



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

## Edukace pacientů s pankreatitidou v oblasti režimových opatření

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:  
OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Bc. Markéta Slabová

**Vedoucí práce:** Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Edukace pacientů s pankreatitidou v oblasti režimových opatření* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13.8. 2018

.....

Bc. Markéta Slabová

## **Poděkování**

Velké poděkování patří mé vedoucí práce paní Mgr. Radce Šulistové, Ph.D. za její nesmírnou obětavost, trpělivost, užitečné rady a podporu při zpracování diplomové práce. Dále mé poděkování patří MUDr. Jaroslavu Antoníčkoví, za rady a připomínky k odborné lékařské a ošetrovatelské části této práce. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům a sestřám, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

# **Edukace pacientů s pankreatitidou v oblasti režimových opatření**

## **Abstrakt**

Cílem této práce je zjistit, jaký je současný stav edukace pacientů s pankreatitidou. Protože pankreatitida je velice závažné a čím dál rozšířenější onemocnění, je potřeba vědět, jak správně pacienty, kteří jím trpí, dostatečně a profesionálně edukovat. Protože je velký nedostatek informací, brožur a seminářů, touto prací vznikne brožura, která by měla dostatečně informovat a edukovat pacienty se zánětem slinivky břišní. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou.

Teoretická část obsahuje podrobné informace o zánětech slinivky břišní. Její příčiny, příznaky, diagnostika a léčba. Je zde uvedena také dieta, která má být dodržována a jak vypadá ošetrovatelská péče o takového pacienta. Dále je zde uvedeno, co je edukace a andragogika, jaké jsou jejich metody, formy či motivace.

Druhá, empirická část je věnována výzkumu. Na základě vytýčených cílů a výzkumných otázek je odpovězeno pomocí kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly uskutečněny v nemocnici Tábor a.s. a nemocnici České Budějovice. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující v uvedených nemocnicích a pacienti se zánětem slinivky břišní, ať už v akutní či chronické formě. Sběr dat byl prováděn v období února až března roku 2018.

Po uskutečnění rozhovorů a jejich zpracování v Microsoft Office Word byly vytvořeny identifikační údaje všeobecných sester a respondentů. Následně byla data shromážděná pomocí rozhovorů, analyzována, přiřazena do kategorií a následně zakódována.

Z analýzy dat vzešlo, že edukace pacientů s pankreatitidou probíhá nedostatečně, sestry nemají dostatečné edukační konstrukty ani čas na to, aby mohla být výuka provedena. Z výzkumu ale také vyšlo, že ačkoliv na ně všeobecné sestry neměly dostatek času, byly s edukací spokojeny.

### **Klíčová slova**

Zánět; slinivka břišní; edukace; výuka; andragogika; režimová opatření.

# **Educating patients with pancreatitis within regime measures**

## **Abstract**

The aim of this thesis is to find out what is the current situation of patients suffering from pancreatitis. Pancreatitis is a very serious and increasingly widespread illness, thus, it is important to know how to fully and professionally educate patients suffering from this illness. As there is a great lack of information, brochures and seminars, this thesis will make up a brochure informing and educating patients suffering from pancreatitis sufficiently. The thesis is divided into two parts, a theoretical and an empirical one.

The theoretical part contains detailed information about pancreas inflammation. Its causes, symptoms, diagnosis and treatment. There is also a sample diet that should be followed, and a description of nursing such types of patients. Further on, terms such as education and andragogy are explained, their methods, forms or motivation.

The second, empirical part is dedicated to research. Based on the set goals and research questions, answers are given via qualitative research via semi-structured interviews carried out in Tábor hospital and České Budějovice hospital. The research file consisted of general nurses working in the above-mentioned hospitals, and patients suffering from pancreatitis in either urgent or chronic form. Data was collected from February to March 2018.

Having carried out the interviews and their processing into Microsoft Office Word, identification data for general nurses was created, as well as for the respondents. Subsequently, data collected via interviews was analysed, categorized, and coded.

Data analysis has proven that educating patients suffering from pancreatitis is done insufficiently, nurses lack sufficient educational constructs as well as time devoted to education. Nevertheless, the research has also proven that although the nurses were lacking time, they were happy with the education.

## **Key Words**

Inflammation; Pancreas; Education; Andragogy; Regime Measures.

# Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Anatomie slinivky břišní a charakteristika jejího zánětu .....	9
1.2 Příčiny vzniku pankreatitidy .....	11
1.3 Diagnostika pankreatitidy .....	12
1.4 Léčebný režim a péče o pacienta s pankreatitidou .....	14
1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta s pankreatitidou.....	15
1.5.1 Dietní opatření pacientů trpící pankreatitidou.....	17
1.5.2 Využití některých aspektů koncepčního modelu dle Dorothy E. Oremové při péči o pacienta s pankreatitidou .....	19
1.6 Vzdělávací proces u pacientů s pankreatitidou .....	20
1.6.1 Andragogika pacientů s pankreatitidou a její motivace .....	21
1.6.2 Androdidaktika v ošetrovatelství, její metody a zásady.....	23
1.6.3 Základní kompetence andragoga při edukaci pacienta s pankreatitidou .....	25
1.6.4 Gerontagogika a další andragogické disciplíny v ošetrovatelství .....	26
1.6.5 Komunikace, nedílná součást edukace v ošetrovatelství.....	27
1.7 Pacientské organizace v zahraničí aneb dobrý příklad praxe pro Českou republiku ...	29
2 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy.....	30
2.1 Cíle práce .....	30
2.2 Výzkumné otázky .....	30
2.1.1 Výzkumné otázky zaměřené na všeobecnou sestru .....	30
2.1.2 Výzkumné otázky zaměřené na pacienta .....	30
3 Metodika .....	31
3.1 Metodika práce.....	31
3.2 Podmínky úspěšného rozhovoru .....	32
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4 Výsledky .....	34
4.1 Identifikace sester a probandů.....	34
4.2 Kategorizace dat sester.....	36
4.2.1 Průběh edukace .....	36
4.2.2 Metody edukace .....	38
4.2.3 Bariéry edukace.....	40
4.2.4 Úroveň zdravotní gramotnosti při edukaci.....	41
4.2.5 Etiologie a příznaky onemocnění z pohledu sestry .....	42

4.2.6	Motivace pacientů ke změně .....	43
4.3	Kategorizace dat probandů.....	44
4.3.1	Průběh edukace .....	44
4.3.2	Bariéry edukace.....	46
4.3.3	Úroveň zdravotní gramotnosti.....	48
4.3.4	Projevy onemocnění a těžkosti dodržování režimových opatření .....	49
4.4	Aplikace vytvořených výukových materiálů.....	50
4.4.1	Identifikace výzkumného souboru .....	51
4.4.2	Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření.....	52
5	Diskuse.....	58
6	Závěr .....	65
7	Seznam použitých zdrojů .....	67
8	Seznam tabulek a obrázků.....	75
9	Seznam příloh a obrázků.....	76
10	Seznam zkratk .....	81

## Úvod

Dnešní společnost je zatížena obsáhlým druhem civilizačních chorob. Velice dobře známe například obezitu nebo hypertenzi. Ale o onemocnění slinivky břišní například o pankreatitidě už naše lidská populace povědomí nemá. Je to jedno z nejzákeřnějších onemocnění, které se projevuje velice krutými bolestmi. Vzhledem k znalostem lidské populace a pacientů v nemocničních zařízeních bylo na místě vytvořit práci na téma Edukace pacientů s pankreatitidou v oblasti režimových opatření. Pankreatitida se stále rozšiřuje, ale lidé většinou neví, co to je, ani jak to vzniká. Proto nás zajímalo, jak probíhá taková edukace s pacientem, který trpí zánětem slinivky břišní. Chtěli bychom psát tuto práci pro pacienty s tímto onemocněním, trochu jim přiblížit problematiku a jaké jsou nejdůležitější požadavky režimových opatření. Chtěli bychom to psát také pro zdravotníky, aby věděli, jak proběhl výzkum, na co by si měli dávat pozor a na co by se měli nejvíce zaměřit. Slinivka břišní je pro nás nepostradatelným orgánem. Má své důležité funkce, jako je vylučování pro nás velice důležitých enzymů. Už jen toto tvrzení dokazuje, že bychom se měli zaměřit na záněty slinivky břišní, jejich rozpoznání a podání správné ošetrovatelské péče, a hlavně správné edukace. Velkým problémem je, že toto onemocnění se hodně opakuje, má časté recidivy. Je také pravda, že pacienti nechápou, v čem takové onemocnění spočívá. Cílem našeho výzkumu je zjistit jak od všeobecných sester, tak i od pacientů, jak probíhala a probíhá edukace, co by na ní změnili, na co by upozornili. K cíli docházíme pomocí výzkumných otázek, které byly pokládány oběma stranám v nemocničním zařízení. V teoretické části je pomocí odborné a prostudované literatury zachyceno, co je to za onemocnění, proč vzniká, jak ho léčíme a jak vypadá taková ošetrovatelská péče s tímto pacientem. Také jsme se v teoretické části zabývali, co je to edukace, andragogika, jaké jsou její metody, zásady a jak vypadají takové kompetence andragoga. Empirická část byla založena na již zmíněných výzkumných otázkách. Pomocí těchto rozhovorů byla vytvořena prezentace a pomocná vyučovací brožura, která byla předložena všeobecným sestrám a následně jimi zhodnocena. Sestra jakožto základní a nejdůležitější člen ošetrovatelského procesu, musí pacienty v takové edukaci podporovat, projevovat empatii, používat svou vzdělanost a inteligenci. Rádi bychom, aby tato práce byla přínosem pro další nemocniční zařízení, všeobecné sestry a pacienty trpící touto chorobou.



# 1 Současný stav

## 1.1 Anatomie slinivky břišní a charakteristika jejího zánětu

V naší práci se budeme zabývat problematikou zánětu slinivky břišní. V dnešní době se objevuje stále více pacientů s pankreatitidou. Zánět slinivky břišní je velice závažné onemocnění. Dle Slezákové et al. (2010) je toto onemocnění většinou náhlé a vždy ohrožuje pacienta na životě.

Následující stat' bude představovat, jak je slinivka břišní v těle uložena a proč je pro nás tak důležitá. Dle Dylevského (2009) je pankreas neboli slinivka břišní žláza, která vede do dvanácterníku, který se nachází v tenkém střevě. Do této části také ústí vývody žlučníku (žlučovody). Tato žláza je 15 cm dlouhá a 5 cm široká a může vážit až 80 gramů. Je uložena za žaludkem před páteří a je rozdělena na hlavu, tělo a ocas. Slinivka břišní má dvě hlavní funkce, což vypovídá o její stavbě. Je to žláza, která má vnitřní sekreci a vnější sekreci. Vnitřní neboli endogenní sekrece obsahuje Langenharsonovy ostrůvky, které se skládají jen z několika buněk. Pankreas obsahuje kolem 1,5 milionu ostrůvků. Nacházejí se nejčastěji v ocasu pankreatu. Ostrůvky se skládají z trámčů buněk a ty se skládají z trojího typu buněk, tedy A buňky, které vylučují hormon glukagon. B buňky tvoří hormon inzulin a D buňky tvoří gastrin a somatotropin (Dylevský, 2009).

Vnější neboli exokrinní část tvoří jemné vazivové pouzdro, což tvoří obal žlázy. Drobné lalůčky, které jsou zde umístěny, produkují pankreatickou šťávu. Tyto lalůčky ústí do jednoho společného vývodu, který se nazývá ductuspankreaticus major. Tento vývod ústí z ocasu přes tělo a hlavu slinivky břišní až do dvanácterníku. Pankreatická šťáva je čirá a velice zásaditá. Obsahuje enzymy, které štěpí potravu na tuky, cukry a bílkoviny. Tyto enzymy se nazývají trypsin, lipáza a amyláza (Slezáková et al, 2010).

Dle Kohouta et al. (2017) se pankreatické šťávy vytvoří až 3000 ml za 24 hodin. To ale také záleží, na denním příjmu potravy a také na hmotnosti člověka. Pankreatická šťáva se skládá z 97 % z vody a také z hydrogenuhličitanů, což jí dává tak zásaditý charakter, dále minerálů a bílkovin (Kohout et al., 2017).

Pankreas může postihnout onemocnění, jako je akutní či chronická pankreatitida nebo nádory pankreatu. Vyskytnout se mohou také úrazy pankreatu (Merkunová, 2008).

Pankreatitida nepostihuje jen svůj orgán, ale může postihnout i jiné orgánové struktury a způsobit tím multiorgánové selhání. Nemocný musí být stále nutričně

podporován. Toto onemocnění může vyústit až ve smrt nemocného. Zánět slinivky břišní může mít jak akutní, tak i chronický charakter (Vránová, 2013).

Při pankreatitidě se aktivují pankreatické enzymy. Protože jsou enzymy silně zásaditého charakteru, dojde samonatravení pankreatu. Pokud dojde jen k mírnému poškození, slinivka pouze zduří, dochází k otoku pankreatu. V horším případě dojde k nekrotizaci a krvácení slinivky břišní. Tomu odborníci říkají nekrotizující pankreatitida. Pankreatitidu rozdělujeme na akutní pankreatitidu a akutní exacerbaci chronické pankreatitidy. Pankreatitida může způsobit komplikace, jako je například oběhové selhání, akutní respirační selhání, ledvinové či jaterní selhání, metabolické poruchy, nekrózy pankreatu, diabetes mellitus či krvácení do trávicího ústrojí (Slezáková et al., 2010).

Lukáš (2005) uvádí, že se za rok v zemích Evropy a severní Ameriky udává 10-23 nových případů na 100 000 obyvatel. Toto onemocnění se vyskytuje častěji proto, že došlo k výrazným změnám ve výživě a způsobu života obyvatelstva. Jedná se také o velké množství konzumace alkoholu, vysoce kalorické potraviny s velkým obsahem živočišných tuků. Akutní pankreatitida může vyvíjet ve dvou formách, tedy v lehké a těžké formě. Lehkou formu prodělá 80 % pacientů s pankreatitidou. Tato forma dobře reaguje na konzervativní léčbu. Těžkou formu postihne až 20 % pacientů. Tato forma probíhá s velkými klinickými komplikacemi. Projevuje silnou bolestí břicha, kterou pacienti často lokalizují pod pupkem. Tato až šokující bolest může často vystřelovat do zad či žeber (Lukáš, 2005).

Dle Lukáše, Žáka et al. (2007) jde o nesnesitelnou bolest. Bolest se nejčastěji vyskytuje po požití alkoholu či po stravení nevhodného jídla. Často se tato bolest také objeví bez zjevné příčiny. Těžko se pro takovou bolest hledá úlevová poloha (Lukáš, Žák, et al., 2007).

Dalšími nejčastějšími příznaky, se kterými pacienti přichází k lékaři, jsou také nauzea, zvracení, nedostatečný nebo žádný odchod plynů. Z poslechu lékaře bývá nedostatečná peristaltika až „mrtvé ticho“. Pacient může přejít až do šokového stavu. Projevuje tachykardie (zrychlená činnost srdce), hypotenze (nízký krevní tlak), pocení, výjimečně horečka až 39 °C (Špičák et al., 2017).

V dutině břišní se může tvořit tekutina neboli ascites, což je známka poškození jater, žlučových cest nebo slinivky břišní. Také se může objevit hydrothorax, což znamená,

že se tekutina hromadí v hrudní dutině, což výrazně ztěžuje pacientovi dýchání (Lukáš, Žák et al., 2014).

V odborném španělském časopise *medicina intensiva* autoři článku klasifikovali pankreatitidu do čtyř bodů dle závažnosti. Prvním bodem a zároveň tím nejlehčím je mírná akutní pankreatitida, která je charakterizovaná absencí pankreatické nekrózy a selháváním orgánů. Druhým bodem je pankreatitida mírně akutní, která je již charakterizována přechodným selháváním orgánů. Třetí bod je nazván závažná akutní pankreatitida, která je charakterizovaná přítomností jakéhokoliv stupně pankreatické nekrózy a přetrvávající selhávání orgánů. Čtvrtým a zároveň posledním bodem je Kritická akutní pankreatitida, kde je přítomnost infikované nekrózy pankreatu a perzistující porucha orgánu (Maraví-Poma et al., 2013).

Chronická pankreatitida může mít úplně jiný průběh. Většinou se rozvíjí asymptomaticky s opakovanými bolestmi břicha, hubnutím a projevy ikteru tzn. zažloutnutí kůže a očních sklér. Také se u mnohých případů objeví diabetes mellitus (Pafko et al., 2008).

## **1.2 Příčiny vzniku pankreatitidy**

Dle demografické ročenky České republiky zemřelo na akutní pankreatitidu v roce 2016 153 mužů a 117 žen, z čehož 17 lidí v poměrně mladém věku (Demografická ročenka České republiky, 2016).

Příčiny pankreatitid nejsou doposud zcela objasněné, k onemocnění vede několik rizikových faktorů, které jej mohou způsobit. Nejčastější příčinou je však cholelitiáza, což znamená přítomnost konkrementů ve žlučníku. Této příčině se říká biliární pankreatitida. Další příčinou vzniku pankreatitid je konzumace alkoholu (Slezáková et al., 2010).

Zadák (2008) také uvádí, že příčinou pankreatitidy mohou být také iatrogenní vlivy. To znamená poškození pacienta zdravotníkem, nejčastěji při diagnostické metodě ERCP, což znamená endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (Zadák, 2008).

Další příčinou může být také stenóza Vaterské papily, čímž dochází k omezení průtoku pankreatických šťáv, a protože pankreatické šťávy jsou velmi zásadité, dojde k samonatrávení pankreatu (Slezáková et al., 2010).

Pankreatitidu mohou rozvinout některá bakteriální a virová onemocnění, například příušnice. Příčinou však mohou být také léky dráždící slinivku břišní, jako

jsou například diuretika, antibiotika, kortikoidy či hormonální léky. Díky těmto rizikovým faktorům je slinivka břišní ohrožena tím, že dojde opět k jejímu samonatravení tzv. autodigesci. Díky tomuto procesu dojde k aktivaci určitých buněk a enzymů, které způsobí, ischemii, tedy nedokrevnost nejen slinivky břišní, ale také okolních orgánů, jako jsou například ledviny a plíce. Tím může dojít k poškození i ostatních orgánů (Lukáš et al., 2005).

V tomto případě pacientovi hrozí MODS, což znamená Syndrom multiorgánové dysfunkce, které může přejít do MOF, což znamená syndrom multiorgánového selhání, které může končit jeho smrtí (Zadák, 2008).

Příčinou chronické pankreatitidy je hlavně alkoholismus, toxické vlivy, kouření, genetické vlivy apod. Příčinou mohou být také cévní změny, které následuje nekróza tkání jejich nedokrevností. V mnoha případech není příčina chronické pankreatitidy vyjasněna (Vránová, 2013).

### ***1.3 Diagnostika pankreatitidy***

Diagnostika akutní i chronické pankreatitidy je ve své podstatě stejná. Nejdůležitější při stanovení diagnózy je pro lékaře anamnéza a fyzikální vyšetření. Anamnézu odeberá lékař při prvním kontaktu s pacientem. Lékař se ptá pacienta, kdy jeho potíže začaly, co během minulých dní snědl, jaké jsou jeho stravovací návyky. Také se ho ptá, zda požívá alkohol a jak často. Ptá se na bolest, na její intenzitu, charakter i lokalitu a jaká je jeho úlevová poloha. Také stres může mít na jeho stav velký vliv. Ptá se také na rodinnou anamnézu, zda nějaký člen rodiny trpí tímto onemocněním. Dále se může zeptat na pracovní anamnézu (Špinar a Ludka, 2013).

Dalším z důležitých vyšetření je fyzikální vyšetření, pro toto onemocnění je nejdůležitější poslech, pohmat a poklep. Poslechově lékař slyší nejen změny v dýchání, ale také slyší peristaltiku střev. Pokud není moc výrazná nebo žádná, potom to může být známka onemocnění slinivky břišní. Dále je také používán poklep a pohmat. Pohmatem lékař zjišťuje citlivost a bolestivost břicha pacienta. Dále lékař vyšetřuje fyziologické funkce, jako je pulz či krevní tlak, vědomí a tělesná teplota (Slezáková et al., 2010).

Pacientovi musí být odebrána krev. Odebírá se krev na biochemické vyšetření, nejčastěji jaterní testy, které ukazují, zda se jedná o onemocnění žlučových cest, žlučníku či jater, minerály, dusíkaté látky ledvin, jako je urea a kreatinin. Také

se odebírají pankreatické enzymy jako lipáza, amyláza v séru a v moči a glykemie. Odebírá se celková bílkovina a albumin, což vypovídá o stavu výživy v těle (Špinar a Ludka, 2013).

Také se odebírá CRP nebo PCT, což jsou markery, které odhalují přítomnost zánětu v těle. Dále je odebírána krev na hematologii tedy krevní obraz. Zde bychom mohli vidět leukocytózu. V neposlední řadě je odebírána krev na hemokoagulaci, tedy na srážlivost krve, která může vypovídat o onemocnění jater, odebírá se INR a aPTT (Slezáková et al., 2010).

