

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Thanh Huong Nguyenová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Thanh Huong Nguyenová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S AKUTNÍ
PANKREATITIDOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

PLZEŇ 2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE!!!

Prohlášení

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

V Plzni dne 22. 3. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji MUDr. Lence Luhanové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji mé kamarádce Elišce Konečné, mému příteli a rodině za podporu.

Anotace

Příjmení a jméno: Nguyenová Thanh Huong

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou

Vedoucí práce: MUDr. Luhanová Lenka

Počet stran: číslované 43, nečíslované 24

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: slinivka břišní, akutní pankreatitida, ošetrovatelská péče, nutriční jídelníček

Souhrn:

Akutní pankreatitida je onemocnění ohrožující život, vznikající náhle a projevující se silnými až nesnesitelnými bolestmi, které vyžadují hospitalizaci. Ošetrovatelská péče o nemocné je tedy její nedomyšlitelnou součástí. Každý pacient má své individuální potřeby a prožívá své onemocnění jinak. V teoretické části se zabírám anatomii a fyziologií slinivky břišní. Dále charakterizuji akutní pankreatitidu, její klinický obraz, diagnostiku a léčbu. V neposlední řadě popisuji ošetrovatelský proces a nutriční pacientů. Praktická část je tvořena kvalitativním výzkumným šetřením, které bylo realizováno formou rozhovorů s respondentkami. Je přímo zaměřena na pacientovy potřeby v oblasti výživy, jeho pocity a spokojenost s ošetrovatelskou péčí v nemocnici. Výstupem bakalářské práce je jednodenní vzorový jídelníček s pankreatickou dietou.

Annotation

Surname and name: Nguyenová Thanh Huong

Department: Of Nursing Care and Delivery Assistance

Title of thesis: Nursing care of patient with acute pancreatitis

Consultant: MUDr. Luhanová Lenka

Number of pages: numbered 43, unnumbered 24

Number of attachments: 5

Number of literature items used: 29

Keywords: pankreas, acute pancreatitis, nursing care, nutrition, menu

Summary:

Acute pancreatitis is a illness life threatening, suddenly emerging and severe pain manifesting to unbearable pain which require hospitalization. Nursing care of patients is unimaginable part of hospitalization. Every patient has his individual needs and every patient is experiencing his illness differently. In theoretical part I deal with anatomy and physiology of the pancreas. Further I characterize acute pancreatitis, its clinical picture, diagnostics and therapy. Last but not least I describe nursing process and nutrition of patients. Practical part is formed by qualitative research which was carried out through interview with respondents. It is directly focused on the patient's needs in the field of nutrition, his feelings and satisfaction with nursing care in hospital. The output of my thesis is day sample menu with pancreatic diet.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SLINIVKA BŘIŠNÍ	13
1.1 Anatomie a fyziologie slinivky břišní	13
2 AKUTNÍ PANKREATITIDA	15
2.1 Charakteristika nemoci	15
2.2 Etiologie	15
2.3 Patologie	16
2.4 Atlantská klasifikace	16
2.5 Klinický obraz	17
2.6 Diagnostika	17
2.7 Léčba	18
2.7.1 Konzervativní terapie	18
2.7.2 Chirurgická terapie	20
2.8 Komplikace	20
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S AKUTNÍ PANKREATITIDOU	22
3.1 Fáze ošetřovatelského procesu pacienta	23
3.1.1 Zhodnocení zdravotního stavu pacienta	23
3.1.2 Diagnostika	24
3.1.3 Plánování ošetřovatelské péče	27
3.1.4 Realizace ošetřovatelské péče	27
3.1.5 Vyhodnocení	27
3.2 Nutrice pacienta s akutní pankreatitidou	28
PRAKTICKÁ ČÁST	30
4 FORMULACE PROBLÉMU	31
5 CÍL PRÁCE	32
5.1 DÍLČÍ CÍLE	32
5.2 OPERACIONALIZACE POJMŮ	32
6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
7 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	34
7.1 METODA	34
8 VZOREK RESPONDENTŮ	35
9 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ	36
10 ORGANIZACE VÝZKUMU	37
11 PREZENTACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	38

11.1	Respondentka č. 1	38
11.2	Respondentka č.2	41
12	DISKUZE	46
12.1	Výzkumná otázka č. 1	46
12.2	Výzkumná otázka č. 2	47
12.3	Výzkumná otázka č. 3	49
13	ZÁVĚR.....	51
	LITERATURA A PRAMENY	53
	SEZNAM ZKRATEK.....	56
	SEZNAM OBRÁZKŮ	58
	SEZNAM PŘÍLOH.....	59

ÚVOD

Akutní pankreatitida je onemocnění, které vzniká náhle a z plného zdraví projevující se silnými a nesnesitelnými bolestmi a celkovým těžkým stavem. Toto onemocnění vyžaduje hospitalizaci a většinou se vyskytne jen jednou v životě. Nástup tohoto onemocnění je zcela jasná náhlý a nečekaný, proto může být nemocný zaskočen, a býti na krátký mžik vykolejený jako vlak z kolejnice. Pro pacienta se tento stav může stát velice náročným jak fyzicky, ale i po psychické stránce. V 80 % případech akutních zánětů pankreatu má toto onemocnění lehký průběh, který se dá efektivně zaléčit a se správnou životosprávou a při dodržení abstinence alkoholu se nemoc nemusí nikdy vrátit. Tato forma se označuje jako lehká forma. Ve 20 % se jedná o zbylou část případů, tedy těžkou formu akutní pankreatitidy, s vysokou úmrtností, která se pohybuje kolem 10 % z případů těžké formy akutní pankreatitidy. Co má přesně při tomto onemocnění za úkol sestra? Úkolem sestry u pacienta s akutní pankreatidou je ošetrovatelská péče ve všech oblastech jeho života, uspokojování jeho potřeb fyzických i psychických, a samozřejmě by se přitom všem měla zaměřovat na nemocného jako na bytost s individuálními potřebami, tedy uplatňovat holistický, celostní přístup k nemocnému.

V současnosti pozorujeme nárůst četnosti akutní pankreatitidy, což vyplývá z nezdravého životního stylu a zvýšené konzumace alkoholu populace. Tyto dva důvody, které vedou k záchvatu bolesti zánětem pankreatu, bývají často nakombinované. Proto se domnívám, že je edukace pacientů o změně životosprávy velice důležitá, díky níž lze předejít dalším problémům a komplikacím onemocnění.

V teoretické části nejprve stručně popisují anatomii a fyziologii slinivky břišní. Dále charakterizují akutní pankreatitidu, aby si ji obyčejný člověk dokázal představit. Věnují se zde etiologii, rozdělení onemocnění dle patologických změn tkáně. Poté získávám informace o klinickém onemocnění, zapisují informace o konzervativní i chirurgické léčbě. Dále se soustředím na ošetrovatelskou péči. Zaměřuji se na ošetrovatelský proces.

Praktická část je tvořena kvalitativním šetřením, které bylo realizováno formou rozhovorů s pacienty. Respondenti odpovídali na předem připravené otázky.

Cílem mé práce je zjistit specifika v oblasti výživy u nemocných s akutní pankreatidou, v souvislosti s provedením rozhovorů s respondenty a na základě toho

sestavit speciální vzorový jídelníček pro pacienty po hospitalizaci, kteří jsou propuštěni domu.

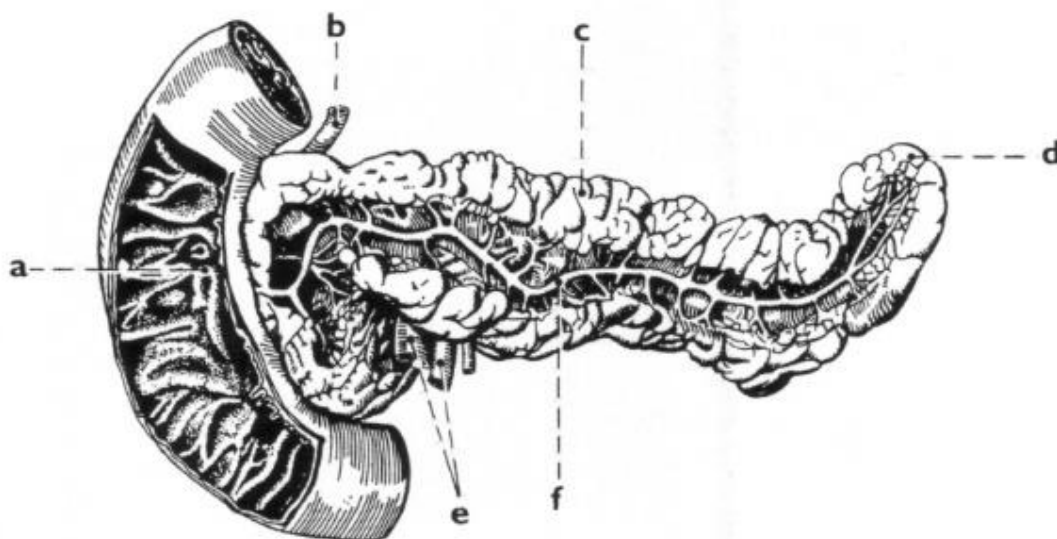
TEORETICKÁ ČÁST

1 SLINIVKA BŘIŠNÍ

1.1 Anatomie a fyziologie slinivky břišní

Slinivka břišní (*pankreas*) je laločnatá žláza šedorůžové barvy s vnitřní a vnější sekrecí. Je uložena retroperitoneálně v levém mezogastriu, má protáhlý tvar a její délka dosahuje přibližně 14-16 cm a váží asi 60-90 g. Dělí se na 3 základní části – hlavu (*caput*), tělo (*corpus*), ocas (*cauda*). Hlava pankreatu je pravá zaoblená část, která je umístěna v kličce duodena (Obrázek 1). Slinivka je uložena v dutině břišní pod bránicí a játry, před aortou a dolní dutou žílou a za žaludkem. Od těla pankreatu ji odděluje incisura pancreatis, kde ústí cévní zásobení slinivky. Tělo slinivky břišní je předozadně oploštělé, je užší a probíhá doleva až k ledvině. Vyklenutí těla dopředu před aortu (*pars abdominalis aortae*) se nazývá tuber omentale pancreatis. Ocas je zúžený výběžek slinivky, který dosahuje ke slezině.

Obrázek 1 Anatomie slinivky břišní. Více viz Obrázek 2



Zdroj: Základy funkční anatomie člověka, 2011

(*a – dvanáctníková papila, b – žlučovod, c – tělo pankreatu, d – ocas pankreatu, e – větev vrátnicové žíly a a. mesenterica sup., f – pankreatický vývod*)

Exokrinní část pankreatu (*část s vnější sekrecí*) tvoří cca 98% žlázy, je složen z laloků a lalůček (*acinů*), kde jsou produkovány enzymy, které lidské tělo využívá ke

štěpení všech složek potravy. Sekreci slinivky zvyšuje parasymptikus a snižuje ji naopak sympatikus. Sekret je odváděn drobnými vývody do hlavního vývodu slinivky – ductus pancreaticus (*Wirsungi*), který ústí společně s ductus choledochus v sestupné části/pars descendens dvanáctníku, na Vaterské papile. Společný vývod zakončuje Oddiho svěrač, který se dělí dvě části, žlučový a pankreatický svěrač. Oba svěrače jsou kontrahovány, pokud není v duodenu žádný obsah. Po přijetí potravy se žlučový svěrač otevírá a umožňuje tak vstup žluče do duodena. Zároveň také brání vstupu střevního obsahu do žlučovodu.

Exokrinní část pankreatu vyprodukuje za den až 2,5 l pankreatické šťávy. Její součástí jsou sodné a hydrogenuhličitanové ionty, které mají zásaditý charakter a neutralizují kyselou tráveninu z žaludku, tím napomáhají k ochraně sliznici před poleptáním. Dále obsahuje pankreatickou lipázu (*štěpení tuků*), pankreatickou alfa amylázu (*štěpení škrobu/jednodušších cukrů*), proteázy (*zejména trypsin, který je vylučován ve formě prekurzoru trypsinogen*) ke štěpení bílkovin. Trypsinogen je aktivován až v duodenu, pomocí enzymu enteropeptidáza, kde je přeměněn v aktivní formu trypsin.

Endokrinní tkáň pankreatu (*část s vnitřní sekrecí*) představují Langerhansovy ostrůvky, velikých několika 0,1-0,5 mm a jejich počet je přibližně 1 milion. Jsou roztroušeny všude v tkáni žlázy pankreatu. Funkčně tvoří asi 2% pankreatické tkáně, v nichž rozlišujeme buňky A, B, D a F. Buňky A produkují glukagon, buňky B produkují inzulin, kdy při nedostatku způsobuje cukrovku – diabetes mellitus, buňky D produkují somatostatin a F buňky (*PP buňky*) vylučují pankreatický polypeptid.

