

Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou

Dominik Soukup

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dominik Soukup**
Osobní číslo: **H14209**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti péče o pacienty s akutní pankreatitidou.

Příprava metodiky empirické části.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KOHOUT, Pavel, Marie LIŠKOVÁ a Olga MENGEROVÁ. Onemocnění slinivky břišní – dieta pankreatická. 1. vyd. Praha: Forsapi, c2007. 132 s. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-903820-3-9.

KOSTKA, Rodomil. Akutní pankreatitida. Praha: Galén, 2006. 233 s. ISBN 80-7262-427-X.

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

The National Pancreas Foundation [online]. Bethesda: The National Pancreas Foundation, 2014. [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: <https://www.pancreasfoundation.org/>

TRNA, Jan a Zdeněk KALA. Klinická pankreatologie. Praha: Mladá fronta, 2016. 270 s. ISBN 978-80-204-3902-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vladimír Koutecký**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

L.S.


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

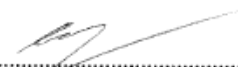
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ...28. 2. 2017



.....

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý z ní může se zveřejnění práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasažuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené fakou nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá ke výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma akutní pankreatitida se zabývá ošetrovatelskou péčí na interním oddělení. Teoretická část je rozdělená do dvou bodů. První bod obsahuje základní informace k anatomické a fyziologické struktuře slinivky břišní. Druhý bod se věnuje patologické sféře onemocnění a vše, co s tím souvisí. Základními body zde jsou etiologie, klinický obraz, diagnostika, léčba, komplikace a dietní opatření. Praktická část je zpracována formou rozhovorů s pacienty, kteří byli hospitalizováni pro toto onemocnění na interním oddělení. Praktická část se věnuje průběhu léčby a hospitalizace, spokojenosti s léčbou a v poslední řadě také kvalitou edukace, která je základem léčby a prognózy tohoto onemocnění.

Klíčová slova: Akutní pankreatitida, ošetrovatelská péče, životospráva

ABSTRACT

The bachelor thesis about urgent pancreatitis deals with nursing care at the internal department. The theoretical part is divided into two points. The first one deals with basic information about anatomical and physiological structure of the pancreas. The second point deals with pathological disease and everything about it. The main points here are etiology, clinical picture, diagnosis, treatment, complications and diet. The practical part is in the form of interviews with patients who have been hospitalized for this disease in the internal department. The practical part deals with treatment, hospitalization, satisfaction with the treatment and with the quality of education

Keywords: Acute pancreatitis, nursing care, nutrition

Motto

„Nechtěj být člověkem, který je úspěšný, ale člověkem, který za něco stojí.“

Albert Einstein

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Kouteckému za cenné rady, trpělivost a ochotu při zpracování této práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 SLINIVKA BŘÍŠNÍ	10
1.1 ANATOMIE	10
1.2 FYZIOLOGIE.....	12
2 AKUTNÍ PANKREATITIDA	13
2.1 ETIOLOGIE AKUTNÍ PANKREATITIDY	13
2.2 KLINICKÝ OBRAZ AKUTNÍ PANKREATITIDY	17
2.3 DIAGNOSTIKA AKUTNÍ PANKREATITIDY	18
2.4 LÉČBA AKUTNÍ PANKREATITIDY	20
2.4.1 Léčba konzervativní	20
2.4.2 Léčba endoskopická	22
2.4.3 Léčba chirurgická.....	22
2.5 KOMPLIKACE AKUTNÍ PANKREATITIDY	23
2.6 DIETNÍ OPATŘENÍ	25
2.6.1 Pankreatická dieta	25
2.7 PREVENCE	27
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	28
3.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE NA ODDĚLENÍ JIP	28
3.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE NA STANDARDNÍM (LŮŽKOVÉM) ODDĚLENÍ	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 METODIKA VÝZKUMU	32
4.1 CÍLE ŠETŘENÍ	32
4.2 VÝZKUMNÁ METODA	32
4.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	33
4.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	33
4.5 STRUKTURA ROZHOVORU	33
4.6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	35
DISKUZE	59
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	63
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	67
SEZNAM OBRÁZKŮ	68
SEZNAM TABULEK	69
SEZNAM PŘÍLOH	70

ÚVOD

Lidé mají stále horší životosprávu a to se odráží na jejich zdraví. Bohužel je zdraví postiženo ve velice rozsáhlém měřítku a týká se to také zažívacích onemocnění. Akutní pankreatitida je čím dál více se vyskytující onemocnění, které postihuje zažívací trakt. Právě dietní chyby, alkohol, ale i jiné příznaky mají za následek vznik tohoto onemocnění. Akutní pankreatitida je doprovázena negativními příznaky, jako jsou bolesti, ty jsou označovány za jedny z nejhorších bolestí vůbec. Uvědomění si této problematiky je podstatným bodem, který by mohl vést ke snížení počtu lidí hospitalizovaných pro toto onemocnění.

Tato práce je vedena ke sběru informací od pacientů diagnostikovaných pro akutní pankreatitidu. Každý z pacientů by měl vědět, k čemu může dojít při projevu tohoto onemocnění a jaký je léčebný postup. Z tohoto důvodu je práce zaměřená na ošetrovatelskou péči, která úzce spolupracuje s informovaností pacientů. Právě informovanost je u tohoto onemocnění nesmírně důležitá, neboť se toto onemocnění velmi často opakuje při nedodržování životosprávných zásad.

Cílem práce je zjistit specifika péče u pacientů s akutní pankreatitidou. Na základě zjištěných informací byl vytvořen informační materiál, který by napomáhal lidem, u kterých došlo k projevu tohoto onemocnění.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SLINIVKA BŘIŠNÍ

U onemocnění akutní pankreatitida jsou podstatné znalosti v oblasti břišní anatomie a to především slinivky břišní. Pro správné pochopení patologické stránky jsou níže popsány základní informace o anatomii a fyziologii slinivky břišní.

1.1 Anatomie

Slinivka břišní, která se latinsky nazývá pankreas, je šedě růžový již na první pohled, podél jehož povrchu lze vidět patrnou kresbu lalůčků. (Čihák, 2013, s. 135)

Pankreas je protáhlá žláza, která se vyskytuje v retroperitoneální úrovni prvního až třetího bederního obrátle. Fyziologická velikost je 12 až 18 cm, váží zhruba 60-100 g. Slinivka břišní se skládá ze tří částí a to hlavy pankreatu (lat. caput), těla (lat. corpus) a ocasu (lat. cauda). Cévní zásobení pokrývají ve většině případů arterie z okolních orgánů. Hlava je zásobena artérií (dále jen a.) pancreaticoduodenalis superior (dále jen sup.) et inferior (dále jen inf.). Tělo a ocas pankreatu jsou vyživovány z a. lienalis jejími ramí (dále jen rr.) pancreatici. Odkysličená krev je transportována žilami, které sledují příslušné arterie. Do vena (dále jen v.) splenica ústí rr. pancreatici, v. pancreaticoduodenalis inf. do v. mesenterica sup. a v. pancreaticoduodenalis sup. ústí do v. mesenterica sup., popřípadě přímo do v. portae. Slinivka břišní má dvě základní funkce a to exokrinní a endokrinní složku. (Špičák, 2005, s. 27-30)

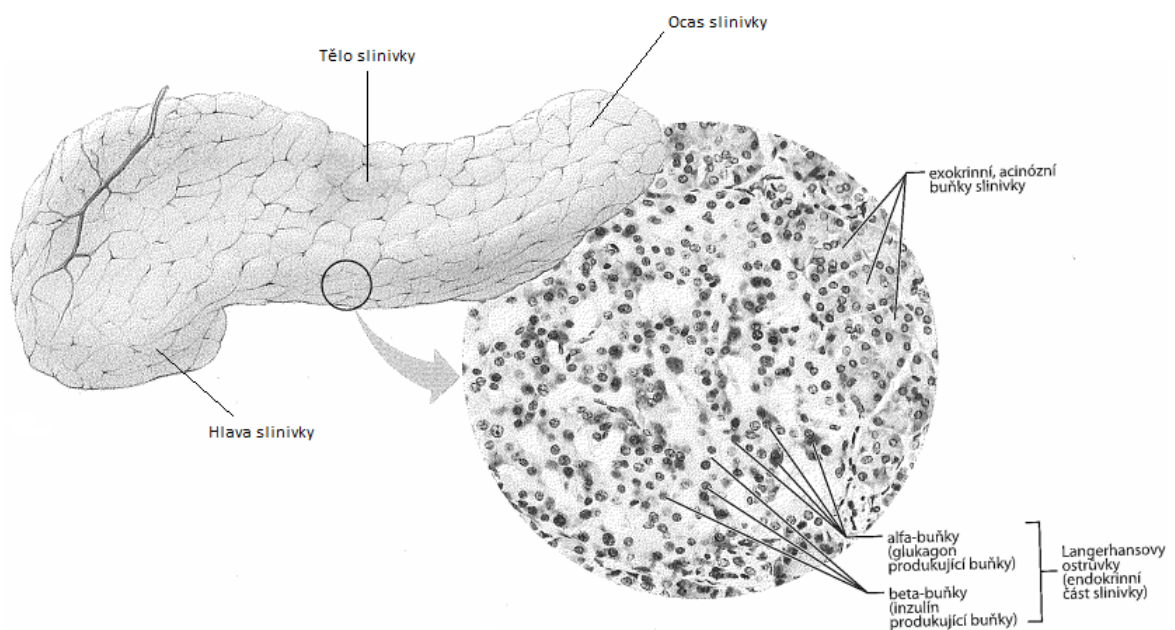
Exokrinní složka pankreatu je tvořena intralobulárními a interlobulárními vývody. Ty dále vstupují do hlavních vývodů pankreatu lat. ductus pancreaticus, což je hlavní vývod pankreatu o průměru 2-3mm. Ductus pancreaticus jde celou žlázou od ocasu až k do hlavy pankreatu a tudíž do pars descendens duodeni, což je jedna ze čtyř částí dvanácterníku (lat. duodenum). Papilla duodeni major je konečné místo ductu pankreatu, a to ze 77 % spolu se žlučovodem, v ostatních případech je ductus pankreatu vyústěn samostatně. Na tomto vyústění nalezneme svěrač z hladké svaloviny, který se nazývá musculus sphincter ductus pancreatici. Ductus pancreaticus accessorius, přídatný vývod pankreatu, vede od hlavy pankreatu až do pars descendens duodeni nad hlavním vývodem a následně ústí do papilly duodeni minor. Ductus pancreaticus accessorius se vyskytuje v různých podobách a to velice často jako zakrnělý vývod, vedlejší větev hlavního vývodu anebo může zcela chybět. Výstelka ductus pancreaticus i ductus pancreaticus accessorius jsou tvořeny dvojrstevným cylindrickým epitelem, kde se nachází pohárkové buňky,

spolu s endokrinními buňkami. Povrch vývodu je zabezpečen kolagenním vazivem, kde se nachází mucinózní žlázky. (Čihák, 2013, s. 136- 137)

Endokrinní složka pankreatu je tvořena pomocí buněk, které jsou rozprostřeny v exokrinní složce pankreatu jako ohraničené ostrůvky zvané Langerhansovy ostrůvky, o velikosti 0,1- 0,5mm, v počtu 1-2miliony. Počet se u každého člověka mění a můžeme dokonce najít i endokrinní buňky rozprostřené v endokrinní oblasti. Langerhansovy ostrůvky jsou obklopeny krevními kapilárami, které prostupují i přes ostrůvky mezi buňkami. Ostrůvky jsou obaleny vazivovým a kolagenním vláknem. (Čihák, 2013, s. 137-138)

Langerhansovy ostrůvky jsou tvořeny ze čtyř druhů buněk. Početně převládají beta (B) buňky (60-80 %), ty produkují inzulin. Na okrajích lalůček se vyskytují alfa (A) buňky, kde probíhá tvorba glukagonu. Vyskytují se zde i hormony zvané jako delta (D) buňky, které produkují gastrin, ten spouští tvorbu HCl v žaludku. Delta buňky jsou pouze v 5 % zastoupeny z celkového počtu buněk. (Dylevský, 2009, s. 428)

Obrázek č. 1 Anatomie slinivky břišní



(Zdroj: Marieb, 2005, s. 664 – upraveno pro potřeby bakalářské práce)

1.2 Fyziologie

Funkčně se pankreas dělí na dvě části. Exokrinní pankreas pokrývá 85 % žlázy, tato část má na starosti tvorbu enzymů a elektrolytů, které jsou vysílány do duodena. Endokrinní část pokrývá pouze 2 %, která zahrnuje sekreci inzulínu, glukagonu a další hormony pomocí Langerhansových ostrůvků. Zbylé procenta spadají pod pojivovou tkáň, cévy a nervy. Pankreas má jednu z nejkvalitnějších schopností v porovnání s ostatními žlázami, co se týče tvoření a uvolňování trávicích enzymů. Lidský pankreas produkuje denně 6-20 g trávicích enzymů, které mají za úkol štěpit všechny složky potravy. Právě pankreatické enzymy mají největší podíl na procesu trávení. Při transportu enzymů k potravě jsou nedílnou součástí elektrolyty společně s vodou, ty zajišťují zprostředkování transportu enzymů, k výše uvedené potravě. Enzymy, které mají za úkol štěpení potravy, produkuje slinivka břišní hned několik: trypsinogen a chymotrypsinogen (štěpí bílkoviny), amyláza (štěpí škroby a cukry) a lipáza (štěpí tuky). (Špičák, 2005, s. 30-33; Navrátil Leoš a kol., 2008, s. 277)

Endokrinní funkce a to především inzulínu je v organismu životně důležitá. Jak je všeobecně známo, inzulín reguluje hladinu cukru v krvi (snižuje ji). Inzulín samotný umožňuje vstřebání cukru z krve do buněk a tím dodává energii do tkání. Kromě zmíněné energie, inzulín také zvyšuje tvorbu bílkovin ve svalech. Pokud je narušena tvorba inzulínu, je člověk postižen metabolickým onemocněním nazývaným Diabetes mellitus I. typu, laicky nazýváno- cukrovka. Jestliže produkce inzulínu není narušena, ale je zde porucha působení inzulínu na buňky, je označováno jako Diabetes mellitus II. typu. Další z hormonů je glukagon, ten je antagonist inzulínu. (Dylevský, 2009, s. 429)

2 AKUTNÍ PANKREATITIDA

Je zánětlivé onemocnění slinivky břišní, která poškozuje i jiné orgány ať už okolní, či vzdálené. Z toho vyplývá, že zánětlivé onemocnění nepoškozuje pouze žlázu samotnou, ale může se zvrhnout až v poškození celých orgánových systémů. Při nedostatečném zakročení pomocí léčebných a diagnostických postupů, může v nejhorším případě toto onemocnění končit i smrtí. (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 119)

Akutní pankreatitida se pamatuje již od počátku lidstva a toto onemocnění, dle poznatků, dokonce postihlo jednoho z největších vládců Makedonie a to Alexandra Velikého, který na toto onemocnění zemřel ve svých 33 letech. I v začátku nového tisíciletí představuje akutní pankreatitida, čím dál větší problém a to především z vyšší spotřeby alkoholu, ale také z většího množství dietních chyb. (Kostka, 2006, s. 13-15)

2.1 Etiologie akutní pankreatitidy

Hlavním původem akutní pankreatitidy jsou žlučové kameny (40-50 % případů), alkohol (30 %) a zbylé příčiny, které jsou nám známé, nepřesahují (10 %). Nicméně vždy nejsme schopni identifikovat příčinu akutní pankreatitidy. I přes pokročilé diagnostické možnosti je etiologie (příčina) nejasná u 15-20 % pacientů. Právě idiopatická pankreatitida (z neznámé příčiny) se řadí k nejrizikovějším příčinám akutní formy. (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Alkoholem způsobená pankreatitida

Tato příčina je druhým nejčastějším důvodem vzniku akutní pankreatitidy. Úplná souvislost mezi akutní pankreatitidou a alkoholem není zcela objasněna, ale alkohol může působit přímo toxicky na buňky pankreatu a dále vede k větší stimulaci slinivky břišní. Bezpečná dávka alkoholu nelze stanovit, ale akutní pankreatitida se zhruba v 10 % vyskytuje u chronických alkoholiků, tudíž se předpokládá, že častější konzumace alkoholu může vznik akutní pankreatitidy usnadnit. Riziko vzniku nebiliární akutní pankreatitidy je až dvojnásobné u dlouhodobých kuřáku. Studie navíc poukázaly na skutečnost, že je zvýšené riziko vzniku nebiliární akutní pankreatitidy u lidí trpící diabetem 2. typu. (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Biliární pankreatitida

Je způsobena obstrukcí žlučového vodu v blízkosti pankreatického vývodu nebo v jejich společné části pomocí kamenů. Tento princip funguje na principu ucpání odtoku a tím zvýšení intraduktálního tlaku s aktivací enzymatických látek. K rozvoji tohoto druhu pankreatitidy vede nejčastěji kámen o velikosti do 5 mm nebo žlučové bláto (také známý jako písek). K objasnění této příčiny svědčí kameny ve žlučníku a zvýšené jaterní hodnoty enzymů. Využíváme zde nejvíce ultrazvuk a endosonografii. (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Velkou roli hrají u biliární pankreatitidy, také žlučové kameny. Při zaklínění v oblasti Oddiho svěrače, dochází k tlaku ve žlučové vodě a žluč se dostává až do pankreatu. (Rokyta a kolektiv, 2015, s. 252)

Akutní pankreatitida při hyperlipidemii

Vysoké hladiny cholesterolu bývají častým výskytem u akutní pankreatitidy, ale samotná příčina je určena jen zhruba u 1-10 % pacientů. Tyto procenta se zvyšují až na celých 50 % při těhotenství. Zvýšená hladina cholesterolů, která se odebírá pomocí žilní krve se nazývá hypertriglyceridemie, kdy je její normohodnota v rozpětí 0,45- 1,7 mmol/l. Čím je tato hladina vyšší, tím je pravděpodobnost vzniku akutní pankreatitidy pravděpodobnější. Tato hladina může vzrůstat po požití alkoholu, potravy s vysokým obsahem tuku, hypotyreózou a nebo i diabetem. Volné mastné kyseliny v krvi se začnou shlukovat, narušovat membrány buněk a tím přispívají k ischemii a acidóze. Léčba této hladiny není jednoduchá, protože jí provází spousta nežádoucích účinků. Od dříve používaných léčebných metod se již odpustilo. Byla využívána léčba na podkladě heparinu a inzulinu pro snížení hladiny hypertriglyceridemie, ale krvácivost a další možné komplikace byly natolik vysoké, že se dnes používají pouze hypolipidemika, které ovlivňují metabolismus lipidů. (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Akutní pankreatitida vyvolaná hyperkalcemií

Bohužel se v praxi můžeme setkat i akutní pankreatitidou, která byla zapříčiněna hyperkalcemií, neboť právě zvýšená hladina draslíku ovlivňuje aktivaci enzymů. Draslík se totiž podílí na enzymové homeostaze. U této příčiny musíme hledat důvod vzniku hyperkalcemie. Toto onemocnění může být způsobeno řadou jiných onemocnění jako je např. nadměrná produkce parathormonu (hyperparatyreóza), rakovina, selhání ledvin aj. Diagnostika těchto onemocnění se od prokázání akutní pankreatitidy velice liší, sice se i zde setkáváme s využitím sonografického vyšetření, ale můžeme zde využít i scintigrafii,

kteřá by nám při akutní pankreatitidě moc prospěšná nebyla. Vzácně se můžeme setkat i s akutní pankreatidou, která byla vyvolána hyperkalcemií z farmakoterapie (předávkování kalcia nebo vitamínu D). (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Poléková akutní pankreatitida

Tato příčina vzniku akutní pankreatitidy je velice nespecifická. Pro konkrétní objasnění této příčiny by muselo po navrácení léku dojít k nárůstu amylázy a klinickým potížím. V praxi se tedy setkáváme spíše s léčivý, které jsou označené jako potencionální rizika i přes skutečnost, že jejich vliv na vznik akutní pankreatitidy byl potvrzený. Je to z toho důvodu, že je vždy nutnost vyloučit cholelithiázu (lat. tvorba žlučových kamenů), nepřiznaný alkohol, hypertriglyceridemie, či nádor. Do léků, kterým je riziko přisuzováno patří např. steroidní hormony, diuretika, kotrimoxazol, opiáty a mnoho dalších. Naštěstí je poléková pankreatitida relativně vzácná. (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Postoperační pankreatitida

Akutní pankreatitida, která vznikne při břišní (abdominální) operaci, se označuje jako nepříznivá komplikace chirurgického výkonu. Hlavní faktor, kterýmž je usuzován tento stav je nárůst amylázy v krevním odběru během pooperačního období. Tento faktor, ale nevzniká jen v souvislosti s akutní pankreatidou. Dalšími možnými příčinami elevace amylázy (zvýšení hladiny) v krvi je např. zvracení, krevní ztráta, postižení peritonea aj. Operace a zákroky, které mají největší vliv na možnost vzniku akutní pankreatitidy, je přisuzován slinivce břišní a okolním orgánům. V roli slinivky břišní to může být biopsie jakéhokoli typu, u operace se žlučníkem zase může dojít k uvolnění kamenů ve žlučníku a díky tomu následné biliární akutní pankreatidě. Výskyt pooperační pankreatitidy se mění podle použité metodiky a typu výkonu, proto jeho riziko kolísá mezi 0,4 až 15 %. (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Traumatická akutní pankreatitida