Důležité vyšetření je také ASTRUP, což je vyšetření acidobazické rovnováhy v těle. Je to základní vyšetření krve při respiračním selhávání, poruchách vnitřního prostředí, či poruchách ventilace. Toto vyšetření zobrazuje aktuální metabolický stav nemocného (Bartůněk et al., 2016).

Dalším postupem ve vyšetřování pankreatitidy, jsou zobrazovací metody. V gastroenterologii jich je celá řada. Ve vyšetřování pankreatitidy je však nejčastější sonografie a CT, které se provádí jako první, když pacient přijde s problémy k lékaři. Nevýhodou sonografické metody je plynatost pacienta typická pro pankreatitidu, což výrazně ztíží přehled lékaře (Pafko et al., 2008).

Principem CT vyšetření je 3D zobrazení orgánů. Při tomto vyšetření je klasicky podána intravenózně kontrastní látka. Tato metoda dokáže zcela spolehlivě odhalit pankreatitidu, v horším případě i nekrózy pankreatu. Také se pod CT kontrolou může udělat biopsie tkáně, jejímž principem je, že se jehlou odebere tkáň pankreatu na kultivaci a citlivost, aby lékař mohl zahájit léčbu nejvhodnějšími a nejúčinnějšími antibiotiky (Špičák, 2017).

Dále se využívá metoda ERCP, což znamená endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie, což velice napomáhá jak v diagnostice, tak i v léčbě pankreatitidy, jestliže je její příčinou zaklíněný konkremet ve Vaterské papile, pokud je podezření na biliární pankreatitidu. Dále se využívá klasický nativní RTG snímek (Lukáš et al., 2005).

Provádí se i tzv. perkutánní drenáž. Ta se provádí pod ultrazvukovou kontrolou. Tyto drény mohou odvádět z břišní dutiny řídký či kašovitý hnis. Pokud po této metodě nedojde ke zlepšení stavu pacienta, je nutnost uvážení chirurgického řešení (Schein a Rogers, 2011).

#### ***1.4 Léčebný režim a péče o pacienta s pankreatitidou***

Léčba akutní a chronické pankreatitidy se poněkud liší. Akutní pankreatitida svým průběhem výrazně ohrožuje pacienta na životě, tudíž musí být hospitalizován na jednotce intenzivní péče, kde se musí pacientovi měřit fyziologické funkce. Jako první se provádí konzervativní léčba. Pacient nesmí přijímat žádné tekutiny ani potravu, má tedy dietu tzv. Nic Per Os. Pacientovi bývá zavedena nazogastrická sonda, díky které je také možno odsávat žaludeční obsah (Slezáková et al., 2010).

Pacientovi může být také zaveden centrální žilní katetr, kterým je nejen vpravována parenterální výživa, ale také se pomocí něj měří centrální žilní tlak. Pacientovi se měří příjem a výdej tekutin. Příjem by měl činit okolo 5 až 15l a den. Proto je nutné při zahájení léčby vždy zajistit periferní žilní vstup. Centrální žilní vstup se zajišťuje teprve tehdy, kdy se stav jeví jako velmi závažný (Lukáš et al., 2005)

Pro kontrolování výdeje se vždy zavádí permanentní močový katetr. V léčbě je snaha přejít co nejdříve na enterální výživu nasojejunální sondou. Sondou, která vede až do jejunální části tenkého střeva (Kohout et al., 2017)

Podávají se širokospektrá antibiotika v infuzní podobě, také jsou podávána spasmolytika a analgetika s přísnou výjimkou morfinu a léky omezující sekreci pankreatických šťáv. Lékař průběžně kontroluje výsledky testů jak z krve, tak i moče. Protože pacient může mít potíže s dýcháním, je oxygenován kyslíkem. Pacient má klid na lůžku, proto jsou podávány léčiva proti tromboembolickým komplikacím. Důležité je předcházet orgánovým selháním a rozvoji šokového stavu (Slezáková et al., 2010).

Hlavní zásadou léčby je zavodnit pacienta a zajistit dostatečné prokrvení nitrobřišních orgánů, tím se zabrání rozvoji šokového stavu. Důležité také je, aby se zastavila aktivace enzymů slinivky břišní (Kohout et al., 2017).

Dalším postupem léčby může být endoskopická léčba. Endoskopická retrogradní cholangiopankretografie je metoda, jejímž způsobem se lze pomocí endoskopu dostat až k vaterské papile. Zde se může odstranit případný konkrement, který zabraňuje odtoku buďto žluče ze žlučových cest, nebo pankreatických šťáv z vývodu pankreatu. Může se tímto způsobem také vyřešit i stenóza vaterské papily, nebo se provede papilotomie (Karges a Dahouk, 2014).

Pankreatitidu lze řešit také chirurgicky, ale pouze u pacientů u těžších forem pankreatitidy při rozvíjení septického stavu. Provádí se cholecystektomie,

tzn. odstranění žlučníku. Dále se může provést drenáž žlučvodů. Může dojít k až nekrektomii, tzn. odstranění nekroz pankreatu, výplachy dutiny břišní, při které musí mít pacient zavedené drény do břišní dutiny. V nejhorším případě je provedena duodenopankreatektomie (Slezáková et al., 2010).

Léčba chronické pankreatitidy je závislá na absolutním zákazu požívání alkoholu, dále jsou to přísná dietní opatření, s omezením tuků a dostatkem bílkovin. Podávají se spasmolytika, analgetika a preparáty s obsahem pankreatické lipázy. Dále se provádí jako u akutní formy ERCP. Je možná i chirurgická léčba (Pafko et al., 2008).

V odborném článku časopisu *Journal of Hepato- Biliary- Pancreatic Sciences* uvádějí japonské směrnice pro léčbu akutní pankreatitidy. Na základě jejich výzkumu byly vytvořeny pokyny pro diagnostiku a léčbu akutní pankreatitidy. Podle jejich studií by při diagnóze akutní pankreatitidy měla být opakovaná posouzení závažnosti do 24 hodin. U pacientů se závažnou akutní pankreatitidou je nutné do 3 hodin po diagnóze posoudit přemístění do příslušného zdravotního zařízení. Do 3 hodin po diagnóze by měla být provedena laboratorní a zobrazovací vyšetření. U pankreatitidy vyvolané žlučovým kamenem by měla být zvažováno včasné vyšetření ERCP. Do 3 hodin po zahájení léčby by se mělo udělat kontrolní CT vyšetření s kontrastní látkou, která by měla naznačovat závažnost akutní pankreatitidy. Do 48 hodin by se měly dostatečně hradit a sledovat tekutiny, sledovat arteriální tlak a diastolický krevní tlak, který by měl být udržován do 65 mmHg. Je nutné kontrolovat bolest. Dále je nutné podávat širokospektrá antibiotika do 72 hodin od zahájení léčby. V případě nepřítomnosti peristaltiky by měla být do 48 hodin zahájena enterální výživa nasojejunální sondou. U pankreatitidy vyvolané cholecystolitiázou (zánětem žlučníku) by mělo být zvaženo provedení cholecystektomie po potlačení příznaků pankreatitidy. Tyto pokyny se zcela shodují s předchozí publikací (Yokoe et al., 2015).

### ***1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta s pankreatitidou***

V následující kapitole se zabýváme tím, na co se zaměřujeme při ošetrovatelské péči o pacienta s pankreatitidou. Pankreatitida je velice závažné onemocnění, proto je důležitá důsledná lékařská a ošetrovatelská péče u pacienta.

Pacient s pankreatitidou je hospitalizován v nemocničním zařízení. Pacient s akutní pankreatitidou je nejčastěji umístěn na jednotce intenzivní péče. Zde má pacient dietu

NPO tzn. Nic Per Os. Při požití jakékoli stravy by došlo ke stimulaci slinivky břišní, a tudíž by se rozvíjel dál zánět pankreatu (Slezáková et al., 2010).

Pacientovi je podávána infuzní terapie, kdy je nutné doplnit co nejvíce tekutin, tzv. objemová resuscitace. Při lehkém průběhu pankreatitidy by měla tato terapie postačit (Zadák, 2008).

Pokud se jedná o těžký průběh, je nutné, aby byla zavedena nasojejunální sonda, která vede tekutou výživu do tenkého střeva. Tato výživa pacientovi podávána 6 týdnů až 3 měsíce. Pacientovi se kontrolují hodnoty zánětlivých markerů, pokud se u něj neprojevují příznaky zánětu, může být propuštěn s enterální výživou do domácí péče. Po zklidnění zánětu, se pacientovi postupně podává strava ústy. Pokud jí pacient přijímá dobře bez bolestí, sonda může být vyjmuta. Dnes je ale v praxi tato metoda velice zřídka využívána (Kohout et al., 2017).

Dle studie, která byla uvedena v odborném časopisu *Gastrointestinal Surgery Journal*, 81 % pacientů, kteří měli během nemoci zavedeni nasojejunální sondu pocítili symptomatickou úlevu po 4 dnech. Po sedmi až deseti dnech byla sonda vyjmuta (Rana et al., 2015).

Je nutné sledování příjmu a výdeje tekutin neboli hodinové diurézy. Také se u pacienta měří a sleduje centrální žilní tlak. Základem je upravit vnitřní prostředí a předejít metabolickému rozvratu, vyloučit perorální příjem, zahájit parenterální výživu, předejít multiorgánovému selhání, léčit bolest a předcházet zvracením (Zadák, 2008).

Pacienti s chronickou pankreatitidou mívají nejčastěji bolesti a dochází k malnutrici, v důsledku horšího vstřebávání živin a průjmů nemocného. Pacient se léčí většinou dietou a substitučním podáváním pankreatických enzymů. Tomuto pacientovi se taktéž může zavést nasojejunální sonda, nebo se může provést perkutánní endoskopická gastrostomie, tzn. chirurgické zavedení sondy přímo do žaludku, kterou se podává výživa (Kohout et al., 2017).

Sestra provádí u pacienta ošetrovatelskou péči. Po přijetí uloží sestra pacienta na příslušné lůžko či pokoj. Pacient většinou zaujímá polohu úlevovou na boku a má absolutní klid na lůžku. Pro pankreatitidu je typické zvracení, proto sestra musí dát pacientovi emitní misku, kterou bude mít na dosah. Sestra sleduje bolest pacienta, fyziologické funkce, příjem a výdej tekutin, sleduje u pacienta, zda dodržuje dietu NPO. Sestra musí zajistit u pacienta dostatečnou hygienu, pokud pacient zvrací, provádíme



dostatečnou hygienu dutiny ústní. Sestra dbá na dostatečný odpočinek a spánek a podává léky dle ordinace lékaře. Sestra by měla pravidelně posuzovat hodnotu nutričního screeningu. Pokud má pacient nasogastrickou sondu, měla by sledovat množství a barvu sekrece tekutiny. Sestra také sleduje odchod plynů a stolice (Burda a Šolcová, 2016).

Příčinou pankreatitid je, jak už bylo výše uvedeno, chronický alkoholismus. Dle Hvozdovičové a Stolinské (2010) hrozí v případech odnětí alkoholu velmi často delirium tremens. Podle těchto autorek je tento stav doprovázen neklidem, třesem, velkým pocením, halucinacemi až agresivitou. Tento stav je důležité rozpoznat již v začátcích léčby. Proto se sleduje kvalitativní hodnocení vědomí. Hodnotíme stav deliria, kdy je pacient prostorově i časově dezorientovaný. Je často neklidný až agresivní. Na tento stav všeobecná sestra upozorňuje včas lékaře, který v častějších časových intervalech ordinuje benzodiazepiny či hypnotika. Také je důležité včasné užití omezovacích prostředků, pro prevenci sebepoškození pacienta či poškození zdravotnického personálu pacientem (Hvozdovičová a Stolinská, 2010; Špinar et al., 2013).

### ***1.5.1 Dietní opatření pacientů trpících pankreatitidou***

Správně dodržované dietní opatření je začátek k uzdravení pacienta. Základem této diety je zabránit stimulaci pankreatu a zabránit produkci pankreatických enzymů. Z počátku, jak je výše uvedeno, je pacient živen pouze parenterální či enterální výživou. Pokud dochází ke zklidnění zánětu, může pacient popíjet čaj po lžičkách. Velice nevhodný je silný černý čaj.

Pacient má ve své dietě přísné omezení tuků. Dieta přísně pankreatická dovoluje asi pouze 20 g tuku/den. Postupně po zaléčení akutní fáze dieta může dovolit maximálně 60 g tuku/den (Kohout a Kotrlíková, 2009).

Pokud došlo při akutní fázi k postižení vnitřní sekrece pankreatu, mohlo dojít k rozvoji onemocnění diabetu mellitu, tzn., že pacient by měl dodržovat také dietu diabetickou. Nedodržování této diety vede k nedostatečné výživě pacienta. Pokud pacient zvolí do svého jídelníčku nevhodnou potravinu, může dojít k okamžité recidivě onemocnění. V nemocniční péči jsou vhodná doporučení nutričních terapeutů (Kohout et al., 2017).

U pacientů s pankreatitidou jistě není vhodné jíst velké porce. Pacient by si měl stravu rozdělit do menších porcí nebo větší porci, která je rozdělena na celý den. Pokud pacient do svého jídelníčku přidává nové jídlo, je důležité, aby ho nezařazoval večer, protože by mohlo dojít k bolestivým problémům zejména v noci. Z důvodu omezení tuků by měl pacient zvolit jídla vařit, dusit nebo péct v alobalu bez tuku. Pacient by se měl vyvarovat konzumace alkoholu a omezit kouření. Dieta by měla zahrnovat dostatek tekutin. Denní příjem by měl činit kolem 3 litrů. Do jídel vhodných při konzumaci při pankreatitidě jistě patří ovoce. Ovoce by mělo být mechanicky upravené, oloupané. Nejvhodnější jsou jablka, banány, broskve či meruňky. Dále od jídelníčku patří zelenina. Zelenina se může jíst rozmražená, vždy do měkka upravená. Zelenina způsobuje nadýmání, proto je její množství omezeno. Pečivo lze konzumovat, ale ne teplé a čerstvé. Nejvhodnější je bílé pečivo. Dále je možné konzumovat rýži, brambory, či těstoviny. Z nápojů je nejvhodnější voda, slabý čaj, ovocné šťávy, či minerální vody, které nejsou sycené oxidem uhličitým. Jistě by jídlo nemělo obsahovat silné aroma a pikantní koření, které zvyšují sekreci kyseliny chlorovodíkové v žaludku (Vránová, 2013).

V odborném časopise *Nutrition in Clinical Practice* prováděli autoři výzkum se 60 respondenty s mírnou akutní pankreatitidou v oblasti výživy, kteří dostávali tekutou a mírně kašovitou stravu. Pacienti s výjimkou jednoho pacienta výživu dobře tolerovali a zkrátilo to podstatně dobu hospitalizace (Rajkumar, 2013).

V odborném časopisu *Gastroenterology Review* byl publikován odborníky výzkum v souvislosti se znalostí správné výživy pacienta s pankreatitidou. Výzkum zahrnoval 36 respondentů, trpící chronickou nebo akutní pankreatitidou. Respondenti byli rozděleni na 24 pacientů s chronickou pankreatitidou a 12 pacientů s akutní pankreatitidou. Výzkum byl proveden pomocí dotazníků. Tento průzkum dokázal, že 50 % lidí do 35 let nerespektuje dietní opatření nebo dodržují jen nějaká doporučení. Pouze 61 % respondentů vědělo, že dieta by neměla obsahovat žádné tuky a pouze 44 % respondentů vědělo o abstinenci alkoholu. Asi 80% lidí přiznalo, že mají dobré znalosti o nutriční výživě, při jejich onemocnění. Z výzkumu vyšlo, že pacienti mají teoretické znalosti o dodržování stravy, nedokáží je ale implementovat do praxe (Wlochal et al., 2015).

Nedostatek výzkumů souvisejícího s výživou a zánětem je pravděpodobně způsoben logistickými problémy vyplývajícími z metodologické složitosti spojené

se spojováním výživy, zánětu a rizika rakoviny. Ve snaze naplnit zřejmou metodologickou mezeru vyvinuli vědci z Programu prevence a kontroly rakoviny v Jižní Karolíně dietní zánětlivý index (DII), který lze použít v různých populacích, aby bylo možné předpovědět míru zánětlivých markerů spojených s dietou (Shivappa et al., 2014).

### ***1.5.2 Využití některých aspektů koncepčního modelu dle Dorothey E. Oremové při péči o pacienta s pankreatitidou***

Tuto část jsme věnovali modelu Dorothey Oremové, která se věnuje modelu sebepéče, který se nabízí využít u pacientů při onemocnění pankreatitidou, kdy pacient není schopen sám se o sebe postarat a v těchto činnostech je zcela odkázaný na sestru. Dorothea Elisabeth Oremová se narodila roku 1914 v Baltimoru v USA. Vyšla z předpokladů, že lidé mají vrozenou schopnost sebepéče, tedy postarat se sám o sebe. Někdy ale dochází v životě člověka k situacím, kdy se nároky na jeho samostatnost stále zvyšují. Její model poukazuje na to, že smyslem ošetřovatelství by mělo být uspokojování potřeb pacienta, zvyšování jeho sebepéče a poskytnutí pomoci těm, kteří nejsou sebepéči schopni provádět (Halmo, 2014).

Oremová sebepéči rozdělila do třech požadavků. První požadavek je požadavek univerzální, související se základními životními funkcemi a potřebami, do kterého například patří dostatečný a pravidelný příjem potravy, vody a vzduchu. U pacienta s pankreatitidou, hlavně pokud je hospitalizován na JIP, je tento požadavek velice důležitý, neboť deficit příjmu potravy a příjmu kyslíku je zde velmi aktuální, proto se u pacienta kontroluje příjem a výdej tekutin, má zavedenou nasogastrickou sondu a taktéž je oxygenován kyslíkem a kontinuálně je měřena saturace kyslíku. Další oblastí univerzálního požadavku, dále UP, je uspokojivá funkce vylučování moči, stolice a potu. U pacienta s pankreatitidou se pravidelně měří, jak už je výše uvedeno, příjem a výdej tekutin. Kontrolování výdeje tekutin je velice důležitý pro informaci o činnosti ledvin. Také je zde aktuální deficit vylučování stolice, pro pacienta může být taktéž nepříjemný nedostatek soukromí. Další oblastí UP je rovnoměrné rozložení činnosti a odpočinku. Velkým deficitem je nedostatek pohybu. Pacient s pankreatitidou má přísný klid na lůžku. Je potřeba tomuto pacientovi zajistit dostatečný klid a odpočinek. Další z UP je rovnováha mezi bezpečím, jistotou a hrozcím nebezpečím. Pacientovi schází potřeba jistoty a bezpečí. Hrozí zde riziko přechodu

pankreatitidy do chronicity nebo hrozící diabetes mellitus či karcinom pankreatu (Hrstková 2010; Plevová et al., 2011).

Dalším požadavkem je vývojový požadavek. Tento požadavek je spojený s vývojem organismu v různých životních fázích. Tento požadavek nijak neovlivňuje pacienta s pankreatitidou (Halmo, 2014).

Posledním požadavkem je terapeutický požadavek, dále TP, do kterého patří uvědomění si dyskomfortu a následků léčby, kdy pacient nemůže provádět aktivity, které doposud vykonával. Dále nemožnost zapojit se v dané situaci do pracovního procesu. V těchto chvílích pacient projevuje strach a uvědomuje si vlastní situaci a nutnost dodržování lékařských opatření. Dále do TP patří přijetí důsledků patologického stavu a naučení se s nimi žít. Pacient může projevovat strach, ale i akceptaci svého onemocnění (Hrstková, 2010; Plevová et al., 2011).

U pacienta s pankreatitidou identifikovat jsou některé ošetrovatelské problémy, které je možno klasifikovat do ošetrovatelských diagnóz. Jako například deficit sebeděže při stravování- 00102 v souvislosti se zavedením nasojejunální sondy projevující se podáváním speciální stravy nasojejunální sondou sestrou. Narušený obraz těla- 00118 v souvislosti s pobytem na lůžku a zavedením invazivních vstupů projevující se negativismem. Riziko nestabilní glykemie- 00179 v souvislosti s onemocněním. Neefektivní vzorec dýchání- 00032 v souvislosti s onemocněním a pobytem na lůžku, projevující se dušností a snížením monitorovaných hodnot kyslíku (Herdman a Kamitsuru, 2015).

Dalšími ošetrovatelskými diagnózami je také bolest, riziko infekce, riziko deficitu tělesných tekutin, riziko krvácivých projevů, nauzea, zvracení, nedostatečná výživa, riziko pádu a mnoho dalších (Orawská, 2011).

## ***1.6 Vzdělávací proces u pacientů s pankreatitidou***

Tato stať bude věnována vzdělávání v ošetrovatelském procesu pomocí edukace. V úvodní části se stručně seznámíme se základní terminologií edukační činnosti v ošetrovatelské péči a následně se budeme věnovat problematice vzdělávání dospělých pacientů, neboť právě námi zkoumaná problematika edukace pacientů s pankreatitidou se týká především dospělé populace. Právě výchova a vzdělávání pacientů, což edukace ve zdravotnictví má v ošetrovatelské praxi nezastupitelný význam, protože právě všeobecná sestra je jeden z hlavních ze subjektů edukačního procesu ve zdravotnictví.

Přesvědčení pacienta může silně ovlivnit zdravotní stav pacienta, proto je důležitá jejich cílená edukace (Gurková, 2017).