(Špičák, 2005, s. 27-33; Kohout, 2007, s. 21-33; Dvoráčková, 2013, s. 20-25)

2 AKUTNÍ PANKREATITIDA

2.1 Charakteristika nemoci

Akutní pankreatitida je zánětlivé onemocnění slinivky břišní a okolních tkání nebo orgánů v dutině břišní. Často vzniká samonatrávením pankreatu vlastními šťávami, především lipázami či předčasnou aktivací trávicích enzymů uvnitř žlázy. Je to onemocnění, které vzniká náhle, většinou z plného zdraví, patřící mezi nejzávažnější náhlé příhody břišní a může vést až ke smrti. Incidence se uvádí 5-20 nových případů na 100 000 obyvatel/rok. Výskyt nemoci souvisí se změnou ve výživě obyvatelstva.

Nejčastěji vzniká v důsledku zaklínění žlučového kamene na Vaterské papile (*společné vyústění žlučových a pankreatických cest*) nebo nadměrného užívání alkoholu. Do projevů se řadí primárně edém, dále krvácení a nekrózy, které postihují jak žlázo- vý parenchym, tak i tukovou tkáň v okolí pankreatu. Pankreatické enzymy se pak objevují v moči i v krvi, kde se dají detekovat. Stádium lehkého edému se může rychle zhoršit až k těžké nekrotizující pankreatitidě. Při celkové sepsi, šoku, selhání ledvin, plic nebo multiorgánového selhání může nastat smrt.

(Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 263)

2.2 Etiologie

Nejčastějšími příčinami akutního zánětu pankreatu bývá ve většině případů cholelithiáza (50-60%). Jedná se tedy o biliární etiologii, kdy dochází k obstrukci pankreatických vývodů a zabraňuje odtoku pankreatické šťávy. Dále to bývá alkoholická pankreatitida (20-40%), která je způsobena dlouholetým abusem nebo náhlým excesem alkoholu. Nedochozí jen k poškození tkáně pankreatu, ale i ke zvýšené sekreci pankreatických lipáz. Posledním typem akutní pankreatitidy je idiopatická příčina (10-30%).

Akutní zánět slinivky břišní je často vyvolán i dietní chybou – nadměrnou konzumací tučnou stravou. Mezi ostatní příčiny se řadí iatrogenní poškození, například po operacích či transplantacích v dutině břišní, kdy je slinivka mechanicky poškozena. V dalších případech může vzniknout při některých typech vyšetření, kupříkladu po perkutánní biopsii, či po ERCP (*endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie*). K dalším rizikovým faktorům patří vrozené anomálie slinivky, divertikly dvanáctníku, hyperkalcemie při hyperparathyreóze, hyperlipidemie. Hraniční hodnota triglyceridů, která

vede ke vzniku pankreatitidy je 11, 42 mmol/l. Akutní zánět slinivky způsobují i virové infekce (*příušnice, hepatitida A a C*) nebo bakterie (*E. Coli, Legionella, Yersinie*). V neposlední řadě může být způsobena po dlouhodobém užívání léků (*azathioprin – imunosupresivum, kortikosteroidy – hormony kůry nadledvin, diuretika – léky pro odvodnění, NSAIDs – nesteroidní antirevmatika*).

(Kohout, 2007, s. 29-31; Špičák, 2005, s. 87-94; Kostka, 2006, s. 27-31; Zuzula, Wohl, 2005, online)

2.3 Patologie

Podle rozsahu poškození tkání/průběhu rozlišujeme akutní pankreatitidu na lehkou a těžkou pankreatitidu. Edematozní, lehká pankreatitida se vyznačuje pouze otokem (*edémem*) slinivky v intersticiu a zánětlivou celulární infiltrací pankreatu, nevznikají tam nekrózy, a tím pádem je tato nemoc reverzibilní. Nekrotizující, tedy těžká pankreatitida, je vyvolána vznikem nekróz, tento stav je nevratný a způsobuje buď vznik pseudocyst, těžké poškození slinivky, samonatravení enzymů nebo vznik tukových nekróz.

(Kohout, 2007, s. 31; Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 263)

2.4 Atlantská klasifikace

V roce 1992 Atlantská konference, podle níž se hodnotí závažnost akutního zánětu slinivky a její možné komplikace, definovala akutní pankreatitidu jako akutní zánětlivé onemocnění slinivky s různým postižením okolních tkání nebo vzdálených orgánů. Lehká (*mild*) pankreatitida se charakterizuje svým lehkým průběhem a rychlému, nekomplikovanému uzdravení. Vyskytuje se v 80% a působí na ni dobře konzervativní léčba. Těžká (*severe*) pankreatitida se projevuje vznikem šokového stavu, vznikem nekróz, ať už uvnitř slinivky nebo v tukové tkáni (*tzv. Balzerovy nekrózy*), kdy lipáza uniká do intraglandulárního prostoru a tím způsobí nekrózy i mimo slinivku břišní, které jsou doprovázeny hemoragiemi. Vyskytuje se v 20% a dochází při ní k multiorgánovému selhání (šok, dechová nedostatečnost, renální insuficience, krvácení do trávicího ústrojí) a k lokálním komplikacím: nekróza, pseudocysta a absces. Oproti lehké formě akutní pankreatitidy těžká forma má vysokou mortalitu.

Atlantská klasifikace v roce 2012 doznala své poslední revize, byly předefinované některé pojmy a ke dvěma původním formám byla přiřazená prostřední úroveň, středně

těžká (*moderate*) forma. Je popsána přítomností přechodného orgánového selhání, které přetrvává méně než 48 hodin nebo lokálních nebo systémových komplikací.

(Kostka, 2006, s. 53-54)

2.5 Klinický obraz

Bolest je nejzákladnějším subjektivním projevem onemocnění. Akutní pankreatitida se vyznačuje tedy zničující a intenzivní bolestí lokalizovanou v epigastriu kolem pupku, která může přecházet do zad a břicha. Peritoneální dráždění a porucha perfuze splachniku se může rozvinout v ischemii a edémem pankreatu. Nemocný se snaží najít úlevovou polohu, nejčastěji to je poloha vsedě nebo ve fetální poloze. Bolest trvá několik hodin až dní. Nemoc doprovází i nauzea a zvracení, zástava střevní peristaltiky, kdy unikají tekutiny do retroperitonea a snaží se zředit pankreatické enzymy. Febrilie se projevují v nepřítomnosti infekčního agens. Horečky s třesavkou se vyskytují ve fázi sepse, kdy může vzniknout ikterus, manifestují těžší formy akutní pankreatitidy. Občas se může naskytnout i ascites s pleurálním výpotkem. Dušnost doprovází spíše těžší formy akutní pankreatitidy. V nejtěžších případech se rozvíjí šokový stav s hypotenzí, tachykardií a pocením – hypovolemický šok, který často vede k selhání ledvin.

(Zazula, Wohl, 2005, online)

2.6 Diagnostika

Základním prvkem diagnostiky je odebrání anamnézy a fyzikální vyšetření. V anamnéze zjišťujeme informace o úrazu, prodělaná onemocnění, výskyt onemocnění v rodině, životní styl a co přesně zapříčinilo onemocnění. Ptáme se na nynější problémy, co předcházelo onemocnění, na abusus alkoholu, stravu a jak dlouho ho potíže trápí. Fyzikální vyšetření provádí doktor pohledem (*inspekce*), poklepem (*perkuse*), poslechem (*auskultace*) a pohmatem (*palpace*). Sestra mu při vyšetření asistuje. Lze narazit na vzdechnutí břicha či paralytický ileus.

Důležitým faktorem pro diagnostiku jsou též laboratorní vyšetření a testy, kdy se odebírá biologický materiál – krev a moč. V krevním obrazu se objevuje leukocytóza, jaterní testy jsou zvýšené, C-reaktivní protein (*CRP – hodnota vyšší než 150 mg/l*) slouží ke zjištění zánětlivých reakcí, celková bílkovina a albumin říkají, jaký je stav výživy nemocného, glykemie a pankreatické enzymy jsou zvýšeny, především amyláza a lipáza,

kteřá se také objevuje v moči, sice nám neukazují jaká je závažnost akutní zánětu pankreatu, ale jsou známkou nemoci akutní pankreatitidy.

Další diagnostikou jsou některé zobrazovací metody, které nám umožnily přesně anatomicky diagnostikovat a určit prognózu choroby. Nejpoužívanější vyšetření je rentgenové vyšetření břicha a plic a ultrasonografie. RTG snímek nedokáže zhodnotit onemocnění, ale zobrazí alespoň pleurální výpotek. Ultrazvukové vyšetření odhaluje kameny ve žlučníku, zvětšení pankreatu, volné tekutiny v okolí nebo přítomnost tukových nekróz.

Největší váhu se přikládá výpočetní tomografii (CT), při níž se potvrdí diagnóza a určí se, zda se jedná o nekrotickou či edematózní akutní pankreatitidu. Je možno provést biopsii z nápichu nekrózy CHIBA jehlou. Diagnostickou i léčebnou funkcí zvláště biliární pankreatitidy je zobrazovací metoda ERCP. Při ERCP se odstraní konkrement a zároveň vyvolávací příčina. Rizikem tohoto vyšetření jsou komplikace, které mohou vzniknout. Jsou to krvácení, perforace, infekce a pankreatitida.

Další diagnostikou jsou tzv. multifaktoriální skórovací systémy, které určují tíži akutního zánětu slinivky břišní. Nejznámějším předpovědním systémem je Ransonovo skórovací schéma, kde jsou stanoveny kritéria klinického, biochemického a hematologického charakteru. Přítomností tří a více kritérií po dobu 48 hodin předpovídá průběh těžké akutní pankreatitidy. Na podobném principu je postavená Glasgowská klasifikace s poupravenými kritérii. APACHE II je skórovací systém založený na fyziologických ukazatelích (*teplota, tlak, puls, počet dechů za minutu, arteriální pH, PaO₂, leukocyty, sérové Na, K, kreatinin, HCO₃ – celkem 12 údajů*), věku a chronických chorobách. Hodnocení se provádí po uplynutí 24 hodin a těžkou pankreatitidu určuje skóre 8 a vyšší.

(Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 266; Zazula, Wohl, 2005, online; Lata, Bureš, Vaňásek 2010, s. 120-121)

2.7 Léčba

2.7.1 Konzervativní terapie

Léčbu AP řešíme až při zjištění tíže onemocnění, obvykle ji určujeme do 48 hodin od přijetí do nemocnice. Pokud se jedná o lehkou formu akutní pankreatitidy, nemocný je

léčen na standartním oddělení. Snažíme se eliminovat orální příjem tekutin a stravy, protože pankreatická sekrece je stimulována orálním příjmem, proto sestra dle ordinace lékaře zavádí nasogastrickou sondu pro odtok žaludečního obsahu. Dále se pokoušíme udržet adekvátní hydrataci intravenózním přísunem vody a elektrolytů, stravu dodáváme pouze parenterálně. Zároveň je důležitá i substituce pankreatických enzymů a náhrada vitaminů A, D, E, K.

Hlavním příznakem, který léčíme je hypovolemický šok, při kterém se sleduje invazivně hemodynamika. Většinou bývají nemocní při přijetí výrazně dehydratováni a vyžadují intenzivní doplnění intravaskulárního volumu. Při snížení objemu krve v oběhovém systému způsobí zúžení na periferních cévách, snížení průtoku ledvin a vazokonstrikci plicního řečiště. To se projeví zblednutím, oligurií až anurií a dušností. Hypoxie orgánů se projeví multiorgánovým selháváním, které často končí katastrofálně. Základní požadavek v léčbě je tedy včasná a dostatečná rehydratace – doplnění velkého množství tekutin 10 i více l/den, k níž používáme krystaloidní a koloidní roztoky. Koloidy hlavně slouží k rozšíření plazmatického objemu, tedy ke zlepšení a udržení hemodynamiky a oxygenace, zatímco krystaloidy jsou náhradou ztrát. K zmírnění bolesti podáváme parenterálně analgetika, např. Mesocain, Tramal či Dolsin. Morphin se podávat nesmí, protože může způsobit nežádoucí spasmus Oddiho svěrače. Spasmus způsobí překážku v odtoku pankreatické šťávy, enzymy se tak nahromadí v oblasti pankreatu a způsobují tím nekrózu žlázy. Nemocný je podporován katecholaminy, pokud dochází k rozvoji šokového stavu, selhání ledvin a oběhu, bývá pacient připojen na umělou plicní ventilaci a je mu ordinovaná oxygenoterapie. Při zlepšení stavu je postupně pacient převáděn na perorální příjem potravy, je zatěžován pankreatickou dietou.

U biliární akutní pankreatitidy je indikována i endoskopická léčba. Endoskopickou papilosfinkterotomií dochází k uvolnění odtoku žluče a odstranění konkrementů ze žlučovodu. Velmi důležitá role zde hraje kontrola fyziologických funkcí, neboť krvácení do gastrointestinálního traktu se může projevit poklesem krevního tlaku, enteroragií či melénou.

