

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Karolína Hesová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Karolína Hesová

**ŽIVOTNÍ STYL PACIENTŮ S DIAGNÓZOU AKUTNÍ
PANKREATITIDA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

PLZEŇ 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Hesová Karolína

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Životní styl pacientů s diagnózou akutní pankreatitida

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

Počet stran – číslované: 48

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: akutní pankreatitida, životní styl, edukace, pacient

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá životním stylem pacientů s diagnózou akutní pankreatitida. V teoretické části se věnuji anatomii slinivky břišní, akutní pankreatidě a její klasifikaci, příčinám, příznakům, komplikacím, diagnostice a léčbě. Dále je v teoretické práci zmíněna ošetrovatelská péče, edukace a životní styl.

Praktická část byla realizována kvalitativním výzkumným šetřením. Data byla získána polostrukturovaným rozhovorem od pěti pacientů s diagnózou akutní pankreatitida. Následně tyto data podlehla otevřenému kódování a kategorizaci.

Výsledkem bakalářské práce je zhodnocení životního stylu pacientů s diagnózou akutní pankreatitida. Jako výstup z bakalářské práce byla vytvořena informační brožura.

Abstract

Surname and name: Hesová Karolína

Department: Of Nursing Care and Delivery Assistance

Title of thesis: Lifestyle of patients diagnosed with acute pancreatitis

Consultant: Mgr. Pavlína Tůmová

Number of pages – numbered: 48

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 32

Keywords: acute pancreatitis, lifestyle, education, patient

Summary:

This bachelor's thesis deals with the lifestyle of patients diagnosed with acute pancreatitis. In the theoretical part I focus on the anatomy of the pancreas, acute pancreatitis and her classification, causes, symptoms, complications, diagnostics and treatment. Nursing care, education and lifestyle are also mentioned in the theoretical part.

The practical part was implemented through a qualitative research investigation. Data were obtained through a semistructured interview from five patients diagnosed with acute pancreatitis. Subsequently, these data were subject to open coding and categorization.

The result of the bachelor thesis is an evaluation of the lifestyle of patients diagnosed with acute pancreatitis. An educational brochure was created as an output from the bachelor's thesis.

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavlíně Tůmové za ochotu, odborné vedení práce, poskytování cenných rad, které byly velkou pomocí při psaní této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala své rodině a přátelům, kteří mi byli oporou.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	13
2 SLINIVKA BŘIŠNÍ	14
2.1 Stavba a uložení slinivky břišní	14
2.2 Sekreční činnost slinivky břišní	14
2.2.1 Endokrinní činnost.....	14
2.2.2 Exokrinní činnost.....	15
2.2.3 Vývody slinivky břišní	15
3 AKUTNÍ PANKREATITIDA.....	16
3.1 Charakteristika akutní pankreatitidy	16
3.2 Patogeneze akutní pankreatitidy	16
3.3 Klasifikace akutní pankreatitidy	16
3.4 Etiologie.....	17
3.4.1 Biliární akutní pankreatitida	17
3.4.2 Alkoholem způsobená akutní pankreatitida	18
3.4.3 Post- ERCP pankreatitida	18
3.4.4 Akutní pankreatitida při hypertriglyceridemii	18
3.5 Komplikace	18
3.5.1 Pankreatická nekróza	19
3.5.2 Pankreatická pseudocysta	19
3.5.3 Akutní peripankreatická tekutinová kolekce	20
3.6 Klinická symptomatologie	20
3.7 Diagnostika	20
3.7.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření	21
3.7.2 Laboratorní vyšetření.....	21
3.7.3 Zobrazovací metody	22
3.8 Léčba.....	23
3.8.1 Konzervativní léčba	23
3.8.2 Výživa u akutní pankreatitidy.....	25
3.8.3 Chirurgická léčba.....	27
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	28
4.1 Monitorování vitálních funkcí	28

4.2	Zavádění a péče o vstupy	30
4.2.1	Centrální žilní katétr	30
4.2.2	Permanentní močový katétr	30
4.2.3	Nasogastrická sonda, enterální sonda	31
5	ŽIVOTNÍ STYL	32
5.1	Výživa	32
5.2	Pitný režim	32
5.3	Pohyb	33
5.4	Spánek	33
6	EDUKACE	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	35
7	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	35
8	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	36
8.1	Hlavní cíl	36
8.2	Dílčí cíle	36
8.3	Dílčí výzkumné otázky	36
9	METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	37
9.1	Metodologie výzkumu	37
9.2	Charakteristika sledovaného souboru	37
9.3	Organizace výzkumu	38
9.4	Zpracování dat	38
6	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	39
9.5	Kategorie 1: Životní styl před diagnózou akutní pankreatitida	39
9.5.1	Subkategorie: Strava	40
9.5.2	Subkategorie: Alkohol	41
9.5.3	Subkategorie: Pohyb	42
9.5.4	Subkategorie: Kouření	43
9.5.5	Subkategorie: Stres	44
9.6	Kategorie 2: Oblasti edukace pacienta s diagnózou akutní pankreatitida	45
9.6.1	Subkategorie: Edukace- strava	46
9.6.2	Subkategorie: Edukace- alkohol	47
9.6.3	Subkategorie: Edukace- pohyb	48
9.6.4	Subkategorie: Edukace- kouření	49
9.6.5	Subkategorie: Edukace- stres	50
9.7	Kategorie 3: Životní styl po prodělané akutní pankreatitidě	51
9.7.1	Subkategorie: Strava	52
9.7.2	Subkategorie: Alkohol	53

9.7.3	Subkategorie: Pohyb.....	54
9.7.4	Subkategorie: Kouření.....	55
9.7.5	Subkategorie: Stres.....	56
DISKUZE.....		57
ZÁVĚR.....		59
SEZNAM LITERATURY.....		60
SEZNAM PŘÍLOH.....		64
PŘÍLOHY.....		65
	Příloha A, Informovaný souhlas.....	65
	Příloha B, Souhlas s výzkumem.....	66
	Příloha C, Informační brožura.....	67
	Příloha D, Otázky k rozhovoru.....	68

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1, Identifikační data participantů	37
Tabulka 2, Životní styl před diagnózou akutní pankreatitida.....	39
Tabulka 3, Strava.....	40
Tabulka 4, Alkohol.....	41
Tabulka 5, Pohyb.....	42
Tabulka 6, Kouření.....	43
Tabulka 7, Stres.....	44
Tabulka 8, Edukce pacienta s diagnózou akutní pankreatitida.....	45
Tabulka 9, Edukace- strava.....	46
Tabulka 10- Edukace- alkohol.....	47
Tabulka 11, Edukace- pohyb.....	48
Tabulka 12, Edukace- kouření.....	49
Tabulka 13, Edukace- stres.....	50
Tabulka 14, Životní styl po prodělané akutní pankreatitidě.....	51
Tabulka 15, Strava.....	52
Tabulka 16, Alkohol.....	53
Tabulka 17, Pohyb.....	54
Tabulka 18, Kouření.....	55
Tabulka 19, Stres.....	56

SEZNAM ZKRATEK

AP	Akutní pankreatitida
ATB	Antibiotika
cm.....	Centimetry
CRP	C- reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
CŽK	Centrální žilní katétr
DM.....	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiografie
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
GIT.....	Gastrointestinální trakt
CHOPN.....	Chronická obstrukční plicní nemoc
JIP	Jednotka intenzivní péče
ml	Mililitr
mm Hg	Milimetr rtuťového sloupce
NGS	Nasogastrická sonda
NPB.....	Náhlá příhoda břišní
PMK.....	Permanentní močový katétr
RTG	Rentgen

ÚVOD

Akutní pankreatitida je závažné zánětlivé onemocnění slinivky břišní. Řadí se do náhlých příhod břišních a může mít i smrtelný průběh. Toto onemocnění výrazně ovlivňuje život pacienta nejen v akutní fázi, ale také po celý život. Počet případů se každoročně zvyšuje. Nejčastější příčinou akutní pankreatitidy je cholelitiáza a nadměrné užívání alkoholu. Obě tyto příčiny vyplývají z nedodržování zdravého životního stylu. (Krška, 2019) Velkým problémem tohoto onemocnění je recidiva, ke které dochází při nedodržování životosprávy, o které jsou pacienti informováni při propuštění z nemocnice.

Toto téma bylo vybráno záměrně, jelikož pracuji na chirurgickém oddělení ve Stodské nemocnici a s pacienty, kteří jsou hospitalizováni s akutní pankreatitidou, se setkávám často.

V teoretické části je popsána anatomie slinivky břišní, charakteristika akutní pankreatitidy. U akutní pankreatitidy jsou také zmíněny příčiny, příznaky, diagnostika, léčba a ošetrovatelské péče. Další kapitoly se zabývají životním stylem a edukací.

V praktické části se zabývám životním stylem před a životním stylem po prodělané akutní pankreatitidě. Dále je zkoumáno, jakým způsobem byli účastníci edukováni.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit jaký je životní styl pacientů s diagnózou akutní pankreatitida.

Výstupem je informační brožura o akutní pankreatitidě, kde jsou uvedeny příčiny, příznaky, léčba a prevence. Dále zde najdeme telefonní číslo do Stodské nemocnice na gastroenterologickou ambulanci a nutriční poradnu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Akutní pankreatitida-*„je primárně neinfekční onemocnění slinivky břišní, u kterého celkový stav pacienta, intenzita léčby a její výsledek je dán závažností tohoto onemocnění“* (Česák, Koláčková 2013)

Životní styl- *„je způsob života založený na zjistitelných vzorcích chování, které ovlivňují zdraví v pozitivním nebo negativním smyslu. Životní styl, respektive chování každého jedince, je formován a) jeho individuálními osobnostními charakteristikami, b) sociálními podmínkami a c) vlastnostmi životního prostředí“* (Kunzová, 2013)

Edukace- *„je proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“* (Juřeníková, 2010)

Na základě klíčových slov byl uskutečněn sběr odborné literatury pro psaní této bakalářské práce. Do klíčových slov jsme zařadily pojmy: akutní pankreatitida, životní styl, edukace, pacient. Pro výběr literatury bylo vymezeno časové období od roku 2012 do roku 2023. Výběr odborného materiálu byl proveden ve Studijní vědecké knihovně Plzeňského kraje a v Knihovně zdravotnických studií. Dále byly podklady vyhledávány na Google Scholar, PubMed a Medvik.cz.

2 SLINIVKA BŘIŠNÍ

2.1 Stavba a uložení slinivky břišní

Slinivka břišní (*pankreas*) je laločnatá žláza, šedo-růžově zbarvena, která navazuje na trávicí systém. Je lokalizována v dutině břišní pod bránicí a játry, před aortou a dolní dutou žílou, za žaludkem a malou předstěrou, nad příčným tračníkem a mezi slezinou a dvanáctníkem. U dospělého jedince má hmotnost přibližně 60 až 90 gramů a dorůstá do rozmezí 12 až 18 centimetrů. Je uložena sekundárně retroperitoneálně, což znamená, že je zčásti překryta peritoneem a zčásti je obklopena retroperitoneálním tukem. Zprava doleva se skládá z hlavy, těla a ocasu. Hlava (*caput pancreatis*) je nejširší částí, která je umístěna do konkavity duodena ve výšce druhého lumbálního obratle. Tělo pankreatu (*corpus pancreatis*) spojuje hlavu a ocas, dosahuje až k levé ledvině. Ocas pankreatu (*cauda pancreatis*) navazující na tělo je zúžený, směřující vlevo a dosahuje až ke slezině. Okysličená krev je do pankreatu přiváděna z *truncus coeliacus* a *arteria mesenterica superior*. Odkysličenou krev odvádí *vena mesenterica superior* a *vena linealis*. Pankreas je žláza s vnitřní a vnější sekrecí. Sekreci slinivky břišní snižuje sympatikus a zvyšuje naopak parasympatikus. (Dvořáčková, 2013, s.20, Krška, 2019, s. 24-28., Trna a kol., 2021, s.)