Proto mimo jiných rolí, role edukátorky ve vztahu k edukaci pacientů s pankreatitidou je nezastupitelná a klade vysoké nároky vzhledem k tomu, že musí komunikovat s lidmi, spolupracovat s ostatními kolegy v týmu, mít trpělivost, být spolehlivá, mít schopnost rozhodovat se, mít pozitivní vztah k lidem, ale hlavně cíleně edukovat daný problém. Aby mohla sestra edukovat pacienta, má také dostatek odborných znalostí a dovedností a umí plánovat a realizovat cíle edukace ohledně pacientovy situace (Juřeníková, 2010).

Dle Krátké (2016) sestra plní roli usměrňování, motivační, poradenskou, regulativní, kdy reaguje na dotazy pacientů, kontrolní a hodnotící, organizační a komunikační. Sestra působí na okolí v mnoha směrech. Edukuje nejen pacienta a jeho rodinu, také se podílí na edukaci veřejnosti, přednáškových programů a seminářů, připravuje edukační materiály, publikuje svoje poznatky a výzkumy v odborných publikacích či edukuje studenty zdravotnických škol, kteří se připravují na profesi sestry. Všeobecná sestra musí mít pro správnou edukaci určité předpoklady. Je obdařena osobnostními předpoklady, jako je empatie, tolerance, trpělivost a spolehlivost. Sestra je schopná navázat kontakt s edukantem a projevuje o něj určitý zájem. Pacient s pankreatitidou, který se bojí o své zdraví, co víc, o svůj život, je více klidný, pokud se svěří do rukou osoby s takovými předpoklady. Sestra také navazuje kontakt a určitou spolupráci s rodinnými příslušníky. Umí jednat nejen s individuálním člověkem, ale i s celou skupinou. Má schopnost plánování a zorganizování edukačního procesu, být kreativní a vyznat se v oboru psychologie (Krátká, 2016).

Pro edukaci a komunikaci s ní spojenou je důležitá zpětná vazba. Dle Crawforda et al. (2006) by zpětná vazba měla být konstruktivní nikoli destruktivní. Aby zpětná vazba byla účinná, musíme jednat s pacientem s velkou dávkou empatie. Je to nejlepší nástroj usnadňující změnu (Crawford et al., 2006).

### ***1.6.1 Andragogika pacientů s pankreatitidou a její motivace***

V této stati si nyní představíme jeden u oborů pedagogických věd, a tím je andragogika. Onemocnění pankreatu se týká především dospělé populace pacientů, z tohoto důvodu je toto téma pro sestru stěžejní.

*Andragogika je vědní studijní obor zaměřený na veškeré aspekty vzdělávání a učení se dospělých* (Beneš, 2014, s. 11). Andragogika se zaměřuje na konkrétní pomoc při řešení životních úkolů a na uspokojování vzdělávacích potřeb. Je to organizovaná a institucionalizovaná pomoc dospělému člověku. Výchova určitým způsobem ovlivňuje vychovávaného. Sleduje nějaké cíle, je odkázána na vychovatele, musí probíhat nějaká interakce a spolupráce mezi vychovatelem a vychovávaným (Beneš, 2014).

V odborném časopise *Pedagogická orientace*, Průcha (2010) uvádí, že se andragogika začala vyučovat poprvé v roce 1930 na Teachers College of Columbia University v New Yorku. Dnes je andragogika vyučována i v České republice na mnoha univerzitách, například na katedře andragogiky a personálního řízení Filozofické fakulty UK v Praze, na katedře sociologie a andragogiky Filozofické fakulty UP v Olomouci či na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze (Průcha, 2010).

Průcha a Veteška (2012) andragogiku dělí na tři skupiny: formální, neformální a informální vzdělávání. Při formálním vzdělávání probíhá výuka ve vzdělávacím zařízení. Zde je získáváno formální vzdělání. U neformálního vzdělávání je výuka vedena mimo vzdělávací systém. Tato forma vzdělávání se provádí ve zdravotnickém zařízení s pacienty. Jde také o celoživotní vzdělávání či vzdělávání seniorů. Informálním vzděláváním se nabývá zkušeností z každodenního života (Průcha a Veteška, 2012).

Nejdůležitější je pro člověka motivace k učení. Motivace určuje směr, jakým se chce člověk dát. Účast na dalším vzdělávání záleží na osobnostních charakteristikách člověka, jeho životních situacích, na okolí a společenských vztazích (Výrost a Slaměník, 2008).

Dle Vetešky (2016) dospělé jedince motivuje vidina profesního růstu, ekonomického zajištění, společenského prospěchu či splnění rozmanitých potřeb. V případě pacienta s pankreatitidou je největší motivací uzdravení se, aby nedocházelo k recidivám onemocnění a mohl plnit nadále své sociální role (Veteška, 2016).

Pacient ve své situaci prochází edukačním procesem, tzn. jakákoliv činnost, při níž se nemocný učí a zdravotnický pracovník ho vyučuje. Edukační proces probíhá v prostředí, ve kterém může všeobecná sestra vyučovat pacienta s pankreatitidou (Beneš, 2014).

### 1.6.2 Androdidaktika v ošetrovatelství, její metody a zásady

Androdidaktika je jedním z mnoha oborů andragogiky. Zabývá se problematikou vzdělávání dospělých, stanovuje si cíle a obsah vzdělávání. Tato stať je pro nás důležitá, protože pankreatitida se váže spíše k dospělým pacientům vedoucí nevhodný způsob života. Proto je důležité znát formy a metody andragogického přístupu a vedení těchto nemocných.

Je znám tzv. didaktický proces, zahrnující jakousi posloupnost, kterou by se měl andragog ve vyučování řídit. Jak uvádí Veteška, Vacínová et al. (2011) didaktika by měla zahrnovat cíl. *Cíl* je to, čeho chce andragog dosáhnout a co by měl splnit. Dále by měl zahrnovat *obsah*. Obsah je to, co chce andragog předat dál, své odborné vědomosti či dovednosti. Dále do procesu patří *lektor* - člověk, který vede výuku. *Účastník* je dalším aspektem didaktického procesu. Je to člověk, který se nechává vyučovat od lektora. A v neposlední řadě tohoto procesu jsou *didaktické prostředky*, které vedou k dosažení cíle. Jsou to vyučovací metody, formy apod. (Veteška, Vacínová et al., 2011).

Androdidaktika obsahuje různé metody ve vzdělávání dospělých. Při výchově a edukaci pacientů se nejčastěji používá metoda *výkladově ilustrativní*. Touto metodou dochází k předávání nových a složitějších informací. Dále je známa metoda *dialogická*. Tato metoda podporuje rozvoj samostatného myšlení, analýzu, řešení problémů a navrhování jejich řešení. V dialogu mohou probíhat otázky, argumentace apod. Dialogickou formou se nejčastěji rozumí rozhovor či diskuze. Další metodou, kterou lze u výuky pacientů použít je problémová metoda, dnes již moc nevyužívaná z důvodu neznalosti svého onemocnění (Veteška, 2016).

Čapek (2015) uvádí ve své knize mnoho didaktických metod. V případě pacientů by se jich několik mohlo využít. Např. metoda Generátor otázek, kdy pacient napíše na papír otázky, které ho k danému tématu či jeho onemocnění napadnou a sestra jakožto edukátor na ně bude odpovídat. Při edukaci pacienta lze využít také fotografické zpracování nebo filmové zpracování v podobě dokumentu. V poslední době se také hodně využívá metoda e-learning (Čapek, 2015).

E-learning je vzdělávací metoda s počítačovou technikou. Jsou to instrukce dodané na digitálním zařízení, které mají v úmyslu podporovat učení. Používá instrukční metody, jako jsou příklady z praxe či zpětná vazba. Jsou to tzv. kurzy, které mohou

být jednostranné či oboustranné. Díky e-learningu dochází ke komunikaci mezi studenty a pedagogy (Clark a Mayer, 2011).

Didaktické metody by měly splňovat svůj účel. Kuberová (2010) shrnula účel těchto metod do 11 bodů. První účel je *informativně nosný*. To znamená, že vyučovací metoda obsahuje všechny možné informace, aby se toho pacient co nejvíce dozvěděl. Dále je účel *formativně účinný*. Tato metoda rozvíjí poznávací procesy pacienta. Třetí účel je *výchovně účinný*, aby byla informace současně pedagogická. Další účel je *ekonomický*. To znamená, že by cíl měl být splněn v co nejkratším čase. Následující účel je *účel přirozený svým průběhem a výsledky*, je důležitý z toho důvodu, aby nemocný stačil pochopit dané učivo. Dalším účelem didaktických metod je *využitelnost v praxi* – pacient musí pochopit, čeho se má případně vyvarovat, aby nedocházelo k recidivám či komplikacím jeho onemocnění. Účel didaktických metod je *v souladu se systémem vědy a poznávání a je motivačně působivá*. Největší motivací musí být zaujetí pacienta (Kuberová, 2010).

Ve vzdělávání dospělých existují také určité zásady, které se musí nejen respektovat, ale i usměrňovat. Mezi tyto zásady patří např. *zásada zpětné vazby*. Tento princip stanovuje rovnováhu ve výuce. Při výuce pacienta je to velmi důležité, aby andragog věděl, zda nemocný situaci či svému problému rozumí. Dále se řadí *zásada přirozenosti*. To znamená, že by měla ve výuce panovat přirozená atmosféra, prostředí a metody výuky. *Zásada aktivity* znamená, že andragog podporuje edukanta (pacienta) v aktivitě (Veteška, 2016).

Zormanová (2014) uvádí také několik didaktických zásad. Například *zásada názornosti*- zdravotní sestra učí pacienta, jak si aplikovat inzulín, aktivně ho zapojuje a nabízí mu, aby jí to předvedl sám. Další zásada je *zásada vědeckosti*. To znamená, že se andragog vyjadřuje přiměřeně odborně. Pokud jde opět o pacienta, měla by sestra pacientovi odborné výrazy vždy vysvětlit. *Zásada soustavnosti a postupnosti* znamená, že andragog by měl logicky podávat informace, aby měly nějakou posloupnost, která na sebe navazuje. V *Zásadě trvalosti* si sestra ověřuje, zda pacient všemu porozuměl. *Zásada přístupnosti* znamená, že andragog respektuje inteligenci, vzdělání či věkové kategorie posluchačů. Poslední zásadou je *zásada individuálního přístupu*. Andragog by si měl uvědomit, zda je vhodné pracovat s malými skupinami či se samotnými jedinci (Zormanová, 2014).



### ***1.6.3 Základní kompetence andragoga při edukaci pacienta s pankreatitidou***

V této části se zabýváme kompetencemi andragogů, v našem případě všeobecných sester. Sestra musí být zcela kompetentní, aby mohla vyučovat pacienty. V této stati se dozvíme, co takové kompetence obsahují.

*Kompetence jsou definovány jako kombinace schopností, znalostí, dovedností a postojů, jež všichni potřebujeme ke svému osobnímu naplnění a rozvoji, aktivnímu občanství, sociálnímu začlenění a k uplatnění v pracovním životě* (Havlíčková a Žárská, 2012, s. 9).

Dospělý člověk může vychovávat na základě kompetencí metodických, sociálních nebo odborných. Metodické kompetence zahrnují schopnosti vyhledávat a zpracovávat informace, schopnost logicky uvažovat a řešit problémy. Sociální kompetence zaručují umění zvládnout sociální interakce, řešení konfliktů či komunikační strategie. Odborné kompetence jsou například kompetence získané při výkonu pracovní činnosti, všeobecné či odborné vzdělání apod. (Veteška, 2010).

Odborné kompetence se dále dělí na specifické a odborné kompetence obecné, které obsahují například znalost cizích jazyků, či řízení auta, v ošetrovatelství a při edukaci pacientů jsou také podstatné, pokud edukujeme pacienta cizince. V neposlední řadě jsou kompetence měkké, které jsou založeny na schopnostech sestry, jako je pohotovost, srozumitelnost, přesvědčivost a podobně. Měkké kompetence člověk získává učním se a ze zkušeností. Jsou plně využitelné při práci s pacientem, k efektivní komunikaci, k uspokojování klientských potřeb, k samostatnosti, k řešení problému apod. Kompetence obsahují schopnosti, jako jsou například komunikace v mateřském jazyce, komunikace v cizích jazycích, matematická schopnost, schopnost práce s digitálními technologiemi, schopnost učit se, sociální a občanské schopnosti či smysl pro iniciativu a podnikavost (Havlíčková a Žárská, 2012).

Pro kompetentního člověka je důležité nejen vědět informace o daném problému, ale také musí znát, jak se získávají informace o problému, zda jsou to zkušenosti, dovednosti, nabývání znalostí apod. Také je důležité znát, proč musí být člověk informovaný. V neposlední řadě je důležité, kdo se může zapojit a spolupracovat. Kdo má již nějaké informace nebo zkušenosti o daném problému. Každý lektor by měl mít sociální kompetence, kompetence ve vztahu k vlastní osobě, schopnost sám sebe posoudit či být schopný pracovat v týmu. Pro všeobecné sestry jsou tyto kompetence nezbytné (Veteška a Tureckiová, 2008).

Průcha a Veteška (2014) ve své knize píše o kompetencích, které se mohou implementovat také do ošetrovatelské praxe, jako jsou znalosti, povahové rysy, postoje, dovednosti, zkušenosti, kompetence technické, digitálně technologické či kompetence v jednání s lidmi (Průcha a Veteška, 2014).

Dle Mužíka (2011) kompetence lektora obsahují sebe prezentaci, odbornost a zájem o problematiku, umění předávat znalosti, znalost aplikace didaktických metod, umění zpětné vazby, první dojem a komunikativní schopnosti, což je základem kompetencí všeobecné sestry ve zdravotnictví (Mužík, 2011).

#### ***1.6.4 Gerontagogika a další andragogické disciplíny v ošetrovatelství***

V této práci píšeme o gerontagogice, protože polovinu pacientů staršího věku postihne právě onemocnění pankreatitidou. V praxi víme, že právě pacienty staršího až důchodového věku musí sestra důrazně edukovat a poučit, jak má vypadat správný životní styl s tímto onemocněním.

Gerontagogiku lze také chápat, jako vzdělávání odborníků, kteří se seniory pracují v sociálním či zdravotnickém zařízení. Vzdělávání a aktivizace seniorů je důležitá nejen po odchodu do důchodu, ale i v čase před ním. Tím se připravují na budoucí každodenní překážky. Před odchodem do důchodu, se pak lépe přizpůsobí jejich situaci po něm. Lépe se začleňují do společnosti a mají pocit sebevědomí a důstojnosti (Veteška, 2016).

Veteška a Vacínová (2011) uvádějí cíle edukace seniorů. Edukace by měla sloužit k obohacení života seniorů, usnadnit přizpůsobení se na způsob jejich života, udržet si tělesnou i psychickou aktivitu a snadněji se orientovat v dnešním moderním světě (Veteška a Vacínová, 2011).

Beneš (2008) popisuje funkce vzdělávání seniorů. *Všeobecně vzdělávací funkce* obsahují základní informace a poznatky. *Kulturně-umělecké* rozvíjejí osobnost seniora. *Poradenské* učí seniory udržovat si sociální vztahy a umožňují psychicky se rozvíjet. Dále jsou to funkce *zdravotní*, které seniora učí prevenci nemocí a udržování zdraví. A v neposlední řadě funkci *právní* (Beneš, 2008).

Veteška (2016) popisuje funkce vzdělávání seniorů poněkud jinak. Popisuje funkci *preventivní*, která zajišťuje správný průběh stárnutí. Funkci *anticipační*, která zajišťuje připravenost dospělého na změnu po odchodu do důchodu. Dále popisuje funkci *rehabilitační*, která by měla udržovat fyzické a psychické síly. Posilovací funkce by měla seniora rozvíjet v souvislosti zájmů, kultury nebo jeho aktivit (Veteška, 2016).

Špatenková a Smékalová (2015) popisují funkce edukace seniorů stejně jako Veteška (2016): preventivní, anticipační, rehabilitační a posilovací. Také tyto dvě autorky uvádí, že senioři se mohou vzdělávat díky preventivně- edukačním programům, sociálně- edukačním aktivitám, či pomocí institucionalizovaným vzděláváním. Institucionalizované vzdělávání pro seniory se rozumí např. Univerzita třetího věku. Edukace seniorů ve zdravotnictví má za cíl hlavně udržení a navrácení zdraví, zachování soběstačnosti a nezávislosti (Špatenková a Smékalová, 2015).

Další andragogickou disciplínou, jako je gerontagogika, je andragogická sociologie, která se od gerontagogiky liší tím, že andragogická sociologie se zabývá vyučování mládeže, zkoumá sociální prostředí a sociální struktury ve vzdělávání dospělých (Průcha a Veteška, 2012).

Další andragogickou disciplínou je andragogická diagnostika, která zkoumá úroveň edukačního stavu. Zkoumá, jaké možnosti má člověk ve svém rozvoji a klade důraz na dosažení předem stanovených cílů. V neposlední řadě je známa také andragogická psychologie, která spíše napomáhá andragogům, aby zvolili vhodné didaktické metody, pomůcky a techniky při určování cílů ve vyučování dospělých. Zkoumá psychickou stránku a osobnost dospělého ve vzdělávacím procesu (Veteška, 2016).

#### ***1.6.5 Komunikace, nedílná součást edukace v ošetrovatelství***

Tato podkapitola bude věnována komunikaci, která je nezbytností, pokud chceme vyučovat jakéhokoliv pacienta, v našem případě pacienta s pankreatitidou. Komunikace je jedna z lidských důležitých potřeb člověka a v praxi se s ní neustále setkáváme. Při edukaci můžeme uměním komunikace pomoci pacientům nasloucháním, vcítěním se a empatií.

Komunikace ve zdravotnictví vyžaduje vztah důvěry, který udržuje dlouhodobý vztah s poskytováním informací či poradenstvím ohledně zdraví a zdravotního stavu. Protože pacient není odborník, musí být sestry citlivé v poskytování podpory a některých rad (Webb, 2011).

Janáčková a Weiss (2008) popisují několik přístupů k pacientům. Jedná se o *Lékařský přístup*, který se zaměřuje spíše na danou chorobu a diagnózu. Následující determinant se nazývá *sociologický přístup*, který definuje vztahy mezi lékařem a pacientem. Jejich chování dle autorů určují hodnoty a normy, které je vybízí, aby jednali a chovali se dle patřičných pravidel. Další je *antropologický přístup*, který

chápe, že nemoc ovlivňuje pacienta nejen po stránce fyzické, ale také po stránce psychické. Ovlivňuje jeho chování, reakce a vztah k nemoci. Pacient si většinou pokládá otázky, typu: Co se stalo? Proč se to stalo? Proč mně? Proč teď? S tím pacient právě přichází do nemocnice a sestra edukátorka by měla být na takovéto otázky připravená. Popisují také sociálně psychologický přístup (Janáčková a Weiss, 2008).

Pokud všeobecná sestra chce edukovat, musí umět také naslouchat. Aktivní naslouchání je děj, který vychází z osobní komunikace. Zdravotník emočně a behaviorálně poslouchá, aby mohl dát pacientovi zpětnou vazbu. Projevuje své city, neverbálně i verbálně povzbuzuje vyprávěcího, a postupně se vcítí do pacientovy situace. S nasloucháním se vzbuzuje respekt a důvěra k tomu druhému (Beran, et al., 2010).

Principem komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je hlavně dosáhnout spolupráce. Řádnou spoluprací si u pacienta vybudujeme důvěru a takový pocit pohody, kdy nám vylíčí své problémy. U edukace pacientů s pankreatitidou však jeho problémy už sestra zná. Mohou zde být však faktory, které k onemocnění vedly, proto nám pacient podrobně vylíčí svůj problém. Tím, že se pacient zdravotníkovi svěřil, si vybuduje pocit jistoty a bezpečí a může mu důvěřovat ohledně rad, které pacientovi bude poskytovat. Sestra musí pacienta správně a dostatečně informovat, vytvořit ke komunikaci vhodné podmínky, dbát na spolupráci s pacientem a dodržovat zásady nejen verbální, ale i neverbální komunikace (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

V komunikaci mezi sestrou a pacientem mohou vzniknout i překážky. Může to být překážka jazyková, intelektová, fyziologická nebo ve formě bezobsažné komunikace. Stává se, že pacient nemusí chtít se sestrou komunikovat nebo nebude moci komunikovat. V těchto případech by sestra měla být připravená a edukační proces si připravit tak, aby vyhovoval nejen pacientovi, ale také jí (Zacharová, 2016).

Dle Tóthové et al. (2014) se zdravotní sestra při edukaci s pacientem musí zaměřit na hlavní zásady při komunikaci. Sestra by se měla zaměřit především na hlavní problém pacienta. Měla by mluvit o jeho silných stránkách a pozitivních dovednostech. Před edukací si pacient s edukátorkou stanoví určitá pravidla a řídí se dle nich. Pokusí se pacienta spojit s dalšími, kteří mají stejný problém. Sestra posoudí emoční stav pacienta. Edukátorka vyjmenuje možnosti, které by pomohly vést k pacientovu problému (Tóthová et al., 2014).