(Kostka, 2006, s. 91-107)

2.7.2 Chirurgická terapie

Chirurgická léčba se indikuje v případě infikované nekrózy, abscesu, infikované pseudocysty a septického stavu. U chirurgické léčby akutní pankreatitidy je vysoká morbidita. Podle druhu nálezu chirurg vybere druh operace. Důležitý je timing chirurgické intervence. Provádí se operační výkony (*nekrotomie*) jako jsou transkutánní drenáž infikované nekrózy či abscesu pod CT, proplachová drenáž do burzy omentalis, vydrolení nekrotických hmot s drenáží, totální pankreatektomie nebo derivace žluče T-drénem. Často bývá třeba opakovaných reoperací. Asi 20% případů přechází do chronického stavu.

(Lata, Bureš, Vaňásek, 2010, s. 124; Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 267)

2.8 Komplikace

Mezi komplikace akutní pankreatitidy řadíme infekce, paralytický ileus, šokový stav, selhání ledvin a oběhu. Lokální změny jsou nekrózy pankreatu, pankreatický absces a pankreatická pseudocysta. Mezi další komplikace patří krvácení. Při poškození Langerhansových ostrůvků pankreatu vzniká sekundárně diabetes. Pankreatická infekce je závažný rizikový faktor akutní pankreatitidy. Úmrtnost u infikované pankreatické nekrózy je vyšší než u nekrózy sterilní, protože zánět přechází hluboko do retroperitonea. Pankreatický absces je ohraničené ložisko hnisu v pankreatu. Tato septická komplikace vyžaduje chirurgickou léčbu a podávání antibiotik. Lékař provádí drenáž pod CT kontrolou, ale řešení bývá dočasné. Pankreatická pseudocysta vzniká za 4 – 6 týdnů od začátku nemoci nahromaděním tekutiny v okolí pankreatu. Obsah pseudocysty bývá čirý, bělavý nebo tmavě zbarvený.

Léčba chirurgická spočívá v zevní nebo vnitřní drenáži, někdy musí lékař přistoupit i k resekci. Před operací by mělo být vždy provedeno ERCP. Působením pankreatických enzymů dochází k narušení pankreatických cév, které způsobují krvácení do retroperitonea, příčného tračníku, burzy omentalis nebo přímo do pankreatu. Zánět a aktivované enzymy mohou natrávit i stěnu velkých cév, vznikají tak pseudoaneurysmata, která mohou masivně krváčet. Mírnější krvácení do pankreatických vývodů se může projevit melénou a anemizací. Akutní krvácení se vyznačuje náhlým zhoršením bolestí břicha s příznaky hemoragického šoku. U akutního krvácení je indikována laparotomie. V ostatních případech se pomocí angiografie snažíme určit zdroj krvácení.

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

(Lata, Bureš, Vaňásek, 2010, s. 124)

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Intenzita ošetrovatelské péče o nemocného s diagnózou akutního zánětu slinivky břišní závisí obecně na jeho stavu, předpokládaném průběhu onemocnění a musí být v souladu s naplánovaným diagnosticko – terapeutickým (*ošetrovatelským*) procesem. Potřeby každého pacienta jsou zcela individuální a nestálé, proto k jejich plnění ze strany zdravotníků je velice důležitá pozornost a přizpůsobivost. Ze zdravotnického personálu jsou sestry v kontaktu s nemocným nejčastěji, musí tedy snažit správně zaregistrovat jeho aktuální potřeby. Povinností sestry je tyto potřeby naplňovat, ale také podpořit jeho soběstačnost tak, aby byla míra ošetrovatelské péče dostatečná, ale nebyla nepřiměřená. Sestra musí umět potřeby nemocného uspokojit, ale zároveň by se měla snažit o motivování pacienta i jeho rodiny k zapojení procesu uzdravení.

U pacienta s akutní pankreatitidou se při ošetrovatelské péči se soustředíme na tlášení akutní bolesti a doplňování tělesných tekutin, proto se zajišťuje žilní vstup. Ten následně musíme v pravidelných intervalech kontrolovat, převazovat a dbát na prevenci infekce. Pokud je pacient po chirurgické operaci, je nutná péče o operační ránu a zamezení infekci. Dále se řeší nauzea, zvracení, průjem a případně zácpu. Obvykle se pacientovi zavádí NGS sonda na spád, která pomáhá pacientovi ulevit od zvracení a zamezí tvorbu sekretinu, který podněcuje tvorbu pankreatické šťávy. Dále pak zajišťujeme oblast výživy, která je v prvních dnech plně parenterální, pacient totiž nesmí přijímat nic per os. Po zklidnění stavu se parenterální výživa kombinována s výživou enterální, a to buď formou umělé výživy podávané NJS nebo NGS sondou, nebo formou perorální stravy. Důležité je i sledování bilance tekutin a monitorování fyziologických funkcí. Zcela určitě řešíme deficit sebedpěče při běžných denních činnostech, dále se staráme o psychický stav a informovanost pacienta. Nutné je i předcházet rizikům, do nichž se řadí riziko pádu, infekce, imobilizačního syndromu a podobně.

Sestra má za úkol informovat a poučit pacienta o průběhu léčby, vyšetřovacích a léčebných postupech, dietním režimu a také o komplikacích, které se mohou vyskytnout, pokud nebude dodržovat léčebný režim.

(Marečková, 2004, s. 17; Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 269)

3.1 Fáze ošetrovatelského procesu pacienta

Ošetrovatelský proces má pět fází, a to zhodnocení zdravotního stavu pacienta, diagnostika, plánování ošetrovatelské péče, realizace a vyhodnocení.

(Tóthová, 2014, s. 16)

3.1.1 Zhodnocení zdravotního stavu pacienta

První fází při zahajování ošetrovatelského procesu je zhodnocení zdravotního stavu pacienta. V této fázi sestra sbírá všechny potřebné informace o pacientovi, které jsou nezbytné k pro efektivní a plánovanou péči. Následně se všemi možnými prostředky sestra musí přesvědčit o platnosti a přesnosti nasbíraných informací a musí si je uspořádat tak, aby bylo možné ošetrovatelské problémy snadno identifikovat. Sběr informací musí být systematický a nepřetržitý, aby byla zajištěna aktuálnost informací a sestra dokázala reagovat na rychle měnící se zdravotní stav pacienta. Sběr dat a posuzování stavu pacienta jsou součástí všech následujících fází ošetrovatelského procesu, neboť napomáhá zhodnotit správnost celého procesu. K základním metodám získávání informací patří pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření.

Pozorování nám umožňuje zaznamenat vnější projevy chování člověka, na jejichž podkladě pozorujeme jeho prožívání. Pozorování musí být cílevědomé, systematické a plánovité, a tyto výsledky musí být co nejpřesněji zaznamenávány. Sestra sleduje nejčastěji pacientův celkový stav, fyziologické funkce, stav vědomí, soběstačnost, bdělost a spánek, funkce smyslových orgánů, objektivní příznaky a reakce nemocného na terapii. Pacient by měl být sledován nenápadně a nezaujatě, neboť jen tímto způsobem zajistíme objektivní výsledky pozorování. Sestra by měla mít dostatek odborných znalostí, které jsou základem k adekvátnímu zhodnocení a včasnému stanovení závažnosti situace.

Rozhovor je technika plánované komunikace, jejímž cílem jsou identifikovat problémy, nasbírání dat, poskytnout informace, vyhodnotit změny, poučit pacienta, poskytnout podporu, či rady. Rozhovor uplatňujeme ve všech fázích ošetrovatelského procesu. Před každým vstupním rozhovorem by si měla sestra nejprve získat potřebné informace o pacientovi z jeho zdravotnické dokumentace. Toto hraje velkou roli v následném naplánování rozhovoru k zaměření na nejdůležitější potřeby a problémy pacienta. Rozhovor by měl probíhat v příjemném prostředí, které by mělo zajišťovat dostatečný soukromí, důvěrnost a klid. Sestra se pro začátek rozhovoru představí, sdělí své

pracovní zařízení a vysvětlí mu cíl rozhovoru. Ověří si identifikaci nemocného a zároveň se informuje o tom, jak ho má oslovovat. V průběhu rozhovoru se sestra zajímá především o pacienta, je empatická, dodržuje odpovídající vzdálenost a aktivně naslouchá, takže si všímá jeho neverbální komunikace, snaží se o porozumění jeho pocitům. Během rozhovoru by sestra měla pozorně pacienta sledovat. Hodnotíme jeho vzhled, projevy, mimiku, gesta a interakci. Na závěr rozhovoru sestra shrne nabírané informace, čímž pacienta přesvědčí o svém zájmu a porozumění jeho problémům.

K doplnění první fáze ošetrovatelského procesu patří i fyzikální vyšetření. Zaměřuje se na pacientův somatický stav, u pacienta s akutním zánětem pankreatu se jedná především o bolest, nauzeu a zvracení, barvy kůže a sliznic, kožní turgor a případné defekty.

Shromážděné údaje třídíme na údaje subjektivní a objektivní. Subjektivní údaje jsou informace vyslovené pacientem a objektivní jsou údaje, které sestra o pacientovi zjistí. Objektivní i subjektivní údaje by se měly podpořit a vzájemně doplňovat, není-li tomu tak, je nutné shromažďovat další potřebné informace a situaci vyjasnit.

Zhodnocení zdravotního stavu pacienta probíhá při příjmu, kdy sestra zjišťuje ošetrovatelskou anamnézu pacienta. Ovšem nemocný s akutní pankreatidou bývá často v době příjmu v bolestech, případně v bezvědomí, takže si personál musí vystačit s pozorováním a fyzikálním vyšetřením pacienta, v případě, že je pacient při vědomí, s několika základními otázkami. V takovém případě se tedy zbytek anamnézy a důkladný rozhovor doplňuje až po základní stabilizaci stavu pacienta.

(Tóthová, 2014, s. 37-48)

3.1.2 Diagnostika

Druhou fází ošetrovatelského procesu je diagnostika. Zahrnuje analýzu a syntézu získaných informací, a ty nám napomáhají k určení ošetrovatelských problémů pacienta. „Cílem ošetrovatelské diagnostiky je rozpoznání a zhodnocení lidské reakce na nemoc.“ Od fáze diagnostiky se odvíjí další fáze ošetrovatelského procesu. K jednotlivým problémům přisuzujeme intervence, které pomohou problém odstranit, nebo alespoň zmírnit. Ošetrovatelská diagnostika určuje nejen skutečné problémy pacienta, ale i rizika, která mohou vést ke vzniku zdravotních problémů.

Je zapotřebí odlišovat ošetrovatelské diagnózy od diagnóz lékařských. Ošetrovatelská diagnóza většinou není chorobou samotnou, není tedy postavena na základě diagnostických vyšetření. Avšak vyjadřuje odpověď pacienta na chorobný proces, kterou sestra v rámci svých kompetencí identifikuje. Soustřeďuje se na změny vzniklé v souvislosti s chorobným procesem, a to ve všech oblastech jedince. Doplňuje a dodává ucelenost lékařské diagnózy a pomáhá k vykonávání komplexní péči o jedince.

Na začátku ošetrovatelské diagnostiky se vyskytuje analýza získaných dat vedoucí k rozpoznání problému. Ve spolupráci s pacientem určujeme abnormalitu a rizika problému. Vyvrcholením diagnostického procesu je vytvoření ošetrovatelské diagnózy. Ta se obvykle skládá ze tří částí – problémem, etiologií a projevy objektivními a subjektivními. Ošetrovatelské diagnózy mohou být aktuální, potenciální nebo diagnózy podporující zdraví. Za pomoci NANDA taxonomie vytvořené asociací sester NANDA International tyto ošetrovatelské diagnózy pojmenováváme.

Aktuální diagnózou je vyjádřen aktuální problém pacienta. Má vždy svůj název, definici, charakteristiku, související faktory a projevy. Související faktory mohou souviset s léčením, situací, patofyziologií problému či vývojem. Potencionální diagnózu odlišujeme podle rizikových faktorů, které se bez příslušné ošetrovatelské péče mohou přeměnit v novou aktuální ošetrovatelskou diagnózu. Potencionální ošetrovatelská diagnóza má opět svůj název, definici a související faktory, nemá ovšem své charakteristiky a projevy. Diagnózy k podpoře zdraví popisují reakci pacienta na psychickou a fyzickou pohodu a ochotu zlepšit funkci dané potřeby. Takové diagnózy se dají využít v dlouhodobější péči, kdy je možné dosáhnout zlepšení za pomoci edukace.

