

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Hana Berková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Hana Berková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

EDUKACE PACIENTA SE ZÁNĚTEM SLINIVKY BŘIŠNÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Helena Layerová

PLZEŇ 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Heleně Layerové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, připomínek a materiálních podkladů a v neposlední řadě za psychickou podporu během celého studia.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Berková Hana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace pacienta se zánětem slinivky břišní

Vedoucí práce: Mgr. Helena Layerová

Počet stran – číslované: 75

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 15

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: akutní pankreatitida, výživa, edukace

Souhrn:

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na zjištění úrovně informovanosti, edukace, pacientů se zánětem slinivky břišní.

V teoretické části je stručně popsána anatomie a fyziologie slinivky břišní jako základ pro pochopení patofyziologie nemoci. Dále popisuje příčiny, průběh, diagnostiku a léčbu akutní a chronické pankreatitidy, včetně jejich komplikací. Samostatné kapitoly jsou věnovány výživě pacientů s pankreatitidou, ošetrovatelskému procesu a v neposlední řadě edukaci pacienta.

Praktická část popisuje získaná data od pacientů týkající se jejich informovanosti v oblasti nemoci, dietních a režimových opatření, způsobu získání informací a efektu edukační výchovy na změnu jejich životního stylu a postoje ke zdraví.

Tato získaná data byla využita a zohledněna při tvorbě edukačního materiálu pro pacienty se zánětem slinivky břišní.

ANNOTATION

Surname and name: Berková Hana

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Education of patients with inflammation of the pancreas

Consultant: Mgr. Helena Layerová

Number of pages – numbered: 75

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 15

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 29

Keywords: acute pancreatitis, nutrition, education

Summary:

In my thesis I focus on finding the level of information, education, patients with inflammation of the pancreas.

In the theoretical part is briefly describes the anatomy and physiology of the pancreas as a basis for understanding the pathophysiology of the disease. It also describes the causes, course, diagnosis and treatment of acute and chronic pancreatitis, including their complications. Separate chapters are devoted to nutrition in patients with pancreatitis, the nursing process and ultimately education of the patient.

The practical part describes the acquired data from patients related to their awareness in the field the disease, of dietetic and of regime measures, method of obtaining of information and effect of education at change their lifestyles and attitudes to health.

But this received data were used and taken into account in the creation of educational materials for patients with inflammation of the pancreas.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SLINIVKY BŘIŠNÍ	12
1.1 Stavba a uložení slinivky břišní	12
1.2 Sekreční činnost slinivky břišní	12
1.2.1 Exokrinní činnost.....	12
1.2.2 Endokrinní činnost.....	12
1.3 Vývody pankreatu	13
2 AKUTNÍ PANKREATITIDA.....	14
2.1 Klasifikace akutní pankreatitidy	14
2.2 Epidemiologie akutní pankreatitidy.....	14
2.3 Patofyziologie a etiologie akutní pankreatitidy	15
2.3.1 Patofyziologie AP.....	15
2.3.2 Etiologie AP	15
2.4 Klinický obraz a diagnostika	15
2.4.1 Klinický obraz	15
2.4.2 Diagnostika.....	16
2.5 Léčba akutní pankreatitidy.....	17
2.5.1 Léčba lehké, edematózní formy AP	17
2.5.2 Léčba těžké, nekrotizující formy AP	17
2.6 Komplikace akutní pankreatitidy.....	18
2.6.1 Místní komplikace	18
2.6.2 Celkové komplikace	18
3 CHRONICKÁ PANKREATITIDA	20
3.1 Klasifikace chronické pankreatitidy	20
3.2 Epidemiologie chronické pankreatitidy	21

3.3	Klinický obraz a diagnostika	21
3.3.1	Klinický obraz	21
3.3.2	Diagnostika.....	22
3.4	Léčba chronické pankreatitidy.....	23
3.4.1	Konzervativní léčba.....	23
3.4.2	Endoskopická léčba	23
3.4.3	Chirurgická léčba.....	24
4	VÝŽIVA PŘI ZÁNĚTECH SLINIVKY BŘIŠNÍ	25
4.1	Parenterální a enterální výživa při zánětech slinivky břišní	25
4.1.1	Parenterální výživa	25
4.1.2	Enterální výživa.....	26
4.1.3	Využití parenterální a enterální výživy v praxi	27
4.2	Dietní opatření při zánětech slinivky břišní.....	27
4.2.1	Dietní opatření při akutní pankreatitidě.....	28
4.2.2	Dietní opatření při chronické pankreatitidě.....	28
5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÝCH SE ZÁNĚTEM SLINIVKY BŘIŠNÍ.....	30
5.1	Posouzení pacienta s pankreatitidou	30
5.2	Diagnostika, plánování a realizace	31
5.2.1	Aktuální ošetřovatelské diagnózy u pacientů s pankreatitidou	32
5.2.2	Potenciální ošetřovatelské diagnózy u pacientů s pankreatitidou	32
5.2.3	Plánování v ošetřovatelském procesu u pacientů s pankreatitidou	33
5.2.4	Realizace ošetřovatelského procesu u pacientů s pankreatitidou	33
5.3	Zhodnocení	34
6	EDUKACE.....	35
6.1	Komunikace v procesu edukace.....	35
6.2	Zásady edukace.....	36

6.3	Edukační proces	36
PRAKTICKÁ ČÁST		38
7	FORMULACE PROBLÉMU	39
8	CÍL VÝZKUMU	39
8.1	Hlavní cíl.....	39
8.2	Dílčí cíle.....	39
9	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	40
10	METODA SBĚRU DAT	40
11	ORGANIZACE VÝZKUMU.....	41
12	ANALÝZA ÚDAJŮ.....	42
13	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	65
13.1	Cíl 1.....	65
13.2	Cíl 2.....	67
13.3	Cíl 3.....	68
13.4	Cíl 4.....	69
14	DISKUSE – DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	72
ZÁVĚR.....		75
SEZNAM LITERATURY		
SEZNAM ZKRATEK		
SEZNAM GRAFŮ		
SEZNAM PŘÍLOH		

ÚVOD

Ve své bakalářské práci s názvem Edukace pacienta se zánětem slinivky břišní se zabývám problematikou pacientů s tímto onemocněním. Během své dosavadní praxe jsem s nimi často přicházela a přicházím do kontaktu, s některými opakovaně.

Zánět slinivky břišní, akutní pankreatitidu, řadíme svým průběhem mezi náhlé příhody břišní. Její výskyt v populaci má v dnešní době spíše vzestupnou tendenci, kterou lze spojit se zvýšenou konzumací alkoholu a špatnými stravovacími návyky, hlavně pak se zvýšeným obsahem živočišných tuků ve stravě. Onemocnění probíhá od lehké formy, přes středně těžkou až těžkou, nekrotizující formu a jeho následky mohou končit smrtí pacienta. Dnešní, moderní medicína toto onemocnění umí celkem úspěšně léčit, ale je k tomu zapotřebí spolupráce pacienta. V tomto ohledu má svou nezastupitelnou roli sestra, a to jak při diagnostice onemocnění, tak v ošetrovatelské péči a léčbě, ale hlavně v oblasti edukace. Edukace je zaměřena převážně na změnu stravovacích návyků a měla by vést pacienty k celkové změně životního stylu.

Cílem mé bakalářské práce bylo tedy zmapovat znalosti pacientů se zánětem slinivky břišní. Zaměřila jsem se na informace, které mají pacienti o průběhu svého vlastního onemocnění, o dietních a režimových opatřeních a na to, zda jsou podávány informace dostačující a vedly pacienty ke změně životního stylu.

Teoretická část práce popisuje stručně anatomii a fyziologii slinivky břišní, protože uložení a funkce slinivky jsou důležité pro pochopení důsledku onemocnění. Dále je popsán klinický obraz, diagnostika a léčba onemocnění. Součástí teoretické části je také výživa a ošetrovatelská péče, od které se odvíjí oblasti edukace pacienta.

Praktická část je zaměřena přímo na problematiku pacienta s pankreatitidou. K tomuto účelu jsem vytvořila dotazník, ve kterém zjišťuji, jaké jsou znalosti pacientů o jejich onemocnění, výživě a režimových opatřeních s ním spojeným, i zda edukace vedla ke změně v jejich životě. Dotazník jsem osobně rozdala nebo zaslala poštou pacientům hospitalizovaným na I. interní klinice v období od ledna 2012 do prosince 2013.

Zjištěné údaje jsem použila při tvorbě edukačního materiálu pro pacienty s pankreatitidou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SLINIVKY BŘIŠNÍ

1.1 Stavba a uložení slinivky břišní

Slinivka břišní neboli pankreas je laločnatá žláza uložená v dutině břišní v oblouku dvanáctníku, probíhající retroperitoneálně mezi žaludkem a zadní stěnou břišní. Má protáhlý, relativně úzký tvar, který je v oblasti duodena rozšířený. Je dlouhá 12-16cm, široká 5-2cm a její hmotnost je uváděna mezi 60-90g. Pankreas lze rozdělit na 3 části: hlavu (caput), tělo (corpus) a zúžený konec, ocas (cauda pancreatis). Stavba slinivky odpovídá její funkci, jde o žlázu s vnitřní a vnější sekrecí (Dylevský, 2009, s. 336; Merkunová, Orel, 2008, s. 137; Grim, Druga a kol., 2005, s. 49).

1.2 Sekreční činnost slinivky břišní

1.2.1 Exokrinní činnost

Exokrinní tkáň slinivky má stavbu jako slinné žlázy, na povrchu je krytá jemným vazivovým pouzdem. Pouzdro do hloubky žlázy vytváří přepážky, které dělí hmotu žlázy na lalůčky vystlané buňkami produkujícími pankreatickou šťávu (Dylevský, 2009, s. 336; Grim, Druga a kol., 2005, s. 49,50).

Pankreatická šťáva má silně zásaditou reakci, danou přítomností bikarbonátů. Zajišťuje neutralizaci kyselé žaludeční tráveniny. Pankreatická šťáva obsahuje řadu enzymů, mezi které patří např. alfa-amyláza (pokračující v trávení škrobů), lipázy (společně se žlučí odštěpují mastné kyseliny) nebo proteolytické enzymy (trypsinogen, chymotrypsinogen, prokarboxypeptidáza – zajišťující následné štěpení bílkovin, aktivovány jsou ve střevě) a nukleázy (štěpí nukleové kyseliny).

Sekrece pankreatické šťávy je řízena dvojím způsobem, jednak nepodmíněnými reflexy, jednak humorálně. Nepodmíněná reflexní sekrece začíná příchodem potravy do dutiny ústní, což vyvolá tvorbu většího množství šťávy s vysokým obsahem enzymů. Humorální řízení zajišťují hormony sekretin (zvyšuje objem pankreatické šťávy a množství bikarbonátu), cholecystokinin (zvyšuje množství enzymů) a gastrin uvolněný ze žaludku, který podporuje sekreci šťávy před příchodem tráveniny do dvanáctníku (Merkunová, Orel, 2008, s. 138).

1.2.2 Endokrinní činnost

Endokrinní tkáň slinivky břišní je tvořena 1-2 milióny Langerhansových ostrůvků. Ostrůvky mají rozdílnou velikost (0,1-0,5mm), uložení i tvar. Největší počet je uložen

v ocasu. Ostrůvky jsou tvořeny trámci buněk čtyř typů. Buňky A (alfa) vylučují hormon glukagon, buňky B (beta) tvoří inzulín, buňky D (delta) produkují somastatin a gastrin a buňky F pankreatický polypeptid (PP). Pankreatické hormony jsou odváděny krevními vlásečnicemi probíhajícími mezi trámci (Dylevský, 2009, s. 336; Grim, Druga a kol., 2005, s. 50).

Sekrece inzulínu je ovlivněna hladinou krevního cukru, tvoří se ho asi 50 jednotek denně. Inzulín usnadňuje vstup glukózy do buněk, posiluje tvorbu glykogenu v játrech, dále stimuluje proteosyntézu a stimuluje tvorbu tuku. Působí v játrech, svalové a tukové tkáni. Jeho nadbytek vede k hypoglykémii, nedostatek naopak k hyperglykémii. Sekrece glukagonu je ovlivněna řadou faktorů, např. se zvyšuje při hypoglykémii a stresu. Účastní se v játrech štěpení glykogenu na glukózu, působí na tvorbu glukózy z aminokyselin, uvolňuje mastné kyseliny z tukové tkáně nebo zvyšuje tvorbu ketolátek v játrech. Somastatin ovlivňuje tvorbu inzulínu, glukagonu i pankreatického polypeptidu. Jeho sekrece je řízena stejnými podněty jako sekrece inzulínu a cholecystokininem (Trojan a kol., 2003, s. 487-489).

1.3 Vývody pankreatu

Vývody slinivky břišní začínají mezi buňkami lalůček, postupně se spojují a ústí do hlavního pankreatického vývodu (ductus pancreaticus, Wirsungův vývod). Probíhá osou pankreatu a je silný 2-4mm. Začíná v ocasu, v těle na něj navazují další lobulární vývody a ze slinivky vystupuje na zadní ploše hlavy. Slinivka má vytvořený i přídatný vývod (ductus pancreaticus accesorius), který je kratší a odvádí pankreatickou šťávu z oblasti hlavy (Dylevský, 2009, s. 336; Grim, Druga a kol., 2005, s. 51).

Hlavní vývod slinivky společně s ductus choledochus ústí na papilla duodeni major (Vaterská papila) do dvanáctníku. Vyústění je možné několika způsoby. Nejčastěji ve tvaru písmene Y, kdy mají několik milimetrů dlouhý společný kanál, nebo ve tvaru písmene V. Třetím způsobem je vyústění ve tvaru písmene U, kdy choledochus a Wirsungův vývod ústí na Vaterské papile odděleně. Vyústění je opatřeno Oddiho svěračem, jehož svalovina vytváří strukturu čtyř svěračů, z nichž dva obkružují choledochus, jeden pancreaticus a jeden oba vývody v ústí (orificiu). Pankreatický svěrač zabraňuje vniknutí žluči do pankreatického vývodu. Přídatný vývod slinivky ústí do duodena asi 2cm nad Vaterskou papilou na papilla duodeni minor (Grim, Druga a kol., 2005, s. 51; Špičák, 2005, s. 45-46).

2 AKUTNÍ PANKREATITIDA

2.1 Klasifikace akutní pankreatitidy

Akutní pankreatitida (dále jen AP) je akutní zánětlivé onemocnění slinivky břišní, které svým průběhem řadíme mezi náhlé příhody břišní. Ke stanovení závažnosti onemocnění se používá Atlantská klasifikace, která definuje na základě přítomnosti komplikací, orgánového selhání, krvácení a metabolických a koagulačních poruch lehkou a těžkou formu AP.

Lehká, edematózní pankreatitida je typická vznikem zánětlivého intersticiálního edému žlázy, bez tvorby nekrotů nebo jen s mikroskopickými okrsky nekrózy. Je spojena s minimální orgánovou dysfunkcí a probíhá bez komplikací.

Těžká, hemorhagicko-nekrotizující forma pankreatitidy je naopak nejtěžší forma poškození pankreatu. Dochází při ní na základě uvolnění pankreatických enzymů a změně propustnosti pankreatických vývodů k samonatrávení žlázy. Tvoří se nekrotická ložiska. Je provázena orgánovým selháním (šok, plicní insuficience, renální selhání, gastrointestinální krvácení, DIC, sepse) a/nebo je komplikovaná vznikem pankreatického abscesu či pseudocysty (Klener, 2001, s. 511; Kostka, 2011, online).

2.2 Epidemiologie akutní pankreatitidy

Výskyt AP se liší podle sledované geografické oblasti i podle časového období, ve kterém byl sledován. Rozdíly jsou dány spotřebou alkoholu a výskytem cholelithiázy ve sledovaných geografických oblastech, rozdílem v diagnostice a klasifikaci onemocnění. Incidence AP (tj. počet nových případů na 100 000 obyvatel /rok) je podle posledních studií kolísavá, spíše však mírně stoupá. Ve Střední Evropě se pohybuje mezi 15-25 případy /100 000 obyvatel /rok, v severských zemích dosahuje téměř 50. Incidence recidiv je výrazně vyšší než první ataky. S ohledem na pohlaví je výskyt AP častější u mužů, a to s převahou ethylické etiologie. Obecně nejčastější je výskyt AP biliární etiologie (Špičák, 2005, s. 70-71; Kostka, 2011, online).

Mortalita AP je ovlivněna průběhem, příčinou i věkem pacienta, svoji roli hraje i diagnostika a kvalita léčebné péče. Příčinou smrti jsou nejčastěji komplikace samotného onemocnění. Mortalita se pohybuje mezi 1-2% u lehké formy pankreatitidy a 30-70% u infikované nekrotizující pankreatitidy, vyšší procento je spojeno s přítomností komplikací, např. šok, sepse nebo DIC (Zazula, Wohl, 2005, s. 147).

2.3 Patofyziologie a etiologie akutní pankreatitidy

2.3.1 Patofyziologie AP

Patofyziologický děj vzniku AP nelze jednoznačně vysvětlit. Na začátku zánětlivého procesu jde o poškození acinární buňky, kdy předčasnou aktivací trávicích enzymů v buňce dochází k jejímu samonatravení, což vede k edému a ischemii a následně ke vzniku nekróz. Zánět se šíří žlázou a dále do jejího okolí (Klener, 2001, s. 512; Kostka, 2011, online).

2.3.2 Etiologie AP

Podle etiologie dělíme pankreatitidu na biliární, ethylickou a idiopatickou. Biliární pankreatitida je nejčastější, její příčinou je cholelithiáza (50-60%). Příčinou ethylické je abusus alkoholu, z celkového počtu pankreatitid tvoří 20-40%, idiopatická pankreatitida vzniká z neznámé příčiny a její četnost kolísá mezi 10-30%.

Další příčina vzniku AP je iatrogenní, po operacích či výkonech v blízkosti slinivky nebo endoskopických výkonech (po ERCP se udává až 5%). Mezi další, vzácněji se vyskytující etiologie se řadí léková (Azathioprin, cytostatika), anomálie pankreatu, penetrovaný peptický vřed, různé typy infekce (virové, bakteriální, mykózy), nádory, otravy, traumata či metabolické a hormonální poruchy (Zazula, Wohl, 2005, s. 148; Kostka, 2011, online).

2.4 Klinický obraz a diagnostika

Diagnostika AP se opírá o klinický obraz nemocného a výsledky laboratorních a zobrazovacích vyšetření.

2.4.1 Klinický obraz

Charakteristickým příznakem je velmi intenzivní bolest v oblasti středního epigastria (okolo pupku) s propagací do podžebří, podbřišku a zad. Nemá kolikovitý charakter, je provázena nauzeou, zvracením, palpačně vzednutým břichem s přítomností peritoneálního dráždění, poslechově je patrná porucha pasáže až paralytický ileus. Na břišní stěně mohou být přítomny subkutánní hematomy v okolí pupku (tzv. Cullenovo znamení) nebo fialové skvrny v hypogastriu a tříselech (Greyovo-Turnerovo znamení) v důsledku prosakování krve z retroperitonea. Při biliární etiologii AP jsou běžným příznakem febrilie s třesavkou a rozvoj subikteru až ikteru. U velmi těžkých forem se projevují známky oběhového selhání a šoku – známky hypovolémie, hypotenze,

tachykardie a dušnost, dochází k rozvoji orgánového selhání (Klener, 2001, s. 512; Zazula, Wohl, 2005, s. 148).

2.4.2 Diagnostika

Diagnózu AP potvrzují s ohledem na klinický obraz i výsledky laboratorních vyšetření a zobrazovacích metod.

Základním laboratorním vyšetřením je stanovení hladiny pankreatických enzymů. Vyšetřuje se hladina amylázy v séru a moči, jejíž hodnota při AP je nejméně trojnásobná, specificky je zvýšená hladina izoenzymu P (pankreatický) a hladina pankreatické lipázy. K určení tíže AP je vhodné i vyšetření hladiny TAP (peptidu aktivujícího trypsinogen) a CAPAP (peptidu aktivujícího karboxypeptidázu B). Ze standardních laboratorních metod se užívá stanovení hladiny minerálů, hlavně kalcia a kalia, kdy pokles kalcémie je daný vznikem nekrotické tukové tkáně a hladina kalémie je zpočátku nižší v souvislosti se zvracením a později stoupá s rozvojem nemoci. Dalšími ukazateli jsou zvýšená bilirubinémie, zvýšené hodnoty alkalické fosfatázy a aminotransferáz. Při rozsáhlém poškození slinivky je přítomna hyperglykémie a glykosurie. U AP provázené hypovolemickým šokem je zvýšený hematokrit, při poruše funkce ledvin se zvyšuje i hladina urey a kreatininu. V krevním obraze je typická leukocytóza. Ze zánětlivých parametrů se vyšetřuje hladina CRP a hladina prokalcitoninu, jehož pozitivita svědčí pro infekci (bakteriální, mykotickou nebo parazitární). Ke stanovení závažnosti onemocnění přispívá stanovení hladiny PSP (specifické pankreatické bílkoviny).

Při diferenciální diagnostice je v akutní fázi onemocnění nutné odlišit AP od perforace peptického vředu, infarktu myokardu spodní stěny, cévních uzávěrů arteria mesenterica a biliární koliky (Klener, 2001, s. 512-513; Zazula, Wohl, 2005, s. 149).

Základní zobrazovací metodou je ultrasonografie břicha k rozpoznání cholecystolithiázy. V odlišení edematózní a nekrotizující AP je zásadní CT vyšetření břicha s podáním kontrastní látky, kdy při zjištění nekrotické tkáně je možná i její punkce s odběrem vzorku na mikrobiologické vyšetření. Při podezření na akutní biliární pankreatitidu je indikováno ERCP, které umožňuje zhodnotit průchodnost žlučových cest a oblast Vaterské papily. ERCP je nejen diagnostickým vyšetřením, ale i možnou léčebnou metodou. Nativní RTG vyšetření břicha má význam při stanovení paralytického ileu a k vyloučení perforace trávicí trubice. Z dalších metod lze užít i MR-cholangiopankreatografii k vyšetření biliárního systému nebo angiografii k odhalení cévních komplikací (Klener, 2001, s. 513; Zazula, Wohl, 2005, s. 148-149).

2.5 Léčba akutní pankreatitidy

Postup léčby AP se odvíjí od jejího průběhu. Základní terapeutická opatření zahrnují hospitalizaci, monitorování a hodnocení klinického stavu pacienta, léčbu bolesti, dostatečnou hydrataci a úpravu elektrolytů, včetně nutriční podpory, dále antibiotickou léčbu, endoskopickou a chirurgickou léčbu a léčbu komplikací.

2.5.1 Léčba lehké, edematózní formy AP

Průběh lehké AP nevyžaduje intenzivní péči, nemocní jsou hospitalizováni na standardním oddělení s monitorováním základních životních funkcí a sledováním bilance tekutin. Nutná je náhrada tekutin a minerálů a analgetická léčba. Po odeznění potíží, ústupu bolesti a úpravě střevní pasáže, je možný perorální příjem potravy.

2.5.2 Léčba těžké, nekrotizující formy AP

U těžké AP je naproti tomu nutná hospitalizace na JIP nebo ARO. V léčbě těžké AP je nezbytná agresivní náhrada tekutin pro hypovolemii a úprava rozvratu minerálového a vnitřního prostředí. Používají se krystaloidní, ale i koloidní roztoky.

V první fázi onemocnění je nedílnou součástí terapie léčba bolesti. Z pravidla se podávají opiátová analgetika, např. Tramadol, morfinové preparáty nejsou doporučovány pro riziko zakrytí závažných břišních komplikací. Stejně nevhodná jsou spasmolytika, která mohou zhoršit průběh paralytického ileu. Naopak vhodnou metodou je epidurální analgezie.

S ohledem na orgánové selhávání je velmi důležitá monitorace pacienta. Jak jeho klinického stavu, tak fyziologických funkcí včetně centrálního žilního tlaku (CVP), bilance příjmu tekutin a diurézy, krevních plynů i intraabdominálního tlaku (IAP), jehož zvýšení souvisí s rozvojem multiorgánového selhání. Samozřejmostí je i podpora selhávajících systémů – podpora oběhu katecholaminy, oxygenoterapie, ev. UPV (podpora dýchání), hemodialýza ad.

Terapeuticky významné je zajištění energetické rovnováhy. U těžké AP zpočátku nutriční potřebu pacienta zajišťuje parenterální výživa, vždy je ale snaha o co nejčasnější zavedení enterální výživy s využitím nasojejunální sondy. Nasogastrická sonda má spíše efekt pro symptomatickou úlevu při poruše střevní pasáže. Téma nutriční podpory je popsáno v kapitole výživa.

Podle studií prováděných v posledních desetiletích se liší názor na podávání antibiotické profylaxe. Různé studie popisují její vliv na snížení mortality, ale na snížení výskytu infekčních komplikací prokázán nebyl. Proto se v současnosti nedoporučuje podávat

antibiotickou profylaxi rutinně. Naopak pro pacienty s přetrvávajícím oběhovým selháváním, s nekrotickou pankreatitidou s vysokým CRP a těžkým klinickým průběhem nebo u pankreatitidy traumatické a post-ERCP etiologie se doporučuje. Nejeefektivnějšími jsou v takovém případě meropenem, imipenem, chinolony, cefoperazon nebo ciprofloxacin s metronidazolem. Profylaktická léčba by měla trvat 2 týdny.