### ***1.7 Pacientské organizace v zahraničí aneb dobrý příklad praxe pro Českou republiku***

V souvislosti s danou problematikou se v této stati zabýváme, jak pacientovi pomoci s přispěním pacientských organizací. V České republice neexistují žádné pacientské organizace pro pacienty s pankreatitidou.

Je však organizace sídlící v Německu, která se jmenuje Pracovní skupina pro pacienty s onemocněním pankreatu založená v roce 1976 v Heidelbergu. Je to svépomocná skupina, která pracuje s pacienty, které postihl karcinom pankreatu, cystické nádory pankreatu či pankreatitidy. Tato organizace pomáhá pacientům v podpoře zdraví a rehabilitaci neoperabilních chorob slinivky břišní. Organizace poskytuje aktuální informace o chorobách pankreatu v úzké spolupráci s lékaři a profesními organizacemi. Je to výjimečná příležitost pro výměnu zkušeností postižených pacientů či příbuzných. Podle jejich hesla pomáhat svépomocí lze nejen přežít, ale i zlepšit kvalitu života. Je třeba dále rozvíjet pomoc a léčit pacienty s onemocněním pankreatu, což vyžaduje intenzivní práci a výzkum. Tato organizace má více než 1300 členů. Tento program je financován veřejnými dary, veřejným financováním, jako je zdravotní pojišťovna, členskými příspěvky a společností Krebshilfe (AdP e.V. Bauchspeicheldrüsenerkrankte).

Další organizace je známa v Holandsku, tedy Alvleeskliervereniging Nederland. Tato asociace se zabývá zájmy pacientů s poruchami slinivky břišní. Byla založena v roce 1997 z naléhavé potřeby partnerů spolupracovat při společné výměně informací a poskytování informací. Sdružení poskytuje členům informace o akutní a chronické pankreatitidě a nádorech pankreatu. Sdružení stimuluje lékařský vědecký výzkum v oblasti původu, prevence, kontroly a řízení problémů pankreatu v nejširším slova smyslu. Sdružení se snaží dosáhnout cíle, jako je dostupnost informací v brožurách, časopisech či internetových stránkách. Dále spolupracuje s ostatními organizacemi či organizování schůzí a jiných činností (Alvleeskliervereniging Nederland).

## **2 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit, jaké jsou nejčastější chyby v rámci režimových opatření u pacientů s pankreatitidou.

Cíl 2: Zmapovat, jak probíhá edukace pacientů s pankreatitidou v oblasti režimových opatření.

Cíl 3: Zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti u pacientů s pankreatitidou.

Cíl 4: Zmapovat, jak sestry edukují pacienty o jejich onemocnění a režimových opatření.

### **2.2 Výzkumné otázky**

#### **2.1.1 Výzkumné otázky zaměřené na všeobecnou sestru**

VO1: Co pacientům dělá největší problém v plnění režimových opatřeních, ohledně pankreatitidy a kolik mají informací?

VO 2: Jak sestry hodnotí průběh edukace pacientů s pankreatitidou v oblasti režimových opatření?

VO3: Jaké metody edukace používá sestra v přímé edukaci s pacientem?

VO 4: Jaké změny by sestry aplikovaly při edukaci?

#### **2.1.2 Výzkumné otázky zaměřené na pacienta**

VO 5: Jak pacienti hodnotí průběh edukace se sestrou v oblasti režimových opatření?

VO 6: Jaká je úroveň zdravotní gramotnosti pacientů s pankreatitidou v oblasti režimových opatření?

VO 7: Jaké nejčastější bariéry pocítují pacienti i sestra při edukaci?

VO 8: Co by pacienti změnili při edukaci se sestrou?

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika práce

Cílem diplomové práce bylo zmapovat průběh edukace pacientů s pankreatitidou jak z pohledu pacienta, tak i z pohledu sestry, zjištění, zda pacienti mají nějaké znalosti o svém onemocnění, jak probíhá jejich edukace, a zda dodržují ta správná režimová opatření. Pro zpracování praktické části práce, byla zvolena kombinace kvalitativního šetření, které probíhalo v průběhu měsíce leden-březen 2018 na chirurgickém a gastroenterologickém oddělení a na chirurgickém a interním oddělení ve dvou jihočeských nemocnicích. Výzkumná část byla zaměřena na zmapování cílů dané problematiky a problematiky edukace pacientů s pankreatitidou. Probandům byly pokládány otevřené otázky, pomocí polostrukturovaného rozhovoru (viz. Příloha 1. a 2.) (Bártlová et al., 2009).

Pořadí otázek se s rozvíjením rozhovorů stále měnilo. Probandi byli tázáni, jak probíhá edukace s všeobecnou sestrou, a všeobecné sestry byly tázány, jak edukují pacienty s pankreatitidou, jaké mají zkušenosti se zpětnou vazbou. Po ústním souhlasu probandů se uskutečnily rozhovory, které byly ručně zaznamenány a poté důkladně přepsány do programu Microsoft Office Word (Kutnohorská, 2009).

Výzkum byl proveden na základě písemné žádosti a následně souhlasu hlavních sester uvedených nemocnic. Rozhovor s pacienty byl proveden na místě jim příjemným, většinou někde v soukromí. V rámci šetření byla také oslovena patientská organizace v Heidelbergu v německé spolkové zemi Bádensko-Württembersko, ale podle GDPR nařízení (nařízení EU o ochraně osobních údajů) zde nebylo šetření umožněno (Bártlová et al., 2009).

Zpracované informace jsme uspořádali a analyzovali do kategorizačních schémat pomocí otevřeného kódování. Na základě provedeného výzkumu byly vytvořeny materiály, které byly předloženy sestrám, taktéž z jihočeské nemocnice, které mohly sdělit, zda by tento materiál využívaly. Tato aplikace dat se nejvíce používá ve výzkumech medicínských a sociálně psychologických (Hendl, 2016).

### **3.2 Podmínky úspěšného rozhovoru**

Pro výzkumnou část jsme si vybrali metodu kvalitativního výzkumu pomocí rozhovorů, protože právě rozhovor nám umožní více nahlédnout do probandovy duše. Rozpoznáme, zda mluví pravdu nebo nás chce oklamat.

Rozhovor zahrnuje verbální komunikaci mezi výzkumným pracovníkem a subjektem, během něhož jsou informace poskytovány výzkumnému pracovníkovi. Během strukturovaných rozhovorů, výzkumník používá strategie pro kontrolu obsahu rozhovoru. Otázky, které badatel pokládá, jsou navrženy jím samotným před zahájením sběru dat (Burns, Grove, Gray, 2015).

Rozhovor byl veden na základě předem připravených otázek, které se mohly během dialogu měnit, doplňovat nebo některé úplně vyřadit. Rozhovor byl natolik dlouhý, aby nesnižoval pozornost probanda. Otázky se vztahovaly ke zkoumanému problému. Brali jsme ohled na inteligenci či současné psychické rozpoložení probanda. Aby rozhovor dával smysl, musely na sebe otázky navazovat. Vysvětlili jsme účel rozhovoru, aby mu proband porozuměl a věděl tak, za jakým účelem se bude rozhovor provádět (Bártlová et al., 2009).

Museli jsme si uvědomit, jaký smysl, význam a cíl, má náš výzkum a podle toho promyslet otázky, abychom se probandů citově nedotkli. Pokud proband něčemu nerozuměl, měli jsme připravené příklady, které byly uvedeny. Závěrem jsme uzavřeli téma s poděkováním a důstojně se s ním rozloučili (Kutnohorská, 2009).

Parahoo (2014) ve své knize uvádí, že existuje možnost, že názory respondentů mohou být nesprávně zastoupeny. To je důvod, proč jsme se vraceli k probandům, abychom si ověřili jejich interpretaci toho, co již bylo řečeno. Může se stát, že se tazatelé vrátí k těm, kteří jsou pohostinnější a citově vnímavější a vyhýbají se těm spíše kontroverzním. Toho jsme se snažili vyvarovat (Parahoo, 2014).

Při rozhovoru jsme využili otázky, které se týkají zkušeností, názorů, pocitů, znalostí, vztahující se k vnímání apod. Při těchto rozhovorech bylo výhodou, že jsme si mohli všimnout pocitů a neverbálních projevů probanda. Odhadli jsme tak, jakou zkušenost pacient s danou situací má (Bártlová et al., 2009).

### **3.3 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na chirurgickém, interním a gastroenterologickém oddělení a pacienti trpící akutní či chronickou pankreatitidou.



Byly osloveny sestry z nemocnice Tábor a.s. a nemocnice České Budějovice a.s. Celkem bylo osloveno patnáct všeobecných sester, z čehož rozhovor poskytlo osm z nich. Všeobecným sestřám byly kladeny otázky ohledně edukace. Jak probíhá, co by změnily, jak ji hodnotí, či jaké jsou největší bariéry v oblasti edukace pacienta s pankreatitidou (Kutnohorská, 2009).

Druhý výzkumný soubor tvořili respondenti, jichž se týká onemocnění slinivky břišní. Bylo osloveno deset pacientů, z nichž šest rozhovor poskytl. Otázky byly zaměřené na to, jak hodnotí pacienti průběh edukace se zdravotní sestrou, co se od nich naučili, zda dodržují jejich pokyny a zda vůbec mají nějaké informace o jejich onemocnění. (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008).

Pro přehlednost byli respondenti dotazováni ohledně identifikačních znaků, jako je pohlaví, věk, délka onemocnění a forma onemocnění. Sestry byly dotazovány na délku praxe, vzdělání a pracoviště, na kterém působí. Tyto informace byly zpracovány do souhrnných tabulek (viz Tabulka 1 a 2). Pro větší přehlednost byli sestry značeni do výsledků S1 až S8 (sestra) a pacienti s onemocněním slinivky břišní jsou označeni R1 až R6. Rozhovory probíhaly nejdříve oslovením a poté vysvětlením, čeho se daný výzkum bude týkat. Rozhovory probíhaly na místech příjemných pro sestry i respondenty. Všichni byli obeznámeni, že rozhovor je zcela anonymní a souhlasili s uveřejněním informací do diplomové práce. Pro zachování anonymity byly použity znaky R a S. Poté došlo k doslovnému opisu dat, jejich opakovanému prostudování a poté včleněno a zakódováno pomocí metody „tužka a papír“ do výsledků (Bártlová, 2009).

## 4 Výsledky

Tato kapitola je rozdělena na dvě etapy. První etapa je rozdělena na tři části. První část se bude zabývat identifikací sester a probandů, druhá nám odhaluje samotný výzkum s všeobecnými sestrami, které přichází do kontaktu s pacienty s pankreatitidou a třetí část je zaměřena na samotné pacienty se zánětem slinivky břišní. Výsledky těchto částí jsou uspořádané do jednotlivých kategorií. Druhá etapa obsahuje aplikaci vytvořených materiálů (zpracovány na základě sebraných informací) na probandy a sestry.

### 4.1 Identifikace sester a probandů

Tabulka č. 1 Identifikační údaje sester

Identifikace sester				
Respondent	Označení	Délka odborné praxe	Vzdělání	Pracoviště
Sestra 1	S1	27 let	Mgr.	Chirurgie JIP
Sestra 2	S2	1 rok	DiS	Chirurgie
Sestra 3	S3	16 let	Bc, DiS, ARIP	Chirurgie JIP
Sestra 4	S4	2 roky	Bc.	Chirurgie
Sestra 5	S5	42 let	SZŠ	Gastroenterologie
Sestra 6	S6	10 let	SZŠ + ARIP	Gastroenterologie
Sestra 7	S7	2 roky	Bc.	Interna- Gastro
Sestra 8	S8	12 let	Bc.	Chirurgie

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 1 vyznačuje identifikační data sester, s nimiž byl rozhovor proveden. Sestra 1 bude dále v práci vyznačována jako S1, na výzkumném pracovišti pracuje již 27 let. Chirurgie JIP jí byla přiřazena po nástupu do pracovního poměru. Její nejvyšší dosažené vzdělání je magisterský stupeň, který si dodělávala při mateřské dovolené. Sestra 2 bude dále označována jako S2 a na výzkumném pracovišti působí pouze 1 rok po dokončení vysokoškolského studia. Sestra 3, dále označována jako S3, působí na pracovišti již 16 let. Oddělení jí bylo přiřazeno po ukončení středoškolského studia, vysokoškolské vzdělání si doplnila během dalších let. Sestra 4, dále označována jako S4, která působí 2 roky na chirurgickém oddělení po dokončení vysokoškolského studia. Sestra 5, dále označována jako S5, pracuje na výzkumném pracovišti již 42 let. Na toto oddělení byla na vlastní žádost přeložena z interního oddělení. Sestra 6, dále

jako S6, působí na svém pracovišti již 10 let. Během odpracovaných let si doplnila specializační vzdělání ARIP. Sestra 7, dále označována jako S7, působí na svém pracovišti 2 roky. Po absolvování bakalářského stupně studia nastoupila na vlastní žádost na interní oddělení. Sestra 8, dále značena jako S8, působí na výzkumném pracovišti 12 let, při mateřské dovolené si doplnila bakalářský stupeň studia. Po mateřské dovolené nastoupila na chirurgické oddělení.

**Tabulka č. 2 Identifikační údaje probandů**

Identifikace pacientů					
Respondent	Označení	Pohlaví	Délka onemocnění	Forma	Věk
Pacient 1	P1	Muž	4 měsíce	Akutní	71 let
Pacient 2	P2	Muž	5 let	Chronická	50let
Pacient 3	P3	Žena	10 měsíců	Chronická	61 let
Pacient 4	P4	Žena	1 měsíc	Akutní	69 let
Pacient 5	P5	Muž	2 roky	Chronická	45 let
Pacient 6	P6	Muž	3 měsíce	Akutní	65 let

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka dvě vyznačuje identifikační údaje pacientů s akutní či chronickou pankreatitidou. První pacient, označovaný v práci dále P1, je muž, jehož onemocnění začalo před rokem z polékové příčiny. Z onemocnění se vyléčil a nyní dodržuje pankreatickou dietu. Druhý proband, dále označovaný jako P2, je také muž. Onemocnění mu začalo před pěti lety. Jeho onemocnění přešlo do chronického stádia s častými recidivami. Příčinou vzniku onemocnění byla dietní chyba. Pacientka 3, dále P3, je žena, která onemocněla před 10 měsíci. Stále se léčí a užívá léky. Dokonce došlo k recidivě. Za příčinou vzniku pankreatitidy stál nevhodný dietní režim a kouření. Pacientka, označovaná dále P4, je žena, která je v akutní formě onemocnění, příznaky začaly před jedním měsícem a stále se s onemocněním seznamuje. Pankreatitidu vyvolala také dietní chyba. S pacientem č. 5, dále P5, byla horší spolupráce. Pankreatitidou trpí již dva roky z důvodu závislosti na alkoholu. Rozhovor spíše zlehčoval. Pacient č. 6, dále P6, je také muž, který trpí pankreatitidou akutní formy vyvolanou biliární problémy.

## 4.2 *Kategorizace dat sester*

1. Průběh edukace
2. Metody edukace
3. Bariéry edukace
4. Zdravotní gramotnost
5. Etiologie a příznaky onemocnění z pohledu sestry
6. Motivace pacientů ke změně

### 4.2.1 *Průběh edukace*

Tuto kategorii jsme nazvali průběh edukace. Budeme se zde zabývat tím, jak sestry hodnotí průběh edukace s pacientem se zánětem slinivky břišní. Zajímalo nás, jak sestry pacienty vyučují a ohledně čeho je informují. S2 odpověděla, že je učí ohledně správné životosprávy a správného dietního opatření. S3 odpověděla podobně jako S2 ale spíše podrobněji: „*Libová masa, omezit kouření, omezit kořeněná jídla, vynechat bublinkové vody, dodržovat režim, omezit silné kávy a čaje.*“ S4 odpověděla: „*Bohužel na pacienty není dostatek času. Snažíme se je edukovat o správnosti jejich režimu, měli by se šetřit, vyvarovat se stresu, vyvarovat se alkoholu. Někteří mají biliární pankreatitidu, za kterou v podstatě nemohou, ale už doživotně musí stejně dietu dodržovat, proto se snažíme, aby pacient pochopil podstatu onemocnění.*“ S5 odpověděla, že pacienty edukují stále. Také si nechávají podepisovat formuláře, že byli edukováni. Dozvěděli jsme se, že pacienty hodně učí lékaři. S7 odpověděla, že vůbec pacienty needukují, nechávají edukaci na lékařích. S8 odpověděla stejně jako S6, že edukace probíhá po celou dobu hospitalizace.

Ze souboru otázek jsme se dozvěděli, jaké mají zkušenosti s průběhem edukace pacienta. S1 prohlásila: „*Moc času na ně nemáme, hlavně ti, kteří jsou závislí na alkoholu. Je to vůbec nezajímá, takže je to, jako byste mluvila do prázdna.*“ S2 dodala: „*dle pacienta, někdo se edukuje lépe, někdo hůře.*“ S3 se víceméně shodla s S1, k tomu ještě dodala, že ethylici používají verbální agresi. Ale že někteří pacienti jsou velmi vstřícní naslouchat a vést rozhovor. S4 nám prozradila: „*To záleží, s jakým pacientem komunikujete. Někteří se chtějí dozvědět co nejvíce a stále se ptají. Někteří situaci zlehčují a vůbec Vás neposlouchají. Také záleží na čase, který na to máme. Pokud je dostatek času a pacient se chce něco naučit, je výsledek pozitivní.*“ S6 a S7 se shodli, že edukaci neprovádějí, že to provádí spíše lékař. S6 ještě doplnila:

*„Snažíme se jim to také vysvětlit, ale po příchodu na pokoj, za dvě hodiny, se ptají znovu na to samé.“ S5 odpověděla: „Oni nás vyslechnou, ale nevíme, co si z toho vezmou.“ S8 rozsáhle odpověděla: „Edukace většinou začíná hned při přijetí pacienta. Už jen tím, že zjišťujeme, co se stalo, se dozvídá, co udělal špatně. Uvědomuje si to postupně v průběhu celé hospitalizace.“*

Z rozhovoru jsme se dozvěděli o místech, kde sestry pacienty nejčastěji edukují. S1, S2, S4, S5, S6 a S8 shodly, že se pacienti nejlépe edukují na jejich pokoji v soukromí. S3 odpověděla: *„Je jiné učit pacienty na JIP a je jiné učit na oddělení. Je třeba zajistit pacientům dostatek soukromí, a to na JIPkách moc nebývá.“* S7 odpověděla, že se pacienti nejlépe vyučují v gastroenterologických poradnách dietní sestrou. S1 ještě dodala: *„Nejlepší je, když si s nimi sednete a popovídáte, pokud už mají nějakou zkušenost a mají zájem, potom je nejsnadnější s nimi mluvit, protože tu bolest nechtějí zažít znovu.“*

Do průběhu edukace patří hlavně čas a kolik ho sestry na pacienty mají. S1, S2 a S8 prohlásily, že se pacientům věnují kolem 30 minut. S3 odpověděla: *„Podle času. Většinou je důležité si to načasovat, aby pacient nejvíce vnímal a spolupracoval ve vhodné situaci.“* S4 podobně odpověděla: *„Je to strašně neurčité, podle toho, kolik zbývá času. Je to ostuda, ale většinou se jako první řeší administrativa a potom se můžeme plně věnovat pacientovi. Ale pokaždé když přijdu na pokoj, snažím se je podpořit k tomu, aby se doptávali.“* S5 a S7 odpověděly, že edukují v podstatě stále, když se přichází na pokoj. Odpověděly, že pacienty poučují i několikrát za den, když se ptají. S7 odpověděla, že needukuje vůbec.

Jaká režimová opatření tedy sestry navrhují? Žádný alkohol, vyvarovat se tučným jídlům, nestresovat se, nekouřit, chodit na procházky. S2 doplnila vynechání kořeněných a smažených jídel. S3 doplnila vynechání silných čajů a káv. S4 upozornila na docházení na lékařské prohlídky a užívat správně a pravidelně léky.