Při poranění břicha dochází k poškození slinivky břišní zhruba v 1-2 %. Tupé poranění žaludku, kdy dochází ke kompresy slinivky s páteří, se nejčastěji objevuje u dopravních nehod. Při traumatu slinivky břišní nedochází jen ke zhmoždění, ale můžeme se setkat také s rupturou (lat. trhлина) tkáň a vývodů. Diagnostická metoda počítačové tomografie (dále jen CT) je u poranění břicha ideálním řešením. Při situacích, jako jsou traumata břicha po autonehodách, musíme myslet na možnost komplikací spojené nejen se slinivkou břišní, ale i jinými orgány a proto se tato diagnostická metoda využívá i bez dalších

příznaků, které by mohly nasvědčovat třeba právě k akutní pankreatitidě. (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Akutní pankreatitida při dysfunkci Oddiho svěrače

Dysfunkce Oddiho svěrače je charakterizována jako abnormální funkce svěrače, která způsobuje přechodnou, či dlouhodobou obstrukci odtoku žluči nebo pankreatické části. To z toho důvodu, že se Oddiho svěrač nachází u vyústění žlučového a pankreatického vývodu a má za úkol tyto vývody regulovat. Tato příčina se projevuje akutními bolestmi, změnami hodnot v krevním odběru a rozšířením vývodů zřetelné na zobrazovací metodě. Při podezření na tuto dysfunkci, bývá často zvažováno odstranění žlučníku (cholecystektomie) k vyloučení opakovaného podílu lithiázy. Dysfunkce Oddiho svěrače je často zmiňována v souhrnu příčin akutní pankreatitidy, ale její podstatné ovlivnění k jejímu vzniku není jednoduché a často se může překrývat jinými příčinami. (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Infekční příčiny akutní pankreatitidy

Komplikací a příčinou akutní pankreatitidy mohou být také některé viry, bakterie, nebo i paraziti. Typické komplikace jako jsou bolesti břicha s rozvojem akutní pankreatitidy se vyskytují u průušnic. Diagnosticky je zde nutné prokázání zvýšení pankreatických enzymů. Tato komplikace se vyskytuje až u 3 % nemocných a vzácně může být i následkem vakcinace. Bohužel nejsou průušnice jediným infekčním onemocněním, které by zapříčinilo rozvoj akutní pankreatitidy. Dalšími infekcemi mohou být virové hepatitidy, enteroviry a postižení virem HIV, zvláště u vzniklého syndromu získaného imunodeficitu (AIDS). Zvýšenou hladinu amylázy mohou zvedat některé bakteriální infekce střeva, jako jsou třeba *Yersinia* či *Salmonella*. Vzácně se akutní pankreatitida může vyskytovat i u abdominální tuberkulózy a škrkavky. Při diagnostických a terapeutických výkonech, jako je endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (dále jen ERCP) nebo biopsie, se může stát, že se infekce zavleče až přímo do vývodů orgánů a tím se může ve velké míře podílet na vzniku akutní pankreatitidy. (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Idiopatická akutní pankreatitida

Idiopatická akutní pankreatitida je označována příčina, která není zjevně známá a neví se, co ataku způsobilo. Dochází při ní k vylučování známých příčin jako je alkohol, léky, hladiny kalcia a lipidů a pomocí diagnostických metod se také vyloučí biliární pankreatitida. Pokud se i po vyhojení akutní pankreatitidy nepřišlo na příčinu vzniku,

za 6-8 týdnů se provádí diagnostika pro vyloučení cholelithiázy. Při této příčině se provádí genetické vyšetření, ale jen u lidí, kteří mají v rodinné anamnéze cystickou fibrózu, nebo chronickou pankreatitidu. Bohužel se tento druh akutní pankreatitidy vrací a to až v 20-30 %. (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Pokud se idiopatická akutní pankreatitida opakuje, nazývá se rekurentní. Pod tímto názvem se může skrývat časně stádium chronické pankreatitidy. Předpokládaným důvodem rekurentní pankreatitidy je přisuzován žlučové mikrolithiáze, blátu a krystalům. Mikrolithiáza jsou drobné kamínky, které nepřesahují 3 mm, bláto je zahuštěný obsah žluči s krystaly, hlenem a zbytkem neživé organické hmoty. Tato příčina je zjevná pouze zvýšenými jaterními hodnotami od 24 hodin, po vzniku potíží. Kromě diety a abstinence alkoholu není moc preventivních opatření a proto se při častém návratu idiopatické pankreatitidy přistupuje k cholecystektomii. (Trna kol., 2016, s. 29-37.)

Akutní pankreatitida není dědičným onemocněním, ale genetický faktor zde své místo má a ovlivňuje jak její vznik, tak i celý průběh onemocnění. (Špičák, 2005, s. 64)

2.2 Klinický obraz akutní pankreatitidy

Podle průběhu je akutní pankreatitida rozdělena na dvě formy a to lehkou a těžkou. (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 121)

Lehká forma- označována dobrou prognózou, účinkuje už na konzervativní léčbu a její výskyt je zhruba u 80 % lidí diagnostikovaných pro onemocnění akutní pankreatitidy. Dochází k minimální orgánové dysfunkci a dobrým průběhem, ke kterému by měl stačit dostatečný přísun tekutin. Pokud dojde ke zhoršení v průběhu 48-72 hodin, je zapotřebí provést rozsáhlejší léčbu a další vyšetření. (Kostka, 2006, s. 54-55)

Těžká forma (nekrotizující) označována těžkou pro svou léčbu a průběh, který je velice komplikující a vyžaduje dlouhodobou hospitalizaci. Na tuto formu může člověk i zemřít, což podle uvedeného zdroje 10- 30% lidí poškozených tímto onemocněním. (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 121). Nejtypičtějším příznakem u těžké formy jsou bolesti břicha (tzv. kolika), vyskytující se nad pupkem a vystřelující do zad, nebo vedoucí podél žeberního oblouku. Bolesti jsou různé intenzity, kdy začínají od mírných bolestí v epigastriu až po krutou a šokující intenzitu, která donutí člověka k úlevové poloze a k dalším zákrokům, pro zmírnění intenzity. Bolest může trvat hodiny až dny. Dalšími příznaky mohou být zvracení, nauzea, nedostatečný odchod plynů. Tyto příznaky jsou

globální pro akutní pankreatitidu, ale těžká forma může být navíc provázena zarudnutím v obličejí, zpomalenou peristaltikou, ascites či hydrothorax (tj. volná tekutina v dutině břišní a hrudní) se zhoršením dýchání. Při obstrukci žlučových cest, se může vyskytnout i žloutenka (lat. ikterus). Onemocnění je provázeno teplotami, pouze v mírném měřítku, při vyšších hodnotách teploty jde zjevně o infekci v těle. Toto onemocnění je v pokročilé fázi, bez pomoci lékaře provázeno šokovým stavem doprovázeno hypotenzí, tachykardií, a pocením. V podkoží můžeme nalézt modřiny způsobené při krvácení. Tyto jevy jsou známy jako Turnerovo znamení v tříselech a Culleonovo znamení kolem pupku. (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 121; Kostka, 2006, s. 54-55)

2.3 Diagnostika akutní pankreatitidy

Slinivka břišní je velice špatně identifikovatelná pomocí fyzikálního vyšetření. Dvě ze tří částí slinivky naléhají na okolní orgány a díky tomu, lze využít pouze vyšetřovací metoda pohmatem, která je velmi málo specifická. Při patologickém poškození hlavové části pankreatu lze využít tzv. Grottův hmat, bod nalezneme vpravo od pupku těsně při okraji pravého přímého břišního svalu. Tento hmat je velice nespecifický, neboť se k pohmatu slinivky břišní musíme dostat přes oblast dvanácterníku a díky tomu by bolest mohla vystřelovat odtud a ne, z výše uvedené slinivky břišní. Jediný nápomocný rozdíl spočívá ve faktu, že bolest dvanácterníku vystřeluje již při jemném pohmatu, když to slinivka břišní až při hmatu hlubokém. Při poškození ocasní části slinivky břišní, nejčastěji cystou, nebo nádorem, vystřeluje bolest do páteře. Díky tomuto faktoru pacient pocítí bolest při poklepu na 10-12 trn hrudního obratle. Při bolesti mluvíme o tzv. pozitivním Boasově znamení. Pokud pacient netrpí degenerativní změnou páteře, je toto znamení vždy závažným nálezem. (Špínar a kolektiv, 2013, s. 126)

Ultrasonografické (dále jen SONO) vyšetření je neinvazivní metodou, využívanou především v interních oborech. Sono je jedním z nejzákladnějších diagnostických metod při podezření zánětu slinivky břišní. Tato metoda se využívá u slinivky břišní k celé řadě patologických nemocí jako je chronická pankreatitida, konkrementy v pankreatu a jejich tvorba (lat. pankreatikolitiáza), rozšíření vývodu, zánětlivé kolekce při akutní pankreatidě, cysty a nádory. Toto vyšetření je plně dostačující a další vyšetření typu CT je zcela zbytečné. (Špínar a kolektiv, 2013, s. 280-281)

ERCP patří mezi invazivní vyšetření a pomocí ní, zobrazíme žlučové cesty a vývody slinivky břišní spolu s Vaterovou papilou její tvar, barvu, ústí, povrch a další. Při tomto

vyšetření využíváme duodenoskop, jehož zvláštností je umístění optiky, kterou nalezneme na boku konce endoskopu tzv. laterální optika, na rozdíl od ostatních, kteří mají optiku přímo na konci endoskopu. Poloha pacienta při ERCP je vleže na levém boku. Přístroj se zavede ústy, přes horní část gastrointestinálního traktu (dále jen GIT) až do duodena k Vaterově papile. Do ústí Vaterovy papily zasouváme kanylu, která vedla napříč endoskopem, a následně aplikujeme kontrastní látku. Výsledky získáme pomocí rentgenových (dále jen RTG) snímků a videozáznamu z optiky. ERCP se využívá při indikaci biliární pankreatitidy a díky tomu i předpokládaným terapeutickým výkonem znaným pilosfinkterotomie, tj. naříznutí Vaterovy papily ve směru průběhu žlučovodu. Toto naříznutí umožní endoskopicky vyjmout konkrement, který v tomto místě tvořil neprůchodnost. Při zúžení vývodu lze zavést tzv. biliární drenáž, pro snazší odchod enzymu a snížení rizika obstrukci cest. Tento proces lze využít jak u žlučovodu, tak i pankreatických vývodů. (Špinar a kolektiv, 2013, s 286-287).

Velkou roli hraje také biochemické vyšetření krve, neboť při vzniku akutní pankreatitidy se enzymy dostávají do plazmy a vzniká hypalbuminémie s následnou hypokalcémií. Dále těmito vlivy dochází k systémovému rozšíření cév (lat. vazodilataci) a k pronikání tekutiny z cév do okolní tkáně (lat. exsudace). Pomocí tohoto jevu vzniká hydrothorax a ascites, jak je již výše uvedeno. (Silberagl, 2001, s. 158)

Další ze základních biochemických odběrů odebíráme diastázy tj. amyláza a lipáza. Tyto hodnoty společně s C-reaktivním proteinem (dále jen CRP), což je zánětlivý marker, bývají při akutní pankreatitidě abnormálně zvýšeny. (Jabor, 2008 s. 453)

Amyláza stoupá v séru za 3 až 12h po první atace akutní pankreatitidy přesahuje až pětkrát hraniční mez této hodnoty (normohodnota je $<3,70$ ukat/l). Vzhledem k tomu, že enzym pracuje 6- 12h, dochází bez komplikace do 3 dnů k hodnotám odpovídajícím zdravého člověka. Amyláza proniká až do moči a díky tomu, jí můžeme prokázat i biochemickým odběrem moče. U lipázy tomu tak není, sice jsou tyto hodnoty ve většině z případů paralelní, ale lipáza neproniká až do moče a proto jí nenaleznete v moči ani při renální insuficienci. Pokud dojde k nekróze pankreatu, dochází k dalšímu rozvratu a s tím spojené i další patologické poruchy jako je například hyperglykémie, hypoxie a nebo destrukce Langerhansových ostrůvků. (Racek, 1999, s. 186-187; Sedláček, 2006, s. 99)

2.4 Léčba akutní pankreatitidy

V případě, kdy je pacientovi diagnostikována akutní pankreatitida, je bezprostředně uložen na jednotku intenzivní péče (dále jen JIP). Na jednotku intenzivní péče se pacient ukládá, i pokud má akutní pankreatitidu opakovaně, a to z důvodu monitorování životních funkcí. Po stabilizaci celkového stavu pacienta je přeložen na standardní oddělení. Po celou dobu hospitalizace, ať už na standardním oddělení, či jednotce intenzivní péče je pacient nucen dodržovat přísné režimové opatření, které zlepšuje zdravotní stav pacienta a snižuje délku hospitalizace. Léčba akutní pankreatitidy je rozdělena na konzervativní, endoskopickou a chirurgickou. V současné době jsou léčebné metody na vysoké úrovni, která nám při včasném odhalení zajistí vyléčení akutní pankreatitidy. (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 123-124)

2.4.1 Léčba konzervativní

Prvotní pro pacienta léčeného konzervativní metodou je zamezení jakéhokoli přísunu tekutin či stravy perorální cestou. U většiny pacientů se na základě indikace zavádí nazogastrická sonda do žaludku pro odvod žaludečních šťáv. Jako u každého onemocnění dbáme i zde na tlumení bolesti. Bohužel zde máme i méně vhodné analgetikum jako je např. morfin, ten totiž vytváří hypertenzi v Oddiho svěrači a tím zvětšují následný tlak v pankreatickém a žlučovém systému. Tato situace by zhoršovala celý průběh léčby. Výživová potřeba organismu je zajištěna parenterální cestou (mimo zažívací trakt) a to nejčastěji přes centrální žilní katétr. Do tohoto katétru jsou předepisovány výživy v podobě systému all-in-one (viz. Obrázek č. 2), díky čemuž jsme schopni zajistit všechny nutriční složky. V pozdější fázi léčby se u pacienta snažíme opět zapojit trávicí ústrojí a to pomocí nazojejunální sondy (dále jen NJS). V této fázi se postupnou aplikací nutriční výživy obnovuje trávicí činnost. Po celou dobu pacient dostává parenterálně velké množství tekutin 5-15 l/den. Po celou dobu léčby sledujeme příjem a výdej veškerých tekutin včetně monitorace centrálního žilního tlaku. Pro snížení sekrece žaludečních šťáv a udržení správného pH se intravenózně podávají antisekretorika a to nejlépe inhibitory protonové pumpy, velmi známým zástupcem těchto farmak je Controloc. Hospitalizace pacienta je doprovázena antibiotickou léčbou a to většinou širokospektrální. Pokud má pacient pouze lehkou formu akutní pankreatitidy, je dosavadní léčba dostačující a při nekomplikovaném průběhu je pacient přeložen na standardní lůžkové oddělení, kde je i nadále zajištěna infuzní terapie spolu s převáděním na perorální příjem stravy.

V opačném případě, kdy dojde k šokovému stavu a multiorgánovému selhání, včetně akutního selhání ledvin a oběhu je nutná intenzivní léčba s protišokovým opatřením a dialýzou. (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 123-124)

Obrázek č. 2 Vaky ALL-in-one k ČŽK užití



(Zdroj: Vlastní)

2.4.2 Léčba endoskopická

Jak už bylo výše zmíněno, je endoskopická léčba prováděna u lidí s druhem akutní biliární pankreatitidy, kdy se předpokládá zablokování kamenu ve žlučovodech. ERCP patří k banálním, ale stále život ohrožujícím výkonům. Ještě ve dvacátých letech se od této metody opouštělo, neboť zde může dojít ke zhoršení akutní pankreatitidy pomocí nástřiku kontrastní látky. Studie prokázaly, že zhruba pouze ve 2,4% došlo ke smrti a proto patří k jedné z nejzákladnějších léčebných metod. (Špičák, 2005, s. 113)

2.4.3 Léčba chirurgická

V rámci chirurgické léčby je potřeba stanovit tři základní parametry a to indikaci, vhodnou dobu k operaci a jako poslední, který operační výkon zvolit. U akutní pankreatitidy máme mnoho indikací, jako například infekce pankreatu (absces, infikovaná nekróza, pseudocysta), komplikace akutní pankreatitidy (akutní krvácení, perforace žaludku, duodena a střeva, střevní ischemie, obstrukce GIT) a v neposlední řadě například syndrom intraabdominální hypertenze (zvýšení nitrobřišního tlaku s následným rozvojem orgánových dysfunkcí). Vhodné načasování operace není u všech chirurgů sjednocen. Dělí se zde směny na časnou chirurgickou intervenci a pozdní chirurgickou intervenci, kdy podle studií je daleko méně rizikovější pozdní intervence, která se provádí až nejdříve 3-4 týdny od začátku onemocnění. Studie vyplývají z faktu, že pokud je nekróza rozsáhlejší, je snazší povést chirurgické vyčištění rány (lat. débridement) společně s odstraněním další nekrotické tkáně, než ihned po propuknutí nekrózy, kdy se vitální tkáň hůře rozlišuje od nekrotické. Jako poslední parametr se řeší přístup k chirurgickému řešení, v kterém jsou zahrnuty také drenáže a laváže. Chirurgické ošetření se dělí na 3 typy: (Kostka, 2006, s. 133-141)

Konvenční drenáž

V této technice dochází k trojkombinaci laparotomie, k chirurgickému odstranění odumřelé tkáně (lat. nekrektomie) a následné gravitační drenáži. Tento chirurgický zákrok není dokonalý, i přesto se u nás držel téměř 40let, ale v dnešní době už se od něj upouští, protože zde dochází k pooperační infekci a sepsi, díky čemuž musí dojít k reoperaci. Z těchto důvodů se zákrok minimalizuje na malé nekrózy u níž se nepředpokládá reoperace. (Kostka, 2006, s. 133-141)

Otevřená drenáž

Otevřená drenáž se provádí při opakované tupé nekrektomii, která zahrnuje každý druhý den opakované toalety dutiny břišní a příslušný débridement. Tato drenáž je výhodná pro svůj snadný a rychlý přístup k pankreatu, ale úplný přístup k vnitřní části rány, která je dělena pouze zipem, síťkou, nebo prostým krytím má i své nevýhody. Těmito nevýhodami mohou být například četné lokální komplikace, jako jsou pankreatické píštěle, krvácení a další komplikace na tenkém, či tlustém střevě doprovázené možným iatrogenním (chybou lékařem) poškozením. Otevřená drenáž se využívá u špatně se hojících ran označujících se ránou hojící se per secundam. (Kostka, 2006, s. 133-141)

Lavážní (zavřené) techniky

U této techniky dojde ke kombinaci lavážních drénů a uzávěru dutiny břišní. Kontinuálně se proplachuje místo poškozené tkáně a tím dochází k odplavení volné nekrotické tkáně. Využívá se velké spektrum tekutin, ale nejčastější je víceúčelový fyziologický roztok, při kterém se denně využije 6-12 l za den. Tato technika se limituje na nekrózy pankreatu a peripankreatické oblasti. Nevýhodou této techniky jsou opakované laparotomie, z důvodu kontinuální sepse, která se v těžkých stavech objevuje. (Kostka, 2006, s. 133-141)

Další laparoskopická léčba se může provádět u pacientu s lehkou akutní pankreatitidou bez zvýšeného rizika a známek biliární obstrukce, při tomto zákroku se pomocí laparoskopie provede cholecystektomie. Žlučník se odstraňuje pouze u malého procenta pacientů s akutní pankreatitidou. (Špičák, 2005, s. 116-117)

2.5 Komplikace akutní pankreatitidy

Některé komplikace akutní pankreatitidy byly zmíněny už jako indikace k chirurgické léčbě. Výkony potřebné při pankreatické léčbě nejsou vrženy pouze na chirurgy, ale jde o interdisciplinární spolupráci spolu s anesteziology, rentgenology, internisty a dalších odborníků, zabývajících se právě tímto problémem. Komplikace pankreatitidy jsou děleny níže:

- **Urgentní (akutní) chirurgické komplikace**

Krvácení, které postihuje především kapiláry a žíly, na které má nejhorší dopad vliv proteáz a lipáz, které obsahují pankreatické a žlučové šťávy. Komplikace s tímto průběhem je označována jako hemoragicko- nekrotizující díky kombinaci nekrózy rozvíjející krvácení. Tyto krvácení nejsou tak rozsáhlé, aby vyžadovaly okamžitý zásah chirurga, či doplnění krevních ztrát pomocí transfúze. Bohužel v rozsáhlé formě poškodí i větší žíly, které jsou indikací k okamžitému zákroku. Naneštěstí se jen v malé většině týká tepenného poškození, které by vedlo k vydutí (lat. aneurysmatu).

Nedokrevnost a infarkt (lat. ischémie a infarctus) střeva při těžké akutní pankreatitidě je jedna ze závažných komplikací, které musíme okamžitě řešit, neboť by vedla k proděravění střeva (lat. perforace). Tento stav vzniká vlivem šíření se zánětu do okolních tkání a tím i přerušení zásobování krve. Při tomto jevu dochází k problematické diagnostice, protože jsou příznaky překryty symptomy probíhající pankreatitidy. Z těchto důvodů se o rizikové perforaci dozvídáme až při operaci, nebo při pitvě.