Při biliární etiologii je indikovaná endoskopická léčba. ERCP a papilosfinkterotomie jsou léčebným zákrokem odstraňujícím obstrukci žlučových cest nikoli léčbou vlastní pankreatitidy. K chirurgické léčbě se přistupuje při infikované nekróze a některých dalších komplikacích AP. Chirurgický přístup je buď laparoskopický nebo laparotomický. Z možných prováděných chirurgických výkonů jde o nekrektomie, zavádění stentů, různé typy drenáží, resekce pankreatu a další (Zazula, Wohl, 2005, s. 150-151; Kostka, 2011, online; Špičák, 2010, online).

2.6 Komplikace akutní pankreatitidy

Následkem AP mohou být lokální, místní nebo celkové, orgánové komplikace.

2.6.1 Místní komplikace

Mezi místní komplikace pankreatitidy patří nekróza, pseudocysta pankreatu nebo pankreatický absces.

Nekróza pankreatu je charakterizována přítomností neživého parenchymu, vyvíjí se během prvních dnů od počátku onemocnění. Takovou nekrózu označujeme jako sterilní. Tato nekróza se asi ve 40 až 70% případů může v průběhu několika týdnů infikovat střevními bakteriemi, pak mluvíme o tzv. infikované nekróze, jejíž mortalita je až 25%.

Pseudocysta pankreatu je opouzdřené nahromadění pankreatického sekretu nebo i zánětlivých nečistot. Stěnu tvoří fibrózní nebo granulační tkáň, vyvíjí se až 4 týdny a vyskytuje se přibližně u 20 % případů AP. Pseudocysta se může šířit do okolních orgánů a může dojít i k její spontánní ruptuře. Naproti tomu akutní kolekce tekutiny se může objevit v časně fázi onemocnění a není ohraničena.

Pankreatický absces je ohraničené ložisko hnisu, a to uvnitř nebo v blízkosti slinivky břišní. Mohou se tvořit píštěle a/nebo dojít k šíření infekce (Zazula, Wohl, 2005, s. 147; Amerine, 2007, s. 48).

2.6.2 Celkové komplikace

Orgánové komplikace provázejí poměrně často těžké formy AP. Postihují systém respirační, kardiovaskulární, gastrointestinální i renální, může dojít k rozvoji sepse a šoku.

Aktivace pankreatických enzymů a akutní zánětlivá reakce u AP může mít za následek nejen vznik pleurálního výpotku, hypoxemie a atelektázy, ale i vést k rozvoji syndromu akutní respirační tísně (ARDS), který je projevem poškození kapilární membrány alveolů. Ztráta tekutin a deficit intravaskulárního objemu při AP může vést k hypovolemii. Vážnou komplikací AP je také krvácení do gastrointestinálního traktu, které se může vyskytnout i v souvislosti s varixy, peptickým vředem nebo erozemi. U AP rozvoj hypovolemie, šoku, a tím i snížené renální perfúze, vede až k akutnímu selhání ledvin. V důsledku nekrotizující pankreatitidy nebo při pankreatickém abscesu může dojít k rozvoji těžké sepse nebo septického šoku, které následně mohou vést až k syndromu multiorgánové dysfunkce (MODS). Mezi další komplikace provázející AP patří žilní trombózy dolních končetin a pánevních plexů, které ve svém důsledku mohou vést k dalším tromboembolickým příhodám. Při systémových zánětlivých reakcích je vážným rizikem vznik disseminované intravaskulární aktivity (DIC), při které dochází k aktivaci cytokinů, srážení krve a následně k rozpadu (lýze) sraženin (Klener, 2001, s. 515; Amerine, 2007, s. 48).

3 CHRONICKÁ PANKREATITIDA

Chronická pankreatitida (dále jen CHP) je trvale zhoršující se onemocnění, při kterém dochází zánětlivým procesem ke změně funkčního parenchymu žlázy na vazivo. Tyto fibrózní změny jsou ireverzibilní, nevratné, a vedou ke vzniku exokrinní, následně i endokrinní, nedostatečnosti slinivky. V pokročilých stádiích je proto u CHP přítomný diabetes mellitus.

3.1 Klasifikace chronické pankreatitidy

Chronickou pankreatitidu můžeme klasifikovat podle etiologie, morfologie nebo patogeneze. Častěji užívanou klasifikací v současné době je etiologická klasifikace TIGARO.

T popisuje příčiny toxicko-metabolické formy CHP, kam patří alkoholická pankreatitida, pankreatitida při chronické urémii nebo hypertriglyceridémii (dyslipidémii), či pankreatitida vyvolaná léky nebo toxiny. I označuje formu idiopatickou, cca 10% případů, kterou dle klinických příznaků dále dělíme na formu mladistvých (20-25 let), která je výrazně bolestivá a formu starších osob, kdy průměrný věk pacientů je 50 let a prvním příznakem je exokrinní pankreatická nedostatečnost. U G, genetické formy pankreatitidy, je přítomná genetická aberace pro kationický trypsinogen (PSSR1, proteáza sarine 1), s prokázanými mutacemi (R122H nebo N211). Dalším faktorem genetické formy CHP je nález SPINK 1 genu a jeho mutace, hrající roli v autoaktivaci trypsinogenu. Autoimunní forma CHP, označena I, se odlišuje histologickým obrazem. Typickým nálezem pro odlišení od jiných typů či nádoru je přítomnost protilátek – revmatoidního faktoru (RF), protilátek proti pankreatickým vývodům a proti hladkým svalům. Skoro vždy je tato forma spojena s jiným autoimunním onemocněním. Písmeno R, v klasifikaci TIGARO, je označením pro rekurentní, recidivující formu CHP. Ta se vyznačuje bolestivými atakami s podobným průběhem jako AP, kdy dochází k vazivové přestavbě žlázy. Příčinou bývá např. dysfunkce Oddiho svěrače, která se klinicky projevuje epigastrickou bolestí s krátkodobým zvýšením pankreatických enzymů v krvi. Podstatou obstrukční formy CHP, písmeno O, je porucha odtoku pankreatické šťávy v důsledku stenóz vývodných cest slinivky. Obstrukce je způsobena např. kameny, zjizvením nebo nádorem slinivky (Navrátil a kol., 2008, s. 279; Dítě, Novotný, 2008, s. 17-18).

Chronická pankreatitida se na základě morfologických změn dělí na čtyři typy: kalcifikující pankreatitidu (kalcifikace vznikají ve vývodech i v intersticiu žlázy), chronickou obstrukční pankreatitidu (vzniká bloádou odtoku pankreatické šťávy, po

odstranění příčiny může dojít k ústupu morfologických změn), difúzní zánětlivou pankreatitidu (vzácná forma) a primární pankreatickou fibrózu (bezpříznaková forma ve stáří nebo u alkoholiků před rozvojem alkoholické CHP) (Denemark, 2011, online).

3.2 Epidemiologie chronické pankreatitidy

Celosvětově osob s CHP mírně narůstá, její incidence dosahuje 4-5 nových případů na 100 tisíc obyvatel za rok. V České republice je uváděna incidence 7,9. V Evropě je nejvyšší incidence paradoxně v zemích s prohibicí, Dánsko, Finsko, kde činí 23, nejnižší je naopak ve Švýcarsku. Na výskyt nemoci mají vliv dietní návyky, hlavně pak zvýšená konzumace alkoholu (cca u 80% mužů s chronickou pankreatitidou je prokázán abusus alkoholu). Svoji roli ve výskytu hrají i genetické faktory (Dítě, Novotný, 2008, s. 17; Denemark, 2011, online).

3.3 Klinický obraz a diagnostika

3.3.1 Klinický obraz

Typickým příznakem CHP je v 85-90% bolest. Bolest je lokalizovaná v okolí pupku, šíří se oboustranně do podžebří, je stálá a nemá kolikovitý charakter. Objevuje se v závislosti na stravě, trvá několik hodin až dnů. S bolestí se pojí další příznak, kterým je hubnutí, protože nemocní mají obavu z bolesti a přestávají jíst. S exokrinní nedostatečností slinivky souvisí změna charakteru stolice, steatorhoea. Ve stolici je přítomné zvýšené množství nestrávených tuků, což v důsledku vede i k poruše vstřebávání látek rozpustných v tucích a následně k malabsorpčnímu syndromu (Klener, 2001, s. 515-516; Navrátil a kol., 2008, s. 279).

V pozdních stádiích dochází i k endokrinní dysfunkci slinivky břišní, která má za následek rozvoj diabetu mellitu. Porucha odtoku žluči při stenóze vývodu vede ke vzniku ikteru. Dále se asi u 2-3% případů CHP objevuje pankreatický ascites. Jeho příčinou může být porušená integrita vývodu slinivky nebo pseudocysta. Typicky má vysoký obsah amyláz a bílkovin. Vzácně na podkladě útlaku zvětšenou hlavou pankreatu dochází k obstrukci duodena s projevy gastrektázie. Někdy provází CHP i pleurální výpotek. Při chronické pankreatitidě se může vyvinout i portální hypertenze vedoucí k tvorbě jícnových varixů a následně ke krvácení (Navrátil a kol., 2008, s. 279; Denemark, 2011, online).

3.3.2 Diagnostika

Velmi důležitou částí diagnostiky CHP je sběr anamnestických údajů, o dietních návycích, konzumaci alkoholu, prodělaných infekčních onemocněních a o onemocnění pankreatu (Navrátil a kol., 2008, s. 279).

Fyzikální vyšetření v diagnostice CHP není klíčové. Palpačně můžeme najít hmatnou rezistenci v oblasti slinivky, která však není specifická pro toto onemocnění. Laboratorně se vyšetřuje enzymatická aktivita slinivky, kdy ke změnám hodnot dochází při akutní atace či v pozdních stádiích CHP. Stanovuje se hladina amylázy, hlavně izoenzymů amylázy (izoenzym P a S), a lipázy. Jednoduchým testem je i stanovení chymotrypsinu a elastázy ve stolici (cholecystikinin-sekretinový test, test podle Lundha), ukazující na zevně sekreční činnost slinivky. Z dalších vyšetřovaných laboratorních parametrů se užívá stanovení hladiny C-peptidu (u CHP je snížený) a perorální glukózo-toleranční test (oGTT) (Denemark, 2011, online; Klener, 2001, s. 516).

Pro diferenciální diagnostiku je přínosná hlavně morfologická diagnostika CHP, která ji odlišuje od karcinomu, cystoidů či cystických adenokarcinomů, u algických syndromů a stenóz duodena slouží k vyloučení peptického vředu (Denemark, 2011, online).

Ze zobrazovacích metod je užíváno ultrazvukové vyšetření, počítačová tomografie, RTG vyšetření či magnetická rezonance. Ultrazvukové vyšetření může prokázat změny na žlučovém systému, na játrech či na portální a lienální žíle. U pankreatu nám dává informace o jeho velikosti, homogenitě či dilataci pankreatického vývodu nebo přítomnosti cyst. Prostý RTG snímek břicha může prokázat kalcifikace slinivky. Obě vyšetření může v diagnostice zastoupit počítačová tomografie, která má lepší rozlišení (Denemark, 2011, online; Dítě, Novotný, 2008, s. 18).

Zásadním vyšetřením je ERCP. Hodnotí nejen změny na pankreatických a žlučových cestách, ale může prokázat i komunikaci pseudocysty s vývodem nebo únik kontrastní látky do dutiny břišní. Na základě výsledků ERCP se posuzuje stupeň závažnosti CHP podle tzv. Cambridgeské klasifikace. Umožňuje i terapeutické výkony.

V současnosti se k zobrazení vývodného systému užívá neinvazivní vyšetření – nukleárně magnetická rezonance – cholangiopankreatografie (NMR-CP). Novým vyšetřením v diagnostice CHP je endoskopická ultrasonografie, metoda citlivá na prokázání ložiskových procesů, s možností odběru biopsie a významem při identifikaci změn

peripankreatických uzlin (Denemark, 2011, online; Navrátil, 2008, s. 279-280; Dítě, Novotný, 2008, s. 18).

3.4 Léčba chronické pankreatitidy

Chronická pankreatitida je onemocnění, které současná medicína umí léčit, ale ne vyléčit. Využívá při tom třech postupů: konzervativní, endoskopický a chirurgický.

3.4.1 Konzervativní léčba

Tento způsob léčby je založen na dietních opatřeních, hlavně pak absolutní abstinenci alkoholu a na medikamentózní terapii. Při CHP je indikovaná terapie pankreatickými enzymy jako substitute exokrinní nedostatečnosti slinivky či jako počáteční terapie bolesti. Preparáty se od sebe liší obsahem lipázy, amylázy a proteáz, např. Panzytrat, Kreon, Nutrizym ad. Kapsle obsahují mikročástice o velikosti 1-2mm, jejich obal je natráven v žaludku a následně dochází k jejich uvolňování do tenkého střeva. Podávají se vždy během jídla. Dávkování je individuální, 25-50 tisíc jednotek ke každému jídlu. Při nevhodném užívání léku (mimo jídlo) dochází k předčasné inaktivaci enzymů kyselou žaludeční šťávou a tím k selhání léčby. Efekt léčby se posuzuje na základě hodnocení klinických obtíží, tj. zmenšení počtu stolic, zastavení váhového úbytku, zmírnění bolesti po jídle aj. Dále se konzervativní léčba zaměřuje na léčbu bolesti. Analgeticky mohou působit pankreatické enzymy, hlavně léky s vysokým obsahem proteáz nebo abstinence alkoholu. Při nedostatečném účinku těchto opatření jsou podávána analgetika, tzv. kaskádovitě. První volbou je paracetamol. Z dále užívaných léků jsou to léky se spasmolytickým účinkem (např. Buscopan) nebo léky s účinkem na nervové synapse, blokátory přenosu bolesti, např. tramadol. Poslední volbou v analgetické terapii jsou opioidy, ale je třeba dávat pozor na jejich chronické užívání (Klener, 2001, s. 517; Dítě, Novotný, 2008, s. 18-19).

3.4.2 Endoskopická léčba

Pokud medikamentózní terapie není dostačující, nastupuje své místo léčba endoskopická. Indikovaná je u obstrukčních forem CHP a je založená na uvolnění odtoku pankreatické šťávy. Léčebným výkonem je zde ERCP, při kterém se provádí papilotomie vaterské papily, zavedení drénu do zúženého místa vývodu či odstranění konkrementu, a to přímo, nebo litotrypsí (rozdrcení rázovou vlnou nebo laserem). Endoskopie se využívá i v léčbě pankreatických cyst, kdy se vytvoří komunikace mezi cystou a zadní stěnou žaludku a zavede se drén (Klener, 2001, s. 517).

3.4.3 Chirurgická léčba

Hlavní indikací chirurgické terapie je algický syndrom, nemožnost provedení endoskopického výkonu nebo podezření na karcinom slinivky. Výkony lze rozdělit na drenážní, resekční a jejich kombinace.

Drenážní výkony jsou indikovány k uvolnění přetlaku v pankreatickém vývodu či k léčbě pseudocysty. Jejich provedení má vliv na ústup potíží a zpomalení progresu onemocnění. Výhodou je jednoduchost a nízká pooperační mortalita. Naopak nevýhoda spočívá v možnosti přehlédnutí nádorového bujení (karcinomu slinivky). Drenážní výkony na pseudocystách jsou prováděny formou anastomózy s okolními orgány – pseudocystogastroanastomózy nebo pseudocystojejunoanastomózy.

Resekční výkony se provádí u pokročilých forem CHP s postižením choledochu, duodena nebo při podezření na karcinom. Jejich cílem je odstranění postižené tkáně slinivky, odstranění biliární obstrukce a uvolnění gastrointestinální pasáže. Příkladem je distální resekce pankreatu, kdy se provádí resekce těla a kaudy slinivky s následnou pankreatojejunoanastomózou, nebo radikální výkon dle Whipple, kdy se odstraňuje hlava pankreatu společně se žlučníkem, choledochem, duodenem a částí žaludku. Tento radikální výkon se provádí i u karcinomu hlavy pankreatu společně s lymfadenektomií (Denemark, 2011, online).

4 VÝŽIVA PŘI ZÁNĚTECH SLINIVKY BŘIŠNÍ

Pankreatitidy jsou onemocnění s vysokými metabolickými nároky, proto je nutriční léčba, výživa, nezbytnou součástí celkové terapie. Včasná výživa snižuje u nemocných s pankreatitidou infekční komplikace a zlepšuje současně prognózu onemocnění. Pro všechny typy pankreatitidy je v začátku onemocnění důležitý tzv. pankreatický klid, proto je v první fázi úplně omezen příjem per os. Základním pravidlem pro výživu nemocných s pankreatitidou je, že nutriční nesmí stimulovat exogenní sekreci slinivky, neboť ta má vliv na autodigesci pankreatické tkáně. Dále musí pokrýt energetické potřeby organismu, nést nízké riziko vzniku komplikací a podporovat střevní bariéru (Šerclová, Antoš, 2002).

V počátku, kdy není možný žádný perorální příjem, je zásadní aplikace tekutin. Hypovolemie je hrazena velkým objemem krystaloidů intravenózně, tj. 2-5 l/den u mírné formy a 6-12 l/den u těžkých forem, výjimečně doplněných koloidy. Typ pankreatitidy a klinický průběh jsou indikací pro další nutriční postup, tedy parenterální nebo enterální výživu, ev. pankreatickou dietu (Bureš, Kopáčová, Rejchrt, 2006, s. 52; Grofová, 2008, s. 179-180).

4.1 Parenterální a enterální výživa při zánětech slinivky břišní

4.1.1 Parenterální výživa

Parenterální výživa (dále jen PN) plně hradí energetické nároky organismu při těžké AP, nestimuluje exokrinní sekreci slinivky, ale je spojena s rizikem katéetrové sepse, možností atrofie střevní sliznice a vyššími náklady (Bureš, Kopáčová, Rejchrt, 2006, s.47).

PN je aplikovaná nemocnému cestou periferního nebo centrálního žilního katétru. Zajišťuje nemocnému aplikaci vody, a to i velkých objemů, cukrů, tuků, aminokyselin a vitamínů se stopovými prvky. Cukry kryjí energetické potřeby z 50-55%, u nemocných s pankreatitidou je nutná současná aplikace inzulínu k udržení hladiny krevního cukru. Denní dávka podaných tuků je cca 30-35% formou emulzí. Bílkoviny jsou při PN hrazeny podáváním aminokyselin. Při terapii AP s využitím totální PN je nutné dodávat vitamíny (např. Multibionta, Cernevit) a stopové prvky jako selen, zinek, měď ad. (např. Tracutil). Aplikace PN může probíhat dvojitou formou. Buď jsou podávány izolované složky, nebo je PN podávána systémem all-in-one, s kterým je jednodušší manipulace. Systém all-in-one obsahuje všechny složky výživy. Může být připraven přímo pro potřeby konkrétního pacienta, magistraliter, nebo vyrobený komerčně ve dvou- a vícekomorových vacích (Kapounová, 2007, s. 69-71).

4.1.2 Enterální výživa

Enterální výživa (dále jen EN) působí na střevní sliznici protektivně (má ochranný účinek), je bezpečná, méně nákladná, může redukovat počet komplikací a stejně jako PN nestimuluje exokrinní sekreci slinivky (Šerclová, Antoš, 2002).

EN je podávána nasogastrickou nebo nasojejunální sondou (NGS nebo NJS), výhodou je sonda vícecestná, umožňující jak podávání výživy do tenkého střeva, tak odsávání žaludečního obsahu. V určitých případech je možné podávání EN invazivnější metodou – zavedením PEG nebo PEJ (perkutánní endoskopická gastrostomie nebo jejunostomie). Nasogastrické a nasojejunální sondy jsou vyrobeny z polyuretanu nebo silikonového kaučuku, liší se svoji délkou (NGS 75-120cm, NJS 132cm) a průměrem. Nasogastrická sonda je zavedena do žaludku, její poloha se ověřuje aspirací žaludečního obsahu nebo poslechovou kontrolou. Nasojejunální se může zavádět metodou zaplávání, endoskopicky nebo pod RTG kontrolou, vždy se ověřuje její poloha. Její umístění za Treitzovým ligamentem je nezbytné (Šerclová, Antoš, 2002; Kapounová, 2007, s. 65-66).

Při AP jsou doporučovány oligomerní (oligopeptidové) preparáty obsahující rozštěpené základní složky výživy – oligosacharidy, hydrolyzované bílkoviny a oleje s esenciálními mastnými kyselinami. V současnosti se užívají komerčně vyrobené přípravky splňující přísné mikrobiologické podmínky (Kapounová, 2007, s. 64; ESPEN Guidelines).

Do NGS může být výživa podávána bolusově nebo kontinuálně. Podávání EN do střeva musí být výhradně kontinuální pomocí enterální pumpy, protože tenké střevo netoleruje bolusy (Kapounová, 2007, s. 65-67; Grofová, 2008, s. 180).

Za nevýhodu EN lze v praxi považovat v akutní fázi udržení NJS ve správné poloze při zvracení, kontraindikaci podávání velkého objemu výživy pro paralytický ileus a žaludeční atonii nebo nesnášenlivost výživy (Bureš, Kopáčová, Rejchrt, 2006, s. 52).

Neopomenutelnou součástí péče o nemocné je předcházení komplikacím spojeným s podáváním EN. Můžeme je rozdělit do tří skupin: mechanické, metabolické a infekční. Mechanické komplikace jsou spojené s rizikem vytažení či neprůchodnosti sondy, při špatné poloze hrozí také nebezpečí aspirace. Důležitá je proto správná fixace NJS, aby se předešlo změně její polohy a pravidelné proplachy po třech hodinách jako prevence neprůchodnosti.

Metabolické komplikace souvisí s podávanou EN, mluvíme o snášenlivosti výživy. Patří mezi ně zvracení, průjem, nadýmání, zvýšená hladina glykémie, příp. bolesti břicha. Jsou

vyvolány podáním velkého množství výživy nebo rychlostí podání, či samotným složením. Ke sledování tolerance EN nám slouží monitorování odpadů ze žaludku, sledování nauzey, zvracení, bolesti, charakteru stolice, v některých případech i sledování hodnot intraabdominálního tlaku. Při projevech nesnášenlivosti je třeba aplikaci výživy zpomalit nebo úplně přerušit.

V neposlední řadě infekční komplikace jsou způsobeny podáním kontaminované výživy a jejich nejčastějším příznakem je průjem. V případě PEG a PEJ může jít o lokální infekci v místě vpichu, jejíž prevencí jsou pravidelné sterilní převazy (Šerclová, Antoš, 2002; Kapounová, 2007, s. 67-69).

4.1.3 Využití parenterální a enterální výživy v praxi

U lehké AP, podle Doporučených postupů ESPEN, nemá EN na průběh nemoci žádný pozitivní vliv. Během několika dnů, po ústupu bolesti, je tedy možné podávat jednoduchou sacharidovou dietu, absolutně bez tuku. Následně může být zařazen příjem bílkovin i postupná zátěž tuky, avšak pouze do 30% celkového energetického příjmu. Složení perorálního příjmu je plně závislé na toleranci nemocného (Grofová, 2008, s. 179).

U těžké AP by měla být po úpravě hypovolemie zahájena léčba umělou výživou. Provedené studie zaměřené na výhody a nevýhody parenterální a enterální nutrice při AP nejsou v závěrech jednoznačné (Bureš, Kopáčová, Rejchrt, 2006, s. 47-52).

Z doporučených postupů ESPEN však vyplývá, že i při těžké AP je enterální výživa plně indikovaná. I malé množství EN má význam pro zajištění bariéry tenkého střeva. Pokud není EN dostatečně zajištěna energetická potřeba nemocného v kritickém stavu, má být doplněna parenterálně. Postup se vždy řídí individuálními potřebami konkrétního pacienta (Šerclová, Antoš, 2002; ESPEN Guidelines)

U pacientů s chronickou pankreatitidou je podle Doporučených postupů ESPEN energetická potřeba v 80% plně kryta pankreatickou dietou doplněnou pankreatickými enzymy. Nutriční doplňky potřebuje asi 10-15% nemocných a jen u 5% je zavedena výživa sondou. Parenterální výživa je indikovaná jen v případech, kdy není EN možná (pro bolesti nebo pyloro-duodenální stenózu) a její aplikace je jen krátkodobá (ESPEN Guidelines, Grofová, 2008, s. 179-180).

4.2 Dietní opatření při zánětech slinivky břišní

Příjem per os je u pacientů s pankreatitidou zaváděn dle klinického průběhu, po odeznění bolesti a úpravě gastrointestinální pasáže. Nejprve dostává pacient čaj po

lžičkách a až třetí den se může začít stravovat dle standardního dietního postupu (Výživa ve zdraví i nemoci, 2013, online).

4.2.1 Dietní opatření při akutní pankreatitidě

U AP je v praxi užívána standardizovaná dieta označená S/P – pankreatická nebo speciální dieta 4S – s přísným omezením tuků (7000 kJ). Následně pacient přechází na základní dietu č. 4 – s omezením tuků (Kapounová, 2007, s. 50-51).

