatomie trávicího traktu. In: LUKÁŠ, Karel a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie učebnice*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

PÁČ, Libor, 2002. *Anatomie pankreatu*. In DÍTĚ, Petr a kolektiv, *Chronická pankreatitida*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3

PAVLÍČEK, Petr, 2009. Léčba bolesti. *Sestra*. Ročník 19, č. 2, str. 41 – 43. ISSN 1210-04-04

RUŠAVÝ, Zdeněk a Jaroslava, KREUZBERGOVÁ, 2008. Dieta při podvýživě. In SVÁČINA, Štěpán a kolektiv, 2008. *Klinická dietologie*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.

RŮŽIČKA, Miloš a Drahomíra, KONEČNÁ, 2002, Chirurgická terapie. In DÍTĚ, Petr a kolektiv, *Chronická pankreatitida*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3

SCHREIBER, Vratislav, 2005. Endokrinní funkce pankreatu a regulace metabolismu sacharidů. In GANONG, William F. *Přehled lékařské fyziologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-311-7

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie, NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.

ŠÁLEK, Cyril, 2005. Epidemiologie a rizikové faktory. In ZAVORAL, Miroslav et al. *Karcinom pankreatu*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-348-6

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1221-5.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv, 2006. *Základy ošetřovatelství*. Vydání 1. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

ŠATROVÁ, Jiřina, 2007. Dietologie u nemocí trávicího traktu. In: LUKÁŠ, Karel a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie učebnice*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

ŠEVČÍKOVÁ, Arona, 2005. *Od chronické nehereditární pankreatitidy k pankreatickému karcinomu*. In sborník přednášek Aktuální gastroenterologie XVII, s. 12 - 13. Brno: Vesmír. ISBN 80-85977-55-9

ŠPIČÁK, Julius a Petra, POULOVÁ, 2008. Enviromentální faktory uplatňující se při vzniku etylické jaterní cirhózy a chronické pankreatitidy. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. Ročník 62, č. 2, s. 74 - 78. ISSN 1213-323X

ŠPIČÁK, Julius, 2005. *Akutní pankreatitida*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0942-2.

ŠPIČÁK, Julius, 2002, *Pankreatická bolest*. In DÍTĚ, Petr a kolektiv, *Chronická pankreatitida* Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3

ŠPINAR, Jindřich a kolektiv, 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1749-4.

TRACHTOVÁ, Eva, 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. NCO NZO. ISBN 978-80-7013-324-8

ZAVORAL Miroslav, 2002, *Etiologie a patogeneze*. In DÍTĚ, Petr a kolektiv, *Chronická pankreatitida* Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3

ŽÁK, Aleš a kolektiv, 2011. *Základy vnitřního lékařství*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-697-7.

ŽÁK, Aleš. 2007. *Malnutrice a nutriční podpora v gastroenterologii*. In: LUKÁŠ, Karel a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie učebnice*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

8 Klíčová slova

Dietní režim

Chronická pankreatitida

Ošetrovatelská péče

Pacient

Sestra

9 Přílohy

Příloha 1: Manchesterská klasifikace chronické pankreatitidy.

Příloha 2: TIGAR-O klasifikace chronické pankreatitidy.

Příloha 3: M-ANHEIM klasifikace chronické pankreatitidy.

Příloha 4: Otevřená klasifikace chronické pankreatitidy.

Příloha 5: Smlouva o umožnění studijních prací v Nemocnici Tábor a.s.

Příloha 6: Povolení k výzkumu v Nemocnici Tábor a.s.

Příloha 7: Otázky k rozhovoru.

Příloha 8: Edukační materiál pro nemocné s chronickou pankreatitidou.

Příloha 1: Manchesterská klasifikace chronické pankreatitidy

Tab. 1 – Manchesterská klasifikace CHP

Lehká forma (mild)

1. ERP/MRP/CT průkaz CHP
2. Bolest břicha
3. Analgetika občas
4. Exokrinní a endokrinní funkce zachována
5. Žádné peripankreatické komplikace

Středně těžká forma (moderate)

1. ERP/MRP/CT průkaz CHP
2. Bolest břicha
3. Analgetika a/nebo opiáty pravidelně
4. Deficit exokrinní/endokrinní funkce
5. Žádné peripankreatické komplikace

Pokročilá forma (end-stage)

1. ERP/MRP/CT průkaz CHP
2. Jeden nebo více extrapankreatických projevů
 - stenóza choledochu
 - segmentální portální hypertenze
 - stenóza duodena
3. Diabetes a/nebo steatorea

Zdroj: FRIČ, Přemysl, 2009. Klasifikace chronické pankreatitidy. *Postgraduální medicína*. Ročník 11, č. 6, s. 651-654. ISSN:1212-4184

Příloha 2: TIGAR-O klasifikace chronické pankreatitidy

**Tab. 2 - TIGAR-O klasifikace CHP
(zkrácená verze)**

T Toxicko-metabolická
I Idiopatická
G Genetická
A Autoimunitní
R Recidivující a těžká akutní pankreatitida
O Obstrukční

Zdroj: FRIČ, Přemysl, 2009. Klasifikace chronické pankreatitidy. *Postgraduální medicína*. Ročník 11, č. 6, s. 651-654. ISSN:1212-4184