Žilní trombóza se u tohoto onemocnění vyskytuje z důvodů dysbalance krevní srážlivosti, komprese žily z okolí (pseudocysty) aj. Krevní sraženina až v polovině případů nevyvolává symptomy. Při léčbě využíváme častěji antikoagulační metodu spolu s trombolýzou, než balónkové rozšíření (lat. dilataci), ale i tato metoda se zde používá.

Obstrukce GITu je opět zapříčiněna šířícím se zánětem z pankreatu do okolní tkáně a díky tomu je okolní tkáň utlačována a špatně vyživována. Týká se to především střeva, kdy dochází k úplnému uzávěru, ostatní části GITu jsou poškozeny jen vzácně. Léčba je zde chirurgická, při které se provádí odstranění (lat. resekce) a dále potřebná stomie střeva.

- **Pozdní (odložené) komplikace**

Pankreatická píštěl tato komplikace se u akutní pankreatitidy vyskytuje většinou pouze sekundárně a to po chirurgickém zákroku spolu s drenáží infikovaného ložiska. Píštěl vedoucí nejčastěji do pleurální dutiny je důvod k následnému ascitu. Po punkci ascitu se provede rozbor odebrané tkáně a pomocí přítomnosti většího množství amyláz, a proteinů je objasněn jeho původ. U této komplikace se upřednostňuje konzervativní léčba před chirurgickou. Konzervativní léčba zahrnuje typickou léčbu akutní pankreatitidy od zamezení příjmu potravy, až po parenterální výživu, či aplikaci antisekretorik. Pseudocysta pankreatu je ohraničená pankreatická tkáň, kdy stěnu tvoří

granulační a fibrinózní tkáň. Pseudocysta je typická pro chronickou pankreatitidu, ale u akutní se vyskytuje pouze při přítomnosti její nekrózy, z tohoto důvodu je určení původu zásadní, jak pro samotnou léčbu, tak celkový průběh onemocnění. (Kostka, 2006, s. 145-150)

2.6 Dietní opatření

Dietní opatření jsou postavené na principu ulehčení slinivky břišní, z tohoto důvodu se během léčby pacient upravuje na parenterální stravu. Pomocí těchto režimových opatření se zamezí sekreci trávicích šťáv, což je konkrétně při obstrukci nejvýznamnější krok, neboť by enzymy napadly příslušný orgán, což se v případech akutní pankreatitidy děje. Pacienti s akutní pankreatitidou jsou zásadně ohroženi podvýživou (malnutricí), proto musíme dbát na složení látek, které se jim podávají, ať už kterýmkoli způsobem. Tito pacienti jsou ohroženi malnutricí, neboť je při tomto onemocnění zvýšený energetický výdej a zvýšená proteinová potřeba, tato potíže se týká i obézních pacientů. V praxi se setkáváme s proteinovou, energetickou nebo proteinoenergetickou malnutricí, kdy může docházet k úbytku podkožního tuku, či úbytku svalové hmoty. V průběhu léčby se snažíme co nejdříve zapojit enterální výživu pomocí NJS, kdy je zaveden katétr pod Vaterovu papilu z důvodů toho, aby byla zachována střevní bariéra a zabránění infekce nekrotických hmot. Právě pomocí NJS a dané výživy se snižuje rozšíření infekce a tím dochází ke snížení počtu pacientů, u kterých je nutný chirurgický zákrok. Nižší dávky slouží pouze pro výše uvedené účely, nikoli pro zajištění výživy pacienta. Dávky se postupně zvyšují a tím postupně začínají nahrazovat parenterální výživu (mimo zažívací trakt), ta může trvat při těžké formě akutní pankreatitidy až 3 měsíce, kdy je nutné oddálit přísun typické stravy přes ústa (per os). Při navrácení stravy je pacientova naordinována speciální dieta pro tyto účely známá jako pankreatická dieta. Od této chvíle se pacientovi předepisuje lék zvaný Kreon, který pomáhá trávit potravu, jeho složením.

2.6.1 Pankreatická dieta

Pankreatická dieta začíná v momentě, kdy pacient poprvé popijí čaj, který by měl být slabý a krátce vyluhovaný. Dalším krokem se pacientovi dává tzv. šlemová polévka. Pokud všechny kroky přímá bez potíží, postupuje se na další kroky pankreatické diety, které jsou rozděleny podle množství tuků ve stravě. (Kohout, 2007, s. 42-75)

Šlemová polévka

Po období popíjení čaje se přechází a tzv. šlemovou polévku, kterou pacient dostává první den této fáze k obědu i k večeři. Typický jídelníček je rozdělen do pěti dávkách stravy, kdy snídaně obsahuje pečivové lupínky s medem a svačiny jsou doplněny pyrém. (Kohout, 2007, s. 42-75)

Přísná pankreatická dieta (20g tuku)

Pokud pacient toleruje šlemovou polévku, je mu naordinovaná dieta, která celkem obsahuje 20g tuku, za celý den. Tato strava obsahuje nejvíce sacharidu a postrádá ostatní složky stravy, který člověk potřebuje. Proto je strava doplněna výživovými doplňky jako jsou nutridrink, fortimel, fresubin aj. Doba této diety je vždy individuální a je závislá na akceptování stravy pacientem, nicméně je doba se tato dieta většinou podává 2-3 dny. (Kohout, 2007, s. 42-75)

Pankreatická dieta (40g tuku)

V další části diety je obsaženo 40g tuku za den. Jídelníček je obohacen o libové maso a nízkotučné mléčné výrobky. Nová jídla přidáváme v průběhu dne, kvůli možnému výskytu potíží. Způsoby přípravy pokrmů jsou omezeny pouze na vaření, dušení a pečení v alobalu bez tuku. Přípravy pomocí grilu, či smažení jsou zcela zakázané. Jelikož je strava ještě pořád nedostačující, je nutné neustále podávat výživové doplňky. (Kohout, 2007, s. 42-75)

Žlučnicková dieta (60g tuku)

Další a to posledním krokem je tzv. žlučnicková dieta. Tato dieta již bývá dlouhodobou a její princip je postaven na omezení tuku při 60g na celý den. Tento krok znamená spíše omezení živočišných tuků. Nadále zůstává zákaz přípravy stravy, při které by se tuky přepalovaly, jako je smažení, opékání, či grilování. Díky omezení tuku, je nutno z jídelníčku vyloučit také majonézy, tučné mléčné výrobky, salámy a další tučné pokrmy. Důvodem tomu všemu je skutečnost, že vyšší obsah tuku vede k větší sekreci pankreatických enzymů a také k větší produkci žluči, což není při tomto onemocnění žádoucí. Alkohol je nadále zakázán. Kořenění je individuální, nedoporučuje se používat ostré koření (chilli, křen, wasabi a další). Nadýmavé potraviny nejsou ideální z důvodu útlaku okolních orgánů střev, což by mohlo vést k projevům nežádoucích účinků. Pacient by měl

konzultovat svůj příjem stravy s nutričním terapeutem nebo ošetřujícím lékařem, neboť je nadále ohrožen malnutricí. (Kohout, 2007, s. 42-75)

Během těchto druhů diet se postupně vylučují jídla, které způsobují bolesti břicha nebo je zde pocit malabsorpce. V případě porušení pankreatické sekrece se dieta navíc upravuje v kombinaci s diabetickou verzí diety. Po celou dobu dodržování pankreatické diety by měl být pacient veden nutričním terapeutem, neboť nesprávné dodržování diety vede k malnutrici, či naopak k závažnému zhoršení celkového stavu. (Kohout, 2007, s. 42-75)

2.7 Prevence

Prevence akutní pankreatitidy je snadno odvoditelná od jejích příčin. Životospráva je u tohoto onemocnění klíčovým faktorem. Dietní chyba může okamžitě vyvolat příznaky k akutní pankreatidě, a proto se musíme řídit dietou, která je pro toto onemocnění určená. Musíme si dávat i pozor na konzumaci alkoholu, zde je riziko vzniku akutní pankreatitidy vyšší při náhlé konzumaci, než u pravidelné v menších množstvích. Jelikož musíme na člověka pohlížet jako na bio-psycho-sociální jednotu, netýká se toto onemocnění pouze životosprávy dietní, ale velkou roli zde hraje i stres, odpočinek aj. Za zmínku zde stojí i invazní zákrok, při kterém dochází k odstranění žlučových kamenů, jelikož i toto je součástí prevence akutní pankreatitidy.

Samotná léčba je spojena s prevencí, neboť hlavním cílem u tohoto onemocnění je objasnění příčiny a tím i minimalizace recidivy. (pancreasfoundation.org, 2017, [online])

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelská péče je nedílnou součástí hospitalizace každého pacienta. Neboť jsou pacienti s akutní pankreatitidou hospitalizováni na oddělení JIP s následnou hospitalizací na standardní lůžkové oddělení, je ošetřovatelská péče níže rozdělena do těchto dvou bodů.

3.1 Ošetřovatelská péče na oddělení JIP

Pacienti přijatí s diagnózou akutní pankreatitida jsou velmi často hospitalizováni na JIP. Zde ihned po přijetí sestra zajišťuje u pacienta základní vstupní ošetřovatelskou péči, která je poskytována všem pacientům na JIP. K této péči řadíme především monitoraci fyziologických funkcí, kdy monitorujeme kardiovaskulární systém, pomocí EKG křivky, která sleduje srdeční rytmus, frekvenci a popřípadě i poukáže na možnou zástavu oběhu. Mezi další nedílné součásti patří monitorace krevního tlaku, tělesná teplota a měření saturace pomocí pulzního oxymetru. V počátcích tohoto onemocnění je nutné zajištění přívodu kyslíku dle ordinace lékaře, který se rozhoduje na základě naměřených hodnot. Při přijetí bývá ve většině případech zaveden periferní žilní katétr již z rychlé záchranné služby, ale pokud by tak nebylo, musí periferní žilní katétr zajistit zdravotní sestra, jelikož je nutné tlumit bolest, aplikovat ATB, jiná léčiva a zároveň zajistit dostatečný příjem parenterálních tekutin. Pro dostatečný příjem využíváme infuzní terapii dle ordinace lékaře, neboť v průběhu hospitalizace s tímto onemocněním je pacient od chvíle přijetí na dietě NPO, o této dietě musíme pacienta dostatečně edukovat. V průběhu hospitalizace se monitoruje výše zmíněná bolest, která bohužel doprovází toto onemocnění i několik týdnů. Pro měření bolesti existuje spousta měřících škál, jaký u tohoto typu onemocnění využíváme již záleží na zvyku oddělení. Z důvodů snížené sebepěče a dostatečné bezpečnosti zajišťujeme signalizační zařízení v blízkosti pacienta. Deficit sebepěče má každý pacient hospitalizovaný na JIP z důvodů snížené pohyblivosti a sekundárního upoutání na lůžko, proto je nutné zajistit dostatečnou hygienickou péči o pacienta včetně dutiny ústní, péče v oblasti vyprazdňování aj.

Jelikož je zde nutné sledování bilance a mnohdy i měření hodinové diurézy, je nutné u pacienta zavést permanentní močový katétr. Kromě úlohy každodenní péče o tento invazivní vstup je nutností sestry i močový katétr zavést. U žen zavádí močový katétr sestra, u mužů pouze s úspěšným akreditovaným kurzem zvaným ARIP (specializační

vzdělávání v oboru Ošetrovatelské péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči), pokud tento kurz nemá, zavádí močový katétr lékař a sestra mu při tomto výkonu asistuje.

Po diagnostice příčiny ordinuje lékař ordinace na základě dostupné léčby pro co nejlepší prognózu tohoto onemocnění, proto se zde ošetrovatelská péče může měnit z důvodu odlišné příčiny vzniku onemocnění. Péče o pacienta po prodělaných diagnostických metodách využívaných u tohoto onemocnění se v zásadě neliší od péče poskytované v průběhu léčby na JIP. (Klener et al., 2001, s. 513)

Dle ordinace lékaře je nutné zajistit parenterální výživu, pro dostatečný přívod bílkovin, lipidů a dalších energetických a jiných hodnot. K zajištění parenterální výživy je často využíván systém all-in-one, který je pomocí infuzní pumpy aplikován přes infuzní set do žilního systému pacienta. Tyto systémy all-in-one musí být mnohdy aplikovány do centrálního žilního systému a proto se zde periferní žilní katétr stává nedostačující. Zavedení centrálního žilního katétru zajišťuje lékař spolu s asistencí sestry, či zdravotního asistenta mnohdy již na hospitalizovaném oddělení JIP. Tato skutečnost, ale záleží na zvyku nemocnice a jejím vybavení. O všechny invazivní vstupy, musí sestra pravidelně pečovat, a výjimkou nejsou ani vstupy žilní, proto je zde nutné pravidelně sledovat místo vpichu, převazovat jej a řádně o něj asepticky pečovat. Centrální žilní katétr má výhodu měření centrálního žilního tlaku, tato hodnota poukazuje na množství tekutin v těle. Další z výhod je možný odběr krve přímo z jednoho z přítomných lumenů, který je součástí každého katétru. V průběhu této hospitalizace je totiž nutné sledovat pravidelně krevní hodnoty pacienta a to především enzymy (amylázy, lipázy) a zánětlivé markery (především C-reaktivní protein a prokalcitonin). Žilní vstupy, které nám umožňují odběr krve bez dalšího traumatu povrchu člověka je u tohoto onemocnění velkou výhodou. V pokročilejší fázi, je pacientovi zavedena NJS sonda, která se nejčastěji zavádí na gastroenterologickém sále. NJS sloučí k postupnému obnovení zažívacího traktu, kdy se kontinuálně aplikují výživné přípravky. Rychlost, kterou podáváme pacientovy výživné přípravky do tenkého střeva určuje lékař. O NJS je třeba pečovat a proto pravidelně sledujeme okolí výstupu sondy, patologické poškození kůže a fixaci sondy. Jelikož jsou výživné přípravky na mléčném podkladě, je nutné sondu pravidelně proplachovat a to až 6x denně. Z důvodu ležícího režimu dbáme u pacienta na prevenci vzniku TEN (trombembolické nemoci) a proto se zde aplikuje nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře spolu s bandážemi nohou, bandáže mohou být nahrazeny kompresivními punčochami. (Kapounová, 2007, s. 65; Vlastní zdroj)

3.2 Ošetřovatelská péče na standardním (lůžkovém) oddělení

Po zlepšení stavu, se pacienti přesouvají na standardní oddělení. O tomto uskutečnění vždy rozhoduje ošetřující lékař společně s primářem daného oddělení.

Deficit sebedpěče je zde menší, ale pokud pacient tuto péči potřebuje, poskytujeme ji. Tento fakt záleží na schopnosti pacienta, která může být ovlivněna věkem, sníženou pohyblivostí, či jiným onemocněním. Opět dbáme na pomoc až celkovou péči v oblasti hygienické péče, vyprazdňování, prevenci dekubitu aj. I nadále dbáme na sledování bilance a mnohdy i nyní na příjem stravy, neboť pacienti, kteří dobře snáší výživové doplňky přechází na sipping (nutridrink aj.) a dále na dietu pankreatickou. O důležitosti stravování je třeba pacienta dostatečně poučit. Tuto edukaci provádí sestra na příslušném oddělení, nebo nutriční sestra místní nemocnice. (vlastní zdroj)

Vzhledem k dostatečnému příjmu energie se vaky all-in-one vysazují dle ordinace lékaře, tudíž se zde centrální žilní katétr odstraňuje. Po celou dobu hospitalizace, ale pacient dostává intravenózně ATB spolu s dalšími léčivými a infuzemi dle ošetřujícího lékaře, proto i nadále pečujeme o invazivní vstupy, jak tomu bylo na předešlém oddělení JIP. Jelikož je centrální žilní katétr vytažen, zajišťuje nám přísun léčiv a dalších složek periferní žilní katétr, o který i nadále pečujeme. Permanentní močový katétr je na zvážení lékaře, ale i nadále sledujeme bilanci pacienta a s tím i schopnost močení, neboť po vytažení katétru musíme dbát zvýšené pozornosti na skutečnost, zda je pacient schopen sám močit. I nadále se zde vyskytuje bolest, jelikož se jí snažíme tlumit, je třeba hodnotit účinnost léku podle dostupných škál bolesti. Škála bolesti zde není jediné vhodné rozhodnutí, můžeme zde využít také škály hodnotící sebedpěči, riziko pádu, riziko vzniku dekubitů a mnoho dalšího. (Kapounová, 2007, s. 303; vlastní zdroj)

Před propuštěním pacienta do domácí péče je nutná edukace o způsobu stravování, abstinence alkoholu, fyzické aktivity a celkové úpravy životosprávy. Edukaci zajišťuje ošetřující lékař společně se sestrou a využíváme zde edukační materiály o pankreatické dietě, způsobu sebedpěče po propuštění a mnoho dalšího, co může pacientovy zlepšit prognózu onemocnění. (vlastní zdroj)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce obsahuje rozbor cílů, metodiku práce, provedené ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných pro onemocnění akutní pankreatitida a zároveň je zde rozebírána problematika edukace u pacientů s akutní pankreatitidou, která úzce souvisí s ošetrovatelskou péčí.

4.1 Cíle šetření

U bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

1. Zjistit průběh léčby akutní pankreatitidy
2. Zjistit spokojenost s hospitalizací na interních odděleních
3. Zjistit nedostatky edukace a nedostatky v informovanosti respondentů
4. Zjistit zájem respondentů o informační materiál

Vztah jednotlivých otázek v rozhovoru k cílům šetření

- Otázky vztahující se k cíli č. 1 (4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 23, 24, 25)
- Otázky vztahující se k cíli č. 2 (7, 10)
- Otázky vztahující se k cíli č. 3 (14, 18, 19, 22)
- Otázky vztahující se k cíli č. 4 (26, 27)

4.2 Výzkumná metoda

Jako výzkumná metoda byla vybrána kvalitativní metoda za pomoci semistrukturovaných rozhovorů. Předem byl stanoven hrubý seznam otázek, který se minimálně měnil podle průběhu rozhovoru. Tato výzkumná metoda vyžaduje pouze malé množství respondentů. Jednalo se o individuální rozhovory, při nichž byl rozhovor vždy veden pouze s jednou osobou. Na začátku rozhovoru jsou položeny vstupní otázky, které respondenta citově naladily na pokračování rozhovoru. Následovaly obtížnější otázky, které byly úspěšně zodpovězeny. Rozhovor byl uzavřen snadnými otázkami, ty nevyžadovaly plné soustředění respondenta. Po zodpovězení všech otázek došlo k poděkování za rozhovor. (Bártlová a kol., 2005, s. 44-45; Švarcová, 2005, s. 28)

4.3 Charakteristika respondentů

Skupina respondentů tvořila pacienty hospitalizovaných na interním oddělení ve Zlínské nemocnici Tomáše Bati, akciová společnost (dále jen KNTB) pro diagnózu akutní pankreatitida. Výzkum proběhl pouze na jednom interním oddělení a to 6. etáž, která se specializuje na pacienty hospitalizovaný pro gastroenterologické potíže.

Během výzkumu proběhlo 5 rozhovorů, u kterých byla stanovena tato kritéria:

- Respondent je starší 18 let
- Respondent je hospitalizován na 6. etáži
- U respondenta/ka je diagnostikována diagnóza akutní pankreatitis
- Respondent/ka souhlasil s rozhovorem

4.4 Organizace šetření

Rozhovor pro pacienty hospitalizovaných a diagnostikovaných pro onemocnění akutní pankreatitida obsahuje 13 okruhů, které jsou následně více rozebrány. Otázky byly kladeny tak, aby splňovaly cíle v této diplomové práci. V průběhu rozhovoru se pořadí otázek jemně lišilo, pokud tomu rozhovor směřoval. Plné rozhovory v písemné podobě jsou obsaženy v přílohách této práce. Respondenti byli z důvodu souhlasu předem informováni o typu otázek a postupu rozhovoru. Dále byli seznámeni s anonymitou, a díky tomu nejsou v rozhovoru uvedeny jakékoli souvislosti s identifikačními údaji dotazovaných respondentů. Pro jejich označení bylo použito P1 až P6 podle pořadí uskutečněných rozhovorů. Rozhovory probíhaly na interním oddělení v soukromí, vždy dle místa zvoleného pacientem. Rozhovor byl dlouhý dle potřeby a to v rozmezí 10 až 18 minut a pomocí individuální reakce na odpovědi respondentů se mohlo změnit pořadí kladených otázek.

4.5 Struktura rozhovoru

Na začátku každého rozhovoru byla kladena otázka, zda souhlasí s nahráváním a využití získaných informací pro účely bakalářské práce.

První část otázky (okruh č. 1 otázka 1-3) bylo zaměřeno na základní demografické údaje pro lepší specifikum možné příčiny vzniku diagnostikovaných onemocnění. Tyto data jsou obsaženy u níže vložené tabulky č. 1. Dále byl rozhovor dělen do desíti okruhů, které se dále dělily do dvaceti sedmi otázek.

Pro základní přehled respondentů byla vytvořena tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 Charakteristika respondentů

Označení respondenta	Pohlaví	Věk	Výška	Váha	Vypočítáno BMI	Den hospitalizace
P1	Muž	38	172	65	21.97	5
P2	Žena	68	164	80	29.74	9
P3	Muž	45	168	80	28.34	4
P4	Muž	28	175	65	21.22	5
P5	Muž	55	178	78	24.62	10

Respondenti P1 až P6 splnily všechny ze čtyř výše uvedených kritérií. Dále byli co nejvíce rozlišení pomocí pohlaví, věku, BMI a dne hospitalizace.