Pankreatická dieta, označená v systému standardizovaných diet S/P, má čtyři stádia. První stádium (S/P I) spočívá v podávání umělé výživy a per os dostává nemocný pouze vlažný čaj po lžičkách. Ve druhé fázi diety (S/P II) se k umělé výživě přidává perorální příjem obsahující 150-160g sacharidů a 20-40g bílkovin. Je zahájena cca 3-5 den a trvá až do 9-12 dne průběhu onemocnění. Podávány jsou polévky nebo odvary z rýže a ovesných vloček, netučné suchary a starší netučné pečivo, jablečné nebo mrkvové pyré, později se přidává bramborová kaše z vody a rýžová kaše. Třetí stádium diety (S/P III) rozšiřuje jídelníček. Strava obsahuje 250g sacharidů, 50-60g bílkovin a objevují se v ní i tuky, 20-30g /den. Forma stravy je kašovitá. Zařazují se ovocné šťávy, kompoty, banány, dále těstoviny, piškoty, netučné mléčné výrobky a tvaroh. Ve stravě se objevuje libové maso, telecí nebo kuřecí, a ryby. Příprava jídel je možná vařením, dušením nebo pečením na sucho nebo na vodě. Ke konci třetího stádia je možné mírné solení, kořeníme bylinkami a do hotových jídel můžeme přidat čerstvé máslo. Rozšiřování jídelníčku odpovídá individuálním potřebám pacienta a jeho klinického stavu. Čtvrté stádium (S/P IV) diety je zařazeno zhruba po 3 týdnech trvání nemoci, strava má mít realimentační charakter. Zvyšuje se obsah tuku ve stravě, 35-50g /den, podáváním čerstvého másla a rostlinných olejů do hotových pokrmů, bílkovin je 70-80g. Výběr potravin je rozšířen o libové hovězí maso, šunku, vaječný bílek, obohacen je i rejstřík zeleniny a ovoce. Postupně se z tohoto stádia přechází na dietu č. 4, s omezením tuků (Kapounová, 2007, s. 52; Výživa ve zdraví i nemoci, 2013, online).

4.2.2 Dietní opatření při chronické pankreatitidě

U chronické pankreatitidy jsou dietní opatření trvalá, proto strava musí být plnohodnotná. Dietní omezení se přizpůsobují změnám v průběhu onemocnění – zlepšení a zhoršení klinického stavu, výskyt komplikací, diabetes mellitus, malabsorpce. Asi 30-50% nemocných má zvýšený klidový energetický výdej. Hlavním cílem nutriční terapie je proto omezit malabsorpci a předcházet podvýživě (ESPEN Guidelines, Sedláčková, online).

Důležitým faktorem pro příjem potravy u pacientů s CHP je ovlivnění bolesti, která s příjmem stravy úzce souvisí. Základem je podávání pankreatických enzymů s jídlem. V případě nutnosti analgetické léčby mají být analgetika podávána před jídlem, jelikož zmírnění bolesti po jídle zvyšuje jeho příjem. Obecně platí, aby bylo dosaženo dostatečného příjmu energie, že stravování musí být pravidelné, 5-7krát denně v malých porcích, potrava musí být lehce stravitelná, nenadýmavá, bohatá na sacharidy, bílkoviny a vitamíny, s nízkým obsahem tuku a vlákniny. Alfou a omegou je absolutní zákaz konzumace alkoholických nápojů (ESPEN Guidelines, Sedláčková, online).

Vhodnými potravinami pro dietu při CHP jsou:

- a) libové maso – kuřecí, králičí, krůtí, telecí, hovězí i vepřové a netučné ryby (pstruh, kapr, losos, treska),
- b) libové uzeniny – dušená a drůbeží šunka, drůbeží párky,
- c) tuky a oleje – čerstvé máslo, rostlinné oleje (slunečnicový, sojový, olivový) – nesmí překročit celkovou denní dávku 40-50g /den v přijímaných potravinách,
- d) mléko a mléčné výrobky – pouze nízkotučné, tvaroh, sýry, jogurty, kysané výrobky,
- e) vejce – pouze do pokrmů, ne samostatně, max. 1/den, jen bílky, vhodný je sníh
- f) pečivo a přílohy – pšeničný a žitný chléb, netučné pečivo, minimálně den staré; rýže, těstoviny, brambory,
- g) ovoce a zelenina – jablka, banány, broskve, meruňky, třešně, švestky (bez jader a slupky), vhodné jsou kompoty a šťávy; nenadýmavá zelenina – mrkev, hlávkový salát, brokolice, červená řepa aj., vhodné jsou šťávy a pyré, po tepelné úpravě,
- h) koření – čerstvé nebo sušené bylinky – kopr, petrželová nať, majoránka, bazalka, libeček, tymián, kmín, pomerančová nebo citronová šťáva, vinný ocet,
- i) nápoje – čaj a jiné neperlivé nápoje,
- j) omáčky a polévky – nejlépe vývary z povolených surovin (masa a zeleniny).

Pro přípravu jídel jsou vhodnými technologickými postupy vaření, dušení a grilování bez tuku. Stravu je možné umlít nebo rozmixovat pro lepší zpracování (Výživa ve zdraví i nemoci, 2013, online; Sedláčková, online).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÝCH SE ZÁNĚTEM SLINIVKY BŘIŠNÍ

Ošetřovatelský proces lze označit za metodu poskytování ošetřovatelské péče na základě aktuálního zdravotního stavu pacienta. Jejím cílem je uspokojování potřeb člověka za účelem obnovení zdraví a dosažení nejlepší možné kvality života. Ošetřovatelský proces probíhá v několika fázích: posouzení stavu nemocného, diagnostika problému, plánování cílů a činností k jeho odstranění, realizace stanových cílů a závěrečnou fází je zhodnocení úspěšnosti v dosažení stanovených cílů a odstranění problému (Bužgová, Plevová, 2011, s. 108).

5.1 Posouzení pacienta s pankreatitidou

Fáze posouzení se zaměřuje na sběr a třídění dat, mluvíme o ošetřovatelské anamnéze. Data můžeme dělit na základní, informace týkající se zdravotního a psychosociálního stavu, a na ošetřovatelský problém. Cílem je stanovit aktuální a potenciální problémy a posoudit jejich subjektivní a objektivní příznaky. Subjektivní příznaky jsou vnímány samotným pacientem, objektivní můžeme ověřit měřením, fyzikálním či jiným vyšetřením (Bužgová, Plevová, 2011, s. 109-110).

Při posouzení pacienta s pankreatitidou se zaměřujeme na různé oblasti potřeb, které lze rozdělit do skupin podle domén. V akutní fázi onemocnění mezi posuzované domény patří komfort, aktivita a odpočinek, bezpečnost, výživa, vylučování, zvládání zátěže, podpora zdraví a životní principy.

V doméně komfort se anamnéza týká především bolesti a nauzey. Zjišťujeme zkušenosti pacienta s bolestí, její intenzitu, charakter, lokalizaci, co mu přináší úlevu, včetně užívaných analgetik. U nauzey se ptáme na vyvolávající příčiny, její trvání nebo závislost na poloze a jídle. V doméně aktivita /odpočinek získáváme informace o aktuálních i potenciálních problémech. Mezi aktuální problémy pacienta s pankreatitidou patří pohyb, respektive jeho vynucené omezení a spánek v souvislosti s bolestí a vynucenou polohou. Jako potencionální problémy sem patří řada rizik plynoucích z možných komplikací základního onemocnění a ošetřovatelských postupů nutných při péči o pacienta s pankreatitidou. Doména bezpečnost /ochrana opět vychází z aktuálního stavu a prováděné ošetřovatelské péče, jde především o potencionální problémy: riziko infekce, narušení kožní integrity, omezení pohyblivosti nebo riziko pádu. V anamnéze zjišťujeme především stav kůže, zbarvení, kožní defekty nebo hematomy, ale i užívané léky

ovlivňující hojení. Z anamnestických údajů v oblasti výživy a vylučování získáváme informace o stavu kůže a sliznic, kožním turgoru, hmotnosti a výšce, stravovacím a pitném režimu, zvracení či odpadu ze sondy, pravidelnosti vyprazdňování, charakteru moči a stolice, jejich příměsích, četnosti nebo odchodu plynů. Nesmíme ani zapomenout na faktory související s doménou tolerance zátěže a doménou podpora zdraví. V anamnéze se ptáme na předchozí zkušenosti se zvládnutím změn v životě, traumatické zážitky, kontakt na osoby blízké, předchozí onemocnění, problémy s dodržováním léčebných omezení, užívání léků nebo drog, konzumaci alkoholu a kouření. S posledními uvedenými doménami souvisí i doména životních principů, kde anamnestické údaje vydávají informace o schopnosti /neschopnosti pacienta spolupracovat na ošetrovatelském a léčebném procesu. Je nutné zjistit možné problémy z minulosti, o přístupu k nemoci a snažit se najít řešení, které by tomuto zabránilo (Herdman, 2010, s. 51-344; Slezáková, 2010, s. 32-38).

5.2 Diagnostika, plánování a realizace

Druhou částí ošetrovatelského procesu je diagnostika. Jde o analýzu získaných údajů při ošetrovatelské anamnéze a jejich porovnání s normou. Na základě rozdílů se stanovuje problém, jeho aktuálnost či rizikové faktory jeho vzniku. Standardním postupem se vytváří ošetrovatelská diagnóza, obsahující problém, příčinu a příznaky u diagnózy aktuální a problém a související faktory u potenciální diagnózy. Ošetrovatelské diagnózy jsou specifické pro pacienta jako jednotlivce. Na závěr diagnostického procesu je třeba určit jejich důležitost řešení, podle toho, zda ohrožují život, zdraví nebo je jejich cílem rozvoj osobnosti. Jsou základním bodem pro plánování a realizaci.

Plánování je proces, kdy na základě zjištěných údajů a definované ošetrovatelské diagnózy, znalosti lékařské diagnózy a léčebných postupů, se stanovuje cíl ošetrovatelské péče a intervence, kterými bude cíle dosaženo. Plánování se řídí prioritou diagnózy. Vždy je důležité stanovit konkrétní cíl, který musí být reálný, dosažitelný. Cíle lze plánovat krátkodobě, jejich splnění bude dosaženo v průběhu hodin nebo dnů, nebo dlouhodobě. Dlouhodobé cíle se týkají spíše období rekonvalescence, domácí péče a uplatňují se více u chronických onemocnění. Každý cíl zahrnuje kritérium, měřitelné, pozorovatelné, aby bylo možné hodnotit jeho splnění. Plánované intervence musí odpovídat individualitě pacienta, být slučitelné s léčebným postupem a odpovídat platným standardům ošetrovatelské praxe. Jsou založené na vědomostech, zkušenostech a vědeckých důkazech. Vždy jsou konkrétní, reálné a obsahují faktor času.

Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu dochází k realizaci, provedení plánovaných intervencí za účelem splnit stanovené cíle (Bužgová, Plevová, 2011, s. 114-124).

5.2.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy u pacientů s pankreatitidou

00132 – Akutní bolest související se základním onemocněním projevující se ...

00134 – Nausea související s pankreatitidou

00198 – Narušený vzorec spánku související s monitorováním /léčebnými postupy /bolestí /vynucenou polohou

00091 – Zhoršená pohyblivost na lůžku související s bolestí /terapeutickým vybavením (monitorace, sonda, infúze)

00093 – Únava související s onemocněním /úzkostí /nedostatkem spánku /teplotou

00032 – Neefektivní vzorec dýchání související s bolestí /polohou těla

00204 – Neefektivní periferní tkáňová perfúze související s vynucenou polohou /změněnou schopností koagulace

00033 – Zhoršená spontánní ventilace související se zvýšenými metabolickými nároky při pankreatitidě

00108 – Deficit sebepečce při koupání související s bolestí /vynucenou polohou /léčebnými postupy

00109 – Deficit sebepečce při oblékání související s bolestí /léčebnými postupy

00110 – Deficit sebepečce při vyprazdňování související s bolestí /vynucenou polohou

00146 – Úzkost /**00148** – Strach související se zdravotním stavem /neznalostí prostředí

00002 – Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu související s neschopností vstřebávat živiny

00013 – Průjem související s intolerancí EN /abusem alkoholu /malabsorpcí při CHP

00196 – Dysfunkční gastrointestinální motilita související s vynucenou imobilitou /EN

00043 – Neefektivní ochrana související s abusem alkoholu /operací /nedostatečnou výživou

00046 – Narušená integrita kůže související s léčebnými postupy

00007 – Hypertermie související s pankreatitidou

5.2.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy u pacientů s pankreatitidou

00040 – Riziko syndromu nepoužívání související s vynucenou imobilitou /bolestí

00206 – Riziko krvácení související se základním onemocněním /způsobem léčby

00200 – Riziko snížené srdeční tkáňové perfúze související s hypovolemii

- 00202** – Riziko neefektivní gastrointestinální perfúze související s pankreatitidou
- 00203** – Riziko neefektivní renální perfúze související s hypovolemií /infekcí
- 00205** – Riziko šoku související s hypovolemií /infekcí /sepsí
- 00195** – Riziko dysbalance elektrolytů související se zvracením
- 00025** – Riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu související s pankreatitidou /sepsí
- 00015** – Riziko zácpy související se sníženou motilitou gastrointestinálního traktu /dysbalancí elektrolytů /bolestí břicha
- 00004** – Riziko infekce související s invazivními vstupy (CŽK, PMK, drén, sonda)
- 00039** – Riziko aspirace související s gastrointestinální sondou (podáváním EN, léků, změna polohy)
- 00155** – Riziko pádu v souvislosti s užívanými léky /věkem pacienta /vynucenou omezenou pohyblivostí /ortostatickou hypotenzí /hypovolemií /průjmem
- 00047** – Riziko narušení kožní integrity související s vynucenou imobilitou /hypertermií /změnou kožního turgoru
- 00213** – Riziko vaskulárního traumatu související se zavedeným žilním vstupem (Herdman, 2010, s. 51-344; Slezáková, 2010, s. 32-38).

5.2.3 Plánování v ošetrovatelském procesu u pacientů s pankreatitidou

Mezi hlavní cíle ošetrovatelské péče o pacienty s pankreatitidou patří zmírnění bolesti, úleva od dyspeptických potíží, psychická podpora pacienta, minimalizace vzniku komplikací onemocnění, uspokojení potřeb pacienta a v neposlední řadě dostatečná informovanost a motivace pacienta. Pro tyto hlavní, ale i další cíle, je třeba zvolit správné intervence v souladu s platnou legislativou ošetrovatelské praxe a standardizovanými postupy (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 268; Bužgová, Plevová, 2011, s. 122).

5.2.4 Realizace ošetrovatelského procesu u pacientů s pankreatitidou

Sestra uloží pacienta s pankreatitidou na lůžko, nejlépe do zvýšené polohy na zádech, aby se cítil pohodlně. Na standardním oddělení zajistí blízkost dorozumivacího zařízení, na JIP je sestra přítomna trvale u lůžka. Plní ordinace dle ošetřujícího lékaře. Sestra zavede NGS na spád, která uleví nemocnému od zvracení. Dále sestra kanyljuje periferní žilní katétr nebo asistuje při zavádění centrálního katétru, aby mohly být aplikovány infuzní roztoky nebo PN, analgetika a další intravenózní medikace, protože pacient nesmí přijímat nic per os. Sestra odebírá vzorky na laboratorní vyšetření,

monitoruje základní životní funkce, na JIP je pacient napojen na monitorovací jednotku. Monitorace na JIP dále umožňuje sledování CVP, saturace kyslíkem nebo trvalý záznam EKG. Sestra kontroluje bilanci příjmu a výdeje tekutin, stav vědomí a ventilaci pacienta. Přebírá celkovou péči o pacienta, zajišťuje plnění jeho potřeb. Sestra pečuje o hygienu pacienta, sleduje stav kůže a sliznic, zabezpečuje jejich ochranu, zavádí preventivní opatření proti vzniku dekubitů, pečuje o všechny invazivní vstupy – CŽK (PŽK), PMK, NGS a další. K pacientovi se sestra chová empaticky, ohleduplně a stará se o jeho psychickou pohodu. V neposlední řadě sleduje a zajišťuje jeho výživu a vyprazdňování. Vše pečlivě zaznamenává do dokumentace.

Sestra provádí poučení týkající se vyšetřovacích a léčebných metod. Ve spolupráci s lékařem a specialisty podává sestra pacientovi informace o postupu léčby, edukuje jej v dodržování dietních omezení, užívání léků, možných komplikací při nedodržování režimu nebo o pravidelných kontrolách po propuštění (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 268-269).

5.3 Zhodnocení

Hodnocení je poslední, pátou fází ošetrovatelského procesu. Jedná se o zjištění, zda a do jaké míry byly splněny cíle ošetrovatelského plánu. Sestra prostřednictvím zhodnocení získává kontrolu nad účinností /neúčinností prováděných intervencí. Shromažďuje údaje o nemocném a porovnává je se stanovenými kritérii v plánu. Porovnáním můžeme zjistit, zda se zdravotní stav pacienta zlepšil, došlo ke zmírnění nebo odstranění problému, tedy cíl ošetrovatelské péče byl splněn. Sledujeme i vztah ošetrovatelských intervencí s výsledným stavem nemocného. Pokud k naplnění cíle nedošlo, hledáme příčiny – nesprávná diagnostika problému, nevhodné intervence či nedostatečná realizace. Následuje nové hodnocení problému, opětovná diagnostika, úprava ošetrovatelského plánu a volba způsobu realizace. Po stanoveném časovém období probíhá znovu hodnocení všech kroků ošetrovatelského plánu.

V ošetrovatelském procesu probíhá zhodnocení termínovaně, k určitému datu, průběžně a při ukončení péče (propuštění pacienta) závěrečné zhodnocení.

Základem pro získávání informací o průběhu ošetrovatelského procesu je vedení ošetrovatelské dokumentace. Ta slouží nejen jako komunikační prostředek při poskytování kontinuální péče o nemocného, ale je také zdrojem informací využitelných pro pedagogické účely, k hodnocení a kontrole kvality péče nebo jako právní dokument (Bužgová, Plevová, 2011, s. 126-129).

6 EDUKACE

Edukace hraje významnou roli v ošetrovatelské péči o pacienta. Tento pojem je odvozen z latinského slovesa *educare*, *educare*, tedy vychovávat. Jde o proces cíleného působení na chování člověka, který chce dosáhnout změny ve znalostech, návycích, postojích a dovednostech. Je to určitý typ komunikace založený na důvěře mezi pacientem a zdravotníkem, při které pacient přebírá část odpovědnosti za své zdraví a sám může ovlivnit kvalitu svého života. Pacient se stává aktivním účastníkem celého procesu (Mičková, 2009, s. 44; Juřeníková, 2010, s. 9).

Edukačního procesu se účastní edukant /pacient a edukátor /sestra, využívají společně edukační materiály, plány a standardy. Samotná edukace probíhá v určitém prostředí.

Edukace má důležitou roli v prevenci, a to jak v primární, tak i sekundární a terciální. V primární prevenci jde o výchovu ke zdraví a předcházení nemoci. Sekundární prevence se pak soustředí na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a předcházení recidiv. Edukace v terciální prevenci se týká pacientů s nezvratnými změnami na zdraví a jejím úkolem je předcházení komplikacím a zlepšení kvality života.

Edukaci můžeme dělit na základní, reedukační a komplexní. Účelem základní edukace je předání nových informací a dovedností pacientovi a motivace pacienta ke změně návyků, postojů a hodnot. Reedukace se pak zaměřuje na další rozvoj a prohlubování získaných vědomostí a dovedností. Cílem komplexní edukace je udržet a zlepšit zdraví jedince, probíhá ve více etapách, ve kterých pacient nejen získává nové informace a buduje své dovednosti, ale dochází u něj i ke změně postojů a hodnot (Juřeníková, 2010, s. 10-12).

6.1 Komunikace v procesu edukace

V rámci efektivní komunikace při edukaci je nutné, aby edukátor věděl, co, kdy, kde a jak chce pacientovi sdělit. „Co“ zahrnuje informace, které chce edukátor sdělit, jejich obsah a rozsah. „Kdy“ představuje dobu, ve které budou informace pacientovi podávány. Je vybírána s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav, denní biorytmus nebo jeho emoci. Vhodné je se předem s pacientem na určité době domluvit, neboť to pak eliminuje negativní vlivy působící na edukaci. „Kde“ vystihuje prostředí, ve kterém bude edukace probíhat. Mělo by jít o klidnou, příjemnou, útulně zařízenou místnost, uzpůsobenou individuální nebo skupinové edukaci, vybavenou vhodným nábytkem, bez rušivých elementů – nevhodného osvětlení, barvy apod. V neposlední řadě „jak“ znamená výběr

vhodného postupu, metody, kterou sestra při edukaci využije. V rámci efektivní komunikace by měla tato splňovat požadavek srozumitelnosti a jasnosti, bez užívání nadbytečných odborných a slangových výrazů, vedena vhodným verbálním i neverbálním projevem. Pacient by měl také získat dostatek času k utřídění nových informací, jejich pochopení a mít prostor pro kladení otázek (Onderková, 2007, s. 17).

6.2 Zásady edukace

Edukace má splňovat určité zásady. Patří sem zásada názornosti, podle které zapojení více smyslů při učení (např. sluchu, zraku a hmatu) pomáhá k lepšímu zapamatování. Zásada spojení teorie a praxe zvyšuje pacientovi význam edukace, protože získané informace a dovednosti může využít v běžném životě. Zásada přiměřenosti zohledňuje individualitu pacienta, řídí se jeho osobností, schopnostmi a zdravotním stavem. Přizpůsobuje se jí obsah a rozsah učiva, volba vhodné formy a metody edukace. Zásada aktuálnosti vychází ze získaných dat o pacientovi, jeho aktuální potřebě se učit a zásada vědeckosti sleduje aktuální poznatky v určité oblasti výchovy, které jsou pacientovi předány srozumitelně, aby byly dobře pochopeny. Zásada individualizace je využita při sestavení konkrétních cílů, při plánování a volbě výukových metod a postupů s ohledem na osobnost, schopnosti a zkušenosti pacienta. V edukačním procesu nesmí být opomenuta zásada zpětné vazby, kterou edukátor ověřuje pochopení předaných informací (Juřeníková, 2010, s. 31-34).

6.3 Edukační proces

Edukační proces probíhá, podobně jako ošetrovatelský, v pěti fázích: posouzení, vyhodnocení neboli diagnostika potřeb, projektování /plánování, realizace a hodnocení.

Při posuzování se sestra zaměřuje na sběr dat o pacientovi. Zjišťuje úroveň znalostí a dovedností pacienta (vzdělání), jeho návyky a postoje ke zdraví, jeho motivaci a míru potřeby získávat nové informace a učit se. Souvisejícími faktory při sběru dat jsou i věk, osobnost (schopnost zapamatovat si, emoce, strach, zdravotní stav) a společenské a ekonomické postavení.

Na základě získaných dat vyhodnocuje sestra edukační potřeby, stanovuje edukační diagnózu. Jedná se o problém související s potřebou učit se, nedostatek vědomostí v určité oblasti, ať už v kognitivní (oblast myšlení, poznání, porozumění), afektivní (oblast emocí a postojů) nebo psychomotorické (zručnost). Příklady edukační diagnózy:

00126 – Nedostatečné znalosti související s onemocněním /diagnostickými a léčebnými postupy /dietoterapií /prevencí rizik a komplikací /s nedostatkem zdrojů informací /nedostatečným zájmem

00078 – Neefektivní péče o vlastní zdraví související s dietou /režimem projevující se nepřijetím opatření ke snížení rizik

00193 – Zanedbávání sebe sama související s abusem alkoholu projevující se nedodržováním aktivit k podpoře zdraví

00079 – Noncompliance související s hodnotovým systémem jedince projevující se nedodržováním návštěv lékaře /zhoršením příznaků /rozvojem komplikací

Plánování neboli projektování je třetí fází edukačního procesu. Sestra společně s pacientem si stanovují cíle edukace, krátkodobé i dlouhodobé, s ohledem na individuální potřeby pacienta získat informace v oblasti kognitivní, afektivní a psychomotorické. Sestra přizpůsobuje obsah, metodu a formu edukace individuálně konkrétnímu jedinci, aby odpovídala jeho schopnostem. Nevhodná volba by mohla pacienta od edukace odradit. Nezbytné je stanovit časový plán edukace a kritéria pro jeho hodnocení.

Čtvrtým krokem edukačního procesu je jeho samotná realizace. Zde je nezbytná aktivní spolupráce pacienta. Sestra seznamuje pacienta s novými informacemi a poznatky, využívá různých učebních pomůcek, brožury, knihy, letáky, video programy, ale i praktickou ukázkou. Překážkou učení pak může být aktuální stav pacienta, bolest nebo negativní emoce (úzkost, deprese), rušivé prostředí či nevhodný postoj edukátora. V období realizace je nutné procvičování a opakování již získaných vědomostí a dovedností pro jejich trvalou fixaci. Ověření pochopení podaných informací je podstatné pro hodnocení edukace.

Zhodnocení neboli fáze zpětné vazby je závěrečnou etapou celého edukačního procesu. Sestra i pacient společně hodnotí dosažení vytyčených cílů. Sestra hodnotí schopnost pacienta využít získané poznatky v praxi, ať už pozorováním (motorickou zručnost) nebo kladením otázek (kognitivní a afektivní oblast). Získává od pacienta zpětnou vazbou hodnocení úspěšnosti /neúspěšnosti svých edukačních schopností, nové nápady pro novou edukaci, její pokračování nebo zlepšení.

Celý průběh edukačního procesu musí být pečlivě zaznamenán v dokumentaci (Kozier, 1995, s. 283-294; Juřeníková, 2010, s. 21-68; Herdman, 2010, s. 51-344).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Záněty slinivky břišní jsou komplikovaná onemocnění, která současná moderní medicína umí léčit. Přesto mohou mít i fatální následky. Jejich příčina a průběh jsou rozličné, od lehkého až po velmi závažný, končící smrtí pacienta. Výskyt tohoto onemocnění v populaci stále mírně narůstá, což je dáno nevhodnými stravovacími návyky v naší společnosti a zvýšenou konzumací alkoholu. Svoji úlohu má určitě i dnešní uspěchaná doba, plná stresu a nejistot.