Příloha 3: M-ANNHEIM klasifikace chronické pankreatitidy

**Tab. 3 – M-ANNHEIM klasifikace CHP
(zkrácená verze)**

M	Mnohočetné rizikové faktory
A	Alkohol
N	Nikotin
N	Nutriční faktory
H	Hereditární faktory
E	Eferentní vývody
I	Imunologické faktory
M	Metabolické vzácné a různé faktory

Zdroj: FRIČ, Přemysl, 2009. Klasifikace chronické pankreatitidy. *Postgraduální medicína*. Ročník 11, č. 6, s. 651-654. ISSN:1212-4184

Příloha 4: Otevřená klasifikace chronické pankreatitidy

Tab. 4 – Klasifikace chronické pankreatitidy (Forsmark, CE., 2006; upraveno)

Alkoholická
Tropická
Genetická <ul style="list-style-type: none">Autosomně dominantní<ul style="list-style-type: none">Hereditární pankreatitidaAutosomně recesivní nebo modifikující geny<ul style="list-style-type: none">CFTR a SPNK 1 mutace
Metabolická <ul style="list-style-type: none">HyperkalcémieHyperlipidémie<ul style="list-style-type: none">HypertriglyceridémieDeficit lipoproteinové lipázyDeficit apolipoproteinu C-II
Obstrukční <ul style="list-style-type: none">Benigní obstrukce pankreatického vývodu<ul style="list-style-type: none">Poúrazová strikturaStriktura po těžké akutní pankreatiděStenóza nebo dysfunkce (?) Oddiho svěračeCysta duodenální stěnyPancreas divisumMaligní obstrukce pankreatického vývodu<ul style="list-style-type: none">Karcinom duodena a ampuly VateriAdenokarcinom pankreatuIntraduktální papilární hienotvorný nádor
Autoimunitní <ul style="list-style-type: none">Autoimunitní pankreatitida samostatnáAutoimunitní pankreatitida sdružená s jinými autoimunitními chorobami<ul style="list-style-type: none">(Sjögrenův syndrom, primární sklerozující cholangitida, primární biliární cistóza, jiné)
Postnecrotická chronická pankreatitida
Idiopatická <ul style="list-style-type: none">ČasnáPozdní
Asymptomatická pankreatická fibróza <ul style="list-style-type: none">Chronický alkoholismusVysoký věkChronická ledvinová nedostatečnostDiabetesPostiradiační

Zdroj: FRÍČ, Přemysl, 2009. Klasifikace chronické pankreatitidy. *Postgraduální medicína*. Ročník 11, č. 6, s. 651-654. ISSN:1212-4184

Příloha 5: Smlouva o umožnění studijních prací v Nemocnici Tábor a. s.

Nemocnice Tábor, a.s.

kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor
IČ 26095203, DIČ CZ 26095203
telefon 308 608 757

zastoupená: předsedou představenstva Ing. Ivo Houškou, MBA
a místopředsedkyní MUDr. Janou Chocholovou
(dále jen nemocnice) na straně jedné

a

studentka Jana Skořepová

(dále jen žadatel) na straně druhé
r.č. 765528/3746

bydliště: Skopytce 47, 39201 Soběslav

uzavírají následující

SMLOUVU o umožnění studijních prací

I.

Předmět smlouvy

Předmětem této smlouvy je umožnění studijních prací (dále jen práce) nemocnicí pro studijní potřeby žadatele, které proběhne na oddělení **následné péče** nemocnice v době **od 10.9.2012 do 31.5.2013**

II.

Náplň studijní práce

Žadatel bude studijní práce realizovat v rozsahu své žádosti, která je nedílnou přílohou této smlouvy.

III.

Závazky žadatele

1. Žadatel se zavazuje při své studijní práci dodržovat ochranu osobních údajů pacientů, když jeho práce může obsahovat pouze statistické údaje.
2. Žadatel se zavazuje předložit nemocnici výsledky své studijní práce před jejich studijním použitím. V případě nesouhlasu nemocnice s jeho závěry je potom povinen tento nesouhlas při použití v nemocnici získaných údajů vždy uvádět.
3. V souladu se zněním vyhl. č. 537/2006 Sb. si žadatel zajistí očkování proti přenosným nemocím. Tuto skutečnost doloží před příchodem na oddělení nemocnice čestným prohlášením, které se stane nedílnou součástí této smlouvy.
4. Žadatel si zajistí potřebný pracovní plášť nedohodne-li se s nemocnicí na jeho zapůjčení.
5. Žadatel se zavazuje dodržovat odborné pokyny pověřených zaměstnanců nemocnice.
6. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, s nimiž se během praxe seznámí.
7. Zavazuje se dodržovat předpisy BOZP a PO včetně dalších obecně závazných předpisů či vnitřních předpisů nemocnice.
8. Žadatel se zavazuje pracovat pouze v rozsahu povolení vydané mu nemocnicí dle této smlouvy.

IV.

Strana 1 (celkem 2)

Zdroj: Nemocnice Tábor a. s.