4.6 Analýza získaných dat

Přehledný rozpis otázek a odpovědí jsou vloženy do níže uvedených tabulek. Plná verze rozhovoru je uvedena v příloze.

Okruh č. 2: První projevy onemocnění

Otázka č. 4: Jaké byly první projevy, které Vás přivedly k lékaři a jak dlouho trvaly, než jste musel/a vyhledat lékařskou pomoc?

Tabulka č. 2 Projevy onemocnění

Respondent	Odpověď
P1	<i>„2-4 roky zpět, 3-4dny vystřelující bolest do zad.“</i>
P2	<i>„Pálení žáhy, tlak v žaludku a bolest břicha. Trvaly 2 měsíce.“</i>
P3	<i>„Byly takové, že jsem měl velké bolesti, dalo by se říct křeče a špatně se mi dýchalo. Nemohl jsem říct celé věty, nemohl jsem mluvit souvisle. Trvaly v průběhu hodiny.“</i>
P4	<i>„Pro mě to byla nechut' k jídlu a potom začaly bolesti pod hrudníkem. V místech slinivky. Píchání a tupá bolest. Trvala celou noc.“</i>
P5	<i>„Ráno jsem cítil silnější bolesti v oblasti žaludku a bolest se mi začala projevovat takovým střelením na srdce, plíce a břišní dutiny. Trvala od rána, kdy jsem se probudil.“</i>

Respondenti P2 až P5 pociťovali bolest v oblasti břicha a žaludku. P1 měl vystřelující bolesti do zad. P3 a P5 měli dýchací potíže a P2, P3 měli navíc dyspeptické potíže. U P3 se dokonce vyskytly i problémy s artikulací. Doba je velmi různá. Je těžké specifikovat potíže na konkrétní čas, neboť se odpovědi liší od řádů hodin až po řádů měsíců. P2 označovala možné potíže u akutní pankreatitidy celé 2 měsíce před hospitalizací. P1 pociťoval potíže v rádech dnů a P3 až P5 označovali délku v rádech hodin.

Otázka č. 5: Vyšetřoval Vás praktický lékař, nebo jste byl nucen volat rychlou záchranou pomoc?

Tabulka č. 3 Transport

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Přijel jsem čistě k obvodnímu lékaři, který naštěstí tuto problematiku zná... Poslal mě do nemocnice na internu.“</i>
P2	<i>„Rychlá mě odvezla.. přímo.“</i>
P3	<i>„Manželka mi zavolala sanitku.“</i>
P4	<i>„První mě vyšetřil obvodní lékař a ten mi dal Algifen..... chvíli to zabíralo, ale bolest se postupně stupňovala, takže jsem musel zavolat sanitku.“</i>
P5	<i>„Navštívil jsem obvodní lékařku a ta mě poslala na chirurgii.“</i>

Vzhledem k rozdílnosti příznaků, které pacienti pociťují se i liší transport, který využili do zdravotního zařízení. P1, P3 a P5 navštívili obvodního lékaře, který ve dvou případech respondenty (P1 a P5) účelně směřoval na urgentní příjem.

Okruh č. 3: Komorbidity

Otázka č. 6: Trpíte nějakým jiným dlouhodobým onemocněním, popřípadě od kdy a vyskytují se zde nějaké komplikace? Máte v rodině genetické onemocnění?

Tabulka č. 4 Komorbidity

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Ne, nemyslím si... možná trochu chronickou rýmou asi 10 až 12 let.“</i>
P2	<i>„Ne.“</i>
P3	<i>„Ne.“</i>
P4	<i>„Ne. No, vlastně mám epilepsii asi 2 roky.“</i>
P5	<i>„Trpím dnou. Komplikace jsou, ale je to individuální. Každý člověk to pociťuje jinak.“</i>

P1 udává možnou chronickou rýmu, P4 epilepsii a P5 trpí dnou. Tyto onemocnění nemají jakoukoli souvislost s akutní pankreatitidou. Dále P1 až P5 nemají jakékoli genetické či jinak dlouhodobé onemocnění v rodině. Tento okruh měl být rozdělen do dvou otázek, které byly následně sloučeny z důvodu negativní odpovědi. Spojitost mezi otázkou a respondenty nebyla jakkoli prokázána, při kterém jsem chtěl odhalit možnou genetickou souvislost.

Okruh č. 4: Průběh hospitalizace

Otázka č. 7: Jak dlouho jste čekal na rychlou záchrannou pomoc a následně na urgentním příjmu, než o vás začali pečovat?

Tabulka č. 5 Doba příjetí

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Nevyužil jsem rychlou záchrannou pomoc, ale příjem byl rychlý do patnácti minut.“</i>
P2	<i>„Deset minut jsem čekal na rychlou záchrannou pomoc. Na příjmu o mě začali pečovat okamžitě, byla jsem jediná pacientka.“</i>
P3	<i>„Nevím, kdy pro mě přijela sanitka. Vzhledem k tomu, že mě přivezli v sobotu večer, příjem probíhal poměrně velmi rychle.“</i>
P4	<i>„Čekal jsem na sanitku 10-15minut a na příjmu asi 30minut, než mi udělali EKG a pak jsem čekal ještě 45 minut na lékaře.“</i>
P5	<i>„Přijel jsem do nemocnice sám. Na příjmu jsem nečekal. Bylo to rychlé.“</i>

Ze všech respondentů, kteří využili rychlou záchrannou pomoc byla dojezdová doba zhruba 10 až 15 minut. Ve většině případů byl průběh urgentního příjmu rychlý. Pouze zkušenosti P4 se pohybovaly v rádech 75 minut, než došlo k vyšetření od lékaře.

Otázka č. 8: Jednalo se o první ataku, nebo šlo o opakovanou hospitalizaci?

Tabulka č. 6 Počet hospitalizací u respondentů

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Po čtvrté. S tím, že ta příčina vždycky byla jakoby na 80 % zablokovaný kamínek.“</i>
P2	<i>„Ano.“</i>
P3	<i>„Podruhé.“</i>
P4	<i>„Po čtvrté.“</i>
P5	<i>„Ano.“</i>

Respondenty jsem účelně vybral s lišícím se počtem prodělaných atak. P2 a P5 byli poprvé hospitalizováni s tímto onemocněním. P1 a P4 byly už po čtvrté a P3 podruhé.

Otázka č. 9: Lišil se postup hospitalizace, projevy či léčba oproti předešlým zkušenostem?

Tabulka č. 7 Dřívější zkušenosti s léčebným režimem

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Ne, bylo to podobné, vše v pořádku. Tentokrát to bylo bez sondy. Tato ataka má jen zvýšenou amylázu a lipázu.“</i>
P2	<i>„Bez opakované hospitalizace pro tuto diagnózu.“</i>
P3	<i>„Přijel jsem do nemocnice autem. Byl jsem na chirurgické ambulanci. Čekal jsem dvě hodiny, než jsem se dostal na řadu a po těch dvou hodinách mě odebraly krev a poslali na RTG. Poté jsem čekal další dvě hodiny, než mě poslali na internu. Teď mě dovezla sanitka, tak jsem šel rovnou na JIPku. Bolest byla při prvním projevu jako by už na té slinivce, jakoby výš. Po čase polevila. Tato bolest byla daleko intenzivnější, trvalo to déle. Bolest byla velká, že jsem špatně dýchal. Možná by také polevila, ale manželka zavolala sanitku.“</i>
P4	<i>„Řekl bych, že ne, ono je to vesměs to samé.“</i>
P5	<i>„Bez opakované hospitalizace pro tuto diagnózu.“</i>

U tohoto bodu byly zohledněny pouze tři z pěti respondentů z důvodu otázky, která směřovala pouze na pacienty, kteří byly opakovaně hospitalizováni pro diagnózu akutní pankreatitidy. To znamená, že respondenti P2 a P5 jsou bez odpovědi. P1 uvedl rozdíl v léčbě, která byla doprovázena NJS při první atace. P4 popisoval dřívější hospitalizace společně s jejich projevy i léčbou na stejné úrovni. P3 uvedl změnu v přijetí z chirurgického příjmu na příjem přes rychlou záchrannou službu. U projevů uvedl rozdíl v intenzitě bolesti, díky které byla manželka nucena zavolat rychlou záchranou pomoc, jelikož se vyskytly nesnesitelné potíže, které dále zapříčinily i dýchací potíže.

Otázka č. 10: Co Vás po dobu hospitalizace nejvíce omezovalo, nebo obtěžovalo?

Tabulka č. 8 Léčebné omezení

Respondent	Odpověď
P1	<i>„V podstatě se dá říct, že nic. Když to trochu zlehčím, bylo léto a tady se dělaly procházky. Problém byl v tom, že se to vlastně prodloužilo, ten pobyt v létě. Tak jediné ta doba. Jinak co se týče nějakého špatného ošetření, nebo tak. To vůbec.“</i>
P2	<i>„Mám jen problém s tím, že jsem právě zesláblá kvůli NJS. To je problém, že se nemůžu tak pohybovat, ale všechny další věci mi nedělají žádné problémy.“</i>
P3	<i>„NE.“</i>
P4	<i>„Ze začátku mně vadilo, že nemůžu pít. Sucho v ústech.. jinak jsem spokojeny.“</i>
P5	<i>„No snad, že se mi při „kapačce“ objevila zmiňovaná dna. Tam jsem čekal více věnování od lékařů, abych ty bolesti neměl. Nebylo vhodné používat tablety, když jsem byl týden na JIPce. Nechtěl jsem dráždit žaludek tabletami. Jinou formu léčby na bolest jsem nedostal. Čekal jsem, že to bude rychlejší a pružnější, aby se mi bolest nerozbourila. Dostával jsem „kapačky“ od bolesti a po odpojení kanyly došlo k prodloužení utišujícího prostředku, kdy se čekalo až do druhého dne na čípek od bolesti. To byla ta doba, kdy se mi to rozbourilo. Doba léčení se prodlužuje a aj bolest.“</i>

Jelikož jsou pacienti s tímto onemocněním dlouhodobě hospitalizováni, dalo se předpokládat alespoň minimální omezení. Respondent P3 neměl po dobu hospitalizace žádné osobní výhrady k omezení, ať už výživové či kterékoli jiné. P1 podotkl letní dobu hospitalizace, která mu znepríjemňovala pobyt. P2 měla NJS, kdy pociťovala zesláblost z důvodů nízkého příjmu energetických hodnot. P4 udává omezení v oblasti pitného režimu a pocitu v ústech, tyto obtíže pociťuje většina pacientů (dle mé praxe). Poslední respondent P5 rozebírá negativní zkušenost s ošetrovatelskou péčí, kdy dle jeho posudku došlo k časovému zanedbání projevující se dny.

Okruh č. 5: Výživa a životospráva

Otázka č. 11: Jak často pijete alkohol a kouříte cigarety?

Tabulka č. 9 Životospráva

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Žádný, ale předtím třeba, než se mi to stalo. Ted' jsem právě nad tím přemýšlel, než jsme spolu začaly mluvit a myslím si, že mi to ta slinivka trochu vrátila za můj bohémský život. Od 18ti do 38, kdy jsem samozřejmě jako vyučený kuchař/číšník neměl k večírku daleko a hlavně to byly večírky víkendové, takže ten alkohol byl třeba ty 2-3dny po sobě, pak sice nic 2-3dny, ale myslím si, že je to horší, jak v malých dávkách.“</i>
P2	<i>„Nepiju a nekouřím vůbec.“</i>
P3	<i>„Nepiju, vůbec. Již předtím prvním onemocněním jsem velmi omezil alkohol, ale sem tam jsem si dal pivo, sem tam jsem si dal štamprlu... Jestli jsem si za ty 3 měsíce do ted' měl 3-4 birely. Nekouřím.“</i>
P4	<i>„Denně, ale malé množství. 2-3 piva a vykouřím krabičku za den. Těch 20.“</i>
P5	<i>„Pracovní povinnosti mi to nedovolují. Samozřejmě do práce dojíždím autem, takže můžu říct, že si večer dám sklenici vína. Často nepiji alkohol, ale myslím si, že je to pravidelně. To bych měl omezit. Nekouřím.“</i>

Respondenti P1,P2,P3 a P5 už nyní nepijí žádný alkohol, od propuknutí onemocnění. P1 přisuzuje onemocnění jeho dřívějšímu životnímu stylu. P5 sice udává známky alkoholu, ale také se jedná o první ataku. P4 dlouhodobě užívá alkohol, což se odráží i na příčinu a frekvenci hospitalizace s tímto onemocněním. Jediný z respondentů a to P4 kouří. Udává počet kolem dvaceti za den.

Otázka č. 12: Jaký je váš způsob stravy? Včetně přípravy a intervalu stravování?

Tabulka č. 10 Způsob a pravidelnost stravování

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Ve směs životosprávu jsem dodržoval vždycky, možná proto přišla až tak pozdě, nebo pozdě.... Myslím si, že to bylo nastartované už před těmi třemi, čtyřmi roky, ale jde o to, že to smažené jsem jedl jednou měsíčně a jednou měsíčně, třeba kačenu. Strava je pravidelná, na tom si zakládám, tak že vydatná snídaně, svačina, oběd, svačina- ovoce, a večere lehčí.“</i>
P2	<i>„Preferuju teď dušené, protože jsme na tom s manželem oba stejně, tak že více méně dělám takové jídla, které jsou vhodné, pro náš věk. Pravidelnost normální. Snídaně, svačina nějaká malá, nějaké ovoce. Oběd, pak malinká svačina a večere.“</i>
P3	<i>„Já upřednostňuju dušené samozřejmě, protože je to v té dietě a nemám nic smažené. Můžu mít pečené, dušené. Pravidelnost je zhruba 4-5 denně.“</i>
P4	<i>„Objednávám si jídla tak, aby to bylo v rámci diety. Mam na výběr z 3-4 jídel, tak si vybírám v rámci diety. Tak jednou za čtrnáct dní si dám i to tučnější jídlo, snažím se i bez něj, ale občas si dám. Jen když mám fakt chuť. Jim pravidelně.“</i>
P5	<i>„Chtělo by to redukovat více smažené a tučné jídla. Samozřejmě to po této hospitalizace bude víc. Jim pravidelně Čtyřikrát denně.“</i>

Respondenti udávají zdravý způsob stravování. U všech se vyskytuje pravidelná strava dle rozhovorů. P4 opět vykazuje známky porušení diety. P5 udává budoucí redukci tučných a těžkých jídel, což je pochopitelné vzhledem k jeho budoucí dietě.

Otázka č. 13: Kolik vypijete tekutin za den?

Tabulka č. 11 Příjem tekutin za 24h

Respondent	Odpověď
P1	„Obdobím je to v létě 3-4 a zima 2-3l.“
P2	„Záleží na počasí, tak normálně je to tak litr a půl, bych řekla a v létě asi daleko víc. Hlavně vodu.“
P3	„Poslední dobou to bylo méně, většinou piju vodu a v rozmezí do 2litrů, což je zřejmě málo.“
P4	„3 litry za den.“
P5	„Minimálně dva litry.“

Všech šest respondentů vykazuje dostatek tekutin. P2 a P3 dokonce preferují čistou vodu. Otázka byla směřována na dobu před hospitalizací, neboť v průběhu rozhovoru většina z respondentů nemohla vůbec pít a byly vyživovány pouze tekutinami do žíly, či jinou upravenou parenterální výživou.

Otázka č. 14: Byl Vám vysvětlen důvod a způsob nynějšího stravování?

Tabulka č. 12 Edukace stravy

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Ano bylo a člověk se to samozřejmě naučí i sám, je to strašně těžké, protože tam je hlad. Se cítí aj dobře, že..? Je těžké tam ty menší dávky třeba i 7x denně dodržovat, ale snažím se.“</i>
P2	<i>„Teďka ještě ne. Nesmím nic jíst, nic pít a to je všechno. Teprve čekám na to, až budu odcházet, nebo tak něco... do toho zasvěcená... si myslím.“</i>
P3	<i>„Bylo mi vysvětleno, že důvod proč nejím, souvisí s tím onemocněním. Tak se to dá pochopit.“</i>
P4	<i>„Ano, byla tu zamnou nutriční sestra.“</i>
P5	<i>„Ne, ještě ne.“</i>

P1 ovládá stravování velmi dobře, protože je to jeho opakovaná hospitalizace. P4 navštívila nutriční sestra a dostatečně edukovala pacienta o způsobu a důvodu stravování. Respondenti P2 P3 a P5 zatím nebyly v průběhu léčby dostatečně edukovány. P2 a P3 byly zatím jen edukovány o dietě NPO, která je u každého pacienta hospitalizovaného pro akutní pankreatitidu.

Okruh č. 6: Vyprazdňování

Otázka č. 15: Jak často chodíte na stolicí? Máte při ní nějaké potíže?

Tabulka č. 13 Pravidelnost a potíže při stolici

Respondent	Odpověď
P1	<i>„To už je tak naučené, právě proto si myslím, že jsem se o sebe staral, tak že je v podstatě jednou denně ráno a ani nemá nějakou, jakože co se člověk všude dočte, tu slinivkovou masnou stolicí. Je normální, klasická. Po těch kreonech, samozřejmě... kreony, noenzymy a tady ty enzymatické látky je to trošku takové.. ta stolice je tvrdší.“</i>
P2	<i>„Díky tady té výživě 2x i 3x. Řídká, úplně vodnatá.“</i>
P3	<i>„Denně, ale teďka jsem od soboty ještě nebyl. Naposled jsem byl v sobotu zhruba hodinu předtím, než se mi stal ten záchvat. Stolice je jinak fyziologická.“</i>
P4	<i>„2x-3x denně. Potíže nejsou, pokud nemám vyloženě průjem.“</i>
P5	<i>„Pravidelně, každý den. Někdy ne každý, ale tak pětkrát za týden.“</i>

Stolice je v průběhu hospitalizace často řešené téma, neboť přípravky, které jsou pacientům podávány místo plnohodnotné stravy, vyvolávají průjmy a řídkou stolicí. P1 je opět dobře informován a udává pouze tvrdší stolicí přisuzovanou lékům, které používá při tomto onemocnění. U P2 se vyskytli výše uvedené potíže. Má NJS, do které je aplikován Nutrison a tím jsou vyvolány průjmovité stolice. P3 udává průběh hospitalizace bez stolice a P4 s P5 mají fyziologické vyprazdňování.

Okruh č. 7: Pohyb

Otázka č. 16: Máte pravidelnou fyzickou aktivitu? Jak často?

Tabulka č. 14 Fyzická aktivita

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Jo, fotbálek pondělní a teďka s dítětem velké túry s kočárkem.“</i>
P2	<i>„Ale tak jo, tak jak vám to mam říct... My bydlíme na baráku a tam máte aktivitu stále. Zahrádka a doma pouklízet. A já nevím, tak to považuji za fyzickou. A jinak chodíme pravidelně na procházky a to je tak zhruba všechno, cvičení na balonu a tak různé, podobné věci.“</i>
P3	<i>„Chůze, pouze chůze, teď v tom zimním období, jinak jsem občas jezdil na kole.“</i>
P4	<i>„Mám doma Total Gym, stroj na cvičení a občas si zacvičím, ale není to pravidelně.“</i>
P5	<i>„V rámci časových možností se věnuji vycházkám do přírody a jinak v neděli, když je čas plavu. Dále jsem bohužel pracovní vytížen.“</i>

Respondenti vykazují aspoň minimální fyzickou aktivitu. P1 aktivně sportuje společně s pravidelnými vycházkami. P2 má na svůj důchodový věk dostatek pohybu, který doplňuje pravidelným cvičením na balonu. P3 a P5 fyzickou aktivitu pouze pomocí chůze, kterou vyplňují příležitostnou zátěží v podobě kola, či plavání. Respondent P4 udává občasné cvičení na posilovacím stroji. Dle mého názoru je respondent P4 svévolně stavěn do pozice, ve které chce vždy odpovídat kladně.

Otázka č. 17: Při cestě do práce/obchodu, jezdíte autem, nebo chodíte pěšky?

Tabulka č. 15 Cestování

Respondent	Odpověď
P1	„Teďka s tím kočárkem pěšky občas, ale samozřejmě auto mám v práci manažerské, tak se stavím do obchodu po cestě z práce a upřímně se těším na tu vycházku s kočárkem.“
P2	„No to jezdíme právě autem, protože, to máme hrozně daleko a bydlíme až na konci městečka. Tak že je to dost rozlehlé, tak jezdíme autem a ještě navíc bydlíme na kopečku, tak kdybych měla tahat ty tašky, tak....“
P3	„No, většinou autem, ale občas chodíme.. snažíme se chodit na procházky. Takže někdy i na procházku, včetně obchodu.“
P4	„Do práce chodím pěšky.“
P5	„Jezdím autem“

Tato otázka byla vytvořena pro ověření a doplnění předešlé otázky. Respondenti P1, P2, P3 a P5 využívají vůz jako dopravní prostředek domů či do obchodu. P4 opět odpovídá kladně. Jako jediný nevyužívá žádný dopravní prostředek.

Okruh č. 8: Diagnostika

Otázka č. 18: Vysvětlili Vám dostatečně zákrok ERCP, pokud jste ho podstoupil?