Sestra se podílí na diagnostice a léčbě onemocnění a zajišťuje kompletní ošetrovatelskou péči o pacienta. Nedílnou součástí její práce je role edukátora při výchově pacientů, s cílem zlepšit jejich zdravotní stav a pozitivně ovlivnit jejich návyky a postoje. Edukaci proto směřuje hlavně na oblast výživy a oblast podpory zdraví, změnu životního stylu. S problematikou edukace souvisí mnoho otázek, které si sestra musí klást.

Je edukace pacientů s pankreatitidou dostatečná? Chápe pacient problematiku svého onemocnění a s ním souvisejících omezení?

8 CÍL VÝZKUMU

8.1 Hlavní cíl

Za hlavní cíl své bakalářské práce jsem si stanovila zjištění úrovně informovanosti pacientů se zánětem slinivky břišní. Informovanost pacientů lze rozdělit do několika oblastí, kterých se týkají dílčí cíle mé práce.

Na základě získaných údajů následně vytvořit edukační materiál pro pacienty s pankreatitidou, který jim poradí v běžném každodenním životě.

8.2 Dílčí cíle

Cíl 1.

Ověřit informovanost pacientů s průběhem nemoci a způsobem její léčby.

Předpoklad 1: Více než 80% pacientů je seznámeno s průběhem svého onemocnění a jeho léčby.

Otázky: 3, 4, 5, 6, 7

Cíl 2.

Zjistit, jaké znalosti mají pacienti v oblasti dietních a režimových opatření.

Předpoklad 2: Pacienti mají dostatečné vědomosti v oblasti dietních a režimových opatření. Více než polovina pacientů odpoví na 4 z 5 otázek správně. (U pacientů, kteří

v průběhu léčby neužívali pankreatické enzymy, odpoví na 3 ze 4 otázek správně.) Odpověď na otázku č. 8 bude označena jako správná, pokud pacient označí nejméně 5 z 6 možností dobře. Otázka č. 9 bude označena jako správná, pokud pacient ve výběru možností neuvede nevhodný způsob přípravy.

Otázky: 8, 9, 10, 11, 12

Cíl 3.

Zjistit, kdo a jakým způsobem podává pacientům informace.

Předpoklad 3: Více než polovina tázaných pacientů je spokojena se způsobem získávání informací a považuje je za dostatečné.

Otázky: 13, 14, 15, 16, 17

Cíl 4.

Ověřit, že edukace vedla pacienty ke změně stylu života a postoje ke zdraví.

Předpoklad 4: Více než polovina respondentů změnila své původní stravovací návyky a postoj ke zdraví a u méně než poloviny z nich došlo k recidivě onemocnění.

Otázky: 18, 19, 20

9 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Vzorek respondentů účastnících se výzkumného šetření tvořili pacienti se zánětem slinivky břišní, kteří byli hospitalizováni na I. interní klinice FN Plzeň. Hospitalizace pacienta byla jediným kritériem výběru. Soubor respondentů tvoří muži i ženy, bez ohledu na věk, vzdělání, příčinu nebo průběh nemoci.

10 METODA SBĚRU DAT

Pro sběr dat kvantitativního výzkumu jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Vytvořila jsem vlastní strukturovaný dotazník, který obsahuje celkem 21 otázek. 16 otázek v dotazníku je uzavřeného typu, z toho 11 otázek má volbu jedné odpovědi ze 2 či více možností, v 5 otázkách může pacient volit více odpovědí najednou. 5 otázek v dotazníku je polouzavřených, kdy má pacient možnost i vlastní odpovědi. Otázky č. 1 a 2 charakterizují skupinu respondentů s ohledem na jejich pohlaví, věk a dosažené vzdělání. Otázky č. 3 – 20 jsou zaměřené na stanovený cíl práce, zjišťují úroveň informovanosti pacientů, způsob jejich edukace a míru úspěšnosti edukační výchovy. Otázka č. 21 je informativní, zjišťuje oblasti edukace, které jsou pro pacienta nejobtížněji splnitelné.

11 ORGANIZACE VÝZKUMU

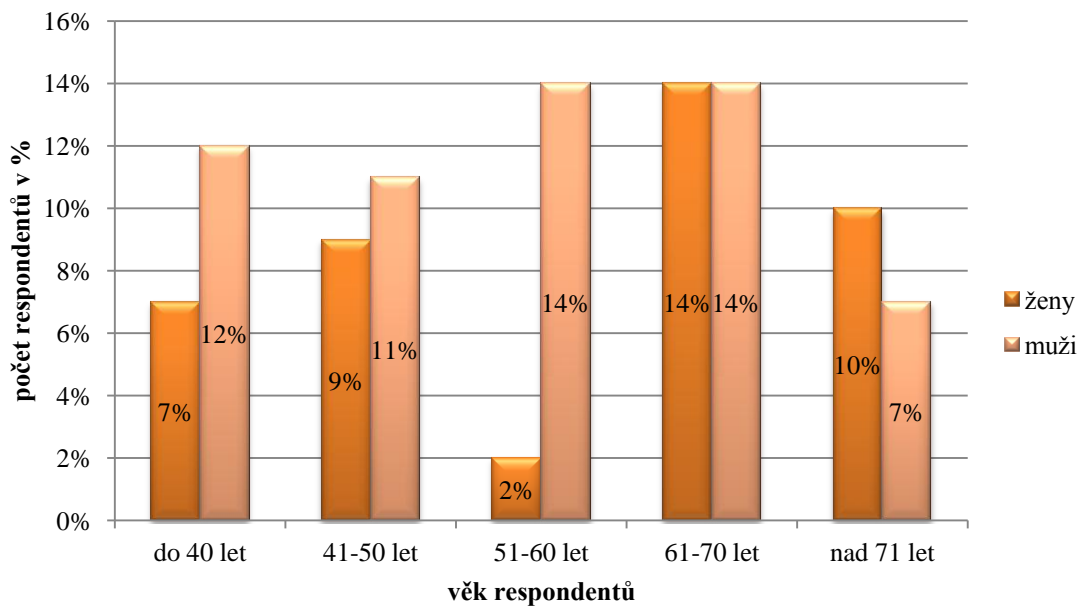
Výzkumné šetření probíhalo na I. interní klinice se souhlasem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, Mgr. Světlany Chabrové, a vrchní sestry, Mgr. Marie Blažkové. V období od října do prosince 2013 jsem oslovila na standardních lůžkových odděleních hospitalizované pacienty s pankreatitidou, jejich celkový počet byl 11. Pacienty, hospitalizované na interní klinice od ledna 2012 do září 2013, jsem dohledala v informačním systému Fakultní nemocnice (WinMedicalc) a oslovila je písemnou formou. Bylo rozesláno 90 dotazníků, z nichž se vrátilo 48 (53%). Pro hodnocení výzkumného šetření bylo použito celkem 57 dotazníků, protože 2 dotazníky byly vyřazeny pro neúplné odpovědi.

Celkový počet 57 dotazníků tvoří 100%. Při hodnocení bylo procentuální zastoupení v jednotlivých odpovědích zaokrouhleno na celá čísla, což vytvořilo minimální odchylku +/- 1%.

12 ANALÝZA ÚDAJŮ

Otázka č. 1

Graf 1: Věk a pohlaví respondentů

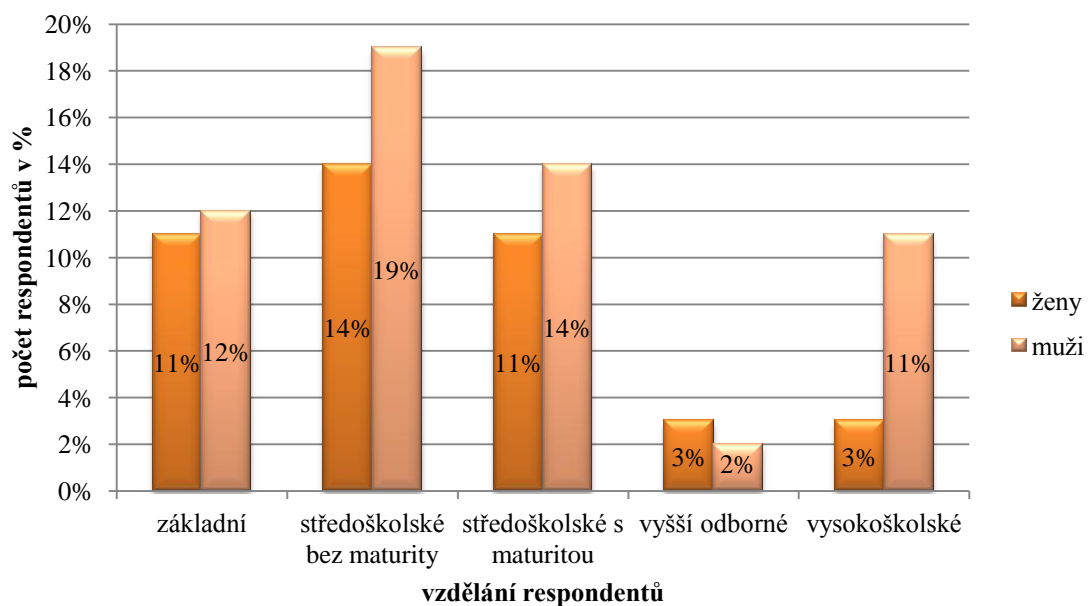


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů 57 (100%) se účastnilo dotazníkového šetření 24 žen (42%) a 33 mužů (58%). Ve věkové kategorii do 40 let odpovídaly na otázky 4 ženy (7%) a 7 mužů (12%). Ve věku od 41 do 50 let bylo 11 pacientů (20%), z toho 5 žen (9%) a 6 mužů (11%). Další věková kategorie je zastoupena 1 ženou (2%) a 8 muži (14%). Ve věku 61 až 70 let jsou ženy a muži zastoupeny stejným počtem, 8 (14%). Více než 71 let bylo 10 pacientů (17%), z toho 6 žen (10%) a 4 muži (7%).

Otázka č. 2

Graf 2: Vzdělání respondentů

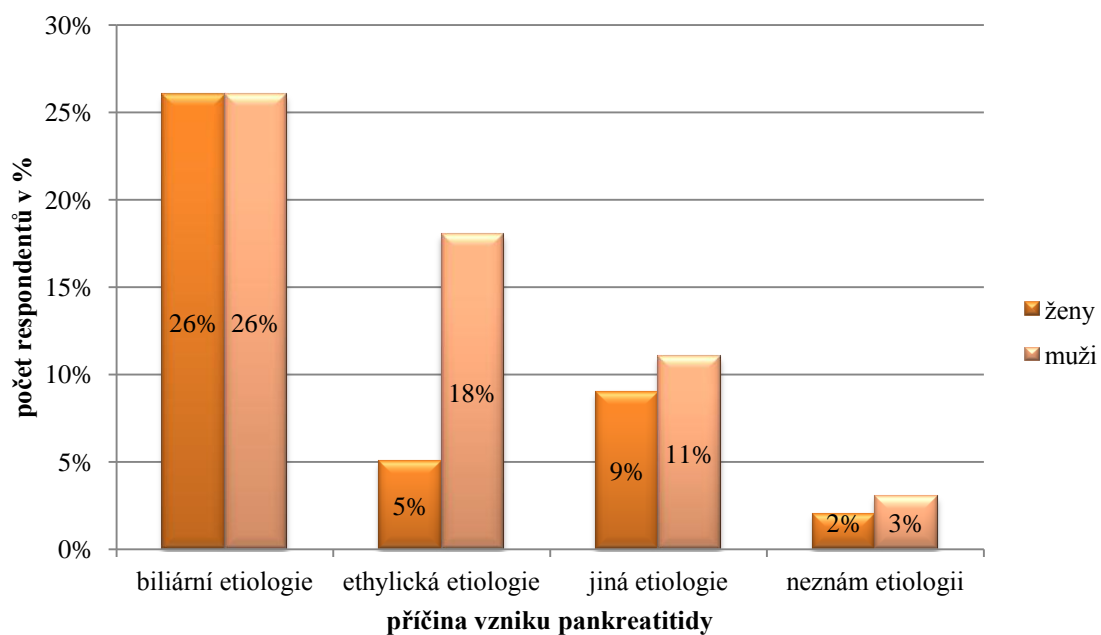


Zdroj: vlastní

Při dělení respondentů podle vzdělání jsou nejpočetněji zastoupenou skupinou pacienti se středoškolským vzděláním bez maturity (vyučení). Tuto skupinu tvoří 19 osob (33%), z toho 8 žen (14%) a 11 mužů (19%). Středoškolské vzdělání s maturitou má 14 pacientů (25%), z toho 6 žen (11%) a 8 mužů (14%). Třetí pozici dle dosaženého vzdělání obsadili pacienti s pankreatitidou, kteří mají jen základní vzdělání, celkem 13 (23%) – 6 žen (11%) a 7 mužů (12%). Pacientů s vysokoškolským vzděláním z celkového počtu dotázaných bylo 8 (14%), 2 ženy (3%) a 6 mužů (11%). Nejmenší skupinu pak tvoří pacienti s vyšším odborným vzděláním, celkem 3 (5%), z kterých jsou 2 ženy (3%) a 1 muž (2%).

Otázka č. 3

Graf 3: Příčina vzniku pankreatitidy

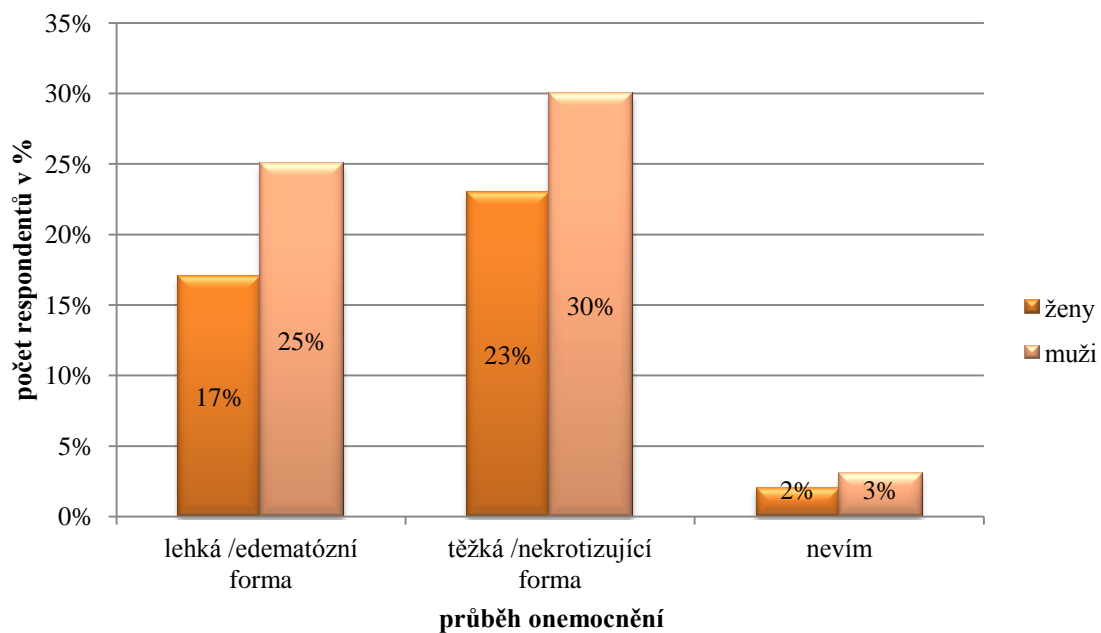


Zdroj: vlastní

Pankreatitidu biliární etiologie z celkového počtu respondentů prodělalo 30 pacientů, tj. 52%, ženy a muži stejnou měrou, tedy 15 osob (26%). Ethylická etiologie je zastoupena v 23% případech, tj. 13 pacientů, 3 ženy (5%) a 10 mužů (18%). 11 pacientů (20%) uvedlo, že jejich nemoc měla jinou etiologii vzniku, z toho bylo 5 žen (9%) a 6 mužů (11%). Jen 3 pacienti (5%) označily odpověď, že etiologii svého onemocnění neznají, 1 žena (2%) a 2 muži (3%).

Otázka č. 4

Graf 4: Průběh pankreatitidy

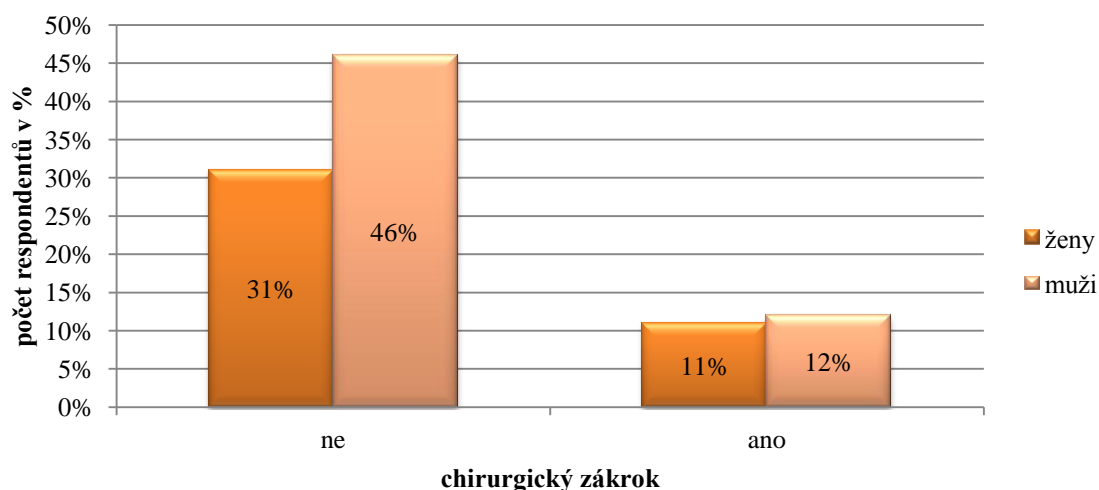


Zdroj: vlastní

V dotazníku 24 pacientů (42%) uvedlo, že jejich nemoc měla lehký průběh (edematózní formu) pankreatitidy, z toho bylo 10 žen (17%) a 14 mužů (25%). Těžký průběh (nekrotizující formu) pankreatitidy prodělalo 30 pacientů (53%), 13 žen (23%) a 17 mužů (30%). Mezi dotazovanými byli 3 pacienti (5%), kteří uvedli, že neví, jaký průběh mělo jejich onemocnění, jednalo se o 1 ženu (2%) a 2 muže (3%).

Otázka č. 5

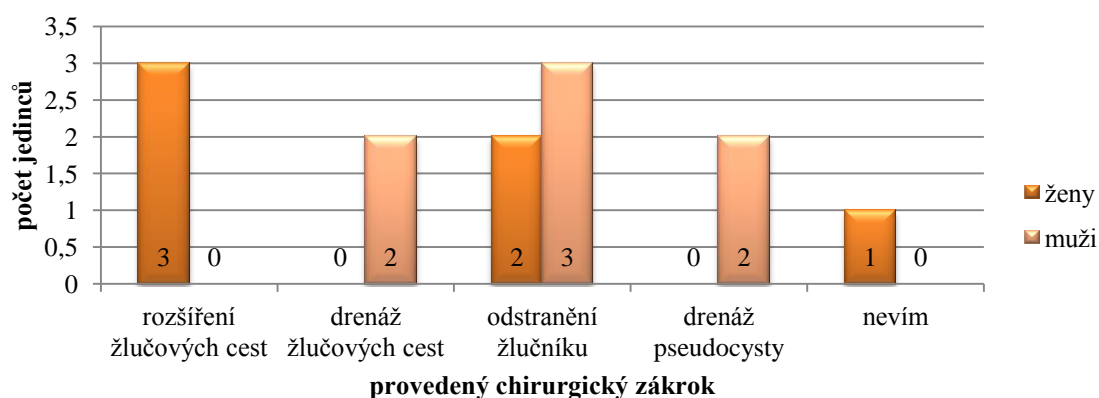
Graf 5a: Chirurgický zákrok



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů 57 pacientů, jen u 13 (23%) byl proveden nějaký chirurgický zákrok. Z toho bylo 6 žen (11%) a 7 mužů (12%). Zbylých 44 pacientů (77%) žádný zákrok neprodělalo. Jednalo se o 18 žen (31%) a 26 mužů (46%).

Graf 5b: Provedený chirurgický zákrok

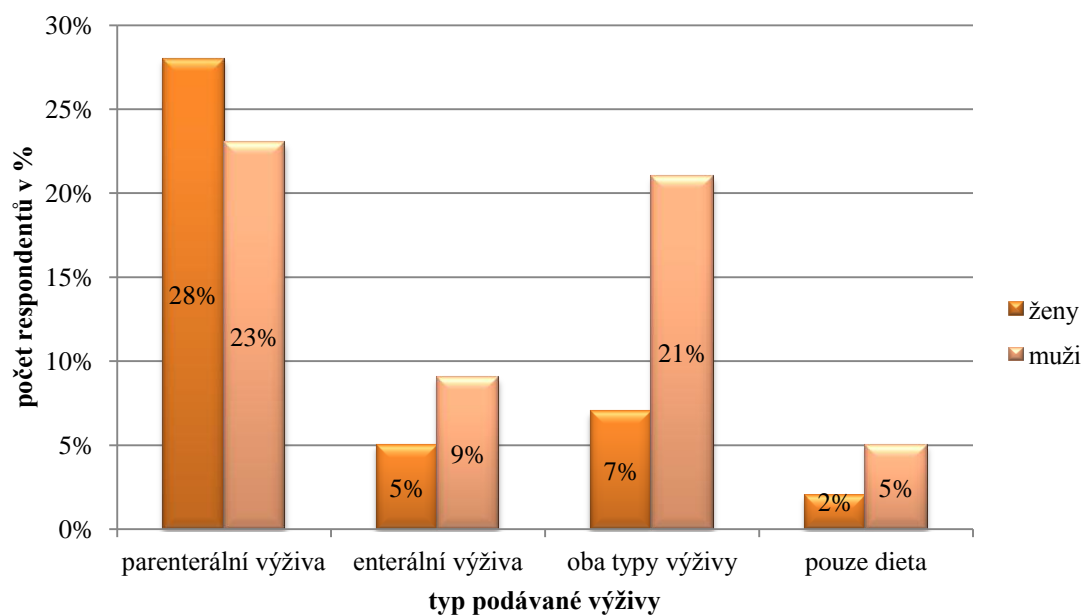


Zdroj: vlastní

Z počtu 13 chirurgických zákroků se jednalo u 3 pacientů (žen) o rozšíření žlučových cest, 2 mužům byla provedena jejich drenáž. Chirurgickou operaci s odstraněním žlučníku prodělalo 5 pacientů (2 ženy a 3 muži). Výkon drenáže pseudocysty si vyžádal stav 2 pacientů (mužů). Jen v 1 případě respondent (žena) uvedl, že neví, jaký výkon byl proveden.

Otázka č. 6

Graf 6: Podávaný typ výživy u pacientů s pankreatitidou

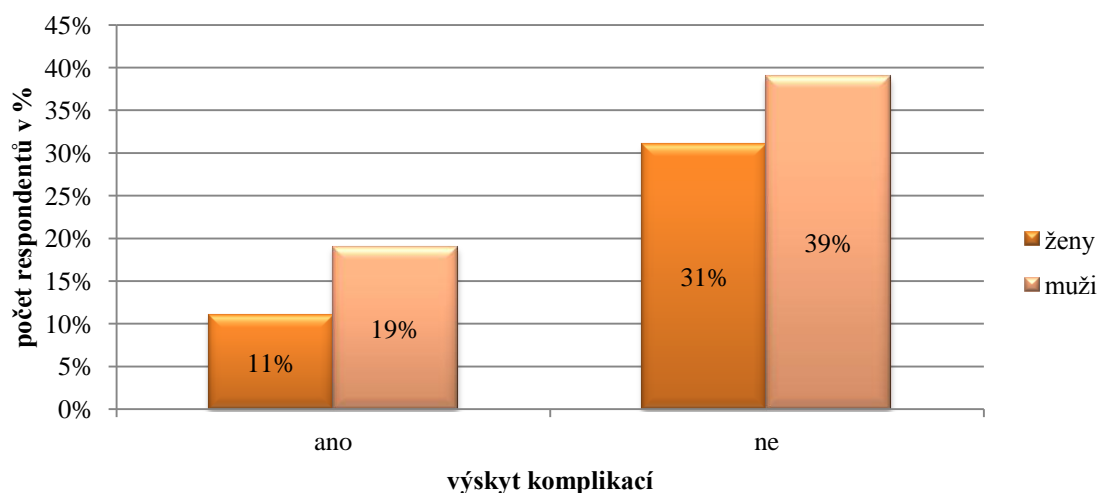


Zdroj: vlastní

Parenterální výživa byla v průběhu nemoci podávána 29 pacientům (51%), z toho bylo 16 žen (28%) a 13 mužů (23%). Enterální výživou bylo vyživováno 8 pacientů (14%), z kterých 3 ženy tvořily 5% a 5 mužů 9% pacientů z celkového počtu respondentů. U 16 pacientů (28%) si průběh onemocnění vyžádal kombinaci parenterální a enterální výživy, jednalo se o 4 ženy (7%) a 12 mužů (21%). Léčba pouze dietou byla možná u 4 pacientů (7%), z kterých byla 1 žena (2%) a 3 muži (5%).