**Tabulka č. 3 Průběh edukace**

Sestry si nechávají podepsat formulář o průběhu edukace	S5
Sestry podrobně vysvětlují, co mají pacienti jíst a čeho se vyvarovat	S2, S3, S4
Sestry nejraději edukují v soukromí pokoje pacienta	S1, S2, S4, S5, S6, S8
Sestry edukují pacienty v průběhu hospitalizace	S5, S6, S8
Pacienti o edukaci nejeví zájem, zlehčují ji	S1, S3, S4,
Edukaci většinou sestry nechávají lékařům	S5, S6, S7,
Edukace začíná hned při přijetí pacienta	S8
Doporučující opatření sestrou: žádná tučná jídla, alkohol a kouření	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8

Zdroj: Vlastní zpracování

#### **4.2.2 Metody edukace**

Tato podkapitola bude věnována metodám edukace, na co by se podle sester měla zaměřit edukace, jakého cíle chtějí dosáhnout, či jaké používají edukační konstrukty. S1, S2, S5, S6 a S8 využívají letáčky a brožurky. S3 odpověděla: „*Používám informace z mého vzdělání, pracovní zkušenosti. Bylo by dobré udělat CD s danou problematikou, které by si pacient doma pustil.*“ S4 s povzdechem odpověděla: „*Bohužel moc edukačních konstruktů není. Hodně jim doporučuji odbornou literaturu.*“ S4, S6 a S7 by byly rády, kdyby pro zlepšení edukace byla vytvořena prezentace, která by mohla být pacientům spuštěna. S1 by byla ráda za uskutečnění seminářů pro pacienty, kde by figuroval lékař ohledně medicínské části a sestra, která by je následně edukovala. S2 by pro zlepšení edukace rozdávala letáčky a brožury, týkající se režimových opatření. S5 by pro zlepšení edukace neudělala nic. S7 needukuje. S4 v rozhovoru dodala: „*Bylo by dobré mít v ČR nějakou pacientskou organizaci, na které bychom mohli pacienta odkazovat.*“

Edukace musí mít nějaký cíl. Čeho chtějí sestry nejvíce dosáhnout? S1 by chtěla: „*Aby pochopil, jak vážné je jeho onemocnění. Aby přestali pít a přestali dělat to, co je sem většinou vrátí zpět.*“ S2 odpověděla: „*Hlavně aby dodržovali správnou životosprávu.*“ S3 rozsáhle odpověděla: „*Aby mi byl schopný říct, co jsem mu sdělila, abych věděla, že mě pochopil, aby to hlavně dodržoval.*“ S4 a S6 chtějí, aby pacienti pochopili, co je to za onemocnění, které mají, a aby se tomu příště vyhnuli a dodržovali

celoživotně dietu. S8 odpověděla: „*Takového, aby se uzdravil, poučil a dodržoval správnou dietu.*“

Další otázka zněla, na co by se sestry měly z jejich pohledu nejvíce zaměřit při edukaci pacientů. S3 a S4 odpověděly stejně jako S1: „*Na to, aby pochopili podstatu onemocnění. Často si pacienti neuvědomují, že toto onemocnění může být smrtící.*“ S3 ještě dodala: „*Vysvětlit jim to tak, aby se chyb v budoucnu vyhnuli.*“ S2 by se orientovala hlavně na komplikace pankreatitidy a správnou životosprávu. S5 by se zaměřila hlavně na to, aby pacient přijal svou situaci. S6 zodpověděla. „*Nebezpečí recidivy, aby věděl, že porušením životosprávy se může celá etapa opakovat, a že na to může i zemřít.*“ S8 odpověděla, že by se zaměřila na koncentraci pacienta, aby jí poslouchal a vnímal, až mu vše bude vysvětlovat.

Také jsme se ptali, jak vypadá zpětná vazba během edukace mezi sestrou a pacientem. S3, S4, S5 a S8 odpověděly, že je to velice individuální, někdo se zajímá o onemocnění, některé nad tím převážně mávnou rukou. S3 se zaměřila spíše na věkové kategorie. Prohlásila, že mladší pacienti hodně zlehčují situaci, když se jim uleví od bolestí. S6 se smíchem odpověděla: „*Zpětná vazba vypadá tak, že si dojdou pro jídlo do kantýny a na cigaretu.*“ S1 odpověděla: „*Ne moc pozitivní. Neberou to vážně, chtějí mít to kázání rychle za sebou.*“ Podle S2 zpětná vazba pacientů vypadá tak, že se zajímají o své zdraví.

V tomto rozhovoru jsme zkoumali, jak sestry zjišťují, že se pacient vše pacient naučil. S1, S4 a S8 odpověděly, že hodně kladou otázky. S2 dává pacientovi prostor, aby se vyjádřil, aby zjistila, jestli problematice porozuměl. S3 dává přednost metodě, aby jí pacient vysvětlil, jaký je jeho problém, aby věděla, že jí pochopil. S5 si myslí, že se to zjistit nedá. S5 se smíchem odpověděla: „*Pozorováním, většinou vidíme, že to dělá špatně, když si vytáhne na pokoji nějaké jídlo, které nesmí. Ale my je nemůžeme hlídat.*“

**Tabulka č. 4 Metody edukace**

Sestry využívají k edukaci letáčky a brožury	S1, S2, S5, S6, S8
K edukaci využívají sestry zkušenosti a vzdělání	S3
Cílem využívaných metod je, aby pacienti pochopili, jak je vážná jejich nemoc.	S1, S3, S4
Cílem využívaných metod je, aby pacient dodržoval správnou životosprávu	S1, S2, S3, S4, S6, S8
Sestry by do průběhu edukace chtěly zapojit prezentace	S1, S4, S6, S8
Sestry by chtěly, aby byl uskutečněn seminář pro pacienty	S1
Sestry kladou pacientům otázky	S1, S4, S8
Sestry umožňují prostor na vyjádření a vysvětlení	S2, S3

Zdroj: Vlastní zpracování

#### **4.2.3 Bariéry edukace**

Tato kategorie je věnována bariérám edukace s pacientem. Zaměřovali jsme se na to, co sestrám při edukaci s pacientem nejvíce chybí a co je při edukaci největším problémem. Na tuto kategorii nám S7 vůbec neodpověděla. Sestrám S2, S4, S6 a S8 při edukaci s pacientem chybí dostatek času. S3, S4, S5 a S6 chybí nějaké brožury, letáčky a celkově výukové materiály. S1 schází aktivita pacienta a jeho zájem o onemocnění a spolupráce. Podobně jako S1 odpověděla i S8.

Také nás zajímalo, co je největším problémem ze strany pacientů. S1 odpověděla: *„Pokud jsou pacienti závislí na alkoholu, tak je největším problémem, že se to neřeší, vrátí se k pití a problém se objeví znova. Je to stále stejný cyklus.“* S2 a S8 si myslí, že největším problémem a bariérou je hlavně věk pacientů. S3 odpověděla: *„Hlavně pochopit informace, pochopit onemocnění a její vážnost. Také přijmout nemoc za svou.“* S4 odpověděla podobně jako S3 a dodala: *„Někdy intelekt pacientů, zesměšňování výuky a jejich laxnost.“* S5 odpověděla stejně jako S3 a S4. S6 si myslí, že největší problém je, že nechtějí změnit životní styl, a proto nespolupracují.



**Tabulka č. 5 Bariéry edukace**

Největší bariérou při edukaci pacientů je nedostatek času	S2, S4, S6, S8
Sestrám chybí nedostatek brožur a vzdělávacích materiálů	S3, S4, S5, S6
Bariérou edukace je nedostatečná aktivita a spolupráce pacienta	S1, S8
Největším problémem je závislost pacientů na alkoholu	S1
Problémem při edukaci je věk pacientů	S2, S8
Překážkou pacientů je pojmout množství informací	S3, S4
Problémem je intelekt pacientů a zesměšňování výuky	S4
Problémem je nespolupráce z důvodu změny životního stylu	S6

Zdroj: Vlastní zpracování

#### **4.2.4 Úroveň zdravotní gramotnosti při edukaci**

Další kategorii jsme nazvali zdravotní gramotnost pacientů při edukaci. Zajímalo nás, zda pacienti již mají nějaké informace o svém onemocnění, jaký projevují zájem o problematiku, jaký životní styl vedou a zda vůbec ví, jakých chyb se dopustili, před vyvoláním příznaků.

Jaké informace mají pacienti o svém onemocnění před zahájením edukace? S3 a S4 a S6 se takřka shodly na názoru, že pacienti s akutní pankreatitidou většinou ani neví, že nějaký zánět slinivky břišní existuje. Ti, co mají chronickou pankreatitidu, většinou o onemocnění něco vědí. S7 odpověděla: „*Nejčastěji, po alkoholických, se na našem oddělení setkáváme a akutní pankreatitidou v důsledku provedení ERCP, takže žádné znalosti nemají.*“ S8 odpověděla: „*Je to velice složité a komplikované onemocnění, takže skoro žádné informace nemají.*“ S1 a S5 si myslí, že informací pacienti moc nemají. Vše se dozvídají od nich a od lékařů. S2 odpověděla úplně rozdílně, než ostatní sestry: „*V dnešní době internetu a časopisů si myslím, že informací o onemocnění je dostatek, takže většina pacientů je informována.*“

Zajímalo nás také, jaký vedou nemocní s pankreatitidou životní styl S1 odpověděla: „*Alkohol, žádné zaměstnání, špatná strava, stres apod.*“ S2 tuto otázku pojala jako porovnání pohlaví. Myslí si, že ženy jsou na tom lépe než muži. Myslí si, že ženy snáz změní životní styl a celkově ho vedou lépe. S5 se domnívá, že to lze u každého pacienta snadno odhadnout podle toho, jak se staví k léčbě, podle stylu oblékání apod. S7 odpověděla: „*U mnoha případů mohu říci, že ne moc dobrý.*“

*Povětšinou jsou to ethylici.“ S8 odpověděla: „To poznáte hned, jak je uvidíte, a hlavně kolikrát je tu vidíte.“*

V rozhovoru nás zajímalo, zda si vůbec pacienti uvědomují, jakých chyb se dopustili. S1, S2, S3, S5, S6 a S8 si myslí, že většinou si to pacienti uvědomují s tím, že S1 si myslí, že ti, co jsou závislí na alkoholu, to možná vědí, ale nepřipouštějí si to. S5 dodala: *„Hodně jsou to pacienti s biliární kolikou, takže to chápou. Máme tady někdy i mladé maminky, které za to vlastně nemohou, ale chápou to.“* S4 a S7 si myslí, že si pacienti neuvědomují, co dělají špatně, s tím, že S4 dodala: *„Ti, kteří se zajímají o své onemocnění, se vyléčí, a ti, které to od počátku nezajímalo, sice vědí, že něco udělali špatně, ale nechápou proč.“* S7 dodala: *„Neuvědomují, nechtějí se změnit. Opakovaně se k nám vracejí. Pijí alkohol a dieta jim vůbec nic neříká. Když jim na oddělení dáme dietu 4/S, stejně si chodí do kantýny pro nějaké to přilepšení.“*

Dodržují pacienti režimová opatření? Ví sestry, jaká to jsou? S1, S2, S3 a S6 si myslí, že pacienti se snaží dodržovat hlavně dietu, správnou životosprávu. S3 pouze doplnila, že etyhlíkům nelze zakázat alkohol, pijí stále. S4 a S5 neví, zda správně doporučená opatření dodržují. A S7 si myslí, že pacienti nedodržují žádná opatření.

**Tabulka č. 6 Zdravotní gramotnost pacientů dle sester**

Pacienti nemají žádné informace o onemocnění před edukací	S1, S3, S4, S5, S6, S8
Pacienti mají dostatek informací z internetu a literatury	S2
Jaký životní styl pacienti vedou, vidíte hned na první pohled	S5, S8
Pacienti si uvědomují, jakých chyb se dopustili	S1, S2, S3, S5, S6, S8
Pacienti si neuvědomují, co udělali špatně	S4, S7
Pacienti dodržují hlavně dietu a správnou životosprávu	S1, S2, S3, S6
Pacienti nedodržují omezení alkoholu	S3
Sestry neví, zda pacienti dodržují dietní opatření	S4, S5

Zdroj: Vlastní zpracování

#### **4.2.5 Etiologie a příznaky onemocnění z pohledu sestry**

V této kategorii jsme se zaměřili na to, abychom zjistili, jaké chyby dělají pacienti a jakých chyb se dopouštějí.

Všechny sestry se shodly, že příčinou onemocnění je alkohol a dietní chyba. S1, S4 a S7 dodaly, že častou příčinou je také vyšetření ERCP. S3 a S4 také dodaly biliární pankreatitidu. S5, S6 a S7 dodaly, že příčinou je také kouření pacientů.

Zkoumali jsme, jaké podle sester jsou nejčastější příznaky pacientů se zánětem slinivky břišní. Všechny dotázané sestry uvedly, že příznaky začínají prudkými bolestmi břicha, zvracením a poruchou až zástavou střevní pasáže. S1 a S4 ještě uvedly, že pacienti přichází s výrazným deficitem tekutin. S3 doplnila dyspeptický syndrom, plynatost a vysoké teploty.

**Tabulka č. 7 Příčiny a příznaky pankreatitidy**

Nejčastější příčiny pankreatitidy je alkohol a nesprávná strava	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8
Příčinou pankreatitidy je ERCP	S1, S4, S7
Příčinou pankreatitidy je biliární příčina	S3, S4
Příčinou pankreatitidy je kouření	S5, S6, S7
Nejčastější příznaky pankreatitidy je bolest, zvracení a porucha pasáže	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8
Příznakem pankreatitidy je také deficit tekutin	S1, S4
Příznakem je také plynatost a dyspeptický syndrom	S3

Zdroj: Vlastní zpracování

#### **4.2.6 Motivace pacientů ke změně**

Zajímalo nás také, co nejvíce podle sester motivuje pacienta ke změně životního stylu. S1 odpověděla: „*Hlavně pohled do budoucnosti. Pacient je na tom většinou u nás dost špatně, takže myšlenka na smrt je dost motivuje.*“ S2 odpověděla: „*Život bez bolesti a strach z ca pankreatu.*“ S3: „*Hlavně to, jak mu bylo špatně, jaké musel prodělat lékařské procedury, myslím, že to je motivuje k tomu, aby to znovu neabsolvoval. Potom samotný pobyt v nemocničním zařízení a hladovka, která trvá většinou i týdny.*“ S4 odpověděla stejně jako S3. S5 si myslí, že pacienta nejvíce motivuje vidina jejich bolesti, aby jí už nemuseli znovu zažít. S6 odpověděla podobně jako S5 a ještě dodala, že pacienti se musejí vrátit do práce, to je hodně motivuje. S7 a S8 odpověděly stejně. Myslí si, že motivací je, že mají pacienti dostatečné znalosti o onemocnění. Po edukaci mají dostatečnou motivaci. Některé ale nic nezmotivuje, například ethyliky. To je největším problémem v dodržování dietních opatření. Nemají motivaci.

Co by sestra udělala, aby se pacient motivoval z její zkušenosti? S1 se smíchem odpověděla: „*Já bych jim natočila video, jak mohou dopadnout a potom jim ho pustila, aby je to alespoň trochu vystrašilo, protože tady na JIPce jsou na tom pacienti s pankreatitidou velmi špatně a trvá moc dlouho, než se jejich stav stabilizuje.*“ S2, S3 a S8 odpověděly, že se pokouší pacienty přesvědčovat, jak je onemocnění nebezpečné. S7 odpověděla, že vůbec needukuje, edukaci prý provádí lékař. S4 a S6 odpověděly, že si myslí, že se pacienty snaží učit dostatečně, aby je to motivovalo.

**Tabulka č. 8 Motivace ke změně**

Pacienta motivuje ke změně vidina na smrt	S1
Pacienta motivuje ke změně vidina na další bolest	S2, S5, S6
Pacienta motivuje k uzdravení návrat do práce	S6
Pacienti nemají žádnou motivaci ke změně životního stylu	S7, S8
Sestra by pro motivaci chtěla natočit o pacientech video	S1
Sestry si myslí, že jejich edukace je dostačující k motivaci	S4, S6

Zdroj: Vlastní zpracování

### 4.3 Kategorizace dat probandů

1. Průběh edukace
2. Bariéry edukace
3. Úroveň zdravotní gramotnosti
4. Projevy onemocnění a těžkosti dodržování režimových opatření

#### 4.3.1 Průběh edukace

Tuto kategorii jsme stejně jako u kategorizace dat sester pojmenovali průběh edukace. Do průběhu edukace jsme zahrnuli, jak ji pacienti hodnotí, co sestra používala při edukaci s nimi, jak probíhalo první setkání nebo co vůbec sestra uvedla jako správný příklad dodržování správných režimových opatření.

V rozhovoru nás zajímalo, co sestra pacienty učila na jejich prvním setkání. P1 se dozvěděl o vážnosti svého onemocnění. P2 smutně odpověděl: „*No, žádná setkání jsme neměli. Vyučovala mě, když za mnou přišla nebo když na mě zrovna měla čas. Ale nejdřív mi vysvětlovala, co je to vůbec za onemocnění.*“ P3 rozsáhle odpověděl: „*Podle toho, jaká sestra. Byla jsem na JIP a pak na normálním pokoji. Ale ta sestra*

*z JIP na mě byla milá, a protože pracovala stále u mojí postele, tak mi toho hodně řekla o mé nemoci, ale sestru na standardním oddělení. Tu jsem viděla jen párkrát za den.*“ P4 odpověděl: *„Sestřička mi nejprve vysvětlila, co mi je. Lékař u mě moc nebyl, přišel na vizitu a zase odešel, takže nebyl čas se ho na něco vůbec zeptat. Hlavně jsem měla nadváhu, tak jsem se i styděla. Tak mi vše sestřička vysvětlovala, a začala, proč se to stalo, a končila, co bych měla a neměla dělat a jíst.*“ P5 si nemůže vzpomenout, co ho sestřička učila na jejich prvním setkání. P6 odpověděl podobně jako P4. Z odpovědí probandů vyplynulo, že žádná setkání ohledně edukace vůbec neproběhla.

Dále nás v této kategorii zajímalo, jak pacienti hodnotí znalosti sestry, která je vyučovala. P1, P4 a P6 si myslí, že sestra, která je vyučovala, měla dostatek znalostí. P2 odpověděl neutrálně. Hodně sester ho odkazovalo na lékaře. Podobně odpověděl i P3. P5 rezignovaně přikyvoval, že sestra něco povídala, ale že jí vůbec nevnímal.

Také nás zajímalo, jak edukaci pacienti vnímali a co sestra dělala a používala při práci s nimi. P1, P2, P4, P5 a P6 se shodli na tom, že sestry je vyučovali vysvětlovací a popisnou metodou. P2 a P6 ještě dodali, že jim sestra dala k přečtení brožuru o onemocnění. P3 odpověděl, že sestra s ním nepracovala ohledně jeho tématu.

Zajímali jsme se také o to, jaké mají probandi zkušenost s průběhem výuky, co je zaujalo nebo bavilo. P2, P3 a P5 odpověděli, že je nezaujalo nic. P2 a P3 nemělo co zaujmout, když žádnou formální výukou ani neprošli. P1 zaujalo to, jak sestry byly ochotné ve vysvětlování problematiky. P4 a P6 zase zaujalo, jaký mají přehled a vědomosti ohledně jejich onemocnění.

Všeobecných sester jsme se ptali, jaká opatření mají pacienti dodržovat. Ví to ale také naši probandi? Co jim sestry poradili? Všichni, kromě P4, se shodli na tom, že jim sestry doporučili, dodržovat správnou životosprávu, omezit alkohol. P4 uvedla, že se jí sestra zeptala, co jí a pije, a poté jí vysvětlovala co je špatně a co je správně a proč. P5 sestra poradila, aby si uspořádal svůj život.

Zjišťovali jsme, co probandi radí sestřím při výuce s dalším pacientem. P2, P3 a P6 se shodli, aby se na pacienty dobře připravila, nastudovala si téma a udělala si čas. P4 s úsměvem odpověděla: *„Aby byla stejná jako se mnou.*“ P5 odpověděl: *„Aby ho tak neotravovala.*“

Pro pacienty jsou velice důležité informace o svém onemocnění. Zkoumali jsme, zda si pacienti někde informace dohledávali. P1, P2 a P3 si pořídili literaturu ohledně

jejich onemocnění. P2 a P6 si informace hledali také na internetu. Pouze P5 prohlásil, že si informace nikde nedohledával a P4 odpověděla: „*Nemusela jsem. Mám dceru zdravotní sestru, tak jsem se vždy doptávala jí.*“

Důležité je, aby se pacient mohl doptávat na informace a na takové otázky měl prostor P1: „*Protože se současně léčím s kardiologickými problémy, ptal jsem se, zda to má na sebe nějaký vliv. Sestra mi vždy podala žádané informace.*“ P2 pokládal otázky typu, zda se uzdraví, či zda bude dietu muset dodržovat po celý život. P3 měl hodně otázek, ale na hodně z nich respondentovi nebylo zodpovězeno. P4 měla také prostor k otázkám. A P6 pokládala otázky ohledně diety, či kdy bude moct chodit do práce, protože respondent, si chodí ještě přivydělávat.

**Tabulka č. 9 Průběh edukace dle probandů**

Žádná setkání ohledně edukace neproběhla	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Sestry poučovali probandy o správnosti životního stylu	P4, P6
Probandi byli nejprve poučeni o svém onemocnění	P1, P2, P3
Sestry mají dostatek znalostí	P1, P4, P6
Edukaci prováděl spíše lékař	P2, P3
Sestra prováděla popisně vysvětlovací metodu	P1, P2, P4, P5, P6
Sestra dala probandům brožury o onemocnění	P2, P6
Sestra moc nespolupracovala	P3
Probandi si pořídili ještě literaturu k prostudování	P1, P2, P3
Probandi si informace dohledávali na internetu	P2, P6
Probandi mohli pokládat otázky	P1, P2, P4, P6
Probandům na jejich otázky nebylo odpovězeno	P3

Zdroj: Vlastní zpracování

#### **4.3.2 Bariéry edukace**

Dali jsme pacientům prostor, aby se vyjádřili, co jim se sestrou při edukaci nejvíce chybělo. P1, P4 a P6 při edukaci se sestrou nechybělo nic. P2 a P3 chyběl čas, který na ně sestra neměla. P5 dokonce sdělil, že mu chyběl, zájem sester o něj.