2.2 Sekreční činnost slinivky břišní

2.2.1 Endokrinní činnost

Pankreas se skládá z 1-2 milionů Langerhansových ostrůvků a každý má průměr přibližně 0,3 milimetru. Ve středu každého ostrůvku je kapilára, do které se přímo uvolňují právě vzniklé hormony. Buňky Langerhansových ostrůvků vytváří čtyři peptidové hormony. Glukagon je produkován Alfa buňkami a činí přibližně 25 % ostrůvků. Inzulin tvoří beta buňky, kterých je 60 %. 10 % Langerhansových ostrůvků činí delta buňky, které vylučují somatostatin a F buňky produkující pankreatický peptid. Úkolem glukagonu je zvyšovat hladinu krevního cukru. Podnětem pro sekreci glukagonu je tedy hypoglykémie (nízká hladina krevního cukru). Vlivem glukagonu se v játrech štěpí glykogen zpět na glukózu, čímž se zvyšuje její hladina v krvi. Zvýšenou tvorbu a sekreci lze také navodit stresem či sympatiem. Produkci glukagonu reguluje inzulin a somatostatin. Vlivem inzulinu vniká glukóza do buněk, díky čemuž se snižuje hladina glykémie. Nedostatku inzulinu vede k hyperglykémii a naopak jeho přebytek způsobuje hypoglykémii. Somatostatin je regulační hormon a ovlivňuje vylučování inzulinu a glukagonu. (Krška, 2019, s. 32-33, Orel, 2019, s.301-303, Longnecker, 2014)

2.2.2 Exokrinní činnost

Většinová část pankreatického parenchymu je složena z exokrinních žlázových buněk, které jsou uspořádány do serózních acinů. Přibližně 86 % žlázy je exokrinní část. Slinivka břišní produkuje v acinech za 24 hodin 1-2 litry pankreatické šťávy, která odtéká do duodena. Pankreatická šťáva neutralizuje pH, protože obsahuje vysoký podíl hydrogenuhličitanů, důsledkem kterých je zásaditá. Neutralizací pH chrání sliznici před poleptáním. Dále se v ní vyskytuje voda a enzymy. Mezi trávicí enzymy řadíme pankreatickou lipázu štěpící tuky, pankreatickou alfa amylázu, jež hydrolyzuje škrob a trypsin, který štěpí bílkoviny. Sekrece pankreatické šťávy je řízena humorálně a nervově. (Krška, 2019, s.31, Trna a kol. 2021, s. 28, Longnecker, 2014)

2.2.3 Vývody slinivky břišní

Šťáva je odváděna z acinů vsunutými vývody, dále pokračují jako intralobulární a interlobulární. Navazuje na ně hlavní vývod (*ductus pancreaticus*), který vede celou žlázou od ocasu až k hlavě, kde ústí společně se žlučovým vývodem do Vaterské papily. Na konci se nachází Oddiho svěrač. Přídatný vývod pankreatu (*ductus pancreaticus accersorius*) shromažďuje enzymy jen z hlavy pankreatu a prochází nad hlavním vývodem a ústí nad Vaterskou papilu do duodenální papily. (Krška, 2019, Trna a kol., 2021)

3 AKUTNÍ PANKREATITIDA

3.1 Charakteristika akutní pankreatitidy

Akutní pankreatitida je rychle se rozvíjející primárně neinfekční onemocnění slinivky břišní. Jedná se o velmi závažný stav řadící se do náhlých příhod břišních. Primárně postihuje pankreas a následně postihuje orgány dalších systémů. Nastává bezprostředně po spouštějící příčině a její průběh je proměnlivý, avšak má tendenci k úplnému uzdravení. AP je podmíněna neregulovatelnou aktivací proteolytických enzymů uvnitř slinivky břišní. Dochází k samonatravení žlázy a také k zánětlivé reakci lokální, někdy až k systémové. Závažnost tohoto onemocnění je dána rozsahem postižení slinivky břišní a systémovými projevy. Celosvětová incidence činí 5-73 nových případů na 100 000 obyvatel za rok. Každoroční nárůst incidence AP má nejspíše dvě příčiny. První je častější diagnostika AP a druhá je prevalence rizikových faktorů AP v populaci. Pravděpodobně s častější diagnostikou AP souvisí rutinní vyšetřování laboratorních markerů AP. (Bartůněk, 2016, s.510, Krška, 2019, s. 53)

3.2 Patogeneze akutní pankreatitidy

Proces AP probíhá ve čtyřech etapách. První se nazývá intraacinarní etapa. Druhá je místní, pankreatická a peripankreatická zánětlivá fáze. Druhou fází nahrazuje systémová zánětlivá fáze a přechází v poslední fázi rozvoje extrapancreatických a infekčních komplikací. Při první etapě dochází k nitrobuňkové autoaktivaci lipázy a proteázy a k jejich následnému přechodu do intersticia. Dochází k aktivaci granulocytů, monocytů, makrofágů, endotelů a krevních destiček. Dále se aktivuje koagulační kaskáda, kininová kaskáda a nitrobuňkové faktory a enzymy. Mediátory zánětu vtáhnou do slinivky břišní další buňky, aktivují je a zvýší propustnost pankreatických vývodů a buněčných membrán. Postižena je vlastní žláza i peripankreatická tkáň. Působky uvolněné v oběhu vedou k rozvoji syndromu systémové zánětlivé odpovědi. K infekci pankreatických a extrapancreatických nekróz dochází v poslední etapě. Sníží se bariérové funkce střevní a následně dochází k bakteriálnímu přerůstání v tenkém i tlustém střevě a nakonec k přemístování bakterií. Dochází k hematogennímu rozsevu přes lymfatický systém a dále k infekci nekróz. (Bartůněk, 2016, s.510-511)

3.3 Klasifikace akutní pankreatitidy

Klasifikaci AP uskutečňujeme pomocí Atlantské klasifikace, která byla vytvořena v roce 1992. Tato původní klasifikace uváděla dvě formy AP, a to formu lehkou a formu

těžkou. Atlantská klasifikace byla v roce 2012 upravena, nyní rozděluje AP na lehkou, středně těžkou a těžkou formu dle závažnosti a rozsahu. (Krška, 2019, s.67-70, Česka a kol.,2015, s.448)

Lehká (edematózní) forma představuje 80 % případů AP. Nevznikají zde komplikace a potřebuje pouze symptomatickou léčbu. Trvá přibližně 7-10 dní. Po vymizení příznaků se pacientovi podává nízkotučná dieta. Mortalita u lehké formy představuje necelé 1 %. (Krška, 2019, Česák, Koláčková, 2013)

U středně těžké formy dochází k přechodnému selhání orgánů a k následné rychlé normalizaci funkce. (Trna a kol., 2021)

Těžká forma vyžaduje dlouhodobou hospitalizaci s intenzivní péčí. Je charakteristická hemoragicko-nekrotickým zánětem. Je zde velké množství komplikací. Mezi místní komplikace lze zařadit nekrózu, pseudocystu nebo trombózu splenické a portální žíly. Do systémových komplikací patří orgánové selhání či zhoršení stávajících chronických onemocnění jakými mohou být srdeční selhání, DM, CHOPN a další. Je zde velké riziko hypovolemického šoku. Mortalita dosahuje až k 20 %. (Česák, Koláčková, 2013, s. 97, Trna a kol., 2021, s. 49, Krška,2019,s.67-70)

3.4 Etiologie

Příčina AP je známa u 75-80 % pacientů. V 15-25 % je příčina AP nejasná. Mezi nejčastější příčiny akutní pankreatitidy řadíme cholelitiázu (přibližně 40-50 %) a nadměrné užívání alkoholu (30 %). Další možností vzniku je i komplikace po ERCP vyšetření. AP mohou vyvolat i léky, infekce a metabolické příčiny jako hypertriglyceridemie a hyperkalcemie. (Trna a kol., 2021, s. 52)

3.4.1 Biliární akutní pankreatitida

Biliární akutní pankreatitida je častější u žen a starších osob. Žlučový kamen (do 5 mm) či žlučové bahno způsobuje neprůchodnost žlučovodů v blízkosti pankreatického vývodu nebo v blízkosti Vaterské papily. Tím se zvyšuje intraduktuální tlak a dojde překonání obranných mechanismů, což způsobí aktivaci trypsinogenu. (Česák, Koláčková, 2013, s.97) U akutní biliární koliky lze zaznamenat zvýšené transaminázy a bilirubin, dále také drobná litiáza a anamnéza biliární koliky. (Trna a kol, 2021, s. 54)

3.4.2 Alkoholem způsobená akutní pankreatitida

Abúzus alkoholu je druhá nejčastější příčina AP s častějším výskytem u mužů. Prokázalo se, že konzumace více než 80 gramů alkoholu za den po dobu více než 6-12 let způsobuje chronickou pankreatitidu. U deseti procent pacientů s chronickou pankreatitidou dochází k atakám akutní pankreatitidy. Nejspíše ve vzniku alkoholové AP hraje roli více faktorů, tudíž přesný mechanismus vzniku není známý. (Česák, Koláčková, 2013, s. 97) Alkohol v kombinaci s kouřením výrazně zvyšuje riziko vzniku akutní pankreatitidy. (Trna a kol., 2021, s. 55, Krška, 2019, s. 57) Nynější znalosti však upřednostňují teorii přímého toxického působení alkoholu na slinivku břišní u predisponovaného jedince (na základě genetických faktorů nebo faktorů prostředí). Toxické poškození na buněčné úrovni může být způsobeno přímo alkoholem nebo častěji jeho metabolity. Slinivka břišní je orgán, kde se alkohol aktivně metabolizuje, zejména v acinárních buňkách, ale také ve hvězdicových buňkách. (Krška, 2019, s.57)

3.4.3 Post- ERCP pankreatitida

Stav po ERCP vyšetření je uváděn jako třetí nejčastější příčina vzniku. Ke vzniku ataky AP po endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii dochází v 2-9 % případů. Příčina vzniku není zcela jasná. Jedním z důvodů vzniku může být podráždění vývodů slinivky břišní endoskopem, především u složitějších výkonů, které potřebují více času na provedení a tím dochází k většímu podráždění. Další příčinou může být alergická či chemická reakce na podanou kontrastní látku, případně poškození, při kterém dochází k zavlečení střevního obsahu do vývodu při výkonu nebo bakteriální kontaminace, která způsobuje záneť. (Česák, Koláčková, 2013, s. 98)

3.4.4 Akutní pankreatitida při hypertriglyceridemii

AP při hypertriglyceridemii patří mezi metabolické příčiny, ale může být i doprovodem AP vyvolané jinou příčinou. Hypertriglyceridemie se dělí na primární a sekundární. Mutace některého z genů, která souvisí s metabolismem tuků, způsobuje primární hypertriglyceridemii. Sekundárně může být důsledkem po konzumaci alkoholu nebo potravy s vysokým obsahem tuku, po těhotenství či diabetu nebo při snížené funkci štítné žlázy. (Trna a kol., 2021, s.56 Krška, 2019, s.57-58)

3.5 Komplikace

Akutní pankreatitida může mít mnoho komplikací různé závažnosti. Některé mohou jen zhoršit stav pacienta a tím prodloužit dobu hospitalizace, jiné jsou přímo život ohrožující.

Většina komplikací se vyvine během 2-3 týdnů po nástupu onemocnění. Komplikace můžeme dělit do tří skupin. První jsou lokální na slinivce, kam se řadí nekrózy, pseudocysty a abscesy. Druhou skupinou jsou lokální v okolí slinivky břišní, kam lze zařadit ascites, střevní ischemii, intraperitoneální krvácení, obstrukční ikterus nebo trombózu portální žíly. Třetí jsou systémové, do plicní patří nevdusnost plicní tkáně, výpotky a hypoxie. Mezi kardiogenní umístíme šokové stavy, arytmie a perikardiální výpotky. Krvácení a střevní ischemie je gastrointestinální systémová komplikace a akutní renální selhání patří do renálních systémových komplikací. (Česák, Koláčková, 2013, s., Krška, 2019)

3.5.1 Pankreatická nekróza

Mezi nejčastější komplikace patří nekróza slinivky břišní nebo infekce nekrotických oblastí v okolí pankreatu či v jeho blízkosti. Vyskytuje se přibližně u 20 % pankreatitid. 40-50 % nekroz je nesterilních během prvních 72 hodin od vzniku, dochází k riziku rozvoje sepse, která je jedna z nejčastějších smrtelných komplikací. Do nejčastějších patologických příčin řadíme *Escherichia Coli* (25 %), *Pseudomonas sp.* (15 %), *Klebsiella sp.* (15 %), *Proteus sp.* (10 %) a ostatní bakterie. Ve většině případů je infekce způsobena translokací bakterií ze střevních lumen, ale riziko infekce je i při přechodné přítomnosti bakterií v krvi spojené například se zavedením centrálního žilního katétru nebo dlouhodobou močovou katetrizací. Nynější statistiky udávají, že lepší prognózu mají pacienti s extrapancreatickou nekrozou než pacienti s čistě pankreatickou nekrozou nebo kombinovanou nekrozou pankreatickou a nekrozou okolní tkáně. Důležitým ukazatelem je u nekrózy velikost, jelikož čím větší je nekróza, tím se zvyšuje riziko komplikací a chirurgické léčby. (Česák, Koláčková, 2013, s. 104-105, Krška, 2019, s.73)

3.5.2 Pankreatická pseudocysta

Přibližně u 12-55 % pacientů s AP můžeme vidět pseudocysty, což jsou další časté komplikace. Častěji lze tuto komplikaci pozorovat u mužů. Vzniká v průběhu 4-8 týdnů jako opouzdřená akutní tekutinová kolekce, která má neepitelizovanou stěnu tvořenou granulační vazivovou tkání. Umístění a velikost pseudocyst se může lišit. Jedna třetina pseudocyst bývá umístěna v hlavě žlázy a zbylé dvě třetiny jsou v ocasu slinivky břišní. Velikost může být od 2 do 30 centimetrů. Jestliže obsah pseudocysty není infikován, tak bývá vodnatý a obsahuje velké množství pankreatických enzymů. Až 65 % pseudocyst se po nějaké době samo regreduje, přibližně 10 % se infikuje, čímž vzniká pankreatický absces, a někdy dochází k samovolnému vyprázdnění do dutiny břišní. (Česák, Koláčková, 2013, s. 104, 105)

3.5.3 Akutní peripankreatická tekutinová kolekce

Akutní peripankreatická tekutinová kolekce vzniká v brzkých fázích AP. U 30-50 % pacientů dochází ke vzniku již v průběhu 48 hodin. Nyní je klasifikována podle časového průběhu AP, ohraničení a obsahu tekutinové kolekce. Akutní peripankreatická tekutinová kolekce většinou obsahuje enzymy pankreatické šťávy a má různý průběh. Buď se spontánně resorbuje během 2-4 týdnů, nebo se ohraní a může se vyvinout pseudocysta. Převážná část kolekcí zůstává sterilní. Tvarově jsou nepravidelné a ohraničené, mohou být v různých počtech a mít různou velikost. Nejčastější komplikací tekutinové kolekce je její infikace, ke které dochází 3-4 týdny od začátku příznaků. Obsahem infikované kolekce mohou být bubliny plynu. Dalšími komplikacemi mohou být ruptura a únik tekutiny do podbřišnicové dutiny nebo krvácení z poškozené cévy. Neprůchodnost žlučových cest a gastruoduodenálního traktu nebo mechanický syndrom může být způsoben velkou ohraničenou kolekcí. Lepší průběh a prognózu má infikovaná kolekce než infikovaná nekróza, která má dvojnásobnou mortalitu. (Trna a kol. 2021, s.76, Krška,2019, s.75)