Otázka č. 7

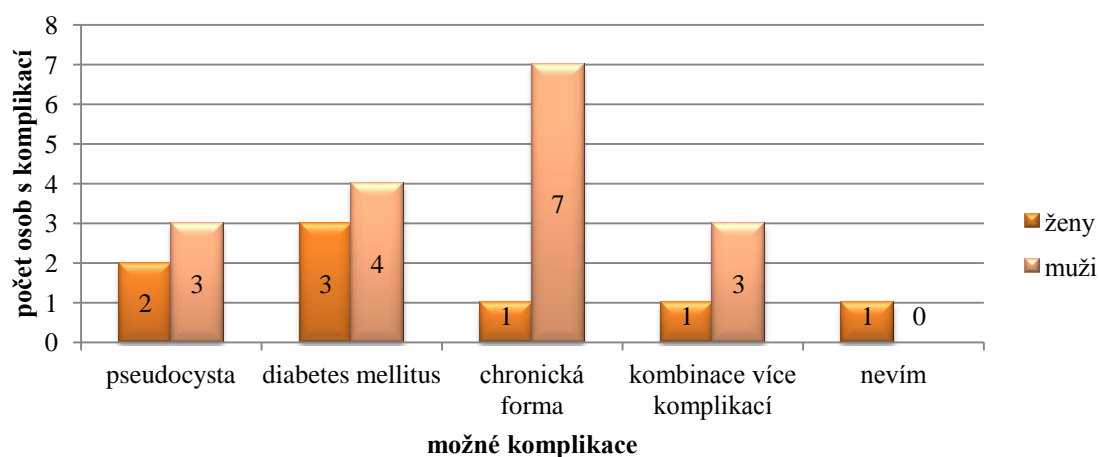
Graf 7a: Výskyt komplikací u pacientů s pankreatitidou



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu dotazovaných 57 pacientů (100%) došlo ke vzniku komplikací u 17 z nich (30%), u 6 žen (11%) a 11 mužů (19%). Žádné komplikace nemělo 40 pacientů (70%), a to 18 žen (31%) a 22 mužů (39%).

Graf 7b: Možné komplikace

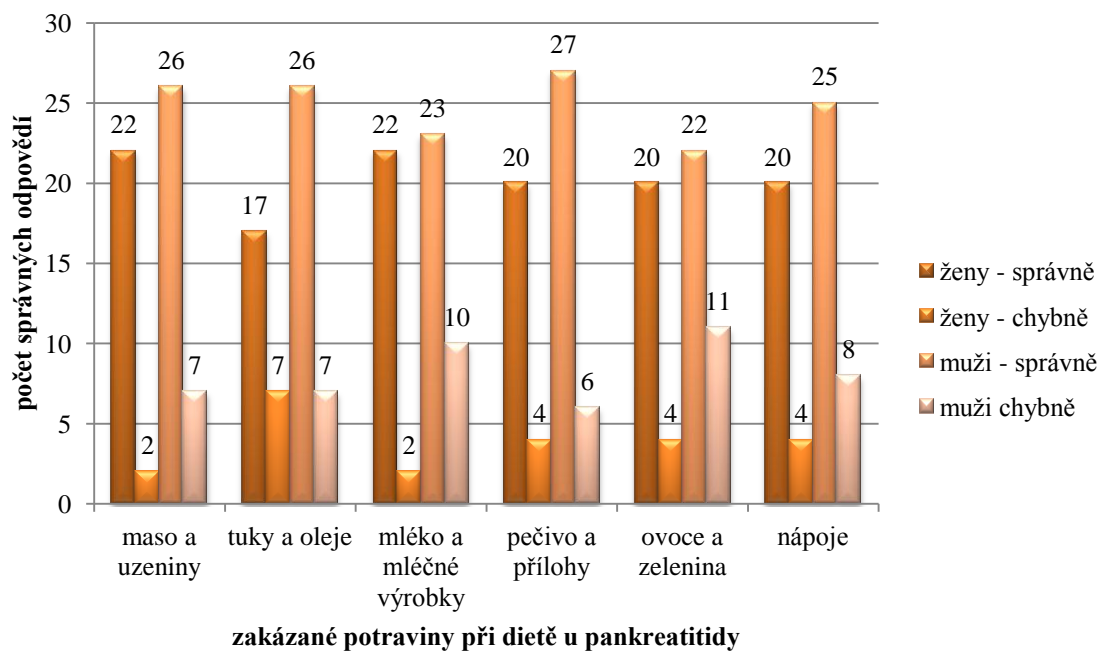


Zdroj: vlastní

U 5 pacientů (2 žen a 3 mužů) došlo v průběhu nemoci k vytvoření pseudocysty pankreatu. U 7 pacientů (3 žen a 4 mužů) se rozvinul v souvislosti s pankreatitidou diabetes mellitus, u 8 pacientů (1 ženy a 7 mužů) přešla nemoc do chronické formy. Ke kombinaci komplikací, nejčastěji rozvoj DM a chronicita onemocnění došlo u 4 pacientů (1 ženy a 3 mužů). Pouze 1 pacient (žena) uvedla, že neví, o jakou komplikaci se jednalo.

Otázka č. 8

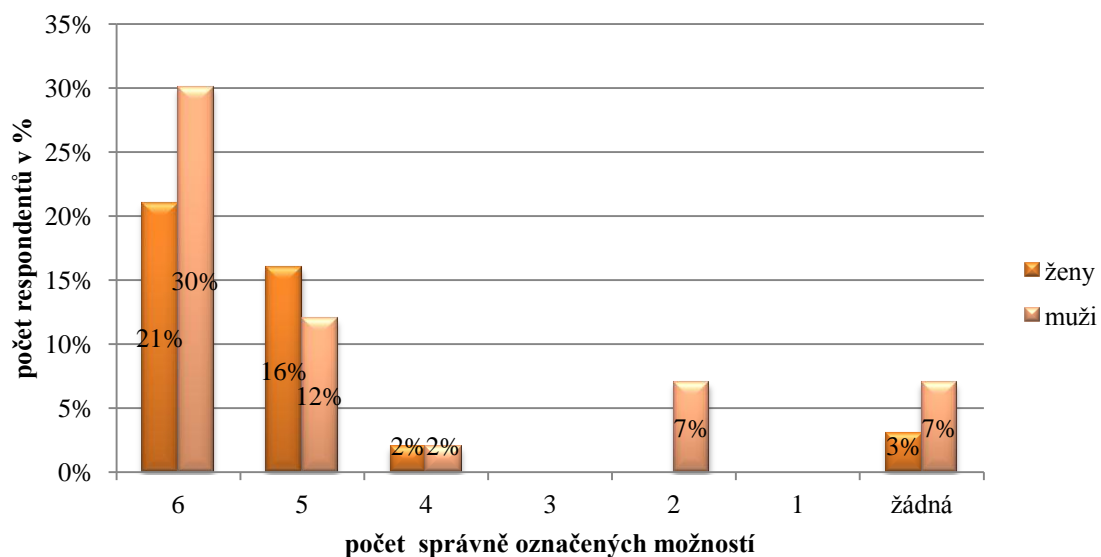
Graf 8a: Zakázané potraviny u nemocných s pankreatitidou



Zdroj: vlastní

V grafu jsou uvedeny jednotlivě správné a chybné odpovědi na každou oblast v dietním omezení při pankreatitidě. Číslo v grafu označuje počet osob podle toho, jak danou možnost označily.

Graf 8b: Celkový počet správných odpovědí na dietní omezení

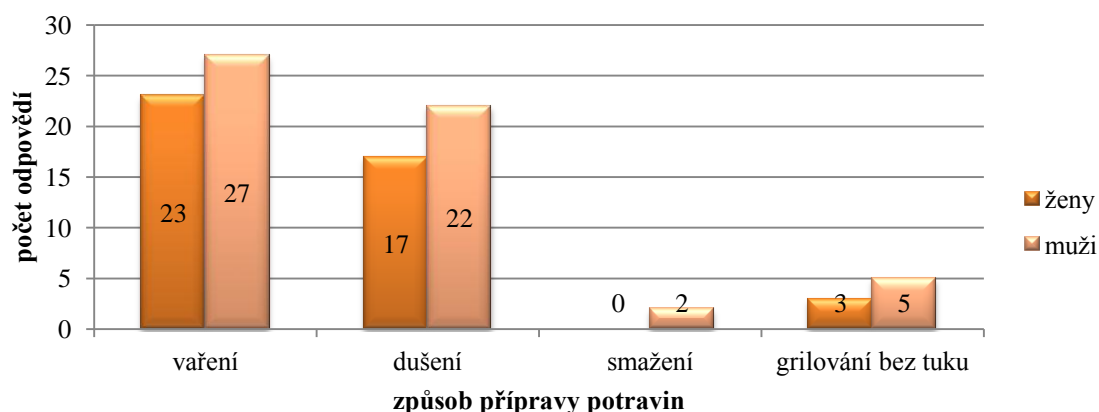


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu odpovědí na 6 ze 6 správných možností odpovědělo 29 respondentů (51%), 12 žen (21%) a 17 mužů (30%). Správně na 5 ze 6 správných možností odpovědělo 16 dotazovaných, 9 žen (16%) a 7 mužů (12%). Celkově tedy správně odpovědělo 45 pacientů (79%). Za nesprávně zodpovězené jsou považované 4 až žádná správná možnost, celkově 12 respondentů (21%), kdy 4 správné možnosti označili 2 pacienti (4%), shodně 1 žena a 1 muž, jen 2 správné možnosti označili 4 pacienti (muži – 7%) a žádnou správnou možnost neuvedlo 6 pacientů (10%), 2 ženy (3%) a 4 muži (7%).

Otázka č. 9

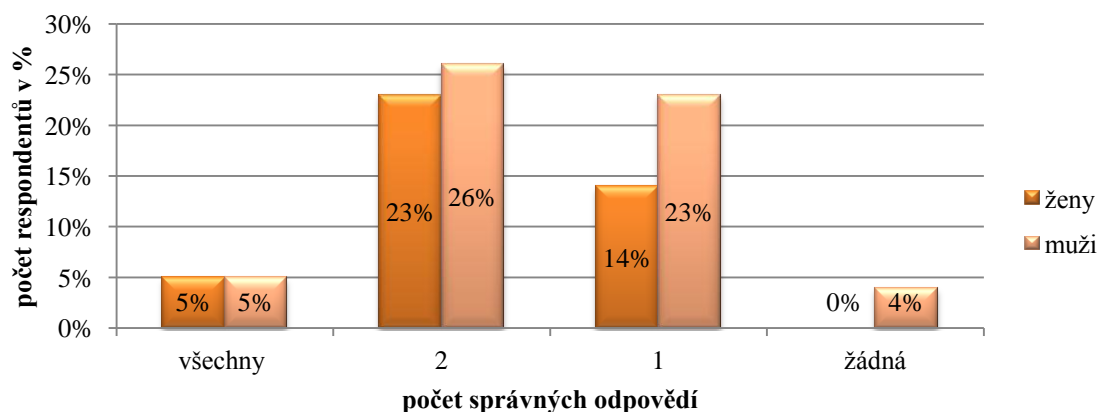
Graf 9a: Způsoby tepelné úpravy potravin



Zdroj: vlastní

Vaření jako vhodný způsob přípravy jídel označilo 50 respondentů (23 žen a 27 mužů), dušení, jako způsob tepelné úpravy, uvedlo v dotazníku 39 respondentů (17 žen a 22 mužů). Grilování bez tuku považuje za vhodnou přípravu pouze 8 respondentů (3 ženy a 5 mužů). Smažení označili jen 2 respondenti (muži).

Graf 9b: Počet správných možností

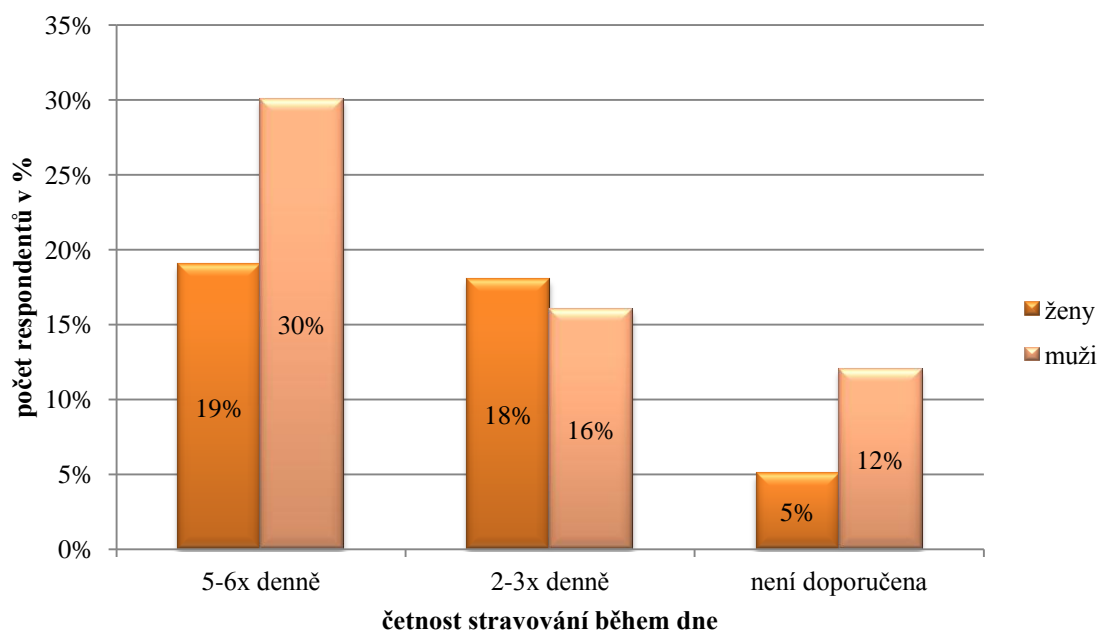


Zdroj: vlastní

Všechny správné možnosti tepelné úpravy potravin označilo 6 pacientů (10%), shodně ženy i muži – 3 (5%). Různé 2 způsoby, vhodné pro přípravu stravy, označilo 28 pacientů (49%), z toho 13 žen (23%) a 15 mužů (26%). Jen jediný vhodný způsob označilo 21 respondentů (37%), 8 žen (14%) a 13 mužů (23%). Nevhodný způsob přípravy označili 2 respondenti (4%), muži. Celkově tedy 96% pacientů označilo v dotazníku správnou možnost tepelné úpravy potravin při pankreatické dietě.

Otázka č. 10

Graf 10: Pravidelnost ve stravování

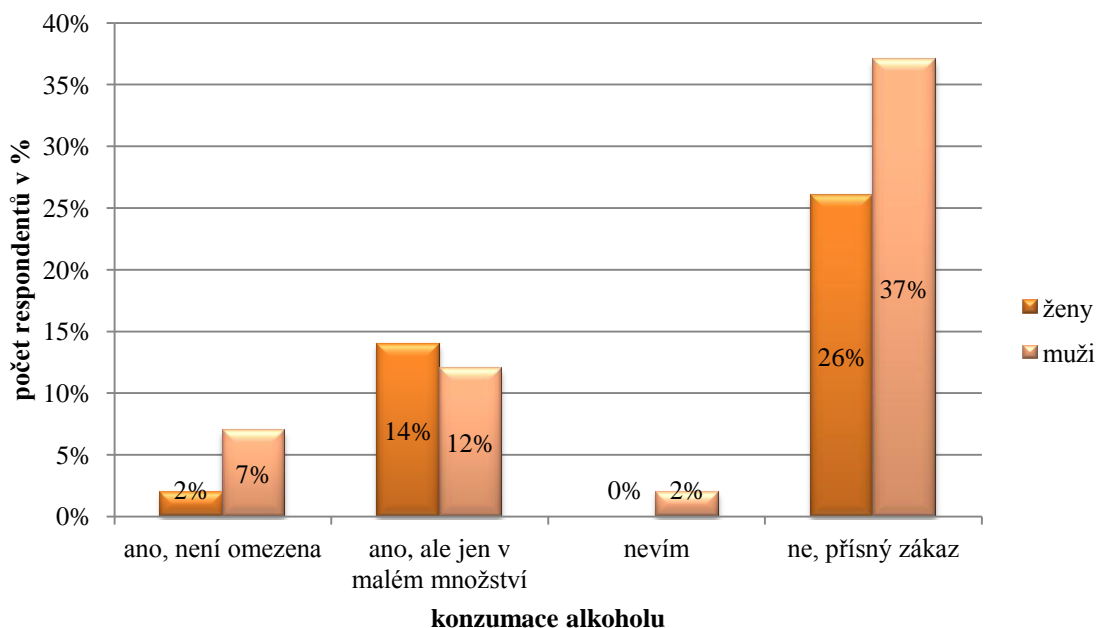


Zdroj: vlastní

Pravidelnost ve stravování, nejlépe 5-6x denně, označilo 28 respondentů (49%), z toho 11 žen (19%) a 17 mužů (30%). 19 respondentů (34%) označilo za správnou odpověď stravování 2-3x denně, bylo to 10 žen (18%) a 9 mužů (16%). Zbýlých 10 respondentů (17%), 3 ženy (5%) a 7 mužů (12%) uvedlo, že není doporučena žádná pravidelnost ve stravování.

Otázka č. 11

Graf 11: Konzumace alkoholických nápojů

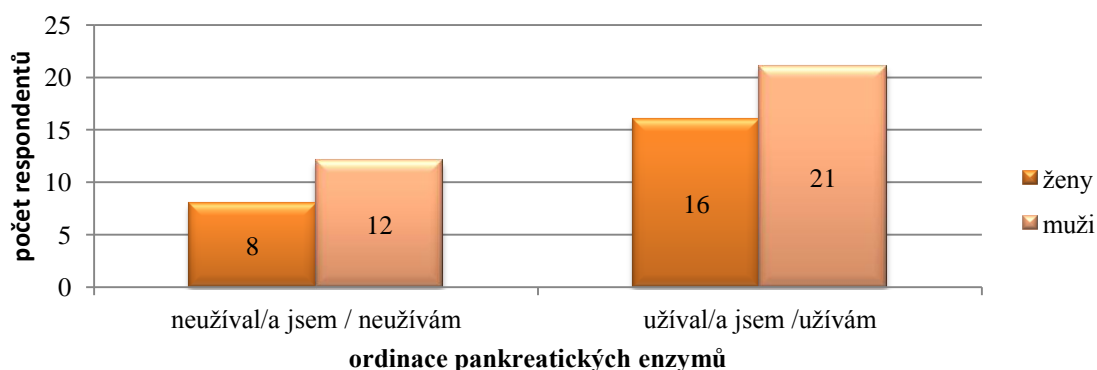


Zdroj: vlastní

Odpověď, že konzumace alkoholu je povolena bez omezení, uvedlo 5 tázaných (9%), 1 žena (2%) a 4 muži (7%). Možnost, že konzumace alkoholu je možná, ale jen v malém množství, označilo 15 respondentů (26%), a to 8 žen (14%) a 7 mužů (12%), 1 muž (2%) označil odpověď nevím. Správnou odpověď, tedy přísný zákaz konzumace alkoholu, označilo 36 respondentů (63%), z toho bylo 15 žen (26%) a 21 mužů (37%).

Otázka č.12

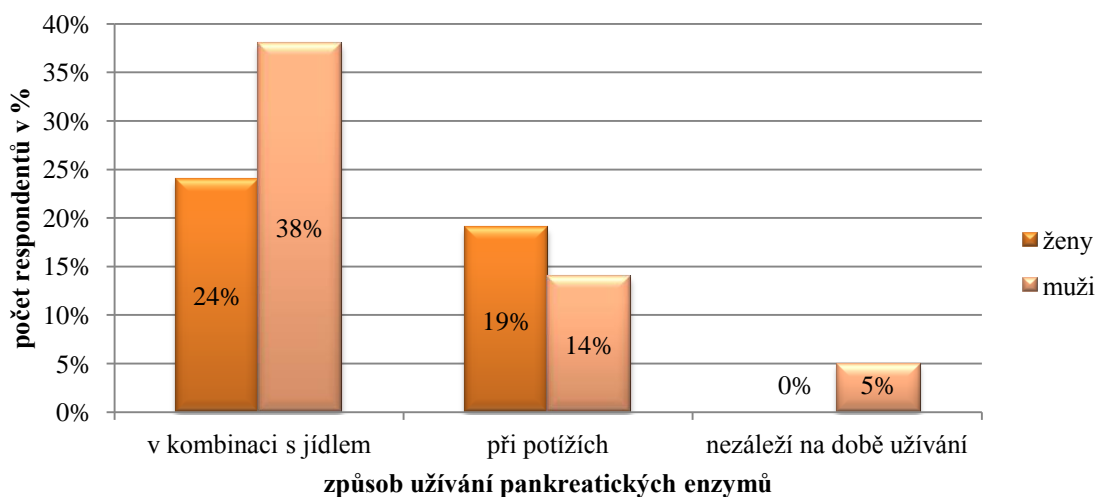
Graf 12a: Užívání pankreatických enzymů



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 57 respondentů jich 20 uvedlo, že pankreatické enzymy ve své léčbě neužívalo. Počet pacientů, kteří při léčbě užívali nebo užívají pankreatické enzymy, je 37 (16 žen a 21 mužů).

Graf 12b: Způsob užívání pankreatických enzymů (37 respondentů = 100%)

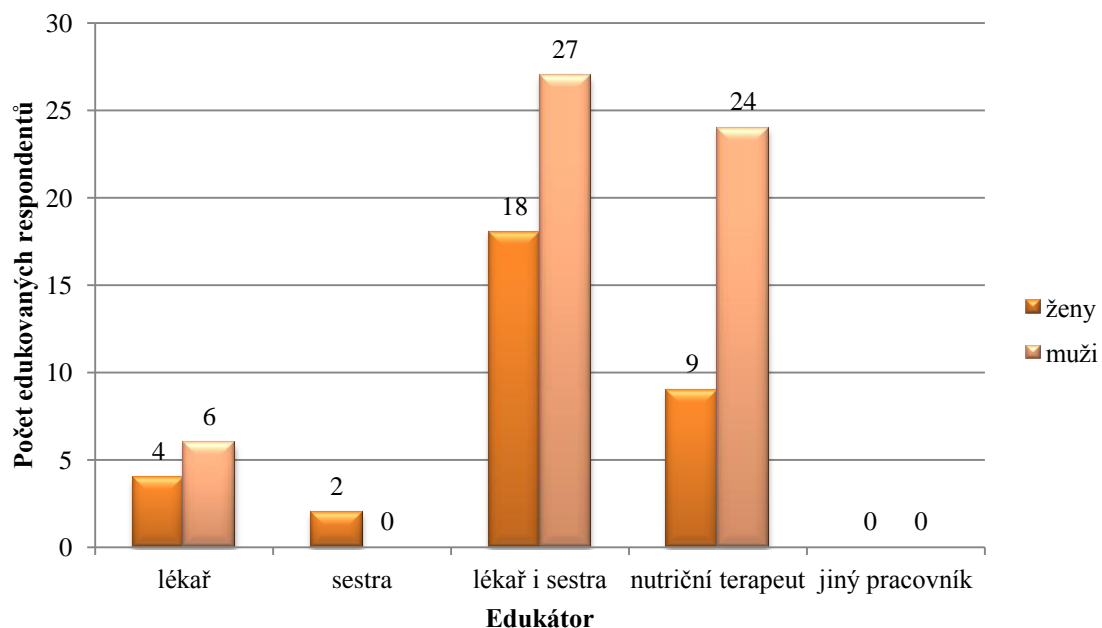


Zdroj: vlastní

Z pacientů užívajících pankreatické enzymy 23 (62%) označilo odpověď správně, užívání enzymů v kombinaci s jídlem, bylo to 9 žen (24%) a 14 mužů (38%). 12 pacientů (33%) uvedlo, že se užívají jen při potížích, 7 žen (19%) a 5 mužů (14%). Jen 2 pacienti (muži – 5%) označili mezi odpověďmi nezávislost na jídle při užívání pankreatických enzymů.

Otázka č. 13

Graf 13: Kdo informuje /edukuje pacienty s pankreatitidou

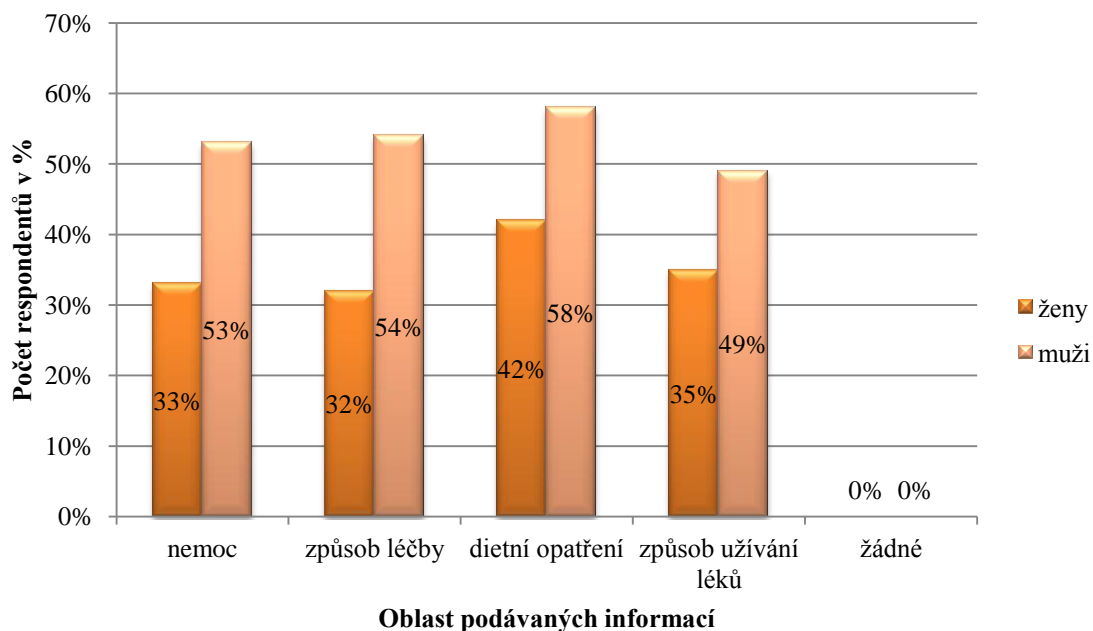


Zdroj: vlastní

Na otázku: „Kdo Vám podával informace o Vašem onemocnění?“ odpovědělo 45 respondentů, že byli informováni lékařem i sestrou, a to 18 žen a 27 mužů. Lékař bez přítomnosti sestry informoval 10 pacientů, 4 ženy a 6 mužů, sestra sama informovala pouze ve 2 případech, u 2 žen. Na edukaci se podílel i nutriční terapeut, v 33 případech, u 9 žen a 24 mužů, vždy v kombinaci s lékařem nebo sestrou nebo oběma. Edukace dotazovaných respondentů se jiný zdravotnický pracovník neúčastnil.