Závazky nemocnice

1. Poskytne žadateli písemné povolení k jeho práci. Tímto povolením se žadatel bude při své činnosti prokazovat.
2. Před zahájením prací zajistí řádné seznámení žadatele s právními předpisy v oblasti BOZP a PO včetně vnitřních předpisů nemocnice vztahujících se k jeho práci.
3. Žadatel bude též poučen o povinnosti zachovávat mlčenlivost a to i po skončení prací.
4. Umožní žadateli vstup na oddělení určené touto smlouvou k výkonu práce a do dalších prostor souvisejících s výkonem práce.
5. Poučení dle odstavců 2 a 3 tohoto článku potvrzuje žadatel svým podpisem této smlouvy.

VI.

Pověření zaměstnanci

1. Nemocnice stanoví k plnění smlouvy pověřeným zaměstnancem **Mg. Helenu Plockovou**

VII.

Ukončení smlouvy

1. Smlouva se uzavírá na dobu určitou, a to sjednanou dobou prací.
2. Smluvní vztah lze dále ukončit dohodou stran, výpovědí nebo odstoupením.
3. Ukončení smluvního vztahu mimo uplynutí sjednané doby je možné pouze písemnou formou.
4. Výpověď ze strany nemocnice je přípustná tehdy, pokud žadatel neplní závazky vyplývající z této smlouvy
5. Žadatel je oprávněn vypovědět smlouvu tehdy, jestliže nemocnice nezajistí podmínky prací dle této smlouvy
6. Výpovědní lhůta činí jeden den a počíná běžet dnem následujícím po doručení výpovědi druhé straně.
7. Odstoupit okamžitě od smlouvy může nemocnice v případě, že žadatel poruší závažným způsobem své povinnosti stanovené touto smlouvou.

VIII.

Závěrečná ustanovení

1. Odpovědnost za škodu se řídí obecně závaznými právními předpisy.
2. Tato smlouva je smlouvou bezúplatnou.
3. Smlouva se vyhotovuje ve dvou výtiscích s tím, že po jednom obdrží každá ze smluvních stran.
4. Smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
5. Veškeré změny a doplnění smlouvy lze provést pouze písemnou formou a se souhlasem obou smluvních stran.
6. Smluvní strany si smlouvu přečetly, její obsah je jim jasný a jsou s ním srozuměny. Na důkaz své vůle uzavřít tuto smlouvu k ní jejich oprávnění zástupci připojují své podpisy.

V Táboře dne.....^{19.9.2012}.....

V Táboře dne 10.9.2012

.....
Ing. Ivo Houška, MBA
člen představenstva

.....Jana Škořepová.....

.....
MUDr. Jana Chocholová
místopředsedkyně představenstva

Nemocnice Tábor, a.s.
kpt. Jaroše 2000
390 03 T á b o r
14

Příloha 6: Povolení k výzkumu v Nemocnici Tábor a. s.

NT+ NEMOCNICE TÁBOR, a.s.

POVOLENÍ


Pro : studentku Janu Skořepovou – VŠ –Jih. univerzita České Budějovice – 3. ročník Bc. studia v oboru ošetrovatelství

Předmět povolení : studijní práce – rozhovory s pacienty

Oddělení : Interní oddělení, gastroenterologická ambulance

Doba povolení : od 10.9.012 do 31.5.2013

V Táboře dne 6.9.2012


Mgr. Helena Plocková
hlavní sestra

Zdroj: Nemocnice Tábor a. s.

Příloha 7: Otázky k rozhovoru

1. Jak dlouho se s chronickou pankreatitidou léčíte?
2. Jaké byly první projevy této nemoci?
3. Které projevy nemoci Vás nejvíce obtěžují?
4. Máte dostatek informací o dietních a režimových opatřeních?
5. Kdo a jakou formou Vám informace ohledně dietních a režimových opatření poskytnul?
6. Byla Vám nabídnuta možnost konzultace s dietní sestrou?
7. Jsou poskytované informace srozumitelné?
8. Zajímají se sestry a lékaři o to zda jste všechny informace správně pochopil(a)?
9. Chodíte pravidelně na kontroly do gastroenterologické ambulance?
10. Máte problém některá doporučení dodržovat?
11. Kouříte?
12. Jste v důsledku svého onemocnění často hospitalizován(a) v nemocnici?
13. Jak působí hospitalizace na Váš psychický stav?
14. Co od sester během hospitalizace očekáváte?
15. Naplňují sestry během hospitalizace Vaše očekávání?
16. Mají sestry čas komunikovat s Vámi o Vašich problémech?
17. Zajímají se sestry o Vaše potřeby?
18. Máte pocit, že Vám péče sester nějakým způsobem pomohla lépe zvládat Vaše onemocnění?
19. Máte podporu ohledně dietních opatření ve Vaší rodině a u svého zaměstnavatele?
20. Jak ovlivnilo Vaše onemocnění způsob Vašeho života?