Tabulka č. 16 Edukace ERCP

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Ne, nevysvětlili, ale tak člověk asi ví do čeho jde. Tam jde o to stříknutí do toho krku té znečitlivující látky...že? A vyžádal jsem si ještě injekci navíc, abych byl trochu omámený a abych se zbytečně nežadavoval.“</i>
P2	<i>„Čeká mě. Ještě úplně ne, jen tak z části ale asi zhruba vím, o co jde, ale myslím si, že kdybych to měla absolvovat, tak že mi to řeknou...“</i>
P3	Nepodstoupil
P4	<i>„Tak dostatečně. Vysvětlili, že je to hadička do krku a jde o vnitřní vyšetření žaludku...“</i>
P5	Nepodstoupil

Dva ze šesti respondentů vůbec neslyšeli o tomto vyšetření. P2 čekala na toto vyšetření, ale také zatím nebyla edukována. P1 a P4 už byly po vyšetření, nicméně se dá edukovat pacient lépe. P1 byl opět velice informovaný a potíže s informovaností neměl.

Otázka č. 19: Kdo Vám předložil informovaný souhlas, popřípadě přečetl/a jste si ho před zákrokem?

Tabulka č. 17 Informovaný souhlas

Respondent	Odpověď
P1	<i>„To nevím, to nevím... jo souhlas mi dávala sestra v Brně. Četl jsem ho ve zkratce, samozřejmě, jako každý.“</i>
P2	Nepodstoupila
P3	Nepodstoupil
P4	<i>„Zdravotní sestra. No úplně celý ne, ale kousek jsem četl. Abych pravdu řekl, tak se v něm moc nevyznám.“</i>
P5	Nepodstoupil

U tří respondentů vyšetření neproběhlo. Zbývající dva byly informováni sestrou, jak už to v praxi bývá. Souhlasy si prošli pouze zběžně. S tímto faktem se v praxi také setkáváme velmi často.

Otázka č. 20: Vaše zkušenosti s tímto zákrokem?

Tabulka č. 18 Zkušenosti s ECRP

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Víceméně byly kladnější, než jsem si myslel. Jo tak že v pohodě. Nevím, jak potom ty složitější zákroky, jako je výběr kamínků nebo nastřihávání toho vývodu.... nevím jak je tohle bolestivé, nebo o co víc to trvá. Vím jen, že je to trošku rizikovější. “</i>
P2	Zárok neproběhl
P3	Zárok neproběhl
P4	<i>„Nic příjemného to není. Dá se to snést. Nebolí to, ale je to nepříjemné. “</i>
P5	Zárok neproběhl

Opět musíme zmínit, že i u této otázky tři respondenti neodpovídali z důvodu neproběhlého zákroku. Zbývající dva respondenti udávají zárok snesitelný a byly s těmito negativními pocity předem seznámeny.

Otázka č. 21: Po vyžádání léku od bolesti Vám bylo něco aplikováno? Jak byste bolest ohodnotil na stupnici VAS?

Tabulka č. 19 Účinek léků po ERCP

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Ne, nechtěl jsem... Jako, že u toho ERCP? To byla ta injekce. A po zákroku nic.“</i>
P2	Zákrok neproběhl
P3	Zákrok neproběhl
P4	<i>„Ano, dávali mi od bolesti. Bolest byla před užitím 5-6 a po užití to skoro vymizelo. Tak 1-2.“</i>
P5	Zákrok neproběhl

Pouze u jednoho respondenta byla adekvátní odpověď pro tuto otázku a to u respondenta P4. Pouze tento respondent si zažádal o lék proti bolesti po zákroku ERCP. Dle jeho subjektivního pocitu došlo k velkému zmírnění bolesti ihned po podání analgetik. Zbývající respondent P1, který zákrok také podstoupil, prožil dobu po zákroku bez bolesti, a tudíž i bez potřebných analgetik

Okruh č. 9: Léčba

Otázka č. 22: Jak Vám lékaři toto onemocnění vysvětlili?

Tabulka č. 20 Edukace onemocnění

Respondent	Odpověď
P1	<i>„No vzhledem k tomu, že je teď přístup na internet a tak dále, tak člověk toho nastuduje hodně sám. Tu diagnózu zopakovaly tak, jak si jí člověk dočte a samozřejmě mi vysvětlili ty příčiny.. alkohol, stres, ucpaný vývod což byl můj případ, pravděpodobně a s tím spojuju hodně ten stres. Podle mě to dává nějakou logiku.“</i>
P2	<i>„Vůbec nic, já si nejsi vědoma, že by mi někdo něco vysvětloval, nebo mě káral, že jsem něco dělala špatně. Nevím, ne.“</i>
P3	<i>„Bylo mi řečeno, že můžou být 3 druhy, nebo 3 možnosti, proč se to stalo. První, že žlučník, nebo žlučové cesty. Což se vyloučilo. Druhá možnost je, že alkoholismus a třetí možnost, že je tzv. idiopatická, což je neznámá příčina a to může zapříčinit stres, nebo dietní chyba a u mě to může být právě tady ta kombinace stres, dietní chyba a.. nevím.“</i>
P4	<i>„Řekl mi, že je to zánět slinivky, ale hlavně to sváděl na konzumaci alkoholu. Je to ta příčina.“</i>
P5	<i>„Ano, ihned u přijetí na JIPce. Tam mi bylo osvětleno, že se jedná o pankreatitidu.“</i>

Většina pacientů není spokojena s edukací při tomto onemocnění a nebylo tomu jinak i při rozhovoru s respondenty. Z tohoto důvodu se snažím pozvednout úroveň edukace.

Respondent P1 byl opět dobře informován, ať už z předešlých hospitalizací, zkušenostech či internetu. Respondentka P2 udává, že nebyla vůbec informována o onemocnění, s kterým je léčena. P3 byl nadměru informován o zdravotním stavu a byly mu řečeny podrobné informace o diagnostikovaném onemocnění, na úrovni zdravotnického zařízení. Respondenti P4 a P5 stručně odpověděli, při níž byla odpověď respondenta neuspokojivá a to díky skutečnosti, že jeho příčina ke vzniku onemocnění, je přisuzována nadměrné konzumaci alkoholu, kterou konzumuje i přes opakovanou ataku tohoto onemocnění.

Otázka č. 23: Jaká byla uvedená doba hospitalizace?

Tabulka č. 21 Předpovídaná doba hospitalizace

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Ano, 7-10dnů s tím dodržením té diety. Jelikož to pár známých absolvovalo, tak už jsem s tím nějaké zkušenosti, předtím měl.“</i>
P2	<i>„Neřekli mi.“</i>
P3	<i>„To mi nebylo řečeno, ale poprvé, když jsem tu byl, tak jsem tady byl 10 dní, s tím že 6dní na kapačkách.“</i>
P4	<i>„Říkaly asi 14dní. Podle průběhu léčby.“</i>
P5	<i>„Neuváděly. Řekly pouze, že léčba bude na delší dobu.“</i>

Doba hospitalizace se u tohoto onemocnění velice liší. Průměrná doba je zhruba 14dní, ale může se lišit podle průběhu léčby. P1 a P4 byly informovány o průměrné době léčby a to do čtrnácti dnů. Respondentka P2 byla zcela neinformována o době hospitalizace. Dnes už víme, že její hospitalizace přesáhla třiceti denní dobu. Ačkoli respondent P3 nebyl informován o předpokládané době hospitalizace, z vlastní zkušenosti odhadoval dobu pod deset dnů.

Otázka č. 24: Máte problémy s dodržováním léčebného režimu?

Tabulka č. 22 Dodržování léčebného režimu

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Ne, to ne. V podstatě jsem úplně na stejném, akorát jsem musel vyřadit některé potraviny, jako jsou ořechy, malinko méně tuku, smažené neřeším... kachny a tady tohle. Je to o tom, že člověk to snese nějak jinak. Každému dělá problém, něco jiného. Mě třeba dělá... Dám si Plzeňské nealko pivo.. no problem.. a dáte si jinou značku, kde je trošku jiná hustota bublinek, oxidu a už vznikne problém, jako vyprovokování těch kamenů. “</i>
P2	<i>„Ne, nemám žádné problémy, protože se těším, až budu zase fit. To bych chtěla být co nejdřív, tak že budu zticha a v klidu a v pohodě čekat až se ten můj stav zlepší. “</i>
P3	<i>„Nemám. Ne. “</i>
P4	<i>„Ani ne. “</i>
P5	<i>„Nemam. Mám normálně pocit hladu. Cítím se normálně. “</i>

Běžně jsem se v praxi setkával s pacienty, kteří měly problémy s dodržováním léčebného režimu. Z tohoto důvodu jsem také podával tuto otázku. Nicméně jsem se u těchto respondentů s velkým výskytem problémů nedočkal, co se dodržování léčebného režimu týče. P1 problémy s léčebným režimem neměl, ze svých vlastních zkušeností zná průběh léčby a své tělo natolik, aby věděl, co si může dovolit. P2 se k této otázce staví velice pasivně, kdy se snaží bez větší námahy překonat celou dobu hospitalizace a je schopná podstoupit vše, co by urychlilo její léčbu. P3, P4 a P5 neměli téměř žádné potíže, pouze P5 pociťoval známky hladu.

Otázka č. 25: Užíváte pravidelně nějaké léky, popřípadě jaké a způsobuje lék nějaké potíže?

Tabulka č. 23 Užívání léčiv

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Kreon, enzymy. 25 000, Myslím si, že nežádoucí účinky tam jsou a to podle mě větší nadýmání a myslím si, že potom má člověk větší hlad a je trochu víc dehydrovaný.... co tak poznávám.“</i>
P2	<i>„Na tlak. Vasocardin 1/2 denně.“</i>
P3	<i>„Ano, na pálení žáhy. Od toho prvního případu. Užívám... Helicid. Má to sklídit žaludeční šťávy. Potíže nemám, naopak od té doby pálení žáhy nemám.“</i>
P4	<i>„Na stravování mám Kreon, to je pro chuť k jídlu a pak Lanzul. Potíže to nezpůsobuje, právě naopak. Ono to celkem pomáhá.“</i>
P5	<i>„Jen na dnu Milurit na odbourávání kyseliny močové a od bolesti Diclofenak.“</i>

Dva respondenti a to P2 a P5 prodělali první ataku. Díky tomuto faktu u nich nejsou žádné léky na podporu zažívání. Respondentka P2 má pouze léky na snížení tlaku a respondent P5 užívá léky proti dně a popřípadě i analgetika na potlačení nežádoucích komplikací tohoto onemocnění. Respondenti P1, P3 a P4 užívají léky na podporu trávení. P1 konkrétně kreon 25 000, po každém jídle. Lék se u pacienta projevuje negativními subjektivními pocity jako je hlad a sucho v ústech. P3 užívá Helicid, který má za úkol snižovat pálení žáhy. To u tohoto respondenta splňuje. Respondent P4 užívá kombinaci obou těchto léků. Udává kladné zkušenosti s těmito léčivy.

Okruh č. 10: Edukační materiál

Otázka č. 26: Co by měl podle Vás obsahovat edukační materiál pro toto onemocnění?

Tabulka č. 24 Obsah edukačního materiálu

Respondent	Odpověď
P1	<i>„To vysvětlení proč musí člověk používat ty kapačky, popřípadě do sondy, když je tam větší poškození slinivky, která se musí dát do hromady a musí to jít mimo. Pak samozřejmě ta životospráva.. vyřazení toho alkoholu, nebo vyřazení...po té akutní pankreatidě určitě aspoň na rok, protože na půl roku je málo a potom, už, asi pravděpodobně do konce života ten tvrdý alkohol, koncentrovaný. Po roce si člověk dá pivko, vínko a to je tak všechno.“</i>
P2	<i>„No, co nás čeká, jako jsou příznaky, aby se člověk hnedka podle toho mohl zařídit. Pokud se to stane, jak dlouhá je asi hospitalizace. Co následuje.. dieta co s tím souvisí, zkrátka vše, co se týká této nemoci. Když si to vezmu do ruky a otevřu, tak ať si to vše přečtu.“</i>
P3	<i>„No to je k zamyšlení. Momentálně mě nic nenapadá, ale určitě bych o tom popřemýšlel, určitě by to možná byla dobrá věc... ta brožura.“</i>
P4	<i>„Příčiny pro vyvarování. To je asi vše.“</i>
P5	<i>„Co bych ocenil? Hlavně poté léčbě, jak se má zachovat. Musím vyzvednout sestry a doktory na JIPce. Staraly se velmi dobře. Z té brožury, aby člověk něco o tom věděl a vyvaroval se tomu. Dal vědět lidem v rodině. Léčba, stravování. Absolutně nevím, kolega mi říká, že jsou v ovoci zrníčka, co vůbec nevím. Co dělat v půlroční dietě. Ted' mi bylo řečeno, že bych měl dodržovat opravdu přísnou dietu půl roku.“</i>

Jediný z respondentů, a to respondent P3, neurčil žádnou z možných informací, které by mohly být obsaženy v informačním materiálu. Ostatní respondenti se shodují na informacích, jako jsou příčinu vzniku diagnózy, průběh léčby, životospráva a s tím spojeno také stravování, které by předcházelo relapsu onemocnění. Respondent P1 popsal podrobnější informace, které by ocenil v informačním materiálu.

Otázka č. 27: Jakou formou byste materiál ocenily? Tištěnou, nebo elektronickou?

Tabulka č. 25 Forma edukačního materiálu

Respondent	Odpověď
P1	<i>„Taky jsem nad tím přemýšlel, jako upřednostnil bych samozřejmě elektronickou, ale jelikož tady to postihuje i starší...že..? Kteří ten přístup k internetu nemají, tak určitě obojí.“</i>
P2	<i>„To mi je srdečně jedno, ale tištěnou máte někde v knihovně, věčně po ruce a elektronickou.. já nevím, je mi to jednou teda. Mě osobně.“</i>
P3	<i>„Já si myslím, že by i v tištěné by byla dobrá pro lidi, kdy se to stává lidem ve větším věku, nebo vyšším věku. Nemusí mít sebou nějaké elektronické zařízení, tak že když si to můžou přečíst v brožuru, tak jim to může pomoci, to trošku pochopit, pokud se s tím setkají poprvé jako já. Já jsem teda byl vyvalený, nebo jak bych to řekl, z toho když se mi to stalo poprvé... a teď jsem z toho vyvalený také, protože jsem nepočítal, že se mi to může stát podruhé.“</i>
P4	<i>„Tak mohlo by být oboje, někdo si vezme brožuru a někdo si to najde na internetu. Obě podoby jsou jediné dobře.“</i>
P5	<i>„Já určitě tištěné.“</i>

Respondenti udávají ve většině případů formu obojího typu a to jak tištěnou, tak i elektronickou. Pouze jeden z respondentů (P5) by jednoznačně využil pouze tištěnou formu informačního materiálu. Z praktických důvodů se budu snažit využít především tištěnou formu informačního materiálu i přes skutečnost, že by radě respondentů elektronická verze nevadila.

DISKUZE

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na osoby hospitalizované na interním oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně přijaté s diagnózou akutní pankreatitida. Ačkoli je téma bakalářské práce směřováno do ošetrovatelské péče, na základě tohoto bodu byla praktická část společně se získanými informacemi využita i v informačním směru. V tomto směru byly také směřovány některé z provedených cílů. V průzkumném řešení byla využita kvalitativní výzkumná metoda - polostrukturovaný rozhovor. Každému z respondentů byly pokládány stejné otázky, ale jejich hloubka se dle odpovědi mohla prohlubovat. Pořadí otázek se mohlo lišit na základě návaznosti na odpovědi. V průzkumném řešení byla snaha o co největší pokryté spektrum odlišných lidí, ať už věkem, pohlavím, životosprávou, opakovanou hospitalizací pro toto onemocnění či příčině vzniku nemoci.

Celkem byly vytvořeny 4 cíle, které byly pomocí získaných poznatků částečně splněny. V prvním cíli jsme zjišťovaly průběh léčby akutní pankreatitidy. Léčba akutní pankreatitidy se liší dle příčiny vzniku nemoci. Tato skutečnost byla brána v potaz i při tvorbě a kladení otázek směřující ke splnění cíle č. 1. Tento byl nejvíce rozsáhlý a také díky tomuto faktu bylo ke splnění tohoto cíle využito celkem 16 otázek z celkového počtu 27 otázek. Ačkoli se příčina vzniku akutní pankreatitidy u těchto lidí lišila, nejčastější z příčin, které donutily respondenty vyhledat odbornou lékařskou pomoc, byly bolesti břicha. Tuto skutečnost udávalo 4 z 5 respondentů, i když musíme podotknout, že doba, která respondenty sužovala, se lišila od řádu hodin, až po udávané měsíce. Vliv dlouhodobého či genetického onemocnění nebyl u těchto respondentů zaznamenán. Přestože vliv dlouhodobého či genetického onemocnění nebyl u těchto respondentů patrný, jeden z respondentů (P4) sám udával zvýšenou konzumaci alkoholu, která měla také za následek opakovanou hospitalizaci na interním oddělení. Další bod se zaměřuje na životosprávu a to z důvodu rozlišení příčiny vzniku onemocnění, ta nebyla zcela průkazná. Většina respondentů neprokazovala zvýšené abnormality v rámci stravování. Pouze respondent P4 opět nedodržel dietní opatření, což se mohlo podílet na opakované atace. Neprokázané výsledky patřily opět k životosprávě, kdy nebyl prokázán snížený nebo zvýšený příjem tekutin jako jeden z faktorů, který by vedl ke vzniku akutní pankreatitidy. Dotaz věnující se k vyprazdňování byl směřován k vlivu diety a umělé výživy na stolicí během léčby. Přesto, že snížený příjem stravy má za následek snížený výdej, jak tomu bylo u respondenta P3, u respondenta P2 došlo pomocí NJS a náhradě

stravy k dlouhodobému průjmu. Okruh č. 7, který měl posoudit vliv pohybu na příčinu, či průběh léčby nebyl průkazný, jelikož zde nedošlo ke zvýšené, nebo snížené fyzické aktivitě ani u jednoho z respondentů. Základní diagnostickou a terapeutickou metodu zvanou ERCP podstoupily pouze 2 z 5 respondentů (P1, P4). Oba tyto respondenti označují své zkušenosti poměrně pozitivně se slovy „*Nebolí to, ale je to nepříjemné.*“ Možné bolesti, které toto onemocnění mohlo vyvolat, byly tlumeny pouze u jednoho respondenta (P4), u kterého analgetika zabrala nad očekávání dobře a na škále VAS došlo ke snížení bolesti z 5 až 6 bodů na 1 až 2. Stejně tak, jak se liší léčba a průběh onemocnění se liší i doba hospitalizace. V rámci hospitalizace na 6. etáži bývají respondenti zpravidla hospitalizováni 14 dní. Respondent P1, P2, P4 byly informovány o léčbě do čtrnácti dnů. Zbylí respondenti P2 a P5 nebyly informovány, ale respondenta P2 měla pobyt na interním oddělení dlouhý přes třicet dnů. Cíl č. 1 byl vyhodnocen jako úspěšný, kdy se ale průběh léčby liší na základě jeho příčin. Jedna z nejvíce užívaných metod u tohoto onemocnění bývá diagnosticky a terapeutický výkon ERCP. Doba léčby bývá v průměru dva týdny, ale opět se setkáváme s rozdílností doby hospitalizace podle různorodosti pacientů a stanovené příčiny. Při léčbě tohoto onemocnění se využívá enterální výživa zajištěná žilními vstupy s možností zavedení NJS, která však způsobuje průjmovité obtíže.

V dalším cíli č. 2 jsme zjišťovali spokojenost na interním oddělení. V rámci semistrukturovaného rozhovoru jsme pomocí vedlejších dotazů nezjistili nic, co by pomohlo k vyhodnocení cíle. K prokázání tohoto cíle byly vytvořeny dva dotazy. Spokojenost na interním oddělení se odvíjí už od samého začátku a ve většině případů, jsou pacienti nejvíce ovlivněni dobou, kterou musí vyčkat k příchodu lékaře. U většiny respondentů došlo ke spokojenosti, jelikož se doba pohybovala v rámci pár minut. Pouze u jednoho respondenta, byla čekací doba přesáhnutá přes hodinu. Jelikož je léčba provázána přísným dietním opatřením, jsou respondenti stavěni do pozice, kdy i přes nepříjemné subjektivní potíže nemůžou uspokojit své základní fyzické potřeby. Tato skutečnost ovlivnila spokojenost s hospitalizací a celkovým průběhem léčby. Jeden z respondentů (P5) měl negativní zkušenost s medikací, která nesplňovala rychlost a celkovou účelnost. Respondent P5 doslova vyzdvihoval úroveň JIP oddělení, které je součástí interní budovy. Celková spokojenost byla vyhodnocena jako pozitivní a to i přes zkušenosti respondenta P5, jelikož zbytek respondentů pociťovalo rychlou a kvalitní péči. Tento cíl byl porovnán s bakalářskou prací Ošetřovatelská péče o pacienty s pankreatitidou, autorky Veroniky Jabůrkové z roku 2012. Práce byla vytvořena na téma

Informovanost pacientů s akutní pankreatitidou. Zde studentka také zjišťovala spokojenost se zdravotní péčí v nemocnici. Výzkumnou metodu rozhovoru uskutečnila u dvou respondentů. I zde se viditelná nespokojenost neprojevila. V průběhu hospitalizace se pouze vyskytly nepříjemné pocity z častého přepichování žilní kanyly. Výsledky cílů bych označil za totožné.