3.6 Klinická symptomatologie

Hlavním symptomem AP je prudká bolest břicha, která je popisována v horní polovině břicha a epigastriu s možnou propagací do zad. Vzniká náhle a je velice intenzivní. V případě biliární příčiny lze zpočátku pocítovat kolikovitý charakter bolesti. Bolest může setrvávat i několik dní se zhoršením po příjmu stravy a tekutin, zvláště po požití alkoholu. 90 % pacientů uvádí nauzeu a zvracení bez úlevy, později vzniká porucha střevní pasáže. Mezi systémové příznaky řadíme tachykardii, subfebrilii, tachypnoe a leukocytózu. Při ambulancním vyšetření bývá normální či mírně zvýšená hladina C- reaktivního proteinu (CRP) po několika hodinách od vzniku potíží. Při nekrotizující pankreatitidě u těžké formy AP dochází k retroperitoneálnímu krvácení v okolí třísel, které se označuje jako Grayův- Turnerův příznak. Dále můžeme pozorovat hematoma v okolí pupku, což se nazývá Cullenův příznak. Při středně závažné a těžké AP má pacient vzedmuté břicho. (Krška, 2019, s.79, Trna a kol., 2021, s.64)

3.7 Diagnostika

Diagnostika AP je postavena na laboratorních vyšetřeních, pečlivě odebrané anamnéze a na zobrazovacích metodách. Zobrazovací metody slouží k potvrzení či vyvrácení diagnózy a hodnotí stupeň postižení. Ke stanovení diagnózy musí být plněny dvě ze tří kritérií. Prvním je pankreatická bolest, druhým kritériem jsou hodnoty sérové amylázy nebo lipázy,

kteře jsou třikrát vyšší než normální hodnoty. Třetím kritériem je nález AP na zobrazovacích metodách. (Krška, 2019, s.79)

3.7.1 Anamnéza a fyzikální vyšetřeni

U náhlých příhod břišních je zásadní zjistit, kdy obtíže začaly, typ bolesti a zda jsou přítomny další doprovodné příznaky jako zvracení, průjem, zácpa, horečka nebo nechutenství. Dále klademe otázky týkající se užívání léků, které mohou být chronickou medikací nebo byly vzaty těsně před vznikem obtíží. Dále zjišťujeme, jestli má pacient tyto obtíže poprvé nebo se s nimi setkal v minulosti. Ptáme se, co těmto potížím předcházelo. Ptáme se pacienta, co jedl, a také na požití alkoholu, který může svědčit akutní ethylické pankreatitidě. (Páral, 2020, s. 145-147)

V anamnéze převládá bolest břicha lokalizovaná hlavně ve středním epigastriu, ale pacienti si mohou stěžovat také na bolest v pravém horním kvadrantu, difuzní bolest nebo vzácně na bolest v levé části břicha. Bolesti u pankreatitidy s biliární příčinou může po požití velkého množství tučného jídla předcházet žlučnicková kolika. Alkoholové příčině většinou předchází abúzus alkoholu jeden až tři dny před nástupem bolesti. Bolest je trvalá a má proměnlivou intenzitu a trvá několik hodin až dní. Je charakterizována pruhovitým vystřelováním bolesti v zádech nebo bývá udávána úlevová poloha v předklonu. Bezbolestný typ AP je mnohem méně častý, představuje asi 5-10 % případů a je pozorován u pacientů po transplantaci ledvin. (Česák, Koláčková, 2013, s.101)

3.7.2 Laboratorní vyšetřeni

Normální či mírně zvýšená hodnota C- reaktivního proteinu lze změřit v ambulanci několik hodin od vzniku bolesti. (Trna a ko.l, 2021, s.64) Nejčastěji se k diagnóze AP využívají sérové hodnoty pankreatických markerů amylázy a lipázy. Trojnásobně zvýšená hodnota je diagnostickým kritériem. Již za šest hodin od začátku bolesti lze zaznamenat zvýšené hodnoty amylázy. Elevaci amylázy prokážeme po dobu 3-5 dnů. Zvýšenou amylázu lze rozpoznat i v případě akutní apendicitidy, cholecystitidy, mimoděložních těhotenství a dalších. Proto je potřeba odebrat i lipázu, jelikož je více specifická. Vzestup lipázy lze detekovat stejně rychle jako hodnoty amylázy, ale v krvi jsou detekovatelné ještě 7-14 dní. Může být také ovlivněna patologicky při renální insuficienci a renálním selhání a dalších. (Krška,2019, s.82, Trna, 2021, s.64-65) Další nezbytná laboratorní vyšetřeni, která se provádí, jsou jaterní testy, které jsou zvýšené, mineralogram, glykémie, urea a kreatinin. V mineralogramu sledujeme převážně hodnotu kalcia a kalia, kdy hodnota kalcia klesá, jelikož se usazuje v ne-

krózách. Dále odebíráme krev na vyšetření krevního obrazu, na kterém lze pozorovat leukocytóza a anémie, která může značit krvácivé komplikace. (Bartůnek, 2016, s.512,) Ze zá-
nětlivých parametrů je také odebírán prokalcitonin. V moči lze pozorovat zvýšené hodnoty
amylázy a trypsinogenu. (Krška, 2019, Trna a kol.,2021, Gooszan, 2013)

3.7.3 Zobrazovací metody

Zobrazovací vyšetření slouží nejen k diagnostice AP, ale i k určení stupně postižení
a sledování změn v delším časovém úseku. Zobrazovací metody nejsou nezbytné u lehké
formy AP. Naopak u středně těžké a těžké formy jsou nezbytné a zásadním způsobem ovliv-
ňují léčbu. Zobrazovací metody, které jsou používány k diagnostice AP, jsou RTG nativní
snímek břicha, sonografické vyšetření, magnetické rezonance, výpočetní tomografie a
ERCP. (Krška, 2019, s.83, Česák, Koláčková, 2013, s.102)

RTG se provádí u pacientů s bolestmi břicha nejasné příčiny. V prvním kontaktu
s pacientem pomáhá vyloučit NPB. Úkolem je vyloučit jinou příčinu potíží jako například
ileózní stav, urolitiázu nebo pneumoperitoneum. Komplikovanou AP lze rozpoznat na RTG,
kde jsou viditelné střevní hladiny v epigastriu následkem paralýzy proximálních kliček ten-
kého střeva, která je způsobena lokální zánětlivou reakcí. (Krška, 2019, s.85, Trna a kol.,
2021, s.69, Česák, Koláčková, 2013, s.102)

Méně finančně náročné a dostupné je ultrasonografické vyšetření. Toto vyšetření lé-
kaři dodává přesnější informace o nálezu na slinivce břišní. Může být ale omezeno celkovou
tělesnou stavbou pacienta nebo plynatostí střeva. Dokáže posoudit velikost, tvar, odrazivost,
strukturu tkáně a okolí. Dále pomůže detekovat pleurální výpotek, ascites a peripankreatické
nebo pararenální kolekce. Přínosem tohoto vyšetření je stanovení nebo vyloučení biliární
příčiny. (Česák, Koláčková, 2013, s.102, Trna a kol, 2021, s.69-70)

Metodou s doposud nejpreciznějším anatomickým rozlišením je výpočetní tomogra-
fie (CT). Pomocí CT s kontrastní látkou, která je vpravena intravenózní cestou, lze rozpo-
znat, zda se jedná o edematózní či nekrotickou AP. Dále lze určit závažnost nálezu na sli-
nivce břišní, ale také i možné komplikace, kterými mohou být pseudocysty. Bez podání kon-
trastní látky můžeme hodnotit zvětšení žlázy a denzitu, která se vlivem otoku snižuje. Ke
klasifikaci tíže akutní AP se používá Balthazar score, které hodnotí rozsah a charakter po-
stižení žlázy a okolní tkáně. Rutinně se pacientům toto vyšetření neprovádí. Okolo 80 %
pacientů má lehký průběh AP a u této formy je CT vyšetření zbytečné. U středně závažné a
těžké formy AP je CT vyšetření nezbytné pro správné vedení léčby a může být indikováno

několikrát během onemocnění. Jelikož v prvních 48-72 hodinách není patrná nekróza pankreatu, proto se CT neprovádí hned při příjmu. (Česák, Koláčková, 2013, s. 102, Krška, 2019, s.84-85)

ERCP neboli endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie je kombinovaná endoskopická metoda s rentgenovým vyšetřením, které se primárně využívá k vyšetření žlučových cest a pankreatického vývodu. Jelikož se jedná o invazivní výkon, tak s sebou nese jisté riziko komplikací. Mezi nejčastější komplikace patří vznik AP, krvácení, perforace a akutní cholangitida. Bývá indikována u biliární AP. V případě, že je u pacienta prokázána přítomnost konkrémentu, tak tato metoda ho dokáže odstranit. ERCP je prováděn na specializovaném pracovišti. Před tímto vyšetřením je nezbytná speciální příprava pacienta. (Krška, 2019, s. 86, Trna a kol., 2021, s.60)

Magnetická rezonance (MR) je časově i finančně náročnější a méně dostupnou metodou než ultrasonografické vyšetření a CT. Je možné ji využít u pacientů s kontraindikací jódové kontrastní látky. Limitací při vyšetření je spolupráce pacienta. (Trna a kol., 2021, s.71)

3.8 Léčba

Typická léčba AP neexistuje, jelikož závisí na závažnosti a variabilním průběhu onemocnění, proto je velmi individuální. AP je možné léčit dvěma způsoby, a to konzervativní nebo chirurgickou metodou. Léčba AP vyžaduje časnou a agresivní tekutinovou resuscitaci, vyloučení příjmu potravy per os, léčbu bolesti, časnou enterální výživu, časnou podporu životních funkcí, ERCP, antibiotickou léčbu a chirurgickou léčbu. (Česák, Koláčková, 2013, s.107)

3.8.1 Konzervativní léčba

Terapie **lehké formy** většinou nevyžaduje hospitalizaci na lůžkách intenzivní péče. Pacienti jsou obvykle hospitalizováni na standartním oddělení se základní monitorací fyziologických funkcí a sledováním příjmu a výdaje tekutin. Dochází k symptomatologické léčbě, pokud nenastanou komplikace. Jestliže pacient zvrací či je přítomný ileózní stav, zavádí se nasogastrická sonda. Vzhledem k příznakům AP je zpočátku perorální příjem vyloučen a je indikována infuzní terapie, která slouží k pokrytí denního příjmu tekutin. Zpočátku je podávána infuzní terapie kontinuálně. Léčba umožňuje rychlou realimentaci ihned po odeznění příznaků a nevyžaduje speciální postupy. Pacientovi jsou podávána analgetika, jelikož bolest je krutá a nesnesitelná. V první fázi trvající 2-5 dní se nepodává nic per os, aby se předešlo

sekreci pankreatických enzymů. Ve druhé fázi, která trvá 3-7 dní, kontrolujeme hladiny enzymů a pacient popisuje absenci bolesti. Probíhá realimentace, kdy pacient dostává pevnou dietní stravu s omezením tuků a dostatkem sacharidů. V poslední fázi začíná dodržovat šetřící dietu. (Bartůněk, s. 514 Trna a kol., 2021, s. 83 Krška)

K pacientovi **se středně těžkou AP** přistupuje lékař i nelékařský personál stejně jako k pacientovi s těžkou formou AP. To znamená, že se stabilizuje a dle ordinace lékaře je podána enterální výživa. Při absenci komplikací může být dieta převedena na perorální výživu podobně jako u lehké formy AP. Pokud se stav zhorší, postupuje se opatrně a prodlužuje se délka hospitalizace. Pacienti se středně těžkou formou AP jsou většinou bez pozdních následků a mají příznivou prognózu. (Trna a kol., 2021, s.83-84)

Těžkou formu akutní pankreatitidy léčíme na jednotkách intenzivní péče, kde monitorujeme vitální funkce. U těžké formy AP často dochází k hypovolémii, která je způsobena omezením příjmu per os, zvracením, pocením a únikem do třetího prostoru jako jsou výpotky v dutinách. Proto se co nejdříve zahajuje tekutinová resuscitace, která zlepšuje průtok krve tkáněmi, zmírňuje rozsah poškození slinivky břišní a také stabilizuje pacienta. Tekutinová léčba musí být zahájena již na ambulanci. Používají se převážně krystaloidy. V prvních 24 hodinách je doporučeno podávat 2500-4000 ml tekutin. V pravidelných časových intervalech je potřeba sledovat bilanci tekutin, monitorovat vitální funkce a kontrolovat klinické i laboratorní parametry, kterými jsou hematokrit, laktát, sérová urea nebo kreatinin, které ukazují stav hydratace. Indikátorem dostatečné diurézy je hodnota 0,5-1,0 ml/kg/h. Zavedením centrálního žilního katetru je možné využívat invazivní měření centrálního žilního tlaku, ale vzhledem k hypovolémii nemusí být údaje platné. Dále pomocí CŽK je možné podávání parenterální výživy. Nedostatečná infuzní léčba je spojena s rozvojem tekutinové kolekce, pankreatické nekrózy, ale také zvyšuje mortalitu a prodlužuje pobyt v nemocnici. (Trna a kol.,2021, Krška, 2021, Česák, Koláčková, 2013, Bartůněk a kol., 2016)

Podpůrná léčba těžké akutní pankreatitidy je složena z dostatečné oxygenace, anti-koagulační profylaxe, léčby bolesti, korekce hyperglykemie a zavedení nasogastrické sondy. Důležitým bodem léčby je terapie bolesti, která se vyskytuje u 90-95 % pacientů. Jsou indikována silná analgetika včetně opioidů, jelikož se jedná o nesnesitelnou bolest. Vyšší a častější podávání analgetik je potřeba u ethylické AP. Při selhání analgetické léčby je indikováno zavedení epidurální linky ke kontinuálnímu podávání analgetik. Používá se směs Sufentanylu a Marcaine. Nasogastrická sonda se zavádí u vysokého ileózního stavu, zvracení

k odvodu žaludečního obsahu. U ventilovaných pacientů se využívá nasogastrická sonda k podání enterální výživy.