Zdroj: Vlastní

Zásady stravování při chronické pankreatitidě



Vážené pacientky, vážení pacienti,

tato brožura je určena nejen pro nemocné s chronickým zánětem slinivky břišní, ale i pro jejich blízké, kteří jim chtějí být oporou. Jejím cílem je vás blíže seznámit s chronickou pankreatitidou a pomoci vám zorientovat se v režimových opatřeních u tohoto onemocnění. Je známou pravdou, že k lepšímu přizpůsobení se nové situaci jak nemocnému, tak i jeho rodině a blízkým pomáhá získání dostatečných informací a rad. Doufám, že vám i tato brožura pomůže najít informace vedoucí ke zlepšení vašeho stravování a tím, co nejvíce snížit důsledky této choroby. Rozhodně však nemůže nahradit otevřený rozhovor s lékařem, proto nezapomínejte dodržovat pravidelné kontroly u vašeho lékaře, řídit se jeho doporučeními a užívat jím předepsané léky.

Jana Skořepová
studentka Zdravotně sociální fakulty
Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

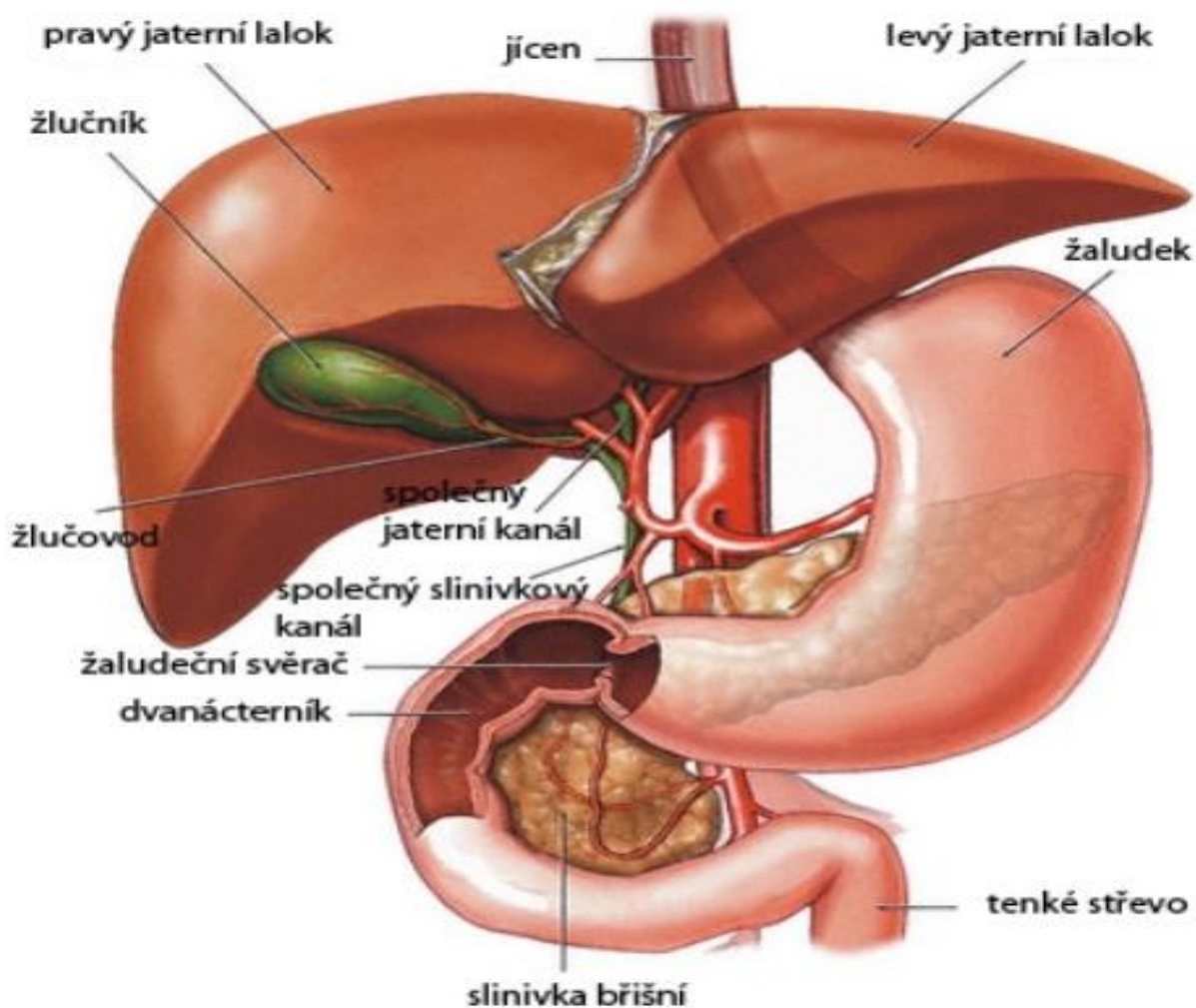
Obsah:

- **Co je slinivka břišní?**
- **Co je chronická pankreatitida?**
- **Jak chronická pankreatitida vzniká?**
- **Jak se chronická pankreatitida diagnostikuje?**
- **Jaké jsou komplikace chronické pankreatitidy?**
- **Jak se chronická pankreatitida léčí?**
- **Co můžete udělat vy?**
- **Stravovací doporučení na závěr**
- **Pamatujte!!!**

❖ Co je slinivka břišní?