(Tóthová, 2014, s. 81-86)

Nejčastější aktuální ošetrovatelské diagnózy u pacienta s akutní pankreatitidou

00002 - nedostatečná výživa související s nauzeou a zvracením

00007 - hypertermie spojená s akutní pankreatitidou

00011 - zácpa vycházející ze zástavy peristaltiky v souvislosti se základním onemocněním/užívání opiátů

00013 - průjem související s abúzem alkoholu/ drážděním v gastrointestinálním traktu

- 00027 - deficit tělesných tekutin související s velkými ztrátami tekutin
- 00032 - neefektivní dýchání v souvislosti s bolestí/ vynucenou polohou těla
- 00044 - porušená tkáňová integrita v důsledku léčebných postupů
- 00078 - neefektivní léčebný režim související s nevhodnými zvyky v oblasti zdravotní péče
- 00085 - zhoršená pohyblivost v souvislosti s bolestí/ monitorací/ nauzeou a zvracením
- 00095 - porušený spánek plynoucí ze změny prostředí/ akutní bolesti/ strachu a úzkosti/ monitorování/ nevhodné polohy
- 00108 - deficit sebeděže při koupání a hygieně související s bolestí/ únavou/ léčebnými postupy
- 00109 - deficit sebeděže při oblékání a úpravě zevnějšku související s bolestí/ upoutáním na lůžko
- 00110 - deficit sebeděže při vyprazdňování pramenic z bolesti/ vynucené polohy
- 00132 - akutní bolest vzniklá v souvislosti se základním onemocněním
- 00134 - nauzea související se základním onemocněním
- 00146 - úzkost související se stresem/ změnou zdravotního stavu
- 00148 - strach v souvislosti s onemocněním/ zdravotním stavem/ léčebnými výkony

Nejčastější rizikové ošetrovatelské diagnózy pacienta s akutní pankreatitidou:

- 00004 - riziko infekce v souvislosti s operační ránou/ zavedeným PŽK/ zavedeným CŽK
- 00015 - riziko zácpy v souvislosti s imobilitou pacienta/ užíváním opiátů
- 00028 - riziko deficitu tělesných tekutin související se zvracením/ velkými ztrátami tekutin
- 00040 - riziko imobilizačního syndromu pramenic z bolesti/ vynucené imobility
- 00155 - riziko pádů v důsledku akutního onemocnění/ bolesti/ celkové tělesné slabosti

(Marečková, 2006, s. 24-28; Gordon, 2007, s. 91- 131)

3.1.3 Plánování ošetrovatelské péče

Plánování je třetí fází ošetrovatelského procesu, kdy na začátku musí sestra zhodnotit zdravotní stav a stanovit ošetrovatelské diagnózy. Tato fáze je velice důležitá, neboť v této fázi se stanovují cíle zaměřující se na pacienta a plánuje se ošetrovatelská strategie, která slouží k dosažení vytyčených cílů. Na základě vytyčení priorit, cílů a výsledných kritérií se sestavuje plán ošetrovatelské péče. Prioritami se určuje pořadí, v jakém se budou řešit pacientovy problémy. Při jejich určování lze vycházet kupříkladu z Maslowovy pyramidy potřeb. Nejdůležitější místem zaujímají život ohrožující problémy, mezi které patří činnost srdce, dýchání. Po nich následují ostatní fyziologické potřeby, mezi ně patří například výživa, vyprazdňování, hygiena, příjem tekutin a spánek. Po nich se řeší problémy ovlivňující jistotu a bezpečí, lásku, sounáležitost, sebeúctu a seberealizaci. Dále se určují očekávané výsledky. Ty mohou být krátkodobé či dlouhodobé, přičemž každým splněním krátkodobého cíle jde o přibližování ke splnění cíle dlouhodobého. Cíle musí být stručně zformulované a především reálné, aby bylo možné je opravdu splnit. Následně se vytvoří plán ošetrovatelské péče, ve které si určíme, jakým způsobem se budeme snažit cíle splnit. Plán musí být konkrétní a jasný, musí obnášet datum a podpis sestry, která ho sestavovala, a dále pak ošetrovatelské diagnózy s kódem, cíle, ošetrovatelské intervence a zhodnocení.

(Tóthová, 2014, s. 91-107)

3.1.4 Realizace ošetrovatelské péče

Čtvrtá fáze tedy předposlední fází ošetrovatelského procesu je ze všech nejdůležitější. Představuje realizaci naplánovaných aktivit, jejímž hlavním úkolem je naplnit určené cíle. Před zahájením realizace je třeba opětovně posoudit stav pacienta a provést případné změny plánu, odstranit neaktuální ošetrovatelské diagnózy, případně přidat nové ošetrovatelské diagnózy. Je třeba také připravit prostředí a pomůcky pro ošetrovatelskou péči a informovat pacienta o průběhu péče.

(Tóthová, 2014, s. 109-115)

3.1.5 Vyhodnocení

Poslední fáze ošetrovatelského procesu nám dává zpětnou vazbu, kontrolu nad tím, jestli jsme svým počínáním opravdu splnili stanovené cíle. Hodnotí účinnost péče,

kontroluje, zda se stav pacienta zlepšil či naopak zhoršil a zda došlo k naplnění jeho potřeb. Hodnocení provádíme za pomoci dotazování pacienta, pozorováním, měřením. Bývá termínované, průběžné nebo závěrečné. Hodnotíme nejen výsledky, ale celý proces, realizaci ošetrovatelské péče. To slouží k zlepšení kvality poskytované péče, zvýšení její účinnosti, vhodnosti a bezpečnosti.

(Tóthová, 2014, s. 125-130)

3.2 Nutrice pacienta s akutní pankreatitidou

V prvních dnech v akutní fázi zánětu je důležité nepodávat žádnou stravu a nápoje. Výživa se poté zajišťuje individuálně – dle BMI a závažnosti pankreatitidy. Po hladovce podáváme nejprve tekutiny a potom perorální rozmixovanou stravu bez tuku. U lehké formy pankreatitidy se může zkoušet orální příjem s omezením tuků již 4. den po hladovění. Nejprve se volí přísná pankreatická dieta zkombinovaným se sippingem. U pacientů se středně těžkou formou až těžkou formou zánětu se kombinuje parenterální výživa ve 4. den hospitalizace s enterální výživou do nasojejunální sondy, díky níž se vyhneme stimulaci pankreatu. Snahou snížit dávky parenterální výživy, pak navyšujeme enterální výživu za účelem postupného přechodu pacienta na plně enterální výživu. To slouží k zajištění energetického příjmu.

Šetřící dieta s omezením tuků (*označována dieta č. 4 – s omezením tuků*) musí obsahovat sacharidovou stravu bez tuku, mléka, mléčných výrobků. Dále je nesmírně důležité omezit živočišné tuky v jídle, ale také obohatit stravu o vitamíny a stopové prvky, především o zinek, selen a měď. Mezi základní doporučení patří také fakt, že by daný pacient měl jíst častěji, ale v menších porcích. Strava by se neměla se přepalovat. Je doporučeno zpracovávat potravu na sucho, vařením, dušením, přípravou bez tuku na teflonové pánvi a grilováním. Vhodné potraviny k doporučení patří suchary bez tuku, rýže, krupky, ovesné vločky, brambory. Místo koření se používá kopr, zelená petrželka, citronová šťáva. Masa se podávají pouze vařená, později dušená – maso se peče na sucho bez tuku, podlijí se tam a dusí se. Později přidáváme zeleninová pyré nebo nedráždivé ovocné kompoty. Ze zeleniny se řadí mezi povolené nenadýmavé druhy jako je mrkev, celer, petržel, rajčata bez semen, hlávkový salát. Z ovoce bez slupek a semen se tam řadí banány, meruňky, jablka, pomeranče. Výběr masa je také specifický – pouze hovězí, kuřecí bez kůže, králičí, rybí. Z vajec může pacient spořádat omezené množství, jen do příkrmu, avšak bílky neomezeně. Těmto potravinám se musíme vyhnout: kapusta, okurky, česnek,

paprika, zelí a houby; hrušky, třešně, jahody, maliny, všechny ořechy. Nevhodných potravin je víc: zejména tučná jídla, vejce jako samostatný pokrm. Dalším krokem je postupné přidávání malého množství tuku – čerstvé máslo, či kvalitní oleje. Celková denní dávka tuku by ale neměla být větší než 30g. Strava by se měla ovšem připravovat dle individuálních potřeb a tolerance pacienta, je tedy třeba stálý kontakt pacienta s nutriční terapeutkou.

Hlavní zásadou je zákaz alkoholu v jakémkoliv množství a to trvale.

(Svačina, 2008, s. 226-227; Marečková, 2004, s. 25, Marečková 2003, s. 13)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Akutní pankreatitida je závažným onemocněním, které často vzniká náhle a progresivně se zhoršuje. Výskyt nemoci má vzestupný potenciál a souvisí se zvyšující se konzumací alkoholu a živočišných tuků v potravě. Onemocnění má riziko komplikací, a proto může nastat ohrožující stav a následně skončit i smrtí pacienta. Nesnesitelné bolesti doprovázející toto onemocnění společně s nemožností běžného stravování vede k psychickému vyčerpání a komplikuje to spolupráci se zdravotnickým personálem. Ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou je proto náročná a zásadně důležitá, vyžaduje tedy spolupráci celého zdravotního týmu. Od sester se očekává, že bude mít teoretické vědomosti a praktické dovednosti. Proto se domnívám, že by bylo vhodné se zaměřit na ošetrovatelskou péči o pacienta s akutní pankreatitidou, aby péče byla maximálně efektivní a intenzivní, při níž by sestra měla dovést zajistit všechny bio, psycho, sociální potřeby.

„Jak nejlépe uspokojit výživovou oblast potřeb pacienta s akutní pankreatitidou?“

5 CÍL PRÁCE

Analyzovat potřeby pacienta s akutní pankreatitidou v oblasti výživy a ošetrovatelská péče v nemocnici.

5.1 DÍLČÍ CÍLE

1. Zjistit specifika potřeb nemocných s akutní pankreatitidou v oblasti výživy.
2. Rozebrat pocity nemocného v období zdravotní péče v nemocnici.
3. Posoudit z pohledu pacienta, jaká byla zdravotní péče personálu při hospitalizaci.
4. Navrhnout dietní jídelníček pro pacienty, kteří prodělali akutní zánět slinivky břišní.

5.2 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Ošetrovatelský proces = „systémový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet k individuálním potřebám ošetrovaného, řešit problémy a předcházet jim“ (Tóthová, 2014, s. 16)

Akutní pankreatitida = „zánět slinivky břišní, způsobený samonatrávením žlázy vlastními enzymy“ (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 263)

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Co patří do potřeb nemocného s akutní pankreatitidou v oblasti výživy?

Co vše pociťoval pacient při hospitalizaci?

Jak byl pacient spokojen se zdravotní péčí v nemocnici?

7 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Ke zpracování mé odborné práce jsem si vybrala metodu kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum mi umožňuje zkoumat a vyzpovídat respondenta, tak že se mohu do hloubky zaměřit na danou problematiku. Budu se moct soustředit na potřeby v oblasti výživy respondenta, uplatnit individuální a holistický přístup, který je dle mého názoru důležitý a zásadní u ošetrovatelské péče.

7.1 METODA

Má odborná práce je postavena na metodě případové studie, kdy jsem zkoumala konkrétní případy akutní pankreatitidy. Vyzpovídala jsem dva klienty, kteří akutní pankreatitidu již prodělali. Popsala jsem stav, v kterém byli při hospitalizaci. Zaměřila jsem se na to, jaké jsou potřeby pacientů v oblasti výživy a jaká byla ošetrovatelská péče v době hospitalizace.

8 VZOREK RESPONDENTŮ

Výběr pacientů byl zcela záměrný, abych se mohla soustředit na potřeby pacienta v oblasti výživy a na ošetrovatelskou péči o klienty s akutní pankreatitidou.

Kritéria výběru

1. Klient prodělal akutní zánět slinivky břišní.
2. Klientovo onemocnění proběhlo během posledního 1 roku.

9 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ

Informace potřebné k zpracování mé odborné práce jsem získala strukturovaným rozhovorem na základě předem připravených otázek k zodpovězení výzkumných otázek. K provedení rozhovorů jsem oslovila dva respondenty, kteří dříve akutní zánět pankreatu, již prodělali. Oba dva respondenti podepsali informovaný souhlas, ve kterém se zmiňuji o absolutní anonymitě. Informovaný souhlas naleznete v příloze. Rozhovory jsem prováděla v kavárnách, které respondentky vybraly. Rozhovory byly uskutečněny v období na začátku února. Před zahájením rozhovoru jsem je informovala o tom, že pokud bude nějaká otázka nepříjemná, nemusí na ni nutně odpovídat. Každé interview jsem nahrávala se svolením na elektronický diktafon, objektivní pocity dotazovaných jsem si také zaznamenala. Setkání trvalo okolo jedné hodiny, kdy jsem se snažila pokládat především otevřené otázky.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Nejprve jsem se věnovala stručnému popisu pacientů a dále jsem popsala uskutečněný rozhovor s pacienty. V další části jsem se snažila zodpovědět si všechny mé výzkumné otázky. V následující části jsem vytvořila vzorový jídelníček zaměřen na stravování jedinců, kteří prodělali akutní pankreatitidu. Všechny získané informace analyzovala v diskuzi a v závěru jsem hodnotila všechny stanovené cíle v mé práci.