Cíl č. 3 se zaměřuje na nedostatky edukace a nedostatky v informovanosti respondentů s tímto onemocněním. Tento cíl byl vytvořen z důvodu toho, že k úspěšné léčbě a snížení relapsu nemoci je potřeba mít správně informovaného pacienta. Otázka věnující se k vysvětlení onemocnění bych ohodnotil jako pozitivní. Respondent P1 byl velmi dobře edukován, ale tento fakt bych přisuzoval především k jeho opakovanému pobytu v nemocnici s tímto onemocněním, společně s jeho mladým věkem a snadnou dostupností k internetu. Respondenti P3 a P4 byly konkrétně informovány, včetně příčiny onemocnění. Bohužel respondentka P2 nebyla informována vůbec o svém zdravotním stavu a důvodu hospitalizace. Zásadním edukačním tématem u tohoto onemocnění se strava. P1 byl opět výborně informován o způsobu a důvodu stravování. Ostatní respondenti udávali základní informace k dietnímu opatření. Informace zajišťovala nutriční sestra, kterou zmiňoval i respondent P4. Jediný respondent P5 nebyl obeznámen s důvodem a způsobem stravování. Poslední dvě otázky rozebírají informovanost o výše zmiňovaném zákroku ERCP. Tento zákrok podstoupili pouze 2 z 5 respondentů, ačkoli respondentka P2 byla lehce informována o tomto zákroku z důvodu budoucí diagnostické a terapeutické léčby. Respondenti P1 a P4, kteří tento zákrok podstoupili, označili informovanost za průměrnou. Informovaný souhlas, který dostali k podpisu, si přečetli nedostatečně. Jako závěr tohoto cílu byla uvedena průměrná informovanost a edukace v oblastech zdravotních zařízení. Bohužel jsou i zde nedostatky v rámci edukace a informovanosti, ať už u stravování, zákroků, či onemocnění samotné. O této problematice se také zmiňuje autorka Nguyenová (rok 2016) ve své práci na téma Ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou, ve které směřuje svůj cíl na pacienty s onemocněním pankreatu a jejich informovaností v rámci dietního pankreatického režimu. V její práci si lépe vedly ženy, které již před prodělanou léčbou vedly svůj dietní režim zdravě. Naopak muži si vedly daleko hůře, neboť udává opětovné porušení životosprávy, která vedla k opakované hospitalizaci respondentů. Tato bakalářská práce byla vyhodnocena na průměrně pozitivní informovanost s místy až kritickým postojem respondenta k své životosprávě (byl pro svou špatnou životosprávu hospitalizovaný již 14krát).

Poslední z cílů, který se zaměřuje na zájem o informační materiál u respondentů, byl zjišťován dvěma otázkami v dotazníku. Respondenti se shodují na obsahu informačního materiálu, který by měl obsahovat příčinu, příznaky, průběh léčby a především životosprávu, která by předcházela relapsu onemocnění. Jediný z respondentů (P3) pouze kladně ohodnotil možnost využití edukační brožury a jeho odpověď (** *“Momentálně mě nic nenapadá“*) nebyla plným přínosem pro tuto otázku. Poslední otázka směřovala na závěrečnou formu edukačního materiálu. Převážná většina respondentů se shodla na tištěné formě. Respondenti P1 a P4 by uvítali formu jak elektronickou, tak i tištěnou. Cíl byl úspěšný. Respondenti se kladně stavěli k obsahu edukačního materiálu a přispěli k němu vlastními zkušenostmi.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Průběh a léčba tohoto onemocnění je těžko specifikována z důvodu specifčnosti dle příčiny vzniku onemocnění. Doporučení pro praxi je tedy velmi obsáhlé a nabízí nám řadu možností. Další výzkum by tedy bylo možné konkretizovat např. na specifické činnosti všeobecné sestry při péči o pacienta s akutní pankreatitidou. Konkrétně by se mohlo jednat o enterální výživu, její vlastnosti a metody podávání, respektive přístupu a metodám podávání enterální výživy přes nasogastrickou a nasojejunální sondu.

Šířka spokojenosti s interním oddělení ve Zlínské nemocnici, je dle respondentů na dostačující úrovni. Příjemnost a dovolíme si říci i kvalita ošetrovatelské péče se jistě zvýší i po plánované rekonstrukci Interní kliniky.

Asi nejdůležitějším bodem tohoto vyhodnocení byla edukace, která je důležitou součástí každé hospitalizace pacienta. Konkrétně u tohoto onemocnění tvoří informovanost nemocných největší podíl léčby a prognózu onemocnění či jeho navrácení. Výstupem této práce je informační leták na téma Akutní pankreatitida. Leták bude situován na interním oddělení 6. etáž v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. ve Zlíně.

ZÁVĚR

Akutní pankreatitida je závažné onemocnění a i nadále tomuto onemocnění musíme věnovat pozornost. Jelikož se jedná o život ohrožující onemocnění, není na místě jej zanedbat. Bohužel neexistuje jednoznačná prevence a z tohoto důvodu musíme využít alespoň minimální dostupné ovlivnitelné poznatky, které snižují vznik akutní pankreatitidy. Pacienti, kteří jsou propuštěni z nemocnice, musí dbát na životosprávu a snižovat tak riziko znovuvzplanutí nemoci.

Cílem bakalářské práce bylo zmapování průběhu léčby a ošetrovatelské péče, kterou každý z pacientů hospitalizovaných pro toto onemocnění vyžaduje. Z poznatků, které byly zjištěny na základě použité kvalitativní metody, byl vytvořen informační materiál, který by mohl být nápomocen ke snížení počtu znovuvzplanutí u pacientů s tímto onemocněním.

Realizace rozhovorů a čas, který tato bakalářská práce zabrala, byl velikým přínosem. Přínos se netýká pouze poznatků, které nadále budou využity ve ošetrovatelské praxi, ale také si člověk uvědomil, jak moc lze své zdraví ovlivnit. Pomocí této práce se snažím poukázat na problematiku tohoto onemocnění, jelikož se setkáváme, s čím dal více mladšími pacienty, kteří jsou hospitalizováni pro toto onemocnění. Bohužel nelze pokrok zastavit a tím i úzce souvisí životospráva nás všech, ať už stresová, dietní či alkoholová. Doufám, že i tato práce poslouží k lepší péči a edukaci pacientů s akutní pankreatitidou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Acute Pancreatitis Causes and Symptoms, *Pancreasfoundation* [online]. Bethesda [cit.2017-04-08]. Dostupné z: <https://pancreasfoundation.org/patient-information/acute-pancreatitis/acute-pancreatitis-diagnosis-and-treatment/>

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3416-X.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4.

JABOR, Antonín, 2008. *Vnitřní prostředí*. Praha. ISBN 978-802-4712-215.

JABŮRKOVÁ, Veronika, 2012. *Ošetrovatelská péče o pacienty s pankreatitidou*. České Budějovice.

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

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

KOHOUT, Pavel a kolektiv, c2007. *Onemocnění slinivky břišní - dieta pankreatická*. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-903820-3-9.

KOSTKA, Rodomil, 2006. *Akutní pankreatitida: komplexní přístup*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2427-X.

NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4723-198.

LUKÁŠ, Karel, 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1283-0.

MARIEB, Elaine Nicpon a Jon MALLATT, 2005. *Anatomie lidského těla*. Brno: CP Books. ISBN 80-251-0066-9.

NGUYENOVÁ, Thanh Huong, 2016. *Ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou* [online]. Plzeň [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <https://portal.zcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>

RACEK, Jaroslav, c1999. *Klinická biochemie*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2023-1.

RADOMÍR, Čihák, 2013. *Anatomie 2. 2*. Praha: Grada. ISBN 9788024747880.

ROKYTA, Richard, 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4748-672.

SEDLÁČEK, Petr, 2006. *Jak se vyznat v laboratorních hodnotách: jak správně rozumět laboratorním výsledkům? : jaké jsou normální hodnoty? : co znamenají odchylky?*. Praha: Eminent. ISBN 80-728-1256-4.

SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG, 2001. *Atlas patofyziologie člověka*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-716-9968-3.

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

ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA, 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. 2*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4743-561.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva, 2005. *Základy pedagogiky*. Praha: Vydavatelství VŠCHT. ISBN 80-708-0573-0.

TRNA, Jan a Zdeněk KALA, 2016. *Klinická pankreatologie*. Praha: Mladá fronta. Aesku-lap. ISBN 978-80-204-3902-4.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a.	Arterie
CT	Počítačová tomografie
EKG	Elektrokardiogram
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiografie
GIT	Gastrointestinální trakt
inf.	Inferior
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s.
L.	Lumbales
lat.	Latinsky
NJS	Nazojejunální sonda
rr.	Rami
RTG	Rentgen
SONO	Ultrasonografie
sup.	Superior
v.	Véna

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Anatomie slinivky břišní	11
Obrázek č. 2 Vaky ALL-in-one k CŽK užití	21

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Charakteristika respondentů	Chyba! Záložka není definována.
Tabulka č. 2 Projevy onemocnění	35
Tabulka č. 3 Transport.....	36
Tabulka č. 4 Komorbidity.....	37
Tabulka č. 5 Doba přijetí	38
Tabulka č. 6 Počet hospitalizací u respondentů.....	39
Tabulka č. 7 Dřívejší zkušenosti s léčebným režimem	40
Tabulka č. 8 Léčebné omezení	41
Tabulka č. 9 Životospráva	42
Tabulka č. 10 Způsob a pravidelnost stravování	43
Tabulka č. 11 Příjem tekutin za 24h.....	44
Tabulka č. 12 Edukace stravy.....	45
Tabulka č. 13 Pravidelnost a potíže při stolici	46
Tabulka č. 14 Fyzická aktivita.....	47
Tabulka č. 15 Cestování	48
Tabulka č. 16 Edukace ERCP	49
Tabulka č. 17 Informovaný souhlas	50
Tabulka č. 18 Zkušenosti s ECRP	51
Tabulka č. 19 Účinek léků po ERCP.....	52
Tabulka č. 20 Edukace onemocnění	53
Tabulka č. 21 Předpovídaná doba hospitalizace.....	54
Tabulka č. 22 Dodržování léčebného režimu	55
Tabulka č. 23 Užívání léčiv	56
Tabulka č. 24 Obsah edukačního materiálu	57
Tabulka č. 25 Forma edukačního materiálu	58

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽENÍ ŠETŘENÍ

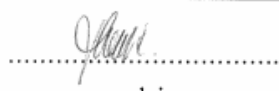
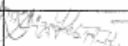
PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ŠETŘENÍ



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Dominik Soukup	
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koutecký	
	 podpis	
Skupina respondentů	Pacienti hospitalizováni pro akutní pankreatitidu	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
KNTB IK 6. étáž	Souhlasím Nesouhlasím	


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 11-04-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd





 razítko a podpis zástupce zařízení

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ USKUTEČNĚNÍ ROZHOVORU

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění rozhovoru na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Dominik Soukup	
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koutecký	
	 podpis	
Skupina respondentů	Pacienti hospitalizovaní pro akutní pankreatitidu	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
KNTB IK 6. etáž	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 11-04-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajanská nemocnice I. z.ú. s. r. o.
Havlíčková náplav 800
782 75 Zlín

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR

Rozhovor

Okruh č. 1 Demografické údaje

- 1) Jaká je vaše výška a váha?**
- 2) Jaký je Váš věk?**
- 3) Kolikátý je to den hospitalizace?**

Okruh č. 2: První projevy onemocnění

- 4) Jaké byly první projevy, které Vás přivedly k lékaři a jak dlouho trvaly, než jste musel vyhledat lékařskou pomoc?**
- 5) Vyšetřoval Vás praktický lékař, nebo jste byl nucen volat rychlou záchranou pomoc?**

Okruh č. 3: Komorbidity

- 6) Trpíte nějakým jiným dlouhodobým onemocněním, popřípadě od kdy a vyskytují se zde nějaké komplikace? Máte v rodině genetické onemocnění?**

Okruh č. 4: Průběh hospitalizace

- 7) Jak dlouho jste čekal na rychlou záchranou pomoc a následně na urgentním příjmu, než o vás začali pečovat?**
- 8) Jednalo se o první ataku, nebo šlo o opakovanou hospitalizaci?**
- 9) Lišil se postup hospitalizace, projevy či léčba oproti předešlým zkušenostem?**
- 10) Co Vás po dobu hospitalizace nejvíce omezovalo, nebo obtěžovalo?**

Okruh č. 5: Výživa a životospráva

- 11) Jak často pijete alkohol a kouříte cigarety?**
- 12) Jaký je váš způsob stravy? Včetně přípravy a intervalu stravování?**
- 13) Kolik vypijete tekutin za den?**
- 14) Byl Vám vysvětlen důvod a způsob nynějšího stravování?**

Okruh č. 6: Vyprazdňování

- 15) Jak často chodíte na stolicí? Máte při ní nějaké potíže?**

Okruh č. 7: Pohyb

- 16) Máte pravidelnou fyzickou aktivitu? Jak často?**
- 17) Při cestě do práce/obchodu, jezdíte autem, nebo chodíte pěšky?**

Okruh č. 8: Diagnostika

- 18) Vysvětlili Vám dostatečně zákrok ERCP, pokud jste ho podstoupil?**
- 19) Kdo Vám předložil informovaný souhlas, popřípadě přečetl/a jste si ho před zákrokem?**
- 20) Vaše zkušenosti s tímto zákrokem?**
- 21) Po vyžádání léku od bolesti Vám bylo něco aplikováno? Jak byste bolest ohodnotil na stupnici VAS?**

Okruh č. 9 léčba

- 22) Jak Vám lékaři toto onemocnění vysvětlili?**
- 23) Jaká byla uvedená doba hospitalizace?**
- 24) Máte problémy s dodržováním léčebného režimu?**
- 25) Užíváte pravidelně nějaké léky, popřípadě jaké a způsobuje lék nějaké potíže?**

Okruh č. 10: Edukační materiál

- 26) Co by měl podle Vás obsahovat edukační materiál pro toto onemocnění?**
- 27) Jakou formou byste materiál ocenily? Tištěnou, nebo elektronickou?**

PŘÍLOHA P IV ROZHOVORY S RESPONDENTY

Rozhovor s respondentem - P1

S: Chtěl jsem se vás zeptat, jestli souhlasíte s tím, že bude rozhovor nahráván a bude čistě v anonymitě využit pro bakalářskou práci?

P1: Ano souhlasím.

S: Děkuji. Jaký je váš věk?

P1: 38let.

S: Pohlaví je mužské. Kolik měříte a vážíte?

P1: 172cm a 65kg.

S: Jste tu hospitalizován pro akutní pankreatitidu, tak jsem se chtěl zeptat jaké byly první projevy, které vás donutily vyhledat lékařskou pomoc.

P1: První projevy když se tak zamyslím zpětně, byly cca 2-3roky na zpět, kdy si myslím, že celkem dodržuji životosprávu, ale tak jednou za rok si dám třeba steak, hranolky, nebo potažmo langoš a po těchto jídlech mi bylo tak 3 až 4dny špatně, nebo to člověk cítil a pak to odeznělo. S tím, že ta bolest vystřeluje... ted' už vím, že tenkrát.. ty 3 až 4roky nazpět mě bolest vystřelovala do zad a trvalo to 3, 4 dny a pak to odeznělo. Ted' už vím, že to byla první ataka, té akutní pankreatitidy.

S: Kdo vás poslal do té odborné ambulance, jestli praktický lékař, nebo už to bylo čistě, že jste přijel přímo do nemocnice?

P1: Ne, přijel jsem čistě k obvodnímu lékaři, který našťěstí tuto problematiku zná a i když jiný lékař by mohl diagnostikovat něco jiného, jsme udělaly test na krev a z toho vyšly zvýšené lipázy a CRPčko. Poslal mě do nemocnice na internu.

S: Trochu odběhneme od akutní pankreatitidy. Trpíte nějakým dlouhodobým onemocněním?

P1: Netrpím, nemyslím si.. možná trochu ta chronická rýma 10-12let.

S: Někaké genetické onemocnění?

P1: Ne.

S: Vrátime se teda k té akutní pankreatitidě s tím, že se budeme bavit čistě o průběhu hospitalizace, co právě probíhá. Jak dlouho jste čekal na příjmu, než o vás začaly pečovat?

P1: Příjem byl rychlý do 15ti minut.

S: Vzpomínal jste, že to nebyla první ataka, ale několikátá hospitalizace. Po kolikáté, to už je?

P1: Po čtvrté. S tím, že ta příčina vždycky byla jakoby na 80% zablokovaný kamínek, kdy i já sám jsem cítil, že když jsem si dal toho langoše v létě, tak evidentně už jsem cítil, že ty kamínky vypadly a začaly tlačit. Nějak jsem to na sobě poznal a to samé se mi přihodilo i nyní, kdy před 14dny, nebo třemi týdny jsem si při lyžování dal Birela, kde bylo zřejmě víc bublinek... To samé. Pálivá bolest na žlučníku a ráno dobré s tím, že jsem to cítil následujících 14dní, nějaký ten tlak. No a pak to vlastně propuklo 2x silněji a vždy se to po 14ti dnech vrátilo, proto jsem tu teďka nyní a přičítám to možná, že jsem to trošku přehnal s jídlem, že jsem lidově ty sousta hltal a bylo to vždycky po obědě. Bylo to jídlo s vysokým obsahem škrobu, což si myslím, že taky není dobře, tak že si myslím, že to vyprovokovalo ten kamínek a v obou případech se ukázalo i teďka na magnetu, že se prostě vyplavil po té druhé atace. Ted'ka je mi vlastně dobře, asi nejlíp z těch čtyřech hospitalizací.

S: Lišil se vzhledem k ostatním hospitalizacím nějak ten postup, nebo celkově ta léčba v rámci těch zkušeností, které máte.

P1: Jaký postup byl jo?

S: Ano, jestli zde byly třeba nějaké.. v rámci té hospitalizace např. negativní zkušenosti oproti jiným. Třeba čekací doba na příjmu.

P1: Ne, bylo to podobné, vše v pořádku.

S: Aj třeba v porovnání s minulou hospitalizací, kdy jste měl hadičku (sondu v nose).

P1: Bylo to bez sondy, akorát ta první ataka, která byla se zánětem. Ty první dvě a teďka už ne, teď je to jen zvýšená amyláza a lipáza, bez zánětu.

S: Když jste byl přijat na internu 6. Jak dlouho trvalo, než k vám dorazil na standardním oddělení lékař?

P1: Do 20ti minut.

S: A po celou dobu hospitalizace, co vás tady nejvíc omezovalo, nebo obtěžovalo?

P1: V podstatě se dá říct, že nic. Když to trochu zlehčím, bylo léto a tady se dělaly procházky. Problém byl v tom, že se to vlastně prodloužilo, ten pobyt v létě. Tak jediné ta doba. Jinak co se týče nějakého špatného ošetření, nebo tak. To vůbec. To bylo v pohodě.

S: Dnešní den je kolikátý pro vás? Tady co jste hospitalizován?

P1: Ted'ka pátý.

S: Pokud jde o výživu. Kolik vypijete alkoholu, nebo jak často?

P1: Žádný, ale předtím třeba, než se mi to stalo. Ted' jsem právě nad tím přemýšlel, než spolu začneme mluvit a myslím si, že mi to ta slinivka trochu vrátila za můj bohémský život.

Od 18ti do 38, kdy jsem samozřejmě jako vyučený kuchař/číšník neměl k večírku daleko a hlavně to byly večírky víkendové, tak že ten alkohol byl třeba ty 2-3dny po sobě, pak sice nic 2-3dny, ale myslím si, že je to horší, jak v malých dávkách. Tak že tady tohle k tomu přičítám hodně, to oslabení slinivky.

S: Pokud jde o dietní režim, úpravu jídla máte dušenou, smaženou...?

P1: Ve směs životosprávu jsem dodržoval vždycky, možná proto přišla až tak pozdě, nebo pozdě.... Myslím si, že to bylo nastartované už před těmi třemi, čtyřmi roky, ale jde o to, že to smažené jsem jedl jednou měsíčně a jednou měsíčně, třeba kačenu.

S: Jíte pravidelně, nebo popřípadě kolikrát denně?

P1: Pravidelně. Na tom si zakládám, tak že vydatná snídaně, svačina, oběd, svačina- ovoce, večere... lehčí, protože mám sedavou práci... manažerskou už 10 let, taky si myslím, že to má jednoznačný důvod, tohoto onemocnění. Klidně dám rozhovor do novin...

S: Myslíte jako stresový faktor?

P1: Ano. Velké procento. Nebojím se říct 20, 30, 40%.

S: Kolik vypijete tekutin za den?

P1: Počítejme, samozřejmě obdobím je to v létě 3-4 a zima 2-3l.

S: Byl vám vysvětlen způsob, nebo důvod nynějšího stravování? Momentálně máte dietu SP a jakoby působí na postupné zatěžování žaludku.

P1: Ano bylo a člověk se to samozřejmě naučí i sám, je to strašně těžké, protože tam je hlad. Se cítí aj dobře, že...? Je těžké tam ty menší dávky třeba i 7x denně dodržovat, ale snažím se.

S: Kouříte?

P1: Ne

S: Pokud jde o vyprazdňování, jak často máte stolici? Máte pravidelnou?