Slinivka břišní je nepárová protáhlá žláza, kterou řadíme mezi orgány trávicí soustavy. Je uložena v břišní dutině mezi žaludkem a páteří. Slinivka je žláza dlouhá asi 15 cm jazykovitého tvaru a dělíme ji na tři části: hlavu, tělo a ocas.

Nejobjemnější částí slinivky je hlava, na kterou navazuje užší část, nazývaná tělo, která spojuje hlavu s konečným úsekem slinivky. Tím je ocas, který tvoří zúžený výběžek protažený doleva až ke slezině.



Slinivka břišní se skládá ze dvou tkání s odlišnými funkcemi. Část s vnitřní sekrecí, která je tvořena tzv. Langerhansovy ostrůvky, produkuje hormony, které přechází do krevního oběhu a tím do celého těla. Tyto hormony ovlivňují hladinu cukru v krvi, mezi nejznámější patří inzulin a glukagon. Dále slinivka břišní produkuje směs pankreatických enzymů, které podporují proces trávení a vstřebávání živin. Souhrnně je směs trávicích enzymů nazývána pankreatická tekutina a mezi nejvýznamnější trávicí enzymy patří amyláza, lipáza a proteázy. Ze slinivky je pankreatická tekutina odváděna vývodným systémem do sestupné části dvanáctníku, kde se setkává s tráveninou předzpracovanou již ve vyšších etážích trávicí soustavy a významně se podílí na jejím rozkladu na jednoduché látky schopné vstřebat se následně v dalších úsecích trávicího traktu. Slinivka břišní se označuje latinským názvem pancreas (pankreas), proto se zánět slinivky břišní obecně označuje jako pankreatitida. Podle časového průběhu rozdělujeme tyto záněty na akutní a chronické.

❖ Co je chronická pankreatitida?

Chronická pankreatitida je postižení pankreatu chronickým zánětlivým procesem, v jehož důsledku dochází ke změnám, které způsobují poruchu tvorby trávicích enzymů, sloužících ke zpracování cukrů, tuků a bílkovin. Mnohdy však vlivem destrukcí na tkáni žlázy dochází i k poškození tvorby hormonů, proto může být toto onemocnění doprovázeno vznikem diabetu (cukrovkou). Incidence chronické pankreatitidy, tj. počet nově diagnostikovaných nemocných během kalendářního roku přepočteno na 100 000 obyvatel, v současné době narůstá sice mírně, ale trvale. Celá řada studií navíc potvrdila, že chronická pankreatitida je významným rizikovým faktorem pro vznik karcinomu pankreatu s prevalencí 4 %, proto by měli být pacienti pravidelně sledováni v gastroenterologické ambulanci.

❖ Jak chronická pankreatitida vzniká?

Důvod vzniku chronické pankreatitidy je složitý proces. Mezi etiologicky nejvýznamnější faktor vzniku chronické pankreatitidy v dnešní době, zvláště v evropských státech patří nadměrná konzumace alkoholu, zvláště v součinnosti se špatnou životosprávou a kouřením. Alkoholická forma chronické pankreatitidy je v České republice prokázána více než u 70 % nemocných s abúzem alkoholu, kdy za rizikovou je u mužů uváděna dávka alkoholu nad 80,0 g/den a u žen dokonce 40 g/den při délce expozice 5 - 15 let.

Mezi ostatní etiologické faktory patří genetické vlivy, vrozené anomálie, některé infekce, stavy po akutní pankreatidě, metabolická onemocnění a obstrukce pankreatického systému.

Rizikové faktory a etiologie některých forem chronické pankreatitidy však stále nejsou zcela objasněny a některé se dokonce mohou překrývat.

❖ Jak se chronická pankreatitida projevuje?

Klinické příznaky jsou pestré a významně ovlivňují kvalitu života nemocných. Nejčastějším a nejvíce obtěžujícím příznakem bývá bolest, která se vyskytuje zhruba u 80-90 % všech nemocných, u zbývajících 10-20 % probíhá chronická pankreatitida jako nebolestivá forma. Bolest nemá charakter koliky, jedná se spíše o bolest tlakovou, která bývá často velmi intenzivní a stálá. Zvláště charakteristickým rysem je délka jejího trvání, kdy většinou trvá několik hodin, ale může se v různé intenzitě objevovat i po dobu několika dní. Bolest je lokalizovaná většinou především v oblasti pupku s propagací nejčastěji pod oba žeberní oblouky nebo směrem do páteře, ale někteří nemocní udávají difuzní bolest celého břicha včetně podbřišku.

Bolest bývá indukována jídlem a je tak intenzivní, že nemocní se často bojí jíst ze strachu z jejího vyvolání, proto dalším významným příznakem je váhový úbytek. Ten, však není způsobený jen sníženým příjmem potravy pro obavy z bolesti, ale souvisí i se sníženou produkcí pankreatických enzymů. V důsledku nedostatku trávicích enzymů jsou z potravy nedostatečně využívány tuky, bílkoviny a cukerné substráty.

V důsledku nadbytku nestrávených tuků se u nemocných s chronickou pankreatitidou objevuje i steatorea, označujeme tak objemnou zažloutlou, mastnou a silně páchnoucí stolicí s nestrávenými zbytky potravy. Časté jsou i zažívací obtíže jako říhání, nadýmání, nechutenství..