V léčbě AP má podávání antibiotik také svůj význam. Indikace k podání ATB jsou bakteriální infekční komplikace. Mezi infekční komplikace řadíme pseudocysty, pankreatický absces a infikovanou pankreatickou nekrózu. (Krška, 2019)

Důležitá je také dostatečná oxygenace pacienta s dobrou ventilační funkcí. S tím je také spojena adekvátní hladina hemoglobinu jako prevence ischemie tkáně slinivky břišní. Oxygenace je zajištěna nasálně nebo v těžkém stavu pacienta pomocí umělé plicní ventilace.

Pacientům s AP jsou podávána prokinetika jako prevence paralytického ileu a inhibitory protonové pumpy (např. Omeprazol), které snižují produkci žaludeční kyseliny. Antikoagulační profylaxe nejenže má pozitivní vliv na trombotické komplikace v okolí pankreatu, ale také brání rozvoji tromboembolismu. V dnešní době je častěji využíván nízkomolekulární heparin než heparin.

Sledování a korekce glykemie je nedílnou součástí léčby. K AP dochází sníženou produkcí inzulínu v Langerhansových ostrůvcích v postiženém pankreatu. Pacientům je inzulín podáván čtyřikrát denně subkutánně nebo intravenózně kontinuálně pomocí lineárních dávkovačů. U všech pacientů s těžkou formou AP by měla být pravidelně kontrolována hodnota glykemie, která by měla být v rozmezí 7,8 až 10,0 mmol/l. Výkyvy hodnot pod nebo nad tyto hodnoty může mít v případě neadekvátní léčby fatální následky. (Svačina, Souček, Trna a kol., 2021, s. 83-89, Krška, 2019, s.)

3.8.2 Výživa u akutní pankreatitidy

Perorální příjem je ze začátku onemocnění omezen příznaky, jimiž jsou zvracení, bolest, trávicí obtíže. U lehké formy zařazen perorální příjem hned při odeznění symptomatologie. Při přetrvání příznaků déle než pět dnů a ileózním stavu se musí zvážit přechod na enterální výživu. Včasný perorální příjem je bezpečný a zkracuje dobu hospitalizace. (Krška, 2019, s. 91)

Sondová enterální výživa je podávána nasojejunální sondou u těžké AP. V porovnání s totální parenterální výživou je enterální spojena s nižší mortalitou, s menším počtem komplikací a nižším výskytem orgánového selhání. Kontraindikací podávání sondou je paréza gastrointestinálního traktu a pacienti hemodynamicky nestabilní s katecholaminovou podporou. Jednodušší zavádění NGS je sice výhodou, ale v podání enterální výživy brání

přetrvávající porucha vyprazdňování žaludku. To znamená, že NGS má spíše derivační funkci. (Krška, 2019, 92-93, Bartůněk, 2016, s. 186-189)

Zpočátku byla **parenterální výživa** považována za preferovanou formu výživy pro pacienty s těžkou AP, protože to byl vhodný způsob, jak splnit nutriční potřeby pacientů a zároveň se vyhnout přímé stimulaci sekrece pankreatických enzymů, která by způsobila další zhoršení pankreatitidy. Parenterální výživa má však své komplikace, které jsou metabolické a minerální poruchy nebo katérová sepse. Nepříznivé jsou i relativně vysoké náklady na léčbu a nepříznivý vliv parenterální výživy na střevní sliznici. Parenterální výživa se dělí dle místa podání do žilního systému na centrální a periferní. Další dělení je podle režimu podání, a to na cyklickou a kontinuální. Poslední rozdělení je podle systému přípravy a podání jednotlivých složek. (Kapounová, s.189-192, Krška, 93, Bartůněk, 2016, s.189-192)

Pankreatická dieta spadá do skupiny šetřících diet, jelikož omezuje množství tuku ve stravě. Tento typ diety se indikuje lékařem. Pankreatická dieta se dělí do dvou fází, kdy první fáze je velmi přísná a obsah tuku je omezen na pouhých 20 gramů denně, později se obsah tuku zvyšuje na 40 gramů za den. Strava je bohatá na jednoduché cukry. To znamená, že pacient může jíst bílé pečivo (rohlík, houska, toustový chléb) dále suchary, piškoty a starší netučné kynuté pečivo jako je mazanec a vánočka (bez rozinek a mandlí). Z masa je doporučováno libové (hovězí, kuřecí maso bez kůže, jehněčí, telecí, králíčí, treska a ze sladkovodních ryb kapra a pstruha) a z uzenin drůbeží a vepřovou šunku. Za celý den se může sníst polovina vajíčka jako součást pokrmů, ale bílky se mohou jíst v neomezeném množství i samostatně. Přílohami jsou brambory, bezvaječné těstoviny, rýže, bramborová kaše a další. Dle tolerance pacienta je možné mléko a lepší je ho podávat během dne. Stejně jsou na tom postupně přidávané nové potraviny, které je lepší jíst přes den. Nízkotučné tvarohy, sýry do 30 % tuku v sušině a jogurty do 2 % tuku jsou možnosti z mléčných výrobků. Strava při pankreatické dietě by měla být pestrá, vyvážená, s dostatkem vitamínů a minerálů. Ovoce je povoleno syrové nebo tepelně upravené. Surové ovoce smí být jen vyzrálé bez slupek. V tepelně upravené formě to jsou kompoty, ovocné rosoly a ovocné kaše. Mezi povolené ovoce patří meruňky, banány, jablka, broskve, mandarinky a nektarinky. Zeleninu je nutné zvolit nenadýmavou a konzumuje pouze až po tepelné úpravě. Doporučenou zeleninou je petržel, celer, mrkev, červená řepa, brokolice, špenát, rajčata, čínské zelí a různé druhy různých druhů listových salátů. Mezi nevhodné potraviny je zařazeno tučné maso (husa, kachna, smažené maso, slanina, rybí konzervy), mléčné výrobky (tučné sýry, smetana, šlehačka), celozrnné pečivo, chléb, ovoce obsahující zrníčka (jahody, maliny, švestky, třešně a další), ořechy,

nadýmavá zelenina, sójová omáčka a samozřejmě alkoholické nápoje. Je potřeba vynechat cibulový základ a klasickou jíšku. V obou fázích diet je zakázáno stravu upravovat smažením. Pokrmy lze upravit vařením, dušením, vařením ve vodní lázni nebo pečením. Maso se opéká nasucho na nepřilnavém povrchu a podlévá se vodou nebo netučným vývarem. Na zahuštění se doporučuje použít kukuřičnou, rýžovou nebo pšeničnou mouku nebo solamyl. U diabetika s pankreatickou dietou se musí hlídat povolené množství sacharidů dle ordinace lékaře. Pitný režim, kde je doporučena neperlivá voda, čaj a ředěné ovocné šťávy, by neměl být opomíjen. Každého nemocného je potřeba edukovat o přísném zákazu alkoholu. Při edukaci pacienta o pankreatické nebo o jakékoli jiné dietě je vhodná spolupráce všeobecné sestry a nutričního terapeuta. (Kohout a kol., 2017, Miletová, Wohl, 2016, s.16-18, Svačina a kol., 2013)

3.8.3 Chirurgická léčba

Operační řešení bývá indikováno u komplikací, jako jsou gastrointestinální krvácení, protržení stěny střevní, břišní kompartment syndrom a při infekcí nekrotiz. Postupujeme podle step-up strategie, kdy se začíná nejméně invazivními nechirurgickými výkony dále miniinvazivními výkony a poté laparoskopickými chirurgickými metodami. Indikací k otevřené břišní chirurgii je selhávání méně invazivních metod nebo vznikla urgentní komplikace. Při infikované pankreatické a peripankreatické nekrotiz je indikována pankreatická drenáž nebo débridement (chirurgické odstranění nekrotické tkáně), provádí se déle než čtyři týdny od vzniku potíží. Po odeznění známek zánětu a po stabilizaci stavu pacienta s AP biliární příčiny indikuje cholecystektomie. Chirurgickému výkonu nejprve předchází ERCP. (Krška, 2019, Gooszen, 2013)

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetrovatelská péče je komplexní odborná zdravotní péče se zaměřením na prevenci, podporu, udržení a obnovu zdraví jednotlivců a rodin. Uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb nemocných a zdravých jedinců je hlavním cílem ošetrovatelské péče. Pacient s AP je hospitalizován na chirurgickém oddělení nebo na jednotce intenzivní péče, kde jsou pacienti pod neustálým dohledem. Péči pomocí ošetrovatelského procesu poskytuje všeobecná sestra nebo zdravotnický záchranář. Měla by být plně podporována pacientova soběstačnost a zároveň saturovat jeho potřeby. Rozsah poskytované péče závisí na stavu a soběstačnosti pacienta. U hospitalizovaných s AP je důležitá monitorace a tlumení bolesti, zajištění péče a převazy invazivních vstupů, monitorování vitálních funkcí, podávání výživy a sledování bilance tekutin a diurézy. Součástí ošetrovatelské péče je i vedení dokumentace. Obsahem dokumentace jsou identifikační údaje (zdravotní pojišťovna, kontaktní údaje pacienta a rodiny, informované souhlasy, anamnéza, diagnóza, informace o průběhu léčby a další). Zápis se provádí pokaždé, když se u pacienta provede jakákoli péče. Je nezbytné, aby záznamy obsahovaly datum a čas výkonu a celé jméno zdravotnického pracovníka. Dokumentace musí být jasná, čitelná, stručná a nesmí být nic přepsáno ani přelepeno. (Janíková, 2013, Trna a kol., 2021, Kapounová, 2020)

4.1 Monitorování vitálních funkcí

Jednou z možných komplikací u těžké formy akutní pankreatitidy je plicní komplikace, kam řadíme hypoxii, atelektázu či výpotky. Proto je důležité sledovat dechovou frekvenci a měřit saturaci hemoglobinu kysíkem. Dechová frekvence se u dospělých pohybuje od 12 a 16 dechů za minutu a je považována za základní parametr ventilace. Neinvazivní metodou měření saturace hemoglobinu kyslíkem v krvi je pulzní oxymetrie (SpO₂), kdy normální hodnota je 95-100%. Jakmile je pacient přijat na JIP, všeobecná sestra umístí senzor saturace na prst nebo ušní lalůček pacienta. Při minimální potřebě kyslíku (2-4 litry za minutu) jej lze podat kyslíkovými brýlemi. Obličejová polomaska s rezervoárem je vhodná při podávání vyšší koncentrace kyslíku. Pacient vdechuje vždy zvlhčený kyslík. Během podávání je monitorována a zaznamenávána saturace, frekvence dýchání a krevní tlak a pulz. Bolest způsobená akutní pankreatitidou vyvolává tachykardii a hypertenzi, proto je důležité monitorovat srdeční frekvenci a krevní tlak. Monitorování srdečního rytmu a frekvence je také velmi důležitým a nezbytným aspektem péče o pacienty na JIP. U dospělých je srdeční frekvence 60-90 tepů za minutu. O bradykardii se jedná, pokud je hodnota pod 60. Jestliže

naměřená hodnota přesáhne 90 tepů, mluvíme o tachykardii. Měření tepu probíhá buď palpačně (arteria radialis, arteria carotis) nebo pomocí tří nebo pěti svodového EKG. Tepová frekvence je znázorněna také u měření saturace kyslíku. Elektrická aktivita srdce je reprezentována EKG křivkou a je užitečná při detekci poruch srdečního rytmu, případnou ischemii srdce nebo kvůli působení některých léků. Nejzákladnější metodou neinvazivního měření krevního tlaku je použití manžety tonometru a poslech stetoskopem. Další možnosti měření je pomocí elektronické manžety. U potřeby kontinuálního měření tlaku se využívá invazivní měření. Na arteriální katetr je napojena tlaková hadička, která je spojena s tlakovým snímačem. Součástí systému je trojcestný kohout, který umožňuje odběr arteriální krve. Spojení mezi tlakovým senzorem a monitorem umožňuje zaznamenávat změny tlaku a odesílat je přímo do monitoru ve formě křivek a aktuálních hodnot. Další součástí tohoto systému je přetlaková infuze, která kontinuálně proplachuje katetr. Jedním z příznaků AP je subfebrilie, proto je důležité monitorovat tělesnou teplotu. Měření tělesné teploty probíhá invazivně nebo neinvazivně. Neinvazivně pomocí teplotního čidla či teploměru a invazivně pomocí čidla napojeného na PMK nebo jícen. Normální hodnota je 36,0 až 36,9°C. Vědomí se nejčastěji zaznamenává pomocí Glasgow coma scale. Nejvyšší počet bodů, kterých může pacient dosáhnout je 15 a naopak nejméně 3, kdy 3 body značí hluboké bezvědomí. Hodnotí se otevírání očí, slovní a motorická odpověď. (Kapounová, 2020, Bartůněk, 2016, Dingová Šliková a kol., 2018)

Bolest je jeden z prvotních příznaků AP. Je to subjektivní pocit, který záleží na věku, pohlaví, psychickém a fyzickém stavu. Může se projevat pocením, tachykardií, hypertenzí, rozšířením zorniček a snížením peristaltiky. Dále se u pacienta projevuje úzkost a podrážděnost. Intenzitu bolesti lze hodnotit dle vizuální analogové stupnice, kdy 0 je žádná bolest a 10 je nejvyšší stupeň bolesti. Analgetika jsou podávány dle ordinace lékaře a všeobecná sestra vše řádně zapisuje do ošetrovatelské dokumentace. (Kapounová, 2020, Bartůněk, 2016)

U pacienta s těžkou AP je důležité monitorování intraabdominálního tlaku. Přirozeně se zvyšuje při kašli. Zvýšení může mít za následek snížení minutového srdečního výdeje, žilního návratu a renálního průtoku, což vede ke snížení glomerulární filtrace. Fyziologická hodnota je 5-7 mm Hg. Nejčastěji se měří pomocí PMK, a to několika způsoby. Je několik způsobů měření intraabdominálního tlaku. Na konec PMK se napojí originální set nebo je injekční jehla zavedena do portu pro odběr moči, což umožní připojení na tlakový senzor,

který slouží pro grafické a numerické znázornění intraabdominálního tlaku. Poslední možností je trojcestný katétr, kde jeden katétr je použit na kontinuální odvod moči a druhý na kontinuální měření tlaku. Indikací k laparotomii může být vysoká hodnota intraabdominálního tlaku. (Kapounová, 2020, Bartůněk, 2016)