11 PREZENTACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

11.1 Respondentka č. 1

Žena (26 let), s níž jsem vedla rozhovor, je sestřička v ambulanci a zároveň bývalá studentka ZČU. Nemocná s asthma bronchiale a atopickým ekzémem se od roku 2006 chronicky léčí s arteriální hypertenzí. Do nemocnice byla přijata pro průjmové onemocnění a bolesti břicha. Rozhovor probíhal v její oblíbené kavárně, byla velmi vstřícná a ochotná, na každou otázku odpovídala upřímně a pravdivě.

1) Okruh - Zjistit specifika potřeb nemocných s akutní pankreatitidou v oblasti výživy.

1. Kdy jste trpěla akutní pankreatitidou?

Bylo to minulý rok v květnu (18. 5. 2015 - 31. 5. 2015). Byla jsem hospitalizována dva týdny v nemocnici a poté jsem byla dva týdny na neschopence.

2. Jaké jste měla příznaky a jak jste se dozvěděla, že trpíte touto nemocí?

Měla jsem strašně silné bolesti břicha v epigastriu. Tlak v této oblasti byl intenzivní a později se zvyšoval, až přecházel v křeče. O nemoci jsem se dozvěděla až v nemocnici během své hospitalizace.

3. Víte, jaká byla příčina Vašeho onemocnění?

Doktoři mi řekli, že neví, z čeho to bylo, takže příčina byla zjevně neznámá.

4. Byla Vám při hospitalizaci zavedena NG sonda, a jaké to pro Vás bylo?

Ne neměla jsem žádnou sondu, všechnu výživu jsem dostávala „do žíly“, chci říct tedy parenterálně přes kanylu. (smích)

5. Pociťovala jste nauzeu, zvracení nebo jiné obtíže? Jaké Vás doprovázely obtíže, a jaký měly dopad na Vaši výživu?

Měla jsem nauzeu, teplotu, pořád jsem se tedy potila. Cítila jsem neustálé bušení srdce, ale to bylo tím, že jsem měla v těle zánět, a tím pádem i zvýšený tlak, navíc se s hypertenzí léčím už několik let. Co bylo nejvíc nepříjemné, byla ta přetrvávající bolest. Sestřičky se mi chodily pořád ptát na bolest. „Na stupnici od jedné do desíti jak Vás to bolí?“ Já jsem většinou odpovídala: „Devět.“

6. Jak jste vnímala režimová opatření – NPO, zákaz tekutin, omezení příjmu tekutin?

Ne moc dobře, jelikož mi zakázali jíst. Všechnu výživu mi podávali pomocí infúzí. První týden mi striktně zakázali jídlo a druhý týden už mi dávali alespoň suchary. První tři dny jsem mohla pít jen ráno a poté jsem mohla pít, ale málo a po douškách. Vyhrožovali mi, že pokud vyjdou špatné výsledky, můžu jít okamžitě na operační sál, tak chtěli být připraveni.

7. Co jste nejvíce postrádala v oblasti výživy v této době?

Bylo mi opravdu zle, že jsem v prvních dnech a po zbytek prvního týdne nic nepostrádala. Sama od sebe bych ani nejedla, jak mi bylo špatně, za to žízeň jsem měla velikou a pít jsem nemohla. Druhý týden už jsem měla chutě. Nevím, čím to bylo, ale žádný hlad jsem neměla, jelikož jsem takový jedlík a nejsem moc vybíravá. Nejspíš to bylo i těmi infúzemi, co mi dodávali dostatečnou výživovou bilanci.

2) Okruh - Rozebrat pocity nemocného v období zdravotní péče v nemocnici.

8. Kde a jak dlouho jste byla hospitalizovaná?

Byla jsem hospitalizovaná ve fakultní nemocnici Plzeň na Borech po dobu dvou týdnů, na infekční klinice. Jinde totiž nebylo místo, ale nevím, na jaké oddělení bych patřila. Nejspíš gastrointestinální nebo chirurgické oddělení specializované břišní oblast.

9. Jak jste se cítila v nemocničním prostředí?

Pravděpodobně jsem byla hospitalizovaná poprvé v životě, tedy možná ještě někdy v dětství, ale na to už si nevzpomínám, takže jsem se cítila celkem dobře. Na čtyřlůžkovém pokoji jsem byla úplně sama a televizi jsem měla zcela jenom pro sebe, a to jsem ani neplatila nadstandard.

10. Co jste pocítovala v prvních dnech hospitalizace? Co Vás nejvíce trápilo, obtěžovalo?

První dny byly příšerné, v duchu jsem si říkala, jak dlouho tam budu. Děsné bylo čekání na výslednou diagnózu. Ze všeho nejhorší byla intenzivní bolest, která nechtěla zmizet.

11. Jak jste vnímala v prvních dnech závislost na druhých?

Neexistovala pro mě žádná úlevová poloha. Bolest přetrvávala ve stoje, vsedě i vleže, ovšem já jsem se snažila být příjemná a nápomocná, protože to znám i z té druhé strany. Personál mi dopomáhal s oblékáním, do sprchy i na toaletu.

12. Jak jste se vypořádala s těmito pocity?

Zvládala jsem to. Nejsem žádná křehká květinka. (smích)

13. Podporovala Vás rodina, přátelé?

Ano, moc. Pouze jeden den jsem neměla návštěvu, jinak každý den mě přišel někdo navštívit. Přítel, máma, táta, babička, kamarádi, dokonce i bývalá spolužačka.

14. Bylo pro Vás tohle období těžké?

Ano, bylo. Nejtěžší pro mě bylo, že jsem nebyla doma. Jsem totiž zvyklá, že v noci vedle mě usíná můj přítel. A najednou jsem tam byla úplně sama v noci.

V posledních dnech, ATB zabírali, tak už jsem se nemohla dočkat, až pojedu domů.

15. Zažívala jste kruté, nesnesitelné bolesti? Bála jste se v tomto období o svůj život?

Ano, zažívala, ale o svůj život jsem se nebála. Ve výsledcích jsem měla hodnotu CRP: 257 a až doma jsem si na internetu přečetla, že od hodnoty CRP: 300 jde o stav ohroženého života. Kdybych to věděla, asi bych se o svůj život bála.

Mojí psychickou úlevou byla, když mi sestřička oznámila, že už mi kapou ATB.

16. Pociťovala jste slabost, úzkost, strach?

Pociťovala jsem slabost, úzkost a strach obecně o své zdraví. Všechny pocity byly ve mně rozhozené.

3) Okruh - Posoudit z pohledu pacienta, jaká byla zdravotní péče personálu při hospitalizaci.

17. Měla jste dostatek informací od zdravotníků vzhledem k dietním omezením?

Ano, zdravotníci mi poskytli dostatek informací. Dostala jsem šetrící dietu bez mastných jídel a dostatek tekutin. Později jsem obdržela i doporučení k vyšetření do gastroporadny.

18. Byla jste spokojen s ošetrovatelskou péčí personálu v nemocnici?

Ano, celý zdravotnický personál byl hodný a starali se o mě.

19. Co z vašeho pohledu zdravotní personál zanedbával a v čem naopak byl důsledný?

Asi v ničem, byli důsledný ve všem.

20. Co vám bylo nepříjemné v souvislosti s ošetrovatelskou péčí poskytovanou zdravotníky?

Jediné, co mi asi vadilo, že mi během dvou týdnů přepichovaly kanyly ob dva dny. Dohromady jsem měla 6 kanyl.

21. Byly nějaké problémy, se kterými jste se nemohl na zdravotníky obrátit?

Ne, znám to z té druhé strany a taky bych nebyla nadšená, kdyby za mnou pacient nemohl přijít s nějakým problémem.

22. Trpěl jste v době hospitalizace bolestmi? Pokud ano, vyšel Vám personál vstříc?

Ano, dostávala jsem léky na bolest, o které jsem si vždycky měla říct. Personál mi vyšel vstříc.

23. Věnoval se Vám zdravotnický personál po duševní stránce, a zajímal se o Vaši psychickou pohodu?

Ano, utěšovali mě. Doktorka, která se o mě starala, byla zlatá. Spojovala si vždycky mé příznaky a výsledky. Připomínala mi ženskou verzi doktora House (smích). Dokavad' nepřišla kloub tomu, co mi je, tak mě nenechala být.

11.2 Respondentka č.2

Této ženě je sedmačtyřicet let a má pracovní pozici jako zástupkyně vedoucí v pekárně. Nemocná s mírnou obezitou byla přijata do nemocnice z důvodu špatných laboratorních výsledků, s bolestmi břicha v levém epigastriu, zvracením a zimnicí. Rozhovor se uskutečnil v kavárně, kde byl dostatečný klid a kde hrála příjemná hudba. Respondentka působila velmi klidně a byla v dobré náladě.

1) Okruh - Zjistit specifika potřeb nemocných s akutní pankreatitidou v oblasti výživy.

1. Kdy jste trpěla akutní pankreatitidou?

Bylo to vloni na jaře, přesně 4. 3. 2015 – 11. 3. 2015.

2. Jaké jste měla příznaky a jak jste se dozvěděla, že trpíte touto nemocí?

Noc předtím, kdy jsem byla hospitalizována, jsem cítila strašlivé bolesti břicha, které se nacházely v levé části horní části břicha. Poté mě trápil pocit na zvracení a zimnice. Tu noc jsem statečně přečkala doma, protože já nejsem ten typ, co si hned volá sanitku. Až následující den jsem navštívila svého obvodního lékaře, který mě poslal na SONO vyšetření, podle něhož to vypadalo na žlučnickový kámen, který tam nakonec nebyl, a po rozboru krve mě nechali hospitalizovat a odvezli mě do nemocnice. Tedy o svém onemocnění jsem se dozvěděla až z laboratorních výsledků rozboru krve.

3. Víte, jaká byla příčina Vašeho onemocnění?

Příčinu nikdo neví. Jelikož z alkoholu ani z potravin to nebylo, takže zřejmě stresová příčina. Stres s Vámi může udělat leccos, o tom jsem se přesvědčila sama. V té době jsem toho měla spoustu v práci, samé zakázky.

4. Byla Vám při hospitalizaci zavedena NG sonda, a jaké to pro Vás bylo?

Sondu jsem neměla, potřebnou výživu jsem dostávala infúzemi přes kanyly.

5. Pociťovala jste nauzeu, zvracení nebo jiné obtíže? Jaké Vás doprovázely obtíže, a jaký měly dopad na Vaši výživu?

Nejvíce jsem měla zvracení a nevolnost. V prvních dnech jsem v sobě nic neměla, a přesto jsem neustále zvracela. Mělo to velký vliv na to, že jsem neměla ani chuť k jídlu. Pár dní jsem cítila i jakýsi odpor k jídlu.

6. Jak jste vnímala režimová opatření – NPO, zákaz tekutin, omezení příjmu tekutin?

Od doktorů jsem dostala přísnou dietu, velké dietní omezení. Co má člověk dělat, když mu zakáží jíst a pít. Jídlo mi tak nevadilo, ale pití bylo ze všeho nejhorší. Když má člověk ve zvyku denně vypít dva až tři litry denně, tak má neustálou žízeň. I když víte, že to v té infúzi je, tak je to divné.

7. Co jste nejvíce postrádala v oblasti výživy v této době?

Co jsem nejvíce postrádala? Určitě to nejvíc byla zelenina a ovoce. Jelikož jsem to denně spořádala velké množství zeleniny i ovoce, a najednou jsem nesměla skoro vůbec nic. Až někdy pátý den mi zkoušeli dávat meruňkové pyré. Veškerá strava v posledních dnech hospitalizace byla tekutá a rozmixovaná.

2) Okruh - Rozebrat pocity nemocného v období zdravotní péče v nemocnici.

8. Kde a jak dlouho jste byla hospitalizována?

Hospitalizovaná jsem byla ve Fakultní nemocnici Plzeň Lochotín na interním oddělení. Dohromady to bylo 7 dní.

9. Jak jste se cítila v nemocničním prostředí?

V nemocnici jsem se cítila hrozně, nebylo to personálem, ale tím prostředím nebo oddělením, na kterém jsem ležela. Na pokoji se mnou tam byli umírající pacienti, takže to tomu na psychice nepřidá, ale z hlediska personálu byli hodní, vstřícní a ochotní.