❖ Jak se chronická pankreatitida diagnostikuje?

Ke každé základní diagnostice patří podrobná anamnéza, fyzikální vyšetření a základní laboratorní screening. K dalším možnostem patří vyšetření enzymatické aktivity a testy zevně sekretorické kapacity.

Mezi nejdůležitější při diagnostice patří metody morfologického zobrazení, nejvíce dostupné a snadno opakovatelné je ultrazvukové vyšetření. Často bývá prováděno i CT vyšetření. Obě tato vyšetření jsou nebolestivá, proto se jich nemusíte bát. Dalšími možnostmi vyšetření je nukleárně magnetická cholangiopankreatikografie nebo endoskopická retrográdní cholangio-pankreatografie, tzv. vyšetření ERCP. Jde o endoskopickou metodu, kdy se zavede jícnem až do dvanáctníku ohebná trubice s kamerou a drobnými nástroji. Dále lze provést endoskopickou ultrasonografií a cílenou biopsii pankreatu

❖ Jak se chronická pankreatitida léčí?

Vzhledem k diagnostice chronické pankreatitidy až v pokročilejších stádiích choroby se v naprosté většině případů jedná pouze o léčbu symptomatickou. Ve většině případů se jedná především o terapii konzervativní, jejímž hlavním cílem je ovlivnění pankreatické bolesti a projevů poruch vstřebávání v souvislosti s nedostatkem enzymů. Při neúspěšné konzervativní léčbě či při výskytu komplikací se přistupuje v dalším průběhu k léčbě endoskopické či chirurgické.

Základem konzervativní terapie je dodržování dietních opatření především absolutní zákaz alkoholu v kombinaci s léčbou medikamentózní. Medikamentózní léčba zahrnuje podávání analgetik a podávání preparátů obsahujících pankreatické enzymy.

Šetřící dieta musí snižovat práci trávicího traktu, nezatěžovat trávicí trubici pasáží stravy a usnadňovat trávení. Základní dieta při chronické pankreatidě zahrnuje doporučení častějšího příjmu potravy v malých porcích s dostatečným příjmem bílkovin. Příjem cukrů je limitován jen v případě přítomné cukrovky, omezení se však týká tuků a to především živočišných, které nahrazujeme rostlinnými. Dieta upřednostňuje jídla vařená, dušená, pečená bez tuku v horkovzdušné troubě a na speciálním nádobí. Strava by měla být měkká a důležité je i důkladné rozkousání jídla, aby bylo lehce stravitelné. Doporučuje se také vyloučení jíšek a smetanových zálivek a platí naprostý zákaz konzumace alkoholu. Až u 50 % nemocných vede ke snížení intenzity bolesti prosté opatření plné abstinence alkoholu.

K endoskopické léčbě se přistupuje při řešení významné překážky bránící evakuaci pankreatického sekretu do dvanáctníku.

Chirurgické řešení chronické pankreatitidy spočívá za prvé v drenážních výkonech, které obnovují tok pankreatické šťávy do dvanáctníku a dále ve výkonech resekčních, kdy je resekována postižená část pankreatu. Nejčastější indikací k chirurgickému řešení

je především konzervativně nezvládnutelná progredující bolest, která nastupuje zejména po jídle a je doprovázená hubnutím.

❖ **Jaké jsou komplikace chronické pankreatitidy?**

Ke komplikacím chronické pankreatitidy řadíme pankreatické píštěle, pankreatický ascites, pankreatický cystoid, pankreatický absces či pankreatické pseudocysty. Mezi komplikace dále patří stenóza dvanáctníku nebo častější stenóza choledochu. K velmi závažným komplikacím řadíme trombózu lienální žíly a levostrannou portální hypertenzi, které vedou ke splenomegalii a rozvoji jícnových varixů. U nemocných s chronickou pankreatitidou je až 16krát vyšší riziko vzniku karcinomu pankreatu než u zdravé populace.

Nemoc sice nelze vyléčit, ale průběh chronické pankreatitidy můžeme příznivě ovlivnit

O závažné onemocnění s nepříznivou prognózou se jedná zejména u nemocných, kteří nedodrží dietní opatření, u těch progresse onemocnění může vyústit až do absolutní nefunkčnosti žlázy.

Přímou příčinou úmrtí je chronická pankreatitida u méně než 25 % nemocných. Mortalita spíše souvisí s následky kouření, s poškozeními způsobené zvýšenou konzumací alkoholu, cukrovky a karcinomu.

❖ Co můžete udělat vy?

- Úspěch léčby chronické pankreatitidy je především závislý na vás!
- Dodržujte léčebný režim a staňte se aktivním spoluúčastníkem procesu léčby. Pokud budete pouze pasivní příjemcem, nemůže mít léčba nikdy dostatečný efekt.
- Důležité informace ohledně léčebného režimu se dozvíte od lékaře i sester již během hospitalizace. Pokud něčemu nerozumíte či máte pochybnosti- PTEJTE SE!
- V případě zájmu je i možnost konzultace s dietní sestrou jak pro vás tak i vaše blízké.
- Po propuštění je dále třeba docházet k pravidelným kontrolám a užívat léky, které vám lékař naordinuje.
- Každé porušení léčebného režimu znamená zhoršení obtíží, zhoršování projevů nemoci, vznik a rozvoj komplikací a často vede k opakovaným hospitalizacím.
- Upravte svůj životní styl, dodržujte absolutní zákaz alkoholu, přestaňte nebo alespoň značně omezte kouření. Vyhněte se zbytečným stresovým situacím a psychické zátěži.