P1: To už je tak naučené, právě proto si myslím, že jsem se o sebe staral, tak že je v podstatě jednou denně ráno a ani nemá nějakou, jakože co se člověk všude dočte, tu slinivkovou masnou stolici. Je normální, klasická. Po těch kreonech, samozřejmě... kreony, noenzymy a tady ty enzymatické látky je to trošku takové... ta stolice je tvrdší.

S: Pokud jde o močení, tak to bez potíží?

P1: Ano.

S: Co se týče pohybu, tak máte nějakou pravidelnou, fyzickou aktivitu?

P1: Jo, fotbalék pondělní a ted'ka s dítětem velké túry s kočárkem.

S: A při cestě do práce a do ochodu jezdíte autem, nebo pěšky?

P1: Ted'ka s tím kočárkem pěšky občas, ale samozřejmě auto mám v práci manažerské, tak se stavím do obchodu po cestě z práce a upřímně se těším na tu vycházku s kočárkem.

S: To je dobře. Měl jste po dobu hospitalizace nějaké zvláštní požadavky, popřípadě jestli vám vyhověli?

P1: Ani ne.

S: A nějaké pozitivní, nebo negativní zkušenosti, které byste mi chtěl sdělit?

P1: Negativní zkušenost je ta, že zvlášť tady nemocnice ve Zlíně zasloužila novou internu, nebo nové přístroje, které tady prostě nejsou a zrovna tady na to gastro vyšetření byly fakt potřeba, kdy se musí jezdit do Brna, potažmo Praha a Ostrava a je to velká škoda, proto si myslím, že by tady ti doktoři se mohly naučit, s tím, že to nedělají a tak si myslím, že to ani neumí... některé zákroky viz. u té slinivky což je vždycky problematictější a tady v tomto je to negativní a to pozitivní je ten přístup, že ta snaha je fakt velká na to přít, na tu příčinu správnou... Co to je? Veškeré vyšetření a to je tak vše.

S: Víte co je to vyšetření ERCP?

P1: ERCP si myslím, že je endosono vyšetření. Ano, absolvoval jsem ho v Brně, myslím si, že se zavede hadice a na slinivku se vsříkne nějaký roztok a s tím se udělá nějaký sken.

S: No, je to na principu kontrastní látky, RTG, vidí kam až to proteklo a kde je ta blokáda.

P1: Jo, měl jsem z toho jakousi obavu, ale to už je nějaké to zakašláání a je to hladký, v podstatě bezbolestný.

S: Tak že vám ho vysvětlili, než jste na ten zákrok přistoupil?

P1: Ne, nevysvětlili, ale tak člověk asi ví do čeho jde. Tam jde o to stříknutí do toho krku té znečitlivující látky...že? A vyžádal jsem si ještě injekci navíc, abych byl trochu omámený a abych se zbytečně nezadavoval.

S: A kdo vás o tom poučil o ERCP, o diagnostice?

P1: Diagnosticky sám a malinko v tom Brně.

S: A informovaný souhlas vám dal lékař, sestra, nebo nevíte?

P1: To nevím, to nevím... jo souhlas mi dávala sestra v Brně.

S: Četl jste si ho předtím, než jste ho podepsal?

P1: Ve zkratce, samozřejmě, jako každý.

S: Někaké jiné zkušenosti s tímto zákrokem?

P1: *Víceméně byly kladnější, než jsem si myslel. Jo tak že v pohodě. Nevím, jak potom ty složitější zákroky, jako je výběr kamínků nebo nastříhávání toho vývodu.... nevím jak je tohle bolestivé, nebo co víc to trvá. Vím jen, že je to trošku rizikovější.*

S: A ohledně ERCP, tak vlastně po tom výkonu, se měřivají pravidelně fyziologické funkce.

P1: *Měřili vám je pravidelně? Ne. Poseděl jsem chvilku, odpočinul a jel jsem normálně domů.*

S: Po vyžádání léku, pokud jste je tedy vyžádal, dostal jste něco?

P1: *Ne, nechtěl jsem... Jako, že u toho ERCP? To byla ta injekce.*

S: Jo a přímo po zákroku? Nic?

P1: *Ne.*

S: U toho ERCP, když by to bylo na stupnici 0 až 10 s tím, že 0 je nejmíň a 10 je nejvíc. Kolik byste dal?

P1: *Já si myslím, že pokud bych se nezdavoval tak 2 a s tím zadáváním 5, samozřejmě.... To znepríjemní a potom z toho bolí 2-3 dny ten krk, po podráždění.*

S: Postoupíme na další bod, což je na léčbu. Jak vám lékaři toto onemocnění vysvětlili? Zhruba? Jestli si na to trochu pamatujete?

P1: *No vzhledem k tomu, že je teď přístup na internet a tak dále, tak člověk toho nastuduje hodně sám. Tu diagnózu zopakovaly tak, jak si jí člověk dočte a samozřejmě mi vysvětlili ty příčiny... alkohol, stres, ucpaný vývod což byl můj případ, pravděpodobně a s tím spojuju hodně ten stres. Podle mě to dává nějakou logiku.*

S: Uváděly zhruba dobu hospitalizace, která by zde mohla být?

P1: *Ano, 7-10dnů s tím dodržáním té diety. Jelikož to pár známých absolvovalo, tak už jsem s tím nějaké zkušenosti, předtím měl.*

S: Máte problémy s dodržováním léčebného režimu? Což už jste v podstatě vzpomínal.

P1: *Ne, to ne. V podstatě jsem úplně na stejném, akorát jsem musel vyřadit některé potraviny, jako jsou ořechy, malinko méně tuku, smažené neřeším.... kachny a tady tohle. Je to o tom, že člověk to snese nějak jinak. Každému dělá problém, něco jiného. Mě třeba dělá.. dám si Plzeňské nealko pivo.. no problem.. a dáte si jinou značku, kde je trošku jiná hustota bublinek, oxidu a už vznikne problém, jako vyprovokování těch kamenů.*

S: Tohle není vaše první ataka, tak jsem se chtěl zeptat, jestli užíváte pravidelně nějaké léky.

P1: *Kreon, enzymy.*

S: 25 000?

P1: Ano.

S: Víte v podstatě vše o tomto léku? Jste si našel?

P1: Ano. Enzymy z vepře, které prostě doplňují, nebo se smíchají s tou potravou a vlastně pomůžou té slinivce trávit hlavně ty tuky a cukry.

S: A jak často to berete?

P1: Po každém jídle a v podstatě je to 3x- 4x denně. Podle toho, jestli si dám větší svačinu, tak si dám kreon, samozřejmě po ovoci a tak ne.

S: A nějaké omezení, nebo nežádoucí účinky těch léků?

P1: Myslím si, že tam jsou a to podle mě větší nadýmání a myslím si, že potom má člověk větší hlad a je trošku víc dehydrovaný.... co tak poznávám.

S: Díky té bakalářce, chci mít nějakou výslednou práci, krom samotné bakalářky... udělat brožuru. Co byste chtěl, aby zde bylo zahrnuté? V momentě kdy někdo nastoupí s tou akutní pankreatitidou, tak co by měl prvotně vědět a sám si přečíst, aniž by to hledal třeba na internetu.

P1: Myslíte nějaké příčiny, nebo potom nějaký vývoj nemoci?

S: No, celkově ten vývoj a plácnu...

P1: Jak tomu předcházet?

S: No lidi s tím přijdou, tak že asi to předcházení moc ne, ale spíš ty příčiny, nebo hodně lidí se diví tomu nutriflexu, který kape do žíly a nebo nutrisonu, který jde přes tu sondu a celkově ty pankreatické diety. Mám v plánu tohle uvést a co by jste rád dal jiného?

P1: To vysvětlení proč musí člověk používat ty kapačky, popřípadě do sondy, když je tam větší poškození slinivky, která se musí dát do hromady a musí to jít mimo. Pak samozřejmě ta životospráva... vyřazení toho alkoholu, nebo vyřazení... po té akutní pankreatidě určitě aspoň na rok, protože na půl roku je málo a potom, už, asi pravděpodobně do konce života ten tvrdý alkohol, koncentrovaný. Po roce si člověk dá pívko, vínko a to je tak všechno.

S: Tu brožuru byste chtěl dostat v elektronické, nebo tištěné podobě?

P1: Taky jsem nad tím přemýšlel, jako upřednostnil bych samozřejmě elektronickou, ale jelikož tady to postihuje i starší...že..? Kteří ten přístup k internetu nemají, tak určitě obojí.

S: Ode mne to je vše a já vám mockrát děkuji

Rozhovor s respondentem- P2

S: Souhlasíte s tím, že bude nahrávka použita pro bakalářské účely?

P2: Souhlasím.

S: Vy jste tu přijata s akutní pankreatitidou, tak jsem se chtěl zeptat. Jaký je váš věk?

P2: 68.

S: Vaše pohlaví je ženské. Kolik vážíte a měříte?

P2: 164cm a 80kg asi.

S: Vaše první projevy tohoto onemocnění byly jaké?

P2: Já jsem si to vlastně ani neuvědomovala, protože jsem měla třeba časté pálení žáhy, tlaky v žaludku po tučném jídle (řízek), ale s tímto onemocněním jsem si to vůbec nespojovala. Já jsem ani nevěděla, že existuje taková nemoc, že něco takového je a počítala jsem s tím, že buď to teda bude žlučník, který těžko mojí stravu bere a nebo něco s tím žaludkem. Připravovala jsem se minulý týden k lékaři, jenomže jsem se k tomu nedopracovala, protože mě v neděly odvezla rychlá se záchvatem.

S: Tak že, jak dlouho tyto projevy trvaly? V počtu dní (od doby projevu po lékařskou pomoc)?

P2: 2 měsíce

S: Tak že vás sem neposlal praktický lékař?

P2: Rychlá mě odvezla, přímo.

S: Trochu odběhnu od tohoto onemocnění. Chtěl jsem se zeptat, jestli trpíte jiným dlouhodobým onemocněním.

P2: Ne.

S: A nějaké genetické onemocnění v rodině?

P2: Ne. (přerušeni CT)

S: Navážu tam, kde jsme skončily. Další byl průběh hospitalizace. Jak dlouho jste čekala na rychlo záchrannou službu?

P2: 10minut.

S: Vlastně oni vás přivezli na příjem a za jak dlouho o vás začali pečovat?

P2: Okamžitě, protože tady vůbec nikdo nebyl a byla jsem jediná pacientka, tak jsem tedy byla hned na řadě. Hned se o mě začaly starat, dovezly mě na JIPku a tam teda si nemůžu vůbec stěžovat, tam opravdu bylo to ošetření prvořadé.

S: Jednalo se o první ataku? Jako by o první onemocnění tohoto typu?

P2: Ano.

S: Po celou dobu hospitalizace vás něco omezovalo, nebo obtěžovalo? Třeba dieta, nebo sonda, kterou máte momentálně zavedenou.

P2: To ne. S tím problémy nemám, jenom s tím, že jsem právě zesláblá díky tomu. To je problém, že se nemůžu tak pohybovat, ale všechny ty věci, které teda tady mám na to používání, léčení, tak to mě nedělá žádné problémy.

S: A kolikátý den jste tu hospitalizována? Včetně JIPky?

P2: 9

S: Přesunem se na výživu. Jak často pijete alkohol?

P2: Nepiju vůbec.

S: A v podstatě celý život, nebo...?

P2: Zhruba tak do těch 40 let, různé takové ty akce, že bych pila samostatně, to vůbec ne. A při těch, nějakých oslavách, různých návštěvách, tak, tak jako střídmě, samozřejmě a od těch 40 let nepiju vůbec. Protože mi to dělalo nějaké problémy, necítila jsem se dobře po tom.

S: Kouříte?

P2: Ne.

S: Pokud jde o přípravu jídla, tak preferujete smažené, pečené, dušené?

P2: Dušené, ted' dušené, protože jsme na tom s manželem oba stejně, tak že více méně dělám takové jídla, které jsou vhodné, pro ty naše... vzhledem k našemu věku, pro ten náš věk. Tak bych to řekla.

S: Tak že se snažíte jíst celkem zdravě?

P2: Snažím.

S: Pravidelnost stravy je zhruba u vás jaká?

P2: No, normálně... snídaně, svačina nějaká malá, protože manžel je cukrář, tak jsme se tak naučily na to, že nějaké ovoce, nebo tak něco... oběd, pak zas nějaká malinkatá svačinka a večeře... klasika.

S: Kolik tak vypijete tekutin za den?

P2: Záleží na počasí, tak normálně je to tak litr a půl, bych řekla a v létě asi daleko víc. Raději vodu.

S: Byl vám vysvětlen důvod a způsob stravování během hospitalizace?

P2: Ted'ka ještě ne.

S: V podstatě vám řekly, že nesmíte nic jíst.

P2: Nesmím nic jíst, nic pít a to je všechno. Teprve čekám na to, až budu odcházet, nebo tak něco... do toho zasvěcená... si myslím.

S: Dál, co se týče vyprazdňování, tak jak často chodíte na stolicí.

P2: Díky tady té výživě 2x i 3x.

S: Řídká, nebo...?

P2: Řídká, úplně vodnatá.

S: Nějaké další problémy s močí, nebo stolicí?

P2: Nemám.

S: Pokud jde o pohyb, máte nějakou pravidelnou fyzickou aktivitu?

P2: Tady?

S: Myslím, před tímto onemocněním.

P2: Ale tak jo, tak jak vám to mam říct... My bydlíme na baráku a tam máte aktivitu stále. Zahrádka a doma pouklízet. A já nevím, tak to považuji za fyzickou. A jinak chodíme pravidelně na procházky a to je tak zhruba všechno, cvičení na balonu a tak různé, podobné věci.

S: Při cestě do práce, do obchodu, jezdíte autem, nebo chodíte pěšky?

P2: No to jezdíme právě autem, protože, to máme hrozně daleko a bydlíme až na konci městečka. Tak že je to dost rozlehlé, tak jezdíme autem a ještě navíc bydlíme na kopečku, tak kdybych měla tahat ty tašky, tak....

S: Chápu.. Měla jste podobu hospitalizace nějaké zvláštní požadavky? Případě vám vyhověly?

P2: Neměla jsem žádné požadavky.

S: A nějaké negativní, nebo pozitivní zkušenosti?

P2: Ne.

S: Víte co je to ERCP? Vyšetření?

P2: Nevěděla jsem to do včerejška, už to vím a bojím se toho.

S: Vysvětlili vám dostatečně zákrok ECRP?

P2: Ještě úplně ne, jen tak z části ale asi zhruba vím o co jde, ale myslím si, že kdybych to měla absolvovat, tak že mi to řeknou...

S: Tak že vás o tom ještě nikdo nepoučil, nedával vám nikdo informovaný souhlas?

P2: Ne, Ne...

S: Co se týče léčby, tak jak vám lékaři tohle onemocnění zprvu vysvětlili? Co vám kolem toho řekli?

P2: Vůbec nic, já si nejsi vědoma, že by mi někdo něco vysvětloval, nebo mě káral, že jsem něco dělala špatně. Nevím, ne.

S: Tak že vám ani neřekly, jak dlouho tu budete hospitalizovaná.

P2: Ne

S: Máte problém s dodržováním toho léčebného režimu, že by vám to vyloženě vadilo?

P2: Ne, nemám žádné problémy, protože se těším, až budu zase fit. To bych chtěla být co nejdřív, tak že budu zticha a v klidu a v pohodě čekat až se ten můj stav zlepší.

S: Berete pravidelně nějaké léky?

P2: Na tlak. Vasocardin 1/2 denně, ale teďka mě tady daly něco jiného. Nevím co to je.

S: Lékaři to upravují, ale jsou to ty samé léky, nebo to má jinou gramáž, tak to vypadá trochu jinak. Tak že žádné léky, co se týče zažívání?

P2: Ne

S: Poslední bod je informační brožura. V rámci bakalářky bych rád udělal výňatek a tím i brožuru, která by se dávala pacientům. Co byste chtěla, aby tam bylo uvedené, ať už třeba zákroky, které čekají pacienta během tohoto onemocnění, způsobení onemocnění, léčba a tak....??

P2: No, co nás čeká, jako jsou příznaky, aby se člověk hnedka podle toho mohl zařídit. Pokud se to stane, jak dlouhá je asi hospitalizace. Co následuje.. dieta co s tím souvisí, zkrátka vše, co se týká této nemoci. Když si to vezmu do ruky a otevřu, tak ať si to vše přečtu.

S: Ocenila byste tištěnou, nebo elektronickou podobu?

P2: To mi je srdečně jedno, ale tištěnou máte někde v knihovně, věčně po ruce a elektronickou.. já nevím, je mi to jednou teda. Mě osobně.

S: Mockrát děkuji za rozhovor.

Rozhovor s respondentem- P3

S: Souhlasíte s tím, že rozhovor bude nahráván?

P3: Ano souhlasím.

S: Vy jste byl přijat s akutní pankreatitidou, tak jsem se chtěl zeptat jaký je váš věk?

P3: 45let.

S: Kolik měříte a vážíte?

P3: 168cm a vážím 80kg.

S: Pokud jde o první projevy onemocnění, co se týče teď té akutní pankreatitidy. Jaké byly první projevy?

P3: No projevy byly takové, že jsem měl velké bolesti... dalo by se říct křeče, které byly v intervalech krátkých a špatně se mi dýchalo. Nemohl jsem říct celé věty, nemohl jsem mluvit souvisle a manželka mi zavolala sanitku.

S: Jak dlouho tyhle projevy trvaly, než přijela rychlá záchrana služba?

P3: V průběhu hodiny. Začalo to tak, že mě bolelo břicho, asi žaludek a pak to šlo nahoru, což bylo trochu jinačí, než u mé první. Toto je podruhé, co se mi to stalo.

S: Teď trochu odběhnu od akutní pankreatitidy. Trpíte nějakým dlouhodobým onemocněním?

P3: Ne.

S: Ani žádným genetickým?

P3: Ne.

S: V pořádku. U momentální hospitalizace. Jak dlouho jste čekal, než přijela rychlá záchranná zdravotní pomoc?

P3: Já přesně nevím, kdy to manželka zavolala, ale bylo to velice brzo. Bylo to na Jižní svahy do 10ti minut, možná i dřív, nevím.

S: Když vás dovezli na interní příjem, jak dlouho jste čekal, než se kolem vás začaly točit?

P3: Vzhledem k tomu, že to bylo v sobotu večer, tak to probíhalo poměrně velmi rychle.

S: Ostatní se vám zřejmě hnedka věnovali, ještě díky tomu, že jste přijel rychlou.

P3: Ano.

S: Už jste říkal, že to nebyla první ataka u tohoto onemocnění. Podruhé, že?

P3: Ano.

S: Lišil se nějak postup hospitalizace? Třeba bez hospitalizace na JIPce?

P3: *Poprvé, když jsem přišel, jsem dojel dokonce autem. Předtím tady to onemocnění se zmírnilo, tak že jsem schopen dojet, poprvé ke svojí paní doktorce a ta mě poslala do nemocnice, tak že jsem přijel do nemocnice autem. Byl jsem na chirurgické ambulanci. Čekal jsem 2 hodiny, než jsem se dostal na řadu a po těch dvou hodinách mě odebraly krev, poslali na RTG a čekal jsem další 2 hodiny. Po těch dvou hodinách mě poslali na internu. Ted'ka podruhé mě dovezla záchranka a šel jsem po vyšetření ležet na JIPku.*

S: Projevy při první a druhé atace se nějak lišily?

P3: *Řekl bych, že to bylo jinačí. Ano. Lišilo se to tam, že poprvé jsem neměl jakoby bolest břicha, že jsem si myslel, že mě jen bolí břicho i když to bylo velmi neobvyklé, protože já bolesti břicha nemívám. Ted'ka to bylo podruhé, ale poprvé mě mírně bolelo břicho, ale spíš mě to bolelo jako by zrovna už na té slinivce, jako že to bylo výš. Výš než žaludek a ta bolest byla daleko větší, intenzivnější, ale polevila. Tady tato ted' zase... bylo to trochu jinačí, nevím jak to ted' popsát, ale ta bolest byla taky velká, že jsem špatně dýchal, ale jak jsem se dostal do sanitky tak to trochu polevilo. Dostal jsem kapačku a pak už to bylo takové lepší. Tady tato bylo zase daleko intenzivnější, trvalo to déle, tady ta bolest, než při tom prvním, ale pak to taky polevilo ta bolest, že jsem byl schopný fungovat normálně, tentokrát mě manželka zavolala sanitku.. možná, že by to také polevilo, ale protože mi bylo tak zle večer, tak zavolala sanitku... možná, že bych byl taky schopen pak taky řídit, ale v ten moment jsem nebyl schopný.. říkám, že jsem ani nemluvil souvisle, že jsem tak špatně dýchal.*

S: Léčebný postup oproti minule, jestli si pamatujete? V porovnání? Měl jste antibiotika a ted' je nemáte, nebo..?

P3: *Já vůbec nevím co v těch kapačkách je, tak že léčebný postup nemůžu říct, ale připadá mi to podobné.*

S: Po celou dobu hospitalizace vás něco omezovalo, obtěžovalo?

P3: *Ne.*

S: Kolikátý den jste u nás hospitalizován? Od příjezdu záchranky?

P3: *Od soboty, to znamená.. dneska je úterý, takže čtvrtý den.*

S: Přesunem se k výživě. Jak často pijete alkohol?