10. Co jste pocítovala v prvních dnech hospitalizace? Co Vás nejvíce trápilo, obtěžovalo?

V prvních dnech hospitalizace jsem cítila nejvíc tu bolest, ale s tím je člověk asi trochu i smířený. (smích) Jako každého, co mě trápilo a obtěžovalo, bylo to omezení infúzí. Tu infúzi jsem musela všude tahat s sebou nebo si musí pokaždé volat sestřičku, aby ho odpojovala a zpátky napojovala na infúzi, aby si mohl dojít na toaletu nebo se osprchovat, když ještě může.

11. Jak jste vnímala v prvních dnech závislost na druhých?

Ta závislost nebyla tak hrozná, já jsem byla v podstatě více méně soběstačná. Člověk to musí brát tak, jak to je. Snažila jsem se být nejvíc nápomocná, nechtěla jsem dalšímu člověku být přítěží.

12. Jak jste se vypořádala s těmito pocity?

Dobře, vzhledem k tomu, že jsem byla soběstačná.

13. Podporovala Vás rodina, přátelé?

Podpora mé rodiny a přátel byla výborná. Chodili mě navštěvovat a denně mi volali.

14. Bylo pro Vás tohle období těžké?

Ano bylo, kvůli těm bolestem. Tuhle bolest bych nepřála ani nepříteli. Nejhorší vlastně je, že mě to vůbec nenapadlo, že bych měla něco se slinivkou, jelikož jsem s ní neměla nikdy problémy. Kdybych se předtím opila nebo snědla nějaké tučné jídlo, ale v mém případě to bylo z ničeho nic, ze stresu.

15. Zažívala jste bolesti nesnesitelné, kruté? Bála jste se v tomto období o svůj život?

Ano byly to opravdu kruté bolesti, k tomu jsem měla i tu zimnici, takže jsem vůbec nespala. Ale nebála jsem se moc, jelikož nejsem nějak bojácný typ člověka.

16. Pociťovala jste slabost, úzkost, strach?

Tím, že mě to bolelo to břicho, tak mi vystoupl tlak a z toho důvodu jsem měla srdeční arytmií. Avšak bylo to spíše způsobené tou bolestí, vlastně v tom záchvatu bolesti, se mi zvýšil tlak a já se cítila úzkostná a slabá.

3) Okruh - Posoudit z pohledu pacienta, jaká byla zdravotní péče personálu při hospitalizaci.

17. Měla jste dostatek informací od zdravotníků vzhledem k dietním omezením?

Na konci hospitalizace jsem dostávala šetrící rozmixovanou dietu bez tuku. Poté jsem dostávala postupně týdenní a měsíční jídelníčky.

18. Byla jste spokojen s ošetrovatelskou péčí personálu v nemocnici?

Ano byla jsem velmi spokojena.

19. Co z Vašeho pohledu zdravotní personál zanedbával a v čem naopak byl důsledný?

Neřekla bych, že něco zanedbávali, možná málo kontrolovaly zavedené kanyly. Co se týče léků, byli velice důsledný, vždy když si člověk zazvonil, tak přišli a podali ordinovaný lék, popřípadě lék na bolest dle ordinace lékaře.

20. Co Vám bylo nepříjemné v souvislosti s ošetrovatelskou péčí poskytovanou zdravotníky?

Nedostatek soukromí. Když na pokoji je šest lidí a při nějakém vyšetření by si člověk přál víc soukromí, bylo by to na místě dopřát pacientovi dostatek intimity.

21. Byly nějaké problémy, se kterými jste se nemohla na zdravotníky obrátit?

Myslím, že ne. Ve všem mi vyhověli. Já jsem při všem k tomu dostala i alergickou reakci, kterou pak doktoři rychle vyřešili. Dostala jsem antihistaminika a bylo to zaléčené.

22. Trpěla jste v době hospitalizace bolestmi? Pokud ano, vyšel Vám personál vstříc?

Ano, trpěla. Během té hospitalizace mi vlastně dávali kapačky, aby mi tu bolest tlumili. Takže ano, personál mi vyšel vstříc.

23. Věnoval se Vám zdravotnický personál po duševní stránce, a zajímal se o Vaši psychickou pohodu?

Na to sestřičky asi neměly ani čas (smích), to by tam na oddělení musel být psycholog, co by se každému z nás individuálně věnoval. Tím, že tam chodí za Vámi ta rodina, tak sestřičky vidí, že ten nemocný má psychickou podporu.

12 DISKUZE

Výzkumné kvalitativní šetření má za cíl zmapovat specifika v oblasti výživy a subjektivní vnímání hospitalizovaných v nemocnici. Tento cíl jsem se snažila splnit prostřednictvím řízeným rozhovorem, který mě přivedl k zamyšlení nad touto problematikou a napomohl mi k vypracování výstupu práce.

Do výzkumného šetření jsem zařadila 2 respondentky, ve věku 26 a 47 let. Jednalo se o dvě ženy, které prodělaly v minulosti akutní pankreatitidu a byly hospitalizovány v nemocnici. Dalším kritériem bylo, že onemocnění měly pacientky během minulého roku, tedy v roce 2015, aby informace nebyly příliš zkreslené špatnou pamětí a domýšlením. Pro přehlednost jsem si otázky rozdělila do tří okruhů, tří podkapitol. V nichž je nejdříve shrnuto, jak se respondentky vyjádřily, následuje zhodnocení a zda se mé předpoklady naplnily.

12.1 Výzkumná otázka č. 1

(Co patří do potřeb nemocného s akutní pankreatidou v oblasti výživy?)

První okruh dotazů byl zaměřen na specifika potřeb nemocného související s výživou. Obě respondentky odpovídaly podobně. Popisují, jak jim byla podávána strava. V prvních dnech jim byla poskytována strava parenterálně, všechnu výživovou příjem přijímaly pomocí infúzí přes periferní žilní katétry. V tomto období na normální stravu neměly ani pomyslení, neboť obě pociťovaly nauzeu a nevolnost. Respondentka č. 2 uvedla, že neměla žádnou chuť k jídlu, cítila až jakýsi odpor k jídlu. Tyto odpovědi jsem očekávala, neboť každému z nás někdy bylo špatně a zažili jsme bolesti břicha. V té chvíli nemáme na nic chuť, natož hlad. Raději budete hladovět, než abyste si přitížili zhltnutím kousku jídla.

Předpokládala jsem, že jim byla zavedena NG sonda do žaludku, za účelem derivace žaludku nebo aby jim touto cestou byla aplikována umělá výživa. Mé očekávání se nenaplnilo. Ani jedna pacientka neměla sondu. Oběma byla přiváděna výživa pouze parenterálně přes kanyly do krve. Parenterální výživa obsahuje totiž dostatek výživových hodnot, živin, vitaminů, minerálů i stopových prvků k dočasně dostatečně uspokojivému fungování lidského organismu. Tento typ výživy je pouze dočasný, poté se přechází na perorální stravu, neboť přirozená cesta příjmu stravy je enterální, tedy ústy přes trávicí trakt, jímž se vstřebávají živiny, vitaminy, minerály a stopové prvky v lidském těle.

Dále jsem se jich dotazovala, jak vnímaly zákaz nic per os na určitou vymezenou dobu, zákaz tekutin či omezení tekutin. Pacientky nebyly moc nadšené, ostatně kdo by byl. Zákaz jídla byl snesitelný ve srovnání se zákazem tekutin, uvedly obě pacientky. Pocit žízně není zcela příjemný. Zatímco respondentka č. 1 mohla přijímat tekutiny omezeně alespoň po douškách, respondentka č. 2 měla v prvních dnech přísný zákaz příjmu tekutin. Pacientka č. 2 měla ve zvyku vypít denně 2 až 3 litry vody, proto zákaz tekutin byl pro ni velice nepříjemný. Ovšem jí byla zvlhčována alespoň ústa, ale to jí neposkytovalo dostatečnou úlevu. Režimová opatření týkající se omezení jídla a tekutin jsou ovlivněna aktuálním stavem a předchozí zkušeností. Obě pacientky byly s omezením jídla a tekutin hospitalizovány poprvé, neměly s tím žádné empirické zážitky.

Respondentka č. 1 uvedla, že jí v oblasti výživy první týden nic nescházelo, ale žízeň byla neuhasitelná, nemohla se napít tak, jak chtěla a potřebovala. Respondentka č. 2 nejvíce postrádala ovoce a zeleninu, ale pouze z důvodu, že měla ve zvyku denně jíst větší množství zeleniny i ovoce. Pro zvládnutí omezení, které vyplívají z aplikované léčby a pobytu v nemocnici, je nezbytná kvalitní ošetrovatelská péče a samozřejmě informovanost.

12.2 Výzkumná otázka č. 2

(Co vše pacient pociťoval při hospitalizaci?)

Akutní pankreatitida je chorobou dosti zatěžující a stresující pro lidský organismus, kdy je zapotřebí, aby se sestra starala nejen o potřeby fyzické, ale uspokojovala i psychické potřeby. Kapitola vypovídá o duševním rozpoložení pacienta. Zabývá se pocity a dojmy nemocného v nemocničním prostředí, jiným než domov. Pacientka č. 1 byla ve svém pokoji na infekčním oddělení spokojena, byla na pokoji sama a měla prostor sama pro sebe. Naopak respondentka č. 2 se na interním oddělení necítila dobře, na pokoji totiž ležela s umírajícími pacienty a na její psychiku to působilo depresivně.

Čekání na konečnou diagnózu bylo pro nemocnou č. 1 velice náročné. Pacientku č. 2 trápilo pouze omezení infúzí, pokaždé když potřebovala na toaletu nebo se osprchovat, musela volat sestřičku, aby ji od infúze odpojila. Závislost na druhých není pro každého přirozenou záležitostí. Samozřejmě že v dětství jsme zcela závislí na rodině a okolí, ale postupem věku se osamostatňujeme a záleží na každém z nás, zda nám je příjemné být závislí na druhých. Ovšem pokud se v určité chvíli dostaneme do situace, kde nám nezbyvá nic jiného než být závislí na druhých, měli bychom to přijmout a nechat si

pomoci a být vděční za každou pomoc. Závislost na druhých by měla být tedy jen dočasná a postupně by se měl pacient s dopomocí zdravotnického personálu dopracovat k soběstačnosti, aby mohl po propuštění domů nemocný fungovat sám nebo alespoň s dopomocí a podporou rodiny. Sám pacient by měl chtít a snažit se o soběstačnost.

Podpora rodiny a přátel je v procesu uzdravování velice důležitá. Obě respondentky měly více méně denně návštěvy. Podpoření rodinou v době nemoci napomáhá k udržení zdravé psychiky. Někomu to může vadit, ale myslím si, že když je člověk v nemocnici, kde není zvyklý na prostředí, tak mu rodina či přátelé svou návštěvou dopřejí něco, co jim je zvyklostí.

Nejtěžší ze všeho pro pacientku č. 1 bylo to, že nebyla doma ve svém. V noci měla ve zvyku usínat vedle svého přítele. Respondentka č. 2 považovala za nejhorší bolest, kterou zažívala. Bolesti byly kruté a neustálé, nechtěly se zastavit ani na chvíli. Bolest dokáže s člověkem spousta věcí. Bolest u akutní pankreatitidy patří mezi nejhorší bolesti, co člověk může zažívat spolu se žlučnickovými kolikami. Bolesti jsou intenzivní a tlak se zvyšuje, tělo se potí a snaží se najít úlevovou polohu. Doktoři se snaží tlumit bolest, aby pacient netrpěl.

Úzkost a slabost určitě již každý alespoň jednou v životě zažil. Tyto pocity člověk zažívá ve chvíli neznáma, v ohrožení, v bolesti. Nemocný cítí, že se v jeho těle něco děje. Často se bojí o svůj život. Má strach z neznámého. Pacientka č. 1 uvedla, že slabost i úzkost pociťovala v době hospitalizace. Měla obecně strach o své zdraví. Zdraví má člověk jen jedno. Měl by se o něj starat, udržovat si zdravou životosprávu, chodit na preventivní prohlídky, mít dostatečnou pohybovou aktivitu, sociální kontakt a umět si najít chvíli pro sebe a relaxovat. Nedávat si velké cíle, které nemá šanci splnit. Pacientka č. 2 byla nebojácný typ, o svůj život se tedy nestrachovala. Slabost a úzkost zažívala, ale to bylo z důvodu bolesti. Jak bolest přetrvávala, zvyšoval se jí krevní tlak, a to způsobilo srdeční arytmií.

Na každé klinice by měla být možnost konzultace s psychologem. V případě úzkosti, slabosti a strachu by to bylo vhodné řešení tohoto problému. Často se na tuto možnost zapomíná, psychická stránka pacienta jde stranou. V tomto období, kdy se pacient necítí být sám sebou, cítí se oslabený a kdy je odkázaný na ostatní, bych doporučila rozhovor s psychologem, který by pacienta vyslechl a pacientovi adekvátně pomohl.