4.2 Zavádění a péče o vstupy

Vždy před zavedením jakéhokoli invazivního vstupu je důležité edukovat pacienta o důvodu a způsobu aplikace invazivního vstupu. Před zavedením si všeobecná sestra připraví všechny potřebné pomůcky a provede identifikaci pacienta. Musí být provedena pečlivá hygienická dezinfekce rukou a připravené ochranné pomůcky. Sledovat celkový stav, komunikovat s pacientem a dodržovat aseptický postup je během výkonu velmi důležité. Poté se do dokumentace zaznamená místo, datum a čas zavedení a velikost katétru. Nejčastěji zaváděné vstupy u pacientů s těžkou AP hospitalizovaných na JIP jsou centrální žilní katétr, permanentní močový katétr, nasogastrická nebo nasojejunální sonda a arteriální katétr. (Kapounová, 2020, Janíková, 2013)

4.2.1 Centrální žilní katétr

Indikace k zavedení CŽK mohou být podávání velkého množství infuzních roztoků, parenterální výživy, měření centrálního žilního tlaku nebo nedostatečný periferní vstup. CŽK je vícecestný katétr vyroben ze speciálního materiálu, který snižuje riziko embolie. Možnosti zavedení jsou do podklíčkové, jugulární anebo stehenní žíly. Všeobecná sestra připravuje pomůcky ke kanylaci. A to sterilní stolek a set s CŽK, správně napolohuje pacienta a poté asistuje lékaři. Po zavedení se místo vpichu sterilně překryje čtvercem a výměna je provedena dle zvyklosti oddělení, nejdéle však 48 hodin po zavedení. Pokud je místo vpichu klidné a nekrvácí, doporučuje se transparentní krytí. Transparentní krytí je výhodné, jelikož místo vpichu lze vizualizovat bez nutnosti sundání. Pokud místo vpichu krvácí, používá se netransparentní krytí, které se mění po 24 hodinách. Místo vpichu se pravidelně kontroluje a při zaznamenání komplikace (zarudnutí, hmatatelné ztvrdnutí, krvácení a sekrece) se vše nahlásí lékaři a zapíše do dokumentace. (Kapounová, 2020, Bartůněk, 2016)

4.2.2 Permanentní močový katétr

Zavedení PMP u pacienta s AP je nezbytné, jelikož je potřeba sledovat bilanci tekutin, diurézu a měřit intraabdominální tlak. Katetrizaci provádí u žen všeobecná sestra a u mužů lékař nebo všeobecná sestra se specializací intenzivní péče. Před zaváděním PMK si všeobecná sestra připraví veškeré pomůcky (sterilní rukavice, emitní misku, balíček sterilních tamponů, sterilní peán, dezinfekce vhodnou na sliznice, sterilní lubrikační gel, sterilní

injekční stříkačky 10 a 20 ml, derivační sáček a močový katétr) a poučí pacienta. Při zavádění je nutné dodržení asepse a dbát na soukromí pacienta. Základní typy katétru jsou Timannův, který je pro muže, a Nelatonův, jenž je pro ženy, a jsou dány ve stupnici French nebo Charier. Všeobecná sestra by měla dbát na řádnou hygienu genitálu, dezinfikovat ústí močové trubice, kontrolovat průchodnost PMK. Výměna probíhá podle typu katétru, ponechává se 4-5 týdnů. (Kapounová, 2020, Bartůněk, 2016)

4.2.3 Nasogastrická sonda, enterální sonda

V případě AP slouží k odvodu přebytečné žaludeční šťávy. Velikost NGS je uvedena v Charier nebo French stejně jako PMK. Sondy se pohybují v délce od 75 do 120 cm a jsou vyrobeny ze silikonového kaučuku nebo polyuretanu. Nejčastější používaná velikost NGS je 14 a 16. Nejprve si všeobecná sestra připraví pomůcky, které jsou sonda NGS, gel Mesocain, derivační sáček, Janettova stříkačka, rukavice, buničina, emitní miska, brčko, kelímek s vodou, fonendoskop a náplast. Po přípravě pomůcek všeobecná sestra edukuje o postupu zavedení. Nejprve si vyměří vzdálenost tím, že konec sondy vede od mečovitého výběžku ke kořenu nosu a končí u ušního lalůčku. Zavádí se vsedě nebo polosedě nosní dírkou přes nosohltan do žaludku. Ověření správného zavedení spočívá v zachycení zvukového fenoménu pomocí fonendoskopu. Po kontrole se fixuje pomocí náplasti sonda k nosu a napojí se derivační sáček a sleduje se množství a charakter tekutiny. Vše je zapisováno dokumentace. Mohou vznikat dekubity a otlaky, kterým všeobecná sestra předchází pravidelným kontrolováním. (Kapounová, 2020, Bartůněk, 2016)

Enterální sonda se zavádí do jejunu a je vyrobena ze silikonového kaučuku nebo polyuretanu v délce 132 centimetrů. Tento typ sondy se zavádí endoskopicky. Pomocí RTG se ověřuje správné zavedení sondy. (Kapounová, 2020, s. 259)

5 ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je definován jako způsob života založený na zjiitelných vzorcích chování, které ovlivňují zdraví v pozitivním nebo negativním smyslu. Životní styl, respektive chování každého jedince, je formován a) jeho individuálními osobnostními charakteristikami, b) sociálními podmínkami a c) vlastnostmi životního prostředí. (Kunzová, 2013, s. 24)

5.1 Výživa

Lidské tělo potřebuje dostatek živin, aby mohlo správně fungovat. To samé platí pro buňky, tkáně i orgány. Správná strava by měla nejen zasycit a poskytnout potřebné množství energie a všech živin, ale také minimalizovat rizika z genetické dispozice. Správná výživa je důležitá pro prevenci nepřenosných chronických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, rakovina, osteoporóza, DM a zubní kaz. Celkově velké množství důkazů naznačuje, že konzumace dobře vyvážených jídel bohatých na ovoce a vlákninu optimální množství bílkovin a zdravých tuků, relativně nízký obsah cukru a sacharidů (zejména ty s vysokým glykemickým indexem), spolu s celkovým nižším množstvím jídla (tedy kalorií) podporuje dobré fyzické a duševní zdraví. Pomůcka, která pomáhá k pestré a vyvážené stravě je potravinová pyramida. (Kasper, 2015, Státní zdravotnický ústav, 2023)

5.2 Pitný režim

Pitný režim je pro lidský organismus nezbytný. Dostatek tekutin zajišťuje látkovou výměnu a dobrou funkci ledvin. Při nedostatku vzniká dehydratace a mnoho zdravotních potíží. Denní příjem dospělého člověka by měl být 2-2,5 litrů tekutin. Při zvýšené fyzické aktivitě, horečce nebo teplém prostředí by se měl příjem zvýšit. K pití jsou doporučovány bylinkové čaje, nízkostupňové pivo, přírodní ovocné šťávy či minerální vody. Diuretické účinky mají nápoje, které obsahují kofein. Mezi tyto nápoje řadíme kávu, silný černý čaj, silné kakao a kolové nápoje. Pacientům s chorobami GIT nejsou doporučovány minerální nápoje syčené oxidem uhličitým, jelikož zvyšují nadýmání a říhání. K celodennímu pití nejsou vhodné nápoje slazené cukrem, protože zvyšují energetický příjem a poškozují chrup. Senioři a těžce nemocní pacienti ztrácejí pocit žízně, proto je u nich vhodné pravidelně podávat tekutiny. (Kapounová, 2020)

5.3 Pohyb

Pohyb je nedílnou součástí zdravého životního stylu. Nedostatek pohybu společně s nezdravou stravou vedou k nadváze až obezitě a mohou způsobit mnoho různých onemocnění. Je prokázané, že pravidelná pohybová aktivita snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, DM a riziko pádu. Světová zdravotnická organizace doporučuje alespoň 30 minut středně intenzivního cvičení pětikrát týdně nebo alespoň 20-25 minut vysoce intenzivní fyzické aktivity třikrát týdně. Tato doporučenou jsou doplňkem k běžným každodenním činnostem. (Kábrt, 2014, Státní zdravotnický ústav,2023)

5.4 Spánek

Spánek a odpočinek jsou základními předpoklady pro udržení fyzického a duševního zdraví. Jde o lidskou potřebu s regeneračním a ochranným významem pro organismus. Zdravý dospělý člověk spí 6-8 hodin denně. Nemocní potřebují více energie k provádění každodenních činností včetně sebepečce, a proto mají větší potřebu spánku. V nemocnici může být nespavost způsobená stresem, nejistotou, nedostatkem soukromí nebo ostatními pacienty. Spánek má dvě fáze. První je non-REM fáze, která je řízená serotoninem a dochází k relaxaci svalů, snížení frekvence srdečních stahů a dýchání. Začíná usínáním, pokračuje lehkým spánkem, dále středně hlubokým spánkem a končí hlubokým spánkem. Druhou fází je REM fáze, která je řízena noradrenalinem. Zde se vyskytují svalové záškuby končetin, je zde nepravidelná srdeční činnost, zrychlené dýchání a rychlé pohyby očních bulbů. V této fázi se objevují sny. (Kapounová, 2020)

6 EDUKACE

Edukaci zajišťuje edukátor, což je zdravotnický pracovník jako je lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka nebo nutriční terapeut. Edukátor by měl respektovat zásady z psychologie, pedagogiky. Sestra, která provádí edukaci, si musí zjistit důležité informace o edukantech. Při rozhovoru se snaží zjistit jeho názor a hodnotu jeho zdraví, ochotu učit se a snahu změnit předchozí životní styl. Cílem je osvojení znalostí, dovedností, návyků a postojů pacienta. Edukantem v ošetrovatelství jsou nejčastěji pacienti nebo skupiny pacientů, kteří naslouchají a vstřebávají nové poznatky a informace. Důležitou roli v edukaci hraje věk edukanta. Starší pacienti mohou mít problémy se zrakem či sluchem nebo problémy soustředit se a udržet pozornost. Pacient přistupuje k edukaci zodpovědněji, pokud vidí, že mu edukátor věnuje dostatek času a pozornosti. (Dušová a kol., 2012, Svěráková, 2019)

Základní edukace probíhá u pacientů s nově diagnostikovaným onemocněním, kteří o tomto tématu nic neví. Komplexní edukace se zaměřuje na konkrétní diagnózy, které ovlivňují pacienty po celý život a mohou ovlivňovat jejich stravování či pohybový režim. Tento typ edukace zahrnuje i některé ošetrovatelské výkony. Reedukace rozvíjí nastávající edukaci. Staví na předchozích znalostech a aktualizuje je dle potřeb. Při změně okolností jsou poskytovány další informace. (Svěráková, 2019)

Edukační proces je činnost, při které se edukant učí a edukátor mu toto učení zprostředkovává. Do fází procesu řadíme edukační posouzení, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení. Ve fázi plánování si edukátor připraví cíle, které mohou být kognitivní, psychomotorické a afektivní. Všeobecná sestra si předem připraví pomůcky, které budou využity při výuce. Edukační plán by měl být upravován dle aktuálního stavu pacienta. Důležité je zajištění soukromí a dostatek času. (Svěráková, 2019, Dušová a kol., 2012)

Během edukace sestra průběžně hodnotí úroveň dosažených výsledků a provádí závěrečné hodnocení, při kterém se ujistí, že pacient pochopil cíl edukace a osvojil si znalosti i dovednosti. Hodnocení lze provádět pomocí průběžných kontrolních otázek, písemného testu či provádění určeného výkonu. (Svěráková, 2019)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Akutní pankreatitida je závažné zánětlivé onemocnění slinivky břišní. Řadí se do náhlých příhod břišních a může mít i smrtelný průběh. Toto onemocnění výrazně ovlivňuje život pacienta nejen v akutní fázi, ale také po celý život. Počet případů se každoročně zvyšuje. Nejčastější příčinou akutní pankreatitidy je cholelitiáza a nadměrné užívání alkoholu. Obě tyto příčiny vyplývají z nedodržování zdravého životního stylu. Velkým problémem tohoto onemocnění je recidiva, ke které dochází při nedodržování životosprávy, o které jsou pacienti informováni při propuštění z nemocnice.

Proto byl definován výzkumný problém: Jaký je životní styl pacientů s diagnózou akutní pankreatitida?

8 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

8.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaného kvalitativního výzkumu bylo zjistit životní styl pacientů s diagnózou akutní pankreatitida.

Hlavní výzkumná otázka: Jaký je životní styl pacientů s diagnózou akutní pankreatitida?

8.2 Dílčí cíle

- 1) Zjistit jaký byl životní styl pacientů před vznikem akutní pankreatitidy
- 2) Zjistit jak byli pacienti edukováni po prodělané akutní pankreatitidě.
- 3) Zjistit jaký je životní styl pacientů po prodělané akutní pankreatitidě.

8.3 Dílčí výzkumné otázky

- 1) Jaký byl životní styl pacientů před vznikem akutní pankreatitidy?
- 2) Jakým způsobem byli pacienti edukováni po prodělané akutní pankreatitidě?
- 3) Jaký je životní styl pacientů po prodělané akutní pankreatitidě?