Otázka č. 14

Graf 14: Jaké informace jsou podávány pacientům s pankreatitidou

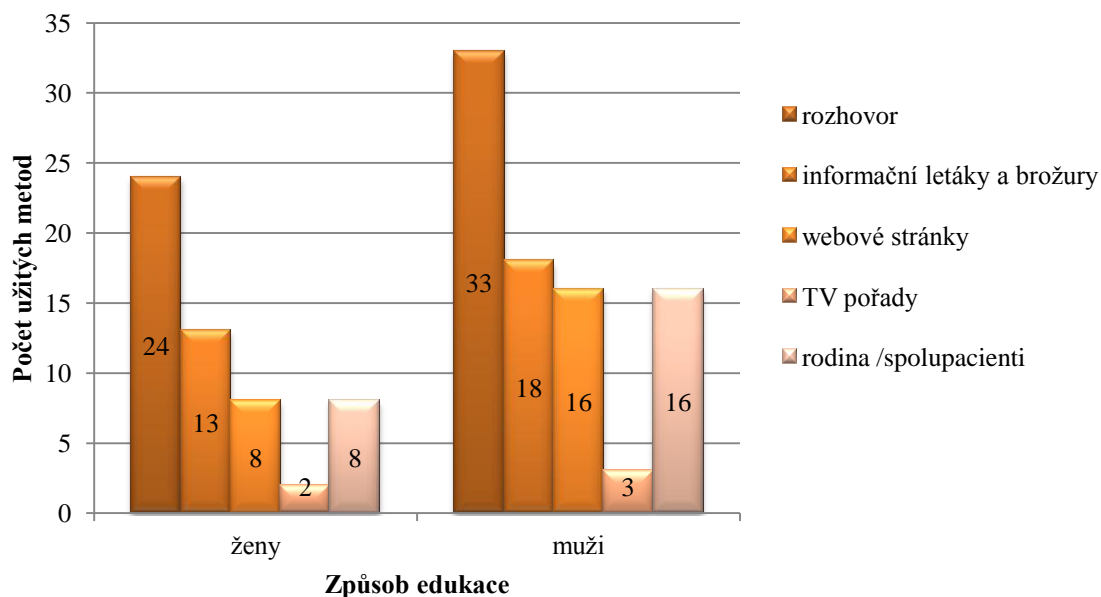


Zdroj: vlastní

Edukace pacientů byla zaměřena na nemoc jako takovou, způsob léčby, dietní omezení a způsob užívání léků. O nemoci jako takové bylo informováno celkem 86% pacientů (19 žen, 30 mužů). Se způsobem léčby pak bylo seznámeno 18 žen a 31 mužů, celkem tedy 86% pacientů, s užíváním léků v průběhu onemocnění jen 84% respondentů, 20 žen a 28 mužů. Jen v oblasti dietních opatření, omezení, byla edukace 100%. Všichni dotazovaní byli seznámeni s omezením ve stravování souvisejícím s pankreatitidou. Z vyplněných dotazníků vyplývá, že kompletní edukace proběhla u 81% pacientů, 18 žen a 28 mužů, ve zbylých 19% případech byla edukace v některé oblasti opomenuta nebo ji nevyžadoval průběh nemoci.

Otázka č. 15

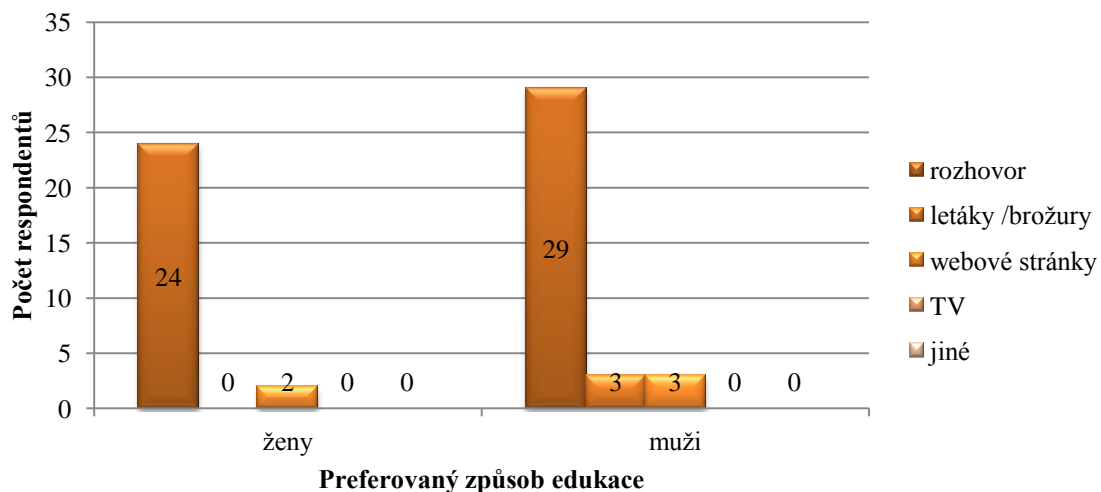
Graf 15a: Způsob podání informací /edukace



Zdroj: vlastní

Pacienti ve 100% byly edukovány formou rozhovoru. Možnost doplnění či ujasnění informací pomocí informačních letáků a brožur mělo 31 respondentů (54%), a to 13 žen a 18 mužů. 24 respondentů využilo k vyhledání dalších informací webové stránky, 5 pacientů pak televizní pořady. Se získáním informací pomohli ve 24 případech pacientům jejich rodina nebo spolupacienti.

Graf 15b: Preferovaný způsob edukace

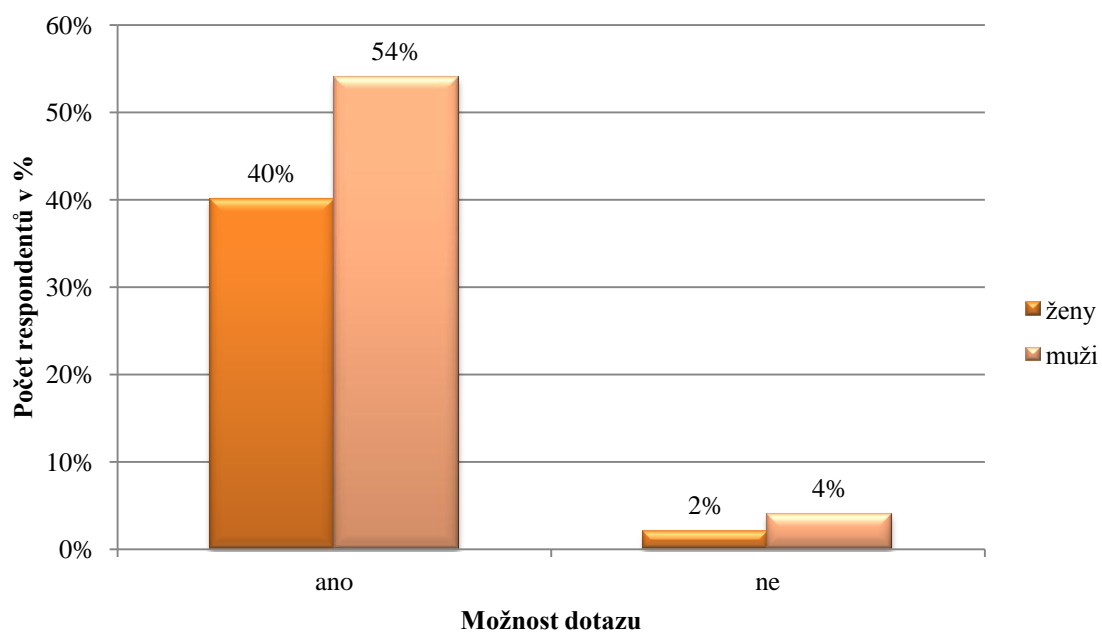


Zdroj: vlastní

Všechny dotazované ženy (24 – 100%) preferují jako způsob získání informací rozhovor s odborníkem, 2 z nich by využily pro jejich doplnění nebo upřesnění webové stránky. Muži preferují v 88% (29 mužů) jako edukační zdroj rozhovor, ale ve 4 případech (12%) uvedli jako preferenční zdroj webové stránky (3) nebo letáky a brožury (1). K doplnění nebo upřesnění informací získaných rozhovorem by využili informační letáky a brožury 2 muži.

Otázka č. 16

Graf 16: Možnost dotazu

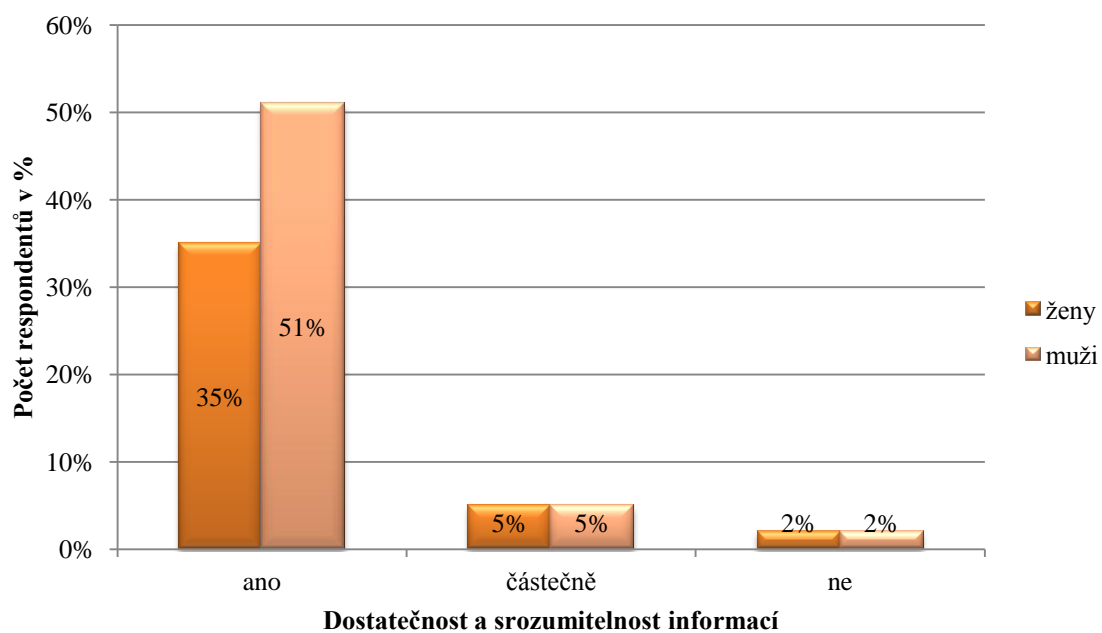


Zdroj: vlastní

Možnost zeptat se na to, co pacienta zajímá, mělo 94% respondentů, 23 žen a 31 mužů. Zbýlých 6% respondentů, 1 žena a 2 muži, označily odpověď ne.

Otázka č. 17

Graf 17: Dostatečnost a srozumitelnost podaných informací

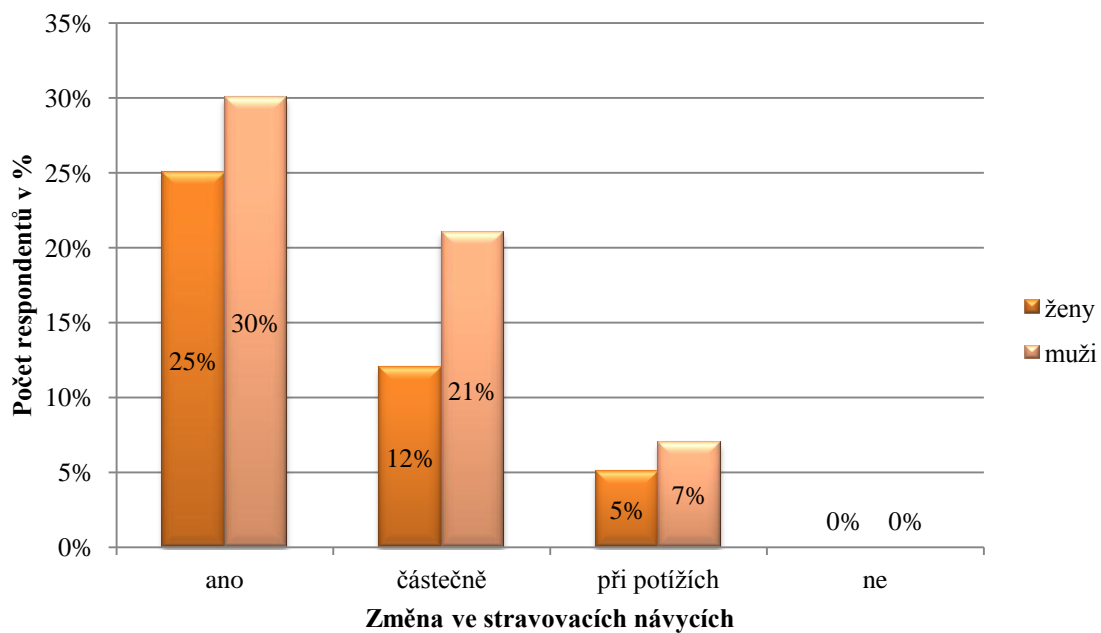


Zdroj: vlastní

V odpovědi na otázku, zda pacient považuje edukaci za dostatečnou a srozumitelnou, se 86% respondentů (49 pacientů) vyjádřilo kladně (20 žen a 29 mužů). Za částečné (nebo nesrozumitelné) považuje podané informace jen 10% dotazovaných (6 pacientů – 3 ženy a 3 muži). Ve 2 případech (4%) nebyli pacienti s podanými informacemi spokojeni (1 žena a 1 muž).

Otázka č. 18

Graf 18: Změna ve stravovacích návycích

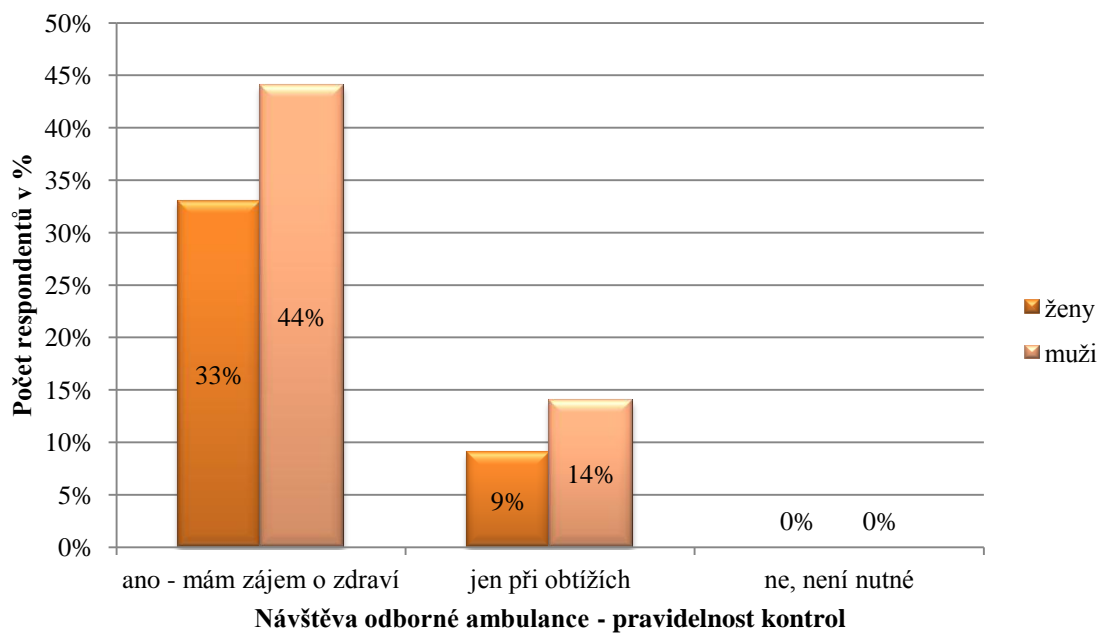


Zdroj: vlastní

Ke změně stravovacích návyků vedla edukace u 55% respondentů, 14 žen a 17 mužů. Částečně své návyky ve stravování změnilo 33% respondentů, 7 žen a 12 mužů. Žádnou změnu stravovacích návyků nevedl nikdo z dotazovaných, zbylých 12% respondentů upraví své stravovací návyky alespoň při potížích, 3 ženy a 4 muži.

Otázka č. 19

Graf 19: Pravidelné kontroly v odborné ambulanci

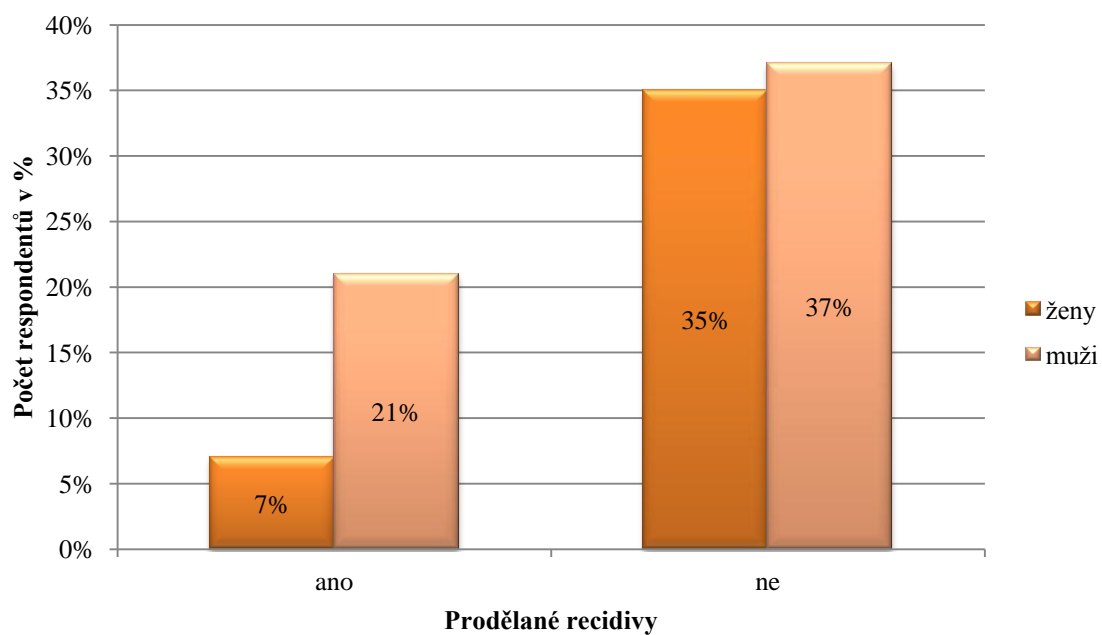


Zdroj: vlastní

Pravidelnost kontrol v odborné ambulanci za účelem udržení svého zdraví dodržuje 77% respondentů, 19 žen a 25 mužů. Zbýlých 23% pacientů (5 žen a 8 mužů) navštěvuje ambulanci pouze při potížích. Žádný z dotazovaných respondentů nevedl možnost ne.

Otázka č. 20

Graf 20: Prodělání recidivy onemocnění

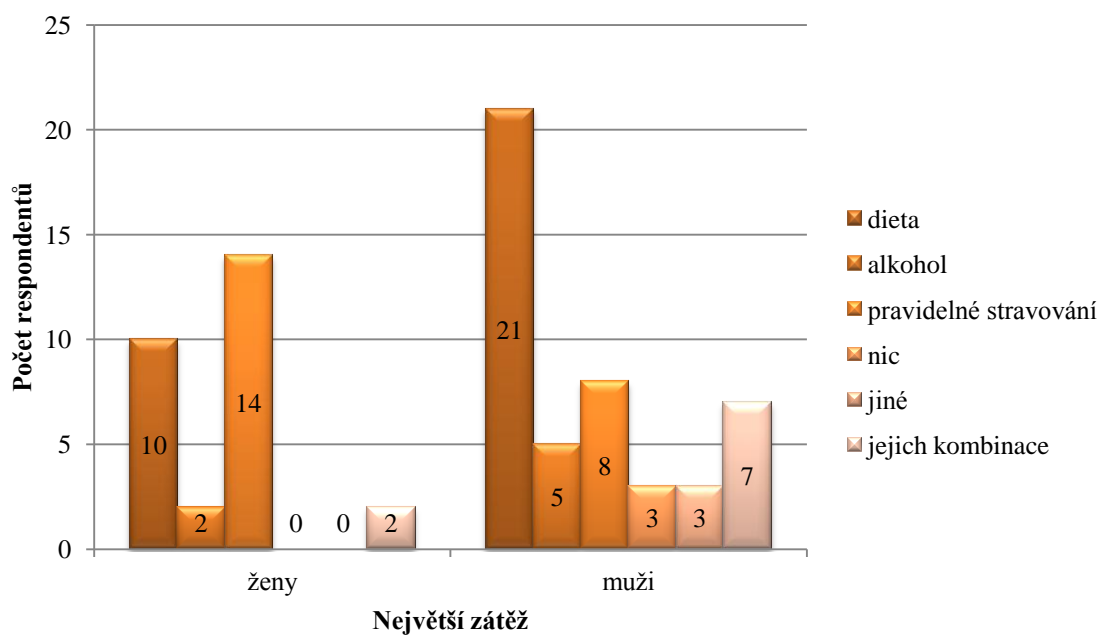


Zdroj: vlastní

K recidivě akutní pankreatitidy nebo akutní atace při chronické pankreatitidě došlo u 28% respondentů, a to u 4 žen a 12 mužů. Žádnou recidivu při dodržování režimu neprodělalo 20 žen a 21 mužů, celkem 72% respondentů.

Otázka č. 21

Graf 21: Největší zátěž pro životní styl



Zdroj: vlastní

Jako zátěž svého životního stylu uvedlo 31 respondentů dietní omezení (10 žen, 21 mužů), 22 respondentů pak nutnost pravidelného stravování (14 žen a 8 mužů). Pro 7 respondentů je největším omezením zákaz alkoholu (2 ženy a 5 mužů), celkové dodržování režimu považují za obtěžující nebo náročné 3 muži. V hodnocení zátěže pro životní styl uvedlo 9 respondentů (2 ženy a 7 mužů) kombinaci více faktorů. Jen 3 muži z celkového počtu dotazovaných (57) uvedli, že žádný faktor související se změnou životního stylu není pro ně problémem.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjištění úrovně informovanosti nemocných se zánětem slinivky břišní. Informovanost závisí nejen na obsahu a rozsahu, který je schopen pacient pochopit, ale i na formě, kterou jsou informace podávány a na tom, jak následně budou použity. Tento postup je základem edukace a stal se základem i pro volbu dílčích cílů, které jsem si stanovila.

Zdrojem získaných údajů v mém výzkumu byli pacienti hospitalizovaní na I. interní klinice Fakultní nemocnice v Plzni. Jednalo se o skupinu nemocných hospitalizovaných na standardních odděleních v období od ledna 2012 do prosince 2013. Tvořili ji ženy i muži různých věkových kategorií. Nejmladším respondentem byla 37letá pacientka s akutní pankreatidou biliární etiologie, nejstarším pak 81letá pacientka s pankreatidou stejné etiologie. Celkem se dotazníkového šetření účastnilo 57 respondentů, 24 žen a 33 mužů. Ve věkové kategorii do 40 let jich bylo 11, 4 ženy a 7 mužů, v kategorii od 41 do 50 let pak stejný počet 11 respondentů tvořilo 5 žen a 6 mužů. Věková kategorie od 51 do 60 let byla zastoupena 1 ženou a 8 muži, nejstarší kategorie nad 71 let byla zastoupena 6 ženami a 4 muži. Nejpočetnější skupinu respondentů tvořila věková kategorie pacientů od 61 do 70 let, kde bylo shodně 8 žen a 8 mužů.