❖ Co je důležité?

- Upravte příjem tekutin, měl by být 2-3 litry denně. Přednost dávejte kvalitní vodě a bylinným čajům. Vhodné je například popíjení odvaru z heřmánku, třezalky a meduňky.
- Dodržujte zásady vyváženého jídelníčku, především se pravidelně stravujte. Dobrému trávení napomáhá i načasování jídla. Důležité je snídat a pak odvinout 4-5 porcí jídel s odstupy 2-3 hodiny do celého dne. Večeřte nejdéle 2-3 hodiny před spaním, nejlépe do 18-19 hodin.
- Musíte vyloučit přepalované tuky a potraviny, s velkým obsahem skrytých tuků a nadýmavé druhy zeleniny.
- Mezi vhodné úpravy jídla patří vaření, dušení, pečení v alobalu bez tuku.
- Podávaná strava musí být dobře upravená doměkka a ne příliš horká ani studená.
- Porce jídla nesmí být příliš velké, jídlo je třeba přijímat pomalu a řádně ho rozkousat.

❖ Stravovací doporučení na závěr

Co je třeba vyloučit?

cigarety

alkohol

uzeniny

ostré koření

solené arašídy

smažené a přepalované pokrmy

klasické majonézy a tatarské omáčky

Co je třeba omezit?

kávu

černý čaj

rafinovaný řepný cukr

živočišné tuky

❖ Co je nevhodné a co je vhodné?

❖ MASO

VHODNÉ: libové maso: králíci, kuřecí, krůtí, telecí, hovězí maso drůbeží šunka

NEVHODNÉ: tučné maso: husa, kachna, vepřový bůček, krkovice, masové konzervy, paštiky, nakládaná a marinovaná masa, uzené maso, jitrnice, jelita, prejt, klobásy

❖ RYBY

VHODNÉ: pstruh, štika, treska, filé

NEVHODNÉ: tučné uzené ryby- úhoř, kapr, makrela, sardinky v oleji, korýši, rybí konzervy, rybí saláty

❖ TUKY

VHODNÉ: pokrmy připravujte bez tuku, až do hotového jídla lze přidat malé množství másla či kvalitního rostlinného oleje

NEVHODNÉ: lůj, přepalované tuky, sádlo, slanina, majonéza, tučný dressing

❖ PEČIVO

VHODNÉ: starší bílé pečivo, housky, rohlíky, veka, starší chléb, netučná vánočka, piškot, bílkové pečivo

NEVHODNÉ: tmavé a celozrnné pečivo, černý žitný chléb, čerstvý chléb, lístkové a linecké těsto a pečivo z kynutého těsta

❖ MLÉČNÉ VÝROBKY

VHODNÉ:- nízkotučné jogurty, sýry, tvaroh, netučné mléko, tvarohové sýry -Lučina, termizované dezerty, pudinky, zakysané mléčné nápoje s nízkým obsahem tuku

NEVHODNÉ: tučné mléčné výrobky a mléko, smetana, šlehačka, pikantní zrající sýry, tučné sýry nad 45% tuku, mražené smetanové výrobky, tučný tvaroh

❖ PŘÍLOHY

VHODNÉ: brambory, bramborová kaše, těstoviny, rýže, krupicové noky, zemlové nekynuté knedlíky, jako zavářka do polévky jsou vhodné ovesné vločky, krupky, k zahuštění pokrmů lze použít pšeničnou mouku opraženou na sucho a dobře povařenou

NEVHODNÉ: kynutá těsta, luštěniny, smažené hranolky, opékané brambory na tuku, knedlíky kypřené droždím

❖ NÁPOJE

VHODNÉ: neperlivé nápoje -ovocný čaj, bylinné čaje, obilninová káva, ředěný džus a ovocné šťávy, nesycené minerální vody, mošty

NEVHODNÉ: alkoholické nápoje, sycené nápoje, nápoje s obsahem zrníček, silné kakao, silný čaj, zrnková káva

❖ ZELENINA

VHODNÉ: hlávkový a ledový salát, mrkev, červená řepa, dýně hokaido, špenát, brambory, celer, petržel, patison, čínské zelí, lépe stravitelná je zelenina vařená, lisovaná a jemně strouhaná

NEVHODNÉ: syrová zelenina, paprika, kapije, houby, cibule, česnek, květák, rajčata, brokolice, houby, kapusta, všechny druhy zelí, pór, ředkvičky, okurka, zelenina v oleji a octu, luštěniny- čočka, fazole, hrách, sója

❖ OVOCE

VHODNÉ: hlavně dobře vyzrálé ovoce, banány, oloupaná jablka, meruňky, broskve, nektarinky, třešně, višně, ovocné přesnídávky, rosoly, džusy, mošty