Z tohoto rozhovoru nám vyplynulo, jaký zájem o edukaci sestry měly. P1, P4 a P6 si myslí, že sestry zájem opravdu projevovali. P2 odpověděl: „*Jak která sestra. Některá byla vstřícná a snažila se mi vše vysvětlit, jiná zase jen tak něco prohodila*

*a spíš mě odkazovala na lékaře.*“ P3 a P5 odpověděli, že sestry moc velký zájem neprojevovali.

Kolik toho respondenti věděli před samotnou edukací? P1, P2, P3 a P5 o onemocnění nevěděli vůbec nic. P2 dokonce dodal. *„Ve společnosti se o tomto onemocnění nemluví, není to asi tak časté jako infarkt. Takže jsem nevěděl nic.*“ P4 odpověděla: *„Něco málo ano, mám dceru všeobecnou sestru, tak jsem něco věděla.*“ A P6 odpověděl: *„Věděl jsem, že nějaký zánět slinivky břišní existuje, ale nevěděl jsem podrobnosti.*“

Aby edukace probíhala podle pravidel, nemělo by jí nic vyrušovat a měla by probíhat úplně a podle pravidel. P3 vadilo, že skoro žádná edukace neproběhla. Sestra vždy sdělila, co smí a co nesmí. P1 odpověděl: *„Na JIP mi vadil hlasitý chod přístrojů a na standardu i na JIP soukromí.*“ P2 odpověděl: *„vadil mi ten čas, pokud mi sestra něco vysvětlovala, tak mi to rychle sdělila a zase běžela. Bylo by fajn mít nějaký seminář, kde by se o onemocnění mluvilo pořádně.*“ P4 podobně jako P2 nejvíce vadil nedostatek času a vyrušování ostatní pacienti. P6 nejvíce vadilo, že rozhovor neprobíhal v soukromí.

Nedílnou součástí edukace je čas, dostatek času je důležitý pro potřebné a kvalitní vyučování a vysvětlování. Od probandů již víme, že největší bariérou edukace pro ně byl nedostatek času. Zajímalo nás, kolik času na pacienty sestra měla, protože nedostatek času je obrovskou bariérou edukace. Všichni probandi se shodli na tom, že sestra na ně neměla dostatek času. P1 a P4 ještě dodali, že sestra na ně neměla dostatek času proto, že se musela starat o více pacientů najednou. P5 si myslí, že proto, že už je na oddělení se stejnou diagnózou již po třetí, tak se sestry ani nesnažily mu něco vysvětlovat.

**Tabulka č. 10 Bariéry edukace dle probandů**

Při edukaci se sestrou respondentům nic nechybělo	P1, P4, P6
Chyběl zájem sester	P5
Probandům chyběl v čas	P1,P2, P3, P4, P5, P6
Sestry projevovaly o edukaci zájem	P1, P4, P6
Sestry o edukaci zájem neprojevovaly	P3, P5
Probandi před edukací o nemoci nic nevěděli	P1, P2, P3, P5, P6
Probandům nejvíce vadil nedostatek soukromí při edukaci	P1, P2, P6
Edukaci vyrušovali ostatní pacienti	P4
Probandi by chtěli mít o onemocnění seminář	P2, P6

Zdroj: Vlastní zpracování

#### **4.3.3 Úroveň zdravotní gramotnosti**

V této kategorii jsme zjišťovali, jaká je úroveň zdravotní gramotnosti pacientů ohledně onemocnění pankreatitidou. Poprosili jsme probandy, zda by nám mohli sdělit, co mohou jíst a pít. P1 dostal po propuštění podrobný popis jídelníčku. P2 se smíchem odpověděla: „*Můžu ovoce, zeleninu, neperlivé vody, libové maso apod.*“ P3 odpověděl stejně jako P2, ale dodal, že mu to nepověděla sestra, ale že si to musel najít v odborné literatuře. P4 a P6 odpověděli také stejně jako P2, jen P6 se smíchem dodal, že toho, co může, moc není. P5 nám to vůbec nebyl schopen říci.

Také nás zajímal opak. Zda jsou pacienti schopni říci, co nemohou jíst nebo pít. Všichni probandi se shodli na tom, že nesmí pít alkohol. P1 ví, že nesmí kouřit a jíst tučná jídla. P2 odpověděl stejně, jako P1, jen doplnil omezení kořeněných jídel. P4 ví, že nemůže pít kávu.

Shrnuli jsme si a zanalyzovali, zda mají probandi povědomí o režimových opatřeních. P1 ví, že se nesmí stresovat, pít alkohol, kouřit, musí dodržovat správnou životosprávu, mít dostatek pohybu, ale zase se nepřetěžovat. Ale hlavní je dieta. Stejně tak si to myslí i P2, P3, P4 a P6. P3 ještě doplnil. „*Hlavně nekouřit, což je pro mě problém, stále si odvykám.*“ P5 se smíchem odpověděl: „*Neměl bych tolik pít, ale jděte do hospody a nedejte si nějaké to pivo.*“



Mají probandi znalosti o svém onemocnění? P1 odpověděl: „*Jedná se o vážné onemocnění, a při špatné životosprávě může velmi špatně skončit.*“ P2 odpověděl: „*Moc to nechápu, ale vím, že je to složité onemocnění, které je velmi nebezpečné.*“ P3 odpověděl: „*To, co jsem si vyčetla z knih, ale stejně tomu moc nerozumím. Víím, že je to zánět slinivky břišní, je to vážné onemocnění.*“ P6 dodal, že o onemocnění stále ví málo a stále nechápe jeho princip. P5 nemá dostatek informací. P4 má dostatek informací o onemocnění.

Z rozhovorů nám vyplynulo, zda pacienti vědí, co jejich onemocnění vyvolalo. P1 ví, že pankreatitida se spustila špatnou kombinací léků. P2 odpověděl: „*Asi ano. Jedl jsem, co jsem chtěl, chodil jsem často do hospody na pivo. Nedělal jsem, co jsem měl dělat.*“ P3 odpověděl spíše opačně, než P2 a tvrdí: „*Vlastně ani ne. Přišlo to tak náhle. Vůbec nevím, co jsem špatného snědla.*“ P6 odpověděla podobně, jako P3: „*podle lékaře jsem měla žlučový kamínek zaklíněný v cestičkách, které vedou do slinivky.*“ P4 upřímně řekla: „*Jedla jsem spoustu kořeněných jídel, pila jsem silnou kávu a vše tak nějak dohromady. Sladké, slané, kořeněné, všechno možné. Ted' se toho vždy vyvaruji.*“ P5 si je vědom, že onemocnění přišlo z důvodu alkoholu.

**Tabulka č. 11 Zdravotní gramotnosti dle probandů**

Probandi jsou si vědomi, co mohou a nemohou jíst a pít	P1, P2, P3, P4, P6
Probandi ví, jaká režimová opatření mají dodržovat	P1, P2, P3, P4, P6
Probandi mají znalosti o svém onemocnění	P1, P4
Probandi mají znalosti o svém onemocnění, ale stále ho nechápu	P2, P3, P6
Proband nemá dostatek informací o onemocnění	P5
Probandi vědí, proč se příznaky jejich onemocnění objevily	P1, P2, P4, P5
Probandi nevědí, proč vzniklo jejich onemocnění	P3, P6

Zdroj: Vlastní zpracování

#### **4.3.4 Projevy onemocnění a těžkosti dodržování režimových opatření**

V této kategorii nás zajímalo, jak se začala pankreatitida projevovat. Všichni probandi uvedli, že pankreatitida se začala projevovat bolestmi břicha. P3, P4 a P6 také uvedli, že s bolestmi břicha přišlo také zvracení. R4 také doplnila: „*Měla jsem také vysokou teplotu a potíže s dýcháním.*“ P2 a P6 uvedli také plynatost.

Všichni respondenti uvedli, že se o onemocnění dozvěděli od lékaře. P2 uvedl, že se o onemocnění dozvídal postupně, ale konečný závěr padl až po čtyřech dnech po projevení příznaků. P5 ani neví, kdy se o onemocnění dozvěděl. Ostatní probandi se dozvěděli, že jejich potíže způsobuje pankreatitida hned po základních vyšetřeních.

Zajímalo nás, co je nejlehčí dodržovat. Pro P1 a P6 je nejlehčí dodržovat zákaz alkoholu. P1 ještě dodal, že je pro něj také lehké nekouřit, protože je nekuřák. P2 odpověděl: „*Je toho spousta co nesmím. Spíše není lehké se v tom vyznat.*“ Pro P3 je nejlehčí dodržet dietu. Pro P4 je zase nejlehčí vyhnout se stresu, protože začala více navštěvovat lázně.

Naopak jsme se dozvíдали, co je nejtěžší dodržovat. Pro P1 je nejtěžší nejíst buchty. Pro P2 je nejtěžší nechodit tak často na pivo. Pro P3 je nejtěžší nekouřit. P4 omezila hodně kávu. P6 odpověděla: „*Nejtěžší je pro mě nejíst maso. Vím, že mohu libová masa, ale nesmím je kořeněná.*“ Na tuto otázku odpovídali probandi velmi rozmanitě.

**Tabulka č. 12 Projevy onemocnění**

Pankreatitida se projevila bolestmi břicha	P1, P2, P3, P4, P5, P6
K bolestem břicha přišlo i zvracení	P3, P4, P6
Příznakem byla i vysoká teplota a potíže s dýcháním	P4
Příznakem byla také plynatost	P2, P6
Pro respondenty je nejlehčí omezit alkohol	P1, P6
Nejlehčí je dodržet dietu	P3
Nejlehčí je vyhnout se stresu	P4
Nejtěžší je nejíst buchty	P1
Nejtěžší je nejíst kořeněné maso	P6
Nejtěžší je omezit kávu	P3





Zdroj: Vlastní zpracování

#### **4.4 Aplikace vytvořených výukových materiálů**

Poslední část našeho výzkumného šetření tvořila aplikace vytvořených materiálů. Jak už bylo výše uvedené, výzkum je rozdělen do dvou etap. Nyní bude představena její druhá část. Pro tuto etapu byl vytvořen výukový materiál, tedy brožura, která má informovat pacienty s pankreatitidou ohledně jejich onemocnění, a prezentace, která má vést všeobecné sestry při výuce pacientů režimovým opatřením. Tyto brožury byly vytvořeny na základě sběru dat probandů a všeobecných sester. K tomuto výzkumnému

šetření byly osloveny všeobecné sestry, které nám poskytly rozhovor v předešlém zkoumání a tři nově oslovení probandi.

*Schéma č. 1 Způsob výzkumného šetření druhé etapy*

<b>Cíl metody</b>		<b>Seznámení všeobecných sester a probandů s vzdělávacími materiály a následné zhodnocení</b>
<b>Metodika výzkumu</b>		<b>Zpracování rozhovorů a doporučení sester a probandů, vypracování materiálů</b>
<b>Výzkumný soubor</b>		<b>Všeobecné sestry z chirurgického a interního oddělení a probandi s pankreatitidou</b>
<b>Samotné výzkumné šetření</b>		<b>Získání informací a vyhodnocení</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

#### 4.4.1 Identifikace výzkumného souboru

Pro větší přehled byly vytvořeny tabulky, kde jsou znázorněny sestry zúčastněné předchozího výzkumu a nově oslovení probandi. Všem zúčastněným byla předvedena prezentace a také si mohly prostudovat vytvořenou brožuru.

*Tabulka č. 13 Identifikace a doporučení sester*

<b>Výzkumný soubor + doporučení</b>		
S1	Prezentace, brožura	Přijala
S2	Prezentace, brožura	Přijala
S8	Prezentace, brožura	Přijala

Zdroj: Vlastní zpracování

*Tabulka č. 14 Identifikace a doporučení probandů*

<b>Výzkumný soubor probandů + doporučení</b>		
P1	Prezentace + brožura	Přijal
P2	Prezentace + brožura	Nepřijal
P3	Prezentace + brožura	Přijal

Zdroj: Vlastní zpracování

Proband P1(42 let) byl osloven po odeznění akutní fáze pankreatitidy. Naše doporučení přijal.

Proband P2 (50 let) je pacient, který byl osloven v jedné z jihočeských nemocnic. V nemocnici byl s chronickou pankreatitidou pro její recidivu. Naše doporučení nepřijal.

Proband P3 (35 let) je pacientka také s akutní pankreatitidou. Byla oslovena na lůžkové části chirurgického oddělení. Naše doporučení přijala.

#### **4.4.2 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření**

Posledního výzkumného šetření se zúčastnily tři všeobecné sestry z pěti dotázaných, které se zúčastnily předchozího výzkumného šetření a třech nově dotázaných probandů. Pro tuto práci byly vytvořené edukační materiály, jako je brožura a prezentace pro všeobecné sestry, které by mohli být nápomocné ve vyučování a vzdělávání pacientů s pankreatitidou. Brožura je hlavně zaměřena na příznaky onemocnění, příčiny a její léčbu. V neposlední řadě obsahuje, jaký doporučení by měl pacient dodržovat a čemu by se měl vyvarovat. Takto je umožněno vysvětlení pacientovi, co je to za onemocnění, jak vzniká a jak se mu může vyvarovat. Všechny sestry, které se výzkumu účastnily, brožuru přijaly. Ze tří oslovených probandů doporučení přijali jen dva.

Vytvořená prezentace má za úkol pomoci všeobecným sestřám, které by chtěly uskutečnit seminář pro pacienty s pankreatitidou. Prezentace nejdříve uvádí otázky, které mají informovat sestru, jaká je úroveň zdravotní gramotnosti zúčastněných pacientů. Dále prezentace informuje pacienty, jaká byla úmrtnost obyvatel české republiky na toto onemocnění. Dále prezentace obsahuje obrázky toho, co dělal pacient špatně a čím je vhodné to napravit. Prezentace může pacientovi dopomoci zapátrat v mysli, jakých největších chyb se dopustil a co je potřeba pro to udělat. Prezentace je pro všeobecné sestry jako vodítko, které umožňuje seminář vést správným směrem a pro pacienty jako zamyšlení nad svou zdravotní situací. Sestry i probandi byli seznámeni s oběma metodami a následně byli vyzváni, jaký názor mají na vytvořený výukový materiál.

#### 4.4.2.1 Doporučení sester

##### Doporučení S1

Pro tento výzkum byla oslovena S1, která pracuje na chirurgii JIP. Se sestrou jsme mluvili v soukromí. Řekla nám, že se s pacienty s pankreatickým onemocněním setkává velmi často. Zeptali jsme se setry, zda má jí na svém oddělení nějaké brožury ohledně této nemoci k dispozici. Prozradila nám, že mají brožury, ale jen ohledně bolestí břicha, ty také používají. Ukázali jsme jí naší vytvořený výukový materiál. Nejprve jsme ukázali brožuru a vyzvali, aby nám prozradila, zda se jí tento materiál zdá jako příhodný. Sestře S1 se tento materiál velmi líbil. *„Je to pěkná brožura, určitě by se líbila i pacientům, kteří mají o uzdravení zájem. Jsou tam informace, které potřebují vědět, jako třeba proč to vzniká a jak se to léčí a co mají dodržovat. Je to vlastně i takové ulehčení práce nám všem, protože když se nás zeptají, co to vlastně mají za nemoc, tak jim to nemusíme dlouze vysvětlovat, dáme jim brožuru a pokud budou mít nějaké doplňující otázky, mohou se nás zeptat.“*

Po ukázce brožury jsme na tabletu, který jsme si přinesli, ukázali S1 také výukovou prezentaci. Nejprve jsme jí ohledně této metody vysvětlili náš zájem a po skončení prohlídky měla prostor pro své otázky. *„Tato prezentace by byla pěkná, při uskutečnění nějakého semináře, aby tak nějak bylo vidět, kde pacienti udělali chybu. Kdyby bylo nějaké setkání s pacienty, určitě bych tuto prezentaci doporučila.“*

##### Doporučení S2

Jako další respondentka našeho výzkumu byla S2. Sestra, která taktéž pracuje na chirurgii, ale na standardním oddělení. Taktéž jsme se jí ptali, jak často se setkává s pacienty s pankreatitidou. Řekla nám, že se setkává nejen s pacienty s pankreatitidou ale i s různými nemocnými s bolestmi břicha. Pankreatitida je ale velmi častá. Ptali jsme se jí, zda mají nějaký výukový materiál ohledně tohoto onemocnění. Sdělila nám, že mají výukový materiál, jako jsou brožury ohledně bolestí břicha, ale co se týče pankreatitidy, tak nic nemají. Její tvrzení bylo shodné s tvrzením S1. S2 jsme taktéž nejprve v soukromí ukázali brožuru, ohledně zánětu slinivky břišní. S2 se to velice líbilo. *„Ano, takhle by to asi mělo vypadat. Nejprve teda, když se na tu brožuru podívám jako laik, tak bych si myslěla, že asi hned umřu, ale alespoň by pacienti věděli, co všechno pankreatitida obnáší. Myslím si, že bych si tady jednu mohla nechat a rovnou jí ukázat pacientům.“* Počkali jsme chvíli na pacientovu reakci. Vyčkali jsme,

až se sestra vrátí z pokoje pacienta, kde byl právě hospitalizovaný pacient s pankreatitidou. „*Pacient si brožuru prohlédl a přečetl, myslím, že se mu líbila.*“ Tato reakce nás velmi potěšila, protože brožura splnila svůj účel.

Dále jsme sestře S2 ukázali, stejně jako S12, na tabletu naší vytvořenou prezentaci. Vysvětlili jsme a ukázali, jak by sestra měla při semináři s prezentací pracovat. Po skončení ukázky jsme se zeptali, zda by tuto prezentaci S2 doporučila k budoucímu vzdělávání pacientů. „*Víte co, já bych asi prezentaci pro pacienta neprováděla, protože na to opravdu nemám při své práci čas. Myslím si ale, že by to pro pacienty bylo prospěšné z hlediska takového, že si uvědomí, co vlastně udělali špatně a jak to mají napravit. Pro sestry, které by byly schopné udělat takový seminář, pro pacienty by to bylo jistě skvělé. Doporučila bych to, ale ne pro mě.*“ Odpověděla nám, S2 se smíchem. Od sestry S2 jsme i přes její osobní hodnocení odcházeli s pocitem prospěšnosti vzdělávacích materiálů.

### **Doporučení S8**

Poslední sestrou byla S8, která již 12 let pracuje na chirurgii. Naši první otázkou bylo, jako v předchozích rozhovorech, zda mají na oddělení nějaký výukový materiál ohledně onemocnění slinivky břišní. S8 nám prozradila, že mají. Když jsme jí požádali, zda by nám jej mohla ukázat, nemohla danou brožuru najít. Sestře jsme vysvětlili náš opětovný příchod na oddělení. Zeptali jsme se jí, jak často ukazuje brožury pacientům a jak jí při výuce pomáhají. „*Je to jednodušší než zdlouhavé vyprávění a vysvětlování, co se v jejich těle děje. Pacienti si to nejprve přečtou a potom kladou otázky.*“ Sestře S8 jsme ukázali naší vytvořenou brožuru. Požádali jsme jí, aby si jí přečetla a poté nám sdělila svůj názor. „*Ano, je to dobré. V této brožure je obsáhlé, co to znamená i jak se mají chovat po vyléčení. Myslím si, že tato brožura by mohla být klidně využívána pro pacienty. Pro nás je na oddělení těžké pacienty učit co a jak, není na to dostatek času, při našich pracovních povinnostech. Takhle jim dáte brožuru a mohou se nás pouze doptávat na detaily.*“

Po vyřešení tématu „brožura“ jsme opět vyndali náš tablet a navolili naši prezentaci. Dříve jsme se ale zeptali, zda by byla sestra ochotná pro pacienty uspořádat seminář, kdybychom jí k tomu dopomohli vytvořenou prezentací. Odpověděla nám, že by záleželo na tom, jak by ta prezentace vypadala a zda by na to měla vyhrazený čas. Ukázali jsme tedy S8 naší prezentaci a postupně vysvětlovali její význam a účel.

*„No tak s touhle prezentací bych do toho asi šla. Je to hezky zpracované. Je to takový návod, jak by ta prezentace měla probíhat a o co by tam především mělo jít. Pokud bych na to opravdu měla volno od vrchní sestry a mohla se pacientům věnovat, tak bych do toho šla.“*

Se sestrou jsme se rozloučili a odešli z oddělení s dobrým pocitem, že bychom pro pacienty přece jen mohli něco udělat.

#### **4.4.2.2 Doporučení probandů**

##### **Doporučení P1**

Prvním probandem byl pacient, který byl osloven po odeznění akutní fáze zánětu slinivky břišní. Návštěva byla předem zkonzultována s jeho ošetřujícím lékařem, který nás ujistil, že je schopen výzkumného šetření. Výzkum byl proveden na jeho samostatném pokoji. Měl tedy dostatek soukromí. Probandovi byla podána brožura ohledně jeho onemocnění. Proband měl dostatek času na prostudování výukového materiálu. *„To je hezky napsáno, myslím, že kdyby mi tohle sestra dala, tak budu mít asi ještě nějaké doplňující otázky, ale už bych se nějak v mojí situaci orientoval.“*

Dále jsme chtěli na prvním probandovi vyzkoušet naší vytvořenou prezentaci. Od oslovených sester jsme měli pozitivní reakce a zajímalo nás, zda bude mít přínos i pro pacienty. Když jsme se probanda zeptali, zda by byl ochoten zúčastnit se semináře, který by objasňoval onemocnění slinivky břišní, řekl nám: *„Pokud by to mělo mít nějaký přínos, tak ano.“* Vysvětlili jsme mu účel naší prezentace a pomocí tabletu jej spustili. Přednáška probíhala asi 30 minut. Pomocí prezentace jsme se probanda zeptali, zda ví, co je příčinou jeho obtíží, zda ví, co se v jeho těle děje a zda ví, kde udělal chybu. Dále jsme pomocí prezentace probandovi ukázali, jaká je úmrtnost nemocných s pankreatitidou. Na konci prezentace jsme ukazovali a zároveň vysvětlovali, jaká režimová opatření by měl dodržovat. Na probanda jsme nespěchali, pokud měl nějaké otázky, pohotově jsme se snažili je zodpovědět a vysvětlit.