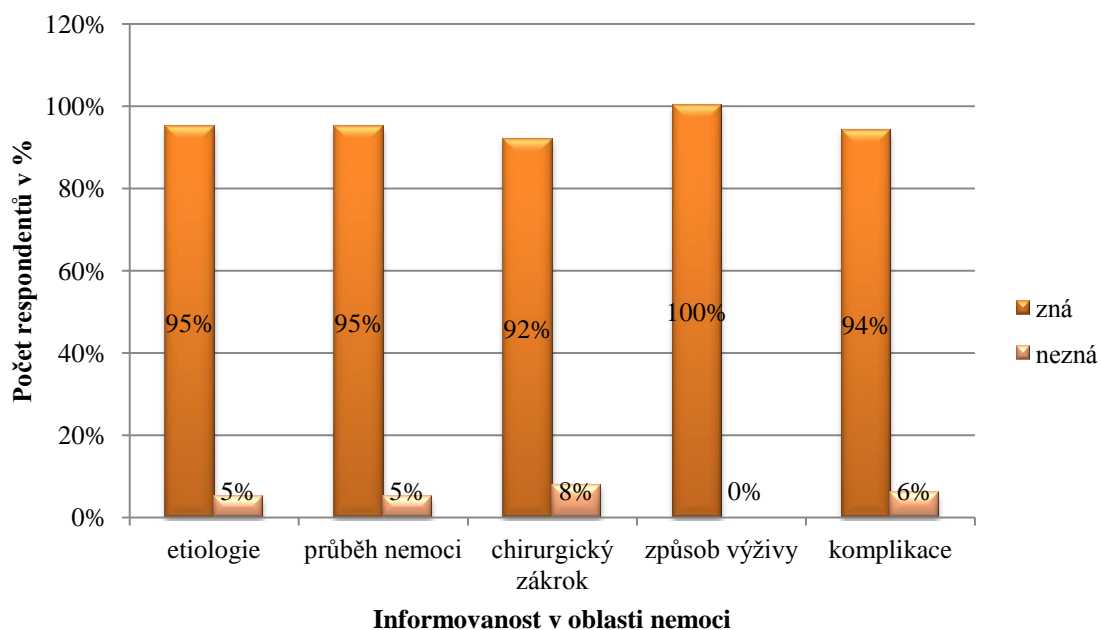
Při porovnávání výše dosaženého vzdělání tvořili nejpočetněji zastoupenou skupinu pacienti s vyučením, 8 žen a 11 mužů, další pak respondenti se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou, 6 žen a 8 mužů. Třetí v pořadí byla skupina pacientů se základním vzděláním, kterou tvořilo 6 žen a 7 mužů. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 8 lidí z dotazovaných respondentů, z toho byli 2 ženy a 6 mužů. Nejméně zastoupenou byla skupina respondentů s vyšším odborným vzděláním, ve které byli jen 2 ženy a 1 muž.

13.1 Cíl 1.

Jako první cíl jsem si stanovila ověření informovanosti pacientů s průběhem nemoci a způsobem její léčby. K tomuto účelu slouží otázky č. 3, 4, 5, 6 a 7, ve kterých se respondentů ptám, zda znají příčinu své nemoci a to, jaký měla průběh. Dále se zajímám o to, zda si průběh jejich nemoci vyžádal některý z chirurgických zákroků prováděným v souvislosti s pankreatidou, a pokud ano, zda ví, o jaký zákrok či operační výkon se jednalo. Protože výživa je nedílnou součástí léčby nemocných s pankreatidou, ptám se respondentů i na způsob, jakým jim byla výživa v průběhu nemoci podávána. A v neposlední řadě se zajímám o to, zda jsou pacienti seznámeni s tím, jestli u nich v průběhu stonání došlo ke vzniku komplikací, případně, o jaké komplikace se jednalo.

Vzhledem k mé praxi předpokládám, že více než 80% pacientů je seznámeno s průběhem svého onemocnění a ví, jakým způsobem u nich probíhala léčba.

Graf 22: Informovanost pacientů s průběhem nemoci a způsobem léčby



Zdroj: vlastní

Graf znázorňuje shrnutí sledované informovanosti pacientů ohledně průběhu nemoci a její léčby. Etiologii svého onemocnění zná 95% dotazovaných respondentů. Z toho 52% nemocných (15 žen a 15 mužů) prodělalo pankreatitidu biliární etiologie, u 23% pacientů (3 žen a 10 mužů) měla pankreatitida ethylickou etiologii a 20% pacientů (5 žen a 6 mužů) mělo jinou příčinu vzniku onemocnění. Příčinu svého onemocnění neznali jen 3 respondenti (5%), a to 1 žena a 2 muži.

S průběhem, formou pankreatitidy, bylo seznámeno 54 respondentů (95%). Lehký průběh neboli edematózní formu pankreatitidy mělo 24 respondentů (42%), naopak těžký průběh, nekrotizující pankreatitidu prodělalo 30 dotazovaných (53%). Z celkového počtu pacientů jen 3 (5%) z nich označili možnost „nevím“, 1 žena a 2 muži.

Průběh nemoci si jen u 13 pacientů z celkového počtu 57 vyžádal chirurgický zákrok či operační výkon. Pokud skupinu těchto 13 pacientů označím pro hodnocení informovanosti jako 100%, pak 92% z nich (12) bylo obeznámeno s tím, jaký zákrok jim byl proveden a jen 8%, tedy 1 pacient, neví, jaký výkon byl proveden.

Způsob, jakým v průběhu nemoci byla podávána pacientovi výživa, jakožto součást léčebného procesu, znají všichni z dotazovaných respondentů (57), tedy 100%.

Ke vzniku komplikací v průběhu pankreatitidy došlo u 17 pacientů (30% z celkového počtu respondentů). Pokud ale při hodnocení informovanosti označím tuto skupinu jako 100%, pak 94% pacientů vědělo, k jakým komplikacím v průběhu nemoci došlo a jen 6% z nich neodpovědělo na tuto otázku (1 pacientka).

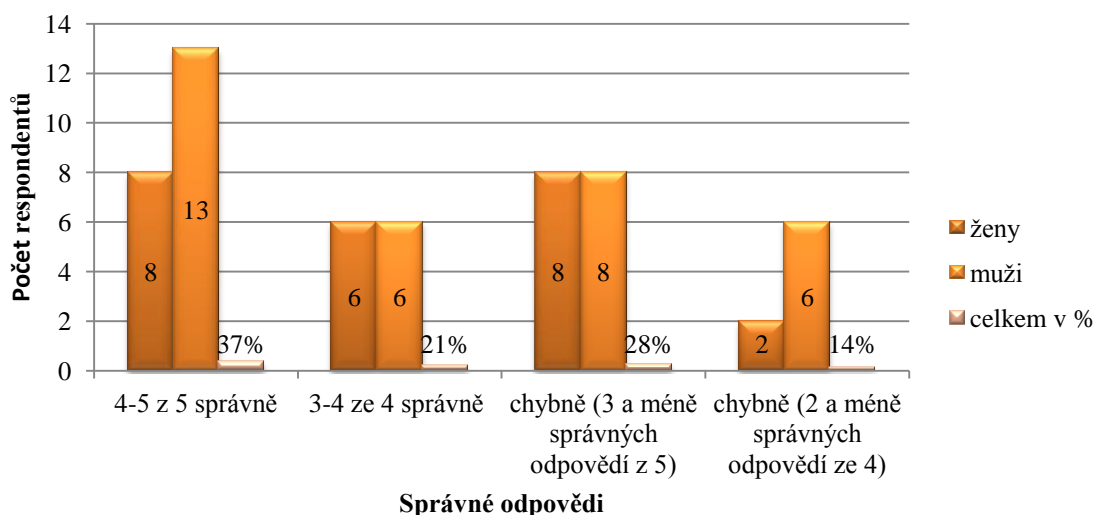
Po shrnutí těchto údajů, které je dobře patrné z grafu, můžu svůj předpoklad o tom, že více než 80% pacientů je seznámeno s průběhem nemoci a způsobem léčby, považovat za potvrzený.

13.2 Cíl 2.

Druhým cílem mé práce bylo zjistit, jaké znalosti mají pacienti v oblasti dietních a režimových opatření. Dieta při pankreatitidě je dlouhodobou záležitostí a její dodržování, včetně správné úpravy potravin, pravidelnosti stravování, zákazu alkoholu nebo užívání léků, má významnou roli v léčbě akutní, zvláště pak chronické pankreatitidy. Může ovlivnit i vznik komplikací a celkový průběh nemoci. Odpovědi na tuto oblast informovanosti jsem čerpala z otázek 8, 9, 10, 11 a 12.

Předpokládám zde, že pacienti jsou dostatečně edukováni v oblasti dietních a režimových opatření a více než polovina z nich odpoví na 4 z 5 otázek správně. (U pacientů, kteří neužívali pankreatické enzymy při léčbě, odpoví na 3 ze 4 otázek správně.)

Graf 23: Informovanost v oblasti dietních a režimových opatření



Zdroj: vlastní

Graf znázorňuje počet správných odpovědí v oblasti edukace dietních a režimových opatření. Pro hodnocení správně zodpovězených otázek jsem dotazníky rozdělila podle

toho, zda pacient užíval či nikoli pankreatické enzymy. Poté jsem spočítala počet správných odpovědí a označila tak správné a chybné odpovědi.

Za správné odpovědi jsou považovány dotazníky, kde respondent označil 4-5 z 5 odpovědí správně, v tomto případě 21 dotazníků, respondentů (8 žen a 13 mužů), což z celkového počtu tvoří 37%. V případě dotazníků, kde respondent neužíval pankreatické enzymy, jsou za správně zodpovězené považované dotazníky, kde jsou správně 3-4 ze 4 odpovědí. Jedná se o 12 dotazníků, respondentů (6 žen a 6 mužů), které tvoří 21%.

Ostatní dotazníky, odpovědi respondentů, jsou chybné, celkem 24 dotazníků (42%).

Celkem v oblasti edukace týkající se dietních a režimových opatření lze 58% vyplněných dotazníků označit za správné. Můžu proto říci, že se můj předpoklad naplnil.

13.3 Cíl 3.

Ve třetím cíli jsem se zaměřila na to, kdo a jakým způsobem edukuje pacienty. Způsob edukace zahrnuje její obsah a formu předání informací. Zajímám se také o to, jaký způsob pacienti preferují, zda mají možnost se ptát na to, co je zajímavé, trápí a zda jsou s podanými informacemi spokojeni. K tomuto účelu jsou vytvořeny otázky č. 13, 14, 15, 16 a 17.

Jako sestra, která se na edukaci podílí, se domnívám, že více než polovina pacientů je v této oblasti edukována dostatečně, s ohledem na jejich individualitu, a je s podanými informacemi spokojena.

Pokud jsem se pacientů ptala, kdo jim podával informace o jejich onemocnění, odpovědělo 79% z nich (45 respondentů), že informace dostávali jak od lékaře, tak sestry. Jen lékařem byly předány informace 18% respondentů (10 pacientů), naopak pouze sestrou byli edukováni 3% respondentů (2 pacienti). Hlavní součástí edukace jsou dietní opatření, proto se na ni podílí i nutriční terapeut. U dotazovaných respondentů tomu tak bylo v 58% případech, kdy nutriční terapeut edukoval pacienty ve spolupráci s lékařem, sestrou nebo oběma.

Informace získané pacientem se týkaly samotné nemoci, způsobu její léčby, dietních omezení a způsobu užívání léků. Z vyplněných dotazníků vyplývá, že s nemocí jako takovou a způsobem její léčby byli seznámeni pacienti v 86% (49 pacientů) z celkového počtu respondentů. O užívání léků pak byli pacienti poučeni v 84% (48 pacientů) a jen v případě dietních omezení byla edukace 100% (57 respondentů). Lze tedy říci, že kompletní edukace se týkala 81% respondentů, 46 pacientů. U ostatních pacientů,

11 (19%), si průběh nemoci potřebu edukace v určité oblasti buď nevyžádal, nebo byla opomenuta či zapomenuta.

Předání informací proběhlo vždy formou rozhovoru (v 100%). V 54% (31 respondentů) pak měli pacienti možnost doplnit si informace formou letáků a brožur. K vyhledání dalších informací využilo 42% respondentů (24 pacientů) také webové stránky. V některých případech (v 42%) byla zdrojem dalších informací rodina a spolupacienti nebo televizní pořady (9%).

Preferovaným způsobem získávání informací je rozhovor se zdravotníkem, a to u 93% dotazovaných respondentů (53 pacientů). Jen 7% respondentů preferuje jako zdroj informací jiný způsob, a to webové stránky (3 pacienti) nebo letáky a brožury (1 pacient). Stejně tak 7% respondentů uvedlo, že by k rozhovoru uvítali doplňující informace formou webu (2 pacientky) nebo letáků a brožur (2 pacienti).

Na otázku, zda měli pacienti možnost se zeptat na to, co je zajímavá, odpovědělo 94% respondentů kladně. Zápornou odpověď označilo jen 6% respondentů.

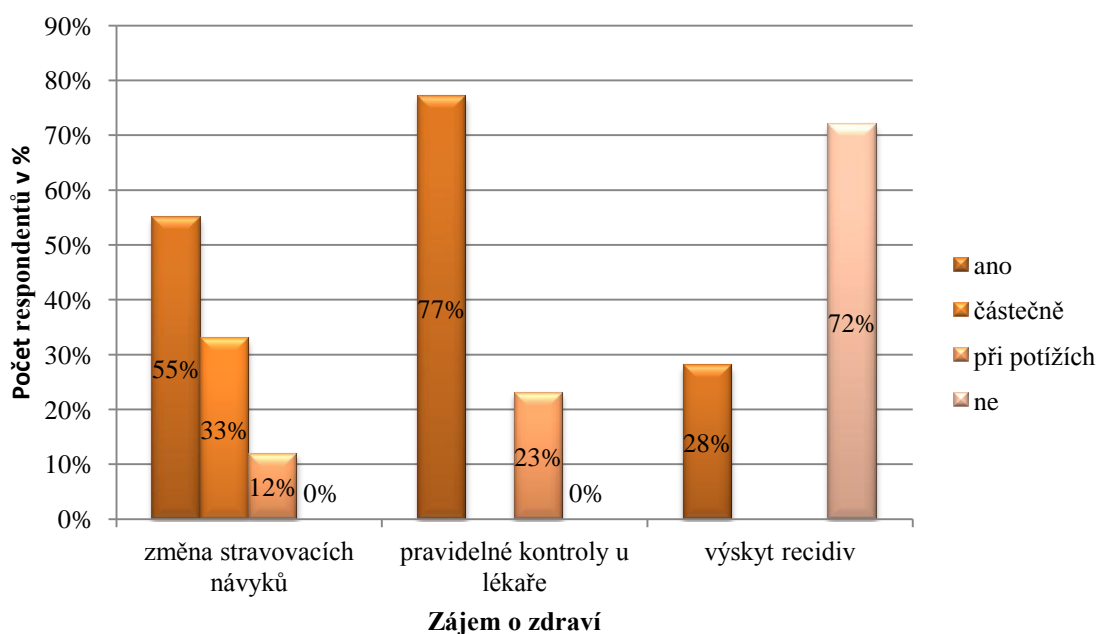
S výše zmíněnými výsledky lze porovnat vyjádření spokojenosti či nespokojenosti s podanými informacemi v otázce č. 17. Zde se 86% respondentů (49 pacientů) vyjádřilo, že informace podané zdravotníkem považují za dostatečné a srozumitelné, jsou tedy s nimi spokojeni. Částečné nebo méně srozumitelné se zdají podané informace 6 pacientům, což z celkového počtu respondentů tvoří 10%. Nespokojenost se získanými informacemi vyjádřili jen 2 pacienti (4%). Proto svůj předpoklad, že více než polovina pacientů je s edukací spokojena, můžu považovat za správný.

13.4 Cíl 4.

K tomu, aby edukace byla efektivní, je třeba mít i zpětnou vazbu ze strany pacienta. Mým cílem je ověřit, zda edukace zdravotníků vede pacienty ke změně jejich životního stylu a postoje ke zdraví, zda vlivem vhodné edukace dochází k menšímu počtu recidiv onemocnění. Odpovědi jsou schovány v otázkách č. 18, 19 a 20.

Předpokládám, že více než polovina respondentů změnila vlivem edukační výchovy své původní stravovací návyky a navštěvuje pravidelně lékaře s účelem udržet zdraví, a že u méně než poloviny z nich došlo k recidivě onemocnění.

Graf 24: Efekt edukační výchovy



Zdroj: vlastní

Graf souhrnně ukazuje, vliv edukace na změny ve stravování, v péči o zdraví a výskyt recidiv u dotazovaných respondentů.

Při pohledu na grafické znázornění změn ve stravovacích návycích vidíme, že 55% respondentů (31 pacientů) z celkového počtu změnilo své dosavadní návyky ve stravování a 33% respondentů (19 pacientů) je změnilo alespoň částečně. Žádný z dotazovaných pak neuvedl, že v oblasti stravování neprovedl žádné změny, protože zbylých 12% dotazovaných (7 pacientů) svůj jídelníček upraví minimálně při objevení se potíží.

Lékaře v odborné ambulanci navštěvuje pravidelně 77% respondentů (44 pacientů). Účelem jejich pravidelných kontrol je udržení vlastního zdraví. Žádný z respondentů není ke svému zdraví úplně lhostejný, neboť zbylých 23% dotazovaných (13 pacientů) navštěvuje lékaře alespoň při potížích a chce své zdraví obnovit.

U 72% dotazovaných respondentů (41 pacientů), jak ukazuje graf, nedošlo k recidivě onemocnění. Naopak recidiva akutní pankreatitidy nebo akutní ataka chronické pankreatitidy je v dotazníku uvedena u 16 respondentů, což v celkovém počtu dotazovaných tvoří 28%.

Po shrnutí těchto údajů je patrné, že předpoklad o tom, že více než polovina pacientů změnila vlivem edukace svůj životní styl, upravila své stravovací návyky a zajímá se o své zdraví, je správný. Stejně správný je i předpoklad, že u méně než poloviny pacientů nedojde vlivem edukace k recidivě onemocnění.

V poslední otázce dotazníku se zaměřuju na pacienta jako individualitu. Zajímám se v ní o to, která oblast životní změny je pro jednotlivé pacienty nejobtížnější. Pacientům byla nabídnuta možnost volby mezi dietními omezení, pravidelností stravování, zákazem alkoholu nebo mohli napsat vlastní, pro sebe nejvíce omezující změnu. Dietní omezení jako zátěž svého životního stylu uvedlo 54% dotazovaných (31 pacientů) a s ním související pravidelnost ve stravování uvedlo 39% respondentů (22 pacientů). Pro 12% respondenty (7 pacientů) je největší zátěží zákaz konzumace alkoholu. 5% respondentů (3 pacienti) považuje za náročné dodržování režimu celkově. U 16% dotazovaných (9 pacientů) se v hodnocení zátěže pro životní styl objevila kombinace více faktorů. Naopak 5% respondentů (3 pacienti) uvedlo, že změnu životního stylu nevnímají jako problematickou, vidí v ní pozitivní změnu pro své zdraví.

14 DISKUSE – DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Při hledání zdroje k porovnání mé práce a jejích výsledků týkajících se informovanosti pacientů jsem našla bakalářskou práci Urszuly Kerberové, která nesla název „Informovanost pacientů s akutní pankreatitidou“. Byla zpracována v roce 2011 pro Fakultu zdravotnických věd při Univerzitě Palackého v Olomouci. Zabývala se vztahem mezi stravovacími návyky, konzumací alkoholu a vznikem pankreatitidy a dále sledovala informovanost pacientů o nemoci a dodržování léčebného režimu. Respondenty v ní byli pacienti navštěvující gastroenterologické poradny v Karviné a Orlové.

Svůj první cíl jsem zaměřila na úroveň informovanosti, edukace, pacientů s nemocí jako takovou. Ptala jsem se, zda znají příčinu svého onemocnění a jaký mělo průběh. Dále pak, zda si průběh nemoci vyžádal chirurgické řešení a pokud ano, o jaký typ výkonu se jednalo. Zjišťovala jsem také, jaký způsob podávání výživy si vyžádalo jejich stonání a zda u pacientů došlo ke vzniku komplikací, případně jakých. Získaná data z vyplněných dotazníků prokazují, že etiologii, příčinu, svého onemocnění zná 95% respondentů, což ve srovnání s výše uvedenou prací je o 12,5% více než v případě respondentů z Karviné a Orlové. S průběhem onemocnění, jeho formou, je seznámeno 95% pacientů a z nutných chirurgických zákroků 12 ze 13 respondentů (94%) vědělo, jaký výkon byl proveden. V případě podávané výživy je s touto formou léčby seznámeno 100% dotazovaných. Ke komplikacím v průběhu onemocnění došlo u 30% pacientů z celkového počtu, tedy u 17 pacientů, z nichž 94% vědělo, jaká komplikace v průběhu léčby nastala. U dotazovaných došlo buď k vytvoření pseudocysty, vzniku diabetes mellitus, k přechodu do chronické formy onemocnění, nebo se jednalo o jejich kombinace.

V druhém cíli, mapujícím edukaci v oblasti dietních a režimových opatření, byly respondentům položeny otázky týkající se nevhodných potravin, způsobu přípravy jídel, pravidelnosti stravování, konzumace alkoholu a užívání léků, v tomto případě pankreatických enzymů. Při výběru nevhodných potravin volili pacienti z 12 možností 6 správných, kdy všech 6 správných odpovědí označilo 29 respondentů a 5 správných 16 respondentů. Zbylých 12 respondentů (21%) označilo 4 a méně správně odpovědi. Úspěšnost tedy byla 79%. V otázce volby vhodné přípravy pokrmů uvedlo 96% respondentů minimálně 1 z 3 správných postupů a pouze 4% (2 pacienti) zvolila nevhodný způsob přípravy. Pravidelnost ve stravování, tedy 5-6x denně, označilo pouze 28 dotazovaných z celkového počtu (49%). V další otázce týkající se konzumace alkoholu, respektive jejího zákazu, pak správnou odpověď uvedlo 63% respondentů (36 pacientů).

V oblasti užívání pankreatických enzymů byli respondenti rozděleni do 2 skupin, z nichž jednu tvořili pacienti, kteří je neužívali (neužívají) a druhou skupinu pacienti využívající v léčbě jejich účinek. Skupina pacientů užívajících pankreatické enzymy je tvořena 37 respondenty, z nichž 23 (62%) označilo odpověď správně. Pro celkové zhodnocení edukace v oblasti dietních a režimových opatření byli sečteny správné odpovědi u každého respondenta zvlášť, což přineslo překvapivý výsledek. Správně vyplněných dotazníků, odpovědí, bylo 33, tedy 58%. Můj předpoklad nadpoloviční většiny se prokázal, ale v porovnání s výsledkem zmíněné bakalářské práce je alarmující, protože u respondentů z Karviné a Orlové byla informovanost v oblasti dietních opatření 92,5% a u režimových opatření až 100%.

Třetí cíl, zaměřený na to, kdo, jak a o čem edukuje pacienty, může odhalit nedostatky ze strany zdravotníků. Pacienti formou edukace získávají informace o nemoci (49 pacientů – 86%), její léčbě (49 pacientů – 86%), o dietních omezeních (57 pacientů – 100%) a v neposlední řadě o užívání léků (48 pacientů – 84%). Z dotazníků je pak zřejmé, že ucelené informace získalo celkem 81% respondentů (46 pacientů). V mém výzkumném šetření je pak většina pacientů, 79%, edukována lékařem a sestrou, u 18% pacientů předával informace jen lékař a 3% respondentů informovala pouze sestra. Z celkového počtu respondentů se pak na edukaci u 58% dotazovaných (33 pacientů) podílel i nutriční terapeut. Pro srovnání nutno říct, že lékař se u nás účastní edukace celkem u 97% pacientů oproti 90% v Karviné a Orlové a sestra edukuje celkem 82% pacientů na rozdíl od 10% edukací tamtéž. To vnáší do problematiky edukace nové otázky. „Mají sestry dostatečné znalosti o pankreatitidě? Jaké jsou jejich komunikační schopnosti?“ A další. U nás je edukace navíc doplněna i specialistou v oboru dietoterapie, který v bakalářské práci z Karviné a Orlové není vůbec zmíněn. Za porovnání stojí také skutečnost, že získané informace v oblasti dietních omezení uvádí 100% respondentů, ale znalosti o nich má pouze 79%. Další, srovnatelnou oblastí, je pacientem preferovaný způsob získávání informací. Výsledky mého výzkumného šetření, stejně jako výsledky z Karviné a Orlové, ukazují, že pacient dává přednost rozhovoru s lékařem oproti jinému způsobu získávání informací. V Karviné a Orlové preferuje rozhovor 92,5% pacientů, u nás mu dává přednost 93% pacientů. K třetímu cíli byl vytvořen předpoklad spokojenosti pacientů se získanými informacemi ve více než 50% a výzkumným šetřením byl také v otázce č. 17 potvrzen.

Poslední, čtvrtý cíl, sleduje efekt edukační výchovy. Zajímá se o to, zda pacient změnil své stravovací návyky, dodržuje pravidelné kontroly u lékaře jako projev zájmu o své zdraví a jaký je výskyt recidiv onemocnění. Pokud mluvíme o změně stravovacích

návyků, musíme se přiznat, že naše edukace vedla k úplné změně jen 55% respondentů (31 pacientů) a 33% respondentů bylo ochotno své návyky změnit jen částečně. Pozitivní je pouze ta skutečnost, že podle dat získaných z dotazníků nebyl jediný pacient, který by své návyky nezměnil minimálně při potížích (7 pacientů – 12%). Toto jsou téměř shodné výsledky s šetřením v Karviné a Orlové, kde výjimku tvoří pouze posledních 12% respondentů, kteří tam, dle výzkumu, nebyli ochotni změnit své návyky vůbec. Rozdíl můžeme vidět více v návštěvě lékaře při pravidelných kontrolách, kdy u nás je dodržuje 77% respondentů a v Karviné a Orlové 82,5%. Nepravidelně tam na kontroly dochází 12,5% dotazovaných, u nás naopak žádný, ale při potížích u nás vyhledá lékaře 23% respondentů a v Karviné a Orlové pouze 5%. Také ve výskytu recidiv u pacientů s pankreatitidou se výsledky liší. V Karviné a Orlové se akutní ataka projevila u 35% respondentů, kdežto u nás ji v dotazníku uvedlo jen 28%. Pro zhodnocení cíle byl stanoven předpoklad, že nadpoloviční většina respondentů dojde ve své nemoci ke změně životního stylu a postoje ke zdraví a méně než polovina prodělá recidivu (akutní ataku) onemocnění. I tento poslední předpoklad byl potvrzen.