NEVHODNÉ: všechny druhy semen a ořechů, rybíz, ostružiny, maliny, datle, fíky, meloun, angrešt, reveň, jahody, borůvky, hroznové víno

❖ DOCHUCOVADLA A KOŘENÍ

VHODNÉ: k dochucení pokrmů lze používat zelené natě, kopr, pažitku, petrželku, majoránku, bazalku, kmín, vanilku, sůl, citronovou a pomerančovou šťávu a kůru, libeček, tymián

NEVHODNÉ: ostré koření- pepř, paprika, chilli, směsi na pečení, směsi na grilování, směsi do gulášů, kari, masox, magi, sójová a worcesterová omáčka, hořčice, bobkový list, ocet, instantní polévky

❖ **Pamatujte!!!**

- **Průběh onemocnění je především závislý na vás a na dodržování režimových opatření.**
- **Dietní režim by měl být založen na energeticky vydatné stravě bohaté na vitamíny, která je přijímána v malých, ale častých dávkách jídla a má snížený obsah tuku.**
- **Pravidelnou stravou a dodržováním dietních opatření je možné získat dostatek kalorií a bílkovin a tak zabránit váhovému úbytku.**
- **Dodržováním léčebných doporučení a užíváním léků předepsaných ošetřujícím lékařem lze zlepšit průběh onemocnění a zabránit vzniku a rozvoji komplikací.**
- **Najděte si čas na pravidelné kondiční cvičení a přiměřený odpočinek. Dbejte na zdravou výživu a nekuřte.**
- **Cennou podporou pro vás jistě budou vaši blízcí a ošetřující personál. Informace a inspiraci k vaření vhodných pokrmů můžete**

načerpat i v knižních publikacích věnujících se tomuto tématu, jsou to například tyto knihy: *Diety při onemocnění slinivky břišní* (Kučela, Starnovská), *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická* (Kohout, Lišková, Mengerová), *Kuchařka při onemocnění slinivky* (Milatová, Wohl), *Zdravá strava pro oslabenou slinivku* (Mokrá).

- Zajímavé recepty na pokrmy při onemocnění slinivky břišní zánětem lze dále najít na webových stránkách. Pro příklad uvádím adresy: www.dietologie.cz, www.varimezdrave.cz, www.vseprozdravi.cz



Vypracovala: Jana Skořepová, studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity jako výsledek bakalářské práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.

České Budějovice 2013

Seznam použitých zdrojů:

- ČEŠKA, Richard a kolektiv, 2010. *Interna*. Vydání 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423-0
- ČIHÁK, Radomír, 2002. *Anatomie 2*. Vydání 2. upravené a doplněné, revidovaný dotisk 2009. Praha: Grada. ISBN 80-247-0143-X.
- DÍTĚ, Petr, et al 2002. *Chronická pankreatitida*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3
- DÍTĚ, Petr a kolektiv, 2011 B. Chronická pankreatitida v roce 2011. *Vnitřní lékařství*. Ročník 57, č. 11, s. 891 - 896. ISSN 0042-773X
- DÍTĚ, Petr a kolektiv, 2011 C. Chronická pankreatitida. *Medicína pro praxi*. Ročník. 8, č. 11, s. 455 - 458. ISSN 1214-8687
- FÖLSCH, U. R. a kolektiv, 2003. *Patologická fyziologie*. Vydání. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0319-X.
- GROFOVÁ, Zuzana. Výživa u akutní a chronické pankreatitidy. *Medicína pro praxi*. 2008, č. 4, s. 179 - 180. ISSN 1214-8687
- KAŤUCHOVÁ, Jana a Josef RADOŇAK, 2011. Súčasnú možnosti chirurgickej liečby chronickej pankreatitidy. *Časopis lékařů českých*. Ročník 150, č. 7, s. 378 - 383. ISSN:0008-7235
- KOHOUT, Pavel, a kolektiv, 2007. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. Vydání 1. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-3-9.
- KRECHLER, Tomáš. Nemoci slinivky břišní. 2007. In: LUKÁŠ, Karel, a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie učebnice*. Vydání 1. Praha:Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.
- KUŽELA, Lubomír a Tamara, STARNOVSKÁ, 2005. *Diety při onemocnění slinivky břišní*. Vydání 1. Praha: MAC. ISBN 80-86783-07-3.
- MILATOVÁ, Růžena a WOHL Petr, 2011. *Kuchařka při onemocnění slinivky*. Vydání 1. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-143-2.
- PÁČ, Libor, 2002 Anatomie pankreatu. In DÍTĚ, Petr et al., *Chronická pankreatitida*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3
- RŮŽIČKA, Miloš a Drahomíra, KONEČNÁ, 2002, Chirurgická terapie. In DÍTĚ, Petr et al., *Chronická pankreatitida*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3
- ŠATROVÁ, Jiřina. Dietologie u nemocí trávicího traktu. In: LUKÁŠ, Karel, a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie učebnice*. 2007. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

- ŠPIČÁK, Julius, 2002, Pankreatická bolest. In DÍTĚ, Petr et al., *Chronická pankreatitida*. Vydání 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-148-3.