*„Tak tohle jsem nečekal. Myslím, že takhle by to mělo vypadat. Aby se mi někdo věnoval a pořádně mi to vysvětlil.“* S uspokojivým pocitem jsme se důstojně s probandem rozloučili a popřáli mu zdravý start do plnění režimových opatření.

## Doporučení P2

Druhý oslovený proband byl osloven taktéž na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení. Trpí již chronickou pankreatitidou s častými recidivami. Probanda jsme se zeptali, zda mu již v minulosti byla poskytnuta nějaká opatření ohledně jeho onemocnění. Sdělil nám, že mu byla poskytnuta brožura a většinu věcí mu vysvětloval praktický lékař a lékař v nemocnici. Proband byl seznámen s účelem výzkumu a po jeho souhlasu s ním jsme mu předali vytvořený výukový materiál, tedy brožuru. Dali jsme mu dostatek času na jeho prostudování. Po přečtení materiálu nám sdělil: „*Víte co, tohle je takové nepřehledné a na mě moc odborné. Nevěděl bych, co mám od té své nemoci čekat. Ta brožura, kterou jsem dostal posledně, byla více pro mě, jako neznalce.*“ Chápali jsme jeho pocity, proto jsme přešly k prezentaci. Prezentace taktéž trvala kolem 30 minut. Po skončení prezentace nám pacient oznámil, že tohle už vše ví, a že by na takový seminář nepotřeboval chodit. Když jsme se zeptali, zda by na seminář šel po prvních příznacích pankreatitidy, odmítavě na nás zavrtěl hlavou. „*Já na takovýhle věci moc nejsem.*“

S pacientem jsme se rozloučili stejným způsobem jako s předchozím probandem a poděkovali mu za poskytnutí jeho času.

## Doporučení P3

Naším posledním probandem byla žena. Forma jejího onemocnění byla akutní. S pacientkou jsme se přivítali, představili jsme se a objasnili účel naší návštěvy, a jak bude probíhat. Postup byl stejný, jako v předchozích návštěvách. Před podáním brožury jsme jí poprosili, zda by si jí mohla přečíst a případně nám dávat otázky, jaké na ní bude mít. „*Myslím, že tomu i rozumím, ale kdybych brožuru dostala nezávisle někde u praktického lékaře, tak bych pár otázek měla.*“ Znovu jsme jí požádali, aby nám případné výtky či otázky sdělila. „*Já teď nevím, když teď vím od sestřiček a lékařů, co moje onemocnění znamená, tak už chápu i vysvětlení v brožuře. Vlastně je to stejné, co mi sestra s lékařem řekli.*“ odpověděla s úsměvem.

Dali jsme pacientce čas na odpočinek a poté jsme jí představili prezentaci, opět na tabletu. Prezentace trvala déle než ty předchozí, protože pacientka měla po skončení ukázky rozsáhlé otázky. Týkaly se hlavně části, kde je vysvětlováno, co pacienti s takovým onemocněním smí nebo naopak nesmí. Snažili jsme se odpovídat co nejlépe a nejsrozumitelněji. Ukázka prezentace byla úspěšná. „*Takhle když mi to vysvětlíte s tou prezentací, tak je toho hodně objasněno. Dokonce jsem i zapátrala v mysli,*



*jak mi bylo doporučeno v prezentaci a opravdu jsem si díky tomu, jak je tam uvedeno, co je špatně a co je správně, uvědomila, z čeho mě vždycky pobolívalo břicho.“* Vysvětlili jsme probandce, jak je důležité, aby dietu a doporučená režimová opatření dodržovala.

S poslední probandkou jsme se rozloučili a doporučili, aby se nestyděla a se vším se poradila se sestrou.

## 5 Diskuse

Edukace pacientů ve zdravotnickém zařízení je velice náročnou, zodpovědnou a profesionální rolí pro každého zdravotnického pracovníka. Při edukaci se naskytne mnoho překážek, bariér nejen ze strany zdravotníků, ale také ze strany pacientů. Proto jsme se rozhodli vypracovat práci, která nám poskytne přehled o smýšlení a postupech edukace z pohledu všeobecných sester a samotných pacientů. Sestry i probandi byli rozřizeni podle identifikačních znaků (dále jen IZ).

Všeobecné sestry tvořily rozmanitou skupinu nejen v oblasti věku, ale také vzdělání a délky odborné praxe. Do deseti let odborné praxe jsou obsaženy v rozhovorech 4 sestry. Do 20 let odborné praxe je obsažena v rozhovorech jedna sestra. A více jak dvacetiletou praxi provádí 2 sestry uvedené v práci. Sedm oslovených sester má vysokoškolské vzdělání. Pouze jedna oslovená sestra má střední zdravotnické vzdělání. 5 oslovených sester působí na chirurgickém pracovišti, 2 sestry na gastroenterologickém pracovišti a jedna na interním pracovišti.

Stejně jako všeobecné sestry jsme rozřídili do IZ také probandy. Těch jsme se ptali na pohlaví, věk a délku onemocnění. Čtyři probandi ze šesti tvoří muži. Pouze jeden trpí zánětem slinivky břišní více jak dva roky s častými recidivami. Všichni oslovení tvoří skupinu s věkem více jak 45 let. Odpovědi v rozhovorech obou stran jsou velice rozmanité. Rozhovory měly široký okruh otázek, které nám umožnily odpovědět si na položené výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zní, co pacientům dělá největší problém v plnění režimových opatření ohledně pankreatitidy? Dle Kohouta et al. (2007) je základem k uzdravení se a správnému léčebnému režimu důsledné dodržování pankreatické diety, která obsahuje omezení velkého množství potravin, ale i nápojů. Dle autora je vhodné vynechání jak silného čaje, tak i silné kávy. Toto tvrzení se zcela slučuje s tvrzením P4, která odpověděla, že kávu opravdu nemůže, ale dává si jí méně a velice slabou. Dalším opatřením je dodržovat správný pitný režim, který by měl dosahovat až 3l tekutin za den. Při otázce, zda probandi vědí, co mají dodržovat, se o pitném režimu nikdo nezmiňuje. Do režimových opatření také zasahuje přísná abstinence alkoholu, jak uvádí Svačina et al. (2008). Tohoto tvrzení se nedrží dva probandi, a to P3 a P5. Myslíme si, že vynechání alkoholu je u pankreatitidy, ať už akutních nebo chronických, základem k úspěchu její léčby. Mnohdy se ale pacienti, jak uvedly některé sestry v rozhovorech, vrací zpět do léčby pouze kvůli tomu, že podceňují vliv alkoholu na slinivku břišní.

S2 dokonce v rozhovoru uvedla: „*Alkohol je nejtěžší. Někdo si myslí, že jde jen na pár piv a druhý den u nás leží s těžkou pankreatitidou.*“ Většina probandů je schopna odpovědět, co udělali špatně. Odpověděli nám, co je pro ně nejtěžší a co je pro ně nejlépe dodržovat. Pacienti mají informace o tom, co smí nebo naopak nesmí dodržovat. Dokonce nám sestry uvedly, jakou motivaci mají většinou pacienti k uzdravení se, ale 2 probandi uvedli, že mají pankreatitidu s častými recidivami. Většina probandů se přiznala, že mají vědomosti o svém onemocnění, ale nechápou její podstatu. Kde je potom chyba? V nesprávné edukaci nebo v chybném dodržování režimových opatření? Tímto si dokážeme odpovědět už nejen na první výzkumnou otázku, ale i na šestou výzkumnou otázku, jaká je zdravotní gramotnost pacientů. Pacienti mají dostatek informací o správném režimu, ne však všichni jsou schopni je dodržovat. Toto tvrzení je zcela slučitelné s tvrzením Wlochala et al. (2015), který ve svém výzkumu prokázal, že nemocní trpící pankreatitidou mají znalosti o svém onemocnění, ale nedokáží je implementovat do praxe.

Je to snad tím, že zcela nechápou, co se v těle děje při neplnění správných dietních opatření? Dvě sestry uvedly, že pacienti po edukaci jdou do nemocničního obchodu a koupí si něco, co je absolutně při onemocnění slinivky břišní zakázané. Myslíme si, že opravdu pacienti informace mají, ale nejsou schopni je dodržovat. Samozřejmě nejsou všichni tak neukáznění, ale většina pacientů a našich probandů se nedokáže vzdát toho, co měli rádi.

V naší práci jsme se zaměřili na to, jak probíhá edukace z jejich pohledu a z pohledu sester. Dle Krátké (2016) je nejdůležitější při edukaci zdravotní uvědomění člověka. Sestra identifikuje potřeby a navrhuje nějaký způsob řešení jeho problému. Podle sester je těžké edukovat pacienty s pankreatitidou. S1 například uvedla, že některé pacienty edukace vůbec nezajímá. S3 uvedla, že někteří pacienti edukaci velice znevažují a zlehčují. Některé sestry se k problému staví spíše kladně. Hodně rozlišují pacienty podle věku a intelektu. Jedna sestra uvedla, že s některými jde edukace snadněji, protože se chtějí dozvědět co nejvíce a stále se ptají. Na druhou stranu většina probandů odpovídá na otázku, jak probíhalo první edukační setkání, negativně. Většina z nich žádná edukační setkání neměla. Pokud si představíme sestru v běžném pracovním provozu, je pravda, že na edukační setkání nemá mnoho času. Některé probandi odpověděli, že byli edukováni pouze za běhu při podávání léků nebo infuzí. Přitom dle Vévody et al. (2013) je základní složkou edukace čas na pacienta

a aktivní naslouchání. Probandi i sestry zde plně vyvracují autorovo tvrzení. Dvěma respondentům a většině sester chybí při edukaci čas. Někteří probandi dokonce tvrdí, že sestra musí svůj čas rozdělit mezi více pacientů, proto je většinou edukace hodně neefektivní. Probandům také chybí zájem sester o edukaci. Druhou stránkou, na otázku, co probandy nejvíce bavilo při edukaci, hodnotili charakterové vlastnosti sester. Hlavně jejich vzdělanost, trpělivost a ochotu vše vysvětlit. To je zcela v souladu s tvrzením Zacharové (2017), která ve své knize popisuje, jaké by měly být charakterové vlastnosti sester. Podle ní by sestra měla být empatická, trpělivá, vyslechnout monolog pacienta a vyjádřit podporu a poskytnout pomoc.

Do edukace patří edukační konstrukty, jako jsou v našem případě spíše letáčky, brožury a odborná literatura. Pouze dvě sestry odpověděly, že do edukace zahrnují edukační konstrukty formou letáčků. Některé sestry by uvítaly, kdyby mohla edukace probíhat formou prezentace. Dokonce i někteří pacienti by chtěli, aby byl uskutečněn ohledně jejich nemoci a v rámci režimových opatření seminář, který by byl určen pouze pro ně. My si osobně myslíme, že takový seminář by byl určitě přínosem pro obě strany. Z našeho výzkumu je zcela zřetelné, že prezentace v uskutečněných seminářích může posloužit k pochopení nemoci a zároveň může být motivující.

Kdyby byl uskutečněn seminář, sestry by nemusely mít špatné svědomí z toho, že na edukaci s takovým pacientem nemají dostatek času, aby jim vše vysvětlily. Vše by bylo vysvětleno na takovémto setkání. A pacienti by konečně pochopili podstatu jejich onemocnění a proč se má jejich dieta přísně dodržovat. Je pravda, že podle tvrzení sester se pacientům snaží vysvětlit jejich onemocnění, ale kvůli nedostatku času je takováto edukace velice neefektivní a nepřínosná. Existují semináře pro pacienty po totálních endoprotézách kloubů nebo pro pacienty s onkologickým onemocněním, dokonce i pro pacienty s karcinomem pankreatu, ale pro pacienty se zánětem slinivky břišní žádný seminář nebo patientská organizace není.

Důležité pro edukaci je jaké sestry používají metody. Pokud se podíváme do literatury Vetešky (2016), uvidíme tam spoustu výukových metod. Pro sestry bychom mohli vybrat alespoň při práci s pacientem metodu výkladově ilustrativní a dialogickou. Z rozhovorů, které byly uskutečněny, si myslíme, že sestry opravdu takovéto metody využívají. Hodně sester odpovídá, že se snaží pacientům vysvětlit podstatu onemocnění a nechat pacienta, aby sám řekl, jak situaci porozuměl. Myslíme si, že tato metoda je hodně přínosná. Sestra i pacient mají dialog, ve kterém sestra

zjišťuje, kolik znalostí pacient má a pacient se dozvídá maximum o svém onemocnění. Nastává také případ, kdy sestry uvedly, že edukaci převážně provádí lékař. S7 dokonce uvedla, že needukuje vůbec. Pacienti jsou podle ní dostatečně edukováni v gastroenterologických poradnách. To je sice pravda, ale za jak dlouho po uzdravení jdou pacienti do gastroenterologické poradny? A mají tam na ně taktéž dostatek času? Sestry by také zahrnuly do edukace komplikace pankreatitidy, aby pacienti věděli, jak vážné to pro ně může mít důsledky. Cílem edukace sester je, že se pacient vše naučil, chápe onemocnění a dodržuje režimová opatření. Tímto jsme si odpověděli na další výzkumnou otázku.

Další výzkumné otázky zní, co by pacienti a sestry změnili při výuce s pacientem. Zajímalo nás, co by pacienti poradili sestřím při výuce dalších pacientů. Většina probandů odpověděla, aby si na pacienta udělali dostatek času. Lze to ale v běžném provozu a v návalu všech pracovních povinností stihnout? Myslíme si, že takhle hodnotí obě strany průběh edukace. Janáčková a Weiss (2008) zmapovali pár pravidel komunikace s pacientem, přičemž čas k nim neodmyslitelně patří. Neslučuje se to ale s tvrzením probandů.

Edukace je neefektivní, protože na pacienty a edukaci s nimi není dostatek času ani edukačních konstruktů. Pacienti si musejí sami dohledávat informace v odborné literatuře a v článkách na internetu. S3 také doplnila, že by pro pacienty udělala nějaké CD, které by si doma mohl v klidu pustit. Také jsme se ptali na zpětnou vazbu pacientů, některé sestry odpověděly, že u mladších pacientů je složité to, že hodně situaci zlehčují a znevažují, proto je pro ně edukace mnohem těžší. Že se pacient vše naučil, sestry zjišťují většinou tím, že podávají kontrolní otázky nebo se pacienti doptávají sami.

Podle výzkumného šetření se sestrami vyplynulo, že nechtějí ve způsobu edukace nic měnit. Sestry si myslí, že to dělají správně. Připouštějí, že velkým nedostatkem je čas. Ale podle tvrzení některých probandů sestřím chybí nějaká forma edukace. Někteří probandi dokonce doporučují sestřím pro budoucí edukace s jiným pacientem, aby se na jejich setkání lépe připravily. Také jim doporučují, aby měly trpělivost a pevné nervy v budoucím vyučování. To není zrovna pozitivní popis z pohledu probandů. Ano, odpovídali, že sestry jsou vzdělané a mají dobré charakterové vlastnosti, ale je to vše? Když sestra nemá dostatek času ani empatie kam edukace vede? K tomu, že jí pacienti neposlouchají, a tudíž nevedou správně svůj životní styl. Podle Vetešky a Tureckiové (2008) by měl učitel mít základní kompetence

ve vyučování. Mohli bychom to přenést i na činnost sestry edukátorky. Sestry by měly rozpoznat změny situace, stanovit priority, používat široký soubor technik a metod či rozvíjet základní etické postoje. Myslíme si, že většina sester takové hodnoty při vyučování pacientů ani nevnímají.

Poslední výzkumná otázka zněla, jaké bariéry pociťují pacienti i sestry během edukace. To, že sestry na pacienty nemají čas, už víme. Je to bezpochyby největší bariérou edukace ve zdravotnictví. Ale co dalšího brání dobré komunikaci? Jeden proband odpověděl na otázku, co mu nejvíce při edukaci chybělo, a to zájem sestry o něj. Je to až neuvěřitelné, že některé sestry nechápou, jak je pro pacienty projev zájmu velmi důležitý. Myslíme si, že to jim dá největší sílu a podporu v uzdravování. Podle Ptáčka, Bartůňka et al. (2011) jsou v rozhovoru mezi zdravotníkem a pacientem nejdůležitější zásady a kroky v komunikaci. Zdravotník by měl ctít pacienta, měl by si s ním vytvořit důvěru, měl by být ochotný dávat a navodit přátelskou atmosféru. Bohužel tvrzení P5 se neshoduje s tvrzením těchto autorů. Někdy jsme i my měli při rozhovorech a také u některých všeobecných sester pocit, že ony samy se moc edukaci nechtějí nebo neradi věnují. Další otázka zněla, kolik toho pacienti věděli před samotným onemocněním o pankreatitidě. Většina pacientů ani nevěděla, že zánět slinivky břišní existuje. Dle Lukáše (2005) je obrovský vzestup pankreatitidy ve světě. Je to snad tím, že se změnil životní styl lidí. Myslíme si, že hlavně kvůli postupné změně výživových standardů lidstva narůstá riziko zánětů slinivky břišní. A protože je tak prudký nárůst této nemoci, myslíme si, že bychom měli jako zdravotníci apelovat na informovanost populace o této nemoci a její rizika. Potom by byla samozřejmě edukace těchto nemocných mnohem jednodušší. To je obrovská bariéra edukace. Samotné vysvětlení, co se v těle děje, je velice náročným úkolem tak jako vytvoření soukromí pacienta. Podle literatury Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (2009) by soukromí mělo tvořit základ péče a zdravotníci by ji měli respektovat. Jak ale zařídit soukromí při edukaci s pacientem? Někteří probandi uvedli, že jim právě přítomnost ostatních pacientů vadila při edukaci. Pokud neproběhlo žádné edukační setkání a sestry prováděly edukaci „za běhu“, je jasné, že moc soukromí vytvořit nedokázaly. Přitom není nic jednoduššího než požádat pacienta, aby šel např. na vyšetřovací pokoj, kde by mu byla problematika v klidu vysvětlena.

Proband, který byl na JIP, uvedl, že mu vadil hlasitý chod přístrojů. Samozřejmě chod přístrojů je velice obtěžující, ale není bohužel ovlivnitelný. Pro sestry je největší bariérou naopak zájem pacientů o onemocnění. Podle některých tvrzení respondentů, ale zájem o své onemocnění mají. Některé sestry uvedly, že velkým problémem je věk pacientů. Někteří pacienti zlehčují a znevažují edukaci. Myslíme si, že profesionální sestra by měla takové bariéry překonat a zvládnout. Závisejí to na umění komunikace s problémovým pacientem. Této problematice se ve své literatuře věnují Janáčková a Weiss (2008). Nabízí zde rady, jak komunikovat s problémovými pacienty. Také existují i speciální kurzy, kde se takovým problémovým situacím lze vyhnout nebo bezpečně a spolehlivě je zvládnout.

Naším prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější chyby v rámci režimových opatření u pacienta s pankreatitidou. Z naší práce vyplynulo, že podle sester pacienti režimová opatření nedodržují. Hlavně mladí pacienti zlehčují situaci. Z výsledků práce jsme pochopili, že pacienti se zajímají o své onemocnění pouze, když mají velké bolesti a jejich onemocnění je velmi vážné. Pokud prvotní příznaky opadnou, zájem většinou opadá s ním. Někteří pacienti jsou opravdu neukázněni a režimová opatření nedodržují. Problémem je neochota a nedostatek vědomostí, jak onemocnění může skončit.

Druhým cílem bylo zmapovat, jak probíhá edukace pacientů s pankreatitidou v oblasti režimových opatření. Z výzkumného šetření vyplynulo, že edukace probíhá neefektivně a nedostatečně. Sestry na pacienty nemají čas, chybí jim zájem a ochota pacienty v něčem poučit. Podle našeho názoru je edukace pacientů se zánětem slinivky břišní důležitou součástí léčebného procesu. Některé sestry sdělily, že vyučování probíhá při příchodu na pokoj. Opakují opatření celý den, ale stačí to? Myslíme si, že podstata vyučování a posléze dodržování režimových opatření je pochopení podstaty onemocnění. Proč se děje, kde pacienti udělali chybu a jaké může mít následky. Bohužel většina probandů uvedla, že neproběhla žádná edukační setkání. Nějaké setkání, kde by si sestra s pacientem sedla a v klidu si popovídala a nechala prostor na pacientovy otázky. Myslíme si, že v tomhle směru se potřebují všeobecné sestry zlepšit. Rozvrhnout si práci tak, aby měly čas i na pacientovy problémy a potřeby.