P3: *Nepiju, vůbec. Již předtím prvním onemocněním jsem velmi omezil alkohol, ale jsem tam jsem si dal pivo, sem tam jsem si dal štamprlu.. tehdy jsem měl naposled.. se mi to stalo 18. listopadu poprvé a ten víkend byl pátek a víkend předtím jsem byl na srazu spolužáku a tak jsem měl možná pět štamprly slivovice, ale nebylo to nic hrozného. Od té doby jsem neměl nic a od toho prvního zánětu jsem dostal pokyny k přísné dietě a alkohol jsem neměl žádný.*

Jestli jsem si za ty 3 měsíce, za tu dobu od toho prvního do teď, měl 3,4 Birely. Což je nealkoholické pivo tak to je vše, alkohol žádný, protože mám malé dítě a prostě mám zodpovědnost, tak bych si to nedovolil.

S: Co se týče stravy, tak jakou máte přípravu jídla? Smažené, dušené.. Co upřednostňujete?

P3: *Já upřednostňuju dušené samozřejmě, protože je to v té dietě a nemám nic smažené. Můžu mít pečené, dušené.*

S: Takže se snažíte jíst zdravě?

P3: *Snažím se, snažím se v rámci možnosti.*

S: Pravidelnost stravy je jaká? Kolikrát denně jíte?

P3: *Zhruba 4-5 denně, jako ty svačiny malé a 3x denně normální jídlo.*

S: Kolik tak vypijete tekutin za den? Bez ohledu na druh.

P3: *Poslední dobou to bylo méně, většinou piju vodu a v rozmezí do 2litrů, což je zřejmě málo.*

S: Byl vám vysvětlen způsob, nebo důvod proč se teď musíte stravovat, jak se stravujete? Na základě diety, kterou máte?

P3: *No je to v souvislosti s tím onemocněním. Tak se to dá pochopit.*

S: Chtěl jsem se zeptat. Kouříte?

P3: *Ne.*

S: Pokročíme na vyprazdňování. Jak často chodíte na stolicí?

P3: *Denně, ale teďka jsem od soboty ještě nebyl. Naposled jsem byl v sobotu zhruba hodinu předtím, než se mi stal ten záchvat.*

S: A stolice byla fyziologická, zdravá?

P3: *Ano.*

S: Máte nějaké potíže při močení, nebo stolicí?

P3: *Ne.*

S: Co se týče pohybu, máte nějakou pravidelnou fyzickou aktivitu?

P3: *Chůze, pouze chůze, teď v tom zimním období, jinak jsem občas jezdil na kole... takže spíš ta chůze.*

S: Pokud jdete do práce, nebo do obchodu. Jezdíte autem, nebo chodíte pěšky?

P3: *No, většinou autem, ale občas chodíme..snažíme se chodit na procházky. Takže někdy i na procházku, včetně obchodu.*

S: Měl jste podobu hospitalizace nějaké zvláštní požadavky, popřípadě vyhověly vám?

P3: *Neměl jsem žádné zvláštní požadavky.*

S: A nějaké negativní, nebo pozitivní zkušenosti, které byste chtěl říct?

P3: *No, pozitivní ... všichni se v podstatě věnují velice dobře, zde. Co bylo trošku negativní, ale za to absolutně nemůže personál... Některé madrace jsou tady v nemocnici proležené a chtělo by to obměnu, to je asi tak vše... z těch nedostatků. Možná by mohla být na oddělení televize, což by mohl být standard.*

S: To někde není. Třeba na 4. etáži je to dokonce zadarmo, kdy to byl dar od konkrétní osoby. Tady je to placené, ale na jiném pokoji. Popřípadě můžete využít televizi v jídelně zdarma.

P3: *No s tou kapačkou, je to horší.*

S: Dá se to i sebou vzít, to není problém.

S: Já bych postoupil k diagnostice. Mám tady poznačené ERCP, víte co je to za vyšetření?

P3: *Nevím.*

S: Jak jsem vzpomínal, zavádí se endoskop... hadička do žaludku až k tenkému střevu, vstříkne se kontrastní látka, provede se RTG, jak daleko ta kontrastní látka protekla, pokud je tam nějaké kámen, nebo nějaká zátka, tak se tekutina sekne a lékaři vědí jak hluboko je kámen, nebo cokoli, co by zapříčinilo tu akutní pankreatitidu a může se to přímo při zákroku vytáhnout. Nevíte o tom, že byste tohle podstoupil?

P3: *Ne nepodstoupil.*

S: Přeskočíme na léčbu. Jak vám lékaři z poprvé tuto nemoc vysvětlili? Co vám kolem toho zhruba řekly?

P3: *Bylo mi řečeno, že můžou být 3 druhy, nebo 3 možnosti, proč se to stalo. První, že žlučník, nebo žlučové cesty. Což se vyloučilo. Druhá možnost je, že alkoholismus a třetí možnost, že je tzv. idiopatická, což je neznámá příčina a to může zapříčinit stres, nebo dietní chyba a u mě to může být právě tady ta kombinace stres, dietní chyba a.. nevím*

S: Jakou dobu hospitalizace uvedly, pro toto onemocnění? Jestli jste se ptal, nebo vám to vůbec zmínili?

P3: *To mi nebylo řečeno, ale poprvé, když jsem tu byl, tak jsem tady byl 10 dní, s tím že 6 dní na kapačkách.*

S: Máte problémy s dodržováním léčebného režimu? Třeba dietní, nebo jakýkoli jiný?

P3: Nemám. Ne.

S: Užíváte nějaké léky, pravidelně?

P3: Ano, na pálení žáhy. Od toho prvního případu. Užívám...

S: Lanzul?

P3: Ne, ten..Helicid.

S: A víte co to je za lék, konkrétně na co je, krom toho, že je pálení žáhy?

P3: Má to sklidit asi žaludeční šťávy.

S: Působí nějaké potíže, omezení?

P3: Ne, naopak od té doby pálení žáhy nemám.

S: Nic jiného neužíváte?

P3: Ne.

S: Poslední bod. Takhle, na základě té práce chci pak udělat nějakou brožuru, kterou bych tady dával na oddělení, tak jsem se chtěl zeptat. Co by podle vás, tak mohla obsahovat?

P3: Ohledně..?

S: Ohledně tohoto onemocnění, když přijde pacient, aby tam byl zmíněn léčebný postup, nebo jaké vyšetření ho může čekat, co to vyšetření je a podobně. Tohle bych chtěl, aby obsahovalo, popřípadě, jestli byste mi dal nějaký jiný rady?

P3: No to je k zamyšlení. Momentálně mě nic nenapadá, ale určitě bych o tom popřemýšlel, určitě by to možná byla dobrá věc... ta brožura.

S: Já tu nejsem poslední den, tak budu rád, když mi poradíte.

P3: Tak v rámci svých zkušeností, pouze..

S: A tu brožuru byste ocenil v tištěné, nebo elektronické podobě?

P3: Já si myslím, že by i v tištěné by byla dobrá pro lidi, kdy se to stává lidem ve větším věku, nebo vyšším věku. Nemusí mít sebou nějaké elektronické zařízení, tak že když si to můžou přečíst v brožuře, tak jim to může pomoci, to trošku pochopit, pokud se s tím setkají poprvé jako já. Já jsem teda byl vyvalený, nebo jak bych to řekl, z toho když se mi to stalo poprvé... a teď jsem z toho vyvalený také, protože jsem nepočítal, že se mi to může stát podruhé.

S: Děkuji mockrát, ode mne to je vše.

Rozhovor s respondentem- P4

S: Jste tu hospitalizován pro akutní pankreatitidu, tak jsem se vás chtěl zeptat, zda semnou uděláte rozhovor, který bude monitorován. Nevadí vám to?

P4: Nevadí

S: Děkuji. Slyšíme, že jste muž. Jaký je váš věk?

P4: 28

S: Kolik měříte a vážíte?

P4: Vážím 65kg a měřím 175 asi

S: Co se týče akutní pankreatitidy, jaké byly první projevy, které vás dovedli k lékaři popřípadě Vás donutily vyhledat lékařskou pomoc.

P4: Pro mě to byla spíše taková nechut' k jídlu a potom mě začaly bolesti pod hrudníkem. V místech slinivky. Píchání a tupá bolest, která trvala celou noc.

S: Zavolal jste ihned rychlou, nebo vás vyšetřil obvodní lékař?

P4: První obvodní lékař a ten mi dal Algifen, kapky proti bolesti. Chvilí to zabíralo, ale bolest se postupně stupňovala, takže jsem musel zavolat sanitku.

S: Trochu odbočíme. Trpíte nějakým jiným dlouhodobým onemocněním?

P4: Ne. No, vlastně mám epilepsii.

S: Od kdy zhruba?

P4: Asi 2 roky

S: Máte v rodině nějaké genetické onemocnění?

P4: Pokud vím, tak ne.

S: Co se týče hospitalizace, jak dlouho jste čekal na rychlou záchranou pomoc?

P4: 10-15minut

S: A na příjmu?

P4: Čekal jsem asi půl hodiny, než mi udělaly EKG a pak jsem čekal ještě 45minut na lékaře.

S: Jednalo se o první průběh tohoto onemocnění?

P4: Už je to po několikáté.

S: A po kolikáté to je, prosím?

P4: Po čtvrté.

S: Lišil se průběh hospitalizace, nebo léčení?

P4: Řekl bych že ne, ono je to vesměs to samé.

S: Poté, co jste byl přijat na standardní oddělení, jak dlouho trvalo, než za vámi přišel lékař?

P4: Asi 20minut.

S: Co vás v průběhu hospitalizace nejvíce omezovalo, obtěžovalo?

P4: Zezačátku mě vadilo, že nemůžu pít. Sucho v ústech... Jinak jsem spokojený. Starají se tu dobře.

S: Kolikátý den jste hospitalizovaný?

P4: Od úterka, pátý den.

S: Co se týče dietního režimu. Jak často jíte smažené, tučné, nebo naopak jestli se snažíte jíst zdravě?

P4: Tak jednou za čtrnáct dní si dám i to tučnější jídlo, snažím se i bez něj, ale občas si dám. Jen když mám fakt chuť.

S: Jíte pravidelně?

P4: Ano.

S: Co se týče alkoholu, jak často pijete?

P4: Denně, ale malé množství. 2-3 piva.

S: Jaký je váš způsob stravování? Jestli preferujete dušení, nebo...

P4: Rodiče mi vozí jídlo z práce, co mi objednávají z restaurace, ale objednávám si jídla tak, aby to bylo v rámci diety. Mam na výběr ze 3-4 jídel, tak si vybírám v rámci diety.

S: Kolik vypijete tekutin? Komplet do kávy až po všechny jiné tekutiny.

P4: 3 litry za den

S: Byl vám vysvětlen způsob, nebo důvod diety po akutní pankreatitidě?

P4: Ano, byla tu zamnou nutriční sestra.

S: Během léčení jste dostával vaky ALL-IN-ONE?

P4: Ne

S: Jídlo typu vecky/čaj?

P4: Ne

S: Co se týče dál životosprávy. Kolik vykouříte cigaret za den? Jestli kouříte.

P4: No, to se ani neptejte. Krabičku za den. Těch 20. Jsem silný kuřák.

S: Jak často chodíte na stolicí? Pravidelně?

P4: 2x-3x denně.

S: A nějaké potíže při stolici či močení?

P4: Ne, pokud nemám vyloženě průjem.

S: Chápu. Co se týče pohybu, máte pravidelnou fyzickou aktivitu?

P4: V podstatě ano, do práce chodím.

S: Sportujete nějak?

P4: Mám doma Total Gym, stroj na cvičení a občas si zacvičím, ale není to pravidelně.

S: Do práce jste říkal, že chodíte pěšky.

P4: Ano

S: Měl jste podobu hospitalizace zvláštní požadavky? Popřípadě vyhověli vám?

P4: Ani ne.

S: Někjaké pozitivní, nebo negativní zkušenosti, které byste chtěl sdělit?

P4: Myslím, že ne. Já jsem zde spokojený.

S: Co se týče vyšetření, znáte ERCP, nebo jste o něm někdy slyšel?

P4: Ano, gastroskopie. To jsem měl.

S: Před tím ERCP vám dostatečně vysvětlili zákrok, na který jdete?

P4: Tak dostatečně. Vysvětlili, že je to hadička do krku a jde o vnitřní vyšetření žaludku.

S: Kdo vás o něm poučil? Lékař, nebo sestra?

P4: Zdravotní sestra u které jsem podepisoval papír, že s tím souhlasím.

S: Přečetl jste si ho před tím zákrokem?

P4: No úplně celý ne, ale kousek jsem četl. Abych pravdu řekl, tak se v něm moc nevyznám.

S: Jaké máte zkušenosti s tímto zákrokem?

P4: Nic příjemného to není. Dá se to snést. Nebolí to, ale je to nepříjemné.

S: Po ERCP, když vás sem přivezli. Měřili vám pravidelně fyziologické funkce (tlak...)?

P4: Ano

S: Jestli, že jste měl poté bolesti, nebo jiné potíže. Dali vám něco od bolesti?

P4: Ano

S: Na stupnici 0-10 jaké bolesti jste měl před aplikací léků

P4: 5-6

S: Po aplikaci bolest klesla?

P4: Skoro vymizelo. 1-2

S: Co se týče léčby, jak vám lékař toto onemocnění zprvu vysvětlil?

P4: Řekl mi, že je to zánět slinivky, ale hlavně to sváděl na konzumaci alkoholu. Je to ta příčina.

S: Když jste byl sem přijatý, tak jakou dobu hospitalizace vám sdělili. Pokud jste se na to zeptal?

P4: Říkaly asi 14dní. Podle průběhu léčby.

S: Máte nějaké problémy s dodržováním léčebného režimu? Popřípadě v jakém ohledu?

P4: Ani ne.

S: Užíváte pravidelně nějaké léky?

P4: Na stravování mám Kreon, to je pro chuť k jídlu a pak Lanzul.

S: Jak často tyto léky užíváte?

P4: Kreon vždy před jídlem a Lanzul si dávám vždy večer.

S: Způsobují nějaké potíže?

P4: Ne, právě naopak. Ono to celkem pomáhá.

S: Jaká je gramáž Kreonu? 25 000?

P4: Možné to je, ale přesně to nepovím.

S: Chtěl bych zpracovat informační brožuru na základě práce, tak se chci zeptat, co byste ocenil za informace do letáku? např. příčiny, dietní opatření

P4: Příčiny pro vyvarování.

S: A ještě něco dál?

P4: Asi je to vše.

S: A ocenil byste to v tištěné, nebo elektronické podobě?

P4: Tak mohlo by být oboje, někdo si vezme brožuru a někdo si to najde na internetu. Obě podoby jsou jedině dobře.

S: Děkuji je to vše

Rozhovor s respondentem- P5

S: Dělán práci na téma akutní pankreatitida. Vy jste s tím léčený a tak se vás chci zeptat na pár otázek. Nebude vám to vadit a souhlasíte, že bude rozhovor nahráván?

P5: Souhlasím

S: Po hlase víme, že jste muž. Jaký je váš věk?

P5: 55let

S: Kolik měříte a vážíte?

P5: 78kg a měřím 178cm

S: Jaké byly první projevy, které vás dovedly k lékaři, popřípadě si zavolat lékařskou pomoc?

P5: Navštívil jsem obvodní lékařku a ráno jsem cítil silnější bolesti v oblasti žaludku a bolest se mi začala projevovat takovým střelením na srdce, plíce a břišní dutiny. Navštívil jsem obvodní lékařku a ta mě poslala na chirurgii. Lékař mě poslal na SONO, odběr krve a z toho poznal, že se jedná o tady to onemocnění slinivky. Poslal mě tady do nemocnice na další vyšetření.

S: Trochu odbočíme. Trpíte nějakým dlouhodobým onemocněním?

P5: Trpím dnou už patnáct let.

S: Někjaké komplikace s dnou během patnácti let nejspíš asi jsou.

P5: Komplikace jsou, ale je to individuální. Každý člověk to pocítuje nějak jinak podle stravy, nebo životního stylu. Sám vím, kdy se nemoc přibližuje, tak je potřeba nastoupit dietu a беру prášky na odbourávání kyseliny močové. Jinak při bolestech tablety do bolesti.

S: Máte v rodině nějaké genetické onemocnění?

P5: Nemám

S: Co se týče průběhu hospitalizace. Když jste byl přijat, vás nedovezla RZP?

P5: Ne, přijel jsem sám.

S: Jak dlouho jste čekal na příjmu, než o vás začali pečovat?

P5: Nečekal jsem. Bylo to rychlé.

S: Jednalo se o první ataku?

P5: Ano

S: Když jste byl přijatý na standardní oddělení, jak dlouho trvalo, než za vámi došel lékař?

P5: Myslím, že brzy. Dostával jsem kapačky a byl jsem napojeny. Okamžitě sestra přišla a toto mi zavedla.

S: Po celou dobu hospitalizace, bylo něco co by vás omezovalo, nebo obtěžovalo?

P5: No snad, že se mi při kapačce objevila zmiňovaná dna. Tam jsem čekal více věnování od lékařů, abych ty bolesti neměl. Nebylo vhodné používat tablety, když jsem byl týden na JIPce. Nechtěl jsem dráždit žaludek tabletami. Jinou formu léčby na bolest jsem nedostal. Čekal jsem, že to bude rychlejší a pružnější, aby se mi bolest nerozbourila.

S: Takže vám nic nedali, nebo to dostatečně nezabralo?

P5: Dostával jsem kapačky od bolesti a po odpojení kanyly došlo k prodloužení utišujícího prostředku, kdy se čekalo až do druhého dne na čípek od bolesti. To byla ta doba, kdy se mi to rozbourilo. Doba léčení se prodlužuje a aj bolest.

S: Kolikátý je to den hospitalizace?

P5: Desátý.

S: Co se týče výživy, tak pokud se jedná o dietní režim. Jíte smažené, tučné, nebo naopak se zdravě stravujete?

P5: Snažím se tomu vyvarovat, ale ne úplně. By to chtělo redukovat víc. Samozřejmě to po této hospitalizaci bude víc.

S: Jak často jíte?

P5: Pravidelně. Čtyřikrát denně.

S: Alkohol pijete?

P5: Pracovní povinnosti mi to nedovolují. Samozřejmě do práce dojíždím autem, takže můžu říct, že si večer dám sklenici vína. Často nepiji alkohol, ale myslím si, že je to pravidelně. To bych měl omezit.

S: Kolik vypijete tekutin? Všech, komplet.

P5: Minimálně dva litry.

S: Někdo už vám vysvětloval, jak se máte stravovat?

P5: Ne, ještě ne.

S: Po dobu hospitalizace jste měl zavedenou hadičku přes nos do tenkého střeva? Nebo nějaký byl vak, co by šel do žíly?

P5: Ne, jen tekutiny do žíly.

S: Co se týče životosprávy ještě dál. Kolik tak vykouříte cigaret, pokud kouříte.

P5: Nekouřím.

S: Jak často chodíte na stolicí?

P5: Pravidelně, každý den. Někdy ne každý, ale tak pětkrát za týden.

S: Nějaké potíže se stolicí, močením?

P5: Nemám

S: Nějaká pravidelná fyzická aktivita?

P5: V rámci časových možností se věnuji vycházkám do přírody a jinak v neděli, když je čas plavu. Dále jsem bohužel pracovníě vytížen.

S: Při cestě do práce, nebo obchodu jezdíte autem?

P5: Jezdím autem.

S: Měl jste podobu hospitalizace nějaký zvláštní požadavek?

P5: Neměl, protože jsem nevěděl ani co mě čeká. Byl jsem hospitalizován poprvé. Respektoval jsem, co mi bylo sděleno.

S: Nějaké pozitivní, nebo negativní zkušenosti?

P5: To ne. Jsem tu poprvé.

S: Slyšel jste někdy o vyšetření ERCP?

P5: To jsem neslyšel.

S: To je zavedení hadičky do žaludku, kdy se podívají do tenkého střeva. Toto jste nepodstoupil?

P5: Nepodstoupil.

S: Lékaři vám toto onemocnění vysvětlili?

P5: Ano, ihned u příjetí na JIPce. Tam mi bylo osvětleno, že se jedná o pankreatitidu.

S: Jakou dobu hospitalizace uvedly, pokud jí uváželi?

P5: Neuváděly. Řekly pouze, že léčba bude na delší dobu.

S: Máte momentálně problémy s dodržováním léčebného režimu? Třeba s dietou, nebo něčím jiným?

P5: Nemam. Mám normálně pocit hladu. Cítím se normálně.

S: Užíváte pravidelně nějaké léky?

P5: Jen na dnu Milurit na odbourávání kyseliny močové.

S: A od té bolesti? Pokud se to začne projevovat.

P5: Diclofenak

S: Chtěl bych udělat informační brožuru na téma akutní pankreatitida. Jaké informace byste ocenil, kdybyste sem přijel s tímto onemocněním.

P5: Co bych ocenil? Hlavně poté léčbě, jak se má zachovat. Musím vyzvednout sestry a doktory na JIPce. Staraly se velmi dobře. Z té brožury, aby člověk něco o tom věděl a vyvaroval se tomu. Dal vědět lidem v rodině. Léčba, stravování. Absolutně nevím, kolega mi říká, že jsou v ovoci zrníčka, co vůbec nevím. Co dělat v půlroční dietě. Ted' mi bylo řečeno, že bych měl dodržovat opravdu přísnou dietu půl roku.

S: Brožuru byste ocenil v elektronické, nebo tištěné podobě?

P5: Já určitě tištěné.

S: Já za vše děkuji a je to vše.