Doporučení pro praxi

Zde se mohou opřít o získaná data z otázky č. 21, kde jsem se zajímala o to, co pacientovi přináší největší problémy v jeho životě.

54% respondentů (31 pacientů) uvádí dietní omezení a 39% (22 pacientů) pak pravidelnost ve stravování. Tento výsledek koresponduje i s otázkou č. 8 a 10. Pro nás, zdravotníky, z toho plyne, že zdravý životní styl, zdravé stravování, není v podvědomí lidí zakořeněné a nejsou k němu vhodně motivováni, ani když u nich dojde vlivem špatných návyků ke vzniku nemoci. Měli bychom se proto více zaměřit na to, co pacientovi chutná, jaké potraviny má rád, a pomoci mu najít k nim vhodnou, zdravější, alternativu. To by mělo být hlavním úkolem nutričních terapeutů. Sestra by pak měla na sebe vzít roli zpovědníka, který bude ochoten pacienta vyslechnout a podpořit ho ve změně.

Další oblastí, kde se cítí pacient omezován, je zákaz konzumace alkoholických nápojů, a to u 12% z dotazovaných respondentů. Uvědomuji si, že tato oblast je pro pacienta velmi ožehavým tématem a málokdy je pacient ochotný si tento problém jen připustit. Bez toho je však naše edukace minimálně úspěšná. Zde by měl proto sehrát svoji velkou roli klinický psycholog nebo psychiatr, který se závislostí na alkoholu zabývá. Nedostatek klinických psychologů pro chronicky nemocné je v běžné praxi znám, stává se trvalým problémem zdravotníků a jeho přítomnost na pracovištích je snem pro dobu budoucí.

ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjištění úrovně informovanosti pacientů se zánětem slinivky břišní. Informovanost pacientů zahrnuje nejen obsah a objem podávaných informací, ale i způsob jejich předání a jejich výchovný efekt na chování pacienta.

V teoretické části jsem popsala stručně anatomii a fyziologii slinivky břišní, příčiny, průběh, diagnostiku a léčbu akutní i chronické pankreatitidy, včetně jejich komplikací. Samostatně jsem se věnovala výživě pacientů s pankreatitidou, ošetrovatelskému procesu v průběhu nemoci a na závěr jsem se zaměřila na to, co je edukace a jaký má význam v ošetrovatelství.

Praktická část uvádí hlavní a dílčí cíle mé práce, směřované na problematiku informovanosti pacientů s pankreatitidou. Dotazníkovým šetřením jsem získávala data od pacientů hospitalizovaných na I. interní klinice Fakultní nemocnice v Plzni s tímto onemocněním. Strukturovaný dotazník obsahoval otázky, kde měli pacienti volbu ze dvou a více možností odpovědi nebo odpovědi vlastní. První dvě otázky odhalily věk, pohlaví a dosažené vzdělání respondentů. Další otázky chronologicky sledovaly vytyčené cíle práce. Otázky č. 3-7 se zabývaly informovaností pacientů v oblasti nemoci, její příčiny, průběhu, nutnosti chirurgického řešení, typu podávané výživy a výskytu komplikací. Navazovaly otázky mapující znalosti pacientů o dietních a režimových opatřeních a otázky vztahující se ke způsobu edukace. Otázky č. 18-20 pak sledovaly, jaký efekt má edukace na změnu životního stylu respondentů a jeho postoje ke zdraví. Poslední otázka pátrala mezi respondenty po oblastech, které pro něj představují největší problém v jeho způsobu života. U jednotlivých cílů jsem si stanovila předpokládaný výsledek výzkumného šetření, který se mi ve všech čtyřech oblastech potvrdil.

Závěrečnou analýzou získaných dat jsem dospěla k závěru, že pacient v rámci edukace získává potřebné informace o své nemoci i dietních a režimových opatřeních vhodnou formou, ale u některých chybí motivace či ochota své návyky měnit a podrobit se navrhovaným opatřením k obnovení či udržení svého zdraví. Na základě toho jsem sestavila informační leták, který nemocnému připomene úskalí jeho nemoci a nabídne mu možné řešení jeho problému.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMERINE, Emmie. *The Nurse Practitioner: Get Optimum Outcomes for Acute Pancreatitis Patients*. June 2007, Vol. 32, No 6. ISSN 03611817.

BUREŠ, J., KOPÁČOVÁ M. a REJCHRT S. Parenteral vs enteral nutrition in severe acute pancreatitis. *Folia Gastroenterol. Hepatol.* 2006; 4 (2): s. 44-54. Dostupné z: <http://www.pro-fovia.org/files/1/2006/2/bures.pdf>

BUŽGOVÁ, Radka, Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.

DENEMARK, Ladislav. Chirurgie pankreatu: chronická pankreatitida. 2011 [online]. [cit. 2013-09-12]. Dostupné z: <http://www.chirweb.cz/ucebnice/chirurgie-bricha/chirurgie-slinivky-brisni/90-chirurgie-pankreatu>

DÍTĚ, Petr a Ivo NOVOTNÝ. Chronická pankreatitida – etiologie, diagnostika a terapie. *Practicus.* 4/2008, č. 4, s. 17-19. ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/Documents/Practicus-04-2008/17-chronicka-pankreatitida.pdf>

DYLEVSKÝ, Ivan a Miroslav OREL. *Funkční anatomie: pro humanitní obory.* 1. Vyd. Praha: Grada, 2009, 532 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3240-4.

ESPEN Guidelines: Doporučené postupy pro enterální výživu: pankreas. [online]. [cit. 2013-09-12]. Dostupné z: http://www.skvimp.cz/?action=getfile&category=25&name=ESPEN_10_pankreas.pdf

GRIM, M., DRUGA, R. a kol. *Základy anatomie: 3. Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém.* Praha: Galén, 2005. 163s. ISBN 80-7262-302-8.

GROFOVÁ, Zuzana. Výživa u akutní a chronické pankreatitidy. *Medicína pro praxi.* 2008, 5(4), s. 179-180. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/04/10.pdf>

HERDMAN, Editor T. Heather a [překlad Pavla KUDLOVÁ]. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2009 – 2011.* 1. české vyd. Grada, 2010, 480 s. ISBN 978-802-4734-231.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 352 s., [16] s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství.* 2., dopl. vyd. Praha: Galén, 2001. 949 s. ISBN 80-246-0273-3.

KOSTKA, Rodomil. Akutní zánět slinivky břišní. 2011 [online]. [cit. 2013-09-12]. Dostupné z: <http://www.chirweb.cz/ucebnice/chirurgie-bricha/chirurgie-slinivky-brisni/58-akutni-zanet-slinivky-brisni>

KOZIER, Barbara, Glenora Lea ERB. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, c1995, xxxi, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 302 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4715-216.

MÍČKOVÁ, Iveta. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 12/2009, roč. 19, s. 44. ISSN 1210-0404.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.

NEMOCNICE H. BROD. *Dietní rady při vleklém zánětu slinivky břišní*. 2012 [online]. [cit. 2013-09-02]. Dostupné z: <http://www.onhb.cz/Data/files/aktuality/NAPSALI%20O%20N%C3%81S/2009/dieta%2024.11..pdf>

ONDERKOVÁ, Alice. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 12/2007, roč. 17, s. 17. ISSN 1210-0404.

SEDLÁČKOVÁ, Hana a kol. *Dieta při chronickém zánětu slinivky břišní*. [online]. [cit. 2013-09-02]. Dostupné z: <http://www.receptyonline.cz/dieta-pri-chronickem-zanetu-slinivky-brisni--856.html>

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatel'ství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 304 s., [4] s. bar. příl. ISBN 978-802-4731-308.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatel'ství*. Praha: Grada, 2006, 280, [4] s. *Sestra*. ISBN 80-247-1148-6.

ŠERCLOVÁ, Zuzana a F. ANTOŠ. *Bulletin HTB chirurgie: Nutriční terapie při akutní nekrotizující pankreatitidě – současné postupy a přehled literatury*. 2002, roč. 10, č. 2-3. Dostupné z: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=02-2-3-07>

ŠPIČÁK, Julius. *Akutní pankreatitida*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2005, 216 s. ISBN 80-247-0942-2.

ŠPIČÁK, Julius. *Zdravotnické noviny: Léčba akutní pankreatitidy* 2010 [online]. [cit. 2013-09-02]. 452141. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-akutni-pankreatitidy-452141>

TROJAN, Stanislav. *Lékařská fyziologie*. 4. Vyd. Přepř. A dopl. Praha: Grada Publishing, 2003, 771 s. ISBN 80-247-0512-5.

VÝŽIVA VE ZDRAVÍ I NEMOCI. *Výživa při onemocnění slinivky břišní*. 2013 [online]. [cit. 2013-10-02]. Dostupné z: <http://www.lecvyziva.estranky.cz/clanky/vyziva-pri-onemocneni-slinivky-brisni.html>

ZAZULA, Roman a Pavel WOHL. Akutní pankreatitida. *Medicina pro praxi*. 2005, č. 4, s. 147-151. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2005/04/03.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

AP – akutní pankreatitida

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

CAPAP – peptid aktivující karboxypeptidáza B

CRP – C-reaktivní protein

CT – počítačová tomografie

CVP – central venous pressure

CŽK – centrální žilní katétr

DIC – disseminovaná intravaskulární koagulopatie

DM – diabetes mellitus

EKG – elektrokardiografie

EN – enterální výživa

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

ESPEN – Evropská společnost klinické výživy a metabolismu

CHP – chronická pankreatitida

IAP – intraabdominal pressure

JIP – jednotka intenzivní péče

MR – magnetická resonance

PMK – permanentní močový katétr

PN – parenterální výživa

PSP – specifická pankreatická bílkovina

PŽK – periferní žilní katétr

RTG – rentgenologické vyšetření

TAP – peptid aktivující trypsinogen

UPV – umělá plicní ventilace

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk a pohlaví respondentů

Graf 2: Vzdělání respondentů

Graf 3: Příčina vzniku pankreatitidy

Graf 4: Průběh pankreatitidy

Graf 5a: Chirurgický zákrok

Graf 5b: Provedený chirurgický zákrok

Graf 6: Podávaný typ výživy u pacientů s pankreatitidou

Graf 7a: Výskyt komplikací u pacientů s pankreatitidou

Graf 7b: Možné komplikace

Graf 8a: Zakázané potraviny u nemocných s pankreatitidou

Graf 8b: Celkový počet správných odpovědí na dietní omezení

Graf 9a: Způsoby tepelné úpravy potravin

Graf 9b: Počet správných možností

Graf 10: Pravidelnost ve stravování

Graf 11: Konzumace alkoholických nápojů

Graf 12a: Užívání pankreatických enzymů

Graf 12b: Způsob užívání pankreatických enzymů (37 respondentů = 100%)

Graf 13: Kdo informuje /edukuje pacienty s pankreatitidou

Graf 14: Jaké informace jsou podávány pacientům s pankreatitidou

Graf 15a: Způsob podání informací /edukace

Graf 15b: Preferovaný způsob edukace

Graf 16: Možnost dotazu

Graf 17: Dostatečnost a srozumitelnost podaných informací

Graf 18: Změna ve stravovacích návycích

Graf 19: Pravidelné kontroly v odborné ambulanci

Graf 20: Prodělání recidivy onemocnění

Graf 21: Největší zátěž pro životní styl

Graf 22: Informovanost pacientů s průběhem nemoci a způsobem léčby

Graf 23: Informovanost v oblasti dietních a režimových opatření

Graf 24: Efekt edukační výchovy

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha 2 – Dotazník

Příloha 3 – Informační leták pro pacienty se zánětem slinivky břišní

Příloha 1

Vážená paní

Hana Berková

Studentka oboru Všeobecná sestra, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povoluji Vaše dotazníkové šetření u pacientů I. Interní kliniky FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Edukace pacienta se zánětem slinivky břišní*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra I. Interní kliniky souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a održování Hygienického řádu FN Plzeň.
- **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., § 65, odst. 3.**
- Údaje o zdravotním stavu pacientů, které budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány.
- Sběr informací budete provádět v době své, školou určené odborné praxe, pod vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je prof. MUDr. Z. Rušavý, Ph. D..

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocíťoval jako újmu. Účast na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová

manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP

zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň

tel.. 377 103 204, 377 402 207

e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

20. 9. 2013

Příloha 2

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Hana Berková a pracuji jako zdravotní sestra na oddělení metabolické jednotky intenzivní péče ve Fakultní nemocnici v Plzni. Tento rok studuji 3. ročník oboru všeobecná sestra, kombinované studium, na Západočeské univerzitě v Plzni. Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala „Edukace pacienta se zánětem slinivky břišní“. Tímto si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce.

Dotazník je plně anonymní a bude využit pouze pro účel zpracování této práce. Jeho cílem je zjistit, zda Vám byly poskytnuty dostatečné informace o Vaší nemoci, léčbě a režimových opatřeních týkajících se akutní pankreatitidy. Výsledky pak poslouží ke zpracování materiálů, které by měly pomoci usnadnit dalším pacientům boj s jejich nemocí.

- svoji odpověď označte křížkem

1. Uveďte prosím Váš:

a) věk:

b) pohlaví:

žena muž

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- středoškolské bez maturity (vyučení)
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské

3. Jaká byla příčina Vašeho onemocnění – akutní pankreatitidy?

- biliární /onemocnění žlučníku a žlučových cest/
- alkoholická /užívání alkoholu v anamnéze/
- jiná
- neznám ji

4. Jaký průběh mělo Vaše onemocnění?

- lehký (edematózní pankreatitis)
- těžký (nekrotizující pankreatitis)
- nevím

5. Vyžádal si průběh Vašeho onemocnění nějaký chirurgický zákrok?

- ne
- ano – víte jaký?

6. Jaká výživa Vám byla podávána v průběhu nemoci?

- parenterální (do žíly)
- enterální (sondou)
- obě
- pouze dieta

7. Objevily se v průběhu vaší nemoci nějaké komplikace?

- ne
- ano – víte jaké?

8. Znáte dietní opatření u akutní pankreatitidy?

- označte nevhodné nebo zakázané potraviny:

a) maso a uzeniny:

- libové maso (kuře, králík), libové hovězí a vepřové maso, vařená šunka
- zvěřina, uzená makrela, vnitřnosti

b) tuky a oleje:

- vepřové sádlo, slanina, majonéza, přepalované tuky
- rostlinné oleje, máslo, margarín

c) mléko a mléčné výrobky:

- nízkotučné – tvaroh, jogurty, nízkotučné sýry, zakysané mléko
- šlehačka, sýry nad 45% tuků, čokoláda, kakao

d) pečivo a přílohy:

- celozrnné pečivo, čerstvé pečivo a chléb, linecké těsto, hranolky, kynuté těsto
- rýže, těstoviny, bramborová kaše, žitný chléb

e) ovoce a zelenina:

- luštěniny, zelí, květák, paprika, jahody, hroznové víno
- jablka, banány, meruňky, mrkev, hlávkový salát

f) nápoje:

- mátový čaj, ovocné šťávy, neperlivé nápoje
- černá káva, perlivé nápoje, alkohol

9. Označte vhodné způsoby tepelné úpravy potravin:

- vaření
- dušení
- smažení
- grilování bez tuku

10. Jak často byste se měl/a stravovat při pankreatitidě?

- pravidelně, nejlépe 5-6x denně
- minimálně 2-3x denně
- není doporučena žádná pravidelnost

11. Je při onemocnění pankreatitidou dovolena konzumace alkoholických nápojů?

- ano, není omezena
- ano, ale jen v malém množství
- nevím
- ne, přísný zákaz

12. Víte, jaký je způsob užívání pankreatických enzymů (např. Kreon, Panzytrát, Pangrol)?

- neužívám je /nebo neužíval/a jsem je
- v kombinaci s jídlem
- při potížích
- nezáleží na době jejich užívání

13. Kdo Vám podával informace týkající se Vašeho onemocnění a dietních omezení?

(lze i více odpovědí)

- lékař
- sestra
- lékař i sestra
- nutriční terapeut
- jiný pracovník:

14. Jaké informace Vám byly podány? (Můžete označit více odpovědí.)

- o nemoci
- o způsobu léčby
- o dietních opatřeních
- o způsobu užívání léků
- žádné

15. Jakým způsobem Vám byly informace podávány? (Můžete označit více odpovědí.)

- rozhovor
- informační letáky a brožury
- webové stránky
- TV pořady
- rodina /spolupacienti
- který způsob preferujete:

16. Měl/a jste možnost zeptat se na vše, co Vás zajímalo?

- ano
- ne

17. Považujete informace, které Vám byly o Vaší nemoci předány zdravotníkem, za dostatečné a srozumitelné?

- ano
- částečně
- ne

18. Změnil/a jste po onemocnění své běžné (původní) stravovací návyky?

- ano
- částečně
- jen krátkodobě /nebo při potížích
- ne

19. Docházel/a jste /nebo docházíte na pravidelné kontroly do odborné ambulance?

- ano, mám zájem o své zdraví
- jen při obtížích
- ne, nepovažuji to za nutné

20. Prodělal/a jste recidivu (opakování) nemoci?

- ano ne

21. Co považuje na největší zátěž pro Váš životní styl?

- dietní omezení
 zákaz užívání alkoholických nápojů
 pravidelné stravování
 nic, záleží mi na zdraví
 jiné:

Děkuji za pravdivé vyplnění dotazníku.

- vyplněný jej, prosím, zašlete v přiložené obálce

Příloha 3

Informační leták pro pacienty se zánětem slinivky břišní

Vážený pane /vážená paní,
nabízíme Vám několik informací a užitečných rad týkajících se Vašeho onemocnění, zánětu slinivky břišní neboli pankreatitidy. Doufáme, že tento informační leták pro Vás bude pomocníkem v léčbě a rádcem v běžném životě.

K čemu potřebujete slinivku břišní?

Slinivka břišní, pankreas, je žláza uložená v dutině břišní pod žaludkem v oblouku dvanáctníku. Má 3 části: hlavu, tělo a ocas. Její funkce je důležitá pro trávení. Tvoří pankreatickou šťávu obsahující enzymy, které štěpí základní složky potravy, tuky, cukry a bílkoviny. Ve slinivce se také nacházejí tzv. Langerhansovy ostrůvky, které produkují hormon inzulín, důležitý pro udržení správné hladiny cukru v krvi.

Co je to pankreatitida?

Jde o zánětlivé onemocnění slinivky břišní, při kterém dochází k samonatravení buněk, vzniku otoku žlázy a v některých případech ke vzniku nekrotůz (odumření tkáně).

Podle toho dělíme pankreatitidu na:

- edematózní pankreatitidu – lehkou (vzniká otok)
- nekrotizující pankreatitidu – těžkou (tvoří se nekrózy)

Jaké jsou její příčiny?

- biliární – nejčastěji kameny ve žlučníku a žlučových cestách, strava bohatá na tučná a smažená jídla
- ethylická (alkoholická) – zvýšená až nadměrná konzumace alkoholu, závislost
- idiopatická – neznámá příčina
- iatrogenní – způsobená vyšetřením nebo operačním výkonem v blízkosti slinivky břišní
- méně časté příčiny: vřed žaludku nebo dvanáctníku, úraz slinivky břišní, infekce, některé léky (cytostatika)

Jaké příznaky Vás přivedou k lékaři?

- prudká bolest břicha okolo pupku
- nevolnost a zvracení
- horečka s třesavkou
- žloutenka

Jaká vyšetření Vás čekají?

- odběr krve ke stanovení hladiny pankreatických enzymů, hladiny minerálů, glykémie (hladiny cukru), vyšetření jaterních testů a ledvinných funkcí, vyšetření krevního obrazu, hladiny CRP (C-reaktivní protein – ukazatel zánětu)
- sonografické vyšetření břicha
- CT vyšetření břicha
- ERCP – vyšetření žlučových cest (při pankreatitidě s biliární příčinou)

Jak se pankreatitida léčí?

- hospitalizace v nemocnici
- analgetika – léky proti bolesti
- sledování životních funkcí – měření krevního tlaku, pulsu, sledování okysličení krve
- zavedení sondy do žaludku pro úlevu od zvracení
- přísná hladovka
- zavedení katétru do žíly pro podávání léků a výživy
- podávání infúzí
- zavedení sondy do tenkého střeva pro podávání výživy a/nebo dietní omezení

Jaké Vám mohou vzniknout komplikace?

- u těžkých forem pankreatitidy:

- vytvoření pseudocysty (opouzdřené dutiny s nahromaděným sekretem slinivky břišní)
- vznik abscesu slinivky (dutiny vyplněné hnisem)
- hrozí riziko šoku a sepse, snížení funkce ledvin
- rozvoj cukrovky (diabetes mellitus)

- při nedodržování léčebného režimu může přejít akutní pankreatitida do chronické (vleklé) formy

Zásady diety při zánětu slinivky břišní

- v první fázi onemocnění nesmíte nic jíst, nic pít – výživa je podávána nitrožilně nebo do sondy

- po odeznění akutní fáze se budete v průběhu několika dnů postupně rozjídat:

- lehce stravitelná jídla
- omezení tuků ve stravě
- strava bohatá na vitamíny
- jíst malé porce 5-7x denně
- absolutní zákaz konzumace alkoholu

- při užívání preparátů obsahujících enzymy slinivky:

- užívat je pravidelně
- vždy s jídlem

Jaké volit potraviny?

😊 - vhodné / 😞 - nevhodné

Maso a uzeniny

- 😊 libové maso – kuřecí, krůtí, králičí, telecí, hovězí, jehněčí, vepřové; netučné ryby – treska, losos, candát, okoun, pstruh; libová vepřová a drůbeží šunka, drůbeží párky
- 😞 tučné maso – kachna, husa, bůček, smažené maso, zvěřina, nakládaná masa, uzené maso, marinované ryby, makrela, sardinky; tučné a kořeněné uzeniny, slanina, konzervy

Tuky

- 😊 margarín, máslo, rostlinné tuky (Flora, Perla, Rama), kvalitní rostlinné oleje
- 😞 vepřové sádlo, přepalované tuky, lůj, slanina, majonéza

Vejsce

- 😊 celé jako součást pokrmů, 0,5-1 /den, bílky v neomezeném množství
- 😞 žloutky, natvrdo, jako samostatný pokrm, připravené na tuku nebo slanině

Mléko a mléčné výrobky

- 😊 nízkotučné mléčné výrobky a mléko, nízkotučný tvaroh, jogurty do 2% tuku v sušině, netučné druhy sýrů (do 30% tuku v sušině), zakysané mléčné výrobky
- 😞 tučné mléčné výrobky a mléko, tučné sýry, smetana, šlehačka, smetanové mražené výrobky, čokoláda a kakao, pikantní zrající sýry

Pečivo a obilniny

- 😊 bílé pečivo, pšeničný, smíšený žitný chléb, suchary, piškoty, starší netučné kynuté pečivo (mazanec, vánočka – bez rozinek a mandlí)
- 😞 tmavé a celozrnné druhy pečiva, černý žitný chléb, čerstvé pečivo, listové a linecké těsto, kynuté pečivo

Přílohy

- 😊 brambory (vařené ve slupce), bramborová kaše, rýže, těstoviny, krupicové noky, žemlový a vídeňský knedlík
- 😞 smažené hranolky a opékané brambory, kynutá těsta, knedlíky kypřené droždím, luštěniny

Zelenina

- 😊 mrkev, hlávkový salát, brokolice, celer, čekankové puky, červená řepa, listové saláty, rajčata (spařená, bez slupky a zrníček)
- 😞 syrová zelenina, luštěniny, hlávkové a kysané zelí, kapusta, květák, paprika, salátová okurka, paprika, cibule, česnek, houby, sterilovaná a nakládaná zelenina

- konzumace je ovlivněna individuální snášenlivostí pro časté potíže s nadýmáním

Ovoce

😊 jablka, broskve, banány, meruňky, cukrový meloun, pomeranče, mandarinky – bez jader a slupek, džusy, mošty, pyré, v tepelné úpravě jako kompoty

☹️ rybíz, ostružiny, maliny, angrešt, jahody, borůvky, hroznové víno, fiky, datle, kiwi, brusinky, reveň – obsahují zrníčka a slupky; všechny druhy semen a ořechů

Koření

😊 petrželová nať, kopr, majoránka, kmín, bazalka, pomerančová a citronová šťáva a kůra, libeček, tymián, bobkový list, pažitka, vývary z hub, zeleniny, masa

☹️ masox, magi, sojová a worcestrová omáčka, ocet, pepř, pálivá paprika, kari, hořčice, instantní polévky

Nápoje

😊 mátový a třezalkový čaj, bylinné čaje, ovocné šťávy, čistá nesycená voda, slabý černý a zelený čaj

☹️ nápoje s kysličníkem uhlíčitým, černá káva, nápoje s kofeinem

☹️ **přísný zákaz alkoholických nápojů**

Jakým způsobem pokrmy připravovat?

- vaření, ve vodní lázni
- dušení
- grilování nebo pečení bez tuku (tuk přidáváme až do hotových jídel)

- používejte vhodné nádoby:

- s nepřilnavým povrchem
- teflonové pánve, hrnce, parní hrnec, tlakový hrnec

Zajímavé recepty můžete najít v knize Růženy Milatové a MUDr. Petra Wohla – KUCHAŘKA PŘI ONEMOCNĚNÍ SLINIVKY (130 receptů).