Třetím cílem výzkumného šetření bylo zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti pacientů s pankreatitidou. Dozvěděli jsme se, že pacienti nemají žádné znalosti o svém onemocnění. To se odráží právě v dodržování režimových opatření.

Když pacienti neznají význam toho, co mají dodržovat, nedodrží se to nejlépe. Základem by měla být znalost pacientů o svém onemocnění, a tím se dostáváme k poslednímu cíli, zmapovat, jak sestry edukují o onemocnění. Někteří probandi tvrdí, že jim sestra vysvětlí vše potřebné o jejich onemocnění. Problémem je, že se nedostanou k podstatě jejího vzniku a co se v těle děje. Dozvěděli jsme se, že edukace neprobíhá dostatečně a pacienti neznají podstatu svého onemocnění. Myslíme si, že sestra edukátorka by měla znát to, jak umět takovému pacientovi pomoci.

Do výzkumu jsme také zařadili, aplikaci vytvořených výukových materiálů. Šlo nám o to, abychom zjistili, zda by sestřám pomohlo, zda by měly při výuce k sobě nějaký výukový materiál a něco, podle čeho by se mohly při edukaci řídit. Pro aplikaci byla vytvořena brožura a prezentace k semináři pro pacienty. Tato aplikace byla velmi kladně hodnocena. Tři sestry, které byly ochotné s námi spolupracovat, náš projekt kladně ohodnotily a doporučily by jej k využívání při výuce pacientů ohledně režimových opatření. Také jsme do projektu zapojili tři probandy, dva ze tří náš materiál také kladně ohodnotili. Myslíme si, že tento výzkum byl velice dobře přijat a tyto výukové materiály by mohly být dále rozšířeny a využívány v praxi. Dokonce by pro pacienty mohly být vytvořené semináře, a dokonce i nějaká patientská organizace. Takové téma by mohlo být námětem dalšího zkoumání.



## 6 Závěr

K vytvoření této diplomové práce bylo vědomí, jak málo znalostí o svém onemocnění pacienti mají. Pankreatitida je podle našeho názoru velice podceňované onemocnění. Vždyť již v teoretické části uvádíme, jaká je úmrtnost tohoto onemocnění. Problémem je, že v lidské populaci se o tomto onemocnění moc nemluví. V masmédiích a denním tisku ho nenajdete. A přitom to není tak výjimečné onemocnění. Proč se o tomto onemocnění nemluví? Proč neupozornit obyvatelstvo, co dokáže nesprávný životní styl? Myslíme si, že správný životní styl je důležitý při onemocnění infarktem myokardu či obezitě. Naše populace by měla mít podvědomí, alespoň o tom, jak nebezpečný je zánět slinivky břišní. Chtěli jsme zjistit, jak taková edukace probíhá nejen z pohledu všeobecných sester, ale i z pohledu samotných pacientů, kteří onemocněli zánětem slinivky břišní.

Samotné vysvětlení, v čem takové onemocnění spočívá, je velmi náročný proces. Ano, v dnešní době existují letáčky a brožury pro pacienty, odborná literatura či články na internetu. Ale přece jen každý pacient by chtěl onemocnění vysvětlit slovy odborníka. Proto jsme se v této práci zaměřili na to, jak vůbec probíhá taková edukace, kde vidí pacienti a všeobecné sestry trhliny, co je pro ně nejtěžší a co je pro ně největší bariérou v edukaci. V této práci jsme zjistili, že edukace ve zdravotnictví má velké nedostatky. Každopádně čas, který na pacienty absolutně nezbyvá, je největším problémem zdravotnické edukace. Jak mají všeobecné sestry pacienty něco naučit, když není kdy a kde? Myslím si, že všeobecné sestry se snaží edukovat pacienty při každé příležitosti, což potvrdili i někteří probandi, ale stačí to? Měli bychom se zamyslet, zda nevytvořit nějaké edukační semináře pro takové pacienty. Myslím si, že toto téma by mohlo být dále zkoumáno, protože je velmi obsáhlé a myslíme si, že je rovněž tabuizované.

Je alarmující, že některý proband odpověděl, že edukován vůbec nebyl, žádná edukační setkání neproběhla a sestra dokonce potvrdila, že edukaci neprovádí. Být sestrou, která vede pacienty, ať už v primární či sekundární péči, je přece cílem naší profese. Vyučování pacientů je podle nás zodpovědnou aktivitou. A když uvidíme pacienta, kterému jsme pomohli, vysvětlili a nasměrovali správným směrem, je přece znamenitá zkušenost.

Je veliká škoda, že pro pacienty s onemocněním slinivky břišní neexistuje žádná patientská organizace, která by se jim věnovala na 100 %, kde by si mohli s ostatními

sdělovat své vědomosti a zkušenosti, ale také kde by je odborníci nasměřovali na správné režimové opatření. Myslíme si, že by to uvítali nejen pacienti, ale také všeobecné sestry. Chtěli bychom, aby tato práce byla přínosná nejen pro studenty zdravotnických oborů a všeobecné sestry s léty praxe ale také pro pacienty. Myslíme si, že toto téma stojí za to dále ho vědecky prohlubovat a pracovat na něm. Rádi bychom, aby touto prací vznikl recenzovaný článek v odborném časopise, abychom apelovali na nutnost edukace pacientů se zánětem slinivky břišní.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ADPE.V.BAUCHSPEICHELDRÜSENERKRANKTE. © Změněno 24. 7. 2018 11:54. [online]. Bauchspeicheldruese. [cit: 25-07-2018]. Dostupné z: <https://www.bauchspeicheldruese-pankreas-selbsthilfe.de/>
2. ALVLEESKLIERVERENIGING NEDERLAND. © 2016 – 2018. [online]. Alvleeskliervereniging. [cit: 18-14-2018]. Dostupné z: <https://www.alvleeskliervereniging.nl/>
3. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN: 978-80-7013-467-2.
4. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 978-80-7013-467-2.
5. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 752 s. ISBN: 978-80-247-4343-1.
6. BENEŠ, M., 2008. *Andragogika*. Praha: Grada. 136 s. ISBN: 978-80-247-2580-2.
7. BERAN, J. et al., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 144 s. ISBN: 978-80-247-1125-6.
8. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče, 2. díl*. 1. vyd. Praha: Grada. 234 s. ISBN: 978-80-247-5334-8.
9. BURNS, N., GROVE, S., K., GRAY, J. 2015. *Understanding Nursing Research. Building an Evidence- Based Practice*. 6th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier. ISBN: 978-1-4557-7060-1.

10. CLARK, R., C., MAYER, R., E., 2011. *Learning and the science of instruction: proven guidelines for consumers and designers of multimedia learning*. 3rd ed., CA: Pfeifer: San Francisco. ISBN: 978-0470874301.
11. CRAWFORD, P., BROWN, B., BONHAM, P., 2006. *Foundations in Nursing and Health Care: Communication in Clinical Settings*. Cengage Learning EMEA. 157 p. ISBN: 978-0-7487-9716-5.
12. DEMOGRAFICKÁ ROČENKA ČESKÉ REPUBLIKY 2016. *Zemřelí podle podrobného seznamu příčin smrti, pohlaví a věku*. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2018-04-22]. Dostupné z:  
<https://www.czso.cz/documents/10180/45948556/13006717rg05.pdf/da72e26b-32bb-4734-ab9e-fb0778f29f48?version=1.0>
13. DVOŘÁČKOVÁ, J., MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J., 2012. *Patologie- 2. doplněné vydání*. 2. dop. vydání. Praha: Grada. 376 s. ISBN: 978-80-247-3530-6.
14. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
15. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění. Edukace, motivace a opora pacienta*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN: 978-80-271-0461-1.
16. HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. 1. Vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN: 978-80-247-4811-5.

17. HAVLÍČKOVÁ, D., ŽÁRSKÁ, K., 2012. *Kompetence v neformálním vzdělávání*. 1. vyd. Praha: Národní institut dětí a mládeže Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. ISBN 978-80-87449-18-9.
18. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. přeprac. a rozšířené vyd. Praha: Portál. 440 s. ISBN: 978-80-262-0982-9.
19. HERDMAN, T., KAMITSURU, S., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. 1. čes. vyd. Praha: Grada. 464 s. ISBN: 978-80-247-5412-3.
20. HRSTKOVÁ, P., © 2010. *Model Dorothey Elisabeth Oremové*. [online]. Zdraví euro. [cit. 2017-10-12] Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/model-dorothey-elisabeth-oremove-455015>
21. HVOZDOVIČOVÁ, A., STOLINSKÁ, K., © 2010. *Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP*. [online]. Zdraví euro. [cit. 2018-01-16]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-s-akutni-pankreatitidou-na-jip-456654>
22. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál. 136 s. ISBN: 978-80-7367477-9.
23. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2009. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Grada: Praha. 312 s. ISBN: 978-80-247-2436-2.
24. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 80 s. ISBN: 978-80-247-2171-2.
25. KARGES, W., DAHOUK, AL, S., 2014. *Innere Medizin. In 5 Tagen*. 3. überarb. Aufl. Berlin: Springer Berlin. ISBN: 978-3642416170.

26. KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E., 2009. *Základy klinické výživy*. 1. vyd. Praha: Forsapi. 113 s. ISBN: 978-80-87250-05-1.
27. KOHOUT, P., LIŠKOVÁ, M., MENGEROVÁ, O., 2017. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. 1. vyd. Praha: Forsapi. ISBN: 978-80-872-5039-6.
28. KRÁTKÁ, A., 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství. Studijní texty*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN: 978-80-7454-6358.
29. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 176 s. ISBN: 978-80-247-2713-4.
30. KVAPIL, M., 2011. *Edukace správně a nesprávně. Medical Tribune*. Roč. 7, č. 17, str. A6. ISSN: 1214-8911.
31. LUKÁŠ, K. et al., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN: 80-247-1283-0.
32. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 380 s. ISBN: 978-80-247-1787-6.
33. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. et al., 2014. *Chorobné znaky a příznaky. Diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada. 928 s. ISBN: 978-80-247-5067-5.
34. MARAVÍ-POMA, E. et al., 2014. Clasificación Internacional y Multidisciplinaria de la Pancreatitis Aguda: Edición española 2013. *Medicina Intensiva*, 38(4), 211-217. DOI: 10.1016/j.medin.2013.03.013
35. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.

36. MUŽÍK, J., 2011. *Řízení vzdělávacího procesu: andragogická didaktika*. Praha. Wolters Kluwer ČR. 324 s. ISBN: 978-80-7357-581-6.
37. ORAWSKÁ, Ingrid., 2011. *Pacient s akutní pankreatitidou na interním oddělení*. Florence. 2011(2). ISSN: 1801-464X.
38. PAFKO, P. et al., 2008. *Základy speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén. 385 s. ISBN: 978-80-7262-402-7.
39. PALÁN, Z., LANGER, T., 2008. *Základy andragogiky*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 184 s. ISBN: 978-80-86723-58-7.
40. PARAHOO, K., 2014. *NursingResearch: principles, process and issues*. 3rd ed. London: *Palgrave Macmillan*. ISBN: 978-1-137-28126-5.
41. PLAMÍNEK, J., 2010. *Vzdělávání dospělých*. Praha: Grada. 320 s. ISBN: 978-80-247-3235-0.
42. PLEVOVÁ, I, et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN: 978-80-247-3557-3.
43. PRŮCHA, J., 2010. Česká andragogika na vzestupu. *Pedagogická orientace*. 20 (4), 7-26. ISSN: 1805-9511.
44. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2012. *Andragogický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada. 296 s. ISBN: 978-80-247-3960-1.
45. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 528 s. ISBN: 978-80-247-3976-2.
46. RAJKUMAR, N., et al., 2013. Clear Liquid Diet vs Soft Diet as the Initial Meal in Patients With Mild Acute Pancreatitis. *Nutrition in Clinical Practice*. 28(3), 2013. Online ISSN: 1941-2452.

47. RANA, SS, CHAUDHARY, V., SHARMA, R. et al. 2015. Impact of Nasojejunal Feeding on Out come of Patients with Walled Off Pancreatic Necrosis (WOPN) Presenting with Pain: a Pilot Study. *Gastrointestinal Surgery* 19: 1621. doi: org/10.1007/s11605-015-2843-y.
48. SHIVAPPA, N., et al., © 2015. *Dietaryinflammatory index and risk ofpancreaticcancer in anItaliancase–control study*. The British Journal of Nutrition. 2015, 11. 01. [cit: 03-14-2018]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4470878/>
49. SCHEIN, M., ROGERS, P., N., ed. 2011. *Urgentní břišní chirurgie. Schein's Common Sense Emergency Abdominal Surgery*. 1 vyd. Praha: Grada. 448 s. ISBN: 978-80-247-2357-0.
50. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada. 308 s. ISBN: 978-80-247-3130-8.
51. ŠERÁK, M., 2009. *Zájmové vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. 208 s. ISBN: 978-80-7367-551-6.
52. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů. Geragofika, gerontodidaktika*. 1. vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN: 978-80-247-5446-8.
53. ŠPIČÁK, J. et. al., 2017. *Novinky v gastroenterologii a hematologii II*. 1. vyd. Praha: Grada. 320 s. ISBN: 978-80-271-0318-8.
54. ŠPINAR, J., LUDKA, O. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 336 s. ISBN: 978-80-247-4356-1.
55. SVAČINA, Š. et al., 2008. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN: 978-80-247-2256-6.



56. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktuál. vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN: 978-80-7387-785-9.
57. VETEŠKA, J., 2010. *Kompetence ve vzdělávání dospělých. Pedagogické, andragogické a sociální aspekty*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 200s. ISBN: 978-80-86723-98-3.
58. VETEŠKA, J., 2016. *Přehled andragogiky*. 1. vyd. Praha: Portál. 320 s. ISBN: 978-80-262-1026-9.
59. VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M., 2008. *Kompetence ve vzdělávání*. 1. vyd. Praha: Grada. 160 s. ISBN: 978-80-247-1770-8.
60. VETEŠKA, J., VACÍNOVÁ, T. et al., 2011. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých. Andragogika na prahu 21. století*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 208 s. ISBN: 978-80-7452-012-9.
61. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. Vyd. Praha: Grada. 160 s. ISBN: 978-80-247-4732-3.
62. VRÁNOVÁ, D., 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. vyd. Olomouc: ANAG. 184. s. ISBN: 978-80-7263-788-1.
63. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. et al., 2008. *Sociální psychologie*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada. 408 s. ISBN: 978-80-247-1428-8.
64. WEBB, L., 2011. *Nursing: Communication Skills In Practice*. New York: Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-958-272-3.

65. WŁOCHAL, M., SWORA-CWYNAR, E., KARCZEWSKI, J., & GRZYMISŁAWSKI, M. © 2015. *Assessment of nutritional knowledge of patients with pancreatitis*. *Przeгляд Gastroenterologiczny*. 2015, 06.19. [cit. 05.14.2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4697036/>
66. YOKOE, M, et al.,©2015, *Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis*. *Japanese Guidelines 2015*. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2015, 06. 13. [cit. 05-14-2017]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhbp.259/abstract;jsessionid=F9480532E44033FEB2A7B86BB6D02314.f04t01>
67. ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. 552 s. ISBN: 978-80-247-2844-5.
68. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN: 978-80-271-0156-6.
69. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie- teorie a praktická cvičení*. 2. akt. a doplň. vyd. Praha: Grada. 264 s. 978-80-271-0155-9.
70. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN: 978-80-247-4062-1.
71. ZORMANOVÁ, L., 2014. *Obecná didaktika. Pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN: 978-80-247-4590-9.

## 8 Seznam tabulek a obrázků

Tabulka č. 1 Identifikační údaje sester .....	34
Tabulka č. 2 Identifikační údaje probandů .....	35
Tabulka č. 3 Průběh edukace .....	38
Tabulka č. 4 Metody edukace .....	40
Tabulka č. 5 Bariéry edukace .....	41
Tabulka č. 6 Zdravotní gramotnost pacientů dle sester .....	42
Tabulka č. 7 Příčiny a příznaky pankreatitidy .....	43
Tabulka č. 8 Motivace ke změně .....	44
Tabulka č. 9 Průběh edukace dle probandů .....	46
Tabulka č. 10 Bariéry edukace dle probandů .....	48
Tabulka č. 11 Zdravotní gramotnosti dle probandů.....	49
Tabulka č. 12 Projevy onemocnění.....	50
Tabulka č. 13 Identifikace a doporučení sester.....	51
Tabulka č. 14 Identifikace a doporučení probandů.....	51
Schéma č. 1 Způsob výzkumného šetření druhé etapy .....	51

## **9 Seznam příloh a obrázků**

Příloha 1: Rozhovor se sestrami

Příloha 2: Rozhovor s pacienty

## **Příloha 1 - Rozhovor se sestrami**

### **ROZHOVOR S VŠEOBECNOU SESTROU**

#### Identifikační znaky:

Délka praxe

Vzdělání

Pracoviště

#### **A) Jaké jsou nejčastější chyby a problémy v RO u paci. s pankreatitidou?**

1. Co pacientům dělá největší problém? Jaké dělají chyby?
2. Jaká je podle Vás nejčastější příčina této nemoci?
3. S jakými problémy se pacienti vrací?
4. Jak učíte pacienty o správném režimu?
5. Jaké máte zkušenosti s plněním režimových opatření?
6. Co pacienta nejvíce motivuje ke změně?
7. Co byste udělala, aby se vše naučil z Vaší zkušenosti?

#### **B) Jak sestry hodnotí průběh edukace?**

8. Jaké máte zkušenosti s průběhem výuky pacienta?
9. Kde se nejlépe, dle Vaší zkušenosti učí pacienti režimovým opatřením?
10. Kolik času věnujete na edukaci s pacientem?
11. Co byste udělala, aby výuka probíhala lépe a pacient jí lépe porozuměl? Jaké máte zkušenosti?
12. Jaká režimová opatření doporučujete pacientovi s pankreatitidou?

#### **C) jaké metody edukace používá v oblasti režimových opatření?**

13. Co byste zahrнула do průběhu edukace pacienta? Jaký je obsah učiva?
14. Jaké používáte edukační konstrukty ve výuce s pacientem?
15. Jakého cíle chcete dosáhnout při výuce s pacientem?
16. Na co by se z Vašeho pohledu mělo nejvíce zaměřit při edukaci pacientů?

17. Jak vypadá zpětná vazba pacienta?
18. Jakým způsobem zjistíte, že se pacient vše naučil?

**D) Jaké nejčastější bariéry pocítuje sestra při edukaci?**

19. Co vám nejvíce chybí při edukaci?
20. Co ze strany pacientů je největším problémem při edukaci?

**E) Jaká je úroveň zdravotní gramotnosti pacientů s pan. v obl. RO**

21. Jaké informace mají pacienti o svém onemocnění?
22. Jaký projevují zájem o jejich onemocnění?
23. Jaký životní styl pacienti vedou?
24. Vědí pacienti, jakých chyb se dopustili? A jakých?
25. Jaká doporučení pacienti dodržují?

## **Příloha 2 - Rozhovor s pacienty**

### **ROZHOVOR S PACIENTY**

Identifikační znaky:

Věk

Délka onemocnění

Forma akutní x chronická

#### **A) Jaké nejčastější bariéry pociťuje pacient při edukaci?**

1. Co vám při edukaci se sestrou nejvíce chybělo?
2. Jaký projevovala sestra zájem při edukaci?
3. Kolik jste toho o onemocnění věděl při edukaci?
4. Co vás při edukaci nejvíce vyrušovalo? Co Vám vadilo?

#### **B) Jaká je úroveň zdravotní gramotnosti?**

6. Můžete mi, prosím, vyjmenovat, co můžete jíst a pít s Vaším onemocněním?
7. Můžete mi, prosím, vyjmenovat, co nemůžete jíst a pít?
8. Víte, jaká opatření byste měl dodržovat?
9. Co víte o svém onemocnění?
10. Víte, jakých chyb jste se dopustil před svým onemocněním?

#### **C) Jak pacienti hodnotí průběh edukace?**

11. Co Vás sestra učila na Vašem prvním setkání?
12. Jak hodnotíte znalosti sestry, která vás vyučovala?
13. Co sestra dělala, co používala při práci s Vámi?
14. Kolik času na Vás sestra měla?
15. Jakou máte zkušenost s průběhem výuky? Co Vás nejvíce zaujalo, nebo bavilo?
17. Jaká opatření sestra uvedla, která byste měl dodržovat?
18. Co byste poradil sestře při výuce s dalším pacientem?

19. Měl jste dostatek informací? Dohledával jste někde ještě nějaké informace? Kde?

20. Jaké jste měli na sestru otázky? Dala Vám možnost se ptát?

**D) Samotné onemocnění**

20. Co je pro Vás nejtěžší dodržovat?

21. Co je pro Vás nejlehčí dodržovat?

22. Jaký průběh mělo vaše onemocnění? Jak to začalo?



## 10 Seznam zkratek

- CRP- C- reaktivní protein- zánětlivý marker
- CT- počítačová tomografie
- ERCP- Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
- IZ- Identifikační znaky
- JIP OO- intenzivní péče operačních oborů
- MODS- Syndrom multiorgánové dysfunkce
- MOF- Syndrom multiorgánového selhání
- NPO- NicPerOS
- PCT- Prokalcitonin- bílkovin