9 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

9.1 Metodologie výzkumu

V empirické části výzkumu se zabývám životním stylem pacientů s diagnózou akutní pankreatitida. Výzkum byl prováděn kvalitativní formou. Jako metoda sběru dat v rámci kvalitativního výzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor s oslovenými participanty. Téma u polostrukturovaného rozhovoru je stanoveno předem, ale pořadí otázek se může měnit. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost pokládání doplňujících otázek. (Beránek a kol., 2019, Mišovič, 2019)

9.2 Charakteristika sledovaného souboru

Pro výzkumné šetření byl výběr participantů záměrný. Výzkumný vzorek tvořilo pět participantů, kteří prodělali akutní pankreatitidu, což bylo kritériem při jejich výběru. Participantů byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení Stodské nemocnice. Výzkumné šetření probíhalo bez ohledu na věk a pohlaví. Před začátkem byli participantů informováni o průběhu výzkumu a byli ujištěni, že jejich data budou anonymizována. Participantům byl dán k podepsání informovaný souhlas. (Příloha B)

	věk	pohlaví	zaměstnání
P1	44	muž	řidič kamionu
P2	48	žena	všeobecná sestra
P3	42	žena	prodavačka
P4	39	muž	OSVČ- zedník
P5	56	muž	právník

Tabulka 1- Identifikační data participantů (zdroj vlastní)

9.3 Organizace výzkumu

V období od listopadu 2022 do února 2023 bylo osloveno pět participantů, kteří s rozhovorem souhlasili. Rozhovory proběhly s každým participantem celkem dvakrát. V období od listopadu 2022 do poloviny prosince 2022 proběhly rozhovory s pacienty, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení Stodské nemocnice. Výzkum byl nejprve písemně schválen vrchní sestrou chirurgického oddělení paní Jílkovou. První a druhý dílčí cíl výzkumu byly obsahem rozhovoru. V období konec ledna až konec února 2023 byly provedeny rozhovory při ambulantních kontrolách pacientů. Tento rozhovor se zaměřoval na třetí dílčí cíl, neboli na životní styl po prodělané akutní pankreatitidě. Rozhovor byl takto rozložen do dvou částí, aby bylo možné posoudit, jestli proběhla nějaká změna životního stylu.

9.4 Zpracování dat

Každý polostrukturovaný rozhovor byl nahráván mobilním telefonem na diktafon a následně přepisován do textové podoby v programu Microsoft Office Word. Používala jsem doslovný přepis, kdy byly zachovány slangové výrazy, nespisovné výrazy. Ve spolupráci s vedoucí práce bylo provedeno kódování. Data byla vyhodnocena pomocí otevřeného kódování a kategorizace.

6 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

9.5 Kategorie 1: Životní styl před diagnózou akutní pankreatitida

V této kategorii se zaměřuji na výzkumnou otázku č. 1, kde se snažím zjistit životní styl pacientů před vznikem akutní pankreatitidy. Tuto kategorii jsem rozdělila na pět subkategorií. První je strava pacienta, druhá je konzumace alkoholu, třetí je pohybová aktivita, čtvrtou subkategorií je kouření a poslední je stres. Z tabulky si lze všimnout, že všichni oslovení participanti (dále P) se stravují nezdravě a konzumují v nějaké míře alkohol. Až na jednoho participanta mají minimální pohybovou aktivitu. Všichni až na jednu výjimku kouří. Vysoký stres zažívají čtyři z pěti dotázaných.

	strava	alkohol	pohyb	kouření	stres
P1	nezdravá	ano	minimální	ano	vysoký
P2	nezdravá	ano	minimální	ne	vysoký
P3	nezdravá	ano	minimální	ano	vysoký
P4	nezdravá	ano	aktivní	ano	střední
P5	nezdravá	ano	minimální	ano	vysoký

Tabulka 2- Životní styl před diagnózou akutní pankreatitida (zdroj vlastní)

9.5.1 Subkategorie: Strava

Z vypracované tabulky a odpovědí participantů si lze všimnout, že se každý z nich stravoval nezdravě. Dva (P1, P2) z pěti dotázaných uvedli, že jedí nepravidelně. Nedostatek zeleniny je problémem P4 a P5. U každého z uvedených převažuje v jídelníčku tučné a smažené jídlo.

	strava
P1	tučné jídlo, fast food, hodně masa, nedostatek ovoce a zeleniny, nepravidelné stravování
P2	smažená jídla, nepravidelné stravování
P3	tučná a smažená jídla
P4	česká kuchyně, tučné jídlo, nedostatek zeleniny
P5	smažené jídlo, hodně uzenin, nedostatek ovoce a zeleniny

Tabulka 3- Strava (zdroj vlastní)

P1: Na svůj životní styl nejsem zrovna nejpýšnější. Protože jsem řidič kamionu, tak se stravuji v podstatě tím, co potkám cestou na odpočívadlech, a taky velmi nepravidelně. Má strava se skládá v pracovních dnech z fast foodů a tučných jídel. Když přijedu domů, manželka mi navaří pořádnou poctivou českou kuchyni. V létě jsme každý víkend grilovali. Taky miluju uzeniny a domácí vyuzené maso si neodpustím ani teď. Zelenina a ovoce mi nic neříká.

P2: Stravovala jsem se nezdravě a kvůli mé práci i nepravidelně. Neustále jsem si říkala, že nemám čas si uvařit něco pořádného a vyváženého. Navíc můj muž je na jídlo velmi vybíravý a nechtělo se mi vařit více jídel. Takže u nás se vařila smažená jídla.

P3: Smažená a tučná jídla jsou můj největší hřích. Miluju typickou českou kuchyni. Jsem prodavačka v pekárně a přes den nemám možnost si dát teplé jídlo, tak to řeším rumcajsem s rohlíkem. Přes týden doma nevařím, manžel je na cestách a děti se stravují ve školní jídelně.

P4: Jsem zedník. Na obědy chodíme na hotovky do restaurací. Nejčastěji si dávám řízek, výpečky nebo guláš. Když přijdu domů, dám si to, co navaří manželka. Vaří českou kuchyni. Taky nejsem největší kamarád se zeleninou.

P5: Na obědy chodím do restaurací. Jsem milovník masa, takže uzeniny a všelijaké masové výrobky to je moje. V mém jídelníčku chybí zelenina a ovoce. Miluju smažené hranolky a poctivý smažený řízek.

9.5.2 Subkategorie: Alkohol

Z rozhovoru vyplynulo, že participanti pravidelně konzumují alkohol. Nejvíce alkoholu vypije týdně P5, nejméně potom P2. P1 konzumuje alkohol pouze v přítomnosti svých přátel o víkendu.

	alkohol
P1	o víkendu 5 piv, 4 panáky tvrdého alkoholu
P2	každý den 2 decilitry bílého suchého vína
P3	2 lahve vína týdně
P4	1 pivo každý den
P5	každý den 2 piva a 1 panák tvrdého alkoholu

Tabulka 4- alkohol (zdroj vlastní)

P1: Každou sobotu se scházíme s chlapama u Šimků, kde si dám přibližně 5 piv a k tomu 4 panáky tvrdého. Druh je pokaždý jiný. Občas místo hospody se scházíme u kamaráda v garáži, protože má pípu, a to těch piv padne víc. O letních grilovačkách se taky nějaký sud vypije.

P2: Každý večer jsem si dávala dvojku bílého vína. Byla to taková moje odměna po náročném dni. Samozřejmě při setkání s kamarádkami jsem vypila víc než jsem jednu skleničku. To jsem dokázala vypít jednu flašku sama.

P3: Přiznám se, že zapíjím stres. Obvykle vypiju 2 flašky červeného vína týdně. Někdy je to méně a někdy více.

P4: Každý večer si otevřu k večeři pivo. Občas chodím s kámošema do hospody, kde si dám maximálně 3 dvanáctky a jednoho panáka zelený. Ale to je ta jednou za půl roku.

P5: Jsem původně z Moravy, tudíž panák domácí slivovice každý den musí být. K tomu přidám 2 desítky.

9.5.3 Subkategorie: Pohyb

Nedostatek pohybové mají tři z pěti dotázaných (P1, P2, P3). Tito tři uvedli, že zvýšenou pohybovou aktivitu mají pouze v práci. Nejaktivnější ze všech uvedených je P4.

	pohyb
P1	žádný sport, obyčejný pohyb při práci
P2	jednou týdně jóga, práce
P3	pohyb v práci
P4	procházky, běh, jízda na kole, lyžování
P5	obyčejný v práci

Tabulka 5- Pohyb (zdroj vlastní)

P1: Přes týden byl pohyb prakticky nulový, pouze obyčejný pohyb při práci. Přes víkend odpočívám a snažím se načerpat energii na pracovní týden.

P2: Troufám si říct, že na mé 12 hodinové směně se naběhám až až. Domů přijdu unavená. Jsem ráda, že zvládám jednou týdně chodit na jógu.

P3: V práci jsem celý den na nohou. Přesouvám bedny s pečivem a celý den si nesednu.

P4: Sport je můj způsob odreagování. Pravidelně chodím 3x týdně běhat. Když je hezké počasí, jezdím rád na kole. Každý den chodíme se psem na dlouhou procházku..

P5: Jsem domácí povaleč, po práci jsem pouze doma. Žádnému sportu se nevěnuji. Jediný pohyb je ten, co mám v práci.

9.5.4 Subkategorie: Kouření

Čtyři z pěti participantů jsou aktivní kuřáci. P2 přestala kouřit, když otěhotněla.

	kouření
P1	krabička cigaret denně
P2	nekouří
P3	25 cigaret denně
P4	10 cigaret denně
P5	1 doutník denně

Tabulka 6- Kouření (zdroj vlastní)

P1: Denně kouřím krabičku cigaret. Co také má člověk, který se na cestě nudí, dělat. (smích)
Navíc mi kouření pomáhá se uvolnit, když jsem ve stresu.

P2: Ve dvaceti letech jsem kouřila, ale když jsem otěhotněla, tak jsem přestala a od té doby nekouřím.

P3: Kouřím 25 cigaret denně. Když není co dělat nebo přijde do krámu někdo známý, tak si jdeme zapálit.

P4: V práci vykouřím 10 cigaret denně. Doma už si nezapálím.

P5: K pivu si vždy zapálím kvalitní doutník.

9.5.5 Subkategorie: Stres

Všichni z dotázaných se shodli, že jsou ve stresu, který je způsoben prací. Pouze participant 4 řekl, že je ve středním stresu. Zbývající účastníci jsou ve vysokém stresu.

	stres
P1	vysoký stres způsobený prací
P2	vysoký stres způsobený prací
P3	vysoký stres způsobený prací, osobním životem
P4	střední stres způsobený prací
P5	vysoký stres způsobený prací

Tabulka 7- Stres (zdroj vlastní)

P1: Od mala jsem stresář. Hodně mě stresuje, když se zaseknu v koloně a nestíhám včas dodání.

P2: Jako všeobecná sestra jsem ve vysokém stresu. Práce s lidmi je psychicky náročná, navíc pokud se jedná o psychiatricky nemocné lidi.

P3: Má práce je chvílemi stresující, ale největší stres mám v osobním životě a o tom se bavit nechci.

P4: Myslím si, že jsem v takovém středním stresu. Samozřejmě, když nám hoří termín a my nemáme hotovo, tak je to o nervy. (smích) Ale jinak jsem celkem klidřas.

P5: Moje práce je velmi stresující. Ale jinak se snažím nestresovat.

9.6 Kategorie 2: Oblasti edukace pacienta s diagnózou akutní pankreatitida

Z rozhovoru vyplynulo, že každý z participantů byl při propuštění z nemocnice edukovaný o změně životního stylu.

	edukace
P1	ano
P2	ano
P3	ano
P4	ano
P5	ano

Tabulka 8- Edukace pacienta s diagnózou akutní pankreatitida (zdroj vlastní)

9.6.1 Subkategorie: Edukace- strava

U všech dotázaných obsahovala edukace v oblasti výživy omezení nebo zákaz smažených a tučných jídel. Dva participanti (P1, P2) dostali seznam vhodných potravin, které jsou povoleny u pankreatické diety. Dále uvedli, že je důležité jíst pravidelně.

	edukace- strava
P1	seznam vhodných potravin, žádné tučné a smažené jídlo, více ovoce a zeleniny
P2	seznam vhodných potravin, omezení tučného jídla
P3	omezení tučného jídla, dohledat informace na internetu
P4	omezení tučného a smaženého jídla
P5	omezení tučného a smaženého

Tabulka 9- Edukace- strava (zdroj vlastní)

P1: Doktor mi rychle vysvětlil, co můžu. Ale vše mi až vysvětlila sestřička. Dostal jsem seznam potravin, které jsou vhodné a které bych měl vyřadit. Zdůraznila, abych co nejvíce omezil smažené a tučné jídlo. Také je důležité, abych jedl dostatek ovoce a zeleniny a jedl pravidelně.

P2: Dostala jsem seznam vhodných potravin. Nejdůležitější je omezit a nejlépe vyřadit z jídelníčku smažené a tučné jídlo. Taky ať si udělám na jídlo čas a jím pravidelně. Sestřička mi vše vysvětlila při propuštění a lékař mi něco málo sdělil na vizitě.

P3: Sestra mi řekla, ať omezím tučné a smažené jídlo. Zbytek informací si mám dohledat na internetu, že je tam toho spousta.

P4: Dostal jsem doporučení od sestřičky na omezení tučného a smaženého jídla.

P5: Nejlepší by prý bylo úplně vyřadit smažené a tučné z jídelníčku, mi řekl doktor. Sestra mi ještě říkala, čemu bych se měl vyhnout.

9.6.2 Subkategorie: Edukace- alkohol

Všichni participanti byli informováni o škodlivosti alkoholu, proto jim bylo doporučeno vyřadit alkohol ze svého života nebo ho alespoň co nejvíce omezit.

	alkohol
P1	zákaz alkoholu
P2	omezení alkoholu
P3	omezení alkoholu, zákaz tvrdého alkoholu
P4	zákaz alkoholu
P5	zákaz alkoholu

Tabulka 10- Edukace- alkohol (zdroj vlastní)

P1: Dostal jsem vyslovené zákaz alkoholu, ale já vždycky zákazy porušoval. (smích)

P2: Bylo mi doporučeno omezit alkohol na minimum. Sklenka bílého mi prý neuškodí.

P3: Řekla mi, ať omezím alkohol a nepiju tvrdej. Ale příležitostně si prý můžu připít nějakým vínem.