12.3 Výzkumná otázka č. 3

(Jak byl pacient spokojen se zdravotní péčí v nemocnici?)

Zdravotní péče poskytovaná zdravotníky by měla být cílevědomá a komplexní, měla by zahrnovat i poskytnutí dostatek informací pro pacienta. Domnívala jsem se, že tuto oblast zdravotníci zanedbají, že spokojenost pacienta není na prvním místě. Na prvním místě je nejspíš uzdravení či rekonvalescence. Avšak tomu tak asi není. Spokojenost pacienta je jedním z důležitých elementů vedoucí k rychlejší rekonvalescenci, čehož se v nemocnici snažíme dosáhnout. Pacientka č. 1 se cítila velmi spokojeně se zdravotnickou péčí, ostatně i pacientka č. 2 si na nic nestěžovala. Dostatek informací v oblasti výživy měly obě dvě respondentky. Pacientce č. 1 lékaři naordinovali šetřící dietu bez mastných jídel a dostatek tekutin. Šetřící rozmixovaná dieta bez tuku byla v posledních dnech hospitalizace strava pacientky č. 2.

Obě respondentky se shodly na tom, že zdravotnický personál žádné své povinnosti nezanedbával z hlediska komplexní zdravotnické péče. Doktoři a nelékařský zdravotnický personál by měli spolu kooperovat, aby diagnostika a léčba byly nejefektivnější a nejrychleji vedly k rekonvalescenci. Na každém článku zdravotnického systému záleží. Každý splňuje svou funkci, aby celý tým mohl zajistit svůj účel.

Nepříjemné pocity, co se objevily v souvislosti s ošetrovatelskou péčí, spočívaly v tom, že u nemocné č. 1 se přepichovala kanyla ob den. Nemocná měla slabé a tenké žíly, které rády často praskaly. Ale nakonec se sestřičkám podařilo najít místo pro napíchnutí periferního žilního katétru. Nemocné č. 2 vadil nedostatek soukromí. Některá vyšetření by potřebovala větší intimitu, tvrdí nemocná č. 2, ale jak to pacientovi dopřát při polo-přeplněném pokoji spolupacientů? Zdravotnický personál by se alespoň měl snažit zajistit v rámci možností, co největší soukromí a klid. Pacient se bude moct dostatečně uvolnit, plně soustředit na svá očekávaná vyšetření.

U respondentek se nevyskytl žádný problém, s kterým se na zdravotníky nemohly obrátit. Všichni zdravotníci respondentkám vždy ve všem vyhověli. Pokud si přály léky na bolest, vždy medikamenty dostaly. Personál pokaždé vyšel vstříc.

Duševní stránka člověka se vždy řeší až na posledním místě. Očekávala jsem, že se zdravotníci po duševní stránce nebudou moci starat o pacienta, že nebudou mít na pacienty čas. Zatímco na respondentku č. 2 neměly sestřičky moc času se jí věnovat po psychické

stránky, respondentce č. 1 se věnovali lékaři i ostatní zdravotnický personál, utěšovali ji. Snažili se jí, co nejvíc pomoc. Pokoušeli se navodit pacientce psychikou pohodu a rozpoznat, když nemocná trpěla. Na duševní stránku by se nemělo zapomínat, je stejně důležitá jako ta fyziologická.

13 ZÁVĚR

Akutní pankreatitida je závažné onemocnění postihující slinivku břišní. Neexistuje žádná účinná prevence všech druhů akutních pankreatitid. Velkou pozornost musíme věnovat prevenci žlučnickových kamenů, které jsou nejčastější příčinou vzniku tohoto onemocnění, vznikajíc náhle a nastupujíc rychle, avšak má krátký průběh, který bez lékařské pomoci může skončit i smrtí. 10 % pacientů i přes všechna opatření končí smrtí. Podstatnou součástí léčby je odstranění zaklíněných žlučnickových kamenů způsobující obstrukci v pankreatických vývodech.

Léčba spočívá v chirurgickém řešení, které je indikováno podle stavu nemocného, rovněž i u endoskopických výkonů, které se provádějí pouze u některých nemocných, kdy se musí odstranit zaklíněný žlučnickový kámen uvízlý ve společném vývodu žlučových cest a pankreatu. Poslední možností léčby je léčba konzervativní, která zahrnuje specifická opatření, jako je hospitalizace v nemocnici, sledování základních životních funkcí, provedení vyšetření počítačové tomografie (CT), zahájení nitrožilní infuze zajišťující dostatečný přívod tekutin, minerálů a základních živin, dále lačnění a tlumení bolesti. Důležitost ses přikládá i abstinence alkoholu a to trvale. Po propuštění z nemocnice je nesmírně důležité dodržovat jídelníček, který musí být složen jen z potravin, které nedráždí slinivku břišní. Nízký obsah tuku, vysoký podíl sacharidů a bílkovin je podstatou vhodného složení pankreatické diety. V případě nedostatečné tvorby trávicích enzymů je nezbytně nutné konzumovat přípravky, které tyto enzymy obsahují.

Cílem mé bakalářské práce bylo analyzovat potřeby pacienta s akutní pankreatitidou v oblasti výživy a ošetrovatelské péče v nemocnici. Této problematice bylo věnováno kvalitativní výzkumné šetření formou rozhovorů s nemocnými, kteří prodělali toto onemocnění. Jsem si vědoma tomu, že každý pacient má své potřeby a že na základě dvou rozhovorů nemůžu zobecnit tyto výpovědi na všechny nemocné s akutní pankreatitidou. Každý pacient své onemocnění zažívá individuálně a prožívá jinak. Na základě psychiky pacienta si myslím, že by se zdravotníci měli zabývat i pacientovým strádáním po psychické stránce. Měli by mu umožnit konzultaci s psychologem.

Druhým cílem bylo sestavit vzorový jednodenní jídelníček, který bude nutričně vyvážený a bude sloužit jako pomocná příručka pro pacienty, kteří budou muset držet dlouhodobě pankreatickou dietu. Tento cíl byl splněn a jídelníček je zařazen v příloze. Uvědomuji si, že jídelníček sestavuje nutriční terapeut a že na základě mého zkoumání a

vytvoření výstupu práce, nemůže jídelníček sloužit každému nemocnému s akutní pankreatitidou stejně. Avšak měl by posloužit jako inspirace k doporučenému stravování a ke zdravé životosprávě.

LITERATURA A PRAMENY

BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr a TÓTHOVÁ, Valerie. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.

BĚLUNEK, Pavel. *Komplexní ošetřovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení*. Florence, 2009, roč. 5, č. 11, s. 17-20. ISSN 1801-464X.

BOUČKOVÁ, Eva. *Ošetřovatelská kazuistika nemocného s akutní pankreatitidou*. Praha, 2006. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce PhDr. Hana Horová

ČMUCHOVÁ, M. *Akutní pankreatitida – kazuistika: XII. dny intenzivní medicíny*. Ročenka intenzivní medicíny, 2005, s. 263-265.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Nová metodická doporučení pro management akutní pankreatitidy*. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. 2013, roč. 60, č. 4, s. 22. ISSN 1212-3048.

DYLEVSKÝ, Ivan; JEŽEK, Petr. *Základy funkční anatomie člověka. Palestra* [online]. Vos.palestra.cz [vid. 2016-03-10]. Dostupné z: <http://vos.palestra.cz/skripta/anatomie/10a5a2.htm>

HAMPL, Zdeněk. *Pancreatitis acuta, necroticans*. Lékařské listy, 2010, roč. 58, č. 1, s. 33-34.

HOLUBOVÁ, Adéla, NOVOTNÁ, Helena a MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, a.s., 2013. 268 s. ISBN 978-80-204-2806-6.

HVOZDOVIČOVÁ, Alena; STOLINSKÁ, Kateřina. *Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP*. Sestra, 2010, roč. 20, č. 12, s. 77-79. ISSN 1210-0404

JABŮRKOVÁ, Veronika. *Ošetřovatelská péče o pacienty s pankreatitidou*. České Budějovice, 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Alena Polanová.

KOHOUT, Pavel, LIŠKOVÁ, Marie a MENGEROVÁ, Olga. *Onemocnění slinivky břišní - dieta pankreatická*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2007. 132 s. Rady lékaře, průvodce dietou; sv. 3. ISBN 978-80-903820-3-9.

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

LATA J., BUREŠ J., VAŇÁSEK T., c2010: *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2

MAREČKOVÁ, Olga a MENGEROVÁ, Olga. *Nemoci slinivky břišní: dieta a rady lékaře*. Vyd. 1. Čestlice: Medica Publishing, 2004. 126 s. Dieta; sv. 14. ISBN 80-85936-52-6.

MAREČKOVÁ, Olga; PATLEJCHOVÁ, Eva; HOVORKOVÁ, Markéta. *Dieta při vlekém onemocnění slinivky břišní*. Praha: Triton s.r.o., 2003, ISBN 80-7254-412-8

MAZURKOVÁ, Ivana; VAVŘÍKOVÁ, Monika. *Kazuistika s onemocněním pancreatitis acuta*. Sestra, 2008, roč. 18, č. 2, s. 32-33. ISSN 1210-0404.

MOKRÁ, Alena. *Zdravá strava pro oslabenou slinivku: chutné recepty na každý den*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2009. 31 s. ISBN 978-80-251-2872-5.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

PLÁTEK, Jiří. Úspěšná prezentace. [online]. 2012 uspesnaprezentace.cz [vid. 2016-03-26] Dostupné z: http://www.uspesnaprezentace.cz/blog/kavarna-tvurci-mysleni-a-kreativni-pracovni-prostr/#.VvaWR_vhDIU

RODRIGO, Luis. *Acute Pancreatitis*. University of Oviedo: InTech, 2012. ISBN 978-953-307-984-4.

SALAČOVÁ, Eva; TLÁŠKOVÁ, Jiřina. *Péče o pacienta s akutní pankreatitidou*. Florence, 2006, roč. 2, č. 5, s. 22-23. ISSN 1801-464X

SVAČINA, Štěpán a kolektiv. *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-274-2245-6.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetřovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠKUBA, Jiří. *Enterální výživa snižuje riziko infekce u pacientů s těžkou akutní pankreatitidou*. Lékařské listy, 2014, roč. 2014, č. 4, s. 27-28

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

ŠPIČÁK, Julius. *Léčba akutní pankreatitidy*. Lékařské listy, 2010, roč. 59, č. 11, s. 23-27.

TÓTHOVÁ, Valerie a kol. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Vyd. 2. aktualizované. Praha: TRITON, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

VILÍMOVSKÝ, Michal. Jak funguje pankreas? *Medlicker* [online]. Praha: Medlicker.com, Ltd. [vid. 2015-11-24]. Dostupné z: <http://cs.medlicker.com/15-jak-funguje-pankreas>

ZAZULA, Roman; WOHL, Pavel. *Akutní pankreatitida*. *Medicína pro praxi*, 2005, č. 4, s. 147-151. ISSN 1214-8687.

SEZNAM ZKRATEK

ATB	antibiotika
APACHE II	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II
CHIBA	jednorázová jehla pro bioptickou aspiraci
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
g	gram
HCO ₃	hydrogenuhličitan
K	draslík
ks	kus
l	litr
mg/l	miligram/litr
mm	milimetr
mmol	milimol
Na	sodík
např.	například
NG sonda	nazogastrická sonda
NPO	nic per os
PaO ₂	parciální tlak kyslíku
pH	vodíkový exponent

RTG	rentgen
s.	strana
SONO	sonografie - ultrazvuk
T-drén	drén odvádějící žluč
tzv.	tak zvaně
ZČU	Západočeská univerzita

SEZNAM OBRÁZKŮ

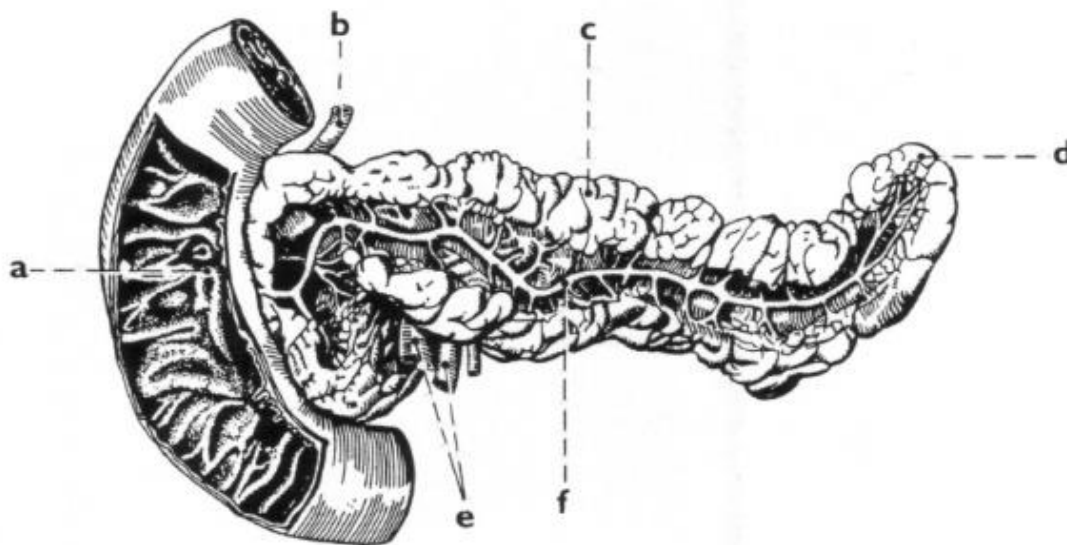
Obrázek 1: Anatomie slinivky břišní. Více viz Obrázek 2	13
Obrázek 2:	60
Obrázek 3: Maslowova pyramida	61