P4: Poučila mě o rizicích alkoholu a kvůli čemu je dobré alkohol vyřadit ze svého života.

P5: Když mi sestřička řekla přísný zákaz alkoholu, myslel jsem si, že si dělá srandu. Řekla, že když si občas dám pivo tak to nevádí tolik, jako tvrdý alkohol. Jenže panák slivovice je základ dne pro mě.

9.6.3 Subkategorie: Edukace- pohyb

Jelikož je participant 1 obézní, tak byl edukován o následcích nedostatku pohybu. Byl mu doporučen vhodný způsob pohybu, aby mu to ještě více neškodilo. Jen u P4 se edukátor zeptal na jeho pohybovou aktivitu.

	edukace- pohyb
P1	doporučení chůze
P2	needukováno
P3	needukováno
P4	needukováno
P5	needukováno

Tabulka 11- Edukace- pohyb (zdroj vlastní)

P1: Jak si můžete všimnout tak jsem při těle. Pár desítek kilo mám navíc. Bylo mi doporučeno se více hýbat a začít třeba procházkama, aby to neodnesly klouby. Rady jsem si vzal k srdci a začnu s tím něco dělat.

P2: Nijak specificky jsem edukována v oblasti pohybové aktivity nebyla. Ale jsem všeobecná sestra, tak vím, jak je pohyb důležitý.

P3: Nijak výrazně mi pohyb nebyl doporučován, i když si myslím, že by měl. (smích)

P4: Sestra se mi ptala, jak jsem na tom s pohybem. Když zjistila, že mám pohybu dost, tak přešla na jiné téma.

P5: O pohybu se nezmínila, ale ke změně životního stylu to neodmyslitelně patří.

9.6.4 Subkategorie: Edukace- kouření

Čtyři participanti se shodli na tom, že byli edukováni o kouření a jeho škodlivosti. Nejčastěji byl doporučován zákaz nebo omezení kouření. P2 nebyla edukována, jelikož je nekuřačka.

	edukace- kouření
P1	zákaz kouření
P2	needukováno
P3	omezit kouření
P4	omezit kouření
P5	zákaz kouření

Tabulka 12- Edukace- kouření (zdroj vlastní)

P1: Byl mi doporučen zákaz kouření. Sestřička mi řekla, jak nebezpečné kouření je, dostal jsem strach z onemocnění, ke kterým by to mohlo dospět. Od toho dne jsem si už nezapálil.

P2: Jelikož jsem nekuřák, bylo zbytečné mě na toto téma edukovat.

P3: Nejdřív se mi sestřička zeptala, kolik denně vykouřím. Potom mi řekla, že vzhledem tomu, že vykouřím tolik, je zbytečné mi říkat, ať přestanu úplně. Tak mi bylo doporučeno omezit kouření na minimum.

P4: Omezení kouření, je prý velmi důležité ve změně životního stylu. Takže mi řekla, že by bylo dobré, ať ty cigarety omezím.

P5: Bylo mi doporučeno přestat kouřit, ale protože vykouřím jen jeden doutník denně, tak mi to přijde zbytečné.

9.6.5 Subkategorie: Edukace- stres

Všichni z dotazovaných dostali informace ohledně působení stresu na člověka. Každému byla individuálně doporučena vhodná opatření. P1 a P3 se mají zaměřit na dechová cvičení, chodit na procházky. Myslet na jiné věci než na danou situaci, která je stresující, to je doporučení pro dva z pěti participantů (P1,P5). P3 bylo doporučeno svěřit se někomu, komu důvěřuje.

	stres
P1	procházky, přesměrování myšlenek, dechová cvičení
P2	zařadit více jógu, meditace
P3	dechová cvičení, procházky, vypovídat se
P4	sport
P5	přesměrovat myšlenky, nesnažit se vše stihnout

Tabulka 13- Edukace- stres (zdroj vlastní)

P1: Byla mi doporučena nějaká dechová cvičení. Dál taky odvedení myšlenek, takže říkala, ať vždycky volám manželce a dcerám.

P2: Doporučila mi zařazení jógy a meditace do mé denní rutiny.

P3: Sestra mluvila o nějakých dechových cvičeních a chozeních na procházky. Dále mám prý dělat, co mi baví a pomáhá mi být klidná. Taky se mám někomu svěřovat a vypovídat.

P4: Prý stres k práci patří, a když není ve velké míře, tak to nevadí. Bylo mi doporučeno dělat, co mě baví. Pomáhá prý sport.

P5: Jsem těžký workoholik, takže mi bylo doporučeno zpomalit. Nesnažit se udělat vše hned a najednou. Také mám se snažit vždy myslet na něco jiného, pozitivního.

9.7 Kategorie 3: Životní styl po prodělané akutní pankreatitidě

Zde se zaměřuji na životní styl participantů po prodělané akutní pankreatitidě. Ptala jsem se, zda se jejich životní styl změnil v aspektech stravy, alkoholu, pohybu, kouření a stresu. Všichni participanti se snaží lépe stravovat, zařadili do svého jídelníčku zeleninu, ovoce a omezili smažená jídla. Dále také omezili alkohol. Pohybová aktivita se u všech dotázaných zvýšila a to tím, že začali chodit na procházky nebo jeden participant přidal i plavání. Jeden participant nekouřil, druhý přestal kouřit úplně, dva participanti výrazně kouření omezili a u posledního dotázaného neproběhla žádná změna.

	strava	alkohol	pohyb	kouření	stres
P1	zdravější	příležitostně	procházky	ne	střední
P2	zdravější	příležitostně	procházky, jóga	ne	střední
P3	zdravější	omezen	procházky	ano	vysoký
P4	zdravější	omezen	procházky, běh, jízda na kole	ano	střední
P5	zdravější	omezen	procházky, plavání	ano	střední

Tabulka 14- Životní styl po prodělané akutní pankreatitidě (zdroj vlastní)

9.7.1 Subkategorie: Strava

Po prodělané akutní pankreatitidě a edukaci od všeobecných sester se všichni dotázaní stravují zdravěji, jelikož omezili tučné a smažené jídlo a zařadili ovoce a zeleninu do svého jídelníčku. Tři participanti (P1, P2, P4) se začali pravidelně stravovat. Někteří participanti uvedli, že doporučení sdělená sestrou občas porušují.

	strava
P1	pravidelná strava, více zeleniny a ovoce, vyřadil tučné jídlo
P2	více ovoce a zeleniny, pravidelná strava, jí dietněji
P3	omezení tučného a smaženého, více ovoce a zeleniny
P4	pravidelná strava, ovoce
P5	dietnější strava, omezení smaženého jídla

Tabulka 15- Strava (zdroj vlastní)

P1: Snažím se lépe stravovat. Jím víc zeleniny, skoro žádný tučný jídlo a hlavně jím pravidelně. Na cestách si už nedávám fast food. Ale přiznam se, že stravu ze všech doporučení dodržuju nejmíň. Grilovačky a udění masa si neodpustím.

P2: Z jídelníčku jsem vyřadila tučné a smažené jídlo. Jím pravidelně, už si neříkám, že nemám čas si něco uvařit. Stravuju se dietněji. Jím víc ovoce a zeleniny. Ale samozřejmě jednou za čas si dam nějaký ten řízek.

P3: Hodně jsem se omezila v jídle. Českou kuchyni jím furt, ale ne tak často nebo si dam malou porci. Doženu to potom zeleninou a ovocem.

P4: Má strava se moc nezměnila. Jen jsem začal jíst pravidelně a zařadil víc ovoce. Zeleninu nemám rád. Na obědy chodím furt na hotovky a doma klasická česká kuchyň.

P5: Omezil jsem smažené jídlo a stravuju se dietněji. Miluju maso, takže to se nic nezměnilo, jen si místo hranolek k tomu dam zeleninový salát.

9.7.2 Subkategorie: Alkohol

Všichni z dotázaných výrazně omezili alkohol. Nejméně alkoholu nyní konzumuje P2, naopak nejvíce alkoholu konzumuje P3.

	alkohol
P1	příležitostně
P2	2 decilitry bílého vína za týden
P3	1 lahev vína týdně
P4	1 pivo týdně
P5	1 panák slivovice denně

Tabulka 16- Alkohol (zdroj vlastní)

P1: Přestal jsem úplně chodit do hospody. Tvrdej jsem vyřadil úplně a občas, když je nějaká významná událost tak si dám maximálně dvě dvanáctky, ta událost je jednou za tři měsíce cca. Nebo když si jednou za čas dám něco tučného, tak na slehnutí to zapiju skleničkou dvanáctky ale to je zřídka kdy. Když grilujem, tak to si většinou od někoho jen cucnu.

P2: Alkohol bych nedokázala vyřadit úplně. Nyní si dám jednu sklenku bílého týdně. Jinak na oslavách symbolicky šampaňské a sklenku vína.

P3: Alkohol jsem omezila na jednu lahev červeného týdně. Ale záleží, jaký daný týden byl. Někdy si nedám vůbec, někdy víc. Ale v průměru to je ta lahev.

P4: Z jednoho piva denně jsem to sundal na jedno pivo za týden. V hospodě když jdu s kámošema, tak si dám max 2 desítky a tvrdej už vůbec nepiju.

P5: Přestal jsem pít úplně pivo, ale tu štamprli slivovičky si každý večer dopřeju.

9.7.3 Subkategorie: Pohyb

Čtyři z pěti dotázaných (P1, P2, P3, P5) uvedli, že zvýšili svou pohybovou aktivitu. P4 sportoval již před proděláním akutní pankreatitidy, tudíž na své pohybové aktivitě nic neměnil.

	pohyb
P1	procházky
P2	procházky, jóga
P3	procházky
P4	procházky, běh, jízda na kole
P5	procházky, běh

Tabulka 17- Pohyb (zdroj vlastní)

P1: Pořídili jsme si psa, takže chodím pravidelně na dlouhé procházky. Když jsem na cestách, tak je to s pohybem bída, ale snažím se to pak dohnat o víkendu.

P2: Jógu jsem začala cvičit každý den. Jendou týdně si ji zajdu zacvičit do studia. Třikrát týdně chodíme na procházky.

P3: Každý den se snažím jít aspoň na krátkou procházku se psem.

P4: Byl jsem dost aktivní i před tím než se mi to stalo. Takže jsem na svojí pohybové aktivitě nic neměnil.

P5: Byl jsem gaučovej povaleč, ale jako kdybych chytil druhej dech. Začal jsem chodit na procházky s manželkou a 3x týdně si jdu zaplavat.

9.7.4 Subkategorie: Kouření

Jeden participant (P1) přestal kouřit úplně. Dva participant (P3, P4) výrazně omezili kouření cigaret. Pouze P5 svůj návyk nezměnil vůbec.

	kouření
P1	nekouří
P2	nekouří
P3	15 cigarety denně
P4	3 cigarety denně
P5	1 doutník denně

Tabulka 18- Kouření (zdroj vlastní)

P1: Ihned po prodělání žlučnickový koliky a následné akutní pankreatitidy jsem přestal kouřit. Měl jsem strach z následků. Jsem za to rád, že jsem to dokázal. I když mi občas někdo nabídne, odmítnu, nechybí mi to.

P2: Přestala jsem kouřit po otěhotnění a od té doby jsem se toho už nedotkla, jak jsem již říkala.

P3: Snažila jsem se kouření úplně vyřadit, ale nešlo to. Tak jsem se to snažila omezit. Mám v plánu pokračovat ve snižování.

P4: Teď vykouřím pouze 3 cigarety denně a to když jsem v práci.

P5: Před proděláním akutní pankreatitidy jsem kouřil 1 doutník denně a na tom se nic nezměnilo.

9.7.5 Subkategorie: Stres

Všichni z uvedených se stresují méně než před vznikem akutní pankreatitidy. Výrazně tomu pomohla zvýšená pohybová aktivita.

	stres
P1	střední
P2	střední
P3	střední
P4	střední
P5	střední

Tabulka 19- Stres (zdroj vlastní)

P1: Snažím se tolik nestresovat, hodně mi pomohly procházky. Když jsem přes týden na kamionu, pomáhá mi telefonování s manželkou a dcerami. Od té doby jsem mnohem klidnější.

P2: Každodenní jóga mi neuvěřitelně vyčistí hlavu. Také se už nestresuju věcmi, který nemůžu změnit.

P3: Trochu mi od stresu pomohly procházky, ale stále cítím, že jsem ve stresu. Ale důvody stresu si chci nechat pro sebe. Také jsem začala pravidelně rybařit.

P4: Jsem flegmouš, ale občas mě práce dokáže vystresovat pořádně. Ale vyčistím si hlavu na kole a hned mi je dobře.

P5: Omezil jsem práci, zařadil více pohybu a hned jsem klidnější a v menším stresu.

DISKUZE

Tématem této bakalářské práce bylo zjistit životní styl u pacientů s diagnózou akutní pankreatitida.

Úkolem prvního dílčího cíle bylo zjistit, jaký byl životní styl pacientů před vznikem akutní pankreatitidy. Z mého výzkumu bylo jasně patrné, že v jídelníčku všech participantů převažuje smažené a tučné jídlo, strava obsahuje nedostatek ovoce a zeleniny a také se nepravdělně stravují. Podobný výsledek výzkumu zjistila ve své bakalářské práci i Pechušková, (Pechušková, 2013), kdy více než polovina respondentů odpověděla, že se před propuknutím akutní pankreatitidy stravovala nezdravě. Dále respondenti uvedli vyšší konzumaci alkoholu. To odpovídá výsledkům mého šetření, jelikož z rozhovorů vyplynulo, že někteří participanté konzumují alkohol ve vyšší míře. V oblasti pohybové aktivity Pechuškové většina respondentů uvedla, že nespportují nebo jen několikrát do roka. Čtyři z pěti mnou oslovených participantů má nedostatečnou pohybovou aktivitu. Z těchto porovnání s bakalářskou prací Pechuškové mohu říci, že jsme dospěly k téměř shodnému závěru.