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Anatomie slinivky břišní
- Příloha č. 2 Maslowova pyramida
- Příloha č. 3 Informovaný souhlas
- Příloha č. 4 Struktura rozhovoru s pacienty
- Příloha č. 5 Jídelníček s pankreatickou dietou

PŘÍLOHA Č. 1 – ANATOMIE SLINIVKY BŘIŠNÍ

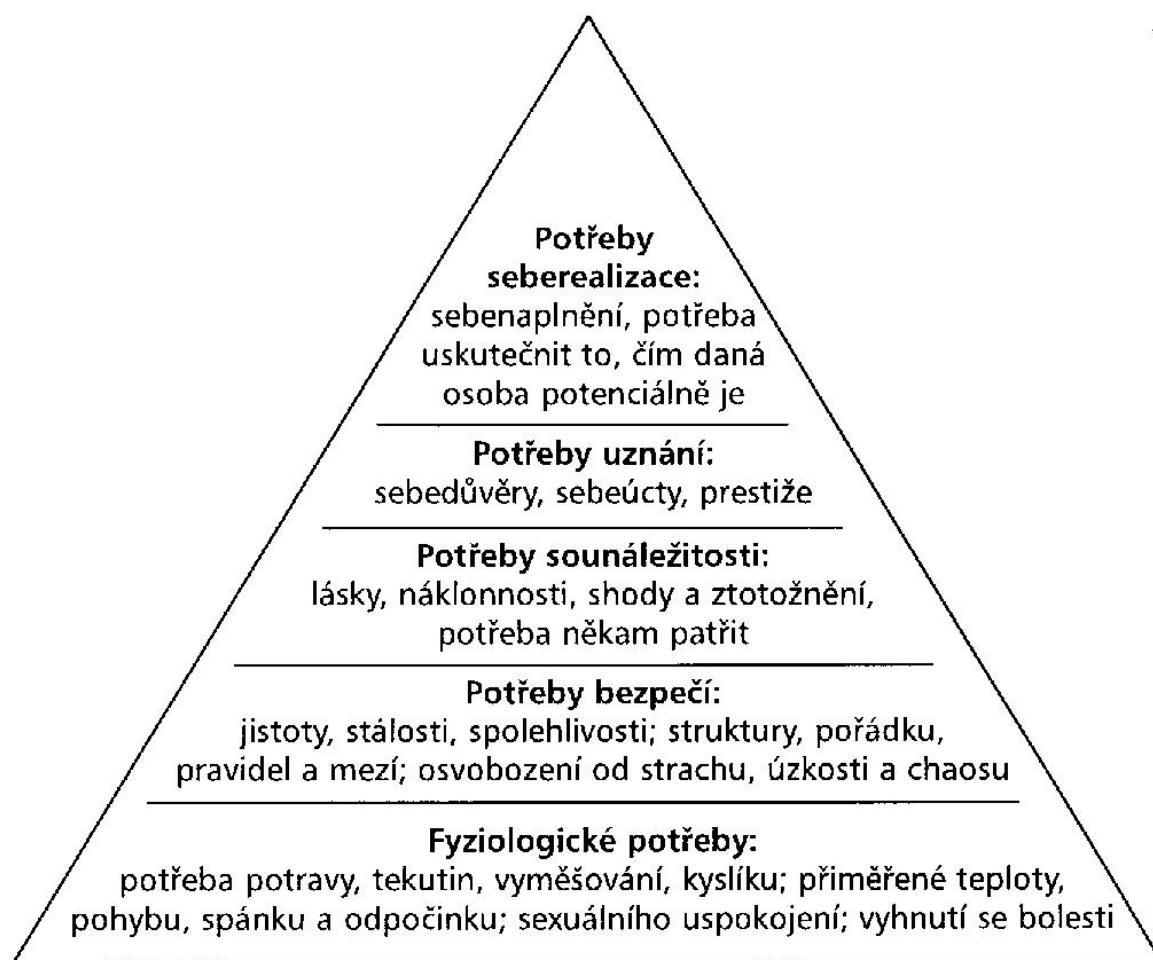
Obrázek 2: Anatomie slinivky břišní



Zdroj: DYLEVSKÝ, Ivan; JEŽEK, Petr. Základy funkční anatomie člověka. *Palestra* [online]. Vos.palestra.cz [vid. 2016-02-24].

PŘÍLOHA Č. 2 – MASLOWOVA PYRAMIDA

Obrázek 3: Maslowova pyramida



Zdroj: PLÁTEK, Jiří. *Úspěšná prezentace*. [online]. uspsnaprezentace.cz [vid. 2016-03-26]

PŘÍLOHA Č. 3 – INFORMOVANÝ SOUHLAS

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

STUDENT

Nguyenová Thanh Huong
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
Jana.nguyenthanh@gmail.com

VEDOUCÍ BP:

MUDr. Lenka Luhanová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
Lenka.Luhanova@seznam.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je analyzovat potřeby pacienta s akutní pankreatitidou v oblasti výživy a ošetrovatelská péče v nemocnici.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA Č. 4 – STRUKTURA ROZHOVORU S PACIENTY

1) Okruh - Zjistit specifika potřeb nemocných s akutní pankreatitidou v oblasti výživy.

1. Kdy jste trpěla akutní pankreatitidou?
2. Jaké jste měla příznaky a jak jste se dozvěděla, že trpíte touto nemocí?
3. Víte, jaká byla příčina Vašeho onemocnění?
4. Byla Vám při hospitalizaci zavedena NG sonda, a jaké to pro Vás bylo?
5. Pociťovala jste nauzeu, zvracení nebo jiné obtíže? Jaké Vás doprovázely obtíže, a jaký měly dopad na Vaši výživu?
6. Jak jste vnímala režimová opatření – NPO, zákaz tekutin, omezení příjmu tekutin?
7. Co jste nejvíce postrádala v oblasti výživy v této době?

2) Okruh - Rozebrat pocity nemocného v období zdravotní péče v nemocnici.

8. Kde a jak dlouho jste byla hospitalizována?
9. Jak jste se cítila v nemocničním prostředí?
10. Co jste pociťovala v prvních dnech hospitalizace? Co Vás nejvíce trápilo, obtěžovalo?
11. Jak jste vnímala v prvních dnech závislost na druhých?
12. Jak jste se vypořádala s těmito pocity?
13. Podporovala Vás rodina, přátelé?
14. Bylo pro Vás tohle období těžké?
15. Zažívala jste bolesti nesnesitelné, kruté? Bála jste se v tomto období o svůj život?
16. Pociťovala jste slabost, úzkost, strach?

3) Okruh - Posoudit z pohledu pacienta, jaká byla zdravotní péče personálu při hospitalizaci.

17. Měla jste dostatek informací od zdravotníků vzhledem k dietním omezením?
18. Byla jste spokojen s ošetrovatelskou péčí personálu v nemocnici?
19. Co z Vašeho pohledu zdravotní personál zanedbával a v čem naopak byl důsledný?
20. Co Vám bylo nepříjemné v souvislosti s ošetrovatelskou péčí poskytovanou zdravotníky?
21. Byly nějaké problémy, se kterými jste se nemohla na zdravotníky obrátit?
22. Trpěla jste v době hospitalizace bolestmi? Pokud ano, vyšel Vám personál vstříc?
23. Věnoval se Vám zdravotnický personál po duševní stránce, a zajímal se o Vaši psychickou pohodu?

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA Č. 5

Jídelníček s pankreatickou dietou

= dieta č. 4 - šetřící dieta s omezením tuků

Akutní pankreatitida je život ohrožující onemocnění vyžadující plnou parenterální výživu, kterou upravujeme stav vnitřního prostředí. Po akutní pankreatitidě podáváme nejprve per os tekutiny, pak enterální výživu, až později přidáváme tuk.

V případě akutní pankreatitidy je vždy dieta ordinována lékařem podle stavu nemocného a vývoje onemocnění. Jde o velmi přísnou dietu, jejíž předčasné uvolnění či dietní chyba pacienta může vést k závažným komplikacím. Samostatný jídelní lístek sestavuje individuálně nutriční terapeut/ dietní sestra.

Počáteční fáze zahrnuje stravu bez masa a tuku, tedy převážně strava s vyšším obsahem sacharidů. Postupně se přidává libové maso, mléčné výrobky a malé množství tuku. Veškeré teplé pokrmy je třeba připravovat vařením a dušením, tudíž bez použití tuku. Snižuje se celkové množství tuků na 60 g/den. Je vhodné na startu diety upravovat pokrmy umletím nebo rozmixováním, protože se jedná vždy o stravu s nízkým obsahem všech živin, vitaminů i energie, je tedy nutné doplňovat ji přípravky tekuté komplexní výživy k popíjení (sippingu).

Ve většině případů trpí pacient nechutenstvím či nevolností a nedokáže proto sníst běžné velikostní porce. Proto se doporučuje dodržovat pravidelnost v rozdělení denních jídel, raději malé dávky a častěji, nejlépe pětkrát denně a vynechat objemné večeře. Raději jíst pomalu a potravu důkladně rozkousat a dostatečně dlouho žvýkat.

Při tomto onemocnění platí kromě zákazu silně kořeněných jídel, zákaz skořápkového ovoce, slupky a hrubé vlákniny, i nižší obsah soli. Dále platí naprostý zákaz konzumace alkoholických nápojů. Teprve s delším odstupem od vzniku onemocnění je podle vyvolávací příčiny třeba s lékařem konzultovat možnost konzumace malého množství nízko alkoholového nápoje (pivo, víno).

JEDNODENNÍ VZOROVÝ JÍDELNÍČEK PRO PACIENTY, CO V NEDÁVNÉ DOBĚ PRODĚLALI AKUTNÍ PANKREATITIDU

Snídaně:	zelený čaj, 1ks netučného jogurtu a 80 g pečiva
Přesnídávka:	ovocná přesnídávka 1ks
Oběd:	hovězí polévka rychlá zapečené brambory se špenátem a krutí šunkou mrkvový salát s jablky
Svačina:	čaj, 150 g banánu
Večeře:	italské špagety

JEDNOTLIVÉ RECEPTY K POKRMŮM

Hovězí polévka rychlá

50 g mletého libového hovězího masa, 30 g kořenové zeleniny, sůl, petrželka

Mleté hovězí maso dáme do studené vody, osolíme a vaříme ½ hodiny. Pak přidáme nastrouhanou zeleninu a vaříme, až je měkká. Do hotové polévky dáme sekanou petrželku.

Celkem: 3 g tuků

Zapečené brambory se špenátem a krutí šunkou

300 g brambor, sůl, 80 g krutí šunky, 80 g zmrazeného špenátu, 1 bílek, 3 lžíce mléka, 5 g oleje

Uvařené, prochládlé, oloupané brambory nakrájíme na plátky. Zmrazený špenát na mírném ohni a za stálého míchání necháme roztát a podle chuti osolíme. Do vymazané ohnivzdorné misky dáme vrstvu brambor, osolíme, poté dáme vrstvu špenátu a na kostičky nakrájenou krutí šunku, opět vrstvu brambor atd. Poslední vrstvu musí tvořit brambory. Nakonec zalijeme rozšlehaným bílkem a mlékem a dáme zapéci při 200°C.

Celkem: 15 g tuků

Mrkvový salát s jablky

100 g mrkve, 50 g jablka, cukr, citronová šťáva, sůl

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

Celkem: 0 g tuků

Italské špagety

80 g špaget, 5 g slunečnicového oleje, 20 g rajčatového protlaku, 60 g krůtí nebo libové vepřové šunky, 5 g eidamu, sůl

Ve slané vodě uvařené špagety slijeme, promícháme s olejem, rajčatovým protlakem a na kostičky nakrájenou šunkou. Na talíři ozdobíme špetkou nastrouhaného sýra.

Celkem: 12 g tuků

Zdroj: MAREČKOVÁ, Olga. *Dieta při vlekém onemocnění slinivky břišní*, s. 30, 46, 49, 54; SVACHINA, Štěpán a kolektiv. *Klinická dietologie*, s. 224-226