Druhý dílčí cíl je zaměřen na edukaci pacientů po prodělané akutní pankreatitidě. Z rozhovorů vyplynulo, že pacienti byli edukováni lékařem i sestrou. Sestra ale sehrála v edukaci stěžejní roli. Nejpodrobněji byli pacienti edukováni v oblasti stravování, alkoholu, stresu a kouření. Můj závěr se shoduje s bakalářskou prací (Berková, 2014), kdy jsme obě došly k závěru, že pacienti jsou dobře edukováni v oblasti výživy, jelikož se jedná o jednu z nejzásadnějších oblastí edukace při akutní pankreatitidě.

Třetí dílčí cíl mapuje životní styl pacientů po prodělané akutní pankreatitidě. Bylo zjištěno, že všichni participanté změnili svůj jídelníček. Omezili tučné a smažené jídlo, zařadili více zeleniny a ovoce. Ale také přiznali, že občas poruší omezení. Dále participanté výrazně omezili alkohol a kouření cigaret. Také se snaží lépe zvládnout stres a mají více pohybové aktivity. Sukovičová ve své práci (Sukovičová, 2020) zmiňuje, že na téma kvalita života po atace AP dosud nebyla zpracována žádná práce či výzkum.

LIMITY VÝZKUMU

Možným limitem výzkumu může být neochota spolupráce pacientů s diagnózou akutní pankreatitida.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Obecně pacientům po prodělání bývá doporučeno omezit nebo úplně vyřadit alkohol a změnit stravovací návyky. Jíst pravidelně, omezit tučné a smažené jídlo. Doporučení bylo vytvořeno pro pacienty s diagnózou akutní pankreatitida. Byla vytvořena informační brožura. V této brožuře najdeme krátké seznámení s akutní pankreatitidou, příčiny, příznaky, léčbu a prevenci. V neposlední řadě jsou zde telefonní čísla do gastroenterologické ambulance a nutriční poradny ve Stodské nemocnici.

ZÁVĚR

V posledních letech vzrostl počet pacientů s akutní pankreatidou. Akutní pankreatitida se řadí mezi náhlé příhody břišní. Toto vážné onemocnění může způsobit dlouhodobé komplikace nebo skončit smrtí. Vznik akutní pankreatitidy lze do jisté míry ovlivnit životním stylem.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit životní styl pacientů s diagnózou akutní pankreatitida. Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní formou pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Prvním dílčím cílem této práce bylo zjistit životní styl pacientů před vznikem akutní pankreatitidy. Tento cíl byl splněn, jelikož jsem pomocí rozhovorů zjistila, jak se participanti stravovali, zda měli dostatečný pohyb, jaký byl abúzus alkoholu, kouření a v jak vysokém stresu byli.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak byli pacienti edukováni a v jakých oblastech. Z mého šetření se ukázalo, že pacienti byli edukováni všeobecnou sestrou při propuštění. Obsahem edukace bylo správné stravování, omezení alkoholu a cigaret a možnosti snížení stresu. Cíl byl splněn.

Třetí cíl se zaměřoval na životní styl pacientů po prodělané akutní pankreatidě. Z rozhovorů vyplynulo, že participanti změnili svůj životní styl. Do svého života zařadili více pohybu, omezili alkohol a kouření. Z jídelníčku se snaží vyřadit tučné a smažené pokrmy, zařadili více ovoce a zeleniny a začali se stravovat pravidelně. Také se naučili lépe zvládat stres. Cíl byl splněn.

Při splnění těchto dílčích cílů došlo ke splnění hlavního cíle, jehož úkolem bylo zjistit životní styl u pacientů s diagnózou akutní pankreatitida.

Výstupem této bakalářské práce je informační brožura (příloha C), která obsahuje seznámení s akutní pankreatidou, její příčiny, příznaky, léčbu a telefonní čísla na gastroenterologickou ambulanci a nutriční poradnu ve Stodské nemocnici. Tato brožura bude k dispozici na chirurgickém oddělení a chirurgické ambulanci ve Stodské nemocnici.

SEZNAM LITERATURY

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.

BERÁNEK, Václav, Jitka KROCOVÁ, Rita FIRÝTOVÁ, Eva PFEFFEROVÁ a Lukáš MARTÍNEK. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. aktualizované vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2019. ISBN 978-80-261-0760-6.

BERKOVÁ, Hana. Edukace pacienta se zánětem slinivky břišní [online]. Plzeň, 2014 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1cfarn/>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Helena Layerová.

BUREŠ, Jan, Jiří HORÁČEK a Jaroslav MALÝ. Vnitřní lékařství. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-145-2.

ČESÁK, Vojtěch a Anon KOLÁČKOVÁ. Akutní pankreatitida- etiologie, diagnostika a léčba: Plzeňský lékařský sborník. Karolium, 2013. ISSN 0551-1038.

ČEŠKA, Richard. Interna. 2. Praha: Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-885-6.

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. Edukace v porodní asistenci. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.

DVOŘÁČKOVÁ, Jana. Cytologie pankreatu: manuál EUS-FNA on site. Praha: Maxdorf, 2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-320-6

GOOSZEN, Hein, Marc BESSELINK a Hjalmar VAN SANTVOORT. Surgical treatment of acute pancreatitis [online]. 2013, 2013 [cit. 2023-01-31]. Dostupné z: doi:10.1007/s00423-013-1100-7

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.

KASPER, Heinrich. Výživa v medicíně a dietetika. Praha: Grada, 2015. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-247-4533-6.

KÁBRT, Jan. Životní styl a riziko civilizačních nemocí. Vnitřní lékařství [online]. 2014, 60(5-6), 458–461 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2014/05/12.pdf?fbclid=IwAR3b54kmFKS6LiXtuTovTuRrACBD-srVmwrKkKS7AX01xGBpknQ_5BG34s-4

KOHOUT, Pavel, Marie LIŠKOVÁ a Olga MENGEROVÁ. Onemocnění slinivky břišní - dieta pankreatická. 2. vydání. Praha: Forsapi, 2017. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-39-6.

KRŠKA, Zdeněk. Onemocnění slinivky břišní. Praha: We Make Media, 2019. Albertova sbírka (We Make Media). ISBN 978-80-87339-59-6.

KŘÍŽOVÁ, Jarmila. Enterální a parenterální výživa. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2022]. Jessenius. ISBN 978-807-3457-334.

KUNZOVÁ, Šárka, et al. Chování a zdraví I–životní styl a komplexní choroby. Hygiena, 2013, 58.1: 23-8.

LONGNECKER, Daniel. Pancreapedia: Exocrine Pancreas Knowledge Base [online]. 2014 [cit. 2023-01-31]. Dostupné z: doi:10.3998/panc.2014.3

MILATOVÁ, Růžena a Petr WOHL. Kuchařka při onemocnění slinivky: 130 receptů. Vydání druhé. Praha: Vyšehrad, spol. s r.o., 2016. Vaříme s dietní sestrou. ISBN 978-807-4296-796.

MIŠOVIČ, Ján. Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor. Praha: Slon, 2019. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.

OREL, Miroslav. Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory. Praha: Grada, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0531-1.

PÁRAL, Jiří. Chirurgická propedeutika: základy chirurgie pro studenty lékařských fakult. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1235-7.

PECHUŠKOVÁ, Pavlína. Výživa jako rizikový faktor pro akutní pankreatitidu [online]. České Budějovice, 2013 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/pa38yo/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce doc. MUDr. Miroslav Stránský.

SOUČEK, Miroslav a Petr SVAČINA. Vnitřní lékařství v kostce. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2289-9.

Státní zdravotní ústav. Prevence a zdraví životní styl: Pohybová aktivita. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 2023-01-28]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/350-pohybova-aktivita?fbclid=IwAR17OO1HyG_HpGHqpk_eYKEL-guAP7enHkP7OMQ7wurj--uGyIqttEZPe450

Státní zdravotní ústav. Prevence a zdraví životní styl: Základy výživy jednoduše pro každého. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 2023-01-18]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/4-zaklady-vyzivy-jednoduse-pro-kazdeho?fbclid=IwAR2ChHLBSQr39EmCAqtp6p9GCnOXW_7TraSRth5Y6HEhb1oIW-XELoCoHw

SUKOVIČOVÁ, Markéta. Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy. Praha, 2020. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK. Vedoucí práce Srpová, Daniela.

SVAČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ. Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty. 2., upr. vyd. Praha: Triton, 2013. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-699-9.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-807-0135-532.

TRNA, Jan, Zdeněk KALA a Lumír KUNOVSKÝ. Klinická pankreatologie. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2021. Jessenius. ISBN 978-80-7345-697-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Informovaný souhlas

Příloha B- Souhlas s výzkumem

Příloha C- Informační brožura

Příloha D- Otázky k rozhovoru

PŘÍLOHY

Příloha A, Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Životní styl pacientů s diagnózou akutní pankreatitida

STUDENT

Karolína Hesová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

hesovakarolina@seznam.cz

VEDOUCÍ

Mgr. Pavlína Tůmová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

pavtum@kos.zcu.cz

CÍL

Zjistit životní styl pacientů s diagnózou akutní pankreatitida

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude nahráván na diktafon.

Všechny informace jsou soukromé a budou sdíleny pouze s vedoucím bakalářské práce.

Vaše identita nebude rozpoznána. Informace mohou být použity při prezentaci studie, ale

tyto informace budou vždy anonymní. Nemusíte odpovídat na žádné otázky, pokud nebudete

sama/sám chtít. Také můžete ze studie kdykoli odstoupit.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já Souhlasím s účastí ve výzkumné studii bakalářské práce, která probíhá formou rozhovoru. Rozumím, že nemusím odpovídat na otázky a ze studie mohu kdykoli odstoupit. Rozumím, že všechny informace jsou anonymní, nebudu ve studii identifikován(a).

Podpis účastníka výzkumu:Datum:

Podpis studenta:Datum:

Zdroj: vlastní

Příloha B, Souhlas s výzkumem

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE VE STODSKÉ NEMOCNICI

Jméno a příjmení studentky/a: Karolína Hesová

Úplný název vysoké / vyšší odborné školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor / ročník: Všeobecné ošetrovatelství, 3. ročník

Název bakalářské práce: Životní styl u pacientů s diagnózou akutní pankreatitida

Vedoucí práce – Mgr. Pavlína Tůmová

Kontakt na vedoucího práce: +420601548453

Cíl mé bakalářské práce – Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit životní styl pacientů s diagnózou akutní pankreatitida.

- Dílčí cíle jsou 1) Zjistit jaký byl životní styl pacientů před vznikem akutní pankreatitidy
2) Zjistit, jak byli pacienti edukováni po prodělané akutní pankreatitidě
3) Zjistit jaký je životní styl pacientů po prodělané akutní pankreatitidě

Termín přípravy pro empirickou část práce: Listopad 2022- Únor 2023

Kontaktní pracoviště Stodské nemocnice pro empirickou část: chirurgické oddělení Stodské nemocnice

Kontaktní telefon, e-mail a pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka Stodské nemocnice: Petra Jilková, vrchní sestra chirurgického oddělení, 377 193 552, petrajilkova@stod.nemocnicepk.cz

Podpis..........
vrchní sestra CK17



Zdroj: vlastní

Příloha C, Informační brožura

Pro více informací:

📍 Gastroenterologická ambulance

☎ 377 193 537

📍 Nutriční poradna

☎ 721 849 720



**Stodská
nemocnice**

NEMOCNICE PLZEŇSKÉHO KRAJE, Stodská nemocnice.
Dostupné z: <https://stod.nemocnicepk.cz/>



PIŠEVSKÍ, Hraňtan. Dostupné z:
<https://zmc.mk/sq/services/gastroenterohepatologii/>

AKUTNÍ PANKREATITIDA

Základní informace

- Jedná se o vážné onemocnění slinivky břišní
- Patří do náhlých příhod břišních
- Má lehkou, středně těžkou a těžkou formu



DVNTR, MUDr. Jiří. Dostupné z:
<https://www.medika.org>

Příčiny

- Žlučnickové kameny
- Alkohol
- Vysoká hladina tuků v krvi
- Vysoká hladina vápníku v krvi
- ERCP



BHADRAMANI, Nási. Anatomie pankreatu stock fotografie. Dostupné z: <https://www.istockphoto.com>

Jak poznat akutní pankreatitidu

- Krutá a nesnesitelná bolest břicha
- Nevolnost
- Zvracení bez úlevy
- Nechutenství
- Zblednutí
- Zástava odchodu plynů
- Horečka

Léčba

- Závisí na formě akutní pankreatitidy
- Nemocný je hospitalizován v nemocnici
- Prvních několik dní nesmí nic přijímat ústy
- Podávají se infuze, léky tlumící bolest, antibiotika
- Léčba je vedena konzervativně, u těžkých forem chirurgická léčba
- Pacientovi je nosem zavedena sonda do žaludku, která odvádí žaludeční obsah
- Pro přesné měření příjmu a výdeje tekutin je zavedena močová katetr
- Po propuštění z nemocnice nutno dodržovat pankreatickou dietu (nízký obsah tuků ve stravě)

Prevence

Zdravý životní styl

- Zdravá strava – omezit tučná a smažená jídla
- Omezit alkohol, nekouřit
- Dostatek pohybu
- Nestresovat se

Zdroj: vlastní

Příloha D, Otázky k rozhovoru

Jaký byl Váš životní styl před vznikem akutní pankreatitidy?

Jak jste se stravoval/a před akutní pankreatitidou?

Kolik alkoholu jste konzumoval/a?

Jakým způsobem jste byl/a edukována po prodělané akutní pankreatitidě?

Jaká doporučení jste dostal/a, a která byla pro Vás nejužitečnější?

Jaký je Váš životní styl po prodělané akutní pankreatitidě?

Jak jste změnil/a své stravovací návyky?

Jaká doporučení dodržujete nejvíce a jaká nejméně?

Jakým způsobem ovlivnila akutní pankreatitida Váš životní styl?

Zdroj: vlastní